

# Kenmerken van jongeren met gedragsproblemen en samenhang met het voltooien van een residentiële behandeling

L. VAN DEN REIJEN, H. NIJMAN, B. OROBIO DE CASTRO, R. SCHMITZ

**ACHTERGROND** Veel jongeren met een combinatie van psychiatrische stoornissen en gedragsproblematiek verlaten vroegtijdig de behandeling, waardoor ze niet de hulp krijgen die ze nodig hebben.

**DOEL** Onderzoeken of sekse en aard en ernst van de klachten aan het begin van de behandeling voorspellende waarde hebben voor het voltooien van de behandeling.

**METHODE** Met vragenlijsten (SCL-90, YSR en CBCL) werd onder 127 jongeren die in een instelling voor ortho- en forensische jeugdpsychiatrie opgenomen waren, onderzocht of de gerapporteerde klachten aan het begin van de behandeling voorspellende waarde hebben voor het al dan niet voltooien van de behandeling. Voor dit onderzoek werden definities geformuleerd van de begrippen 'drop-out', 'push-out' en 'behandelsucces'.

**RESULTATEN** De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de definities drop-out en behandelsucces bleek voldoende tot goed, terwijl de betrouwbaarheid van het bepalen van push-out matig was.

**CONCLUSIE** Uit de resultaten komt naar voren dat de vragenlijsten nauwelijks het volledig doorlopen van de behandeling konden voorspellen. Jongeren met meer 'behandelsucces' bleken aan het begin van de behandeling hoger op de subschaal 'Hostiliteit' (SCL-90) te hebben gescoord, en meer meisjes dan jongens hadden een verbetering doorgemaakt.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)6, 395-404]

**TREFWOORDEN** behandelsucces, drop-out, gedragsproblemen, jongeren, push-out, voorspeller

Uit oudere onderzoeken weten we dat ongeveer 30 tot 60% van de, voornamelijk volwassen, cliënten met verschillende psychische problemen de behandeling vroegtijdig verlaat (Baekeland & Lundwall 1975; Garfield 1986). Latere onderzoeken, die zich niet alleen op volwassenen, maar ook op kinderen en adolescenten hebben gericht, geven nog hogere percentages, van 50 tot 75% (Kazdin e.a. 1994).

Er is een aantal redenen waarom het vroegtijdig afbreken van een behandeling ongunstig kan zijn voor zowel cliënten als therapeuten. Patiënten die vroegtijdig de behandeling verlaten, krijgen niet de interventie die ze in veel gevallen wel nodig hebben (Weisz e.a. 1987) en hebben uiteindelijk de slechtste prognose (Gottschalk e.a. 1967). Ook uit onderzoek onder kinderen blijkt dat de cliënten die hun behandeling afmaken naderhand minder problemen hebben dan kinderen die de behande-

ling vroegtijdig verlaten (Kazdin e.a. 1994). Veel cliënten haken af door op een gegeven moment niet meer op een gemaakte afspraak te komen; dit kost de therapeut tijd en geld, gaat ten koste van het werkplezier en kan tot een slechtere relatie met de cliënt leiden (Mueller & Pekarik 2000; Pekarik 1985; Weisz e.a. 1987; Wierzbicki & Pekarik 1993).

Inzicht in de karakteristieken van cliënten die de behandeling vroegtijdig verlaten, is een eerste stap in de preventie ervan (Kendall & Sugarman 1997; Pellerin e.a. 2010; Weisz e.a. 1987). Beakeland en Lundwall (1975) kwamen eerder tot de conclusie dat het vroegtijdig beëindigen van de behandeling samenhangt met een lage sociaaleconomische status, het vrouwelijke geslacht, een lagere leeftijd en een laag niveau van angst- en depressieklachten. Ook het al vaker vroegtijdig gestopt zijn met een behandeling is een belangrijke voorspeller ervan.

Uit verschillende onderzoeken onder kinderen tot 12 jaar blijkt dat een aantal kenmerken van de ouders samenhangt met een vroegtijdige beëindiging van de behandeling. Risicofactoren zijn het behoren tot een etnische minderheidsgroep, een laag opleidingsniveau, een lage sociaaleconomische status (Kazdin e.a. 1994; Kendall & Sugarman 1997; Wierzbicki & Pekarik 1993), psychiatrische stoornissen (Holmes 1983; Kazdin & Wassell 2000), psychiatrische stoornissen van de moeder in het verleden (Kendall & Sugarman 1997; Prinz & Miller 1994), en het wonen bij een alleenstaande ouder – vaak een jonge, alleenstaande moeder (Kazdin & Mazurick 1994; Kazdin e.a. 1994; Pellerin e.a. 2010).

