

WRR

WETENSCHAPPELIJKE RAAD VOOR HET REGERINGSBELEID

GEESTELIJKE GEZONDHEID VAN ADOLESCENTEN

EEN VOORSTUDIE

W.A.M. Vollebergh

WEBPUBLICATIE NR 10

Den Haag, april 2005

De serie Webpublicaties omvat studies die in het kader van de werkzaamheden van de WRR tot stand zijn gekomen. De verantwoordelijkheid voor de inhoud en de ingenomen standpunten berust bij de auteurs. Een overzicht van alle webpublicaties is te vinden op de website van de WRR (www.wrr.nl).

Deze webpublicatie is het resultaat van een opdracht die aan W.A.M. Vollebergh is verstrekt in het kader van het WRR-project Jeugd.

1 INLEIDING

Over problemen van adolescenten bestaan langdurige en onderhoudende discussies onder onderzoekers en beleidsmakers. Een van de vragen, die daarbij voortdurend opnieuw wordt gesteld is de vraag naar de omvang van de problemen: hoe goed gaat het nu eigenlijk met adolescenten in Nederland? In het verlengde daarvan komt meestal meteen de vraag naar de mogelijke effecten van recente maatschappelijke veranderingen: worden problemen van adolescenten nu erger of niet? Beide vragen hebben als achterliggend doel het bepalen van de urgentie van de problemen, en daar vinden onderzoekers en beleidsmakers elkaar in de vragen naar de implicaties van onderzoeksbevindingen voor de beleidspraktijk en het bepalen van prioriteiten voor interventies. Aldus samengevat is het een simpel schema, en de antwoorden op deze vragen lijken simpel te geven.

Problemen ontstaan, wanneer we deze vragen gaan concretiseren en beantwoorden. Definitiekwesties, beeldvorming en politieke agenda's blijken dan een simpele voortgang snel te kunnen vertroebelen. Eenduidige antwoorden blijken vaak moeilijk te geven, en het debat eindigt niet zelden in onzekerheden. Wellicht is dat de belangrijkste reden dat deze discussie een zekere eeuwigheidswaarde lijkt te hebben, waarbij de consensus over het juiste antwoord niet zelden wordt gedomineerd door andere dan wetenschappelijke argumenten.

De gevolgde werkwijze bij deze discussies is vaak als volgt. Veel bijdragen proberen een indicatie te geven welk percentage van de jongeren uit de algemene jeugdpopulatie als 'problematisch' gekarakteriseerd kan worden, en proberen vervolgens om dit percentage in de loop van de tijd te volgen om mogelijke veranderingen in de omvang van de probleemgroepen zichtbaar te maken. Dit is een begrijpelijke en ook legitieme aanpak. Toch kleven aan deze aanpak ook een aantal beperkingen, zoals ik in dit essay ook zal laten zien aan de hand van een bespreking van een vergelijkbare exercitie naar de omvang van psychische problemen en middelengebruik onder jonge adolescenten. Mijn belangrijkste bezwaar tegen deze aanpak is, dat deze uitsluitend het zicht op de gemiddelde jongeren kan weergeven, maar niet de beste aanpak lijkt om veel te zeggen over de meest problematische groepen onder de jeugd. Die blijven bij meer algemene studies onder jongeren immers vaak buiten beschouwing. Het probleem daarmee is vervolgens, dat er redenen zijn om aan te nemen dat zich juist bij deze probleemgroepen belangrijke veranderingen zouden kunnen voordoen. Dat zien we

vooral als we aandacht besteden aan de mogelijke stabiliteit van probleemgedrag over de levensloop, en in het verlengde hiervan aan het belang van problemen in de adolescentie voor problemen later in het leven. Het stress-kwetsbaarheidsmodel – een veel gehanteerd perspectief op ontstaan en beloop van psychische problemen (zie Kluitert & Ormel, 1999) – geeft hier meer zicht op, en leidt tot de hypothese dat het juist de meest kwetsbare groepen zijn waar mogelijke veranderingen zichtbaar worden. Daarmee geven meer algemene discussies over de jeugd dus een beperkt kader aan discussies over problemen van de jeugd.

In deze bijdrage wil ik daarom eerst een korte schets geven van het belang van dit 'stress-kwetsbaarheidsperspectief' voor een beter begrip van de stabiliteit van probleemgedrag in de jeugdperiode, en het belang van dit perspectief ook voor maatschappelijke discussies over problemen van de jeugd. Vervolgens wil ik aan de hand van een bespreking van psychische stoornissen en middelengebruik onder jongeren een overzicht geven van onderzoek onder de algemene populatie van jeugdigen. Dit overzicht wil ik contrasteren met een overzicht van gegevens afkomstig uit de jeugdzorg, die een indicatie kunnen geven van de meest problematische groepen onder jongeren. Deze overzichten leiden niet tot geheel gelijklopende conclusies. Hiervoor zal ik aan het eind van dit essay kort een verklaring proberen te geven, waarin ik opnieuw het stress-kwetsbaarheidsmodel als een belangrijk perspectief zal hanteren.

1.1 Stabiliteit van probleemgedrag over de levensloop: het stress-kwetsbaarheidsmodel

Er zijn globaal twee manieren om het belang van problemen in kindertijd en adolescentie voor problemen op latere leeftijd te onderzoeken: retrospectief of prospectief. Bij retrospectief onderzoek wordt aan mensen op volwassen leeftijd gevraagd naar problemen in kindertijd of adolescentie, en op basis van deze retrospectieve gegevens wordt vervolgens gekeken naar het mogelijke effect van deze vroege problemen voor latere problemen. Doorgaans blijkt uit dit type studie een duidelijk verband tussen problemen in kindertijd en latere problemen in het volwassen leven. Het Nemesis-onderzoek liet bijvoorbeeld zien dat respondenten die aangeven in hun kindertijd verwaarloosd te zijn of andere traumatische ervaringen te hebben gehad (seksueel misbruik), op latere leeftijd een aanzienlijk grotere kans bleken te hebben om psychische problemen of verslavingsproblemen te ontwikkelen (Bijl et al., 2002, Janssen et al., 2004). Het principiële moeilijke punt hierbij is echter, dat mensen die problemen hebben ook de neiging zullen

hebben om bepaalde gebeurtenissen in hun kindertijd retrospectief in negatieve zin te vertekenen.

Beter is het dan ook om gebruik te maken van prospectief onderzoek, waarbij kinderen of adolescenten in onderzoek langdurig worden gevolgd om de mogelijk voorspellende waarde van probleemgedrag in de kindertijd op later probleemgedrag vast te kunnen stellen. Uit dergelijke studies blijkt, dat ernstig probleemgedrag in de adolescentie en zelfs in de (vroeg) volwassenheid voor een deel kan worden voorspeld uit voorafgaand ernstig probleemgedrag in de kindertijd. Zo bleek gedrag van kinderen op driejarige leeftijd samen te hangen met psychopathologie in de adolescentie en de volwassenheid (Caspi et al., 1995, 1996). Natuurlijk zijn er nuances in deze studies aan te brengen en worden de relaties minder eenduidig als het om minder ernstige problemen gaat, maar over het algemeen rechtvaardigen langlopende studies deze conclusie. Langlopend onderzoek in Rotterdam liet daarbij zien, dat probleemgedrag in de kindertijd iets minder voorspellende waarde lijkt te hebben voor problemen in de adolescentie, dan problemen in de adolescentie voor problemen in de volwassenheid (Ferdinand et al., 1995a, 1995b; Hofstra et al., 2000, 2001, 2002). Als zich in de adolescentie serieuze problemen voordoen, dan lijkt de kans op voortzetting van deze problemen tot in de volwassenheid dus iets groter. Een belangrijke nuancering van deze stelling werd aangebracht door Moffit, die het onderscheid tussen persistent probleemgedrag ('life course persistent') en probleemgedrag dat specifiek is voor de adolescentie ('adolescence limited') benadrukte (Moffit, 1993). Problemen in de adolescentie, die ook in de kindertijd al zichtbaar waren, hebben een persistenter karakter dan problemen die zich in de adolescentie voor het eerst voordoen. Deze laatste behoren meer tot het gewone recalitrante gedrag dat kinderen in de loop van de adolescentie vertonen, en dat in de loop van de overgang naar de volwassenheid weer aanzienlijk zal afnemen. Bij het vaststellen van probleemgedrag in de adolescentie is het vaststellen van de persistentie van dit gedrag – met name de vaststelling of dit gedrag voorafgegaan werd door eerdere substantiële problemen – dus van fundamenteel belang.

Verklaringen voor deze persistentie van probleemgedrag over de levensloop worden op twee niveaus gezocht. Enerzijds wijzen deze studies op aan het kind gebonden biologische en genetische factoren, die gepaard gaan met verhoogde kansen op de ontwikkeling van (zeer) problematisch gedrag en psychopathologie. Anderzijds wijzen veel studies op de persistentie van negatieve ervaringen en

contextgegevens in het leven van deze kinderen. Chronisch stresserende omstandigheden, bijvoorbeeld het opgroeien in een zeer problematische gezinssituatie, kunnen de verklaring vormen voor chronisch problematisch gedrag bij de kinderen in deze gezinnen. Hoe beide verklarende factoren (kindfactoren, omgevingsfactoren) in samenspel met elkaar tot problematisch gedrag bij kinderen leiden is onderwerp van veel meer gedetailleerde studies naar de etiologie van probleemgedrag bij kinderen en adolescenten, en een precieze analyse van deze studies gaat het bestek van dit essay te buiten.

Het maken van een onderscheid tussen meer en minder kwetsbare kinderen, zoals in het stress-kwetsbaarheidsmodel gebeurt, kan ons echter wel helpen om een al te simpele voorstelling van zaken te voorkomen. Uitgangspunt voor dit model is, dat bepaalde kinderen op basis van biologische of genetische factoren kwetsbaarder zijn voor de ontwikkeling van psychopathologie of probleemgedrag dan andere kinderen. Over dit uitgangspunt is inmiddels eigenlijk weinig discussie meer. Kinderen met een zogenaamd 'moeilijk temperament' (rusteloosheid, impulsiviteit, gering concentratievermogen), kinderen met meer beperkte verstandelijke vermogens (zwakbegaafden), of kinderen met juist versterkte inhibitie (sterk teruggetrokken gedrag, angstig, verlegen) zijn extra kwetsbaar voor de ontwikkeling van probleemgedrag, en deze kwetsbaarheid heeft een sterk biologische of genetische basis (Rutter, 2003; Junger et al., 2003).

Daarnaast, los van deze kwetsbaarheid, zijn er stresserende omstandigheden die leiden tot een verhoogde kans op de ontwikkeling van probleemgedrag bij kinderen en adolescenten. Verschillende stresserende omstandigheden zijn aan te wijzen en in onderzoek ook bevestigd, zoals sociaal-economische omstandigheden, ingrijpende levensgebeurtenissen, traumatische ervaringen in de (vroeg) kindertijd, migratie et cetera. De essentie van het stress-kwetsbaarheidsmodel is samen te vatten in de stelling, dat vooral kwetsbare kinderen op deze stresserende omstandigheden zullen reageren met de ontwikkeling van probleemgedrag, terwijl minder kwetsbare kinderen beter in staat zullen zijn om op deze omstandigheden adequaat te reageren. Verschillende onderzoekers hebben op dit intermediaire belang van kwetsbaarheid – of het tegenovergestelde van kwetsbaarheid: weerbaarheid (resilience) – gewezen (Fergusson & Lynskey, 1996). Stresserende omstandigheden zullen vooral bij kwetsbare kinderen tot meer problematisch gedrag of de ontwikkeling van psychopathologie leiden, terwijl weerbare kinderen in staat zullen zijn om deze omstandigheden het hoofd te bieden, en minder

beschadigd uit dezelfde situatie zullen komen. Een voorbeeld hiervan geven Fergusson & Lynskey (1996), die op basis van literatuuronderzoek concludeerden, dat bepaalde kinderen minder beschadigd worden als zij in een problematische gezinssituatie opgroeien. Weerbare kinderen vertonen bijvoorbeeld een hoger niveau van intelligentie en probleemoplossend vermogen en een makkelijk temperament in de vroege kindertijd, dat hen in staat stelt om negatieve gezinsomstandigheden beter te verwerken.

