

HET VERBAND TUSSEN PSYCHOPATHOLOGIE EN BUURTKENMERKEN BIJ ZEER JEUGDIGE ‘DELINQUENTEN’



Masterscriptie Klinische & Gezondheidspsychologie

Erasmus Universiteit Rotterdam

1 mei 2007

Auteur: Daniëlle Walterbos (272871)

Opleidingsbegeleider: Eric Rassin

Instellingsbeleidster: Charlotte Geluk

VOORWOORD

Het huidige onderzoek is een deelonderzoek van een groter, al lopend onderzoek (Van Domburgh, Doreleijers, Vermeiren, Veerman, Stol & Bullens, 2004). Dit hoofdonderzoek wordt uitgevoerd aan de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het VUmc te Amsterdam. De centrale vraagstelling van dit onderzoek luidt: ‘Wat voorspelt recidive bij kinderen die voor het 12^e jaar voor het eerst door de politie geregistreerd worden wegens normovertredend gedrag?’. Hiertoe vinden er drie meetmomenten per deelnemer plaats gedurende twee jaar, elk met een jaar tussentijd. Bij elke meting wordt met vrijwel hetzelfde instrumentarium gewerkt. De meeste eerste meetmomenten dateren van 2004, maar een aantal eerste meetmomenten hebben in 2006 nog plaatsgevonden. Een consequentie van het feit dat ik meeliep met een al lopend onderzoek is dat ik een instrumentariumselectie heb gemaakt uit de instrumenten die zijn geselecteerd voor dit onderzoek. Ook heb niet alleen ik de deelnemers onderzocht, maar is dit door meerdere mensen gebeurd. Ik heb gebruik kunnen maken van alle voor mij relevante verzamelde data (in dit geval bepaalde data verzameld tijdens het eerste meetmoment) voor het lopende onderzoek, al dan niet door mijzelf verzameld.

Ik wil een aantal mensen bedanken voor hun bijdrage aan mijn scriptie. Ten eerste dank ik Prof. Dr. Theo .A. H. Doreleijers, Drs. Lieke van Domburgh en Drs. Charlotte Geluk voor het feit dat ik aan zo’n leuk en interessant onderzoek mocht meewerken en voor het beschikbaar stellen van alle tot dan toe verzamelde data binnen het onderzoek. Daarnaast wil ik de onderzoeksassistente en alle medestagiaires bedanken voor het helpen bij de dataverzameling en voor het creëren van een gezellige werksfeer. Ook wil ik zowel Drs. Charlotte Geluk, mijn instellingsbegeleidster, als Mr. Dr. Eric Rassin, mijn begeleider vanuit de Erasmus Universiteit Rotterdam, bedanken voor hun goede begeleiding, deskundig advies en kritiek bij het totstandkomen van mijn scriptie.

Tenslotte wil ik alle deelnemende gezinnen bedanken voor hun medewerking.

INHOUDSOPGAVE

<u>Samenvatting</u>	4
<u>Summary</u>	5
<u>Inleiding</u>	6
<u>Theoretische achtergrond</u>	6
<i>Zeer jeugdige delinquentie</i>	6
<i>Aan delinquentie gerelateerde psychopathologieën</i>	7
<i>Aan delinquentie gerelateerde buurtkenmerken</i>	9
<u>Methode</u>	13
<u>Deelnemers</u>	13
<u>Metingen</u>	13
<i>Psychopathologieën</i>	13
<i>Buurtkenmerken</i>	14
<u>Procedure</u>	16
<u>Statistische analyses</u>	17
<u>Resultaten</u>	18
<u>Discussie</u>	21
<u>Conclusies</u>	21
<u>Kanttekeningen en aanbevelingen</u>	23
<u>Algemene conclusie</u>	25
<u>Referenties</u>	26
<u>Bijlage</u>	28

SAMENVATTING

Uit de literatuur blijkt dat hoe vroeger delinquent gedrag vertoond wordt, hoe groter de kans op een persisterend delinquent gedragspatroon. Volgens het onderscheid van Moffit (1993, in White, Bates & Buyske, 2001, Piquero & Buka, 2002) heeft een *life-course-persistent* delinquent type vaak een zeer vroeg begin (voor het twaalfde jaar) van een persistent patroon van delinquent gedrag, en blijft dit gedrag bij het *adolescence-limited* type beperkt tot de adolescentie. Ook blijkt dat er bepaalde risicofactoren bestaan die de ontwikkeling van delinquentie bij kinderen bevorderen. Onder deze factoren vallen onder andere de voor dit onderzoek van belang zijnde factoren, namelijk buurtkenmerken, zoals een lage sociaal economische status, en gedragskenmerken, zoals aandachtsproblemen en antisociaal gedrag.

De centrale onderzoeksvraag luidt: ‘Bestaat er bij kinderen, die voor hun twaalfde jaar met de politie in aanraking zijn geweest vanwege delinquent gedrag, een verband tussen de aanwezigheid van psychopathologie en de buurtkenmerken stedelijkheid, voorzieningen en sociaal economische status?’. Dit verband werd onderzocht bij een onderzoeksgroep van 269 kinderen uit de populatie kinderen die, onder de 12 jaar, door de politie zijn geregistreerd zijn vanwege delinquent gedrag. Met behulp van een versie van het DISC interview wordt de aanwezigheid van de psychopathologieën ADHD, ODD en CD gemeten. Op basis van het postcodegebied waarin de kinderen wonen werd bekeken in hoeverre er sprake is van de buurtkenmerken stedelijkheid, sociaal economische status en aanwezigheid van voorzieningen.

De algemene conclusie is dat er geen verband is tussen de psychopathologie en buurtkenmerken van kinderen die onder de 12 voor het eerst geregistreerd worden door de politie vanwege hun delinquent gedrag. Binnen deze onderzoeksgroep van zeer jeugdige delinquenten komen de psychopathologieën ADHD, ODD en CD vaker voor dan bij de algemene Nederlandse bevolking. Gemiddeld wonen de deelnemers in een postcodegebied met een sterke stedelijkheid, met een laag gemiddelde sociaal economische status, en met gemiddeld veel voorzieningen. Binnen de onderzoeksgroep heeft het wel of niet hebben van een psychopathologische diagnose geen verband met de kenmerken van de buurt waarin de onderzoeksgroep woont. Bij het interpreteren van deze resultaten moet echter rekening gehouden worden met een aantal kanttekeningen.

SUMMARY

From the literature it appears that the sooner one shows delinquent behaviour, the bigger the chance on a persisting delinquent behavioural pattern. According to Moffit’s distinction (1993, in White, Bates & Buyske, 2001, Piquero & Buka, 2002), the *life-course-persistent* delinquent type has an early start (before the age of twelve) of a persisting pattern of delinquent behaviour, where under the *adolescence-limited* delinquent type this behaviour is limited to adolescence. It also appears that certain risk factors exist which advances the development of delinquency under children. Some of these factors, which are also important in this research, are neighbourhood characteristics, like low socioeconomic status, and behavioural characteristics, like attention problems and antisocial behaviour.

The central question in this research is: ‘Does a relation exist between the presence of psychopathology and the neighbourhood characteristics urbanisation, provisions en socioeconomic status, under children who had been in contact with the police before the age of twelve because of delinquent behaviour?’. This relation is examined within a research group existing of 269 children from the population children who were registered by the police, before the age of twelve, because of norm-violating behaviour. A version of the DISC interview is used to measure the presence of the psychopathologies ADHD, ODD and CD. How far these children live in neighbourhoods where they have the characteristics urbanisation, socioeconomic status en provisions, is based on de zipcode areas these children live in.