Ook eigenschappen van de kinderen zelf spelen een rol. Zo blijken het hebben van ADHD (Schroder e.a. 2009), het hebben van meer problemen (gemeten met de CBCL; Kazdin e.a. 1994; Pellerin e.a. 2010), het vertonen van meer disruptieve gedragsproblemen en ernstig delinquent gedrag (Kazdin e.a. 1994; Kendall & Sugarman 1997; Prinz & Miller 1994; Schroder e.a. 2009) en het hebben van contact met antisociale leeftijdsgenoten (Kazdin & Mazurick 1994) de kans op vroegtijdige beëindiging van behandeling te vergroten.

Onderzoek bij jongeren tussen de 12 en 18 jaar is er, voor zover ons bekend, vrijwel niet (maar

zie bijv. Melnick e.a. 1997 voor onderzoek onder verslaafde jongeren). Wij deden onderzoek om ‘voorspellers’ te vinden van de behandeluitkomsten bij adolescenten met ernstige gedragsproblematiek. Wij verwachtten dat jongeren die de meeste problemen en klachten rapporteren, het snelst zullen stoppen met hun behandeling (zie bijvoorbeeld Pellerin e.a. 2010). Verder verwachtten we op grond van de literatuur dat meer meisjes dan jongens de behandeling vroegtijdig verlaten (Beakeland & Lundwall 1975).

## METHODE

### Participanten

Het onderzoek werd uitgevoerd op Barentsz, een kliniek voor ortho- en forensische jeugdpsychiatrie in Den Dolder, waar jongeren van 15 tot 21 jaar opgenomen worden met ernstige gedragsproblemen in combinatie met andere psychiatrische stoornissen. Vanwege hun complexe problematiek zijn deze jongeren vaak al van de ene naar de andere instelling gestuurd. In het rapport ‘Positie en meerwaarde van de orthopsychiatrie’ (Van der Kwartel & Nienoord-Buré 2009) wordt de doelgroep van de orthopsychiatrie als volgt getypeerd: ‘jongeren met een complexe, meervoudige problematiek. Problemen met sociale relaties, met de gezinssituatie, met opleiding en/of werk; een verleden van contacten met politie en justitie en verslavingsproblematiek komen veelvuldig voor (...). Zij vertonen grensoverschrijdend, agressief gedrag en een gebrek aan impulscontrole’ (p. 11).

De dossiers van alle jongeren die in de periode van juni 2006 tot mei 2011 klinisch opgenomen waren, kwamen in aanmerking voor opname in het onderzoek. Het criterium voor het opnemen van de jongere in de steekproef was dat ten minste de SCL-90 bij opname was ingevuld. In totaal waren er 127 proefpersonen die de SCL-90 had ingevuld. In 59 gevallen (46,5%) had een van de ouders ook de CBCL ingevuld en 57 (44,9%) jongeren vulden naast de SCL-90 ook de YSR in. In totaal werden in de onderzochte periode 191 jongeren

opgenomen, waarmee de respons (wat betreft de SCL-90) op 66,5% kwam. De desbetreffende vragenlijsten worden doorlopend op afdeling Barentsz afgenomen voor de evaluatie van de behandeling.

### Vragenlijsten

**SCL-90** De 'Symptom Checklist-90' (SCL-90) is een zelfrapportage lijst die lichamelijke en psychische klachten bij psychiatrische patiënten beoogt te meten (Derogatis e.a. 1976). De lijst bestaat uit 90 items die ingevuld moeten worden op een 5-puntsschaal en is eigenlijk bedoeld voor volwassen patiënten. De antwoorden reflecteren de klachten die de patiënt in de afgelopen week heeft ervaren. Verschillende symptoomgebieden zijn in de lijst opgenomen, waaronder depressie, somatisatie, hostiliteit en angst. De totale score weerspiegelt de mate van psychiatrische problematiek op dat moment.

**YSR** De 'Youth Self Report' (YSR) is een vragenlijst waarop jongeren van 11 tot en met 18 jaar vragen over zichzelf wat betreft vaardigheden en emotionele en gedragsproblemen moeten beantwoorden. De vragenlijst bestaat uit een competentiedeel en een gedragsprobleemdeel. Het competentiedeel heeft 17 vragen over activiteiten, sociaal functioneren en functioneren op school. Het gedragsprobleemdeel heeft 105 items met beschrijvingen van emotionele en gedragsproblemen en 14 sociaal wenselijke vragen. De jongeren geven op een driepuntsschaal (helemaal niet – een beetje of soms – duidelijk of vaak) aan in welke mate elk van de beschreven problemen in de afgelopen zes maanden van toepassing was.