De mate waarin het stress-kwetsbaarheidsmodel adequaat is voor het verklaren van psychische problemen bij adolescenten is overigens wel aan grenzen gebonden. Sommige psychische problemen hebben immers een zodanig zelfstandig beloop dat zij zich onafhankelijk van de sociale context lijken te ontwikkelen. In deze gevallen doet de sociale context voor de etiologie van het betreffende probleem veel minder ter zake. Sommige sociale contexten zijn dermate problematisch dat alle kinderen – ook de meest weerbare – hier onder te lijden zullen hebben. Als uitgangspunt voor het beter begrijpen van de effecten van maatschappelijke veranderingen op problemen van adolescenten lijkt het stress-kwetsbaarheidsmodel echter een goed alternatief voor het puur sociologische perspectief dat soms te direct een verband veronderstelt tussen macroveranderingen in de samenleving en veranderingen in het probleemgedrag bij jongeren zelf. Veel onderzoek naar risicofactoren gaat er immers impliciet van uit, dat de effecten van dergelijke risicofactoren zich bij alle kinderen zullen manifesteren – met andere woorden, dat alle kinderen op ongeveer dezelfde manier op een stresserende omgeving zullen reageren. Ook veranderingen in de maatschappij, bijvoorbeeld de sterke toename van individualistische samenlevingsarrangementen, de ontwikkeling van nieuwe media en de hiermee gepaard gaande informatiemaatschappij, de sterke urbanisatie en het ingewikkelder worden van de sociale samenlevingsverbanden, hebben vanuit dit perspectief gezien een directe invloed op de mensen in deze samenleving en mogelijk een probleemgenererend effect bij de jongste generatie. Vanuit het stress-kwetsbaarheidsmodel moeten we echter de vraag stellen of deze veranderingen algemene effecten hebben op ontwikkeling van (probleemgedrag van) jongeren, of dat deze veranderingen vooral negatief zullen uitwerken bij de meest kwetsbare groepen onder hen.

In veel sociaal wetenschappelijk jeugdonderzoek in Nederland worden vaak korte instrumenten – soms niet meer dan enkele items – gebruikt om een indicatie te geven van problemen onder adolescenten. Een goed voorbeeld hiervan vormen de Jeugdrapportages van het SCP, die in het kader van de landelijke jeugdmonitor om de vier jaar verschijnen. Het onderzoeksmateriaal, dat in Nederland aanwezig is om deze vraag verder te specificeren, draagt ook duidelijk sporen van deze werkwijze. Er verschenen inmiddels al verschillende overzichten van de trend in de tijd van de verschillende indicatoren voor probleemgedrag van kinderen en adolescenten, en al deze overzichten laten zien dat we onze conclusies moeten baseren op gegevens, die op zichzelf al moeilijk eenduidig te interpreteren zijn, omdat zij vaak meer een benadering van de betreffende problematiek vormen dan een rechtstreekse meting van de problemen zelf. De conclusie is daarom snel getrokken dat voor het maken van een trend-analyse van problemen van adolescenten in Nederland voornamelijk deels onvergelijkbare, of onvoldoende gevalideerde gegevens beschikbaar zijn (Junger et al., 2003).

Een uitzondering vormt het meer epidemiologisch onderzoek naar geestelijke gezondheid, of psychische stoornissen, bij kinderen en adolescenten. In Nederland is door de onderzoeksgroep van Verhulst et al. (1985a, 1985b, 1992, 1997) het voortouw genomen bij het in kaart brengen van psychische problemen van kinderen en adolescenten. Het instrument dat zij hiervoor introduceerden was de Youth Self Report (YSR), en de Child Behavior Check List (CBCL), twee onderzoeksinstrumenten die aanvankelijk door Achenbach (1991) werden ontworpen en door Verhulst et al voor Nederland werden vertaald en gevalideerd (Verhulst et al., 1997). Bij het onderzoeken van psychische problemen van kinderen en adolescenten maken deze instrumenten een onderscheid tussen 'internaliserende' en 'externaliserende' problemen, een onderscheid dat inmiddels goed is ingeburgerd in het onderzoek naar psychische stoornissen bij jongeren. Internaliserende problemen zijn het equivalent van de stemmings- en angststoornissen bij volwassenen, en bestaan uit psychosomatische klachten, angstige en depressieve symptomen, teruggetrokken gedrag en een negatief zelfbeeld, terwijl externaliserende problemen bestaan uit meer op de buitenwereld gericht probleemgedrag als agressieve gedragingen, en delinquentie. Daarnaast kennen de instrumenten ook nog sociale problemen (problemen in de omgang met leeftijdgenootjes), denkproblemen (symptomen die wijzen op milde en

subklinische psychotische symptomen als het horen van stemmen of het vertonen van vreemd gedrag) en attentieproblemen (die verwantschap vertonen met aspecten van ADHD, in het bijzonder problemen met concentratie). Het scala aan te benoemen probleemgedragingen is bij deze instrumenten dus vrij breed. Voor validering van deze instrumenten werden met behulp van een klinische referentiegroep (cliënten uit de kinderpsychiatrie) en de normgegevens van de populatie-steekproef afkappunten bepaald, aan de hand waarvan kinderen met een zogenaamde 'klinische' of 'preklinische' score bepaald kunnen worden (Verhulst et al., 1997). Met behulp van deze instrumenten is het vervolgens dan goed mogelijk om een schatting te geven van de prevalentie van de betreffende problemen. Inmiddels zijn in Nederland al verschillende studies uitgevoerd met behulp van dit meetinstrument (Ferdinand et al., 1995; Verhulst et al., 1985, 1993, 1997), en ook zijn inmiddels verschillende internationaal vergelijkende studies verricht waarin de prevalenties van de verschillende landen met elkaar kunnen worden vergeleken (Crijnen et al., 1997, 1999; Heubreck, 2000; Verhulst et al., 1993, 2003).

Deze meer gevalideerde en zorgvuldige manier van werken maakt zichtbaar, dat van de kinderen in het regulier onderwijs ongeveer 20 procent gerekend mag worden tot de kinderen met een klinische score, dat wil zeggen dat zij een zodanig klachtenpatroon vertonen dat sprake is van psychische problemen en in het verlengde hiervan van een verhoogd risico op latere meer serieuze problemen (Verhulst et al., 1997). Tegelijkertijd moeten we hier concluderen dat het nogal wat uitmaakt wie de problemen rapporteert: ruim 20% van de kinderen heeft op basis van eigen scores een probleem en ruim 20% van de kinderen heeft op basis van de scores van ouders een probleem, maar slechts vier procent van de kinderen heeft zowel volgens zichzelf als volgens de ouders een probleem. Als daarnaast ook een verlaagd functioneren (functionele beperkingen) als criterium gehanteerd worden, dan dalen deze percentages weer tot onder de tien procent. Dat betekent dat een groot deel van de kinderen met een door henzelf of door hun ouders gediagnosticeerd probleem toch nog redelijk goed kan functioneren (Verhulst et al., 1997). Beperken we ons tot de kinderen, die zodanig veel last van hun klachten hebben dat zij (of hun ouders) hiervoor professionele hulp zoeken, dan dalen de cijfers nog verder. Circa vijf procent van de kinderen in Nederland komt in aanraking met een of andere vorm van hulp binnen de jeugdzorg (NIZW, 2004). Dat cijfer is waarschijnlijk een onderschatting voor de prevalentie van problemen onder jongeren. We weten immers, dat veel kinderen met psychische stoornissen niet met de enige vorm van zorg in aanraking komen – ook niet als daar zeker

reden toe zou zijn (Verhulst et al., 1997). Een deel hiervan zal later in het justitiële circuit opduiken, vooral de kinderen met de ernstige gedragsstoornissen. Verschillende onderzoekers hebben geprobeerd om deze meer 'latente' zorgvraag in kaart te brengen, omdat het redelijk is om aan te nemen dat zich buiten de jeugdzorg minstens even veel kinderen met een aantoonbare zorgbehoefte voordoen als binnen de jeugdzorg.

Alles bij elkaar blijft het beeld voor het merendeel van de jongeren in Nederland wel positief. De overgrote meerderheid van deze kinderen – zeker tachtig procent - heeft relatief weinig problemen. Afhankelijk van gehanteerde definities zien we bij zo'n vijf tot tien procent van de kinderen relatief tot matig ernstige problemen, die wijzen op serieuze risico's voor hun toekomstige ontwikkeling. Dit percentage is dan ook doorgaans het sluitstuk van de hierboven genoemde discussie over de omvang van problemen van jongeren.

2.1 De trend in de tijd

Er zijn weinig gegevens over de trend in de tijd voor wat betreft de hier genoemde problemen. Eerder gemaakte trendanalyses voor Nederlandse kinderen vertonen dezelfde problemen als bovengenoemde prevalentiestudies: verschillende definities en omschrijvingen van probleemgedrag (Junger et al., 2003). Beperken we ons tot het onderzoek dat werd uitgevoerd met behulp van de YSR, dan beschikken we over slechts één studie, waarin de scores van kinderen in 1983 kon worden vergeleken met dezelfde scores van een vergelijkbare groep kinderen tien jaar later (Verhulst et al., 1997). Deze studie laat echter geen sterke trend in de tijd zien. Hoewel het de verwachting van de onderzoekers was dat de problemen bij kinderen in deze tijd zouden zijn toegenomen vinden zij slechts heel kleine verschillen voor een paar problemen, maar over de hele linie eigenlijk opmerkelijk grote stabiliteit. De conclusie luidde dan ook dat er geen aanwijzingen zijn voor een stijging van psychopathologische klachten bij kinderen en adolescenten in de onderzochte periode. Deze studie werd recentelijk herhaald, maar de resultaten hiervan zijn nog niet bekend.

Een scholierensurvey, recent uitgevoerd in 2001-2002, waarbij eveneens de YSR werd afgenomen bij Nederlandse schoolkinderen (Ter Bogt et al., 2003, Vollebergh et al., 2004), maar ditmaal in klasseverband, laat ten opzichte van de gegevens van 1993 wel een stijging van de prevalentie van zelfgerapporteerde gedragingen zien, maar het valt sterk te betwijfelen of deze stijging op een trend in de tijd wijst. De

onderzoekers wijzen er op dat de responsepercentages in de scholen veel hoger zijn dan in voorafgaande populatiestudies (respectievelijk 95% respons in de scholen tegen 78% respons in de populatiestudie), met als vermoedelijk gevolg dat kinderen uit probleemgezinnen in het scholierensurvey sterker vertegenwoordigd zijn. Daarnaast zou de meer anonieme interviewsetting in scholen een versterkend effect op het rapporteren van problemen door adolescenten kunnen hebben. Het is meer aannemelijk dat deze contextgegevens in een stijging van problemen hebben geresulteerd (Vollebergh et al., 2004). In dat geval zou de trend in de tijd redelijk stabiel zijn gebleven, evenals in de tien jaar daaraan voorafgaand.

2.2 Vergelijking van Nederlandse jongeren met jongeren in andere landen

Er zijn verschillende pogingen gedaan om Nederlandse kinderen te vergelijken met kinderen in het buitenland, waarbij gebruik is gemaakt van hetzelfde instrument. Deel betrof het onderzoek, waarbij ouders werden ondervraagd over de problemen van hun kinderen, en deels onderzoek waarbij de kinderen zelf de vragen over hun problemen beantwoordden (Crijnen et al., 1997; 1999; Verhulst et al., 2003). Over het algemeen blijkt uit deze studies, dat de kinderen in Nederland het goed tot uitermate goed doen in vergelijking met hun leeftijdgenoten in het buitenland. Na correctie voor de invloed van sekse en leeftijd (zoals bekend belangrijke voorspellers voor probleemgedrag in kindertijd en adolescentie) vertoonden Nederlandse kinderen in vergelijking met kinderen in acht andere landen (Australië, Duitsland, Israël, Jamaica, Puerto Rico, Zweden, Thailand en de Verenigde Staten) lagere probleemscores voor zowel internaliserende als externaliserende problemen. Het profiel was het meest gunstig voor de kinderen in Zweden en Duitsland, en het minst gunstig voor de kinderen in Puerto Rico en in de Verenigde Staten (Crijnen et al., 1997). Wanneer onderscheid gemaakt wordt tussen de verschillende subsyndromen, dan blijkt dat Nederlandse kinderen een lagere score vertonen op vijf van de acht subsyndromen voor psychische problemen (alle internaliserende subsyndromen, sociale problemen, en agressief gedrag), slechts één hogere score voor concentratieproblemen, en geen verschil op de overige twee subsyndromen (denkproblemen, delinquentie). Ook wanneer de kinderen zelf hun problemen rapporteren blijkt, dat de Nederlandse kinderen er in vergelijking met de kinderen in zes andere landen (Australië, China, Israël, Jamaica, Turkije en de Verenigde Staten) landen relatief goed voorstaan. Zij komen, na Israël en Turkije, op de derde plaats met een lagere totale probleemscore, en laten vooral ten aanzien van internaliserend probleemgedrag

(wederom alle subsyndromen), sociale problemen en denkproblemen lagere scores zien. Alleen bij concentratieproblemen en delinquentie scoren de Nederlandse kinderen iets hoger dan de kinderen in andere landen (Verhulst et al., 2003).

