

2011

Drop-outs en uitstromers van een forensische jeugdpsychiatrische dagbehandeling: Een vergelijking op basis van risicofactoren



Universiteit Utrecht
Faculteit Sociale Wetenschappen
Mastertrack Forensische Orthopedagogiek &
Ontwikkelingspsychologie

Margriet Lenkens (3454991)
De Bascule, divisie Gezin & Gezag, afdeling
Forensische Jeugdpsychiatrie.
Dagbehandeling De Derde Oever

Thesisbegeleider: Drs. Stephanie Rap

3 augustus 2011

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoek naar de verschillen in risicofactoren tussen *drop-outs* en *uitstromers* van de forensische jeugdpsychiatrische dagbehandeling (De Derde Oever) van De Bascule in Amsterdam. Voornamelijk tijdens het tweede semester van de mastertrack Forensische Orthopedagogiek en Ontwikkelingspsychologie heb ik me met dit onderzoek beziggehouden. Ik heb veel ervaring opgedaan op het gebied van dossieranalyse en kwalitatief onderzoek, onder andere in het overleg met de thesisbegeleider. Mijn dank gaat uit naar Drs. Stephanie Rap voor haar inzet en betrokkenheid bij dit onderzoek. Door de combinatie met een stage van vier dagen per week en andere studiegerelateerde verplichtingen was het voor mij niet mogelijk om de voorgeschreven planning te hanteren. Stephanie was echter flexibel wanneer dit wenselijk was en altijd bereid om samen te zoeken naar oplossingen. Daarnaast wil ik graag De Derde Oever bedanken voor de mogelijkheid om mijn onderzoek bij deze instelling, waar ik ook mijn stage heb volbracht, te verrichten. Mede dankzij Drs. Bas Brown, Drs. Cassandra Clauser en Drs. Paulette Bisschop ben ik tot een geschikt onderwerp voor deze thesis gekomen. Daarnaast was hun hulp onmisbaar bij het categoriseren van de huidige onderzoeksgroep. Ik hoop dat dit onderzoek meer inzicht zal geven in de verschillende risicofactoren die aanwezig zijn bij cliënten die starten op de dagbehandeling. Daarnaast hoop ik dat De Derde Oever mijn aanbevelingen op het gebied van de behandeling wil overwegen en eventueel toepassen, om op deze wijze meer oog te hebben voor de risicofactoren die overheersen bij cliënten die het grootste risico lopen op afbreuk van de behandeling.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Abstract	3
Samenvatting.....	3
Inleiding	4
Methoden	18
Resultaten.....	26
Discussie	35
Conclusie.....	41
Aanbevelingen	43
Literatuurlijst.....	45
Bijlage – checklist risicofactoren.....	49

Abstract

Background: In the current qualitative research study, a comparison on the basis of risk factors was made between clients of the forensic youth psychiatric day treatment of De Bascule, Amsterdam, by studying the available files on these clients. *Goal:* The goal of this study was to investigate whether clients that drop out of treatment differ in their risk factors (on both the individual and family level) from those clients that do succeed in accomplishing the treatment. *Results:* It appears that certain risk factors (problematic relationship with parent(s), substance use, disrupted academic career, inadequate parenting, physical abuse, parental psychopathology, single parent family) appear to be more prevalent among the drop-outs. *Conclusion:* More research is required to gain more insight into the differences in risk factors between ‘drop-outs’ and ‘completers’, as to be able to make reliable predictions concerning the outcome of a treatment and to adjust the current treatment in order to tackle those factors that increase the risk of drop-out. *Key words:* juvenile delinquents; forensic psychiatry; day treatment; risk factors; family; drop-out.

Samenvatting

Achtergrond: In het huidige kwalitatieve onderzoek is door middel van dossieranalyse een vergelijking op basis van risicofactoren gemaakt tussen cliënten van de forensische jeugdpsychiatrische dagbehandeling van De Bascule, Amsterdam. *Doel:* Het doel van deze studie was te onderzoeken of er bij cliënten waarbij de behandeling afgebroken wordt meer of andere risicofactoren spelen (op zowel kind- als gezinsniveau) dan bij cliënten die de behandeling afronden. *Resultaten:* Het is gebleken dat bepaalde risicofactoren (problematische ouder-kindrelatie, middelengebruik, verstoorde schoolgang, inadequate opvoedingsvaardigheden, fysieke mishandeling, psychopathologie bij ouders, eenoudergezin) vaker lijken voor te komen bij drop-outs. *Conclusie:* Vervolgonderzoek is nodig om meer inzicht te geven in de verschillen in risicofactoren tussen deze twee groepen, om meer betrouwbare voorspellingen te kunnen doen bij aanvang van de behandeling en deze behandeling aan te kunnen passen om ook deze factoren, die het risico op afbreuk vergroten, aan te pakken. *Sleutelwoorden:* jeugdige delinquenten; forensische psychiatrie; dagbehandeling; risicofactoren; gezin; afbreuk; drop-out.

Inleiding

Jeugddelinquentie is een omvangrijk probleem dat hoog op de politieke agenda staat. Hoewel er vanuit de maatschappij een grote druk is ontstaan om deze jongeren op te nemen in jeugdgevangnissen, heeft onderzoek aangetoond dat kale detentie negatieve effecten heeft en zelfs de kans op recidive kan verhogen (Dodge, Dishion, & Lansford, 2006). Bovendien lijken gedwongen residentiële behandelingen op locaties ver van huis ongeschikt doordat het gezin minder betrokken kan worden bij de behandeling. Ook generalisatie van de aangeleerde vaardigheden lijkt hierdoor belemmerd te worden (Breuk, 2008). Daarnaast is er sprake van een hoge prevalentie van psychiatrische stoornissen bij jeugdige delinquenten ten opzichte van leeftijdsgenoten uit de algemene populatie (Doreleijers, Moser, Thijs, Van Engeland, & Beyaert, 2000). Dit betekent dat veel van de jongeren behandeling van deze psychopathologie behoeven, waarvoor de instellingen waarin zij verblijven mogelijk niet uitgerust zijn. Om bovenstaande redenen werden forensische psychiatrische dagbehandelprogramma's ontwikkeld als alternatief voor de justitiële jeugdinrichtingen (JJJ's) en residentiële behandelingen (Breuk, 2008). Een voorbeeld van een dergelijk programma is De Derde Oever¹, onderdeel van De Bascule in Amsterdam. Volgens Breuk (2008), die voor zijn proefschrift onderzoek deed naar de effectiviteit van deze dagbehandeling, zijn jeugdige delinquenten hierbij gebaat. Zij verblijven veel meer thuis (dus minder in JJJ's) en plegen minder ernstige geweldsdelicten dan de groep die geen behandeling (maar reguliere justitiële begeleiding) heeft gehad. Daarnaast bleken ADHD en symptomen als depressie, angst, agressie en gezinsconflicten verminderd na afloop van de behandeling (Breuk, 2008).

Echter, niet alle cliënten die bij De Derde Oever (DDO) in dagbehandeling gaan, ronden deze behandeling ook daadwerkelijk af. Bij een deel hiervan is afbreuk onvermijdelijk omdat de cliënt recidiveert en gedetineerd raakt. Bij andere cliënten blijkt de behandeling onvoldoende aan te sluiten op de problematiek, waardoor behandeling van een andere aard of intensiteit, bijvoorbeeld binnen een gesloten setting, gewenst is. Ongeacht de oorzaak van afbreuk is dus duidelijk dat bij veel cliënten wordt gestart met een behandeling die niet wordt afgemaakt. Hoewel de reden voor afbreuk per cliënt duidelijk is, is er nog weinig inzicht in mogelijk voorspellende factoren bij aanvang van het behandeltraject. In dit kwalitatieve onderzoek zal daarom dieper worden ingegaan op risicofactoren die mogelijk een rol spelen bij het stopzetten van de behandeling door De Derde Oever. De centrale onderzoeksvraag in deze thesis is als volgt geformuleerd:

¹ De Derde Oever is de dagbehandeling van de afdeling Forensische Jeugdpsychiatrie, welke deel uitmaakt van de divisie Gezin en Gezag binnen De Bascule, Amsterdam.

Is er sprake van verschillen in risicofactoren op kind- en/of gezinsniveau tussen de groep cliënten die de behandeling afrondt en de groep cliënten bij wie de behandeling wordt afgebroken? Zo ja, waar bestaan deze verschillen uit?

De term ‘*drop-outs*’ zal in deze thesis gemakshalve worden gehanteerd om de groep cliënten aan te duiden waarbij de behandeling is afgebroken. Indien er verschillen worden gevonden ten opzichte van de groep cliënten die de behandeling wel heeft afgerond (de ‘*uitstromers*’), zou dit kunnen betekenen dat bepaalde risicofactoren of combinaties daarvan een predictieve waarde hebben in relatie tot de uitkomst van de behandeling. Dit heeft vervolgens implicaties voor de risicofactoren waar de dagbehandeling zich op zou kunnen of moeten richten.

Na een korte beschrijving van de instelling waar het onderzoek plaatsvindt en een typering van de cliënten van deze dagbehandeling, volgt een uitgebreid literatuuronderzoek. Hierin komen verschillende risicofactoren aan bod die in verband zijn gebracht met delinquentie onder jongeren. Vervolgens wordt in de methoden-sectie dieper ingegaan op de wijze waarop dit onderzoek tot stand is gekomen, waarna de resultaten worden besproken. Daarna volgt de discussie waarin de belangrijkste bevindingen uiteengezet worden en aandacht besteed wordt aan enkele beperkingen van het huidige onderzoek. Tot slot wordt in de conclusie antwoord gegeven op de onderzoeksvraag en worden enkele aanbevelingen gedaan voor zowel vervolgonderzoek als voor de behandeling bij De Derde Oever.

Dagbehandeling De Derde Oever

Om de context van het onderzoek te verhelderen wordt allereerst een korte beschrijving gegeven van de behandeling zoals deze bij De Derde Oever (DDO) aangeboden wordt. De Derde Oever is de forensische jeugdpsychiatrische dagbehandeling van De Bascule, academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie in Amsterdam. Dagelijks komen hier jongeren tussen de twaalf en achttien jaar om behandeling te krijgen. De meesten van hen hebben een psychiatrische stoornis, zoals ODD, CD of ADHD. Daarnaast is er vaak sprake van een dreigende groei richting een persoonlijkheidsstoornis. Door de gedragsproblemen die ze vertonen, zijn ze niet meer in staat om een dagbesteding (zoals werk of school) vol te houden. Vaak zijn ze met politie en justitie in aanraking gekomen, of dreigt dit te gebeuren. De delicten die zij gepleegd hebben variëren van diefstal tot poging tot doodslag. De meeste van deze jongeren komen derhalve niet vrijwillig naar de dagbehandeling; deze vindt bij hen plaats op strafrechtelijke basis, binnen het kader van bijvoorbeeld een maatregel Hulp en Steun (MHS), een Gedragsbeïnvloedende Maatregel (GBM) of een voorwaardelijke Plaatsing

in een Inrichting voor Jeugdigen (PIJ). Ook is het mogelijk om de dagbehandeling te volgen in het kader van een ondertoezichtstelling (OTS), dus op civielrechtelijke basis.

Bij De Derde Oever krijgen zij een gevarieerd aanbod aan hulpverlening. Elke cliënt krijgt een persoonlijke mentor toegewezen, welke het eerste aanspreekpunt vormt en waarmee individuele gesprekken plaatsvinden. Ook hebben de cliënten contact met een psycholoog (de behandelverantwoordelijke) en, op minder frequente basis, de psychiater. Daarnaast volgen de jongeren enkele andere programma-onderdelen, zoals beeldende therapie, muziektherapie en sport. Tevens krijgen de cliënten aangepast onderwijs op hun niveau. Voor sommigen betekent dit praktijkgericht onderwijs en leerwerktrajecten, terwijl anderen certificaten of een diploma proberen te behalen. Twee specifieke behandelmodules die centraal staan binnen de dagbehandeling zijn Washington State Aggression Replacement Training (WSART) en Functional Family Therapy (FFT). Beide behandelonderdelen zijn in Nederland verder ontwikkeld door De Bascule (NJI, n.d.).

Hoewel de grote lijnen van elke behandeling gelijk zijn en de basis altijd uit bovenstaande onderdelen bestaat, wordt er zeer cliëntgericht gewerkt bij De Derde Oever. De behandeling wordt in grote mate aan de cliënt aangepast. Dit betekent dat de intensiteit van het programma tussen cliënten onderling kan verschillen, wat grotendeels te maken heeft met de problematiek van de cliënt. Ook de frequentie van de contacten met mentor, behandelaar en gezinstherapeut is niet voor alle cliënten gelijk. Door het gevarieerde aanbod van de hulpverlening en de cliëntgerichte aanpak krijgt dus niet iedere jongere dezelfde behandeling.

Cliëntprofiel en overzicht van risicofactoren

Daarnaast is het van belang om een beeld te schetsen van het type cliënt waar de De Derde Oever mee te maken heeft. Weijers, Hepping en Kampijon (2010) hebben in de regio Utrecht onderzoek gedaan naar ‘jeugdige veelplegers’, een term die in 2006 door het Ministerie van Justitie gedefinieerd werd als “een jongere in de leeftijd van 12 tot en met 17 jaar tegen wie meer dan 5 processen-verbaal zijn opgemaakt waarvan de laatste in het peiljaar” (Weijers et al., 2010, p. 21). Uit dit onderzoek bleek dat er over het algemeen vier profielen te onderscheiden zijn als het gaat om de problematiek die bij deze jongeren centraal staat.

Het eerste profiel, ‘kindproblemen’, bestaat uit jongeren die ernstige gedragsproblemen vertonen, vaak gecombineerd met een lage intelligentie en een gebrekkig ontwikkeld verantwoordelijkheidsbesef. Deze veelplegers doen het slecht op school; ze spijbelen veel, hebben vaak aanvaringen met leeftijdgenoten en autoriteitsconflicten met docenten. Daarnaast worden de al bestaande problemen vaak versterkt door het vele op straat

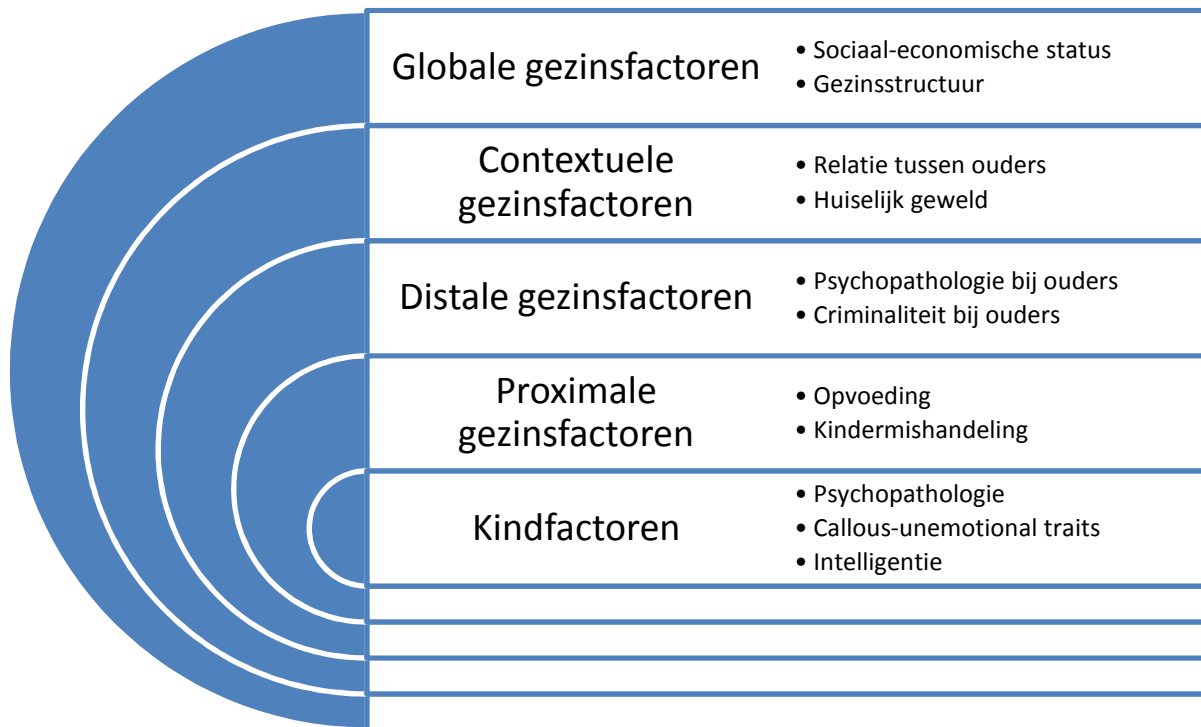
hangen met verkeerde vrienden. Bij dit profiel doen zich binnen het gezin verder weinig of geen problemen voor (Weijers et al., 2010).