De 105 items van de YSR vormen acht syndroomschalen: 1. teruggetrokken/depressief; 2. lichamelijke klachten; 3. angstig/depressief; 4. sociale problemen; 5. denkproblemen; 6. aandachtsproblemen; 7. regelovertrekend gedrag en 8. agressief gedrag. De eerste drie syndroomschalen vormen samen de schaal Internaliseren; naar binnen gericht probleemgedrag. De probleemschalen Regelovertrekend gedrag en Agressief gedrag vor-

men samen de schaal Externaliseren; naar buiten gericht probleemgedrag (Kazdin e.a. 1994).

**CBCL** De 'Child Behavior Check List' (CBCL) heeft als doel informatie te verkrijgen over het gedrag van kinderen van 6-18 jaar. De vragenlijst is bijna identiek aan de YSR, maar wordt ingevuld door de ouders, familie of volwassenen die het kind goed kennen. Ook deze vragenlijst bestaat uit een competentiedeel en een gedragsprobleemdeel. Het competentiedeel heeft 20 vragen over activiteiten van het kind, sociaal functioneren en functioneren op school. Het gedragsprobleemdeel heeft 120 items met beschrijvingen van emotionele en gedragsproblemen. Net als bij de YSR kunnen met de CBCL scores berekend worden op Internaliseren en Externaliseren (Kazdin e.a. 1994).

### Procedure

De genoemde vragenlijsten werden tijdens de intake of aan het begin van de opname door de jongeren en hun ouders ingevuld. Het invullen van de vragenlijsten duurde ongeveer een half uur en gebeurde in een stille onderzoeksruijmt. Er was altijd een onderzoeker bij het invullen aanwezig, om eventuele vragen van de jongeren of hun ouders te beantwoorden.

Aan het eind van de behandeling werd aan de hand van de afsluitbrief, die de behandelaar van de jongere schrijft, bepaald of er sprake was van drop-out, push-out of een regulier einde. In de analyses werden gegevens van jongeren met drop-out of push-out vervolgens samen geanalyseerd als jongeren die vroegtijdig de behandeling hadden (moeten) verlaten en afgezet tegen jongeren bij wie de behandeling een regulier einde kende. Hieronder wordt nader ingegaan op hoe de begrippen drop-out, push-out en behandelingsucces precies gedefinieerd werden.

## Uitkomstmaten

In het huidige onderzoek werd de volgende definitie voor ‘drop-out’ geformuleerd: ‘Als een jongere zonder overeenstemming met de therapeut de behandeling voortijdig verlaat, bijvoorbeeld door weg te lopen en niet meer terug te komen, dan wordt dat als drop-out beschouwd’.

‘Push-out’ werd als volgt gedefinieerd: ‘Als een jongere, in overleg met de therapeut, ontslagen wordt uit de kliniek, bijvoorbeeld wegens incidenten of omdat de jongere (te) weinig inzet laat zien voor de behandeling, of wordt overgeplaatst naar een andere (zwaardere) kliniek of naar de gevangenis, wordt dat als push-out beschouwd.’

Samen werden ‘drop-out’ en ‘push-out’ beschouwd als de groep jongeren die vroegtijdig de behandeling hebben (moeten) verlaten en afgezet tegen jongeren die de behandeling na voltooiing van de behandeling, dus na een reguliere beëindiging, verlieten.

‘Behandelsucces’ werd als volgt geformuleerd: ‘De behandeling wordt wel als succesvol beschouwd als er in overleg met de therapeut wordt besloten dat de patiënt weer thuis of zelfstandig kan wonen. Ook als de patiënt na opname in deeltijd behandeld wordt of een andere lichte vorm van ondersteuning krijgt (zoals bij begeleid of beschermd wonen), is dit een verbetering en dus succesvol.’

## Statistische analyses

Aan de hand van de geformuleerde definities voor drop-out, push-out en behandelsucces werden de afsluitbrieven van alle participanten beoordeeld (door L.v.d.R.). Omdat deze beoordelingen subjectief kunnen zijn, werd eerst de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van deze procedure onderzocht met Cohens kappa’s. Verder werd gebruikgemaakt van t-toetsen om verbanden te vinden tussen de vragenlijsten en de uitkomstmaten. Hierbij werd voor alle toetsen een alfa van 0,05 (tweezijdig) gehanteerd. Logistische regressie werd vervolgens gebruikt om te berekenen in

welke mate scores op de vragenlijsten die aan het begin van de behandeling werden ingevuld later behandelsucces hadden kunnen ‘voorspellen’.