Dit positieve beeld van de Nederlandse kinderen werd onlangs bevestigd in een grootschalig internationaal vergelijkend onderzoek naar gezondheid en risicogedrag van scholieren in de leeftijd van 11, 13 en 15 jaar in 32 Europese landen, Israel, de Verenigde Staten en Canada. Hoewel in dit internationale onderzoek geen gebruik werd gemaakt van de Youth Self Report, en we daarom de vergelijking met de hierboven genoemde studies niet zonder meer kunnen maken, blijkt uit deze studie wel heel duidelijk, dat de Nederlandse kinderen zeer positief over hun situatie en over hun psychisch welbevinden rapporteren. In vergelijking met de kinderen in de andere landen valt duidelijk op dat de Nederlandse kinderen (zie Currie et al., 2004):

- (a) Het meest gelukkig zijn: gemeten naar hun antwoorden op een veel gebruikte vraag naar geluk bleek, dat de Nederlandse kinderen het vaakst van alle kinderen in de studie een (dikke) voldoende geven aan hun huidige leven
- (b) Relatief weinig psychosomatische klachten rapporteren.
- (c) Relatief weinig vaak melden dat zij bij vechtpartijen betrokken zijn geweest
- (d) Zeer positief zijn over het contact met hun ouders, en bij de vijf gunstigst scorende landen horen als hen gevraagd wordt of ze bij hun oudere terecht kunnen met hun problemen
- (e) Aangeven het op school (heel) leuk te vinden.

De conclusie is onvermijdelijk: Nederlandse jongeren doen het in vergelijking met jongeren in het buitenland eigenlijk heel erg goed. De zelfrapportage van welbevinden door de Nederlandse jeugd steekt positief af bij de situatie in het buitenland.

2.3 Kanttekeningen bij deze cijfers

Hoewel de hier beschreven cijfers behoren tot de beste cijfers die we in Nederland kunnen vinden over de prevalentie van psychische problemen onder adolescenten, moeten we toch ook een aantal kanttekeningen bij deze cijfers maken, die het relatieve karakter van de cijfers benadrukken, in het bijzonder wanneer we een inschatting willen maken van de urgentie van bepaalde problemen onder jongeren.

In de eerste plaats betreft het hier bevolkingsstudies onder kinderen en adolescenten, waarbij de adolescenten via de ouders geworven zijn. In het

algemeen wordt binnen deze studies een responspercentage van tussen de 70 en 80 procent gehaald. Dat wordt, ook internationaal, gezien als een minimum om aan de gegevens van het betreffende onderzoek een zekere generaliserende waarde toe te kennen. Voor het schetsen van een algemeen beeld onder de jeugd volstaat deze benadering daarom prima. Voor het geven van een inschatting van de meest urgente problemen kunnen we dat echter betwijfelen. Het feit dat de jongeren via hun ouders in het onderzoek terecht komen leidt zeker tot bias in de samenstelling van de steekproef. Het is daarom te verwachten dat probleemgezinnen in deze onderzoeken ondervertegenwoordigd zijn. Een indicatie hiervan geven de cijfers van het bovengenoemde Health Behaviour in School Aged Children, waarin hetzelfde instrument (de Youth Self Report) werd afgenomen voor het meten van zelfgerapporteerde psychische klachten. De prevalenties in dit onderzoek, waarbij dezelfde cut-off-points werden gehanteerd als in de populatiestudies van Verhulst et al. (1997), waren daarbij systematisch hoger. Als een van de mogelijke verklaringen hiervoor werd geopperd dat kinderen uit probleemgezinnen in deze studie sterker vertegenwoordigd zijn (Vollebergh et al., 2004). Ook zijn allochtone jongeren in de populatie-onderzoeken sterk ondervertegenwoordigd. Ook dat wijst op een selectie in de populatiestudies van de minder problematische gezinnen en kinderen. Ook deze representatie was in het HBSC-onderzoek beter. Voor het schetsen van een algemeen beeld onder allochtone jeugd volstaan daarnaast de steekproeven specifiek gericht op Marokkaanse en Turkse jongeren prima, maar ook hier mogen we veronderstellen dat in de dertig procent niet deelnemende gezinnen (de responspercentages in deze studies liggen rond de 70%, op zichzelf overigens een unieke prestatie voor onderzoek in allochtone gezinnen) de probleemgezinnen oververtegenwoordigd zullen zijn. Populatiestudies kunnen dus weliswaar een goede indicatie geven van het algemene beeld onder de bevolking, maar de meer klinische en/of gemarginaliseerde probleemgroepen zullen in dergelijke studies vaak ondervertegenwoordigd zijn. Dat is de belangrijkste beperking van populatiestudies.

Scholierensurveys als het Hbsc-onderzoek kunnen een aantal van deze issues weliswaar oplossen (met name de hoge respons in klassen is een sterk punt van deze studies), maar daarmee kan dit type studie niet als alternatief voor de populatiestudie fungeren. In de eerste plaats worden in scholierensurveys de ouders en leerkrachten niet over de kinderen ondervraagd, wat leidt tot een beperkt beeld van de situatie waarin het kind opgroeit. Bovendien is de informatie, die met vragenlijstonderzoek op scholen verzameld kan worden, uiteraard erg basaal van

aard, is de omvang van de vragenlijsten die hier gebruikt kunnen worden beperkt, en geven daarom de resultaten van deze studies onvoldoende inzicht in mogelijk problematische ontwikkelingsstoornissen of opvoedingsmoeilijkheden in het gezin van herkomst. Ook scholierensurveys zijn dus primair geschikt voor het geven van een meer algemeen beeld van de problemen van jongeren, en maar heel beperkt geschikt voor het geven van een inschatting van de meest urgente problemen.

De consequentie van deze beperkingen is dat dit type studies het ons niet mogelijk maakt om iets te zeggen over de omvang en het beloop van problemen bij de meest problematische groepen onder jongeren in Nederland. Deze informatie is echter onmisbaar voor het geven van een indicatie omtrent mogelijke veranderingen en de effecten hiervan op de groepen jeugdigen met problemen. Dat is een belangrijke omissie, gegeven ons uitgangspunt dat het juist deze groepen zijn, die het meest kwetsbaar zijn voor mogelijke probleemgenererende tendensen in de samenleving.

3 MIDDELENGBRUIK ONDER JONGEREN

In het onderzoek naar middelengebruik onder scholieren bestaan in Nederland landelijke cijfers die het tevens mogelijk maken om een trend in de tijd te laten zien. Sinds 1984 wordt door het Trimbos-instituut (voorheen door het NIAD) landelijk onderzoek onder scholieren in de laatste klassen van het basisonderwijs en in het voortgezet onderwijs verricht. Sinds 1988 is het hierbij gehanteerde onderzoeksdesign voldoende vergelijkbaar om de bevindingen van de verschillende jaren met elkaar te kunnen vergelijken. De hier beschreven gegevens zijn afkomstig uit verschillende landelijke studies onder jongeren (zie Kuipers et al., 1993, 1997; Plomp et al., 1991; de Zwart et al., 2002 en Monshouwer et al., 2004). Voor basisgegevens omtrent deze trend in het middelengebruik onder jongeren zie tabellen 1-6. De trend die zich uit deze onderzoeken aftekent over de afgelopen 15 jaar is daarbij in het kort als volgt te omschrijven:

Tabellen over roken onder jongeren

Tabel 1 : Trends in de lifetime-prevalentie van roken naar leeftijd¹, geslacht en onderzoeksjaar (in percentages).

	Jongens					Meisjes				
	1988	1992	1996	1999	2003	1988	1992	1996	1999	2003
12 jaar	32.6	37.8	39.7	39.7	23.3	26.9	23.6	27.9	29.2	22.3
13 jaar	45.1	48.4	51.8	49.1	37.5	35.4	38.3	52.6	43.7	31.7
14 jaar	54.3	53.1	57.7	56.9	49.2	48.0	54.1	64.9	55.0	48.4

15 jaar	62.5	63.1	68.4	62.8	51.1	62.4	61.4	67.0	66.9	57.6
16 jaar	67.6	67.4	66.1	64.7	58.3	70.2	69.1	70.5	68.2	61.5
17-18 jr	67.5	70.1	64.9	71.3	64.4	65.7	63.1	68.9	66.3	60.6

¹Tot en met 16 jaar zijn de cijfers representatief voor Nederlandse jongeren, door meer leerjaren op HAVO en VWO bestaat de groep 17-18 jarigen voornamelijk uit deze hogere schoolniveaus (zie H2, tabel 2.3)

Bron: Monshouwer et al., Trimbos-instituut (2004)

Tabel 2: Trends in dagelijks roken naar leeftijd¹, geslacht en onderzoeksjaar (in percentages)

	Jongens					Meisjes				
	1988	1992	1996	1999	2003	1988	1992	1996	1999	2003
12 jaar	0.3	1.8	2.3	1.7	0.4	0.6	1.3	3.2	3.3	1.0
13 jaar	2.5	5.3	6.8	6.2	3.3	2.7	5.3	8.8	6.1	3.0
14 jaar	7.7	11.1	14.1	12.8	7.6	9.4	13.2	17.9	12.9	10.5
15 jaar	12.0	20.4	23.9	21.8	12.7	17.4	17.2	21.6	20.1	15.9
16 jaar	18.0	26.9	25.7	21.3	16.6	23.8	24.6	27.8	23.9	18.5
17-18 jr	22.3	24.6	28.2	23.3	18.0	21.6	19.3	28.9	20.8	16.8

¹Tot en met 16 jaar zijn de cijfers representatief voor Nederlandse jongeren, door meer leerjaren op HAVO en VWO bestaat de groep 17-18 jarigen voornamelijk uit deze hogere schoolniveaus (zie H2, tabel 2.3)

Bron: Monshouwer et al., Trimbos-instituut (2004)

Tabellen over alcoholconsumptie onder jongeren

Tabel 3: Trends in de lifetime-prevalentie van alcoholgebruik in het voortgezet onderwijs (12 t/m 18 jaar) naar onderzoeksjaar, leeftijd en geslacht (%).

	Jongens					Meisjes				
	1988	1992	1996	1999	2003	1988	1992	1996	1999	2003
12 jaar	67.8	45.7	64.1	55.7	73.4	48.8	32.5	46.7	37.8	68.4
13 jaar	74.4	54.8	74.5	67.5	81.4	60.3	49.5	66.8	56.6	77.5
14 jaar	75.6	68.0	83.1	77.4	88.2	75.0	67.9	80.9	71.4	86.5
15 jaar	84.5	75.9	90.8	85.5	90.5	85.6	78.9	82.9	86.6	88.9
16 jaar	88.8	87.6	86.9	91.8	92.8	90.7	84.8	86.8	86.4	90.2
17-18 jr	89.6	89.0	93.7	92.7	95.3	95.6	90.6	89.8	88.6	93.5

¹Tot en met 16 jaar zijn de cijfers representatief voor Nederlandse jongeren, door meer leerjaren op HAVO en VWO bestaat de groep 17-18 jarigen voornamelijk uit deze hogere schoolniveaus (zie H2, tabel 2.3)

Bron: Monshouwer et al., Trimbos-instituut (2004)

Tabel 4: Trends in de maandprevalentie van alcoholgebruik in het voortgezet onderwijs (12 t/m 18 jaar) naar onderzoeksjaar, leeftijd en geslacht (%)

	Jongens					Meisjes				
	1988	1992	1996	1999	2003	1988	1992	1996	1999	2003
12 jaar	26.4	13.6	27.3	24.4	35.7	20.2	6.1	15.0	15.9	25.4
13 jaar	36.5	23.4	41.4	39.1	44.9	28.9	18.8	34.0	27.9	40.8
14 jaar	44.8	37.7	57.5	58.5	63.6	42.1	37.0	54.3	48.5	60.9
15 jaar	60.4	53.9	72.3	70.9	71.0	60.2	54.6	65.6	69.7	69.8
16 jaar	73.5	71.7	76.5	82.5	78.2	73.3	67.5	69.6	72.3	77.1
17-18 jr	79.7	77.3	80.0	82.1	88.7	79.9	72.3	71.3	78.0	76.1

¹Tot en met 16 jaar zijn de cijfers representatief voor Nederlandse jongeren, door meer leerjaren op HAVO en VWO bestaat de groep 17-18 jarigen voornamelijk uit deze hogere schoolniveaus (zie H2, tabel 2.3)

Bron: Monshouwer et al., Trimbos-instituut (2004)

Tabellen over cannabisgebruik onder jongeren

Tabel 5: Trends in de lifetime-prevalentie van cannabisgebruik in het voortgezet onderwijs naar onderzoeksjaar, leeftijd en geslacht (in percentages)

	Jongens					Meisjes				
	1988	1992	1996	1999	2003	1988	1992	1996	1999	2003
12 jaar	0.3	2.9	3.3	3.9	2.5	0.3	1.0	2.6	2.3	1.7
13 jaar	1.6	6.6	12.5	9.2	8.2	0.8	3.0	6.8	6.2	5.3
14 jaar	4.0	9.6	20.9	18.3	21.0	4.2	9.1	18.2	12.9	16.4
15 jaar	11.2	20.9	35.4	29.7	25.2	7.9	15.3	23.4	21.4	24.7
16 jaar	15.5	30.2	38.5	38.6	36.9	11.9	20.4	29.9	28.0	31.3
17-18 jr	25.1	40.2	43.2	52.6	51.1	16.6	19.7	30.8	35.7	35.9