Bij het tweede profiel, genaamd ‘traumatiserende gezinssituaties’, is er sprake van trauma in het gezin, variërend van mishandeling, misbruik en huiselijk geweld, tot psychiatrische stoornissen of oorlogstrauma’s van ouders. Daarnaast komen in deze gezinnen regelmatig zeer problematische scheidingen voor, die vaak gepaard gaan met aanhoudende familieruzies en geweld-, drank- en/of drugsproblemen van de ouders. Vaak heeft dit ook nog financiële problemen tot gevolg. Binnen deze gezinnen staan daarnaast de gebrekkige opvoedingsvaardigheden van de ouder(s) centraal; er is vaak weinig vertrouwen, vrijwel altijd een gebrek aan toezicht en controle en er wordt willekeurig en hard gestraft. De gezinscontext vormt voor deze groep jeugdige veelplegers dus een belangrijk risico voor ontsporing en probleemgedrag, zowel internaliserend als externaliserend (Weijers et al., 2010).

Het derde profiel, ‘kindproblemen in een traumatiserende gezinsomgeving’, omvat een combinatie van de twee eerdergenoemde profielen. Hierbij vertoont de jongere gedragsproblemen en is de gezinsomgeving volstrekt onmachtig om de jongere te sturen en te helpen. Het gezin versterkt hierin de problemen van de jongere, welke deels zelfs het resultaat zijn van een inadequate opvoeding (Weijers et al., 2010).

Het vierde en laatste profiel beschreven door Weijers en collega’s (2010), ‘criminaliserende familieomgeving’, wordt gekenmerkt door opvattingen over criminaliteit als een routineus en vanzelfsprekend element in het alledaagse leven van de familie. Meerdere familieleden van de jongere binnen dit profiel zijn bekend bij politie en justitie. Criminaliteit wordt niet als afwijkend en problematisch beschouwd maar normaal gevonden. Het spreekt voor zich dat behandeling van problematiek binnen deze groep moeilijk te bewerkstelligen is (Weijers et al., 2010).

Hoewel slechts een deel van de cliënten van DDO gecategoriseerd kan worden als jeugdige veelpleger volgens de gehanteerde definitie, blijkt dat de risicofactoren die door Weijers en collega’s genoemd worden binnen deze vier profielen veelvuldig terug te vinden zijn in de literatuur met betrekking tot delinquente jongeren. Het huidige onderzoek beperkt zich tot een aantal risicofactoren op kind- en gezinsniveau. Figuur 1 bevat een schematische weergave van de risicofactoren die in het literatuuronderzoek en de data-analyse aan bod komen. De categorisatie van de gezinsfactoren is grotendeels gebaseerd op de ordening zoals Deković en Prinzie (2008) deze hanteren. Het onderscheid tussen proximale, distale, contextuele en globale gezinsfactoren wordt later toegelicht.



Figuur 1 Geselecteerde risicofactoren in het huidige onderzoek

Een aantal kanttekeningen dient bij deze selectie geplaatst te worden. In dit onderzoek worden contextfactoren buiten het gezin buiten beschouwing gelaten. Hoewel vanuit de literatuur bekend is dat *peers*, school, de buurt en de media ook mogelijke risicofactoren bevatten, zijn deze invloeden moeilijk te differentiëren. Daarnaast wordt verwacht dat bij de meeste cliënten uit de huidige onderzoeksgroep onvoldoende informatie beschikbaar is omtrent deze factoren. Tevens is het belangrijk om te vermelden dat eerder onderzoek heeft uitgewezen dat de risicofactoren niet zelfstandig opereren, maar dat er sterke interacties tussen hen bestaan. In dit onderzoek worden de risicofactoren afzonderlijk geanalyseerd, waardoor mogelijke interacties, modererende en mediërende effecten niet meegenomen worden.

Behalve het onderscheid tussen risicofactoren op basis van nabijheid tot de jongere, kan ook onderscheid worden gemaakt tussen statische en dynamische criminogene factoren. Volgens Andrews en Bonta (1994) zijn statische factoren aspecten uit het verleden van een delinquent die recidive voorspellen, maar die niet veranderd kunnen worden. Dynamische risicofactoren, ook wel *criminogenic needs* genoemd, zijn daarentegen veranderbaar en dienen derhalve als geschikte doelen voor behandeling (in Gendreau, Little, & Goggin, 1996). Hoewel in het huidige onderzoek de risicofactoren niet als zodanig omschreven zullen worden, is het van belang deze categorisatie in gedachten te houden bij de interpretatie van de resultaten.

Risicofactoren op kindniveau

Allereerst worden enkele kindfactoren besproken. De nadruk ligt hier met name op verschillende subgroepen binnen het beeld van de jeugdige delinquent. Hoewel verondersteld kan worden dat aan een aantal van deze kenmerken tevens een biologische basis ten grondslag ligt, wordt hier niet op ingegaan.

Ten eerste wordt veelvoorkomende psychopathologie bij de doelgroep besproken. Hoewel niet elke jeugdige delinquent met een psychiatrische stoornis te kampen heeft, is de aanwezigheid van een dergelijke stoornis wel een belangrijke risicofactor voor de totstandkoming van antisociaal en delinquent gedrag. De twee psychiatrische stoornissen die het meest in verband zijn gebracht met delinquentie zijn Oppositioneel-Opstandige Gedragsstoornis (Oppositional Defiant Disorder - ODD) en Gedragsstoornis (Conduct Disorder - CD). Beiden behoren tot de categorie disruptieve gedragsstoornissen (Disruptive Behavior Disorders - DBDs). ODD en CD hebben veel overlappende kenmerken en worden over het algemeen dan ook als leeftijdsgerelateerde manifestaties van dezelfde conditie beschouwd (Mathijs & Lochman, 2010). Volgens de American Psychiatric Association (DSM-IV-TR, 2000) kan ODD omschreven worden als bestaande uit een terugkerend patroon van negatief, vijandig en opstandig gedrag. Om gediagnosticeerd te worden met deze stoornis dient de jeugdige aan vier van acht criteria te voldoen. Deze criteria hebben betrekking op opstandig en uitdagend gedrag, emotionele disregulatie, emoties, provocerend gedrag en vijandigheid. CD wordt gezien als een ernstigere variant, waarbij de jongere gedrag vertoont dat gecategoriseerd kan worden onder: 1) agressie tegen mensen of dieren, 2) vernieling of beschadiging van eigendommen, 3) bedriegen of diefstal, en 4) ernstige overtreding van de regels. Bij deze laatste stoornis wordt onderscheid gemaakt naar de leeftijd waarop de symptomen tot stand zijn gekomen. Bij het *childhood-onset* type dient ten minste één symptoom zichtbaar te zijn geweest voor het tiende jaar, terwijl bij de *adolescence-onset* variant geen symptomen van de gedragsstoornis aanwezig hoeven te zijn voor het tiende levensjaar (APA, 2000). Hoewel de meeste kinderen met CD voorheen de diagnose ODD hebben gekregen, geldt dit niet andersom: de meeste kinderen met ODD ontwikkelen geen CD (Matthys & Lochman, 2010). Bij kinderen met ODD/CD is regelmatig ook sprake van comorbiditeit met andere stoornissen, zoals ADHD, angststoornissen of depressieve stoornissen. De antisociale persoonlijkheidsstoornis wordt in dit verband genoemd als een opvolger van ODD/CD. Om deze diagnose te stellen, wat pas mogelijk is vanaf het 18^e levensjaar, dienen er bovendien aanwijzingen voor een gedragsstoornis te zijn beginnend voor het 15^e jaar (APA, 2000).

Een gedraging die vaak samenhangt met delinquentie is het gebruik van agressie. In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende vormen hiervan. Een wijze van classificeren is de differentiatie tussen reactieve en proactieve agressie. Reactieve agressie wordt omschreven als heethoofdige en defensieve agressie als reactie op dreiging. Deze vorm wordt gekenmerkt door een gebrek aan zelfcontrole en een lage frustratietolerantie. In kinderen komt dit tot uiting in de vorm van driftbuien, woede-uitbarstingen en wraakzuchtige vijandigheid. Belangrijk is om hierbij op te merken dat deze dreiging niet daadwerkelijk aanwezig hoeft te zijn. Bij adolescenten komt het bijvoorbeeld vaak voor dat zij agressief reageren omdat iemand hen op een bepaalde manier aankijkt. Vernieling van eigendommen, fysieke aanvallen en prikkelbaarheid kunnen ook onder reactieve agressie geclassificeerd worden, zolang deze acties plaatsvinden in de context van een interpersoonlijk conflict. Proactieve agressie daarentegen is een meer koelbloedige vorm van agressief handelen, waarbij het autonome zenuwstelsel van het lichaam nauwelijks geactiveerd wordt. Deze vorm van agressie is minder emotioneel beladen en wordt gedreven door de verwachting dat het iets zal opleveren; de agressie wordt gebruikt als instrument om een bepaald doel te dienen. Bij kinderen wordt in dit verband vaak pesten of wreed omgaan met dieren genoemd. Ook het dwingen van iemand tot seksuele handelingen kan onder deze categorie vallen, net als liegen, bedriegen, stelen, dreigen en vandalisme, mits het gedrag vertoond wordt in een context van het verwerven van een bepaald gewin (Dodge, Lochman, Harnish, Bates, & Pettit, 1997). Onderzoek heeft aangetoond dat deze twee subtypen van agressie onder andere verschillen op het gebied van sociale informatieverwerking. Bij reactief agressieve kinderen lijkt een foutieve interpretatie van sociale *cues* een rol te spelen. Daarnaast is de agressie sterker gerelateerd aan aandachtsproblemen en impulsiviteit, waardoor zij sneller geneigd zijn om agressief te reageren bij provocaties. Bij proactief agressieve kinderen lijken de problemen op het gebied van sociale informatieverwerking zich juist te bevinden in de latere stadia van dit proces. Zij anticiperen meer positieve interpersoonlijke gevolgen voor het zich agressief gedragen. Tot slot dient opgemerkt te worden dat bij reactief agressieve kinderen de gedragsproblemen vaak op een vroegere leeftijd ontstaan dan bij de groep proactief agressieve kinderen (Dodge et al., 1997; Dodge, Coie, & Lynam, 2008).

Een onderwerp waar in toenemende mate onderzoek naar gedaan wordt is de aanwezigheid van *callous-unemotional traits* (CU traits) bij agressieve en antisociale kinderen. De belangrijkste kenmerken hiervan zijn een gebrek aan schuldgevoelens, gebrekkige empathische vermogens en het 'harteloze' gebruik van anderen voor eigen doeleinden (Matthys & Lochman, 2010). Onder andere deze kenmerken behoren bij de meer

bekende term ‘psychopathie’, een cluster van symptomen bestaande uit een interpersoonlijke, een affectieve en een gedragsmatige dimensie (Dodge et al., 2008). Frick en White (2008) deden onderzoek naar *callous-unemotional traits* bij agressief en antisociaal gedrag. Hoewel deze trekken over het algemeen over de jaren redelijke stabiliteit vertonen, lijken ze toch enigszins onderhevig aan externe invloeden als opvoedstijl en socio-economische status. Uit dit onderzoek blijkt dat het gedrag van kinderen met deze eigenschappen vaker meer stabiel en agressief is. Daarnaast bestaat er een verhoogd risico op de ontwikkeling van *early-onset* delinquentie en op later antisociaal en delinquent gedrag. Tevens blijkt dat de aanwezigheid van CU trekken een moderator kan zijn voor de relatie tussen opvoeding en gedragsproblemen: bij kinderen die hoog op deze trekken scoren is de invloed van een ineffectieve opvoeding op het probleemgedrag minder groot. Dit betekent anderzijds ook dat zij minder kunnen profiteren van adequate opvoedingstechnieken van ouders. Onderzoek heeft ook uitgewezen dat antisociale jongeren met CU trekken minder strafgevoelig zijn en positievere *expectancies* hebben voor het gebruik van geweld in situaties met *peers*. Ze vertonen minder angst, wat suggereert dat ze in mindere mate van slag zijn door de gevolgen van hun gedragsproblemen voor zichzelf en voor anderen, ten opzichte van jongeren met vergelijkbare gedragsproblemen (Frick & White, 2008).

Tot slot is er in eerder onderzoek aangetoond dat er een verband bestaat tussen een lage intelligentie en disruptieve gedragsstoornissen. Dit verband is het meest duidelijk voor oudere en delinquente jongeren. Wanneer gecontroleerd wordt voor ADHD lijkt dit verband echter te verdwijnen. Het blijkt dat een lager IQ, deels gerelateerd aan ADHD, en problemen in de taalontwikkeling risicofactoren zijn voor de ontwikkeling van antisociaal gedrag en delinquentie (Matthys & Lochman, 2010). Ook Dodge en collega’s (2008) wijzen op defecten in verbale vermogens en executieve functies bij agressieve peuters, gedragsgestoorde kinderen, delinquente adolescenten en volwassen criminelen. Deze tekorten werden vastgesteld met zowel IQ-tests als neuropsychologische tests. Ditzelfde onderzoek heeft aangetoond dat het effect van lage verbale vermogens op delinquentie zelfs blijft bestaan als gecontroleerd wordt voor socio-economische status en schoolprestaties (Dodge et al., 2008).

Risicofactoren op gezinsniveau

Met betrekking tot de gezinsfactoren kan een onderscheid worden gemaakt tussen proximale, distale, contextuele en globale factoren. De volgende beschrijvingen zijn gebaseerd op Deković en Prinzie (2008). Onder proximale factoren wordt verstaan de interactie en relatie tussen ouder en kind. In het huidige onderzoek wordt gekeken naar opvoedingsaspecten en

kindermishandeling. Distale factoren zijn kenmerken van de ouders (zoals psychiatrische stoornissen en crimineel gedrag) die het kind mogelijk beïnvloeden. Met contextuele gezinsfactoren wordt gerefereerd op de relatie tussen andere gezinsleden. Dit onderzoek beperkt zich wat dit niveau betreft tot de relatie tussen ouders. Tot slot zijn er ook een aantal contextuele gezinsfactoren die worden besproken, namelijk de socio-economische status en de samenstelling van het gezin.

Proximale gezinsfactoren

Er is uitgebreid onderzoek gedaan naar de relatie tussen bepaalde opvoedingstechnieken door ouders en agressie bij kinderen. Hieruit is gebleken dat strenge, autoritaire disciplinerende gerelateerd is aan probleemgedrag bij kinderen (Matthys & Lochman, 2010). Inconsistente controle en een gebrek aan regels of structuur zijn tevens gerelateerd aan antisociaal gedrag (Deković, 1999). Ook kinderen die weinig warmte en betrokkenheid van hun ouders ervaren hebben een grotere kans om agressief gedrag te ontwikkelen (Matthys & Lochman, 2010). Het is belangrijk om te erkennen dat de relatie tussen affectie en warmte in de opvoeding enerzijds en gedragsproblemen anderzijds mogelijk niet slechts één richting op gaat. Externaliserende gedragsproblematiek bij kinderen zou er ook toe kunnen leiden dat ouders minder warmte en affectie naar hun kinderen toe tonen. Het gebruik van fysieke straffen in de opvoeding leidt tevens vaak tot agressief en opstandig gedrag. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de relatie tussen deze twee variabelen anders is voor verschillende etnische groepen (Matthys & Lochman, 2010). In een review door Lansford (2010) worden verschillende onderzoeken naar de relatie tussen lijfstraffen en gedragsproblemen bij kinderen vergeleken. Hoewel er nog geen volledige consensus lijkt te bestaan over de invloed van culturele verschillen op dit verband, kan gesteld worden dat de context waarin deze straffen plaatsvinden belangrijk is. Hier wordt met name bedoeld op de warmte die ouders hun kinderen geven en hun opvattingen over de aanvaardbaarheid en effectiviteit van deze lijfstraffen. Als kinderen door het gebruik hiervan het gevoel krijgen dat ze worden afgewezen door hun ouders kan dit leiden tot meer gedragsproblemen. Hoewel lijfstraffen over het algemeen gerelateerd zijn aan gedragsproblemen, onafhankelijk van culturele achtergrond, is deze correlatie minder sterk in landen waar lijfstraffen de norm zijn. Desalniettemin, zo stelt de auteur, is er onvoldoende bewijs voor enige bevorderlijke of positieve effecten om het gebruik van lijfstraffen te rechtvaardigen (Lansford, 2010). Tot slot wordt in de literatuur gesproken over een gebrek aan ouderlijke monitoring in relatie tot agressie bij kinderen. Onder monitoring wordt verstaan het hebben van zicht op waar en met

wie het kind zich bevindt, en wat het doet. Onderzoek heeft aangetoond dat gebrekkige monitoring door ouders gerelateerd is aan agressief en antisociaal gedrag. In combinatie met een autoritaire opvoeding leidt het bovendien vaak tot gebrekkige sociale vaardigheden, waardoor de adolescent sneller geneigd is om te trekken naar deviante vrienden en middelengebruik (Matthys & Lochman, 2010).