## RESULTATEN

### Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Uit de berekening van de Cohens kappa’s bleek dat de beoordeling van de afsluitbrieven betrouwbaar genoeg was om mee te werken. Bij de beoordeling van drop-out was het percentage dat hetzelfde werd beoordeeld door twee onafhankelijke beoordelaars (L.v.d.R. en H.N.) 95,2% (kappa 0,88). Voor het behandelingspercentage was het overeenkomstpercentage 85,7% (kappa: 0,68). De definitie van push-out bleek het meest problematisch met een overeenkomstpercentage van 75% (kappa van 0,53).

### Beschrijvende statistiek

In tabel 1 zijn de sekse, gemiddelde leeftijd bij opname en de opnameduur in maanden van de 127 participanten weergegeven. Het verschil in leeftijd tussen de jongens en de meisjes was niet significant ( $t(125) = 1,95; p = 0,053$ ; tweezijdig). Het verschil in opnameduur tussen jongens en meisjes bleek wel significant te zijn, waarbij de meisjes gemiddeld langer in behandeling bleven ( $t(121) = 2,04; p < 0,05$ ; tweezijdig).

TABEL 1 Sekse, leeftijd bij opname en opnameduur in maanden van de participanten

	N (%)	Leeftijd (SD)	Opnameduur (SD)
Jongen	79 (62,2)	16,1 (1,3)	6,9 (5,2)
Meisje	48 (37,8)	16,0 (1,1)	9,1 (6,8)
Totaal	127 (100)	16,2 (1,2)	7,7 (5,9)

Iets minder dan de helft van de jongeren (44,8%) had geen juridische status, 16,2% van de jongeren werd opgenomen met een OTS (ondertoezichtstelling), 11,4% met een OTS en een machtiging tot uithuisplaatsing, 4,8% met een OTS en machtiging tot plaatsing op een gesloten afdeling en 3,8% van

TABEL 2 Een overzicht van drop-out, push-out en reguliere beëindiging in relatie tot het behandelsucces

Variabele	Wel behandelvoortgang	Geen behandelvoortgang	Totaal
Totaal vroegtijdige beëindiging van de behandeling	2 (2,7)	73 (97,3)	75
waarvan push-out	2 (3,5)	55 (96,5)	57
waarvan drop-out	0 (0)	18 (100)	18
Reguliere beëindiging van de behandeling	50 (96,2)	2 (3,8)	52
Totaal	52 (40,9)	75 (59,1)	127 (100)

de jongeren had verplicht reclasseringscontact. De overige jongeren hadden bijvoorbeeld een v-OTS (voorlopige ondertoezichtstelling), een hulp- en steunmaatregel, een PIJ-maatregel (plaatsing in een inrichting voor jeugdigen) of een RM (rechtelijke machtiging).

De meest voorkomende psychiatrische stoornissen in de steekproef waren: gedragsstoornissen/oppositioneel-opstandige gedragsstoornissen (82 van de 127 cliënten; 64,6%), ouder-kindrelatieproblemen (73 jongeren; 57,5%), ADHD (25 jongeren; 19,7%), syndroom van Asperger/PDD-NOS (29 jongeren; 22,8%) en misbruik van alcohol en/of cannabis (21 jongeren; 16,5%). Zoals de percentages laten zien, was er vaak sprake van comorbide psychiatrische problematiek.

#### Vroegtijdige beëindiging van de behandeling

Van de 127 proefpersonen bleken er 57 (44,9%) vanwege incidenten of een gebrek aan inzet de behandeling te hebben moeten verlaten (push-out; zie tabel 2). Verder verlieten 18 jongeren (14,2%) de kliniek op eigen initiatief vroegtijdig (drop-out). Met andere woorden, 75 jongeren (59,1%) hadden de behandeling vroegtijdig verlaten zonder dat er sprake was van een regulier, vooraf gepland, einde van de behandeling (zie tabel 2). Meer jongens dan meisjes stopten vroegtijdig met de behandeling: onder jongens bleek 64,6% de behandeling vroegtijdig te hebben verlaten, terwijl dit onder de meisjes 50,0% was. Dit verschil bleek echter niet significant te zijn ( $\chi^2(1) = 2,6$ ;  $p = 0,11$ ).

Nadere uitsplitsing van de groep die de behandeling vroegtijdig verliet in jongeren met

push-out en drop-out maakte duidelijk dat de jongens vaker door push-out de behandeling verlieten (54,4% push-out onder de 79 jongens) dan de meisjes (29,2% push-out onder de 48 meisjes;  $\chi^2(1) = 7,7$ ;  $p < 0,05$ ). Drop-out werd juist wat vaker gezien onder de meisjes (20,8% drop-out onder 48 meisjes) dan onder de jongens (10,1% onder de 79 jongens), maar dit verschil was niet significant ( $\chi^2(1) = 2,8$ ;  $p = 0,093$ ). Vroegtijdige beëindiging van de behandeling bleek niet significant samen te hangen met de leeftijd van de jongeren ( $t(125) = 0,70$ ;  $p = 0,49$ , tweezijdig getoetst). De gemiddelde leeftijd bij opname van de jongeren die de behandeling voltooiden was 16,2 jaar ( $SD = 1,1$ ) terwijl de jongeren die de behandeling vroegtijdig verlieten gemiddeld 16,3 jaar ( $SD = 1,3$ ) waren bij opname.