¹Tot en met 16 jaar zijn de cijfers representatief voor Nederlandse jongeren, door meer leerjaren op HAVO en VWO bestaat de groep 17-18 jarigen voornamelijk uit deze hogere schoolniveaus (zie H2, tabel 2.3)

Bron: Monshouwer et al., Trimbos-instituut (2004)

Tabel 6: Trends in de maand-prevalentie van cannabisgebruik in het voortgezet onderwijs naar onderzoeksjaar, leeftijd en geslacht (in percentages)

	Jongens					Meisjes				
	1988	1992	1996	1999	2003	1988	1992	1996	1999	2003
12 jaar	0	1.3	1.1	0.7	0.9	0	0.6	0.9	0.6	0.5
13 jaar	0.6	2.6	5.8	3.3	3.7	0.2	0.9	3.7	2.3	2.0
14 jaar	2.2	5.2	12.9	10.3	10.0	2.0	3.3	8.4	5.5	8.8
15 jaar	4.5	9.6	20.0	17.5	13.0	3.3	5.5	11.0	11.3	11.9
16 jaar	10.8	17.3	23.8	21.8	21.1	4.2	9.0	14.4	11.9	9.8
17-18 jr	10.6	18.2	21.6	24.6	24.2	4.0	5.8	9.9	8.8	10.8

¹Tot en met 16 jaar zijn de cijfers representatief voor Nederlandse jongeren, door meer leerjaren op HAVO en VWO bestaat de groep 17-18 jarigen voornamelijk uit deze hogere schoolniveaus (zie H2, tabel 2.3)

Bron: Monshouwer et al., Trimbos-instituut (2004)

3.1 Roken onder scholieren

Tussen 1988 1996 steeg het percentage scholieren dat rookt, maar sinds 1996 zien we een duidelijke daling van het roken bij scholieren. Het percentage leerlingen dat ooit heeft gerookt is in die tijd met 14 procent gedaald tot 45%. Ook het roken in de afgelopen maand en vooral het dagelijks roken is sinds 1996 sterk afgenomen. Dat is vooral bij de jongens het geval, met als gevolg dat meisjes ongeveer even vaak dagelijks roken als jongens. De stijging in het roken, die na 1988 zichtbaar werd, is daarmee volledig ongedaan gemaakt. Sekseverschillen zijn over het algemeen klein. De traditionele meerderheid, die jongens hier ooit vertoonden, was in 1988 al ongedaan gemaakt. In 2003 lijkt het er zelfs op dat iets meer meisjes zijn gaan roken dan jongens. Roken ze eenmaal, dan roken jongens echter wel meer sigaretten per dag dan meisjes.

3.2 Alcoholgebruik onder scholieren

Bijna alle scholieren proberen in de loop van hun middelbare schooltijd wel een keer alcohol uit. Het percentage scholieren dat aan het eind van de middelbare school nog nooit alcohol heeft geprobeerd ligt al jaren zo rond de tien procent. Ook heeft ruim de helft van de scholieren – zo tussen de 50 en 60 procent - in de maand voorafgaand aan het onderzoek alcohol gedronken. Over de jaren heen is hierin niet zoveel verandering opgetreden.

De belangrijkste veranderingen zien we echter in de leeftijd, waarop scholieren met alcohol kennis maken, en in de frequentie van de dronkenschap, die met veel alcoholgebruik gepaard kan gaan. Bij scholieren van vijftien jaar en ouder is de trend in de tijd relatief stabiel, maar bij de jongere scholieren zien we een duidelijke stijging van zowel het gebruik ooit in het leven als van het gebruik in de laatste maand, en vooral bij de meisjes. In 2003 zien we ook voor het eerst dat meisjes even vaak dronken zijn geweest als jongens. Tot dan kwam dronkenschap bij jongens vaker voor. Ook hier lopen meisjes hun traditionele ‘achterstand’ dus rap in. Evenals bij het roken zien we echter bij de scholieren die in de afgelopen maand alcohol hebben gedronken wel grote sekseverschillen: jongens drinken veel vaker, en per avond drinken zij ook aanzienlijk meer. Meer dan veertig procent van de jongens, die in het weekend drinken, drinkt dan meer dan vijf glazen per avond en bijna de helft hiervan (17%) drinkt zelfs elf glazen of meer. Bij meisjes komt dat laatste veel minder vaak voor (<10%). Ook zien we dat bij jongens het

alcoholgebruik na het vijftiende jaar nog steeds blijft toenemen, terwijl dat bij meisjes vanaf hun vijftiende stabiliseert.

3.3 Cannabisgebruik onder scholieren

Het gebruik van cannabis onder scholieren naam sinds 1988 aanvankelijk sterk toe, maar is al sinds 1996 niet meer toegenomen, en bij jongens zelfs zoveel gedaald – al is die daling niet significant – dat in 2003 voor het eerst even veel meisjes als jongens ooit cannabis hebben gebruikt. Ook het gebruik van cannabis in de afgelopen maand is bij jongens gedaald, al blijft dit bij hen nog wel iets vaker voorkomen dan bij meisjes. Jongens zijn daarmee terug naar het niveau van 1992, (dat overigens nog steeds wel duidelijk hoger is dan in 1988), terwijl meisjes nog steeds op het niveau van 1996 zitten. Ook hier dus opnieuw het inlopen van een traditionele ‘achterstand’ bij de meisjes. Maar ook hier zien we opnieuw wél sekseverschillen in de zwaarte van het gebruik: jongens, die cannabis gebruiken, roken per keer (veel) meer joints dan de meisjes, en de zwaarte van het gebruik blijft bij hen ook na het vijftiende nog steeds stijgen, bij meisjes niet. Bovendien zijn jongens – traditiegetrouw – actiever in het zelf aanschaffen van cannabis. Dat is opmerkelijk, want ook hier lijkt het er op dat de wettelijk vastgelegde leeftijdsgrenzen vrij makkelijk te overschrijden zijn.

3.4 Overig druggebruik onder scholieren

Harddrugs als XTC, cocaïne, amfetamine en vooral heroïne blijven gelukkig nog steeds erg onpopulair onder scholieren. Ook gebruik van paddo’s komt heel weinig voor. Zo’n vijf procent van de scholieren probeerde ooit een van de harddrugs uit, en zo’n twee procent gebruikte hier iets van in de afgelopen vier weken. Dat is overigens wel nog steeds een op de vijftig scholieren, ongeveer één leerling per twee klassen in een gemiddelde school. Sekseverschillen zijn hier – voor zover ze gevonden worden – nog steeds in de verwachte richting (gemiddeld meer jongens), en ook blijft hier het gebruik bij de jongens vanaf vijftien jaar nog steeds toenemen (bij meisjes niet). Het gebruik van deze middelen tussen 1988 en 2003 laat ook hier zien dat na 1996 het proberen van deze middelen licht is gedaald – behalve bij heroïne dat vrij stabiel rond de één procent blijft hangen.

3.5 Opvallende bevindingen

Alles overziend vallen een paar zaken sterk op:

- Middelengebruik bij scholieren is vanaf 1996 niet toegenomen, maar eerder afgenomen. De dalende trend doet zich het meest duidelijk voor bij het roken,

bij het cannabisgebruik en het gebruik van sommige harddrugs (amfetamine, XTC).

- De kennismaking met de verschillende middelen laat nog maar weinig verschillen tussen meisjes en jongens zien. Meisjes lopen bij het gebruik van bijna alle middelen hun traditionele achterstand op jongens in: evenveel meisjes als jongens hebben de verschillende middelen gebruikt. Bij het roken lijken ze de jongens zelfs in te halen. Zelfs dronkenschap is niet meer exclusief aan jongens voorbehouden. Meisjes worden in 2003 even vaak dronken als de jongens.
- Sekseverschillen zijn wél heel pregnant als we naar het zwaardere gebruik van de verschillende middelen kijken. Rokende jongens roken meer sigaretten per dag, drinkende jongens drinken vaker en veel meer glazen per keer, bovenmatig alcoholgebruik (meer dan elf glazen per avond) komt bij jongens veel vaker voor, cannabis rokende jongens roken aanzienlijk meer joints per keer, en het gebruik van harddrugs komt ook bij jongens vaker voor.
- Alcohol drinken is in hoge mate geaccepteerd. Het al dan niet thuis mogen drinken lijkt nauwelijks nog een issue en zeker niet iets dat kinderen moeten bevechten. Een substantieel deel van de jonge kinderen (ongeveer een derde van de elf en twaalfjarigen) geeft aan dat hun ouders er geen bezwaar tegen zouden hebben als zij thuis wel eens alcohol zouden gebruiken.
- Het alcoholgebruik begint steeds jonger. De grootste trendverschillen in het alcoholgebruik zien we bij de twaalf tot veertienjarigen, die in de afgelopen vijftien jaar het meest zijn gestegen in hun alcoholgebruik en daarin nu steeds meer op de vijftien en zestienjarigen zijn gaan lijken.
- Het middelengebruik onder allochtone scholieren, met name Marokkanen, is over de hele linie lager dan bij de autochtone scholieren. Dat was al eerder aangetoond, en wordt in deze studie opnieuw bevestigd. Enige uitzonderingen nagelaten roken, drinken en blowen zij minder, vooral de meisjes.

3.6 Nederlandse scholieren internationaal vergeleken

Ondanks de grote bezorgdheid in Nederland over het middelengebruik onder jongeren en de angst dat de Nederlandse tolerantie hier te ver is doorgesloten, blijkt uit de internationale vergelijking in het al genoemde onderzoek naar Health Behavior in School-Aged Children dat de Nederlandse kinderen voor wat betreft roken en cannabisgebruik in de middenmoot zitten in vergelijking met de kinderen in andere landen. Alleen voor wat betreft het wekelijks alcohol gebruiken scoren de Nederlandse kinderen hoog tot zeer hoog (Currie et al., 2004). De vijftienjarige

scholieren in Nederland staan hierbij zelfs op de derde plaats (uit 35 landen) met een percentage van 51% dat zegt elke week alcohol te drinken. Voor het bovenmatig veel drinken – wat zou moeten blijken uit hoge percentages van kinderen die aangeven vaker dan twee keer dronken te zijn geweest in het afgelopen jaar, scoren de Nederlandse kinderen gemiddeld. Bij dit cijfer moeten we overigens wel de kanttekening maken dat geringe rapportage van dronkenschap ook het gevolg kan zijn van alcoholtolerantie bij jongeren. De recente cijfers van de Peilstations (Monshouwer et al., 2004) laten immers zien dat op deze leeftijd al een behoorlijke hoeveelheid alcohol door jongeren wordt geconsumeerd. Ook het zeer recente Europese ESPAD-project, uitgebreid tot 35 landen, liet opnieuw zeer hoge scores zien voor de alcoholconsumptie van de Nederlandse jongens en meisjes. De vijftienjarige jongens en meisjes uit Nederland gaven het vaakst van de vijftienjarigen uit alle landen aan, dat zij in de afgelopen 30 dagen tien of meer keer alcohol hadden gedronken (Hibell et al., 2004). Over het algemeen mogen we zeggen dat het niveau van de alcoholconsumptie bij Nederlandse adolescenten ook in de internationale vergelijking als hoog te kenschetsen is.

3.7 Kanttekeningen bij deze cijfers

De belangrijkste kanttekening, die we bij deze cijfers moeten maken is, dat deze studies allemaal cross-sectioneel van opzet zijn, zodat geen uitspraken mogelijk zijn omtrent de effecten van het middelengebruik op de middellange of lange termijn. Daarnaast is onderzoek, waarin middelengebruik van adolescenten werd onderzocht in relatie tot psychische problemen in Nederland schaars. Het betreft hier tot dusver eigenlijk twee relatief afzonderlijke onderzoekstradities. Dat is een belangrijke omissie. Studies in het buitenland hebben laten zien dat er een duidelijke relatie is tussen regelmatig of zwaar middelengebruik enerzijds, en psychische problemen anderzijds, ook bij adolescenten (Fergusson et al., 2002; Kandell et al., 1986; Newcomb et al., 1993). Vooral de relatie tussen middelengebruik en externaliserend probleemgedrag is daarbij hoog. Bovendien geven studies in het buitenland aan, dat deze relatie sterker zou kunnen zijn bij de jongste groep adolescenten. Het stijgende middelengebruik in Nederland, juist bij deze jongste groepen (Monshouwer et al., 2003), wordt vanuit dit perspectief gezien aanzienlijk verontrustender.

