



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Age of onset of disruptive behavior of residentially treated adolescents

Boer, S.B.B. de

Citation

Boer, S. B. B. de. (2019, February 6). *Age of onset of disruptive behavior of residentially treated adolescents*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/68573>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/68573>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Cover Page



Universiteit Leiden



The handle <http://hdl.handle.net/1887/68573> holds various files of this Leiden University dissertation.

Author: Boer, S.B.B. de

Title: Age of onset of disruptive behavior of residentially treated adolescents

Issue Date: 2019-02-06

Nederlandse samenvatting (summary in Dutch)

Het doel van dit proefschrift was om subgroepen te onderscheiden binnen een groep klinisch opgenomen jongeren met psychische stoornissen en disruptief (ontwrichtend) gedrag. Gebaseerd op onderscheid tussen levenslang (life-course persistent; LCP) en tot de adolescentie beperkt (adolescence-limited; AL) antisociaal gedrag, is binnen de onderzoeksgroep een onderscheid gemaakt op basis van de aanvangsleeftijd van het disruptief gedrag. De vraag was of dit onderscheid relevant was voor de klinische praktijk ten aanzien van het voorspellen van de ernst van problemen en het behandelresultaat. Er werd een onderverdeling gemaakt in een subgroep met disruptief gedrag ontstaan op jonge leeftijd (early-onset; EO) en een subgroep met disruptief gedrag ontstaan in de adolescentie (adolescent-onset; AO). Deze subgroepen werden vergeleken op korte termijn (i.e., voortijdig afbreken van de behandeling (dropout) en psychosociaal functioneren bij beëindiging van de behandeling) en lange termijn uitkomsten (i.e., sociaal functioneren 18 maanden na beëindiging van de behandeling). De verwachting was dat de uitkomsten voor de EO groep slechter zouden zijn dan die voor de AO groep. Ook werd verwacht dat personen met EO disruptief gedrag een grotere kans hadden op dropout. Bij diegenen van de EO groep die de behandeling wel zouden afronden, was de verwachting dat hun problemen persistenter zouden zijn. De behoefte om te differentiëren binnen de patiëntenpopulatie werd aangegeven door de behandelaren van de onderzochte orthopsychiatrische instelling (De Fjord). Er werd aangenomen dat verdere differentiatie op basis van de aanvangsleeftijd van het disruptieve gedrag de mogelijkheid zou bieden om interventies te individualiseren en de behandelresultaten te optimaliseren.

Orthopsychiatrie

In de jaren negentig van de vorige eeuw werd De Fjord opgericht als het eerste centrum voor orthopsychiatrie in Nederland. Er was behoefte aan gespecialiseerde behandeling voor adolescenten met complexe problematiek, jongeren die niet terecht konden in instellingen voor jeugdpsychiatrie vanwege de ernst van hun disruptief gedrag en die niet in een justitiële jeugdinrichting of orthopedagogische setting

geplaatst konden worden vanwege de psychische problemen. Er werd gekozen voor de term Orthopsychiatrie, een behandeling die zich richt op jongeren met zowel psychische stoornissen als ernstig disruptief gedrag, in een stevig gestructureerde omgeving.

Aanvankelijk kreeg De Fjord een experimentele status voor vijf jaar en moest haar bestaansrecht bewijzen. Vanaf de opening in november 1995 werd daarom programma-evaluatieonderzoek verricht om inzicht te krijgen in de kenmerken van de doelgroep en in de uitkomsten van de behandeling. Er werd onderzocht in welke mate behandel doelstellingen werden bereikt en wat het psychosociale functioneren was van de jongeren in het jaar na beëindiging van de behandeling (follow-up). De eerste evaluatie leidde tot een rapport op basis waarvan De Fjord structurele financiering kreeg van het ministerie van Volksgezondheid. Hierna is het onderzoek in aangepaste vorm gecontinueerd, omdat het waardevolle kennis over de doelgroep genereert. Het huidige proefschrift maakt gebruik van een deel van de verzamelde data.