In de Wet op de jeugdzorg wordt kindermishandeling gedefinieerd als “Elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel” (artikel 1, lid 1, Wet op de jeugdzorg). Kindermishandeling kent vele vormen: fysieke mishandeling, seksueel misbruik en emotionele of psychologische mishandeling. Verwaarlozing is ook een vorm van kindermishandeling en kan zich voordoen in verschillende varianten, zoals fysieke (voedsel, onderdak, kleding, etc.) en pedagogische verwaarlozing (supervisie, onderwijs, etc.). Kindermishandeling komt tevens in verschillende gradaties voor (English & LONGSCAN, 1997). Volgens sommige classificaties is ook blootstelling aan huiselijk geweld (bijvoorbeeld tussen ouders) een vorm van kindermishandeling (Jack, Munn, Cheng, & MacMillan, 2006). Sternberg en collega's (2006) toonden in een meta-analyse aan dat kinderen uit gezinnen waarin mishandeling plaatsvond meer kans hebben op ernstige (klinische) externaliserende problemen. Daarnaast lopen kinderen die meerdere vormen van geweld in het gezin hebben meegemaakt een groter risico dan kinderen waarbij ‘slechts’ sprake was van één vorm van geweld (Sternberg, Baradaran, Abbott, Lamb, & Guterman, 2006). Een grootschalig tweelingenonderzoek leverde bovendien bewijs voor een causale rol van fysieke mishandeling in de totstandkoming van antisociaal gedrag bij kinderen (Jaffee, Caspi, Moffitt, & Taylor, 2004). Haapasalo en Pokela (1999) gaan uitgebreid in op mechanismen die de relatie tussen mishandeling als kind en later antisociaal of delinquent gedrag verklaren. Allereerst noemen ze hechtingstheorie, waarbij verondersteld wordt dat mishandelde kinderen onveilig gehecht raken en daardoor meer gedragsproblemen ontwikkelen. Ook wijzen zij op *social learning theory*, een leertheoretische stroming waarbij vanuit gegaan wordt dat kinderen het gedrag van hun ouders overnemen doordat zij leren dat dit normaal en acceptabel is. Tevens wordt Patterson's *theory of coercive interaction* aangehaald (Haapasalo & Pokela, 1999). Volgens deze theorie komt antisociaal gedrag tot stand door ouder-kindinteracties die ongewenst of regelovertredend gedrag van het kind op een negatieve manier bekrachtigen (Deković &

Prinzie, 2008). Een andere mogelijke verklaring is een deficiënte of vertekende wijze van sociale informatieverwerking (Haapasalo & Pokela, 1999). Dit onderwerp is al aan bod gekomen bij de beschrijving van kindfactoren, waar onderscheid gemaakt werd tussen verschillende typen agressie. Haapasalo en Pokela (1999) komen vervolgens met een eigen theorie, het trauma-model. Volgens dit model zijn alle extreme ervaringen van negatief opvoeden, inclusief misbruik en verwaarlozing, traumatische gebeurtenissen die kunnen leiden tot post-traumatische stress symptomen. De gevolgen op latere leeftijd, zoals antisociaal en crimineel gedrag, kunnen vervolgens worden beschouwd als gevolgen van onverwerkte trauma's. In extreme gevallen zou dissociatie van affect en cognitie kunnen leiden tot een verminderd gevoelsleven of gebrekkig empathisch vermogen, zoals bij psychopathie het geval is. De auteurs merken op dat attributies over het trauma hierin cruciaal kunnen zijn. Anderen de schuld hiervan geven zou eerder leiden tot externaliserende symptomen, terwijl iemand die het zichzelf verwijt wat hem is overkomen sneller geneigd is om internaliserende problematiek te ontwikkelen (Haapasalo & Pokela, 1999).

Distale gezinsfactoren

Onderzoek heeft aangetoond dat psychopathologie bij ouders gecorreleerd is aan delinquentie en antisociaal gedrag bij hun kinderen. Onder andere is aangetoond dat depressie en middelenmisbruik/-afhankelijkheid bij ouders een rol spelen in het externaliserende gedrag van hun kinderen (Matthys & Lochman, 2010). Goodman en Gotlib (1999) bespreken in hun artikel enkele mechanismen die de relatie tussen depressie van moeders en negatieve gevolgen bij kinderen mogelijk verklaren. Naast biologische mechanismen noemen zij blootstelling aan de maladaptieve gevoelens, cognities en gedragingen van de depressieve moeder. Daarnaast lijkt er sprake van contextuele stressoren die geassocieerd zijn met de depressie (Goodman & Gotlib, 1999). Er lijken geen verschillen te zijn tussen de invloed van psychopathologie bij moeders versus vaders, hoewel het onderzoek naar vaders erg beperkt is (Connell & Goodman, 2002). Odgers en collega's (2007) toonden aan dat ook antisociaal gedrag of externaliserende stoornissen bij familieleden antisociaal gedrag bij het kind kunnen voorspellen. Bij kinderen met familieleden die antisociaal gedrag vertoonden was bovendien vaker sprake van langdurige (*life-course persistent*) gedragsproblemen (Odgers, Milne, Caspi, Crump, Poulton, & Moffitt, 2007).

Daarnaast lijkt ook criminaliteit van de ouders een negatieve invloed te hebben (Matthys & Lochman, 2010). Uit onderzoek door Farrington en collega's (2001) bleek dat arrestaties van ouders, broers, zussen, ooms, tantes en grootouders allen voorspellers waren

van delinquentie bij jongens. Het belangrijkste familielid was de vader, waarvan de arrestaties ook onafhankelijk van de overige familieleden jeugddelinquentie voorspelden (Farrington, Jolliffe, Loeber, Stouthamer-Loeber, & Kalb, 2001). Er zijn verschillende verklaringen naar voren gebracht voor het verband tussen criminaliteit van ouders en dat van hun kinderen. Het lijkt weinig aannemelijk dat ouders daadwerkelijk hun kind aanmoedigen om delinquent gedrag te vertonen. Ook bleek het slechts zeer zelden voor te komen dat ouder en kind veroordeeld werden voor een delict dat zij samen gepleegd hadden. De correlatie zou verklaard kunnen worden doordat de risicofactoren voor delinquentie (armoede, gebroken gezinnen, alleenstaand of tiener-ouderschap, achtergestelde buurten) gelijk blijven voor de volgende generatie. Een andere belangrijke factor lijkt een gebrekkige supervisie te zijn. Tot slot zijn er mogelijk genetische mechanismen die een rol spelen (Farrington, 2010).

Contextuele gezinsfactoren

Conflicten en ruzies tussen de ouders kunnen leiden tot verstoringen in de opvoeding. Dit kan vervolgens zorgen voor verhoogde stressniveaus bij kinderen en ten gevolge daarvan agressie (Matthys & Lochman, 2010). Deković en Prinzie (2008) vatten samen hoe conflicten tussen ouders het kind kunnen beïnvloeden. Enerzijds is er de directe manier, waarbij kinderen volgens *social learning theory* leren over sociaal gedrag door hun ouders te observeren en te imiteren. Ruziënde ouders modeleren agressief gedrag en hun kinderen leren dat agressie en geschikte en acceptabele manier is om meningsverschillen op te lossen. Wellicht leiden de vele conflicten die deze kinderen tussen hun ouders zien ook tot een afwijkende manier van interpretatie van sociale signalen, waarbij de sociale omgeving te snel als vijandig geïnterpreteerd wordt. Daarnaast kunnen ook conflicten die niet in het bijzijn van kinderen plaatsvinden een effect hebben, namelijk op indirecte wijze. Ouders die gepreoccupeerd zijn met hun relatieproblemen zullen minder oog hebben voor de behoeften van hun kind. Bovendien zijn ouders mogelijk sneller geïrriteerd, wat invloed heeft op de interacties met het kind. De opvoedingspraktijken die hier het gevolg van kunnen zijn (wrede disciplineren, afwijzing, psychologische controle) zijn in verband gebracht met antisociaal gedrag bij kinderen (Deković & Prinzie, 2008). Volgens Dodge en collega's (2008) bestaat er tevens een correlatie tussen het meemaken van huiselijk geweld en later antisociaal gedrag. Ook de meta-analyse van Sternberg en collega's (2006) toont aan dat blootstelling aan huiselijk geweld een even groot risico op externaliserend probleemgedrag geeft als directe mishandeling. Dodge en collega's (2008) wijzen tot slot op de bidirectionaliteit van de relatie tussen ouderlijke

conflicten en gedragsproblemen; veel probleemgedrag bij kinderen kan ook leiden tot meer conflicten tussen de ouders.

Globale gezinsfactoren

Gezinnen met een lagere socio-economische status (SES) hebben vaker kinderen die problematisch en antisociaal gedrag vertonen. Tevens vindt jeugddelinquentie hier vaker plaats. De verklaring die hiervoor wordt gegeven is dat armoede andere gezinsprocessen beïnvloedt (zoals opvoedingsvaardigheden) die vervolgens het effect van armoede mediëren. Armoede kan bijvoorbeeld leiden tot depressie, maar ook tot conflicten tussen de ouders en tot vijandigheid van ouders naar hun kinderen toe (Matthys & Lochman, 2010). Deković en Prinzie (2008) noemen dat bij kinderen uit families met een lagere socio-economische status vaker gedragsproblemen voorkomen. Ook zij wijzen op de stress die hiermee gepaard gaat en die de opvoeding beïnvloedt. Anderzijds wordt ook de ‘sociale selectie’-theorie genoemd, die de nadruk legt op kenmerken van individu. Volgens deze theorie belanden sommige mensen hierdoor in slechte omstandigheden of zijn ze niet in staat om zulke omstandigheden te veranderen (Deković & Prinzie, 2008).

Een andere contextuele gezinsfactor is de samenstelling of structuur van het gezin. Delinquent gedrag komt vaker voor bij kinderen en jongeren die uit eenoudergezinnen komen. Volgens Matthys en Lochman (2010) is dit voornamelijk geassocieerd met conflicten tussen ouders in plaats van met de separatie van de ouderfiguren. Ander onderzoek laat echter zien dat ook separatie van de ouderfiguren een rol kan spelen in externaliserend probleemgedrag en delinquentie bij jongeren. Flouri en Buchanan (2002) onderzochten de rol van vaderlijke betrokkenheid (op 7-jarige leeftijd van het kind) in jeugddelinquentie. Voor jongens bleek dat betrokkenheid door vaders negatief gecorreleerd was met politiecontacten (Flouri & Buchanan, 2002). Dezelfde auteurs vonden in een ander onderzoek bovendien dat beperkte betrokkenheid van vaders en moeders significant en onafhankelijk van elkaar bijdragen aan pestgedrag in adolescenten (Flouri & Buchanan, 2003). Jaffee en collega's (2003) merken op dat het effect van de afwezigheid van een vader in het gezin afhankelijk is van het gedrag dat deze vader vertoont. De afwezigheid van een vader die weinig antisociaal gedrag vertoont leidt tot meer gedragsproblemen bij het kind, evenals de aanwezigheid van een vader met een hoge mate van antisociaal gedrag. Een twee-oudergezin lijkt dus niet altijd beter te zijn voor de kinderen (Jaffee, Moffitt, Caspi, & Taylor, 2003). Naast de scheiding van ouders en de afwezigheid van een ouder in het leven van een jongere, kunnen ook andere veranderingen in de gezinsstructuur een risicofactor vormen voor jeugddelinquentie. Harper en McLanahan

(2004) deden onderzoek naar het risico op jeugd detentie onder mannelijke adolescenten uit gezinnen waarbij de vader afwezig was. Hieruit bleek dat het risico het grootst was voor de jongens die in samengestelde (stief)gezinnen leefden (Harper & McLanahan, 2004). Haas en collega's (2004) wijzen er tot slot op dat er achter de categorieën 'disrupted' en 'intact' vele subgroepen verscholen gaan. Zo bleek uit het onderzoek dat zij verrichtten dat jongens die bij hun moeder wonen minder snel delicten plegen ten opzichte van jongens die in een instelling opgegroeid waren. Daarnaast bleek bovendien dat intacte gezinnen waarin een hoge mate van conflict aanwezig was, in vergelijkbare mate prevalentie van delinquent gedrag voorspelden als gebroken gezinnen (Haas, Farrington, Killias, & Sattar, 2004). De gezinsstructuur kan ook invloed uitoefenen op het gedrag van kinderen via proximale factoren. Zo heeft onderzoek uitgewezen dat in eenoudergezinnen (met name in gezinnen met alleen een vader) minder toezicht is dan in intacte gezinnen (Cookston, 1999). Alleenstaande moeders hebben meer stress van economische en andere aard. Daarnaast lijken ze minder tijd te hebben, wat mogelijk ten koste gaat van de opvoedingskwaliteit (Matthys & Lochman, 2010).

Doel en relevantie van het huidige onderzoek

In dit onderzoek zal een vergelijking worden gemaakt tussen twee groepen mannelijke cliënten in de leeftijd dertien tot achttien jaar die in de periode 2008-2011 in behandeling zijn geweest bij De Derde Oever. Bij deze groepen verschilt de uitkomst van de behandeling: de eerste groep (uitstromers) heeft de behandeling afgerond, terwijl bij de cliënten uit de tweede groep (drop-outs) de behandeling is afgebroken. Er wordt gekeken naar de mate waarin de eerder besproken risicofactoren op kind- en gezinsniveau zichtbaar zijn in deze groepen en of er een verschil bestaat tussen deze twee groepen. Het doel van dit onderzoek is ten gevolge het analyseren van de relatie tussen bepaalde risicofactoren en een bepaalde uitkomst van de behandeling. Hierbij zijn twee hypothesen opgesteld. Ten eerste wordt verondersteld dat er in de drop-out groep meer risicofactoren aanwezig zullen zijn ten opzichte van de uitstromersgroep. Ten tweede wordt verwacht dat de risicofactoren in sterkere mate aanwezig zullen zijn bij de drop-outgroep in vergelijking met de uitstromersgroep. Indien deze hypothesen door het huidige onderzoek ondersteund worden, biedt dit mogelijkheden om bij aanvang van de behandeling een redelijke inschatting van het verloop hiervan te maken. Daarnaast heeft het mogelijk ook implicaties voor de behandeling. Indien blijkt dat deze bij cliënten met bepaalde risicofactoren mogelijk onvoldoende aansluit, waardoor de behandeling bij hen wordt stopgezet, zou het relevant zijn kritisch te kijken naar de invulling van de behandeling en naar eventuele hiaten die opgevangen kunnen worden.

Methoden

Onderzoeksopzet

Het gekozen type onderzoek wordt *archival research* genoemd. Dit is een non-experimentele onderzoeksstrategie die bestaat uit het bestuderen van bestaande gegevens. Daarnaast is het een kwalitatief onderzoek, gebaseerd op schriftelijke registraties van geobserveerd gedrag die op kwalitatieve wijze geanalyseerd worden (Bordens & Abbott, 2005). Het huidige onderzoek is van explorerende aard. Hoewel er wordt verondersteld dat de risicofactoren in de drop-outgroep zowel in aantal als in ernst groter zullen zijn ten opzichte van de uitstromersgroep, worden geen specifieke hypothesen opgesteld. Bovendien wordt alleen gekeken naar de aanwezigheid van deze risicofactoren en niet naar de wijze waarop deze mogelijk gerelateerd zijn aan een eventuele afbreuk van de behandeling. Hoewel dit onderzoek dus kan leiden tot interessante bevindingen, kunnen geen causale verbanden worden vastgesteld.