4 VERANDERINGEN IN DE PROBLEEMGROEPEN ONDER JONGEREN: CLIËNTEN IN DE JEUGDZORG

Een heel andere manier om mogelijke trends in de omvang van de jeugdproblematiek te bepalen is het bekijken van de groepen van kinderen en adolescenten, die met de verschillende sectoren van de jeugdzorg in aanraking komen. Het is evident, dat ook deze cijfers geen harde indicatie kunnen zijn voor de omvang van de problematiek onder adolescenten, omdat in de toegang tot de jeugdzorg selectie-effecten bestaan die mogelijke veranderingen in de tijd kunnen verklaren. Verwijzingsgedrag van huisartsen, scholen of andere intermediairen kan in de loop van de tijd veranderen, inschattingen over welke problemen voor behandeling binnen de jeugdzorg in aanmerking komen kunnen aan verandering onderhevig zijn et cetera. Desalniettemin geven deze cijfers wel een goede indicatie van de groep kinderen en adolescenten, die voor extra hulp in aanmerking komen. Omdat we weten dat er veel jongeren zijn die hulp zouden kunnen gebruiken maar niet met zorg in aanraking komen, zijn deze cijfers te beschouwen als een onderschatting van de groep jongeren met ernstige problemen.

Trendgegevens omtrent cliënten in de jeugd-GGZ zijn moeilijk te geven, omdat de registratie van cliënten in de geestelijke gezondheidszorg in de afgelopen jaren erg slecht is geweest en er verschillende jaren zijn waarover geen cijfers beschikbaar zijn gekomen (Van den Berg et al, 2003). We beperken ons in het hiernavolgende daarom voornamelijk tot de cijfers over de jeugdhulpverlening en de jeugdbescherming. Cijfers omtrent de cliënten in de jeugdhulpverlening worden bijgehouden door de Stichting Registratie Jeugd Voorzieningen (SRJV), die in opdracht van het Sectoraal Registratiepunt Jeugdhulpverlening (SRJ) in 2003 een overzicht maakte van de belangrijkste wijzigingen in de cliëntenstroom van de jeugdzorg in de periode 1995 – 2002 (SRJV, 2002, 2003). Dit overzicht laat duidelijk zien uit welke maatschappelijke groepen de kinderen in de jeugdzorg afkomstig zijn en laat tevens een aantal duidelijke veranderingen zien in die jaren. Daarnaast heb ik gebruik gemaakt van de trendgegevens over 1998-2002, die door het NIZW worden gepubliceerd als kerntabellen over de jeugdzorg (NIZW, 2004).

4.1 De verschillende vormen van jeugdzorg

De cijfers van de SRJV hebben betrekking op de volgende vormen van jeugdzorg:

- preventieve jeugdzorg: het gaat hier om de verschillende vormen van aanbod, die beogen de ontwikkeling van meer ernstige problematiek te voorkomen, vaak

door het bieden van informatie zoals bij de kindertelefoon, de opvoedtelefoon, het jongereninformatiepunt en dergelijke.

- ambulante vrij toegankelijke jeugdzorg: dit betreft de ambulante zorg die wordt geboden binnen de zogenaamde Bureaus Jeugdzorg, waar kinderen na verwijzing door huisarts, school of anderen terechtkomen voor kortdurende ambulante hulp. Voorheen betrof dit de vaak kortdurende ambulante hulpverlening voor de meer lichte problematiek van kinderen en/of hun ouders.
- Ambulant geïndiceerde jeugdzorg: dit zijn de vormen van ambulante hulp die wordt gegeven nadat hiervoor een indicatiestelling door het Bureau Jeugdzorg is afgegeven. Onder deze vorm van hulp vallen sinds 1999 ook programma's als Families First (een intensieve gezinsbehandeling in gezinnen met een omvangrijke problematiek, die er op is gericht de uithuisplaatsing van het kind te voorkomen).
- Dagbehandeling: hieronder vallen bijvoorbeeld de medisch kleuterdagverblijven
- Pleegzorg: zowel opvang in pleeggezinnen valt hieronder als ook de therapeutische pleegzorg, waarbij sprake is van behandeling van het kind vanwege de ernst van de problematiek van het kind.
- Residentiele jeugdhulpverlening: hieronder vallen alle vormen van behandeling die plaats vinden op locaties buiten het gezin, dus bijvoorbeeld de opvang in internaten of de begeleide kamerbewoning voor de wat oudere adolescenten als de (therapeutische) gezinshuizen, de behandelingsinternaten en de tehuizen voor opvoeding en verzorging.

Met uitzondering van de preventieve jeugdhulpverlening, die zich richt op informatiebehoefte bij ouders en kinderen of op lichte vormen van opvoedingsondersteuning, gaat het hier vaak om kinderen en adolescenten met aanzienlijke problemen. Uit eerder gemaakte vergelijkingen tussen de cliëntenpopulatie van de jeugdhulpverlening en de jeugd-GGZ blijkt ook dat de problematiek van beide sectoren grote overlap vertoont (Konijn & Schuur, 1992). Ook voor kinderen in de jeugdbescherming geldt dat de meerderheid van hen psychische stoornissen heeft (Vreugdenhil, 2003). De stelling is daarom gewettigd dat de meerderheid van de kinderen in de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming ook lijdt aan psychische stoornissen. Waar sprake is van dagbehandeling, residentiele opvang/behandeling en pleegzorg moeten we aan gezinnen met substantiële problematiek denken, waarbij de ouders – die zelf vaak

ook forse problemen hebben – de zorg voor hun kind als zo problematisch ervaren dat uithuisplaatsing of dagelijkse opvang van hun kind noodzakelijk is.

4.2 Groei in het gebruik van de jeugdhulpverlening

De cijfers laten zien dat over de periode 1995-2002 de behandeling door instellingen voor jeugdhulpverlening is toegenomen. Deze toename zien we vooral bij de ambulante hulpverlening en bij de pleegzorg. In 2002 waren er meer dan 100.000 kinderen, voor wie een vorm van jeugdhulpverlening noodzakelijk was (SRJV, 2003). In alle gevallen gaat het daarbij om vormen van behandeling die maanden in beslag nemen, variërend van een gemiddelde duur van zes maanden in de residentiële jeugdzorg tot een gemiddelde duur van 19 maanden bij de pleegzorg.

De groeiende trend is het meest duidelijk waarneembaar bij de geïndiceerde ambulante behandeling, de zwaardere vorm van ambulante behandeling dus. Zo zien we dat de toepassing van een programma als Families First of van ambulante kamerbegeleiding – beide typen van hulpverlening worden pas sinds 1999 geregistreerd – meer dan verdubbelde in een termijn van drie jaar. Het aantal kinderen dat in aanmerking kwam voor plaatsing in een pleeggezin nam tussen 1995 en 2002 ook toe, bijna een verdubbeling. Ook vrij toegankelijke ambulante hulpverlening nam toe. De dagbehandeling bleef nagenoeg gelijk. Het aantal meldingen bij de AMK's (Advies en Meldpunt Kindermishandelin) steeg in de genoemde periode weer aanzienlijk. De residentiële jeugdzorg nam iets af, wat ook het doel was van de ontwikkelingen in de jeugdzorg, in het bijzonder het streven naar zo licht mogelijke vormen van hulp. Het feit dat de pleegzorg toenam laat overigens de optie open dat een deel van de kinderen, die eerder in de residentiële jeugdzorg terecht zouden zijn gekomen, nu in pleeggezinnen wordt ondergebracht. De daling staat – voor wat betreft het aantal kinderen – echter niet in verhouding tot de stijging binnen de pleegzorg: het een valt zeker niet met het ander te compenseren.

4.3 Groei in de gebruikers van de instellingen van de jeugdbescherming

Cijfers die door het NIZW werden verzameld voor het maken van de kerntabellen over de jeugdzorg van 1998 – 2002 laten zien, dat het aantal kinderen in de instellingen van de jeugdbescherming, inclusief de jeugdreclassering en de justitiële jeugdinrichtingen, in die tijd (vier jaar) toenam met ongeveer twintig

procent. Deze toename was verreweg het sterkst bij de jeugdreclassering (van 3569 naar 6024 gebruikers, bijna een verdubbeling in vier jaar) en bij de justitiële jeugdinstellingen (een toename met ruim zestig procent in vier jaar), de meer repressieve onderdelen van de jeugdbescherming dus. De stijging was veel minder pregnant bij bijvoorbeeld de OTS (Onder Toezicht Stelling) of bij de voogdij die ongeveer hetzelfde aantal gebruikers bleef tellen. Dat wordt bevestigd door de onderzoeken, die in opdracht van de Raad voor de Kinderbescherming werden verricht in diezelfde tijd (1998-2002). Onderzoek in strafzaken en taakstraffen namen sterk toe, maar beschermingsonderzoek veel minder.

De trend is duidelijk: er is een onmiskenbare groei in het aantal kinderen dat te maken krijgt met een maatregel of ingreep vanuit de jeugdbescherming. De groei is hier verreweg het duidelijkst bij instellingen die te maken krijgen met jongeren, die in aanmerking komen voor forse strafmaatregelen, zoals bijvoorbeeld plaatsing in een justitiële jeugdinstelling.

4.4 Veranderingen in de cliëntèle van de jeugdhulpverlening

De cliëntèle van de jeugdhulpverlening vertoont een aantal opvallende kenmerken, die goed zichtbaar maken waar in de samenleving de cumulatie van problemen van jongeren plaatsvindt. In de loop van de genoemde periode 1995 – 2002 zien we bovendien een aantal opvallende veranderingen optreden, waaruit we mogelijk kunnen afleiden bij welke categorieën cliënten in de jeugdhulpverlening sprake zou kunnen zijn van veranderende problematiek.

4.5 Dalende leeftijd van cliënten in de jeugdhulpverlening

In de jeugdhulpverlening wordt geregistreerd wat de gemiddelde leeftijd is van de kinderen in de verschillende vormen van zorg. Uit de cijfers over de periode 1995 – 2002 blijkt nu, dat de gemiddelde leeftijd van de kinderen, die met de verschillende zorgtypen in aanraking komen is gedaald. Binnen de vrij toegankelijke ambulante hulp, de lichtste hulpsoort, nam de leeftijd in de loop van deze zeven jaar significant af van 14 jaar in 1995 tot 11 jaar gemiddeld in 2002. De kinderen, waarvoor ouders bij de Bureaus Jeugdzorg hulp vragen worden dus steeds jonger. Daarentegen lijkt de leeftijd bij de zwaardere vorm van geïndiceerde ambulante hulp iets toe te nemen, van acht in 1995 tot elf in 2002. Dat gegeven is moeilijker te interpreteren, omdat programma's als Families First of de ambulante kamerbegeleiding, die als gezegd pas vanaf 1999 geregistreerd worden, zich ook op

de wat oudere jeugd richten. Na correctie hiervoor zouden de leeftijdsverschillen daarom volledig kunnen verdwijnen. De gemiddelde leeftijd in de dagbehandeling is afgenomen van gemiddeld tien in 1995 tot gemiddeld acht in 2002, eveneens een significant verschil. Pleegzorg, met een gemiddelde leeftijd van negen jaar, en residentiele jeugdzorg, met een gemiddelde leeftijd van veertien jaar, blijven over de jaren heen opmerkelijk stabiel. In beide gevallen gaat het om uit huis plaatsing van kinderen uit zeer problematische opvoedingssituaties, waarbij duidelijk wordt dat het alternatief van een pleeggezin voor jongere kinderen vaker weggelegd lijkt te zijn dan voor de oudere groep. De in residentiele instellingen opgenomen jongeren behoren gemiddeld tot de oudste groep, en waarschijnlijk hebben we hier ook met de meest problematische kinderen en gezinssituaties te maken. Eerdere studies laten zien dat bij deze groep van kinderen vaak sprake is van een langdurige hulpverleningsgeschiedenis. Kinderen en ouders zijn vaak al met een heel scala aan hulpverleners in aanraking gekomen. De uithuisplaatsing van het kind is daarom te zien als het eindstadium van een weinig florissant verlopen probleemgeschiedenis.

De trend is dus duidelijk: voor de zwaardere vormen van hulp binnen de jeugdhulpverlening (geïndiceerde ambulante hulpverlening, pleegzorg, residentiele zorg) blijft de gemiddelde leeftijd stabiel, maar voor de dagbehandeling en voor de kinderen die bij de Bureaus Jeugdzorg binnenkomen zien we een duidelijke afname van de gemiddelde leeftijd. De kinderen, waar ouders hulp voor zoeken, worden steeds jonger.