#### Behandelsucces

Bij 52 van de jongeren (40,9%) was er verbetering in de problematiek opgetreden (zie tabel 2), wat in deze studie wil zeggen dat ze na de behandeling op Barentsz zelfstandig of weer thuis konden gaan wonen, of naar een andere meer zelfstandige woonvorm gingen (zie de definitie van behandelsucces in de methodesectie). Bij de meisjes (namelijk bij 52,1% van de gevallen) bleek er vaker sprake te zijn van behandelsucces dan bij de jongens (34,2%;  $\chi^2(1) = 4,0$ ;  $p < 0,05$ ). Er werd geen verband tussen behandelsucces en leeftijd gevonden ( $t(125) = 1,30$ ;  $p = 0,20$ ). Uit tabel 2 blijkt dat drop-out en push-out meestal samengingen met een negatieve beoordeling van het behandelsucces, terwijl een reguliere afronding van de behandeling bijna een op een samenviel met een beoordeling dat er sprake was van behandelsucces. Van-

wege deze grote overlap gaan wij hierna uitsluitend in op de vraag welke klachten en symptomen aan het begin van de behandeling, samenhangen met later behandelingsucces, zoals beoordeeld op basis van de ontslagbrieven.

#### Verbanden tussen behandelingsucces en klachten bij aanvang behandeling

Geen van de totaalscores van de drie gebruikte instrumenten bleek een significante 'voorspeller' van het latere behandelingsucces (zie tabel 3). Nadere analyses op subschaalniveau wezen verder uit dat slechts één subschaal significant samenhang met behandelingsucces, namelijk de subschaal Hostiliteit van de SCL-90. Op deze subschaal scoorden de jongeren met behandelingsucces, tegen de vooraf geformuleerde verwachting in, significant hoger aan het begin van de behandeling dan de jongeren bij wie de behandeling niet met succes werd afgesloten ( $t(125) = 2,45; p < 0,05$ ). Van de CBCL en de YSR bleken geen van de subschalen in deze steekproef samen te hangen met de latere behandeluitkomst. Echter, de steekproefgrootte was voor deze berekeningen beduidend kleiner (respectievelijke  $n = 59$  en  $57$ ) dan dat voor de SCL-90 het geval is ( $n = 127$ ).

Omdat er van een groot aantal jongeren de CBCL- en YSR-scores ontbraken, werd onderzocht of de groep waarbij deze instrumenten ontbraken op een aantal kenmerken (te weten: sekse, leeftijd, behandelingsucces en SCL-90-totaalscores en SCL-90-

subschaal-scores) verschilden van de groepen waarbij de CBCL en de YSR wel waren afgenomen. Dit bleek voor geen van deze kenmerken het geval te zijn ( $p$ -waarde alle  $> 0,05$ ), met uitzondering van de leeftijd van jongeren waarvoor de CBCL was ingevuld. Jongeren voor wie de ouders de CBCL hadden ingevuld ( $n = 59$ ) waren namelijk significant jonger dan de degenen voor wie de ouders geen CBCL hadden ingevuld ( $t(125) = 2,31; p < 0,05$ ). Daarnaast hadden de jongeren die een YSR invulden ( $n = 57$ ) een significant hogere score op de SCL-90-subschaal Hostiliteit ( $t(125) = 2,53; p < 0,05$ ).

Zonder de scores op de vragenlijsten bleek dat men 59,1% van het behandelingseffect goed kon voorspellen. Dat wil zeggen, bij 59,1% (75 van de 127 jongeren) had de behandeling niet tot een duidelijke vooruitgang geleid. Als daarbij de subschaal Hostiliteit van de SCL-90 en het geslacht van de jongere in ogenschouw werden genomen in een logistische-regressieanalyse (methode enter), bleek dat aan de hand van deze twee variabelen voor in totaal 66,1% van de proefpersonen correct kon worden voorspeld of er sprake zou zijn van behandelingsucces of niet. Hierbij was de sensitiviteit van het model laag. Van de 52 jongeren met behandelingsucces werden er 19 als zodanig voorspeld (36,5%), terwijl de specificiteit hoger was. Van de 75 jongeren die geen behandelingseffect lieten zien, werden er 65 ook als zodanig gecategoriseerd (86,7%); zie tabel 4 voor verdere statistische resultaten van de regressieanalyse.