Participanten

De huidige onderzoeksgroep bestaat uit 40 mannelijke cliënten die allen in behandeling zijn geweest bij de Derde Oever. De behandeling is bij hen gestart ten vroegste op 1 januari 2008, en beëindigd ten laatste op het moment van de laatste fase van de dataverzameling². Alleen cliënten die ten minste drie maanden in behandeling zijn geweest zijn meegenomen in het onderzoek. Anderen zijn wel aangemeld, maar nooit met de dagbehandeling begonnen. Daarnaast zijn de cliënten van wie het dossier niet op locatie aanwezig was uitgesloten van onderzoek. Wanneer er in dit artikel gesproken wordt over ‘de cliënten’ dient er derhalve rekening mee te worden gehouden dat deze onderzoeksgroep slechts een deel vormt van de gehele cliëntenpopulatie.

De cliënten zijn ingedeeld in twee groepen, de ‘*uitstromers*’ en de ‘*drop-outs*’, die elk uiteindelijk twintig cliënten bevatten. De wijze waarop de toewijzing aan deze groepen geschiedde komt later aan de orde. Eerst wordt het onderscheid tussen de groepen verduidelijkt. Daarna zullen enkele algemene kenmerken van deze twee groepen, zoals leeftijd, etniciteit, juridische status en delictgeschiedenis, worden besproken.

In de drop-outgroep zijn verschillende redenen te vinden voor het afbreken van de dagbehandeling door De Derde Oever. Allereerst is bij vier cliënten sprake van een delict dat ten tijde van de behandeling gepleegd of ontdekt werd, waardoor zij gedetineerd raakten. Twee cliënten hiervan werden opgepakt na één of meerdere straatroven. Een andere cliënt

² De laatste cliënt die in het onderzoek geïnccludeerd is heeft de behandeling medio juni 2011 afgerond.

werd opgepakt nadat hij tot tweemaal toe fysiek agressief naar zijn moeder toe was geweest. Bij de vierde cliënt wordt gesproken over recidive maar is het onduidelijk wat er voorgevallen is. Bij vijf cliënten is de opgelegde juridische maatregel door de jeugdreclassering teruggemeld, omdat zij zich niet aan de bijbehorende afspraken en voorwaarden hielden. Bij de overige elf cliënten uit de drop-outgroep wordt gesproken over een ontoereikende behandeling. Een gebrek aan motivatie kan ook een rol spelen in de moeizame totstandkoming van de behandeling. Ook is de aanwezigheid van deze cliënten op de dagbehandeling vaak minimaal en lijkt een strakker kader noodzakelijk om daadwerkelijk te kunnen behandelen. Bij het grootste deel van de drop-outgroep wordt in de eindbrief naar de huisarts en de verwijzende instantie dan ook geadviseerd tot een gesloten plaatsing. Hoewel er bij de groep uitstromers geen sprake is van afbreuk, zegt dit niet veel over het behandelresultaat. Of er daadwerkelijk sprake is van een gedragsverandering is moeilijk te toetsen en zal later moeten blijken. Ook is het bij een deel van de uitstromers zo dat zij nog geen vervangende dagbesteding hebben gevonden op het moment dat zij uitstromen en het nazorgtraject ingaan. Veel risicofactoren blijven bestaan en daarom zijn er ook bij deze groep nog veel zorgen met betrekking tot de toekomst op het moment dat zij de dagbehandeling afronden.

Een ander punt waarop de twee groepen grotendeels van elkaar verschillen is de duur van de behandeling. In principe wordt vanuit DDO gesteld dat een behandeling gemiddeld tien maanden duurt. Hoewel dit de richtlijn is, is de uiteindelijke duur vaak afhankelijk van de cliënt en met name het verloop van de behandeling. Het is mogelijk dat de cliënt zich na negen maanden zodanig ontwikkeld heeft dat deze klaar is om uit te stromen en in het nazorgtraject te komen. Anderzijds kan het ook zo zijn dat blijkt dat er wel vooruitgang zichtbaar is, maar dat dit met kleine stapjes gaat. Hierdoor kan de behandeling een aantal maanden langer duren. In de uitstromersgroep duurde de kortste behandeling iets meer dan 9 maanden en de langste bijna 20 maanden. De gemiddelde behandeling duurde voor deze groep iets langer dan 13 maanden. Ook binnen de drop-outgroep zijn grote verschillen zichtbaar met betrekking tot de duur van de behandeling. De gemiddelde duur van de behandeling was hier bijna achtenhalve maand. De langste behandeling duurde hier 12 maanden, terwijl de kortste vlak na 3 maanden werd stopgezet. De verschillen tussen de afbreekmomenten kunnen op meerdere wijzen worden verklaard. Ten eerste heeft het mogelijk te maken met het verloop van de behandeling. Bij sommige cliënten lijkt het bijvoorbeeld aanvankelijk zeer goed te gaan, maar wordt het dichterbij de oorspronkelijke uitstroomdatum duidelijk dat de behandeling ontoereikend is. Tevens is het denkbaar dat een cliënt bepaalde krachten en competenties bezit waardoor de behandelverantwoordelijke en de

overige teamleden een langere adem hebben en de cliënt nog een kans geven, terwijl dit normaal gesproken al einde behandeling had betekend. Hoewel er dus sprake is van een trend waarbij de behandeling bij de uitstromersgroep over het algemeen langer duurt dan bij de drop-outgroep, is het niet per definitie zo dat de afbreuk plaatsvindt alvorens de oorspronkelijke uitstroomdatum. Er wordt daarom in dit verband niet gesproken over voortijdige beëindiging (omdat dit noodzakelijkerwijs impliceert dat de duur van de behandeling korter dan gepland is), maar over afbreuk.

Enkele demografische gegevens zijn beknopt weergegeven in Tabel 1. Allereerst is gekeken naar de leeftijd waarop cliënten startten met de behandeling. In de uitstromersgroep was de gemiddelde leeftijd 16 jaar en drie maanden. De drop-outgroep was gemiddeld iets jonger toen zij met de behandeling begonnen, namelijk 16 jaar. Tevens is gekeken naar de etnische achtergrond van de cliënten, zoals gevonden kan worden in Tabel 1³. Onder allochtoon wordt hier de definitie van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) verstaan, namelijk een persoon die in Nederland woonachtig is en van wie ten minste één ouder in het buitenland geboren is. Als de cliënt zelf in het buitenland is geboren behoort deze tot de eerste generatie. Wanneer de cliënt in Nederland geboren is behoort deze tot de tweede generatie (CBS, 2000). In de huidige onderzoeksgroep zijn in totaal, door zowel cliënten als hun ouders, negentien nationaliteiten vertegenwoordigd, variërend van Europese en andere Westerse landen tot Afrikaanse, Zuid-Amerikaanse en landen uit het Midden-Oosten.

Bij alle cliënten uit de huidige onderzoeksgroep vond de dagbehandeling plaats binnen een gedwongen kader. In de uitstromersgroep was bij elf jongens sprake van een ondertoezichtstelling, een gezagsbeperkende maatregel die opgelegd wordt met als doel het verbeteren van de situatie waarin het kind opgroeit. Vier onder toezichtgestelde cliënten hadden daarnaast ook een strafrechtelijke maatregel, zoals een maatregel Hulp en Steun (MHS), Individuele Trajectbegeleiding voor Harde Kern-jongeren (ITB-HK) of een voorwaardelijke Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen (PIJ). Daarnaast bestond deze groep uit acht cliënten die in behandeling waren in het kader van een MHS en één cliënt bij wie een Gedragsbeïnvloedende Maatregel (GBM) was opgelegd. Deze maatregel is relatief nieuw en is met name in het leven geroepen om het gat op te vullen tussen datgene wat nog passend wordt geacht in het kader van bijzondere voorwaarden bij een voorwaardelijke veroordeling en in het kader van een taakstraf enerzijds, en de mogelijkheden binnen een PIJ

³ Van twee cliënten ontbreken de gegevens: één uitstromer van wie de ouders in het buitenland geboren zijn, maar van wie onbekend is waar de cliënt zelf geboren is en één drop-out die in Nederland geboren is, maar van wie onduidelijk is of vader, net als moeder, ook in Nederland is geboren.

maatregel anderzijds (Ministerie van Justitie, 2009). Binnen de uitstromersgroep was daarnaast zichtbaar dat bij degenen die in 2008 met de behandeling startten vaker sprake was van een OTS. In 2009 en 2010 waren cliënten met een MHS oververtegenwoordigd. In de drop-outgroep waren twaalf van de twintig cliënten onder toezicht gesteld ten tijde van de start van de dagbehandeling. Bij vier daarvan was er tevens sprake van een opgelegde MHS. Nog vier cliënten hadden alleen deze maatregel. Daarnaast werd de dagbehandeling door drie cliënten gevolgd in het kader van een GBM en had één cliënt een voorwaardelijke PIJ (zie Tabel 1).

In de uitstromersgroep was de verwijzende instantie bij achttien cliënten Bureau Jeugdzorg. Tevens was er een cliënt verwezen door de William Schrikker Groep en een cliënt verwezen door het Leger Des Heils. In de drop-outgroep was er tevens bij achttien cliënten sprake van Bureau Jeugdzorg als verwijzende instantie. Twee cliënten uit deze groep waren verwezen door de William Schrikker Groep.

Met betrekking tot de delictgeschiedenis was de informatie in de dossiers helaas niet altijd eenduidig. Tevens dient te worden opgemerkt dat de delicten waarover hier gesproken wordt delicten zijn waarvan de cliënten verdacht werden. Dit betekent niet dat de betrokkenheid bij deze delicten altijd bewezen is; in de meeste gevallen was pro justitia rapportage ten behoeve van de strafzaak aanwezig, maar was geen informatie opgenomen over het uiteindelijke vonnis. Daarnaast is het zeer waarschijnlijk dat de cliënten meer delicten hebben gepleegd dan wat er in het dossier genoemd wordt. De volgende informatie wordt dan ook slechts gegeven om een globaal beeld te schetsen van de cliënten die de afgelopen jaren bij DDO in behandeling zijn geweest. Naast de dossiers is verslaglegging van de intakegesprekken gebruikt om te beschikken over de meest recente informatie bij aanvang van de behandeling. Gebleken is dat door de uitstromersgroep opvallend meer delicten gepleegd lijken te zijn. De uitstromers hebben gemiddeld 3,5 delicten gepleegd verdeeld over gemiddeld 2,45 delictsoorten. De drop-outs daarentegen hebben gemiddeld 1,95 delicten gepleegd. Ook het gemiddeld aantal delictsoorten dat zij plegen is lager ten opzichte van de uitstromersgroep, namelijk 1,7. De grootste verschillen tussen de twee groepen bevinden zich in de categorie vermogensdelicten zonder geweld, die vaker gepleegd worden door uitstromers. Ook geweldsdelicten komen vaker voor in deze groep. Daarnaast is zichtbaar dat vernieling en brandstichting meer prevalent zijn in de uitstromersgroep in vergelijking met de drop-outgroep. Een groter aantal van deze cliënten is bovendien in een justitiële jeugdinrichting gedetineerd geweest. Daarnaast bevonden zich in de drop-outgroep twee cliënten die geen strafbare feiten (behalve verzuim) hadden gepleegd, althans volgens de

beschikbare informatie. Een mogelijke verklaring voor de huidige bevindingen is dat de problematiek binnen de drop-outgroep zich meer op andere gebieden, zoals binnen het gezin, bevindt, terwijl bij de uitstromersgroep de kern van de problematiek juist zit in het delictgedrag van de cliënten. In de discussie zal deze hypothese nader onderzocht worden. Het bleek helaas niet mogelijk om de leeftijd te achterhalen waarop de cliënten voor het eerst met politie en justitie in aanraking zijn gekomen. Bij enkele cliënten wordt deze informatie wel vermeld, maar dit was onvoldoende om een vergelijking te kunnen maken. Ook is er vanuit de dossiers onvoldoende informatie over of de delicten alleen of in vereniging zijn gepleegd.

Tabel 1 Kenmerken onderzoeksgroep

Kenmerken onderzoeksgroep	Uitstromers	Drop-outs
n	20	20
Gem. leeftijd bij aanvang behandeling (j;m)	16;3	16;0
Gem. duur behandeling (m;d)	13;5	8;13
<u>Etnische afkomst (%)</u>		
- Autochtoon	15.0	20.0
- Allochtoon eerste generatie	40.0	25.0
- Allochtoon tweede generatie	40.0	50.0
<u>Delictcategorieën (%)</u>		
- Gewelddelicten	45.0	35.0
- Vermogensdelicten met geweld	50.0	55.0
- Vermogensdelicten zonder geweld	55.0	35.0
- Bedreiging	15.0	20.0
- Vernieling	25.0	10.0
- Brandstichting	15.0	-
- Zedendelicten	5.0	5.0
- Overig ⁴	15.0	5.0
- Geen delicten	-	15.0
<u>Juridische status bij aanvang behandeling (%)</u>		
- Ondertoezichtstelling	55.0	55.0
- Maatregel Hulp & Steun	50.0	40.0
- Gedragsbeïnvloedende Maatregel	5.0	15.0
- Voorwaardelijke Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen	5.0	5.0
- Individuele Trajectbegeleiding - Harde Kern	5.0	-
<u>Verwijzende instantie (%)</u>		
- Bureau Jeugdzorg	90.0	90.0
- William Schrikker Groep	5.0	10.0
- Leger des Heils	5.0	-

Materialen

Van alle geïnccludeerde cliënten zijn de dossiers bestudeerd. De stukken hierin worden aangeleverd door of opgevraagd bij de verwijzende instantie wanneer de cliënt in behandeling

⁴ Er was één cliënt die achterop was meegereden op een gestolen scooter en daarnaast een stoeptegel had gegooid. Tevens was er een cliënt die aangehouden was voor opzettelijke vrijheidsberoving. Twee cliënten waren in het bezit geweest van een nepwapen.

komt. De hoeveelheid informatie die aanwezig is verschilt sterk per cliënt. Het is niet altijd duidelijk wat hiervan de oorzaak is. Enerzijds is het denkbaar dat er daadwerkelijk minder geschreven is over een cliënt, anderzijds is het mogelijk dat het bestaan van bepaalde stukken niet bij DDO bekend is. In alle dossiers is informatie beschikbaar van ten minste één van de drie volgende bronnen of categorieën: Bureau Jeugdzorg, pro justitia rapportage en de Raad voor de Kinderbescherming. Vanuit Bureau Jeugdzorg betreft dit vaak plannen van aanpak, evaluaties daarvan en informatie door de jeugdreclassering (aanwezig bij 26 dossiers). Onder pro justitia rapportage wordt verstaan verslagen van psychologische of psychiatrische onderzoeken bij een verdachte ten behoeve van een strafzaak (aanwezig bij 18 dossiers). De rapportage door de Raad voor de Kinderbescherming bestaat uit raadsonderzoeken in strafzaken, maar bevat ook raadsonderzoeken bij civiele zaken, bijvoorbeeld in het kader van een ondertoezichtstelling of een onderzoek naar de opvoedingssituatie waarin de cliënt opgroeit (aanwezig bij 31 dossiers). Bij het merendeel van de dossiers is informatie door twee van de genoemde bronnen aanwezig; dit is in de meeste gevallen een combinatie van informatie door de Raad voor de Kinderbescherming en door Bureau Jeugdzorg.