4.6 Oververtegenwoordiging van jongens en meisjes bij hulpverleningsvormen

Het is bekend dat voor de meeste onderdelen van de jeugdhulpverlening de jongens in de meerderheid zijn. Dat geldt met name voor de dagbehandeling (ruim 70% jongens in 2002) en voor de geïndiceerde ambulante behandeling (ruim 60% in 2002). Bij de jeugdreclassering en de justitiële jeugdinrichtingen is de overheersing van jongens verreweg het grootst: in ruim tachtig procent van de gevallen gaat het om jongens (Kerntabellen jeugdzorg 1998/2002). Meisjes maken daarentegen meer gebruik van de preventieve vormen van jeugdzorg. Deze sekseverdeling over de verschillende typen hulpverlening is over de jaren heen opmerkelijk stabiel.

4.7 Sterke oververtegenwoordiging van allochtone jeugd in de jeugdzorg

Het mag inmiddels bekend verondersteld worden dat allochtone jongeren – we spreken hier enkel over de jongeren afkomstig uit de zogenaamde ‘doelgroeplanden’ (niet Westerse landen) - sterk oververtegenwoordigd zijn in de verschillende vormen van jeugdhulpverlening. Waar hun aandeel in de algemene populatie in de loop van 1995 – 2002 toenam van 15% tot 17%, daar bleef hun aandeel in de verschillende vormen van hulpverlening stabiel (aanzienlijk) hoger. Bij de zwaarste vormen van hulpverlening is hun oververtegenwoordiging het hoogst: 27% bij de residentiele hulp, 22% bij de pleegzorg (tegen 18% in 1995), bij de geïndiceerde ambulante hulpverlening 21% (tegen 17% in 1995) en 20% in de dagbehandeling (tegen 23% in 1995, een lichte daling dus). Alleen bij de vrij toegankelijke ambulante zorg daalde hun aandeel fors, van 27% in 1995 naar 16% in 2002. Het is belangrijk om te bedenken dat het hier gaat om vormen van hulpverlening, waar de ouders zelf gemotiveerd voor moeten zijn en voldoende vertrouwen in de hulpverlening voor moeten hebben. Uit deze dalende cijfers kunnen we dan afleiden dat mogelijk sprake is van een afname van de motivatie bij allochtone ouders om met hun kind naar een Nederlandse hulpverleningsinstelling te stappen. Iets dergelijks zou kunnen spelen bij de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen, waar allochtone jeugd over het algemeen ook sterk ondervertegenwoordigd is (Hosper et al., 2001).

Een buitengewoon sterke oververtegenwoordiging van allochtone jeugd zien we in de instellingen van de jeugdbescherming. Cijfers uit 2002 laten zien dat maar liefst zestig procent van de jongeren – meest jongens dus – in de justitiële jeugdinstellingen allochtoon is, drie tot vier keer zoveel als hun aandeel in de algemene bevolking (Boelhouwers & van der Veld, 2000).

4.8 Sterke oververtegenwoordiging van jongeren uit het speciaal onderwijs

Jeugdigen uit het speciaal onderwijs zijn sterk oververtegenwoordigd binnen de verschillende vormen van jeugdhulpverlening. Landelijk is sprake van een afname van kinderen in het speciaal onderwijs: waar 3.5% van de kinderen in 1995 nog in het speciaal onderwijs zat, daalde dit tot 3.2% in 2002. Binnen de zwaardere vormen van jeugdhulpverlening is hun aandeel veel en veel hoger, van 20% in de geïndiceerde ambulante hulpverlening tot ruim 30% in de pleegzorg in 1995. Parallel aan de landelijke daling van kinderen in het speciaal onderwijs zien we ook in de jeugdhulpverlening een lichte daling van jongeren uit het speciaal onderwijs. Alleen bij de vrij toegankelijke ambulante hulpverlening daalde hun aandeel fors

van 21% in 1995 naar 9% in 2002. Bij de overige hulptypen daalde de percentages iets, maar deze daling was nergens significant. We mogen concluderen dat ongeveer een vijfde van de kinderen in de jeugdhulpverlening afkomstig is uit het speciaal onderwijs.

Een bijzondere groep kinderen in dit opzicht wordt gevormd door kinderen met een lichte verstandelijke handicap, of de groep zwakbegaafde kinderen. Afhankelijk van de verschillende definities die gehanteerd worden hebben we het dan over kinderen met een IQ van tussen de 70 en 85 (zwakbegaafd), of een IQ tussen de 50 en 70 (licht verstandelijk gehandicapt). Van de totale bevolking valt ongeveer 15% tussen deze grenzen (Stoll et al., 2004). Hoewel precieze cijfers in Nederland niet voorhanden zijn, lopen de schattingen omtrent het percentage van deze kinderen dat ook psychiatrische stoornissen of gedragsproblemen heeft uiteen van vijftig tot tachtig procent, zeer aanzienlijk dus. Dekker (2003) constateert dat de kans op psychopathologie bij kinderen met een verstandelijke handicap drie tot vier keer zo hoog is. Hoeveel van deze kinderen in de jeugdzorg verblijven weten we ook niet precies. In de afgelopen jaren nam de zorgvraag vanuit deze groep kinderen enorm toe. Recente cijfers laten zien dat de aan licht verstandelijk gehandicapte kinderen geboden zorg tussen 1999 en 2002 meer dan verdubbelde, evenals de hulp aan verstandelijk gehandicapte kinderen. Waarom dit precies het geval is, is niet duidelijk (CBZ, 2004, 23). Wel is duidelijk dat er overlap bestaat tussen deze kinderen, en de kinderen die terecht komen in de inrichtingen voor jeugdhulpverlening of jeugdbescherming. De groeiende zorgvraag, die blijkt uit de toegenomen druk op dit type voorzieningen, leidt in veel gevallen tot een overloop naar instellingen van de jeugdzorg. Een schrijnend voorbeeld hiervan mogen we de toegenomen crisisplaatsingen van kinderen met ernstige gedragsstoornissen noemen, waarvan een belangrijk deel licht verstandelijk gehandicapt zou zijn en die vaak ten onrechte in gesloten justitiële jeugdinrichtingen vastzitten (CBZ, 2004, 16).

4.9 Sterke oververtegenwoordiging van kinderen uit één-ouder-gezinnen

Jongeren afkomstig uit één-ouder-gezinnen zijn eveneens sterk oververtegenwoordigd in de verschillende vormen van jeugdhulpverlening. Waar hun aandeel in de algemene populatie landelijk ongeveer twaalf procent is, daar varieert hun aandeel in de verschillende hulpvormen van 34% in de vrij toegankelijke ambulante hulp (het laagste percentage) tot 66% bij de kinderen in

de pleegzorg, meer dan vijf keer hun aandeel in de algemene populatie (cijfers uit 2002). Vooral bij de zwaardere vormen van hulp (residentiele hulp, pleegzorg, geïndiceerde ambulante hulpverlening) lijkt het percentage kinderen uit één-ouder-gezinnen iets toe te nemen in de tijd. Deze gegevens kunnen op verschillende manieren geïnterpreteerd worden. Het is mogelijk dat echtscheiding al bestaande problemen in de betreffende gezinnen verergert. Voorafgaand onderzoek liet echter zien, dat er meer risico's verbonden zijn aan het leven in een gezin met een zeer conflictueuze relatie tussen de ouders dan opgroeien bij ouders die er voor gekozen hebben uit elkaar te gaan (Amato & Keith, 1991). Het is daarom waarschijnlijker dat de echtscheiding een uiting is van onderliggende problemen in de betreffende gezinnen, waaronder problematische relaties tussen de ouders

4.10 Korte samenvatting van de bevindingen in de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming

In het kort komen deze bevindingen op het volgende neer. Sinds 1995 is sprake van een toename van de hulp, die binnen de verschillende vormen van jeugdhulpverlening wordt gegeven. We zien een stijging bij de ambulante hulpverlening, maar ook bij de wat zwaardere vormen van hulp en bij de jeugdbescherming. Het aantal ouders, dat aanklopt bij de hulpverlening is toegenomen. Vormen van intensieve behandeling zijn toegenomen. Het aantal kinderen dat uit huis geplaatst wordt en een plekje zoekt in pleegzorg neemt toe. Dit lijkt maar zeer ten dele gecompenseerd te worden door een lichte daling van kinderen in residentiele voorzieningen. Daarbij verandert de cliëntenpopulatie van de jeugdhulpverlening ook. In het algemeen worden de kinderen, waarvoor hulp wordt gezocht, jonger. Het lijkt er op dat problemen van kinderen zich op jongere leeftijd manifesteren, of dat vooral de problemen van de jongere kinderen verergeren. Kinderen uit het speciaal onderwijs zijn sterk oververtegenwoordigd. Ook het percentage zwakbegaafde kinderen in de jeugdzorg is waarschijnlijk hoog. Dat tekent de zwaarte van de problematiek, die binnen de jeugdhulpverlening wordt opgevangen. Allochtone kinderen zijn sterk oververtegenwoordigd, tot ongeveer anderhalf keer zo sterk als hun aandeel in de algemene populatie doet vermoeden, in de jeugdbescherming zelfs tot ongeveer drie keer zo sterk, en hun aandeel lijkt toe te nemen. Tot slot: een groot tot zeer groot deel van de kinderen in de jeugdhulpverlening is afkomstig uit een-ouder-gezinnen.

Hoe het de kinderen uit deze vormen van hulp na afloop vergaat weten we niet. Longitudinale studies onder cliënten van de jeugdzorg in Nederland ontbreken

voor zover mij bekend. Hoewel we mogen aannemen dat de problematiek hier doorgaans ernstig is, en stabiliteit van deze problematiek over latere jaren daarom aannemelijk (denk aan de gegevens van TBS-gestelden, waarvan maar liefst 40% een tehuisgeschiedenis heeft, Van Emmerik & Brouwers, 2001) ontbreken gegevens in Nederland met behulp waarvan we de gevolgen op latere leeftijd preciezer kunnen bepalen.

4.11 Kanttekeningen bij deze cijfers

Het beeld dat oprijst uit deze cijfers is niet rooskleurig. Toch moeten we een aantal kanttekeningen maken bij de interpretatie van deze gegevens. In de eerste plaats gaat het hier om cijfers afkomstig van geregistreerde cliënten en cliëntjes. Hoe illustratief ook, deze cijfers mogen niet zonder meer gelezen worden als een indicatie voor de omvang van de problematiek in de bevolking. Immers: we weten dat een deel van de kinderen met problemen niet of nooit in aanraking komt met hulpverlening, en de grens tussen de kinderen die wel en die niet met hulpverlening in aanraking komen wordt niet altijd bepaald door de ernst van de problematiek. Er kunnen veranderingen zijn opgetreden, die erin geresulteerd hebben dat kinderen sneller worden doorverwezen. De problematiek van de kinderen kan eerder tot het oordeel hebben geleid dat ingrijpen noodzakelijk is, bijvoorbeeld door geringere tolerantie voor bepaalde problemen bij kinderen. Verwijzers kunnen actiever hebben gehandeld. Er zijn tal van alternatieve verklaringen mogelijk. Tegelijkertijd is echter ook zichtbaar dat de problematiek van cliënten in de jeugdhulpverlening aanzienlijk is. Er zijn weinig aanwijzingen dat kinderen ten onrechte in deze vormen van hulp terecht komen en ook weinig aanwijzingen dat de problematiek die binnen de jeugdzorg wordt opgevangen lichter zou worden. De conclusie dat het hier gaat om kinderen met aanzienlijke achterstanden en om gezinnen met aanzienlijke opvoedingsproblemen is zonder meer gerechtvaardigd. Met name de problematiek bij de kinderen die uit huis geplaatst worden of in jeugdinternaten terecht komen is al jaren zwaar. In die zin wijzen deze cijfers er op, dat er in Nederland een groot reservoir aan opvoedings- en ontwikkelingsproblemen is, en dat dit reservoir in de afgelopen jaren duidelijker zichtbaar is geworden.

Ook voor de veranderingen in de cliëntèle van de jeugdzorg kunnen we deze kanttekeningen maken. Het jonger worden van de kinderen in de hulpverlening kan er op wijzen dat kinderen steeds jonger in aanzienlijke problemen komen. Zoals ook het middelengebruik onder jongeren vooral toeneemt onder de jongste

groepen, zo zou ook de problematiek, waar de jeugdhulpverlening zich mee bezig houdt, zich op steeds jongere leeftijd kunnen gaan manifesteren. Een alternatieve verklaring zou echter zijn, dat verwijzers, ouders en andere opvoeders steeds sneller van oordeel zijn dat ingrijpen of hulpverlening noodzakelijk is, met als gevolg een snellere verwijzing naar de jeugdhulpverlening. Het feit dat de leeftijd van de kinderen in de pleegzorg en in de residentiele jeugdhulpverlening – de zwaarste vormen – zo stabiel is gebleven over de jaren heen kunnen we lezen als een ondersteuning van het laatste. Dat zou er op wijzen, dat de tijd tussen de eerste manifestatie van de problemen tot een zodanige cumulatie van problemen dat uithuisplaatsing noodzakelijk wordt geacht, langer is gaan duren.