The overall conclusion is that there is no relation between the psychopathology and the neighbourhood characteristics of the children who were registered by the police, under the age of twelve, because of their delinquent behaviour. Within this research group of very young delinquents the prevalence of the psychopathologies ADHD, ODD and CD are higher than within the general Dutch population. On average the participants live in a zipcode area which has a strong urbanisation, a low average socioeconomic status, and many provisions. Within the research group having a psychopathology or not has no relation with de characteristics of de neighbourhood they live in. When interpreting these results one needs to take into account some limitations.

INLEIDING

THEORETISCHE CONTEXT

Er is binnen de psychologie al jaren groeiende interesse in de verschillende (gedrags-)kenmerken van delinquent gedrag. Dit komt omdat het een steeds vaker voorkomend probleem lijkt te worden voor de samenleving. Antisociaal en agressief gedrag worden steeds normalere fenomenen (Hemphill, Toumbourou & Catalano, 2005). Onderzoek dat voortkwam uit deze interesse heeft zich veelal gericht op de late adolescentie, de periode waarin delinquentie neigt te pieken (Wasserman, Keenan, Tremblay, Coie, Herrenkohl, Loeber & Petechuk, 2003). Echter, de laatste jaren lijkt jeugddelinquentie steeds vaker voor te komen (Loeber, 1998). Onderzoek naar de gedragskenmerken bij jonge kinderen die delinquent gedrag vertonen is dan ook van belang voor zowel de vroege identificatie van jeugddelinquentie als de ontwikkeling van preventie- en interventieprogramma's. Er zijn al onderzoekers geweest die theorieën hebben ontwikkeld betreffende deze zeer jeugdige delinquenten, waaronder Moffit. Het huidige onderzoek zal zich richten op dit vroege begin van delinquent gedrag. Zowel gedragskenmerken waarvan bekend is dat zij samenhangen met delinquentie als buurtkenmerken van de zeer jeugdige delinquent zullen hierbij onderzocht worden. Er zal een beschrijving van een belangrijke en invloedrijke theorie gegeven worden en de voor dit onderzoek interessante kenmerken zullen worden besproken.

ZEER JEUGDIGE DELINQUENTIE

Met jeugddelinquentie als steeds groter wordend maatschappelijk probleem, neemt ook de interesse binnen de psychologie naar dit fenomeen toe. Er is dan ook al veel literatuur te vinden over dit onderwerp, maar dit is slechts een fractie van de totale literatuur over delinquent gedrag. De interesse in jeugddelinquentie ligt op veel verschillende gebieden, zoals het ontstaan van jeugddelinquentie, de onderliggende problemen, de verklarende fenomenen etc. Hiertoe zijn er op basis van extensief onderzoek vele theorieën ontwikkeld en zijn er verschillende samenhangende factoren voorgesteld. Een belangrijke theorie met betrekking tot jeugddelinquentie is die van Moffit (1993, in White, Bates & Buyske, 2001, Piquero & Buka, 2002). Zij heeft een onderscheid voorgesteld tussen twee typen vertoners van delinquent gedrag, de zogenaamde delinquenten. De twee gehypothetiseerde typen zijn de *adolescence-limited* en de *life-course-persistent* delinquent. De *adolescence-limited* delinquent zou slechts antisociaal gedrag vertonen als een sociale groep

fenomeen, en zou door een groep aangezet worden tot delinquent gedrag. Bij dit type blijft het gedrag beperkt tot de adolescentie. Het *life-course-persistent* type bestaat uit een veel kleinere groep jongeren – minder dan 10% van de populatie (Piquero & Buka, 2002). Zij beginnen vaak al voor hun twaalfde jaar met een persisterend gedragspatroon van antisociaal en delinquent¹ gedrag, en behouden dit patroon na de adolescentie. Ook komt dit type vaak al voor hun twaalfde in contact met de politie vanwege hun gedrag (Snyder, Espiritu, Huizinga, Loeber & Petechuk, 2003). Dit type zou te onderscheiden zijn van *adolescent-limited* delinquenten in onder andere neuropsychologische verstoringen (vooral verbale en uitvoerende vaardigheden), biologisch gebaseerde persoonlijkheidsfactoren (zoals impulsiviteit) en een negatieve omgeving. Tijdens de adolescentie is er echter moeilijk onderscheid te maken tussen beide typen, omdat de frequentie en soort delicten dan sterk overeenkomt. Het *adolescent-limited* type heeft een gunstiger verloop, bij hen neemt het gedrag naarmate zij ouder worden geleidelijk af. Het vroeg identificeren van *life-course-persistent* delinquenten kan van belang zijn bij het tegengaan van delinquentie en het ontwikkelen van passende interventies. Onderzoek heeft namelijk aangetoond dat de *life-course-persistent* delinquenten verantwoordelijk zijn voor maar liefst 70% van alle strafbare feiten door jongeren gepleegd (Loeber, Slot & Sergeant, 2001). Wanneer er sprake is van een vroege start van delinquent gedrag, wordt het risico op later gewelddadig en chronisch delinquent gedrag met een factor 2 à 3 verhoogd (Loeber & Farrington, 2000).

AAN DELINQUENTIE GERELATEERDE PSYCHOPATHOLOGIEËN

Een andere belangrijke bevinding die uit het onderzoek naar gedragskenmerken van antisociaal en delinquent gedrag naar voren kwam, is dat verschillende risico- en beschermende factoren van invloed zijn op het wel of niet ontwikkelen van een delinquent gedragspatroon. Risicofactoren zijn die factoren die het risico op het vertonen van bepaald gedrag verhogen, en beschermende factoren zijn die factoren die in de aanwezigheid van risicofactoren het risico op het vertonen van bepaald gedrag tegenwerken. Wasserman et al. (2003) vatten een aantal van deze factoren samen. Zij veronderstelden dat het feit dat sommige gedragsaspecten van kinderen, zoals temperament, zich al voor het 5^e jaar vestigen. Gecombineerd met blootstelling aan verschillende factoren wordt de waarschijnlijkheid dat een kind op vroege leeftijd delinquent gedrag zal vertonen beïn-

¹ Bij kinderen onder de 12 kan eigenlijk niet gesproken worden van delinquent gedrag, aangezien zij juridisch gezien niet strafrechtelijk vervolgbaar zijn. Toch zal voor de leesbaarheid van de tekst gesproken worden van delinquent gedrag.

vloed. Zij bediscussiëren vooral risicofactoren, die zij verdelen in individuele, familie, *peers* (leeftijdgenoten), en school en gemeenschapsfactoren. Voorbeelden van individuele risicofactoren zijn vroeg antisociaal gedrag, lage (vooral verbale) intelligentie en hyperactiviteit. Familie risicofactoren zijn bijvoorbeeld echtscheiding, psychopathologie bij (één van de) ouders en een groot gezin. Risicofactoren met betrekking tot *peers* zijn afwijzing door *peers* en associaties met deviante *peers*. School en gemeenschapsrisicofactoren tot slot zijn bijvoorbeeld slechte schoolprestaties, een nadelige en gedesorganiseerde buurtomgeving en een lage sociaal economische status (SES). Voorbeelden van beschermende factoren zijn behoren tot het vrouwelijke geslacht, een goede cognitieve ontwikkeling en prosociaal gedrag (zoals empathie).