Samenvatting van de belangrijkste bevindingen

In hoofdstuk 2 werd bij een steekproef uit de patiëntengroep nagegaan of het mogelijk was deze te onderscheiden van een controlegroep op basis van informatie die vroeg in hun leven is vastgelegd. Deze informatie was in de meeste gevallen vastgelegd voordat deze kinderen in contact kwamen met de geestelijke gezondheidszorg vanwege hun gedragsproblemen. Op twee specifieke momenten (i.e., april 2006 en maart 2009) werd aan jongeren die op dat moment in behandeling waren bij De Fjord (n=49) toestemming gevraagd voor inzage in hun jeugdgezondheidszorgdossiers (JGZ-dossiers) die zich bevonden bij de Gemeentelijk Gezondheidsdienst (GGD). Alle JGZ-dossiers die getraceerd konden worden en die volledige gegevens bevatten, werden onderzocht (n=24). Deze dossiers waren vanaf de vroege jeugd bijgehouden om de groei en ontwikkeling van het kind te volgen. Onze analyses waren gericht op schriftelijke beschrijvingen van JGZ-professionals en leerkrachten op het moment dat de respondenten vijf jaar oud waren. In tegenstelling tot wat tegenwoordig in Nederland gebruikelijk is, rapporteerden JGZ-professionals op dat moment niet specifiek over disruptief gedrag, hoewel ze de mogelijkheid hadden om opvallende kenmerken van het kind aan te geven. De JGZ-dossiers van de orthopsychiatrische

groep werden gematcht op geboortedatum en geslacht met dossiers van een controlegroep, die in de adolescentie geen gerapporteerde geschiedenis van gedrags- of psychische problemen hadden. Uit de resultaten bleek dat zowel leerkrachten als JGZ-professionals aanzienlijk meer opmerkingen maakten over disruptief gedrag in de dossiers van de toekomstige residentiele groep. De “area’s under de curve” (AUC), die de sensitiviteit (de kans dat een kind met disruptief gedrag op vijfjarige leeftijd tot de orthopsychiatrische groep behoort) en specificiteit (de waarschijnlijkheid dat een kind zonder disruptief gedrag op vijfjarige leeftijd zal behoren tot de controlegroep) weergeeft, waren significant. Voor de opmerkingen van de leerkrachten was de AUC .79 en voor de opmerkingen van de JGZ-professionals was de AUC .73. Dit betekende dat gerapporteerde problemen op vijfjarige leeftijd een redelijk goede voorspeller waren voor latere gedragsproblemen.

In hoofdstuk 3 werd onderzocht of de jongeren opgenomen in de orthopsychiatrische instelling (n=203) met EO-disruptief gedrag (n=134) verschilden van jongeren met AO-disruptief gedrag (n=69) met betrekking tot kenmerken aanwezig in de kindertijd. De resultaten toonden aan dat de twee groepen verschilden in een aantal kenmerken in de kindertijd die eerder in verband zijn gebracht met LCP en AL antisociaal gedrag. Jongeren die in het verleden zijn blijven zitten op de basisschool, met impulsief gedrag in de kindertijd en een geschiedenis van fysieke mishandeling, hadden de grootste kans om deel uit te maken van de EO-groep.

Het doel van hoofdstuk 4 was om de behandeluitkomst (i.e., vermindering van symptomen tussen opname en beëindiging van de behandeling) van individuen met EO (n=85) versus AO-disruptief gedrag (n=60) te onderzoeken. Eerder werd namelijk gesuggereerd dat personen met LCP antisociaal gedrag minder vatbaar zouden zijn voor behandeling. Met de Symptom Checklist (SCL-90-R) werd verandering gemeten in de gemiddelde scores tussen opname en beëindiging van de behandeling en werd de Reliable Change Index berekend. Er werd rekening gehouden met dropout. De resultaten toonden aan dat bij de EO-groep vaker sprake was van dropout dan bij de AO-groep (44,4% versus 24,7%). Bij de jongeren die in behandeling bleven waren er, wat de uitkomsten op de SCL-90-R betreft, geen verschillen tussen beide groepen.