TABEL 3 De totaalscores op de SCL-90, de CBCL en de YSR in relatie tot behandelingsucces			
Variabele	Wel behandel- voortgang (SD)	Geen behandel- voortgang (SD)	Statistische vergelijking
SCL-90 totaalscore (psychoneuroticisme)	154,8 (38,4)	155,9 (45,8)	$t(125) = 0,15; p = 0,88$ ; tweezijdig
SCL-90 hostiliteit	13,4 (5,7)	11,3 (3,3)	$t(125) = 2,7; p = 0,017$ ; tweezijdig
CBCL totaal	86,6 (29,4)	79,0 (22,0)	$t(57) = 1,1; p = 0,26$ ; tweezijdig
YSR totaal	52,9 (19,9)	51,1 (24,4)	$t(55) = 0,3; p = 0,76$ ; tweezijdig

TABEL 4 Resultaten van de logistische-regressieanalyse met de hostiliteitscore van de SCL-90 en geslacht als onafhankelijke variabelen (methode: enter) om behandelingsucces te voorspellen			
Variabele	Oddsratio Exp(B)	95%-BI	p
SCL-90 hostiliteit	1,096	1,006-1,194	$p = 0,036$
Geslacht jongere (jongen = 0; meisje = 1)	2,168	0,972-4,835	$p = 0,059$

## DISCUSSIE

## Cijfers en oorzaken

Het percentage jongeren dat de behandeling vroegtijdig verliet (push-out en drop-out samen) was hoog (59,1%), maar niet afwijkend van de cijfers die in eerder onderzoek naar dit fenomeen werd gerapporteerd, met percentages van 30 tot 75% (zie o.a. Baekeland & Lundwall 1975; Garfield 1986; Kazdin e.a. 1994). In de onderhavige steekproef bleek het bij vroegtijdige beëindiging van de behandeling relatief vaak te gaan om push-out op basis van onhanteerbaar gedrag of een gebrek aan inzet (44,9%), en minder vaak om eenzijdige beëindiging van het contact door de jongere, bijvoorbeeld door weg te lopen (drop-out; 14,2%).

Dit wijst erop dat nog meer aandacht en scholing van het personeel in hoe agressie kan worden voorkomen, en hoe ermee om te gaan, het uiteindelijke behandelsucces mogelijk kan vergroten. Grensoverschrijdend en agressief gedrag is één van de kernproblemen van de orthopsychiatrische doelgroep welke behandeling behoeft, maar juist door dit moeilijk te hanteren gedrag kan de behandeling dus vaak niet voltooid worden. In de praktijk heeft dit vaak ook te maken met de impact die het grensoverschrijdende gedrag heeft op de medepatiënten, waardoor de situatie op de afdeling onhoudbaar kan worden. Goede bouwkundige voorzieningen met veel ruimte en privacy zijn van groot belang bij het hanteerbaar houden van de problematiek van afzonderlijke jongeren voor de hele groep.

## Behandelsucces

Wij definieerden behandelsucces als een vooruitgang wat betreft de vervolgvoorziening waar de jongere naar toe kon. Behandelsucces betekende dat de jongere na ontslag weer thuis of zelfstandig ging wonen of in elk geval dat een lichtere vorm van ondersteuning dan in Barentsz wordt geboden voldoende was. De lat om een behandeling als succesvol te beschouwen lag daar-

mee mogelijk hoog; wellicht dat bij diverse jongeren in de groep die niet zelfstandiger konden gaan wonen wel behandelvooruitgang is geboekt in termen van een vermindering van symptomen of een toename van vaardigheden, maar dat deze vooruitgang niet voldoende was om de jongeren meer zelfstandig te laten wonen.

De door ons gehanteerde definitie van behandelsucces had naar onze mening als voordeel dat het om een concrete (en behoorlijke objectieve) stap voorwaarts moest gaan om als behandelsucces te worden aangemerkt. Een concrete operationalisatie van behandelsucces is van belang omdat in de ontslagbrieven, als het gaat om het verloop van de behandeling, behandelaren in feite mede over hun eigen inspanningen rapporteren, wat mogelijk de objectiviteit kan beïnvloeden. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van deze uitkomstmaat bleek voldoende tot goed te zijn, maar dat wil nog niet zeggen dat het ook een valide maat is die daadwerkelijk behandelsucces weerspiegelt.