Individuele gedragskenmerken zijn, naast invloeden van het gezin en familie, de factoren waaraan een kind al vroeg in het leven blootstaat (Loeber & Farrington, 2001). Op latere leeftijd, gedurende de adolescentie, krijgt het kind te maken met mogelijke risicofactoren voor delinquent gedrag op ander gebieden, zoals op school, bij vrienden of in de buurt (Cannoot, [http://scholar.google.nl/scholar?hl=nl&lr=&q=cache:21QYFxFHqsnIJ:www.visier.be/pdfs/bibliotheek/Risicofactoren.doc+cannoot, Krohn, Thornberry, Rivera & Le Blanc, 2001](http://scholar.google.nl/scholar?hl=nl&lr=&q=cache:21QYFxFHqsnIJ:www.visier.be/pdfs/bibliotheek/Risicofactoren.doc+cannoot,Krohn,Thornberry,Rivera&LeBlanc,2001)). In dit onderzoek wordt gekeken naar kinderen onder de twaalf jaar, een leeftijdsperiode waarin er dus weinig sprake lijkt te zijn van andere risicofactoren dan individuele factoren. Één van de foci zal dan ook op deze individuele risicofactoren liggen. Voorbeelden van individuele risicofactoren zijn geboortecomplicaties, moeilijk temperament, hyperactiviteit, impulsiviteit, lage (verbale) intelligentie, sensatiezoekgedrag, concentratieproblemen en agressief gedrag (Wasserman et. al, 2003; Loeber & Farrington, 2001; Cannoot, <http://scholar.google.nl/scholar?hl=nl&lr=&q=cache:21QYFxFHqsnIJ:www.visier.be/pdfs/bibliotheek/Risicofactoren.doc+cannoot>). De interesse van het huidige onderzoek binnen de individuele risicofactoren ligt bij de gedragskenmerken van 12-minners, in plaats van bij bijvoorbeeld geboortecomplicaties en intelligentie. Kinderen die het risico lopen tot delinquent gedrag te vervallen vertonen namelijk vaak verschillende vormen van probleem gedrag tussen hun zevende en twaalfde jaar, zoals ongehoorzaamheid aan volwassenen, pesten, wreed zijn tegen dieren, weglopen van huis (Loeber & Farrington, 2001). Verder geven zij aan dat wanneer de eerdergenoemde gedragingen frequent voorkomen en ernstig zijn, dit een belangrijk alarmsignaal kan zijn voor latere problemen. Ook vroeger vertoond agressief en sensatiezoekgedrag en aandachtsproblemen kunnen redenen zijn scherp te letten op de latere ontwikkeling van het kind. Bovendien blijkt uit longitudinaal onderzoek dat gedragskenmerken zoals hyperactiviteit, aan-

dachtsproblemen en agressie niet alleen geassocieerd zijn met delinquent en gewelddadig gedrag, maar daarnaast stabiel blijven gedurende het leven (Reppucci, Fried & Schmidt, 2002).

Veel van de genoemde gedragskenmerken zijn te herkennen in bepaalde psychopathologieën zoals de DSM-IV-TR (APA, 2000) die veronderstelt. Hyperactiviteit en aandachtsproblemen bijvoorbeeld zijn, volgens de DSM-IV-TR (APA, 2000), essentiële kenmerken bij het diagnosticeren van ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; Aandachtstekort/Hyperactiviteitsstoornis). Hetzelfde geldt voor onder andere agressief en antisociaal gedrag bij de diagnose ODD (Oppositional Defiant Disorder; Oppositioneel Opstandige Gedragsstoornis). Naast middelenmisbruik stoornissen (substance use disorders) zijn ADHD, ODD en CD (Conduct Disorder; Antisociale gedragsstoornis) de meest voorkomende psychopathologieën onder delinquente jongeren. Dit blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek van Teplin, Abram, McClelland, Dulcan en Mericle (2002). Zij deden onderzoek naar 10 tot 18-jarige gedetineerden in de Cook County Juvenile Temporary Detention Center (CCJTDC) in Cook County, Illinois. Zij namen bij in totaal 1829 gedetineerden de DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children) versie 2.3 af, en vonden dat bij de mannelijke deelnemers 16.6% aan de diagnose ADHD voldeed, 14.5% aan ODD en 37.8% aan CD. Bij de vrouwelijke deelnemers waren deze percentages respectievelijk 21.4%, 17.5% en 40.6%. De prevalenties voor de Nederlandse bevolking wijken hier niet veel van af. Er zijn echter geen specifieke cijfers bekend voor kinderen van basisschoolleeftijd. Met het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) is te vinden dat de ADHD-prevalentie voor de leeftijdsgroep 13 tot 17 jaar 1,3% is (http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o5004n28679.html). Voor ODD en CD is de prevalentie respectievelijk 5,6% en 0,7% voor 13-18 jarigen (http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o4998n28678.html). In alle drie de gevallen zijn de genoemde percentages van aanwezigheid van psychopathologieën dus hoger bij de gedetineerden uit het onderzoek van Teplin et al. (2002) dan bij de algemene bevolking.

In de bijlage zijn de diagnostische criteria voor ADHD, ODD en CD te vinden zoals zij vermeld zijn in de DSM-IV-TR (APA, 2000).

AAN DELINQUENTIE GERELATEERDE BUURTKENMERKEN

Voor het huidige onderzoek zijn tevens de kenmerken van de buurt, de gemeenschapsrisicofactoren volgens Wasserman et al. (2003), waarin het kind leeft interessant. Er zijn vele soorten buurt-

kenmerken te onderscheiden, en wat wordt gezien als buurt kan erg breed opgevat worden. Sommige onderzoekers zien de buurt als een ecologisch systeem, net als dat familie, *peers*, de gemeenschap en instituten als scholen en werkplaatsen ecologische systemen kunnen zijn (Bronfenbrenner, 1989, in Brooks-Gunn, Duncan, Klebanov & Sealand, 1993). Ook de sociale netwerken van gezinnen, of de rolmodellen voor de kinderen, vallen volgens sommige onderzoekers onder de term buurtkenmerken (Ellen & Turner, 1997). Ellen en Turner (1997) behandelen in hun *review* van literatuur een breed scala aan soorten buurtkenmerken. Zij tonen betreffende buurtkenmerken en criminaliteit aan dat er weinig onderzoek is gedaan naar het verband tussen beide aspecten, en waar dit wel het geval was vrijwel uitsluitend bij adolescenten. Deze onderzoeken vonden dat buurtkenmerken wel degelijk invloed hebben op adolescenten. Ook geven zij aan dat etnografische literatuur sterk suggereert dat buurtkenmerken (zoals armoede), in combinatie met onder andere individuele en familiekenmerken (zoals inkomen), de adolescent in de richting van criminele activiteiten drijft. Zij geven echter wel aan dat veel onderzoeken het belang van sociale interacties benadrukken. Voor dit onderzoek worden buurtkenmerken echter nauw gezien. Er zal in de literatuur vooral worden gekeken naar informatie betreffende de sociaal economische status (SES) van de buurten en naar de aangeboden diensten in plaats van naar de meer contextuele invloeden. Een handig model om bij het lezen van het verdere stuk in het achterhoofd te houden is dat van Jencks en Mayer (1990, in Leventhal & Brooks-Gunn, 2000), namelijk het *neighborhood institutional resource model*. Dit model veronderstelt dat buurtbronnen kinderen kunnen beïnvloeden via de aanwezigheid van politie en toegang tot bronnen die in een stimulerende leer- en sociale omgeving voorzien, zoals parken, bibliotheken, werkgelegenheid en gemeenschapsdiensten ten behoeve van gezonde ontwikkeling.