In hoofdstuk 5 zijn verschillen tussen dropouts (n=77) en voltooiers (completers, n=147) onderzocht op bekende risicofactoren voor dropout. Daarnaast

werden EO-disruptief gedrag en specifieke types disruptief gedrag onderzocht in relatie tot dropout. De dropoutgroep werd onderverdeeld in terugtrekkers (n=40) en pushouts (weggestuurd, n=37). Er werd vastgesteld dat dropouts vergeleken met voltooiers vaker man waren, vaker cannabis gebruikt hadden voorafgaand aan de behandeling, vaker disruptief gedrag vertoonden op school en vaker tot de EO-groep behoorden. Bij personen met EO-disruptief gedrag was bijna driemaal zo vaak sprake van dropout vergeleken met hun AO-tegenhangers. Daarnaast was twee keer zo vaak sprake van dropout bij adolescenten die vóór de behandeling cannabis gebruikt hadden ten opzichte van degenen waarbij geen sprake was geweest van cannabisgebruik. Binnen de dropoutgroep werden geen verschillen in risicofactoren of soorten disruptief gedrag gevonden tussen terugtrekkers en pushouts.

Het doel van de studie in hoofdstuk 6 was om de uitkomsten 18 maanden na het verlaten van de orthopsychiatrische instelling te onderzoeken bij de dropouts (n=67) en de voltooiers (n=129). Algemeen dagelijks functioneren werd gebruikt als uitkomstmaat. Voltooiën van de behandeling werd, in vergelijking met dropout, geassocieerd met stabielere leefomstandigheden, het hebben van dagbesteding en afwezigheid van delinquent gedrag. Om te controleren op het mogelijke effect van de covariaten (van hoofdstuk 5) die verband hielden met dropout in de onderzochte groep, werden EO-disruptief gedrag, cannabisgebruik voorafgaand aan de behandeling en mannelijk geslacht ook onderzocht. De resultaten gaven aan dat voltooiing van de behandeling (ten opzichte van dropout) de beste voorspeller was voor goed algemeen dagelijks functioneren bij de follow-up, waarbij 10,1% van de variantie werd verklaard. Bovenop het voltooiën van de behandeling voegden EO disruptief gedrag, cannabisgebruik voorafgaand aan behandeling en mannelijk geslacht extra toe aan de verklaarde variantie.

Bij elkaar genomen laat dit proefschrift zien dat het onderscheiden van individuen met EO en AO disruptief gedrag binnen een specifieke orthopsychiatrische groep enige klinische relevantie heeft. Samen met de andere voorspellers, was het onderscheid vooral relevant in relatie tot dropout. De grotere kans op dropout van de EO-groep zou erop kunnen wijzen dat de behandeling voor hen minder effectief was. Echter, cliënten met EO-disruptief gedrag die de behandeling voltooiden rapporteerden een vergelijkbaar resultaat als degenen met AO-disruptief gedrag. Deze

bevinding lijkt in tegenspraak met het idee dat personen met LCP antisociaal gedrag minder vatbaar zouden zijn voor behandeling.

Implicaties voor de klinische praktijk

Detectie van gedragsproblemen op jonge leeftijd

De GGD beschermt, bewaakt en bevordert de gezondheid van alle inwoners. Naast taken als het adviseren van gemeenten over gezondheidsbeleid, voert de GGD ook gezondheidsonderzoeken uit, geeft vaccinaties en ondersteunt scholen onder meer bij hun zorg voor een gezonde leeromgeving voor kinderen.