De sterke oververtegenwoordiging van allochtone jongeren, met name in de zwaarste vormen van jeugdhulpverlening, is een indicatie voor forse problemen van deze groep kinderen. Het is vooralsnog onduidelijk waar de daling van allochtone cliënten bij de vrij toegankelijke ambulante hulpverlening vandaan komt. Mogelijk kunnen we deze interpreteren als een afnemende motivatie van allochtone ouders om vrijwillig met hun kinderen naar de hulpverlening te stappen. Dat zou in overeenstemming zijn met het feit dat ook binnen de geestelijke gezondheidszorg het aandeel van de allochtone populatie aanzienlijk achterblijft bij dat van de autochtone populatie. Juist bij die vormen van hulp, waarvoor motivatie van ouders en vertrouwen in de hulpverlening cruciaal zijn, neemt het aandeel van de allochtone cliënten af. Dat is te interpreteren als een zorgelijke ontwikkeling. De stelling dat deze afname toe te schrijven zou zijn aan een afname van problemen bij allochtone kinderen wordt immers niet gestaafd door enig onderzoek.

Over het algemeen moeten we verder constateren dat over de kinderen in de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming weinig systematische kennis bestaat in Nederland. Er wordt weinig geïnvesteerd in onderzoek naar deze zwaardere problematiek bij deze jongeren. Voor meer inzicht in de specifieke (psychische) problemen bij deze jongeren en hun ouders, de achtergronden hiervan, de specifieke risicofactoren of protectieve factoren die het hoge niveau van problemen van jongeren in de verschillende voorzieningen zouden kunnen verklaren, moeten we ons vaak baseren op onvolledige registratie- en onderzoeksgegevens. Over de psychische problemen van de gemiddelde jongere in de algemene populatie is meer kennis beschikbaar dan over de problemen van deze cliëntenpopulatie. Mij is ook geen enkel onderzoek bekend, waarin kinderen uit de jeugdzorg – met name jongeren met een wat zwaardere hulpverleningsgeschiedenis – na afloop

gedurende enkele jaren zijn gevolgd. De noodzaak hiertoe is zeker aanwezig. Zo blijkt uit cijfers van de Dienst Justitiële Inrichtingen dat bijvoorbeeld al jaren rond de 40% van de mannen in TBS-inrichtingen in Nederland een tehuisgeschiedenis heeft (van Emmerik et al., 2001). Dat tekent de zwaarte van de problematiek, die in deze tehuizen opgevangen of behandeld moet worden met steeds schaarser wordende middelen. De stelling dat de problematiek in de jeugdzorg in de afgelopen jaren steeds ernstiger zou zijn geworden is om die reden niet met goed wetenschappelijk onderzoek te onderbouwen, maar moet zeker beschouwd worden als een serieus signaal.

5 MAATSCHAPPELIJKE VERANDERINGEN EN KWETSBARE JONGEREN

Vanuit het perspectief van het stress-kwetsbaarheidsmodel, teruggebracht tot zijn meest eenvoudige vorm, zijn de in dit essay geschilderde bevindingen minder contradictoir dan zij op het eerste gezicht wellicht lijken. De overgrote meerderheid van de Nederlandse jongeren staat er goed voor en vertoont relatief weinig probleemgedrag. Zij geven er blijk van de snelle maatschappelijke veranderingen van de afgelopen decennia goed te kunnen verwerken en zich hieraan op een adequate manier te kunnen aanpassen. De krachtige individualiseringstendens in de samenleving die grotere individuele verantwoordelijkheden met zich mee brengt, de snel veranderende sociale verbanden en gezinsvormen die een grotere zelfredzaamheid veronderstellen omdat minder vanzelfsprekend is geworden dat gezinsleden gedurende de hele levensloop voor elkaar blijven zorgen, de informatiseringstendens die de samenleving steeds ingewikkelder maakt en de noodzaak tot een intelligente beheersing van nieuwe communicatiemiddelen versterkt (computers, mobiele telefoons, internet, de nieuwe media), de fusiegolven in het middelbaar onderwijs, die van de kleine schoolsamenlevingen grote leersteden hebben gemaakt, de verstedelijking die tot grotere complexiteit van samenlevingsverbanden heeft geleid en de grote culturele diversiteit onder jongeren, met name in de grote steden, worden door een groot deel van de jongeren relatief makkelijk opgepakt en leiden beslist niet zonder meer tot verhoogde stress en een versterking van psychische problemen. We mogen uit de grote studies onder jongeren afleiden dat het gros van de jongeren heel goed in staat blijkt om zich temidden van deze veranderingen staande te houden. Gemiddeld doet de Nederlandse jongere het, ook in vergelijking met jongeren in het buitenland, nog steeds goed en is hun gevoel van psychisch welbevinden hoog. Weliswaar zijn er

aanwijzingen, dat kinderen steeds jonger toetreden tot de wereld van de adolescenten – met de hiermee gepaard gaande stijging van het middelengebruik (op zichzelf een zorgwekkende ontwikkeling) – maar uit de gegevens kan moeilijk worden afgeleid dat sprake is van urgente problemen onder de Nederlandse jeugd in het algemeen.

Een ander beeld rijst op uit de gegevens van de cliëntèle van de jeugdzorg. Hier komen we de ouders tegen, die vaker om hulp voor hun kinderen zijn gaan vragen, en hier zien we het sterker zichtbaar worden van dermate problematische opvoedingssituaties dat ingrijpen of zelfs uit huis plaatsing van hun kinderen noodzakelijk is geworden. Bovendien lijken de gegevens te suggereren dat de kinderen voor wie hulp wordt gevraagd in de loop van de afgelopen jaren steeds jonger zijn geworden, of wellicht ook dat de meer ernstige problemen van jongeren zich op steeds jongere leeftijd gaan manifesteren. De omvang van deze groepen – vooral de groepen waar sprake is van een ernstige verstoring van de opvoedingssituatie van jongeren – is in de afgelopen jaren zeker niet afgenomen. Cijfers suggereren eerder dat de omvang van deze groepen sterk toegenomen is.

Dit is goed te begrijpen als een reactie op recente maatschappelijke ontwikkelingen bij de meest kwetsbare groepen in de samenleving. In zijn algemeenheid is de stelling verdedigbaar dat vooral bij de kwetsbare groepen in de samenleving de mogelijk negatieve effecten van recente maatschappelijke ontwikkelingen zichtbaar worden, en niet bij de groep jongeren in het algemeen. Om die reden zien we in het algemene beeld van de jeugd ook niet veel verandering in negatieve zin optreden. Met het merendeel van de jongeren blijft het heel goed gaan. Parallel daaraan suggereren de gegevens echter bij de meest kwetsbare groepen wel degelijk een toename van de problematiek, die zich uit in toenemende druk op de voorzieningen voor de jeugdbescherming en de jeugdhulpverlening. Of deze problematiek zelf ook daadwerkelijk toeneemt, of dat deze toenemende druk op de jeugdzorg een manifestatie is van ontbrekende of te kort schietende zorg elders is op basis van de beschikbare kennis niet makkelijk te achterhalen. Strikt genomen doet dit ook niet ter zake. In beide gevallen gaat het om een sterk toenemende druk op voorzieningen voor de meest problematische groepen onder de jeugd, en dat juist in een tijd dat deze voorzieningen ook onder toenemende druk staan om hun taken met krimpende middelen uit te voeren.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

1. Het gaat goed met de meeste jongeren in Nederland

De gegevens van dit overzicht laten zien dat het over het geheel genomen met de Nederlandse jeugd goed tot zeer goed gaat. De overgrote meerderheid van de Nederlandse jongeren staat er goed voor, voelt zich prima, heeft een plezierig sociaal netwerk en ervaart voldoende steun van ouders en leeftijdgenoten. De gegevens uit de verschillende studies laten al vrij lang zien dat dit voor de meerderheid van de Nederlandse jeugd geldt en internationale vergelijking onderstreept deze uitspraken: in vergelijking met jongeren uit andere landen wijken de Nederlandse jongeren in positieve zin af. Natuurlijk vinden we ook in Nederland bepaalde groepen jongeren met hogere risico's op de ontwikkeling van probleemgedrag, maar over het geheel genomen is er weinig reden tot zorg over de jeugd in het algemeen.

Ook de trendgegevens in de tijd, voor zover beschikbaar, laten geen dramatische ontwikkelingen zien. Er zijn geen aanwijzingen dat het met de jeugd in het algemeen, bijvoorbeeld onder de druk van de maatschappelijke omstandigheden, veel slechter zou gaan, in elk geval niet als we psychische problemen bij jongeren hiervoor als indicator nemen.

2. Problemen lijken vooral toe te nemen bij de zwakkere, meer kwetsbare groep kinderen en hun ouders

We hebben in dit essay aannemelijk willen maken dat vooral de zwakkere groepen in de samenleving moeite hebben met recente maatschappelijke ontwikkelingen en de toenemende complexiteit van de samenleving, zodat we vooral onder deze groepen een stijging lijken te zien van het aantal gezinnen/jongeren, dat buiten de boot gaat vallen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om kinderen afkomstig uit allochtone gezinnen, maar ook om kinderen – en vermoedelijk ook ouders - met beperkte verstandelijke vermogens. De sterke individualisering en de krachtige informatisering en toenemende complexiteit in de samenleving – die met zich mee brengt dat het individu in toenemende mate zelf zijn of haar weg moet zoeken in toenemend complexere arrangementen – zou vooral bij deze meer kwetsbare groepen op problemen kunnen stuiten. Dat zou bijvoorbeeld ook kunnen verklaren waarom licht verstandelijk gehandicapte jongeren zo sterk oververtegenwoordigd zijn bij sommige vormen van hulp. Het beschikbare materiaal staat ons hier echter geen definitieve conclusie toe, omdat het zicht op de omvang van problemen onder deze zeer kwetsbare groepen deels ontbreekt en er te weinig

(longitudinaal) onderzoek in Nederland bestaat naar het beloop van problemen bij deze kinderen.

3. Er is sprake van een toenemende druk op de jeugdhulpverlening en de jeugdbescherming

De jeugdhulpverlening en vooral de jeugdbescherming hebben in de afgelopen tien jaar te maken gekregen met een toenemende druk op de voorzieningen. Het structurele gebrek aan informatie over de cliëntèle van deze voorzieningen en de tekort schietende registratie binnen de jeugdzorg maakt het echter moeilijk om de beschikbare gegevens goed te duiden. Er zijn verschillende verklaringen voor de gegevens mogelijk. Deels zou de toenemende druk op de voorzieningen samen kunnen hangen met het streven naar zo licht mogelijk vormen van hulp – wat de kleine daling in de residentiële voorzieningen zou kunnen verklaren en een hiermee gepaard gaande stijging bij de meer ambulante voorzieningen. De stijging in de pleegzorg vanaf 1995 ontkracht dit argument echter enigszins. Deels is de (sterke) stijging bij de instellingen voor de jeugdbescherming wellicht te verklaren door de minder tolerante houding ten opzichte van regeloverschrijdend gedrag van jongeren en/of hun ouders, die maakt dat sneller strafrechtelijk wordt ingegrepen. Deels is de toegenomen druk wellicht te verklaren door een toename van problemen aan de onderkant van de samenleving. In het laatste geval mogen we spreken over verergering van de problematiek.

Aan deze toenemende druk op voorzieningen binnen de jeugdhulpverlening en de jeugdbescherming mag, in tegenstelling tot onze positieve conclusie over de jeugd in het algemeen, een zekere urgentie worden toegeschreven. Het gaat in het algemeen om kinderen met forse problemen, en de druk op de beperkte middelen die beschikbaar zijn om deze problemen het hoofd te bieden is sterk gestegen.

4. Het profiel van de jongeren binnen de jeugdzorg verandert

Een aantal kenmerken van de cliëntèle van deze vormen van jeugdzorg laat ook zien, dat de gemiddelde jongere binnen de jeugdzorg er in de loop van de afgelopen jaren anders uit is gaan zien. Het profiel van de jongeren binnen de jeugdzorg verandert, en deze veranderingen zijn voor een deel in overeenstemming met bovenbeschreven conclusies:

- De gemiddelde leeftijd van kinderen binnen de jeugdzorg is systematisch afgenomen.
- Het percentage allochtone jongeren binnen de zwaardere vormen van jeugdzorg, in het bijzonder binnen de jeugdbescherming, neemt systematisch toe. Het percentage allochtone jongeren binnen de vrij toegankelijke ambulante hulp lijkt daarentegen af te nemen.

- Er is een sterke oververtegenwoordiging van kinderen uit het speciaal onderwijs. Ook het percentage kinderen met lichte verstandelijke handicaps is groot en lijkt sterk toe te nemen.
- Er is een sterke oververtegenwoordiging van kinderen uit éénoudergezinnen. Ook dit percentage lijkt in de afgelopen jaren iets toe te nemen.