Eerder werd al gezegd dat bij kinderen de buurtkenmerken waarschijnlijk nog geen al te grote rol spelen, aangezien zij er nog niet zoveel direct contact mee hebben. Desondanks blijkt er wel enige direct effecten te bestaan van de buurt op gezinnen en dus de kinderen (Ellen & Turner, 1997; Brooks-Gunn et al., 1993). Dit kunnen bijvoorbeeld de effecten zijn van de kwaliteit van publieke (onder andere scholen, politiebescherming) en privé (onder andere sportvoorzieningen) diensten. Over het algemeen geldt dat hoe beter de kwaliteit van de aanwezige diensten, hoe gunstiger het effect op de gezinnen die in de buurt wonen, leven en werken zal zijn.

Daarnaast zijn er meerdere onderzoeken die de effecten van buurtkenmerken op specifiek het gedrag van kinderen onderzochten, zoals Boyle en Lipman (2002). Zij vonden, onder 4 tot

11-jarige kinderen, dat hoe nadeliger de woonbuurt en hoe lager de SES van de familie van de kinderen, hoe meer gedrags-, hyperactiviteits-, en in mindere mate, emotionele problemen bij de kinderen voorkomen. Ook Brooks-Gunn et al. (1993) kwamen tot deze conclusie. Zij vonden dat bij kinderen van 3 jaar oud en 5 tot 6 jaar oud de aanwezigheid van weinig professionele werkers in de woonbuurt of een buurt met een lage SES geassocieerd waren met hogere aantallen gerapporteerd gedragsproblemen, vooral externaliserende. Loeber en Wikstrom (1993, in Leventhal & Brooks-Gunn, 2000) vonden, onder jongens van 13 tot 16 jaar in de Pittsburgh Youth Study, dat wonen in een buurt met een lage SES en waar sprake is van bijvoorbeeld armoede, werkloosheid en ongetrouwd kinderen hebben, positief geassocieerd is met (de ernst en frequentie van) delinquent en crimineel gedrag. Aneshensel en Sucoff (1996), vonden onder 12 tot 17-jarigen dat CD veel voorkwam in lage SES buurten, en ODD veel in midden SES buurten. Leventhal en Brooks-Gunn (2000) geven in hun literatuurreview ook bewijs van twee experimentele onderzoeken die aangeven dat er een associatie bestaat tussen lage SES buurten en externaliserende gedragsproblemen bij adolescenten. Zij concluderen na hun *review* dat de huidige buurtbevindingen in bewijs voorzien voor verbanden tussen de SES van de buurt en residentiële stabiliteit (hoelang blijf je ergens wonen) met (school-) prestaties, gedragsproblemen en jeugddelinquentie. Het meest sterke bewijs werd gevonden voor het belang van hoge SES buurten voor schoolprestaties voor zowel kinderen als volwassenen. Lage SES buurten hadden de meeste invloed op jeugddelinquentie onder adolescenten, en leken geassocieerd te zijn met externaliserende gedragsproblemen onder jonge kinderen. Deze gedragsproblemen kunnen worden verbonden aan crimineel en delinquent gedrag (McCord, 1990, in Leventhal & Brooks-Gunn, 2000).

Samenvattend kan gezegd worden dat er bewijs is voor een effect van buurtkenmerken als SES en aanwezige diensten en voorzieningen op het gedrag van adolescenten. Dit bewijs is er in mindere mate voor kinderen.

Het huidige onderzoek wil bijdragen aan de literatuur betreffende jeugddelinquentie bij de zeer jeugdigen, de kinderen. Met het huidige onderzoek wordt bekeken of er samenhang bestaat tussen een aantal volgens de literatuur risicovolle gedrags- en buurtkenmerken van kinderen die delinquent gedrag hebben vertoond. Een mogelijke samenhang kan helpen bij het beter begrijpen van delinquent gedrag. Wanneer een dergelijke samenhang blijkt te bestaan kan er vroeg ingegrepen worden, en wellicht preventief gehandeld worden, bij de kinderen die de gedrags- en buurtken-

merken vertonen/hebben die door de literatuur als risicovol voor de ontwikkeling van delinquentie gezien worden. Omdat blijkt dat hoe vroeger delinquent gedrag vertoond wordt, hoe groter de kans is op chronisch delinquent gedrag later in het leven, is vroeg ingrijpen belangrijk. Uiteindelijk zou dit kunnen leiden tot een stop van de toename, of zelfs een afname, van jeugddelinquentie in de toekomst.

De centrale vraag voor dit onderzoek luidt: ‘Bestaat er bij kinderen, die voor hun twaalfde jaar met de politie in aanraking zijn geweest vanwege delinquent gedrag, een verband tussen de aanwezigheid van psychopathologie en de buurtkenmerken stedelijkheid, voorzieningen en sociaal economische status?’. De verwachting is dat er inderdaad een verband zal bestaan, dat de aan- of afwezigheid van risicovolle psychopathologische diagnose van een kind zal samengaan met een toename of afname van de risicovolle buurtkenmerken van dat kind. Deze verwachting is gebaseerd op al bestaande literatuur, zoals het onderzoek van Boyle en Lipman (2002). De hypothese die hierbij gevormd wordt is dat er een verband bestaat tussen beide risicovolle kenmerken. De nulhypothese luidt dan dat er geen samenhang zal bestaan tussen beide kenmerken. Om de centrale vraagstelling te kunnen beantwoorden zal er eerst bekeken worden in welke mate is er sprake van een (combinatie van) ADHD, CD of ODD diagnose bij de deelnemende kinderen. Verder zal onderzocht worden in welke mate is er sprake van de buurtkenmerken SES, stedelijkheid en voorzieningen bij de deelnemende kinderen. Deze cijfers zullen vergeleken worden met cijfers uit andere onderzoeken betreffende de algemene Nederlandse bevolking. De verwachting is dat de onderzoeksgroep hogere prevalenties van psychopathologie zal hebben dan de algemene Nederlandse bevolking, en dat de onderzoeksgroep een lagere SES, een sterkere stedelijkheid, en evenveel voorzieningen zal hebben.

METHODE

DEELNEMERS

De onderzoeksgroep bestaat uit in Nederland wonende kinderen, die voor hun twaalfde voor het eerst door de politie geregistreerd worden vanwege delinquent gedrag. Deze kinderen zijn de zogenaamde 12-minners. Er werd getracht een steekproef te vormen die bestaat uit 350 kinderen die aan deze eis voldoen. Van het Ministerie van Justitie is toestemming verkregen om de anoniem geregistreerde gegevens van de deelnemers te gebruiken.