Procedure

Op basis van een lijst van opname- en ontslagdata bij de Derde Oever zijn aanvankelijk de cliënten geselecteerd die vanaf 1 januari 2008 in behandeling zijn gekomen en inmiddels de behandeling hebben afgerond. Vervolgens is er een indeling gemaakt naar de uitkomst van de behandeling. Dit gebeurde in eerste instantie op basis van gedocumenteerde informatie, zoals eindbrieven naar huisarts en verwijzers. Hierin staat meestal duidelijk vermeld hoe de behandeling is afgelopen en, indien van toepassing, wat de reden was voor afbreuk. Vervolgens zijn drie behandelaren gevraagd om elk een indeling te maken. Deze indelingen zijn met elkaar vergeleken en op basis daarvan is een algehele indeling gemaakt naar *'uitstromers'* en *'drop-outs'*. Door deze classificering zijn enkele cases uitgesloten. Ten eerste was er een aantal cliënten bij wie de intakeprocedure wel heeft plaatsgevonden, maar waarbij de behandeling nooit is gestart. Meestal betreft dit cliënten die toch op een andere locatie een behandeltraject ingaan. Tevens was van een aantal cliënten het dossier niet meer op de locatie van het onderzoek aanwezig, waardoor ook zij zijn uitgesloten van het onderzoek. Tot slot waren er cliënten bij wie het onduidelijk was tot welke groep ze behoorden. In deze gevallen was er geen consensus tussen behandelaren over de afloop van de behandeling van de cliënt en was er onvoldoende informatie beschikbaar om dit te kunnen achterhalen. Om twee

groepen te hebben die zich duidelijk van elkaar onderscheiden is ervoor gekozen deze twijfelgevallen uit te sluiten van het huidige onderzoek.

De dossiers zijn geanalyseerd met behulp van een van tevoren opgestelde checklist met daarin de belangrijkste factoren zoals deze in de inleiding besproken zijn. Deze checklist is opgenomen in de bijlage. In eerste instantie is deze checklist per cliënt afzonderlijk op beschrijvende wijze ingevuld. Dit gaf de mogelijkheid om later de informatie te kunnen analyseren zonder dat het dossier daarvoor nog voorhanden diende te zijn. Vervolgens is voor de factoren waarover voldoende informatie aanwezig was deze beschrijving door middel van coderen omgezet naar het oordeel met betrekking tot de af- en aanwezigheid van de factor. Daarna zijn de gegevens van beide groepen met elkaar vergeleken om te onderzoeken of bepaalde risicofactoren in verschillende mate aanwezig waren.

Allereerst dient te worden opgemerkt dat de gegevens die in dit onderzoek zijn gebruikt allen gebaseerd zijn op wat door derden is geschreven over de cliënten. Hoewel er over het algemeen op wordt vertrouwd dat deze informatie redelijk betrouwbaar is, zijn een aantal dingen opgevallen. Ten eerste bleek dat verschillende rapportages (bijvoorbeeld pro justitia rapportage en informatie door de Raad voor de Kinderbescherming) elkaar regelmatig tegenspreken. Uiteraard is dit deels afhankelijk van wat de cliënt vrijgeeft aan informatie, bijvoorbeeld wat betreft middelengebruik, omgang met delinquente *peers* en geweld in het gezin. Daarnaast is het in sommige gevallen een kwestie van interpretatie van bijvoorbeeld de ernst van bepaalde risicofactoren en de mate waarin deze de ontwikkeling van de cliënt bedreigen. Opvallend was echter dat er regelmatig ook geen overeenstemming is met betrekking tot gegevens als geboorteland van de cliënt, het aantal broertjes en zusjes of onderwijsgeschiedenis, zaken die toch redelijk vastliggen en zonder al te veel moeite te achterhalen lijken. Hierdoor was het in sommige gevallen lastig om te concluderen welke informatie de juiste was. Daarnaast was ook binnen sommige verslagen sprake van tegenstrijdige informatie, meestal omdat verschillende informanten (bijvoorbeeld de cliënt ten opzichte van zijn ouders) een andere visie op bepaalde zaken hebben. Tot slot was het soms moeilijk om een bepaalde risicofactor te kwantificeren als aanwezig of afwezig. Om deze reden is er in sommige gevallen voor gekozen om een tussenvariant in het leven te roepen, in het geval waarvan wordt gesproken over de vermoedelijke of waarschijnlijke aanwezigheid van de risicofactor.

Betrouwbaarheid en validiteit

Onder de betrouwbaarheid van een meetmethode of meetinstrument wordt verstaan de mate waarin de meetresultaten representatief zijn voor de werkelijke waarde van de variabele. Een belangrijk onderdeel hiervan is de mate waarin de resultaten repliceerbaar zijn onder identieke omstandigheden (Bordens & Abbott, 2005). In het huidige onderzoek is de toewijzing van de cliënten aan de groepen ‘uitstromers’ en ‘drop-outs’ gebaseerd op het oordeel van meerdere informanten, waardoor de *interrater reliability* verhoogd is. Daarnaast is er gebruik gemaakt van een gestandaardiseerde checklist, waarbij de verschillende punten al voorafgaand aan de data-analyse gedefinieerd zijn. Dit leidt tot een grote waarschijnlijkheid dat een andere onderzoeker met behulp van dezelfde checklist tot dezelfde resultaten zou komen.

De validiteit verwijst naar de mate waarin een bepaalde maat meet wat deze beoogt te meten. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de interne en externe validiteit. De interne validiteit heeft betrekking op de mate waarin de onderzoeksopzet de hypothesen meet die het beoogt te meten. Een bedreiging voor dit type validiteit is dat andere variabelen alternatieve verklaringen voor de bevindingen kunnen bieden (Bordens & Abbott, 2005). In deze studie is getracht deze validiteit te vergroten door een groot aantal variabelen te includeren in de analyse. Een mogelijke bedreiging die daarnaast aanwezig is, is die van instrumentatie (Bordens & Abbott, 2005). In dit geval zouden onopgemerkte verschillen in definities van de risicofactoren de resultaten hebben kunnen beïnvloeden. Om dit zoveel mogelijk te voorkomen zijn in eerste instantie de risicofactoren zeer ruim beschreven en is alle informatie die hier enigszins aan gerelateerd was overgenomen. In een later stadium zijn deze categorieën nader gespecificeerd op basis van de in de dossiers gebruikte termen. De externe validiteit verwijst naar de mate waarin de resultaten gegeneraliseerd kunnen worden naar personen en situaties buiten de onderzoeksgroep (Bordens & Abbott, 2005). In dit onderzoek wordt dit type validiteit bedreigd doordat cliënten van wie het dossier niet voorhanden was uitgesloten zijn. Indien deze cliënten op een bepaalde manier afwijken van de huidige onderzoekspopulatie zijn de resultaten mogelijk niet geldend voor hen. Daarnaast is het uiteraard onzeker of de huidige bevindingen gegeneraliseerd kunnen worden naar cliënten in de toekomst.

Hoewel men er bij onderzoek naar dient te streven dat zowel de interne als externe validiteit hoog is, blijkt in de praktijk dat door de stappen die ondernomen worden om het ene type van validiteit te verhogen, het andere type validiteit juist verlaagd wordt. Welk type validiteit belangrijker is, is afhankelijk van het doel dat het onderzoek beoogt te vervullen (Bordens & Abbott, 2005). In dit geval is het belangrijk dat de bevindingen toegepast kunnen worden in de praktijk. Dit betekent dat met name de externe validiteit hoog dient te zijn.

Resultaten

Risicofactoren op kindniveau

Met betrekking tot de risicofactoren op kindniveau worden de resultaten op het gebied van psychopathologie, problematiek, middelengebruik, schoolgang en intelligentie besproken. Bij alle cliënten uit de huidige onderzoeksgroep is ten minste één psychiatrische stoornis vastgesteld bij aanvang van de behandeling. Zichtbaar is dat binnen de drop-outgroep er bij de cliënten gemiddeld meer psychiatrische stoornissen per persoon gediagnosticeerd zijn, namelijk 2,35 ten opzichte van gemiddeld 1,95 diagnoses in de uitstromersgroep. Gekeken naar de specifieke diagnoses op As I (primaire symptomatologie) volgens het DSM-IV-TR classificatiesysteem kan ten eerste gesteld worden dat er in de uitstromersgroep bij alle cliënten sprake is van een gedragsstoornis (ODD, CD of gedragsstoornis niet anderszins omschreven – NAO), ten opzichte van 17 cliënten in de drop-outgroep. In de drop-outgroep wordt echter vaker een diagnose op het gebied van middelenmisbruik of –afhankelijkheid genoemd (bij 6 cliënten ten opzichte van 4 uitstromers). Opvallend is dat bij de drop-outgroep aanzienlijk vaker gesproken wordt over ouder-kindrelatieproblematiek (bij 10 cliënten versus 3 in de uitstromersgroep). Op As II worden persoonlijkheidsstoornissen en andere blijvende kenmerken (zoals zwakzinnigheid) genoemd. Aangezien het hier een redelijk jonge onderzoeksgroep betreft, wordt er grotendeels gesproken over een bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling, kenmerken van bepaalde persoonlijkheidsstoornissen of een uitgestelde diagnose. In de uitstromersgroep wordt bij 12 cliënten gesproken over een mogelijke persoonlijkheidsstoornis in ontwikkeling of kenmerken daarvan. In de meeste gevallen wordt hierbij niet het soort kenmerken gespecificeerd. In totaal wordt er drie keer gesproken over antisociale trekken en drie keer over narcistische trekken. In de drop-outgroep is er bij 14 cliënten sprake van kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis. Antisociale kenmerken worden vijf keer genoemd, narcistische en borderline kenmerken beiden twee keer. Wat betreft overige diagnoses op As II is tevens weinig verschil; in de uitstromersgroep wordt 4 keer gesproken over een cognitieve beperking (zwakzinnigheid, zwakbegaafdheid of licht verstandelijke beperking) ten opzichte van 5 keer in de drop-outgroep.

Naast specifieke stoornissen wordt in alle verslagen en rapportages op meer beschrijvende wijze gesproken over de problematiek van de cliënten. Bij het merendeel van de cliënten (14 uitstromers, 13 drop-outs) wordt gesproken over gedragsproblemen. Hieronder wordt onder andere verstaan oppositioneel en opstandig gedrag, stelen, liegen, weglopen, afspraken niet nakomen, pesten en seksueel overschrijdend gedrag. Daarnaast zijn minimale

verschillen gevonden op het gebied van somatische klachten (eet- en slaapproblemen, pijnen) en internaliserende of andere symptomen (depressieve klachten, angst, trauma, hechting). Met betrekking tot problemen in de *peer group* (beïnvloedbaarheid, weinig sociale contacten), verstoord contact met de realiteit (waarnemen van dingen die er niet zijn, paranoia) en gezag- en autoriteitsproblemen zijn geen verschillen gevonden. In de uitstromersgroep is bij 15 cliënten sprake van verstoorde cognitieve processen, in de drop-outgroep zijn dit er 11. Hiermee wordt in dit onderzoek bedoeld op bijvoorbeeld een gebrekkige gewetensontwikkeling, de aanwezigheid van bepaalde cognitieve vertekeningen (egocentrisme, bagatelliseren, anderen de schuld geven, etc.) of een vijandige intentietoekenning-*bias* en het hebben van een negatief zelfbeeld. ADHD-kenmerken (impulsiviteit, concentratieproblemen, afleidbaarheid, hyperactiviteit) lijken vaker voor te komen binnen de uitstromersgroep (bij 15 cliënten ten opzichte van 11 cliënten in de drop-outgroep). Dit komt niet overeen met de eerdere bevinding dat in de drop-outgroep de diagnose ADHD vaker gesteld is. De drop-outgroep lijkt tot slot in lichte mate meer kenmerken te vertonen van problemen in de emotieregulatie en frustratietolerantie (driftbuien, agressie, gewelddadig gedrag). Het gaat hier om 19 cliënten ten opzichte van 16 cliënten in de uitstromersgroep bij wie dit een probleem vormt. Het bleek lastig om bepaalde typen van agressie te onderscheiden op basis van de beschikbare gegevens. Hoewel er in sommige gevallen expliciet naar gerefereerd wordt, is het in de meeste gevallen onduidelijk hoe agressie bij de cliënten tot stand komt. Uiteraard is dit voor een buitenstaander lastig te beoordelen, aangezien cognitieve processen (sociale informatieverwerking) hierin leidend zijn. Ook wordt er niet direct benoemd dat er sprake zou zijn van *callous-unemotional traits* of psychopathische trekken. Wel wordt bij een aantal cliënten gesproken over gebrekkige empathische vermogens, een beperkt inlevingsvermogen en manipulatief gedrag. Over het algemeen zijn deze trekken aan de orde bij 8 uitstromers en 12 drop-outs.

Een ander aspect waaraan aandacht besteed is in de data-analyse is middelengebruik, aangezien overmatig gebruik de behandeling mogelijk belemmert. Op dit gebied zijn duidelijke verschillen tussen de twee onderzoeksgroepen zichtbaar. In de uitstromersgroep is door 9 cliënten softdrugs gebruikt of zijn hier sterke vermoedens van. De frequentie hiervan verschilt van ongeveer twee keer per maand tot dagelijks. Met alcohol zijn 6 cliënten in aanraking gekomen; meestal betreft het hier 'af en toe' of 'wel eens' drinken. In de groep bestaande uit drop-outs bevinden zich maar liefst 16 cliënten die ooit met drugs in aanraking zijn gekomen of waarbij deze vermoedens aanwezig zijn. Het gebruik hierbij verschilt van 'wel eens geprobeerd' tot tweemaal per dag. Opvallend is dat de frequentie van het gebruik

bij de drop-outs over het algemeen minder exact is aangegeven dan bij de uitstromers. Wat alcohol betreft is het gebruik in de drop-outgroep ook vaker voorkomend, namelijk bij 11 cliënten, variërend van zelden tot drie keer per week. Belangrijk is wel om in acht te nemen dat dit middelengebruik op het moment van de start van de behandeling mogelijk anders is dan gedurende bijvoorbeeld het psychologische of raadsonderzoek. Daarnaast is er waarschijnlijk sprake van een tendens tot sociaal wenselijk antwoorden in beide groepen, mede vanwege religieuze overtuigingen. Dit betekent dat deze cijfers wellicht een onderschatting zijn van het daadwerkelijke middelengebruik door de onderzoeksgroep.

Het externaliserende probleemgedrag van deze jongeren gaat bijna altijd gepaard met een verstoorde schoolgang. In het huidige onderzoek is gebleken dat problemen op dit gebied in grotere mate aanwezig zijn bij de drop-outgroep. Ten opzichte van de uitstromersgroep bezoeken zij vaker en op jongere leeftijd (al in het basisonderwijs) het speciaal onderwijs, maken meer van hen één of meerdere schoolwisselingen mee en vertonen ze meer probleemgedrag (inclusief verzuim)⁵. Een aantal cliënten heeft vanwege deze gedragsproblemen in speciale klassen gezeten of aan projecten deelgenomen voor jongeren die niet meer kunnen functioneren binnen het normale onderwijs. In de verslaglegging worden aanzienlijk meer problemen gerapporteerd met betrekking tot het voortgezet onderwijs ten opzichte van het basisonderwijs. Uiteraard speelt hier ook in mee dat de meeste rapportages opgesteld zijn in de periode waarin de jongere al het voortgezet onderwijs bezoekt. Hierdoor is wellicht minder zicht op de situatie ten tijde van de vroegere jeugd van de cliënt.

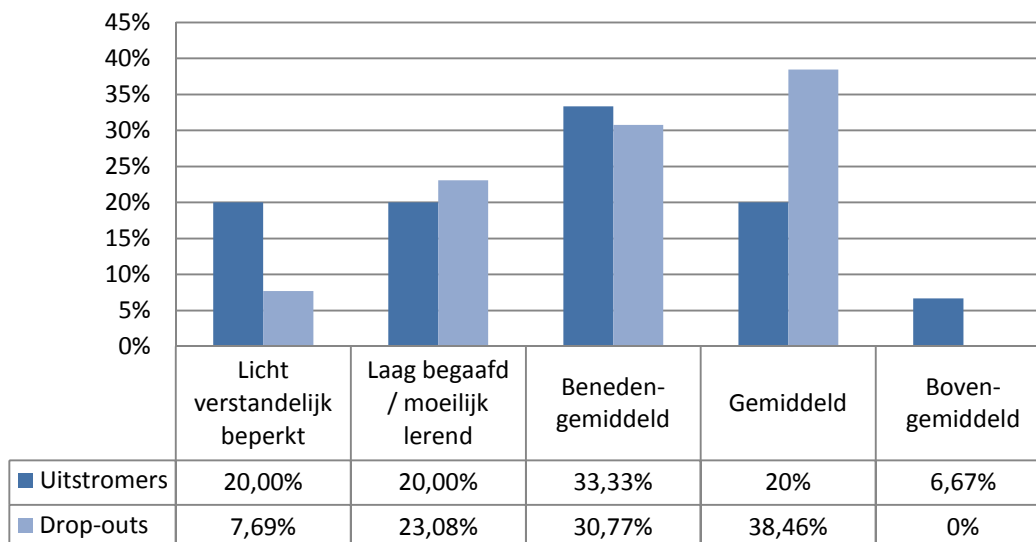
De gegevens met betrekking tot intelligentie zijn bij veel dossiers niet eenduidig. In veel gevallen zijn er verschillende tests afgenomen met uiteenlopende resultaten. Indien hierbij een tijdsaanduiding is aangegeven is gekozen voor de meest recente test bij aanvang van de behandeling, op basis van het behandelplan waarin deze gegevens opgenomen zijn. Indien het niet duidelijk was welke gegevens de meest recente waren, is gekozen om het gemiddelde van de tests te nemen. Daarnaast staat bij enkele cliënten in plaats van een getal voor het totale IQ, de 95% betrouwbaarheidsinterval hiervan aangegeven. Ook in deze gevallen is voor het gemiddelde van de twee grensnummers gekozen. Tot slot zijn er 11 cliënten waarvan geen IQ-gegevens vermeld zijn in het dossier; 4 in de uitstromersgroep en 7 in de drop-outgroep. Hierdoor gelden de gevonden resultaten mogelijk niet voor de gehele onderzoeksgroep. Het gemiddelde totale IQ bleek in beide groepen gelijk, namelijk 85.