Sinds 2015 zijn er in Nederland wijkteams opgezet. Deze teams worden georganiseerd door de gemeente en hebben onder andere tot taak om kwetsbare gezinnen tijdig te identificeren en begeleiden. Wijkteams hebben tot doel de bewoners te activeren en te ondersteunen in hun sociaal functioneren. Vaak hebben deze teams een brede preventieve taak en er is overlap met de activiteiten van de GGD en de wijkteams. Deze taak zou in de praktijk beter kunnen worden benut door samenwerking tussen GGD en de wijkteams te stimuleren. JGZ-professionals zouden bijvoorbeeld de wijkteams kunnen betrekken bij signalen van psychosociale problemen. Wijkteams aan de andere kant zouden kunnen profiteren van de regelmatige screenings van kinderen door de JGZ. Door deze kennis te gebruiken, kunnen wijkteams een beter beeld krijgen van individuele kinderen. Kinderen die op jonge leeftijd tekenen van disruptief gedrag vertonen, zouden door de JGZ kunnen worden geïdentificeerd en worden verwezen naar interventies die door de wijkteams worden geïnitieerd. Dit is van belang, omdat onderzoek in toenemende mate laat zien dat vroege detectie van gedragsproblemen en daarop volgend vroege interventie belangrijk is voor het voorkomen van toekomstig agressief en antisociaal gedrag. Bovendien lopen kinderen met onbehandelde gedragsproblemen meer kans op uitval op school, het zich schuldig maken aan delinquente activiteiten, drugs- en alcoholmisbruik en werkloosheid later in het leven. Hoewel het zeker niet de oplossing is voor alle jonge kinderen die disruptief gedrag vertonen, is het belangrijk om in te grijpen als kinderen jong zijn. Het is van belang dat de interventies die door de wijkteams worden geïnitieerd, qua inhoud en intensiteit aansluiten op de behoeften van kinderen en hun ouders.

Preventie van dropout

Hoewel behandeling niet bij alle jongeren met disruptief gedrag aanslaat (hoofdstuk 4), blijft het belangrijk om dropout tot een minimum te beperken. Wanneer deze jongeren onbehandeld blijven, is de kans groot dat ze veel maatschappelijke onrust veroorzaken. Onze bevindingen gaven bovendien aan dat dropouts meer klachten ervoeren in de periode na ontslag en dat zij een grotere kans hadden op slecht algemeen dagelijks functioneren bij follow-up. Om deze reden moet preventie van dropout een belangrijk aandachtspunt zijn in de behandeling van jongeren met gedragsproblemen. Dit zal een uitdaging zijn, omdat juist deze individuen gekenmerkt worden door een grote hoeveelheid risicofactoren die samenhangen met dropout. Bovendien zullen deze risicofactoren waarschijnlijk een wisselwerking hebben met problemen op meerdere levensdomeinen, negatieve ervaringen met eerdere jeugdzorg en algeheel gebrek aan motivatie. Echter, door dropout te voorkomen zal vermoedelijk het dagelijks functioneren bij meer personen verbeteren. Ook denken wij dat het voorkomen van dropout zal leiden tot meer (kosten) effectieve zorg, met name omdat een behandeling de voortijdig stopt wel kosten met zich meebrengt terwijl het waarschijnlijk weinig oplevert.

Onze studie laat zien dat zowel EO-disruptief gedrag als een geschiedenis van cannabisgebruik voorspellend is voor dropout. Deze kennis kan helpen om jongeren met een verhoogd risico op dropout te identificeren. Voor deze jongeren zouden behandelaars een intensief motivatietraject kunnen ontwikkelen, wat bijvoorbeeld zou kunnen bestaan uit componenten die een beroep doen op de wens, de bereidheid en het waargenomen vermogen om te veranderen.

Ook kan het zijn dat sommige individuen een andere aanpak nodig hebben, dat zij bijvoorbeeld meer baat hebben bij een intensieve ambulante interventie als Multidimensional Family Therapy (MDFT) of Multi Systemic Therapy (MST), hoewel er tot nu toe onvoldoende bewijs is dat deze benaderingen effectief zijn voor deze specifieke groep. In Nederland wordt de substitutie van residentiële voorzieningen door ambulante zorg al vele jaren gestimuleerd en is een continu proces. Op zichzelf kan dit als een gunstige ontwikkeling worden beschouwd, mits intensieve thuiszorg wordt aangeboden. Een groot voordeel kan zijn dat individuen, wanneer de

persoonlijke situatie het toelaat, in hun eigen omgeving kunnen blijven. Dit kan een positief effect hebben op zowel cliënten als hun families.