In totaal werden er 159 kinderen uit regio Rotterdam-Rijnmond geïncludeerd, 104 uit regio Utrecht, en 100 uit regio Gelderland-Midden (N totaal = 363). Het doel van deze drie regio's is kinderen uit verschillende gebieden met betrekking tot verschillen in buurtkenmerken in het onderzoek te betrekken. In 14 gevallen waren de gegevens nog niet klaar voor gebruik in dit onderzoek. Daarnaast zijn nog eens 80 gevallen niet meegenomen in de analyses. Hiervoor bestonden verschillende redenen, zoals taalproblemen waardoor de Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) niet juist afgenomen kon worden ($N = 42$), niet compleet afgenomen DISC interviews ($N = 8$), toch niet mee willen werken ($N = 2$), of onbekende redenen ($N = 28$). Uiteindelijk werden de gegevens van 269 kinderen geanalyseerd (Rotterdam-Rijnmond $N = 114$, Utrecht $N = 66$, Gelderland-Midden $N = 89$). De onderzoeksgroep bestaat uit voornamelijk jongens (87%). Een beschrijving van de steekproef is te vinden in Tabel 1.

Tabel 1: Steekproefkenmerken

Regio	Verdeling geslacht		Leeftijd in jaren tijdens onderzoek			
	Jongens	Meisjes	M	SD	Min.	Max.
Rotterdam-Rijnmond	96	18	10,67	1,51	5,87	13,47
Utrecht	61	5	10,18	1,56	5,77	12,26
Gelderland-Midden	77	12	10,70	1,53	6,21	12,50
Totaal	234	35	10,56	1,54	5,77	13,47

METINGEN

PSYCHOPATHOLOGIE

In dit onderzoek werd gemeten of er bij de deelnemende kinderen sprake is van de psychopathologieën ADHD, CD of ODD, of combinaties daarvan. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de Diagnostic Interview Schedule for Children III – Revised – Parent version (DISC-III-R-P, American Psychiatric Association, 1987; Nederlandse vertaling: Verhulst, Van der Ende,

Ferdinant & Kasius, 1997; in Van Domburgh et al., 2004). Dit is een gestructureerd interview dat de aanwezigheid van psychopathologie meet (Teplin et al., 2002). Het interview werd afgenomen bij de ouder(s)/verzorger(s) van het kind. Met behulp van dit interview kunnen de symptomen van vele verschillende stoornissen worden uitgevraagd, maar voor het huidige onderzoek zijn slechts de relevante onderdelen ADHD, ODD en CD afgenomen bij de ouder(s)/verzorger(s) van de kinderen. De vragen zijn zo opgebouwd dat er aan de hand van de gegeven antwoorden al dan niet wordt doorgevraagd.

Hoe vaker er bevestigend geantwoord wordt op de vragen, hoe groter de kans dat er volgens de DISC-III-R-P sprake is van een diagnose van de betreffende stoornis. Vanwege de duidelijk gestructureerde aard van het interview is het van belang dat bij elke individuele afname de vragen op precies dezelfde manier gesteld worden (er mogen bijvoorbeeld geen woorden veranderd worden en niet teveel extra uitleg gegeven worden). Om deze rede, en vanwege de opbouw van het interview (aan de hand van de gegeven antwoorden wordt bepaald welke vraag of welk onderdeel als volgende behandeld dient te worden) en de wijze waarop de antwoorden genoteerd dienen te worden (op een apart antwoordenformulier moeten de gegeven antwoorden omcirkeld worden), werden voor het huidige onderzoek de afnemers van de DISC-III-R-P getraind.

Fisher, Wicks, Schaffer, Piacentini en Lapkin (1992; in Van Domburgh et al., 2004) onderzochten de test-hertest betrouwbaarheid van de voor dit onderzoek relevante onderdelen van de DISC. Deze betrouwbaarheden worden uitgedrukt in kappa (κ). Voor het ADHD-onderdeel werd $\kappa = .62$ gevonden, voor het CD-onderdeel $\kappa = .55$, en voor het ODD-onderdeel $\kappa = .59$. Deze betrouwbaarheden zijn voldoende te noemen. Naar de naar Nederlands vertaalde versie van de DISC is geen onderzoek gedaan wat psychometrische kenmerken betreft, tevens zijn hierover geen normgegevens bekend.

BUURTKENMERKEN

Op basis van de postcodecijfers – en in sommige gevallen ook de postcodeletters – van de kinderen werden gegevens over de buurt van de kinderen verzameld. Via beschikbare gegevens verzameld door het CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) en SCP (Sociaal en Cultureel Planbureau) zijn er een aantal kenmerken betrokken in het onderzoek, namelijk stedelijkheid, SES en voorzieningenindex.

Het eerste kenmerk, stedelijkheid, is afkomstig van de tegen betaling te verkrijgen cd-rom 'Kerncijfers 2004', verstrekt door het CBS (Voorburg, 2006). Op deze cd-rom zijn statistische gegevens van 439.637 postcodes te vinden, gesorteerd op regionaal niveau van postcodegebied per 6 tekens (4 cijfers, 2 letters), zoals in Nederland de postcodes gebruikt worden. Het betreft kerncijfers zoals zij waren per 1 januari 2004. De kerncijfers omvatten gegevens over geografie, demografie, woningen en inkomens per postcodegebied. Op grond van de omgevingsadressendichtheid (aantal omgevingsadressen per km²) zijn een aantal niveaus van stedelijkheid opgesteld. Aan ieder postcodegebied is een stedelijkheidsniveau toegekend.

- 1: zeer sterk stedelijk, > 2500 omgevingsadressen per km²
- 2: sterk stedelijk, 1500 - 2500 omgevingsadressen per km²
- 3: matig stedelijk, 1000 - 1500 omgevingsadressen per km²
- 4: weinig stedelijk, 500 - 1000 omgevingsadressen per km²
- 5: niet stedelijk, < 500 omgevingsadressen per km²

Op de site van het Centraal Bureau voor de Statistiek (www.cbs.nl) is specifieke informatie over de situatie in Nederland te vinden. Er is bijvoorbeeld te vinden dat de stedelijkheid van de algemene Nederlandse populatie sterk stedelijk is. Dit houdt in dat de algemene Nederlandse populatie in een postcodegebied woont met in de omgeving 1500 - 2500 adressen per km².

De overige twee kenmerken, voorzieningenindex en SES, komen uit databronnen van het SCP (www.scp.nl). De voorzieningenindex is een index betreffende het aantal aanwezige voorzieningen per postcodegebied, gebaseerd op de postcodecijfers. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen basisvoorzieningen en andere veelgebruikte voorzieningen. Als basisvoorzieningen worden in dit geval winkels voor dagelijkse levensbehoeften (supermarkten), basisscholen en huisartsen gezien. Onder overige veel gebruikte voorzieningen vallen volgens het SCP sportgelegenheden (sportvelden of -hallen), bibliotheken en/of sociaal-culturele centra. Er kunnen vele combinaties van al dan geen aanwezige basis- of andere veel gebruikte voorzieningen per postcodegebied voorkomen, van aanwezigheid van alle mogelijke voorzieningen tot postcodegebieden zonder enkele voorziening. Het SCP heeft verschillende voorzieningenniveaus gevormd op basis van deze combinaties.

- *Niveau 1*: Alle (veel gebruikte) voorzieningen zijn aanwezig. Behalve tenminste een winkel, een huisarts en een basisschool (de basisvoorzieningen) zijn in het postcodegebied

ook tenminste een bibliotheekvestiging, gecombineerd met een of meerdere sociaal-culturele centra, sporthallen en sportvelden.