⁵ **Basisonderwijs.** Schoolwisselingen: 2 uitstromers vs. 5 drop-outs; speciaal onderwijs: 0 uitstromers vs. 4 drop-outs; gedragsproblemen/verzuim: 1 uitstromer vs. 5 drop-outs.

Voortgezet onderwijs. Schoolwisselingen: 11 uitstromers vs. 16 drop-outs; speciaal onderwijs: 9 uitstromers vs. 13 drop-outs; gedragsproblemen/verzuim: 22 uitstromers vs. 26 drop-outs.

Opvallend is wel de heterogeniteit binnen de groepen, welke in de uitstromersgroep aanzienlijk groter is. De verdeling op basis van het classificatiesysteem van Resing en Blok (2002) is weergegeven in Figuur 2.

Figuur 2 Verdeling van intelligentie binnen de onderzoeksgroep



Bij de cliënten waarvan de IQ-gegevens opgesplitst zijn in verbaal en perfoormaal IQ, is er vaak sprake van een groot verschil tussen deze twee subschalen. Mogelijk kan dit verklaard worden doordat men bij een harmonisch profiel (waarbij er geen significante verschillen zijn tussen de verbale en de performale schaal) minder snel geneigd is de specifieke getallen te vermelden in de rapportages. Het verschil is meestal in het voordeel van de performale schaal. Dit sluit aan bij de literatuur waarin beschreven staat dat er een verband bestaat tussen lage verbale vermogens en delinquentie (Dodge et al., 2008).

Met betrekking tot risicofactoren op kindniveau kan geconcludeerd worden dat er in de drop-outgroep vaker sprake lijkt te zijn van problemen in de ouder-kindrelatie. Daarnaast hebben deze cliënten vaker een diagnose op het gebied van middelengebruik en komen zij meer in aanraking met alcohol en drugs. Ook lijken psychopathische trekken meer voor te komen in de drop-outgroep. Bovendien is de schoolgang van de drop-outs in grotere mate verstoord ten opzichte van de uitstromers. Deze schoolgegevens lijken er op te wijzen dat de problemen bij deze groep al eerder beginnen, namelijk in de basisschoolperiode. Op het gebied van intelligentie bleken echter geen verschillen; hoewel de verdeling in de drop-outgroep minder verspreid en meer rond 'benedengemiddeld' gecentreerd is, is het gemiddelde IQ in beide groepen gelijk.

Risicofactoren op gezinsniveau

Aangezien de geanalyseerde rapportages zich met name richten op de cliënten en hun problematiek, was de informatie met betrekking tot gezinsfactoren vaak beperkt en weinig eenduidig. Desalniettemin worden hier de belangrijkste resultaten besproken op het gebied van proximale, distale, contextuele en globale factoren op gezinsniveau.

Proximale gezinsfactoren

Met betrekking tot de kwaliteit van de ouder-kindrelatie worden in de dossiers weinig uitspraken gedaan. Dit is enigszins vanzelfsprekend omdat het voor een buitenstaander moeilijk is om dit op basis van slechts één of enkele gesprekken met de cliënt te beoordelen. Bij sommige cliënten is echter wel gevraagd naar de relatie met hun ouders. Van het aantal cliënten bij wie dit in het dossier duidelijk naar voren kwam, is in de uitstromersgroep driekwart (9 uit 12 cliënten) positief over de relatie met hun vader. Over de relatie met hun moeder zijn 9 van de 13 cliënten positief. In de drop-outgroep zijn 3 van de 9 cliënten positief over de relatie met hun vader. Dit betekent dat de meerderheid van deze groep de relatie als negatief bestempelt. Met betrekking tot hun moeders zijn de cliënten in de drop-outgroep positiever, 9 van de 11 cliënten beschouwen de relatie met haar als positief. Zoals eerder vermeld hebben cliënten uit de drop-outgroep daarnaast vaker een diagnose op het gebied van ouder-kindrelatieproblematiek.

Wat betreft opvoedingsvaardigheden zijn een aantal verschillen zichtbaar tussen de twee onderzoeksgroepen. In de drop-outgroep is vaker sprake van een gebrekkig toezicht door ouders, met name op wat de cliënten buitenshuis doen (bij 10 cliënten ten opzichte van 7 in de uitstromersgroep). Het grootste verschil bevindt zich echter op het gebied van discipline. In de drop-outgroep is zichtbaar dat de discipline in de thuissituatie van deze cliënten twee keer zo vaak onvoldoende of gebrekkig is (6 uitstromers vs. 12 drop-outs). Dit betekent dat ouders weinig regels hanteren of dat ze niet consequent zijn in de uitvoering van de regels die wel aanwezig zijn. Andere aan opvoeding gerelateerde aspecten die in beide groepen ongeveer even vaak genoemd worden zijn: problematische communicatie tussen ouder(s) en kind, een opvoedstijl die niet passend is bij de problematiek van het kind (bijvoorbeeld onvoldoende ondersteuning bij een verstandelijke beperking) en het verlies van de grip op of het gezag over de cliënt. Ook wordt bij enkele ouders gesproken over pedagogische onmacht of tekortschietende pedagogische vaardigheden, zonder dit te specificeren.

Een extreme vorm van een inadequate opvoeding is kindermishandeling. Bij in totaal zeven cliënten (3 uitstromers, 4 drop-outs) wordt in het dossier gesproken over verwaarlozing,

waarvan in enkele gevallen de aard van de verwaarlozing gespecificeerd is (bijv. affectieve verwaarlozing). Een groter verschil is zichtbaar op het gebied van fysieke mishandeling, dat vaker voorkomt in de drop-outgroep (9 versus 5 uitstromers). Hierbij dient te worden opgemerkt dat de frequentie en de benaming van het fysieke geweld daarvan erg varieert, van eenmalig tot af en toe ‘opvoedkundige’ tikken, tot een vader die agressief wordt als hij alcohol gedronken heeft. Daarnaast hoeft het gebruik van fysieke disciplineringsmethoden niet altijd als mishandeling te worden ervaren door het kind. Uit onderzoek is gebleken dat andere factoren in de opvoeding een modererend effect kunnen hebben op de relatie met gedragsproblemen (Lansford, 2010). Daarnaast vindt er in een aantal gezinnen, zoals bij de contextuele gezinsfactoren wordt besproken, ook huiselijk geweld plaats, van vader naar moeder toe. Mogelijk zijn de kinderen hier ook getuige van geweest, wat door sommigen tevens als een vorm van kindermishandeling beschouwd wordt (Jack et al., 2006).

Samengevat kan gesteld worden dat een aantal risicofactoren op proximaal gezinsniveau meer lijken voor te komen in de drop-outgroep ten opzichte van de uitstromersgroep. Er lijkt vaker sprake van problematische ouder-kindrelaties (met name met vaders), gebrekkig toezicht, inconsistente of gebrekkige discipline en fysieke mishandeling.

Distale gezinsfactoren

De twee distale gezinsfactoren die nader onderzocht zijn, zijn psychopathologie en crimineel gedrag van de ouders. Voor de aanwezigheid van psychopathologie is gekeken naar de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen bij ouders bij aanvang van de behandeling of ooit in hun leven. Hoewel er bij een aantal ouders ook gesproken wordt over behandeling bij een psycholoog zonder bepaalde diagnoses te noemen, is de aard en ernst van deze klachten erg onduidelijk. Om deze reden wordt bij deze ouders niet gesproken over psychiatrische problematiek. Ook bij deze factor was de informatie uit het dossier vaak tegenstrijdig. Er bleken redelijk grote verschillen te zijn tussen de twee onderzoeksgroepen, waarbij in de drop-outgroep, zoals verwacht, vaker sprake is van zulke problematiek van de ouders. Met ‘ouders’ worden hier zowel de biologische ouders bedoeld als de primaire verzorgers indien dit niet dezelfde personen zijn⁶. In de uitstromersgroep is bij 4 vaders sprake van psychiatrische problematiek, ten opzichte van 9 in de drop-outgroep. Deze vaders kampen allen met verslavingsproblematiek (drugs, alcohol, gokken). In de drop-outgroep hebben daarnaast twee van de negen vaders een comorbide stoornis: respectievelijk schizofrenie en depressie. Ook moeders uit de drop-outgroep hebben vaker psychiatrische problematiek in

⁶ De uitstromersgroep bevat één cliënt die op anderhalf-jarige leeftijd vanuit een ander land geadopteerd is.

vergelijking met de overige moeders, namelijk 8 versus 2 moeders van uitstromers. In de uitstromersgroep heeft dit bij één moeder betrekking op middelenafhankelijkheid. Dit zijn er vier in de drop-outgroep, waarvan er comorbiditeit bestaat met een bipolaire stoornis en een borderline persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast hebben vijf moeders andere psychiatrische stoornissen, zoals ADHD, depressie en angststoornissen. Er is tevens gekeken of er cliënten zijn van wie beide ouders kampen met psychiatrische problematiek. In de uitstromersgroep zijn dit er 2, in de drop-out groep zijn dit er 4. Verwacht wordt dat dit een extra belasting oplevert en bovendien een belemmering vormt bij het doen slagen van de behandeling. Ouders zijn mogelijk gepreoccupeerd met hun eigen problemen waardoor zij minder goed in staat zijn hun kind te ondersteunen. Met name bij deze risicofactor is het belangrijk te vermelden dat de gegevens zoals ze hier beschreven worden vaak gebaseerd zijn op wat door derden (anders dan de ouders zelf) is aangegeven. Enerzijds is het denkbaar dat er sprake is van onderschatting van de problematiek, door het taboe dat hierop rust en de gevoelens van schaamte die de gezinsleden ervaren. Anderzijds is het mogelijk een overschatting, doordat bijvoorbeeld gescheiden ouders elkaar mogelijk in een kwaad daglicht willen stellen.

Naast psychiatrische problematiek is tevens gekeken naar criminaliteit bij ouders en andere familieleden. Deze risicofactor is als aanwezig gemarkeerd op het moment dat er gesproken wordt over contacten met politie en justitie, tenzij duidelijk is dat de beschuldigingen onterecht zijn. Er is bijvoorbeeld een moeder die er van verdacht werd bolletjes te hebben geslikt, maar bij wie bleek dat zij dit niet gedaan had. Criminaliteit in de familie komt met name voor bij vaders en broers (64% van de politiecontacten). In de drop-outgroep komt criminaliteit voor in de familie van 8 cliënten, ten opzichte van 6 cliënten in de uitstromersgroep. Dit zegt echter niets over de ernst van deze politiecontacten. Zo is er onder de uitstromers een cliënt die er getuige van is geweest dat zijn moeder door zijn vader neergestoken werd. Één cliënt is zelfs geboren in de gevangenis. Bij ouders vinden politiecontacten vaak plaats in het kader van huiselijk geweld. Een deel van de delinquente familieleden is met de politie in contact gekomen door verslavingsproblematiek.

Op het gebied van distale gezinsfactoren blijkt dat er in de drop-outgroep, in vergelijking met de uitstromersgroep, vaker sprake is van psychopathologie bij een of beide ouders, waaronder ook verslavingsproblematiek. Wat betreft criminaliteit bij familieleden lijkt er weinig verschil te zijn tussen de twee groepen.

Contextuele gezinsfactoren

Over de relatie tussen ouders is beperkte informatie beschikbaar. In de drop-outgroep wordt vaker genoemd dat er veel en heftige ruzies zijn, dat er veel geschreeuwd wordt en dat ouders onvoldoende steun en toenadering bij elkaar zoeken. Uit de dossiers komt naar voren dat bij ongeveer een kwart van de cliënten sprake is (geweest) van huiselijk geweld van vader naar moeder toe. Hieronder wordt ook verbale agressie verstaan. Deze aantallen zijn ongeveer gelijk in de twee groepen, met iets meer gevallen in de drop-outgroep (bij 5 cliënten ten opzichte van 7 cliënten uit de uitstromersgroep).

Globale gezinsfactoren

Binnen deze categorie gezinsfactoren is gekeken naar de socio-economische status en de samenstelling van de gezinnen van de cliënten. In de uitstromersgroep wordt bij 6 cliënten gesproken over financiële problemen of beperkte financiële middelen, bij de drop-outgroep is dit het geval bij 8 cliënten. Daarnaast is gekeken naar werkloosheid onder ouders. Behalve het dossier zijn ook de aanmeldformulieren voor DDO geraadpleegd, waarin expliciet wordt gevraagd naar het werk dat ouders doen. Over de ouders van in totaal 12 cliënten (6 in elke groep) is geen informatie bekend. In beide groepen is gevonden dat bij 7 cliënten zowel vader als moeder werk heeft. In de uitstromersgroep zijn er 3 cliënten waarbij beide ouders werkloos zijn, in de drop-outgroep is dit er 1. Daarnaast zijn er 4 drop-outs waarvan ten minste één ouder geen werk heeft. Hierbij dient te worden opgemerkt dat in situaties waarin de cliënt opgroeit in een eenoudergezin er vaak weinig zicht lijkt te zijn op de beroepsmatige en financiële situatie van de andere ouder. Bovendien is bij veel cliënten geen informatie gegeven door ouders met betrekking tot hun eigen situatie op dit gebied. Wellicht zijn deze cijfers derhalve een onderschatting van de werkloosheid in de huidige onderzoeksgroep.

Tevens is gekeken naar de samenstelling van de gezinnen. In de uitstromersgroep komen 12 cliënten uit eenoudergezinnen⁷. In de drop-outgroep groeien 15 cliënten op in een eenoudergezin op het moment van de start van de behandeling. Van de ouders die hier nog samen zijn (bij vijf cliënten), ligt één echtpaar in een scheiding. Daarnaast zijn twee vaders overleden. In elk geval één van deze vaders was ook al van zijn echtgenote gescheiden voordat hij overleed. Wanneer er wordt gesproken over een eenoudergezin betekent dit overigens niet dat er geen stiefvader of –moeder in beeld is. De informatie omtrent het bestaan en de rol van deze personen was echter onvoldoende helder om hier uitspraken over te

⁷ Bij één cliënt is gekeken naar de adoptief ouders, aangezien het hier gaat om de primaire verzorgers bij wie de cliënt opgroeit.

kunnen doen. Tevens viel het op dat er bij een aantal cliënten de biologische vader uit beeld is. Hoewel de informatie hierover enigszins onduidelijk is, lijkt dit het geval te zijn bij respectievelijk 6 uitstromers⁸ en 7 drop-outs.

Op het gebied van globale gezinsfactoren lijkt de socio-economische status van de drop-outgroep niet veel te verschillen van die van cliënten uit de uitstromersgroep. Wel komen meer drop-outs ten opzichte van uitstromers uit eenoudergezinnen.

Met betrekking tot de in dit onderzoek geanalyseerde risicofactoren op gezinsniveau kan gesteld worden dat er een aantal verschillen zijn tussen de cliënten uit de drop-outgroep en de cliënten uit de uitstromersgroep. Allereerst zijn er een aantal verschillen binnen de proximale gezinsfactoren. Drop-outs zijn vaker negatief over de relatie met hun vader. Daarnaast is er in deze gezinnen vaker sprake van een gebrekkig toezicht en inconsistente discipline. Ook fysieke mishandeling komt hier vaker voor. Bij drop-outs lijkt daarnaast op distaal niveau vaker sprake van psychiatrische problematiek bij ouders en met name moeders. Criminaliteit in de familie lijkt ongeveer gelijk in beide groepen. De contextuele factoren huiselijk geweld en conflicten tussen ouders lijken in lichte mate vaker voor te komen in de drop-outgroep. Tot slot is op het globale gezinsniveau zichtbaar dat de drop-outs vaker opgroeien in eenoudergezinnen.