Op deze manier geoperationaliseerd is echter het aantal jongeren dat baat heeft gehad bij de behandeling minder dan de helft. Slechts 40,9% van de jongeren heeft een dergelijke verbetering doorgemaakt. Hierbij maakte 52,1% van de meisjes een verbetering door, terwijl bij dit bij de jongens 34,2% was. Deze bevinding was tegen de verwachting die wij op basis van de literatuur hadden geformuleerd en het lijkt er daarmee op de geboden behandeling op Barentsz meer effect heeft op meisjes dan op jongens. Deze bevinding lijkt verklaard te kunnen worden door het feit dat meer jongens dan meisjes worden weggestuurd van de kliniek (push-out).

Wij vonden nauwelijks verbanden tussen het klachtenniveau aan het begin van de behandeling en het latere behandelsucces. Uitsluitend de subschaal Hostiliteit van de SCL-90 bleek een mogelijke voorspeller van behandelsucces te kunnen zijn, waarbij juist een hogere score op hostiliteit samenhangt met een grotere kans op behandelsucces. Wellicht dat een hoge score op deze subschaal een teken is dat de jongere over een behoorlijk zelfinzicht in de eigen problematiek beschikt aan het

begin van de behandeling. De bevinding dat hostiliteit van de SCL-90 samenhangt met behandel-succes moet echter met de nodige voorzichtigheid worden beschouwd omdat door het grote aantal toetsingen in ons onderzoek de kans op het vinden van toevalsbevindingen ook hoog is. Bonferonni-correctie op het significantieniveau voor het aantal uitgevoerde toetsen zou ertoe hebben geleid dat er in het huidige onderzoek geen significante verbanden zouden zijn gevonden.

### Beperkingen

De CBCL is ontwikkeld voor kinderen van 6 tot 18 jaar en de YSR voor kinderen van 11 tot 18 jaar, terwijl een deel van de deelnemers boven de 18 was. De SCL-90 is juist weer ontwikkeld voor gebruik onder volwassenen. Bij de onderzochte doelgroep kan verder het (zelf)inzicht laag zijn, waardoor de resultaten beïnvloed kunnen zijn. Ook leert de praktijk dat veel van de jongeren niet opgenomen willen worden. Dit kan ertoe geleid hebben dat ze de vragenlijsten niet eerlijk hebben ingevuld en ze hun klachten en symptomen minder erg hebben proberen voor te stellen.

Een verdere beperking van het onderzoek is de geringe steekproefomvang en daarbij vooral het aantal ontbrekende waarden. Vooral voor de CBCL en YSR geldt dat het beperkte aantal deelnemers in deze analyses (respectievelijk  $n = 59$  en  $n = 57$ ) de mogelijkheden om significante verschillen te vinden beperkt zal hebben. Ook voor de SCL-90 geldt dat de respons in het huidige onderzoek slechts 66,5% bedroeg (van de 191 jongeren die in de onderzoeksperiode opgenomen waren, hadden er 127 een SCL-90 aan het begin van de behandeling ingevuld). Met andere woorden, van een derde van de opgenomen jongeren ontbrak deze informatie, waarbij er mogelijk selectiebias is opgetreden, bijvoorbeeld doordat jongeren die de SCL-90 niet wilden invullen ook relatief vaak met drop-out of push-out te maken kregen.

### CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Wij vonden aanwijzingen dat meer meisjes dan jongens van de geboden behandeling lijken te profiteren. Dit lijkt toe te schrijven aan het gegeven dat meer jongens dan meisjes vanwege incidenten of ernstige regelovertredingen wegge-stuurd werden (en daarmee significant vaker met push-out te maken kregen in dit onderzoek). Er zou, om dit te voorkomen, wellicht meer therapie gericht op agressieregulatie aan de jongens gegeven kunnen worden. Daarnaast zouden nog meer scholing en training van het personeel in hoe agressie te voorkomen dan wel hoe ermee om te gaan, van belang kunnen zijn in het voorkomen van vroegtijdige beëindiging van de behandeling.

In vervolgonderzoek zou men meer aandacht kunnen besteden aan dynamische factoren zoals motivatie. Dit zou men kunnen meten met bijvoorbeeld een gestructureerd interview (Schroder e.a. 2009) of met (een aangepaste versie van) de CMRS (zie Melnick e.a. 1997).

Ten slotte zouden in vervolgonderzoek vooral ook de klachtenscores bij ontslag onderzocht moeten worden om meer inzicht in de behandelvoor-uitgang te krijgen. Deze bieden waarschijnlijk een betere maat van behandelvooruitgang. Echter, in de praktijk blijkt het zeer moeilijk om de jongeren bij ontslag nog te motiveren de lijsten in te vullen, zeker wanneer het om push-out gaat.