- *Niveau 2*: Naast een of meerdere winkels voor dagelijkse levensbehoeften, basisscholen, en huisartsen, zijn er een of meer (maar niet alle) overige voorzieningen aanwezig.
- *Niveau 3*: Er zijn één of twee basisvoorzieningen aanwezig, en één of meer van de overige voorzieningen.
- *Niveau 4*: Er is één van de basisvoorzieningen, of geen basisvoorziening en alleen één of meer van de overige voorzieningen in het postcodegebied.
- *Niveau 5*: Er zijn geen voorzieningen in het postcodegebied.

Omdat er nauwelijks gebieden in Nederland voorkomen waar de bevolking alle – veel gebruikte – voorzieningen in het eigen postcodegebied heeft, zijn de eerste twee categorieën (niveau 1 en niveau 2) samengevoegd. In totaal zijn er dus vier indices toe te kennen aan de postcodegebieden, waarbij een index van 1 bestaat uit niveau 1 + 2, een index van 2 uit niveau 3, een index van 3 uit niveau 4, en een index van 4 uit niveau 5.

De SES, ook verkregen via gegevens van het SCP, is een statusmaat voor postcodegebieden (Knol, 1998). Ook de bepaling van de SES is gebaseerd op de postcodecijfers alleen. Deze maat is een samengestelde score van de variabelen gemiddeld inkomen, percentage laag inkomen, percentage laag opleidingsniveau en percentage niet-werkenden. Deze variabelen zijn gevormd op basis van de antwoorden die respondenten hebben gegeven op vragen in welke mate er huishoudens in de omgeving voorkomen met de betreffende kenmerken. Er is dus geen sprake van feiten, maar van subjectieve informatie. Er bestaan vijf niveaus van SES-scores; een SES van 1: hoge SES; een SES van 2: midden 1; een SES van 3: midden 2; een SES van 4: midden 3; en een SES van 5: lage SES. De vijf niveaus van sociale status zijn de 20% groepen (kwintielen) van de Nederlandse verdeling.

PROCEDURE

In de registratiesystemen van de politie werden de kinderen geselecteerd die in aanmerking kwamen voor deelname aan het onderzoek. Vervolgens werd door de politie aan deze kinderen en hun ouders toestemming gevraagd om door de onderzoekers benaderd te mogen worden. Het verzoek tot toestemming om door de onderzoekers benaderd te mogen worden vond in een aantal

gevallen telefonisch en in een aantal gevallen persoonlijk plaats. Persoonlijke benadering had de voorkeur van de onderzoekers, maar was voor de politie niet altijd haalbaar. Het verzoek ging steeds vergezeld van een informatiebrief van de politie en één van de onderzoekers. Hoewel de instroom via de politie plaats vond, is er voor gekozen contact te houden met eventueel andere betrokken instanties, zodat deelname aan het onderzoek niet in conflict komt met mogelijke andere procedures (bij Bureau HALT, Bureau Jeugdzorg of de Raad voor de Kinderbescherming).

Wanneer ouders en het kind toestemming hadden gegeven voor benadering door de onderzoekers, werd door een onderzoeker telefonisch contact gezocht met de betreffende ouder(s)/verzorger(s). Indien telefonisch contact niet mogelijk was werd het gezin thuis bezocht. Bij dit eerste contact stelde de onderzoeker zich voor, werden het doel en de procedures van het onderzoek uitgelegd en werd gevraagd of men aan het onderzoek deel wilde nemen. Indien ingestemd werd met deelname werd een afspraak gemaakt voor een onderzoeksgesprek.

Tijdens een onderzoeksgesprek zelf werd informatie verkregen van ouder(s)/verzorger(s), met behulp van de DISC-III-R-P. Voor aanvang van het onderzoeksgesprek werd het onderzoek zowel schriftelijk als mondeling nogmaals toegelicht door de onderzoeker, in dit geval de afnemer van het interview. Ook werd duidelijk gemaakt dat alles wat in het gesprek aan bod komt anoniem behandeld wordt. Ieder gezin kreeg een nummer, maar de connectie tussen naam en nummer bleef anoniem. Vervolgens werd een toestemmingsformulier getekend waarmee toestemming wordt verleend voor het onderzoek en voor benadering in verband met eventuele vervolgonderzoeken. Ook de onderzoeker tekende dit formulier, om zo aan te geven dat ook hij/zij zich aan de regels houdt. Het gezin kreeg nog een extra exemplaar die alleen door de onderzoeker ondertekend was. Het afnemen van het interview duurde ongeveer 30 minuten.

STATISTISCHE ANALYSES

De analyses werden uitgevoerd met SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versie 12.0.1). De steekproef zal allereerst op descriptieve wijze beschreven worden. Met behulp van *t*-testen en een chi-kwadraat test (Pearson's Chi-Square) wordt het verband tussen psychopathologie en buurtkenmerken bekeken. Het significantieniveau is gesteld op $p = 0,05$ en is tweezijdig. Mocht er sprake zijn van significant resultaten zal er per psychopathologie verder worden geanalyseerd.

RESULTATEN

In de Tabel 2 worden beschrijvende statistieken weergegeven van de prevalentie van de psychopathologie en van de buurtkenmerken zoals ze bij deze steekproefonderzoeksgroep voorkomen.

Tabel 2: Beschrijvende statistieken

		N	%	M	SD	Mediaan
<i>Geen diagnose</i>		184	68,4*			
<i>ADHD</i>		56	20,8*			
<i>CD</i>		7	2,6*			
<i>ODD</i>		26	9,7*			
<i>ADHD+CD/ODD</i>		27	10,0*			
<i>Stedelijkheid</i>	<i>Totaal</i>	269	100,0	2.22	1.20	2.00
	<i>1</i>	92	34,2			
	<i>2</i>	88	32,7			
	<i>3</i>	41	15,2			
	<i>4</i>	34	12,6			
	<i>5</i>	14	5,2			
<i>SES</i>	<i>Totaal</i>	269	100,0	3.66	1.51	4.00
	<i>1</i>	45	16,7			
	<i>2</i>	20	7,4			
	<i>3</i>	36	13,4			
	<i>4</i>	49	18,2			
	<i>5</i>	119	44,2			
<i>Voorzieningenindex</i>	<i>Totaal</i>	269	100,0	1.11	0.38	1.00
	<i>1</i>	243	90,3			
	<i>2</i>	24	8,9			
	<i>3</i>	0	0,0			
	<i>4</i>	2	0,7			

* Noot: de som van de percentages komt niet op 100 uit vanwege co-morbiditeit

De gegeven percentages zijn gebaseerd op de totale onderzoeksgroep. De totale prevalenties van de onderzoeksgroep voor ADHD zijn 16 maal hoger dan die van de algemene Nederlandse bevolking van 13 tot 17 jaar. De prevalenties voor CD zijn 3,7 maal hoger dan van de algemene Nederlandse bevolking van 13 tot 18 jaar. Ook de prevalentie van ODD is hoger dan de algemene bevolking van 13 tot 18 jaar, deze is 1,7 maal hoger. Wanneer we per regio bekijken hoeveel procent een ADHD, CD of ODD diagnose heeft volgens de DISC-III-R-P, is dit voor regio Rotterdam-Rijnmond 24,6%, voor regio Utrecht 39,4%, en voor regio Gelderland-Midden 34,8%. Uit de tabel is af te lezen dat de diagnose ADHD het meest voorkomt onder de deelnemers ($n = 56$), de diagnose CD daarentegen het minst vaak ($n = 7$). Deze patronen zijn ook terug te vinden per regio.