5. Er is veel meer bekend over de gemiddelde jongere dan over de probleemgroepen

Hoewel kennis over de algemene populatie van jeugdigen en over de milde varianten van bepaalde vormen van probleemgedrag cruciaal is voor een beter begrip van de groep kinderen die in de (serieuze) problemen komt, is het opvallend dat we in Nederland veel meer systematische kennis hebben over de gemiddelde jongere dan over de kinderen uit de ernstige probleemgroepen. Waar de gemiddelde jongere in Nederland niet alleen in landelijke maar in toenemende mate ook in lokale onderzoeken regelmatig –zij het vaak oppervlakkig - wordt onderzocht (zie de overzichten van de talrijke ‘monitoring’ studies), daar moet de eerste representatieve steekproef van kinderen in de jeugdzorg nog getrokken worden. Hoewel het gaat om de kwetsbaarste groepen onder de Nederlandse jeugd, moeten we constateren dat we onze kennis over deze groepen nog steeds moeten baseren op tekort schietende registratiecijfers en op kleine, kwalitatieve en niet representatieve studies onder beperkte groepen cliënten. Longitudinaal onderzoek van enige omvang onder de cliënten van de hier genoemde voorzieningen ontbreekt nagenoeg volledig, zodat we nauwelijks zicht hebben op de levensloop van de cliënten en cliëntjes van jeugdhulpverlening en jeugdbescherming.

Aanbevelingen

In de eerste plaats mogen we constateren dat de opvoeding van jongeren in dominante instituties als onderwijs en gezin er goed voorstaat. De gemiddelde jongere doet het goed, en de gemiddelde opvoeder daarmee ook.

De urgentie bij de opvang, behandeling en het ingrijpen in zeer problematische opvoedingssituaties of bij jongeren met grote problemen is daarentegen duidelijk zichtbaar. Het toekennen van steeds minder middelen en het daarmee opvoeren van de druk op de voorzieningen voor de kwetsbaarste groepen onder de Nederlandse jeugd is niet langer aanvaardbaar, en zal op middellange termijn tot hoge maatschappelijke kosten kunnen leiden.

Tot slot: het kennisniveau over deze probleemgroepen is te laag, zoals we hebben kunnen zien aan het ontbreken van voldoende gegevens om een aantal van de hier gepresenteerde cijfers te kunnen duiden. Een gerichte investering in kwalitatief hoogwaardige kennis is aanbevelenswaardig, niet alleen over ontstaan en persistentie van serieuze problemen onder jeugdigen, maar daarnaast ook over de mogelijkheden tot ingrijpen, interventie en behandeling van de meest kwetsbare groepen jongeren.

Literatuurreferenties

- Achenbach, T.M. (1991). *Integrative guide to the 1991 CBCL 4-18, YSR and TRF profiles*. Department of psychiatry, Burlington. University of Vermont.
- Amato, P.R. & Keith, B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *110*, 26-64.
- Bengi-Arslan, L., Verhulst, F.C., Van der Ende, J. & Erol, N. (1997). Understanding childhood (problem) behavior from a cultural perspective: comparison of problem behaviors and competencies in Turkish immigrant, Turkish and Dutch children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *32*, 477-484.
- Bijl, R.V., Cuijpers, P. & Smit, F. (2002). Psychiatric disorders in adult children of parents with a history of psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *37*, 7-12.
- Black, M.M. & Krishnakumar, A. (1998). Children in low-income, urban settings. Interventions to promote mental health and well-being. *American Psychologist*, *53*, 635-646.
- Boelhouwers, K., & Veldt, M.C.A. van der (2000). *Allochtone cliënten binnen de jeugdzorg in aantal. Een literatuurstudie*. Utrecht: NIZW.
- Caspi, A., Henry, B., McGee, R.O., Moffit, T.E. et al. (1995). Temperamental origins of child and adolescent behavior problems: from age three tot fifteen. *Child development*, *66*, 55-68.
- Caspi, A., Moffitt, T.E., Newman, D.L. & Silva, P.A. (1996). Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, *53*, 1033-1039.
- CBZ (2004). *Licht verstandelijk gehandicapte jongeren met probleemgedrag. Signaleringsrapport*. Utrecht: College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen.
- Crijnen, A.A.M., Achenbach, T.M. & Verhulst, F.C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: total problems, externalizing and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 1269-1277.
- Crijnen, A.A.M., Achenbach, T.M. & Verhulst, F.C. (1999). Problems reported by parents of children in multiple cultures: the Child Behavior Checklist Syndrome Constructs. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 569-574.

- Currie, C.E., Elton, R.A., Todd, J. & Platt, S. (1997). Indicators of socio-economic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged children Survey. *Health Education Research, 12*, 385-397.
- Currie, C.W., Roberts, C., Morgan, W., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. & Rasmussen, V. (Eds) (2004). *Young people's health in context. Health behaviour in school-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002*. Copenhagen: WHO.
- Dekker, M.C. (2003). *Psychopathology in children with intellectual disability. Assessment, prevalence and predictive factors*. Unpublished doctoral thesis, Erasmus University Rotterdam.
- Ferdinand, R.F., Van der Reijden, M., Verhulst, F.C., Nienhuis, F.J. & Giel, R. (1995). Assessment of the prevalence of psychiatric disorder in young adults. *British Journal of Psychiatry, 166*, 480-488.
- Ferdinand, R.F. & Verhulst F.C. (1995). Psychopathology from adolescence into young adulthood: an 8 year follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1586-1594.
- Ferdinand, R.F., Verhulst F.C. & Wiznitzer, M. (1995). Continuity and change of self-reported problem behaviors from adolescence into young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 680-690.
- Ferdinand, R.F. & Verhulst, F.C. (1996). The prevalence of self-reported problems in young adults from the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 31*, 10-20.
- Fergusson, D.M. & Lynskey, M.T. (1996). Adolescent resiliency to family adversity. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 37*, 281-292.
- Fergusson, D., Honwood, J., Swain-Campbell, N. (2002). Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction, 97*, 1123-1135.
- Heubreck, B.G. (2000). Cross-cultural generalizability of CBCL Syndromes across three continents: from the USA and Holland to Australia. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, 439-450.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T. Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., Morgan, M. (2004). The 2003 ESPAD Report: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD): alcohol and other drug use among students in 35 European countries. Stockholm: CAN.
- Hofstra, M.B., Van der Ende, J. & Verhulst, F.C. (2000). Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: a 14-year follow-up study.

- . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 850-858.
- Hofstra, M.B., Van der Ende, J. & Verhulst, F.C. (2001). Adolescents' self-reported problems as predictors of psychopathology in adulthood: 10-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 203-209.
- Hofstra, M.B., Van der Ende, J. & Verhulst, F.C. (2002). Child and adolescent problems predict DSM-IV Disorders in Adulthood: a 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 182-189.
- Hosper, K., Konijn, C., & Vollebergh, W. (2001). *Jonge allochtonen en hulp bij psychische problemen. Verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van de ambulante GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, Graaf R de, Os J van. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109: 38-45.
- Junger, M., Mesman, J. & Meeus, W. (2003). Psychosociale problemen bij adolescenten. prevalentie, risicofactoren en preventie. Assen: Van Gorcum.
- Kandel, D.M., Davies, M., Karis, D. & Yamaguchi, K. (1986). The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement: an overview. *Archives of General Psychiatry*, 43, 746-754.
- Kluiter, H. & Ormel, J. (1999). Psychiatrische epidemiologie: achtergronden, methoden en technieken. In A. de Jong, W. van den Brink, J. Ormel & D. Wiersma (Eds). *Handboek psychiatrische epidemiologie* (pp. 17-72). Maarssen: Elsevier/de Tijdstroom.
- Konijn, C. & Schuur, A. (1992). *Hoe uitzonderlijk is de Riagg-jeugdzorg? Een onderzoek naar problematiek van cliënten, hulpverlening en samenwerking*. Utrecht: NCGV.
- Kuijpers, S.B.M., Mensink, C., Zwart, W.M. de (1993). *Jeugd en riskant gedrag: roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs (NIAD).
- Kuijpers, S.B.M., Stam, H., Zwart, W.M. de (1997). *Jeugd en riskant gedrag. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Moffit, T.E. (1993). Adolescent-limited and life-course-persistent antisocial behaviour: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.

- Monshouwer, K., S. van Dorsselaer, A. Gorter, J. Verdurmen & W. Vollebergh (2004). *Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek 2003*. Utrecht, Trimbos-instituut.
- Newcomb, M., Scheier, L.M., Bentler, P.M. (1993). Effects of adolescent drug use on adult mental health: a prospective study of a community sample. *Experimental & Clinical Psychopharmacology, 1*, 215-241.
- NIZW (2004). *Kerntabellen Jeugdzorg 1998 t/m 2002*. Utrecht: NIZW.
- Plomp, H.N., Kuipers, H., van Oers, M.L. (1991). *Smoking, alcohol consumption and the use of drugs by schoolchildren from the age of 10*. Amsterdam: VU University Press.
- Rutter, M. (1997). Child psychiatric disorder. *Archives of General Psychiatry, 54*, 785-789.
- Smit, F., De Zwart, W., Spruit, I., Monshouwer, K. & Van Ameijden, E. (2002). Monitoring substance use in adolescents: school survey of household survey? *Drugs: education, prevention and policy, 9*, 267-274.
- Sowa, H., Crijnen, A.A.M., Bengi-Arslan, L. & Verhulst, F.C. (2000). Factors associated with problem behaviors in Turkish immigrant children in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35*, 177-184.
- SRJV (2002). Trendrapport Jeugdhulpverlening 1995-2001. Utrecht: SRJV.
- SRJV (2003). Trendrapport Jeugdhulpverlening 1995-2002. Utrecht: SRJV.
- Stoll, J., Bruinsma, W., & Konijn, C. (2004). Nieuwe cliënten voor Bureau Jeugdzorg. Jeugdigen met meervoudige problemen waaronder een lichte verstandelijke beperking en instrumenten voor herkenning en signalering. Utrecht: NIZW.
- Ter Bogt, T., van Dorsselaer, S. & Vollebergh, W. (2003). *Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren. HBSC-Nederland 2002*. Utrecht : Trimbos-instituut.
- Van den Berg, M., de Ruiter, C., & Schoemaker, C. (2003). *Brancherapport GGZ-MZ. Geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke zorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Van Emmerik, J.L., Brouwers, M. (2001). *De Terbeschikking in Maat en Getal. Een beschrijving van de TBS-populatie in de periode 1995-2000*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Verhulst, F.C., Akkerhuis, G.W. & Althaus, M. (1985). Mental health in Dutch children 1: A cross cultural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 72*, Supplement 323.

- Verhulst, F.C., Berden, G.F.M.G. & Sanders-Woudstra, J.A.R. (1985). Mental health in Dutch children II: the prevalence of psychiatric disorder and relationships between measures. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72, Supplement 324.
- Verhulst F.C. & Van der Ende, J. (1992). Six-year developmental course of internalizing and externalizing problem behaviors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 924-931.
- Verhulst, F.C., Achenbach, T.M., Ferdinand, R.F. & Kasius, M.C. (1993). Epidemiological comparisons between American and Dutch adolescents' self-reports. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1135-1144.
- Verhulst, F.C., Eussen, M.L.J.M., Berden, G.F.M.G., Sanders-Woudstra, J.A.R. & Van der Ende, J. (1993). Pathways of problem behaviors from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 388-396.
- Verhulst, F.C., Van der Ende, J., Ferdinand, R.F. & Kasius, M.C. (1997). The prevalence of DSM-II-R-diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-336.
- Verhulst, F.C., Van der Ende, J. & Koot, H.M. (1997). *Handleiding voor de youth self-report (YSR)*. [Manual for the youth self report (YSR)]. Rotterdam: Sophia Children's Hospital.
- Verhulst, F.C., Van der Ende, J. & Rietbergen, A. (1997). Ten-year time trends in child and adolescent psychopathology: no evidence for strong trends. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 7-13.
- Verhulst, F.C., Achenbach, T.M., Van der Ende, J., Erol, N., Lambert, M.C., Leung, P.W.L., Silva, M.A., Zilber, N., Zubrick, S.R. (2003). Comparisons of problems reported by youths from seven countries. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1479-1485.
- Vollebergh, WAM, ten Have, M., Dekovic, M., Oosterwegel, A., Pels, T., Veenstra, R., de Winter, A., Ormel, J., Verhulst, F.C. (in press). Mental Health in Immigrant Children in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Vreugdenhil, C. (2003). *Psychiatric disorders among incarcerated male adolescents in the Netherlands*. Unpublished dissertation, Free University of Amsterdam.

Wittchen, H.U., Nelson, C.B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults.

Psychological Medicine, 28, 109-126.

Zwart, W.M. de, Smit, F., Monshouwer, K. (2000). *Jeugd en riskant gedrag.*

Kerngegevens 1999. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar. Utrecht: Trimbos-instituut.