## LITERATUUR

- Baekeland F, Lundwall L. Dropping out of treatment: a critical review. *Psychol Bull* 1975; 82: 738-83.
- Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry* 1976; 128: 280-9.
- Garfield SL. Research on clients variables in psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE, red. *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3de druk). New York: Wiley; 1986. pp. 213-56.
- Gottschalk LA, Mayerson P, Gottlieb AA. Prediction and evaluation of outcome in an emergency brief psychotherapy clinic. *J Nerv Ment Dis* 1967; 144: 77-96.
- Holmes, P. 'Dropping out' from an adolescent therapeutic group: a study of factors in the patients and their parents which may influence this process. *J Adolesc* 1983; 6: 333-46.
- Kazdin AE, Mazurick JL. Dropping out of child psychotherapy: distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 1069-74.
- Kazdin AE, Mazurick JL, Siegel TC. Treatment outcome among children with externalizing disorder who terminate prematurely versus those who complete psychotherapy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 549-57.
- Kazdin AE, Wassell G. Therapeutic changes in children, parents, and families resulting from treatment of children with conduct problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 414-20.
- Kendall PC, Sugarman A. Attrition in the treatment of childhood anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65: 883-8.
- Kwartel, van der, AJJ, Nienoord-Bur  CD. *Positie en meerwaarde van de orthopsychiatrie*. Utrecht: Prismant; 2009.
- Melnick G, De Leon G, Hawke J, Jainchill N, Kressel D. Motivation and readiness for therapeutic community treatment among adolescents and adult substance abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1997; 23: 485-506.
- Mueller M, Pekarik G. Treatment duration prediction: client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy* 2000; 37: 117-23.
- Pekarik G. Coping with dropouts. *Prof Psychol Res Pr* 1985; 16: 114-23.
- Pellerin KA, Costa NM, Weems CF, Dalton RF. An examination of treatment completer and non-completers at a child and adolescent community mental health clinic. *Community Ment Health J* 2010; 46: 273-281.
- Prinz RJ, Miller GE. Family-based treatment for childhood antisocial behavior: experimental influences on dropout and engagement. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 645-50.
- Schroder R, Sellman D, Frampton C, Deering D. Youth retention: Factors associated with treatment drop-out from youth alcohol and other drug treatment. *Drug Alcohol Rev* 2009; 28: 663-8.
- Weisz JR, Weiss B, Langmeyer DB. Giving up on child psychotherapy: who drops out? *J Consult Clin Psychol* 1987; 55: 916-8.
- Wierzbicki M, Pekarik G. A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Prof Psychol Res Pr* 1993; 4: 190-5.

## AUTEURS

LIEKE VAN DEN REIJEN, psycholoog, Utrecht.

HENK NIJMAN, bijzonder hoogleraar Forensische psychologie, Radboud Universiteit Nijmegen, en hoofdonderzoeker, Altrecht Aventurijn, Den Dolder.

BRAM OROBIO DE CASTRO, hoogleraar Ontwikkelingspsychologie, Universiteit Utrecht.

ROSE-MARIE SCHMITZ, klinisch psycholoog/manager, Altrecht, Utrecht.

Correspondentieadres: Lieke van den Reijen, Oudegracht 222bis, 3511 NT Utrecht.

E-mail: Lieke.vandenreijen@gmail.com

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-2-2013.

## SUMMARY

Which characteristics of adolescents with behavioural problems are associated with the completion of residential treatment – L. van den Reijen, H. Nijman, B. Orobio de Castro, R. Schmitz –

**BACKGROUND** Many adolescents who have a combination of psychiatric disorders and behavioural problems fail to complete their course of treatment and therefore do not get the treatment they need.

**AIM** To investigate whether gender and the severity of symptoms at the start of treatment can predict whether patients will complete their course of treatment.

**METHOD** By means of questionnaires (SCL-90, YSR and CBCL) we attempted to find out if the gender and symptoms of 127 male adolescent patients beginning their treatment in a psychiatric institution could 'predict' whether the patients would complete their treatment or terminate it prematurely. For the purpose of our research, specific definitions of the terms drop out, push out and treatment success were formulated.

**RESULTS** The inter rater reliability of the definitions of drop out and treatment success ranged from adequate to good, whereas the reliability of the definition of push out was only moderate.

**CONCLUSION** The questionnaire was not able to predict accurately whether patients would complete their treatment. Apparently, adolescent males whose treatment was predicted to have a more favourable outcome had obtained higher scores on the SCL-90 Hostility subscale at the beginning of treatment and more girls than boys were judged to have improved.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)6, 395-404]

**KEY WORDS** adolescents, behavioural problems, drop out, predictions, push out, treatment success