Gemiddeld hebben de deelnemers een totaal stedelijkheidsniveau van 2,22, een totale SES-score van 3,66 en een totale voorzieningenindex van 1,11. In woorden geven deze gemiddelden een sterke stedelijkheid aan, een SES van midden 3, en een buurt met veel voorzieningen. Het stedelijkheidsniveau van de onderzoeksgroep komt overeen met die van de algemene Nederlandse bevolking, die een sterke stedelijkheid heeft. Ook de voorzieningenindex komt overeen met de Nederlandse bevolking. Van de onderzoeksgroep heeft 90,3% een voorzieningenindex van 1, van de algemene Nederlandse bevolking 86,1%. Bij SES is het zo dat, in elke SES-score, zich 20% van de Nederlandse bevolking bevindt. Bij de onderzoeksgroep is er geen sprake van kwintielen. Van de onderzoeksgroep heeft 44,2% een SES-score van 5, en komt deze SES-score dus ruim twee keer vaker voor in de onderzoeksgroep dan bij de algemene Nederlandse bevolking.

Met behulp van onafhankelijke *t*-tests is berekend of de gemiddelden van de buurtkenmerken verschillen tussen de groep met en zonder diagnose. Hierbij is er geen onderscheid gemaakt tussen soort diagnose, wat tot een indeling leidt van de groep geen diagnose ($n = 184$) en wel diagnose ($n = 85$). In Tabel 3 is weergegeven wat de testresultaten zijn. Hieruit is af te lezen dat bij elk buurtkenmerk de *t*-test geen significant resultaat heeft opgeleverd. Bij het buurtkenmerk voorzieningenindex is wel een trend gevonden.

Tabel 3: Groepsstatistieken en resultaten onafhankelijke *t*-tests

Buurtkenmerk	Diagnose			Geen			<i>t</i> -waarde	df	<i>p</i> -waarde
	Wel								
	N	M	SD	N	M	SD			
Stedelijkheid	85	2,32	1,13	184	2,17	1,23	0,92	267	0,36
SES	85	3,52	1,57	184	3,72	1,48	-1,04	267	0,30
Voorzieningenindex	85	1,06	0,24	184	1,14	0,43	-1,89	259	0,06

Met behulp van een chi-kwadraat test is het verband tussen de kenmerken berekend. Hiervoor zijn eerst de deelnemers in twee groepen verdeeld op basis van SES en stedelijkheid. Op deze manier wordt er onderscheid gemaakt tussen deelnemers die in een achterstandwijk wonen en deelnemers die niet in een achterstandwijk wonen. Een achterstandwijk houdt in dit geval in: een wijk met een lage SES en een zeer sterke stedelijkheid. Alle overige niveaus van SES of stedelijkheid vormen de niet achterstandwijk. De voorzieningenindex is niet meegenomen in de ontwikkeling van de groepen, er van uitgaande dat bij een postcode met een hoge stedelijkheid ook veel voorzieningen aanwezig zijn. Voorzieningenindex geeft in dit geval geen extra

onderscheid tussen de groepen. Verder werd ook hier gebruik gemaakt van het onderscheid wel of geen diagnose.

Van de deelnemers heeft 44,2% ($N = 119$) een lage SES, en woont 43,2% ($N = 92$) in een zeer stedelijke wijk. Uit hoeveel deelnemers de groepen ‘achterstandswijk’ en ‘geen achterstandswijk’ uiteindelijk bestaan is af te lezen in Tabel 4.

Tabel 4: Groepsgrootten op basis van SES, stedelijkheid en wel/geen diagnose

		DISC diagnose				Totaal	
		Wel		Geen		N	%
		N	%	N	%		
<i>Groepen</i>	<i>Achterstandswijk</i>	21	7,8	62	23	83	30,8
	<i>Geen achterstandswijk</i>	64	23,8	122	45,4	186	69,2
<i>Totaal</i>		85	31,6	184	68,4	269	100,0

De groepen zijn groot genoeg gebleven om betekenisvolle analyses op uit te voeren, de chi-kwadraat test is dan ook uitgevoerd. In dit geval wordt berekend hoe vaak het voorkomt dat iemand die in en achterstandswijk woont ook een diagnose heeft. Hieruit volgde een Pearson’s Chi-Square van 2,20 ($df = 1, p = 0,14$), bij een $\alpha = 0,05$.

DISCUSSIE

CONCLUSIES

Het huidige onderzoek heeft zich gericht op zeer jeugdige delinquenten. Dit zijn in dit geval kinderen die voor hun twaalfde jaar politiecontact hadden in verband met hun delinquent gedrag, de zogenaamde 12-minners. In de bestaande literatuur zijn een aantal kenmerken geïdentificeerd die met zeer jeugdige delinquentie samenhangen. Deze kenmerken kunnen de kans op delinquent gedrag verhogen (risicofactoren) of verlagen (beschermde factoren). Het huidige onderzoek heeft zich gericht op een tweetal risicofactoren, namelijk de aanwezigheid van psychopathologie bij de zeer jeugdige delinquent, en de buurtkenmerken van dit kind.

De centrale vraag voor dit onderzoek luidde: ‘Bestaat er bij kinderen, die voor hun twaalfde jaar met de politie in aanraking zijn geweest vanwege delinquent gedrag, een verband tussen de aanwezigheid van psychopathologie en de buurtkenmerken stedelijkheid, voorzieningen en sociaal economische status?’. De verwachting hierbij was dat er inderdaad een verband bestaat, dat de aan- of afwezigheid van risicovolle psychopathologische diagnose van een kind zal samenhangen met een toename of afname van de risicovolle buurtkenmerken van dat kind. Om deze vraagstelling te kunnen beantwoorden werden er 269 12-minners onderzocht. Deze 12-minners representeerden drie regio’s, te weten regio Rotterdam-Rijnmond, regio Utrecht en regio Gelderland-Midden.

Van deze 12-minners werd uitgezocht in hoeverre er sprake was van een diagnose ADHD, ODD of CD, of een combinatie hiervan. De ouders/verzorgers van de kinderen werden geïnterviewd met behulp van de DISC-R-P, waarmee de prevalentie van deze drie psychopathologieën bij de deelnemers in kaart werd gebracht. Gekeken naar de aanwezigheid van een psychopathologie *an sich* heeft 24,6% van de 12-minners uit regio Rotterdam-Rijnmond een diagnose, 39,4% van de 12-minners uit de regio Utrecht, en 34,8% van de 12-minners uit de regio Gelderland-Midden. De prevalenties die gevonden werden voor ADHD, ODD en CD bij deze kinderen waren allemaal hoger dan die van de algemene Nederlandse bevolking. Er kan dus geconcludeerd worden dat binnen deze onderzoeksgroep van zeer jeugdige delinquenten de psychopathologieën ADHD, ODD en CD vaker voorkomen dan bij de algemene Nederlandse bevolking. Dit komt overeen met eerder onderzoek van onder andere Wasserman et al. (2003) en Loeber en Farrington (2001). In hun onderzoek vonden zij dat gedragskenmerken die passen bij de psychopathologieën

waarmee in het huidige onderzoek gewerkt is, vaak voorkomen bij kinderen en jongeren die delinquent gedrag vertonen. De verwachting dat de onderzoeksgroep hogere prevalenties hebben dan de algemene Nederlandse bevolking wordt door dit onderzoek gesteund.