⁸ Met uitzondering van de cliënt die geadopteerd is; bij hem zijn beide biologische ouders uit beeld.

Discussie

In het huidige onderzoek zijn een aantal bevindingen gedaan die wijzen op mogelijke verschillen in risicofactoren tussen cliënten die de behandeling bij De Derde Oever afronden en cliënten bij wie deze behandeling wordt afgebroken. Allereerst is op kindniveau zichtbaar dat de problematiek in de meeste gevallen ernstiger is in de drop-outgroep ten opzichte van de uitstromersgroep. De drop-outs hebben meer psychiatrische stoornissen per persoon en bij een groter deel van hen is sprake van (overmatig) middelengebruik. Ook wordt binnen deze groep meer gesproken over psychopathische trekken en ouder-kindproblematiek en is de schoolgang in ernstigere mate verstoord. Op gezinsniveau komen de grootste verschillen naar voren op het gebied van proximale gezinsfactoren. Bij de drop-outgroep is er vaker sprake van een gebrekkig toezicht en inconsistente discipline. Deze cliënten beoordelen de kwaliteit van de relatie met hun vader vaker als negatief. Ook komt er meer fysiek geweld voor in het gezin, mogelijk onder andere als onderdeel van de opvoeding. Wat distale gezinsfactoren betreft is er een redelijk verschil op het gebied van psychiatrische problematiek bij ouders, waarvan vaker sprake is in de drop-outgroep. Tot slot is gevonden dat cliënten in de drop-outgroep vaker opgroeien in eenoudergezinnen ten opzichte van cliënten in de uitstromersgroep.

Hoewel de specifieke processen en mechanismen die een rol spelen bij het afbreken van de dagbehandeling niet onderzocht zijn, kunnen voor een aantal factoren die gerelateerd lijken aan afbreuk (middelengebruik, gebrekkige opvoedingsvaardigheden, fysiek geweld, ouderlijke psychopathologie, eenoudergezin) enkele mogelijke verklaringen worden gegeven. Ten eerste is het mogelijk dat de drop-outs tijdens de behandeling overmatig middelen als softdrugs en alcohol gebruiken. Hierdoor beklijven de aangeleerde vaardigheden minder en is de cliënt minder gemotiveerd tot gedragsverandering. Daarnaast zorgt dit mogelijk voor conflicten met ouders waardoor er niet gewerkt kan worden aan de onderlinge relaties in het gezin. Ook is het mogelijk dat middelengebruik een rol speelt in delicten die de cliënten tijdens de behandeling plegen. Uiteindelijk wordt de behandeling afgebroken omdat de cliënt onvoldoende gemotiveerd is, de behandeling ontoereikend is voor de (eventuele) verslavinproblematiek of omdat de cliënt gedetineerd raakt door een delict dat onder invloed wordt gepleegd. Ten tweede zou het zo kunnen zijn dat de relatief inadequate opvoedingsvaardigheden van ouders van drop-outs een positieve afloop van de behandeling in de weg staan. Mogelijk lukt het ouders van jongeren uit deze categorie niet om hun kind de juiste hoeveelheid structuur, discipline en toezicht te geven. Hierdoor is er buiten behandel tijd onvoldoende zicht en grip op de cliënt, waardoor deze mogelijk eerder in contact komt met

delinquente *peers* en recidiveert, wat leidt tot afbreuk van de behandeling. Daarnaast kunnen de aangeleerde vaardigheden op de dagbehandeling minder goed inslijten als ouders hierin geen ondersteuning in kunnen bieden. Hoewel er op de dagbehandeling een heldere structuur heerst met duidelijke consequenties voor bepaald gedrag, wordt het voor de cliënt uiteraard lastig als dit thuis niet het geval is. De dagbehandeling is dan mogelijk ontoereikend om een daadwerkelijke verandering te bewerkstelligen die ook gegeneraliseerd kan worden naar andere situaties waarin de cliënt zich bevindt. Ten derde is er in de gezinnen van de drop-outs vaker sprake van fysiek geweld. Zoals eerder besproken leren kinderen hierdoor dat geweld een acceptabele manier is in het omgaan met mensen en het bereiken van bepaalde doelen. Hoewel de Washington State Aggression Replacement Training (WSART) onder andere gericht is op de sociale informatieverwerking en de cognitieve vertekeningen die hier mogelijk een rol in spelen, is het bij deze cliënten wellicht zo dat deze cognitieve schema's over andere mensen en de wereld in het algemeen te diep verankerd zijn. Ook dan kan de behandeling, waar de WSART deel van uitmaakt, ontoereikend zijn voor de problematiek van de cliënt. Ten vierde speelt de psychiatrische problematiek van ouders, waarvan vaker sprake is in de drop-outgroep, mogelijk een rol in de afbreuk van de behandeling. Ouders die zelf psychische problemen hebben zijn mogelijk gepreoccupeerd met zichzelf waardoor zij hun kind onvoldoende ondersteuning kunnen bieden gedurende de behandeling. Tevens kan deze psychopathologie invloed uitoefenen op de opvoeding door ouders, die hierdoor wreder, koeler en minder betrokken wordt. Zonder de steun van ouders lijkt behandeling niet goed mogelijk te zijn, zeker aangezien de problemen zich vaak voordoen in onder andere de ouder-kindrelatie. Tot slot levert het feit dat het vaak eenoudergezinnen zijn waarin deze cliënten opgroeien mogelijk extra stressoren op. Alleenstaande moeders (waar cliënten meestal wonen) ervaren vaak belemmeringen van economische en praktische aard om zich volledig in te kunnen zetten voor de behandeling. Dit leidt dan mogelijk tot afbreuk via de eerder besproken proximale gezinsfactoren.

Eveneens interessant is het feit dat op het gebied van delictgeschiedenis werd gevonden dat de uitstromersgroep over het algemeen meer delicten pleegt dan de drop-outgroep. Daarnaast is er meer heterogeniteit in de delicten die zij plegen, deze zijn verdeeld over meer delictsoorten dan bij de drop-outgroep. Een mogelijke verklaring voor dit verschil tussen de twee groepen zou kunnen zijn dat de kern van de problematiek bij de drop-outs zich niet bevindt in het delictgedrag van de cliënten, maar in andere factoren. Het huidige onderzoek laat zien dat bepaalde risicofactoren inderdaad vaker voorkomen in de drop-outgroep. Om de hypothese (dat minder problemen op het gebied van delinquentie meer

problemen op andere gebieden betekent) verder te testen, is een vergelijking gemaakt tussen enerzijds cliënten die 1 of 2 delictsoorten hadden gepleegd (10 uitstromers en 17 drop-outs) en anderzijds cliënten die 3 of meer delictsoorten hadden gepleegd (10 uitstromers en 3 drop-outs). Er is bewust gekozen om een indeling te maken op basis van het aantal delictsoorten en niet het aantal delicten, omdat het van rapportage tot rapportage vaak onduidelijk is of er over hetzelfde delict gesproken wordt of slechts over een delict van dezelfde aard. De soorten delicten die de cliënten plegen zijn echter meer duidelijk en hierover kunnen minder misverstanden ontstaan. Desalniettemin worden over het algemeen ook meer delicten gepleegd door de cliënten die meerdere soorten delicten plegen.

De bevindingen die door middel van deze vergelijking zijn gedaan, zijn weergegeven in Tabel 2. Ten eerste was zichtbaar dat de groep die minder soorten delicten pleegt vaker een diagnose heeft op het gebied van ouder-kindrelatieproblematiek. Ook is er vaker sprake van ADHD en angststoornissen. Het IQ van deze groep is gemiddeld hoger dan dat van de groep die meer delictsoorten pleegt (87 versus 80) en bij minder van hen is sprake van zwakbegaafdheid, zwakzinnigheid of een licht verstandelijke beperking. Middelengebruik lijkt minder vaak voor te komen in de groep met minder delictsoorten, wat enigszins verrassend is aangezien deze groep voornamelijk uit drop-outs bestaat, bij wie, zoals eerder werd gevonden, juist vaker sprake is van middelengebruik. Wel is er vaker sprake van internaliserende symptomen. Meer cliënten uit deze groep hebben schoolwisselingen meegemaakt, zowel in het basis- als in het voortgezet onderwijs. Daarnaast bezochten meer van hen het speciaal onderwijs en vertoonden zij daar meer gedragsproblemen, althans op de basisschool. Het verzuim op de middelbare school was echter minder dan bij degenen die meer delictsoorten hebben gepleegd. Met betrekking tot gezinsfactoren is de ouder-kindrelatie is vaak negatiever en problematischer bij de groep die minder delictsoorten pleegt. Daarnaast is er vaker sprake van psychopathologie bij de ouders en criminaliteit in het gezin. Ouders zijn vaker uit elkaar en een groot deel van de vaders is niet meer in beeld.

Op basis van deze resultaten kan gesteld worden dat er bij de cliënten die minder delictsoorten plegen (wat het geval is voor de meeste drop-outs) meer problemen lijken te zijn op het gebied van gezinsfactoren. Daarnaast lijken de problemen eerder te zijn begonnen, namelijk al tijdens de basisschoolperiode. Dit zou er op kunnen duiden dat er bij de groep die meerdere delicten en meerdere soorten delicten pleegt vaker sprake is van een ander ontwikkelingspad dan bij de groep die minder (soorten) delicten pleegt. Mogelijk is de dieperliggende problematiek bij deze tweede groep daarentegen hardnekkiger en minder gecentreerd op het delinquente gedrag.

Tabel 2 Vergelijking tussen delictprofielen

Aantal delictsoorten	1 - 2 (n=27)	≥ 3 (n=13)
Kindfactoren		
<i>Intelligentie</i>		
- Gem. IQ	87,4	79,9
- Zwakbegaafdheid / zwakzinnigheid / licht verstandelijke beperking (%)	7.4	53.8
<i>As I diagnosen</i>		
- Gedragsstoornis (ODD, CD of NAO) (%)	88.9	100.0
- Ouder-kindrelatieproblematiek (%)	44.4	7.7
- ADHD (%)	33.3	7.7
- Hechtingsproblematiek (%)	15.4	7.7
- Autismespectrumstoornis (%)	-	7.7
- Angststoornis (%)	11.1	-
- Stemmingsstoornis (%)	7.4	-
- Overig (%)	7.4	7.7
- Gem. aantal diagnosen	2,3	1,8
<i>Persoonlijkheidsontwikkeling</i>		
- Kenmerken persoonlijkheidsstoornis (%)	66.7	61.5
<i>Schoolgang</i>		
- Basisonderwijs – schoolwisselingen	22.2	7.7
- Basisonderwijs – speciaal onderwijs	11.1	7.7
- Basisonderwijs – gedragsproblemen	18.5	-
- Voortgezet onderwijs – schoolwisselingen	70.4	61.5
- Voortgezet onderwijs – speciaal onderwijs	59.3	46.2
- Voortgezet onderwijs – gedragsproblemen	63.0	69.2
- Voortgezet onderwijs – verzuim	51.9	61.5
Gezinsfactoren		
<u>Proximale gezinsfactoren</u>		
- Negatief over relatie met vader (%)	33.3	-
- Negatief over relatie met moeder (%)	18.5	7.7
- Gebrekkig toezicht (%)	33.3	61.5
- Onvoldoende of inconsistente discipline (%)	48.1	38.5
- Fysieke mishandeling (%)	37.0	30.8
- Verwaarlozing (%)	22.2	7.7
<u>Distale gezinsfactoren</u>		
- Psychopathologie bij vader (%)	37.0	23.1
- Psychopathologie bij moeder (%)	29.6	15.4
- Psychopathologie bij beide ouders (%)	18.5	7.7
- Criminaliteit in de familie (%)	40.7	23.1
<u>Contextuele gezinsfactoren</u>		
- Huiselijk geweld (%)	29.6	30.8
<u>Globale gezinsfactoren</u>		
- Werkloosheid ten minste 1 ouder (%)	7.4	15.4
- Werkloosheid beide ouders (%)	7.4	15.4
- Financiële problemen (%)	37.0	30.8
- Ouders niet meer samen (%)	74.1	53.8
- Vader uit beeld (%)	44.4	7.7

Het huidige onderzoek kent een aantal beperkingen die de betrouwbaarheid en validiteit ervan mogelijk verminderen. De belangrijkste daarvan worden hier besproken. Ten eerste is de categorisatie in ‘*uitstromers*’ en ‘*drop-outs*’ gebaseerd op het oordeel van de behandelverantwoordelijken. Mogelijk is deze indeling onderhevig aan bepaalde factoren die het oordeel subjectief maken. Doordat deze personen ook degenen zijn die de behandeling hebben uitgevoerd staan ze misschien sneller positief tegenover de uitkomst van een behandeling. Daarnaast kunnen de meningen verschillen over de vraag wanneer een behandeling als voltooid dient te worden beschouwd. Binnen DDO lijkt hier geen algemeen geaccepteerde definitie van te zijn. Om de twee groepen zo zuiver mogelijk te kunnen differentiëren, is ook naar het oordeel gevraagd van de twee behandelaren die niet direct bij de cliënt betrokken waren. Het bleek echter dat zij het vaak moeilijk vonden om deze cliënten onder te verdelen in de verschillende categorieën. Daarnaast zijn eindbrieven naar huisartsen en verwijzende instanties gebruikt als naslagwerk. Hoewel deze ook door de behandelaren zijn geschreven wordt hier op meer concrete wijze vermeld wat de reden is voor afbreuk van de behandeling.

Een andere beperking van dit onderzoek is het gebruik van dynamische risicofactoren. Tussen de verschillende rapportages onderling en ten opzichte van de start van de behandeling zat regelmatig een lange periode. Hoewel statische of historische factoren geldig blijven aangezien deze risico's vastliggen in het verleden, is het denkbaar dat een aantal factoren een verandering heeft ondergaan in deze periode. Hierdoor zijn deze factoren wellicht niet meer van toepassing bij aanvang van de behandeling of zijn er juist meer risicofactoren bij gekomen. Bovendien is de verwachting dat ook bij factoren die wel van toepassing zijn bij de start van de behandeling, er bepaalde veranderingen plaatsvinden gedurende de behandeling. Dit geldt allereerst voor de kindfactoren waar de behandeling zich op richt, zoals cognitieve processen en gedragskenmerken. Anderzijds kunnen er ook in de omgeving van de cliënt bepaalde zaken veranderen, zoals ouders die uit elkaar gaan, een vader die weer in beeld is of een moeder die depressief raakt. Hoewel er in dit onderzoek geen aandacht is besteed aan wat er tijdens de behandeling gebeurt, is dit uiteraard wel cruciaal in het analyseren van de processen die een rol spelen bij afbreuk van de behandeling. Daarnaast spreken rapportages, ook als ze wel rond dezelfde periode opgesteld zijn, elkaar regelmatig tegen, waarbij het onduidelijk is welke informatie voor waar dient te worden genomen.

Het huidige onderzoek heeft zich voornamelijk gericht op kind- en gezinsfactoren. Vanuit de wetenschappelijke literatuur is echter bekend dat ook bredere context-factoren, zoals *peers*, school en de buurt, criminogene factoren kunnen bevatten. In mogelijk

vervolgonderzoek zou hier meer aandacht aan besteed kunnen worden. Dossieranalyse zal daarbij echter niet voldoende zijn, vanwege de beperkte informatie die beschikbaar is met betrekking tot deze onderwerpen. Daarnaast zijn de risicofactoren in dit onderzoek alleen afzonderlijk geanalyseerd, terwijl er in werkelijkheid sprake is van samenhang, interactie, moderatie en mediatie. Deković, Janssens en Van As (2003) noemen bijvoorbeeld dat de effecten van distale en contextuele factoren meestal indirect zijn en dat het probleemgedrag van jongeren via proximale gezinsfactoren wordt beïnvloed. Het analyseren van deze onderlinge verbanden zou gedaan kunnen worden door middel van kwantitatief onderzoek.