Preventie en terugvalpreventie van middelengebruik

Vanwege het sterke verband tussen middelengebruik en disruptief gedrag was het niet verrassend dat veel jongeren die in De Fjord werden opgenomen cannabis gebruikt hadden. Op zich was het gebruik van cannabis geen reden om de behandeling af te breken, integendeel, terugvalpreventie was een belangrijk onderdeel van de behandeling. Uit ons onderzoek bleek dat cannabisgebruik voorafgaand aan de behandeling gerelateerd was aan dropout, dat het van invloed was op de uitkomsten van de behandeling en op het algemeen dagelijkse functioneren bij follow-up. Voor jongeren met psychische stoornissen en disruptief gedrag, evenals voor andere groepen kwetsbare jongeren, dient behandeling en terugvalpreventie van cannabisgebruik dus een belangrijk aandachtspunt te zijn tijdens de behandeling. Het kan helpen om dropout te verminderen en ook om verergering van symptomen te voorkomen. Evidence-based behandelingen die tegelijkertijd middelengebruik, antisociaal en agressief gedrag en delinquentie behandelen, zoals MST en MDFT, zijn aan te bevelen.

Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Differentiatie in subgroepen zou klinici moeten helpen om meer op maat gesneden, allesomvattende en geïndividualiseerde interventies te ontwikkelen en aan te bieden. Daarom is de vraag hoe we een zeer complexe klinische groep met zowel disruptief gedrag als psychische stoornissen op een zodanige manier kunnen subclassificeren dat de behandeling effectiever kan worden toegepast. In plaats van het onderzoeken van dichotome onderverdelingen, zijn dimensionele benaderingen vermoedelijk nuttiger. Hierbij kan elk individu beschreven worden als een combinatie van multidimensionele kenmerken, zoals interacterende biologische (e.g., genetische, hersen- en fysiologische) en cognitieve (e.g., executieve functies, sociale cognitie) dimensies. Om een dergelijk samenspel van een groot aantal variabelen te kunnen onderzoeken, zijn grote steekproeven nodig. Dit vraagt om gezamenlijke inspanningen van meerdere instituten en onderzoeksgroepen.

Een van de factoren waarnaar gekeken kan worden, is de “low prosocial emotions” (LPE) subtypering ofwel mate van “callous-unemotional” (CU) trekken, die betrekking heeft op een van de dimensies van psychopathie. Deze factor, in combinatie met andere dimensionele factoren zoals impulsiviteit, dient als dimensioneel te worden beschouwd. Impulsiviteit (tezamen met onverantwoordelijkheid) is een andere dimensie van psychopathie en is kenmerkend voor mensen met ADHD. Een aanzienlijk deel van de cliënten die we onderzocht hebben, was gediagnosticeerd met ADHD. Door het verlaten van het dichotome idee dat er wel of geen aandachtstekortstoornis is en te kiezen voor een meer dimensionele benadering, zou de mate van impulsiviteit kunnen worden bepaald en gebruikt voor subclassificatie.

Onderzoek onder daderpopulaties suggereerde al dat het belangrijk is om onderscheid te maken tussen antisociale personen met en zonder hoge niveaus van psychopathie, vooral omdat hun disruptieve gedrag er van buitenaf hetzelfde kan uitzien, terwijl de onderliggende mechanismen die tot dit disruptieve gedrag leiden mogelijk verschillend zijn. Dit geldt zeker ook voor onze doelgroep. Bovendien is het relevant voor klinici, omdat bevindingen ook suggereren dat personen met een hoog niveau van psychopathie niet reageren op bepaalde soorten interventies en omdat mensen met disruptief gedrag sterk kunnen afwijken in de behandelingsinterventies waarop ze het best reageren.

In het huidige proefschrift is een aanzienlijk deel van de cliënten voortijdig gestopt met de behandeling. Uiteraard kan dropout nooit volledig worden voorkomen, maar toch verdient het de aanbeveling om inspanningen te leveren om het te verminderen. Om reductie mogelijk te maken, is meer kennis nodig over mechanismen die dropout veroorzaken. Hoewel we geen verschillen vonden in de onderzochte factoren tussen pushout en terugtrekken (withdrawal), verschillen beide typen dropout waarschijnlijk in onderliggende mechanismen. Deze zouden nader kunnen worden onderzocht. Bovendien zouden ingezette motivationele trajecten kunnen worden geëvalueerd.