Tot slot zijn er een aantal beperkingen die te maken hebben met de gekozen onderzoeksgroep. Allereerst is deze groep relatief klein, wat de *power* van het onderzoek vermindert. Daarnaast zijn de resultaten en de verschillen tussen de twee groepen mogelijk niet significant. Ook de generaliseerbaarheid van de huidige studie is beperkt. Het onderzoek heeft alleen mannelijke cliënten geïncludeerd die in de periode van 2008 tot begin 2011 in behandeling waren en van wie bovendien de dossiers op de locatie van het onderzoek aanwezig dienden te zijn. Dit betekent dat de huidige bevindingen mogelijk niet generaliseerbaar zijn naar cliënten buiten deze periode of naar cliënten van wie het dossier niet voorhanden was. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat van cliënten die een doorverwijzing hebben gekregen of gedetineerd zijn geraakt (en die derhalve tot de drop-outgroep behoren) het dossier nodig was op een vervolgplek waardoor het bij DDO ontbreekt. Dit kan een vertekening van de resultaten geven. Daarnaast spelen bij meisjes mogelijk andere risicofactoren een rol bij afbreuk van de behandeling.

Conclusie

In het huidige onderzoek is een vergelijking gemaakt tussen twee typen cliënten van de forensische jeugdpsychiatrische dagbehandeling van De Bascule (De Derde Oever). De eerste groep bestond uit cliënten die de behandeling hebben afgerond, de ‘uitstromers’. De tweede groep, de ‘drop-outs’, bestond daarentegen uit cliënten bij wie de behandeling is afgebroken. De redenen voor deze afbreuk waren uiteenlopend: sommige cliënten recidiveerden gedurende het behandeltraject, terwijl bij anderen duidelijk werd dat deze vorm en intensiteit van behandeling onvoldoende aansloot bij de problematiek van de cliënt, en deze bijvoorbeeld meer gebaat leek bij een gesloten plaatsing. De twee groepen zijn vergeleken op zowel kind- als gezinsfactoren. Op gezinsniveau is bovendien onderscheid gemaakt tussen proximale, distale, contextuele en globale factoren. Hoewel het onderzoek een aantal beperkingen kent waardoor de betrouwbaarheid en validiteit mogelijk verminderd zijn, zijn er een aantal interessante bevindingen gedaan die in de discussie zijn besproken. Concluderend kan gesteld worden dat bij de groep drop-outs meer risicofactoren aanwezig lijken te zijn, met name op gezinsniveau.

Voor toekomstig onderzoek wordt ten eerste geadviseerd om een grotere onderzoeksgroep te includeren. Het huidige onderzoek geeft slechts een indicatie van mogelijke verschillen; grootschaliger onderzoek kan hier meer ondersteuning voor geven. Ook is het belangrijk om na te gaan of de onderzoeksgroep representatief is voor de cliëntenpopulatie van DDO in haar geheel. Aangezien in het huidige onderzoek cliënten zijn uitgesloten op verschillende gronden (ontbrekende dossiers, geen consensus over afloop van behandeling) levert dit mogelijk een vertekend beeld op. Indien mogelijk zou het ook een verbetering op het huidige onderzoek zijn als de dossiers ‘blind’ geanalyseerd worden. In het huidige onderzoek was van tevoren bekend welke cliënten tot welke groep behoorden, wat mogelijk de analyse van de gegevens beïnvloed heeft. Een valkuil zou hierbij zijn dat er mogelijk dossiers worden bestudeerd van cliënten die uiteindelijk niet geïnccludeerd gaan worden. Daarnaast is het interessant om ook andere factoren in acht te nemen bij het analyseren van de verschillen tussen drop-outs en uitstromers. Zo kan gedacht worden aan invloeden van *peers*, school of de buurt waarin de cliënt woont. De verwachting is echter wel dat dossieranalyse hiervoor niet toereikend is, gezien de beperkte informatie die de dossiers bevatten met omtrent deze gebieden. Met betrekking tot de risicofactoren die in dit onderzoek aan bod zijn gekomen zou meer helderheid over de aanwezigheid van deze factoren bij start van de behandeling van pas komen. Doordat ook dynamische risicofactoren zijn meegenomen

in de analyse is het mogelijk dat deze factoren helemaal niet meer van toepassing zijn bij aanvang van de behandeling. Daarnaast zou meer inzicht in de totstandkoming van afbreuk verschaft kunnen worden door te inventariseren welke processen en mechanismen er daadwerkelijk plaatsvinden gedurende de behandeling. Hiervoor zou, naast de dossiers, ook informatie die tijdens de behandeling verzameld wordt gebruikt kunnen worden. Rapportages van de verschillende behandelonderdelen en vragenlijsten die de cliënten elke drie maanden invullen zijn hier slechts twee voorbeelden van. Tot slot zou het wenselijk zijn dat toekomstig onderzoek zich niet alleen richt op risicofactoren voor afbreuk, maar tevens op protectieve factoren die het risico op afbreuk juist kunnen verminderen. Vanuit een competentiegerichte benadering kan vervolgens in de behandeling ingezet worden op deze positieve factoren, om deze uit te vergroten en te bekrachtigen.

Aanbevelingen

Op basis van het huidige onderzoek kunnen enkele aanbevelingen aan De Derde Oever worden gedaan omtrent de invulling van de forensische jeugdpsychiatrische dagbehandeling. Ten eerste wordt geadviseerd om bij de start van de behandeling een uitgebreide inventarisatie te doen met betrekking tot mogelijke risicofactoren voor afbreuk. Het huidige onderzoek geeft een indicatie van de factoren die hierin een rol kunnen spelen. Op dit moment wordt de SAVRY⁹ gebruikt om het risico op geweldsrecidive in te kunnen schatten. Dit risicotaxatie-instrument bevat historische, sociaal/contextuele en individuele risicofactoren. Daarnaast kunnen met behulp van dit instrument ook protectieve factoren worden geanalyseerd (Lodewijks, Doreleijers, De Ruiters, & De Wit-Grouls, 2006). Hoewel veel van de risicofactoren hierin overeenkomen met de risicofactoren uit het huidige onderzoek, blijkt dat aan een aantal aanvullende risicofactoren ook aandacht dient te worden geschonken. Hierbij kan gedacht worden aan psychopathologie bij ouders of problemen in de ouder-kindrelatie.

Ten tweede is het uiteraard vanzelfsprekend dat de behandeling zich met name dient te richten op dynamische risicofactoren. Deze factoren liggen niet vast en zijn veranderbaar door behandeling. Echter, in de behandeling dient ook aandacht besteed te worden aan de statische factoren. Hoewel het niet mogelijk is om het verleden, waarin mogelijk mishandeling, verwaarlozing of problematische scheidingen hebben plaatsgevonden, te veranderen, kan er wel gewerkt worden aan de invloed die deze statische factoren op dit moment nog hebben op de cliënt. Er dient oog te zijn voor mogelijke trauma's die deze cliënten ontwikkeld hebben en waar zij nu nog gevolgen van ervaren in hun manier van denken en handelen.

Behandelinhoudelijk lijkt het noodzakelijk om de behandeling meer in te richten op mogelijke problemen met middelengebruik. Er is geconstateerd dat zich binnen de drop-outgroep meer problemen voordoen op dit gebied. Samenwerking met in verslavingszorg gespecialiseerde instanties als Jellinek en Brijder zou een uitkomst bieden om de behandeling bij DDO zo optimaal mogelijk te benutten.

Daarnaast blijft het belangrijk om aandacht te hebben voor gezinsfactoren. Op dit moment gebeurt dit middels Functional Family Therapy (FFT). Deze gezinstherapie is bedoeld voor jongeren van 11 tot 18 jaar met gedragsproblemen (waaronder crimineel gedrag) en hun gezinnen. Het doel van de therapie is het functioneren van de jongere en het gezin te verbeteren en op die wijze de kans op herhaling van crimineel gedrag te verkleinen. Specifiek aan FFT is dat de therapie zich richt op de functies van de relaties tussen de gezinsleden. In

⁹ Structured Assessment of Violence Risk for Youth

plaats van veranderingen in het functiepatroon te bewerkstelligen, wordt met de cliënten gezocht naar beter aangepaste en minder schadelijke manieren van communiceren en handelen bij het uitoefenen van deze functies (NJI, n.d.). Hoewel dus voldoende aandacht aan de ouder-kindrelatie lijkt te worden besteed, laat het huidige onderzoek echter ook zien dat psychiatrische problematiek bij ouders zelf mogelijk een risicofactor vormt voor afbreuk van de behandeling. Een aanbeveling is om meer outreachend te werken om ook voor ouders de best passende hulp te vinden. Zij zouden bijvoorbeeld voor hun eigen problemen behandeling kunnen krijgen bij een psycholoog buiten de behandeling van de cliënt om. De gezinstherapeut van DDO zou hierin een ondersteunende rol kunnen spelen door de ouder te motiveren voor behandeling van de eigen psychische problematiek en deze in contact te brengen met de juiste instanties.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bordens, K. S., & Abbott, B. B. (2005). *Research design and methods: A process approach*. San Francisco: McGraw Hill.
- Breuk, R. (2008). *Breaking the cycle: Day treatment for juvenile delinquents*. Wageningen: Ponsen en Looyen.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2000). Standaarddefinitie allochtonen. *Index, 10*, 24-25.
- Connell, A. M., & Goodman, S. H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 128*(5), 746-773.
- Cookston, J. T. (1999). Parental supervision and family structure: Effects on adolescent problem behaviors. *Journal of Divorce & Remarriage, 32*(1/2), 107-122.
- Deković, M. (1999). Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 28*, 667-685.
- Deković, M., Janssens, J. M. A. M., & As, N. M. C. van, (2003). Family predictors of antisocial behavior in adolescence. *Family Process, 42*(2), 223-235.
- Deković, M. & Prinzie, P. (2008). De rol van het gezin in de ontwikkeling van antisociaal gedrag. In I. Weijers & C. Eliaerts (Eds). *Jeugdcriminologie. Achtergronden van jeugdcriminaliteit* (pp. 143-161). Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.
- Dodge, K. A., Coie, J. D., & Lynam, D. (2008). Aggression and antisocial behaviour in youth. In: N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 33, social, emotional, and personality development* (6thed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Dodge, K. A., Dishion, T. J., & Lansford, J. E. (2006). Deviant peer influences in intervention and public policy for youth. *Social Policy Report, 20*(1), 3-19.

- Dodge, K. A., Lochman, J. E., Harnish, J. D., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1997). Reactive and proactive aggression in school children and psychiatrically impaired chronically assaultive youth. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(1), 37-51.
- Doreleijers, T. A. H., Moser, F., Thijs, P., Engeland, H. van, & Beyaert, F. H. L. (2000). Forensic assessment of juvenile delinquents: Prevalence of psychopathology and decision-making at court in the Netherlands. *Journal of Adolescence, 23*, 263-275.
- English, D. J. & the LONGSCAN Investigators (1997). *Modified Maltreatment Classification System* (MMCS). Verkregen op 8 april 2010, <http://www.iprc.unc.edu/longscan/>.
- Farrington, D. P. (2010). The developmental evidence base: Psychosocial research. In G. J. Towl & D. A. Crighton (Eds.), *Forensic psychology*. Oxford: Blackwell.
- Farrington, D. P., Jolliffe, D., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., & Kalb, L. M. (2001). The concentration of offenders in families, and family criminality in the prediction of boys' delinquency. *Journal of Adolescence, 24*, 579-596.
- Flouri, E., & Buchanan, A. (2002). Father involvement in childhood and trouble with the police in adolescence: Findings from the 1958 British cohort. *Journal of Interpersonal Violence, 17*(6), 689-701.
- Flouri, E., & Buchanan, A. (2003). The role of mother involvement and father involvement in adolescent bullying behavior. *Journal of Interpersonal Violence, 18*(6), 634-644.
- Frick, P. J., & White, S. F. (2008). Research review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models and aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(4), 359-375.
- Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works! *Criminology, 34*, 575-607.

- Goodman, S. & Gotlib, I. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding the mechanisms of transmission. *Psychological Review*, *106*, 458-490.
- Haapasalo, J., & Pokela, E. (1999). Child-rearing and child abuse antecedents of criminality. *Aggression and Violent Behavior*, *4*(1), 107-127.
- Haas, H., Farrington, D. P., Killias, M., & Sattar, G. (2004). The impact of different family configurations on delinquency. *British Journal of Criminology*, *44*, 520-532.
- Harper, C. C., & McLanahan, S. S. (2004). Father absence and youth incarceration. *Journal of Research on Adolescence*, *14*(3), 369-397.
- Jack, S., Munn, C., Cheng, C., & MacMillan, H. (2006). *Child maltreatment in Canada: Overview paper*. Ottawa: Public Health Agency of Canada.
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Taylor, A. (2004). Physical maltreatment victim to antisocial child. Evidence of an environmentally mediated process. *Journal of Abnormal Psychology*, *113*, 44-55.
- Jaffee, S. R., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Taylor, A. (2003). Life with (or without) father: The benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. *Child Development*, *74*(1), 109-126.
- Lansford, J. E. (2010). The special problem of cultural differences in effects of corporal punishment. *Law and Contemporary Problems*, *73*, 89-106.
- Lodewijks, H. P. B., Doreleijers, T. A. H., Ruiters, C. de, & Wit-Grouls, H. de, (2006). *SAVRY Handleiding voor de gestructureerde risicotaxatie van gewelddadig gedrag bij jongeren*. Assen: Van Gorcum.
- Matthys, W., & Lochman, J. E. (2010). *Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in childhood*. Chichester: Wiley-Blackwell.

- Ministerie van Justitie (2009). De gedragsbeïnvloedende maatregel. Bevindingen van de eerste 25 vonnissen waarin de gedragsmaatregel is opgelegd. Programma Aanpak jeugdcriminaliteit, project 'Implementatie gedragsbeïnvloedende maatregel'. Verkregen op 5 juli 2011, www.rijksoverheid.nl.
- Nederlands Jeugd Instituut (n.d.). Databank Effectieve Jeugdinterventies. Verkregen op 13 juni 2011, www.nji.nl.
- Odgers, C. L., Milne, B. J., Caspi, A., Crump, R., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2007). Predicting prognosis for the conduct-problem boy: Can family history help? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1240-1249.
- Resing, W. C. M., & Blok, J. B. (2002). De classificatie van intelligentiescores: Voorstel voor een eenduidig systeem. *De Psycholoog*, 37, 244-249.
- Sternberg, K. J., Baradaran, L. P., Abbott, C. B., Lamb, M. E., & Guterman, E. (2006). Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children's behavior problems: A mega-analysis. *Developmental Review*, 26, 89-112.
- Weijers, I., Hepping, K., & Kampijon, M. (2010). *Jeugdige veelplegers*. Amsterdam: SWP.
- Wet op de jeugdzorg. Verkregen op 2 augustus 2011, http://wetten.overheid.nl/BWBR0016637/geldigheidsdatum_02-08-2011#HoofdstukI879392.

Bijlage – checklist risicofactoren

Geboorteland
Geboorteland vader
Geboorteland moeder
Ouderlijk gezin vader
Ouderlijk gezin moeder
Religieuze overtuiging
Broers (o/j)
Zussen (o/j)
Probleemgedrag bij broers/zussen
Ouders nog samen?
Vader of moeder uit beeld
Wonende bij
Leeftijd moeder bij geboorte
Leeftijd vader bij geboorte
Gepland/gewenst
Verstoring in verzorgingssituatie
Psychiatrische problematiek vader
Psychiatrische problematiek moeder
Relatie tussen ouders
Relatie met vader
Relatie met moeder
Supervisie/toezicht/discipline, opvoeding
Huiselijk geweld (ouders)
Kindermishandeling
Criminaliteit vader
Criminaliteit moeder
Psychotraumata buiten het gezin
IQ
Verloop basisschool
Verloop middelbare school
Verloop vervolgopleiding
Opleiding/werk vader
Opleiding/werk moeder
Socio-economische status
Delinquente/deviante vrienden
Afwijzing door leeftijdgenoten
Leeftijd eerste delict
Delictsoort
Aantal delicten
Ernst delicten
Alleen of in vereniging
In detentie gezeten
Problematiek
Diagnose
Middelengebruik
Leeftijd bij aanvang behandeling
Duur behandeling
Behandelaar
Verwijzende instantie

Juridische status

Eerdere hulpverlening

Aanwezige stukken in het dossier