Ook de aanwezigheid van de buurtkenmerken stedelijkheid, SES en voorzieningen werd bij deze onderzoeksgroep onderzocht. Gemiddeld wonen de deelnemers in een postcodegebied met een sterke stedelijkheid, wat overeen komt met het gemiddelde stedelijkheidsniveau van de algemene Nederlandse bevolking. Dit houdt in dat de verwachting dat de stedelijkheid van de deelnemers sterker zal zijn dan die van de algemene Nederlandse bevolking, niet gesteund wordt in dit onderzoek. Waarschijnlijk is dit te verklaren door het feit dat er drie regio's, die verschillen in stedelijkheidsniveau, samengenomen worden tot een gemiddelde. Hierdoor vallen de extremen weg.

De gemiddelde SES-score van de totale onderzoeksgroep geeft aan dat de deelnemers van dit onderzoek in een postcodegebied wonen met een laag gemiddelde sociaal economische status. Dit komt niet overeen met de algemene Nederlandse bevolking; de gemiddelde SES-score van de onderzoeksgroep is lager. De kwintiele verdeling van de SES-scores die in algemeen Nederland geldt, wordt niet gevonden bij deze onderzoeksgroep. De verwachting over de SES-score wordt in dit onderzoek dan ook gesteund. De lage SES-score van de deelnemers komt overeen met wat andere onderzoekers al vonden, zoals Boyle en Lipman (2002).

Wat betreft het laatste buurtkenmerk, de voorzieningenindex, woont de onderzoeksgroep in een buurt met gemiddeld veel voorzieningen. Dit komt overeen met het aantal voorzieningen wat de algemene Nederlandse bevolking heeft in hun postcodegebied. Dit houdt verband met de sterke stedelijkheid van de postcodegebieden waarin de 12-minners wonen. In een buurt waarin de stedelijkheid hoog is mag je er van uitgaan dat er ook veel voorzieningen aanwezig zijn.

Met deze informatie is met behulp van *t*-tests berekend hoe de gemiddelden van de buurtkenmerken van de groep met diagnose en de groep zonder diagnose zich tot elkaar verhouden. Hierbij werd het significantieniveau $p = 0,05$ gehanteerd. De gevonden *t*-waarden voor stedelijkheid, SES en voorzieningen zijn niet extreem genoeg. Dit betekent dat er betreffende de buurtkenmerken geen significante verschillen zijn tussen de groep met en de groep zonder diagnose. Binnen de onderzoeksgroep heeft het wel of niet hebben van een diagnose geen verband met de kenmerken van de buurt waarin de onderzoeksgroep woont. Voor het buurtkenmerk voorzieningenindex is echter wel een trend gevonden. Gemiddeld hebben de kinderen met een diagnose

minder voorzieningen in hun woonbuurt dan de kinderen zonder diagnose, echter dit verschil is net niet significant. Deze trend komt overeen met het eerdergenoemde *neighborhood institutional resource model* van Jencks en Mayer (1990, in Leventhal & Brooks-Gunn, 2000), waarin gesteld wordt dat de aanwezigheid van buurtbronnen de kinderen kunnen beïnvloeden. Mogelijk zijn de resultaten niet significant door de leeftijd van de deelnemers. Sommige onderzoekers (e.g. Krohn et al., 2001) gaven al aan dat de kenmerken van de buurt waarschijnlijk pas van invloed zijn rond de adolescentie. Hoewel er een aantal onderzoekers zijn die hebben gevonden dat er enige directe effecten van de buurt op het gezin bestaan (e.g. Ellen & Turner, 1997), zijn deze effecten op kinderen jonger dan 12 jaar wellicht niet sterk genoeg om hun gedrag werkelijk te kunnen beïnvloeden.

Tenslotte is er een chi-kwadraat test uitgevoerd om het verband tussen het wel of niet hebben van een diagnose en het wel of niet wonen in een achterstandswijk te berekenen. De gevonden Pearson's Chi-Square was niet significant. Er is geen verband gevonden tussen het wel of niet hebben van een psychopathologie en de buurtkenmerken van het postcodegebied waarin de 12-minners wonen. Ook hier zou de jonge leeftijd van de deelnemers een mogelijke verklaring kunnen zijn. Echter, er zou ook sprake kunnen zijn van een vertekend beeld. In dit onderzoek geven de ouders die in een achterstandswijk wonen minder vaak aan dat hun kind een diagnose heeft dan de ouders uit een betere wijk. Van alle 12-minners met een diagnose woont 24,7% in een achterstandswijk, en van alle 12-minners die in een achterstandswijk wonen heeft 25,3% een diagnose. Mogelijk is het zo dat een psychopathologie bij 12-minners die niet in een achterstandswijk wonen meer opvalt dan bij 12-minners die wel in een achterstandswijk wonen. De psychopathologie van de 12-minners uit de achterstandswijk zou op de achtergrond gedrukt – overschaduwd – kunnen zijn door de problemen van de buurt.

KANTTEKENINGEN EN AANBEVELINGEN

Bij het interpreteren van de resultaten moet rekening gehouden worden met een aantal belangrijke kanttekeningen. Ten eerste is, hoewel er sprake is van een grote onderzoeksgroep, niet zeker of de onderzoeksgroep representatief is. In dit onderzoek was sprake van vrijwillige deelname, dus de onderzoeksgroep bestaat uit de ouders en kinderen die hebben ingestemd met deelname. Het kan zijn dat al deze gezinnen op veel vlakken overeen komen, zoals de stedelijkheid van de buurt waarin ze wonen of de psychopathologie van de kinderen. Wanneer ook de gezinnen die

niet instemden met deelname in het onderzoek betrokken waren, hadden de verbanden er wellicht heel anders uit gezien. Zolang de mogelijkheid ontbreekt om iemand diens medewerking aan een onderzoek af te dwingen, kan hier in vervolgonderzoek helaas niets aan veranderd worden. Een andere kanttekening betreffende de onderzoeksgroep is dat er geen sprake is van een controle groep. Hierin was het huidige onderzoek afhankelijk van het hoofdonderzoek (Van Domburgh et al., 2004) waar dit onderzoek een deel van is. In het hoofdonderzoek wordt de recidive van 12-minners onderzocht. Verwacht wordt dat in de loop van het hoofdonderzoek, de onderzoeksgroep zich opsplijt tot een groep 12-minners die recidiveren en een groep 12-minners die niet recidiveren. De laatstgenoemde groep is dan de controle groep. Vanwege deze verwachting is er geen controle groep in het hoofdonderzoek betrokken, en heeft het huidige onderzoek geen beschikking over een controle groep. Wanneer het huidige onderzoek herhaald wordt als een op zichzelf staand onderzoek, wordt aanbevolen wel een controle groep te betrekken. Er kunnen dan meer specifieke vergelijkingen gemaakt worden tussen de onderzoeks- en controle groep dan nu het geval is met de vergelijkingen tussen de onderzoeksgroep en de algemene Nederlandse bevolking.

Een volgende kanttekening is het feit dat de scores van de sociaal economische status op subjectieve wijze gemeten zijn. Zoals gezegd bestaat SES uit vier variabelen. Het gemiddelde inkomen is een bekende waarde die berekend kan worden. De percentages laag inkomen, laag opleidingsniveau en niet-werkenden zijn echter gebaseerd op subjectieve informatie. Deze percentages zijn namelijk afgeleid van de mate waarin respondenten aangeven dat er huishoudens met de betreffende kenmerken in de omgeving aanwezig zijn (Knol, 1998). Hoewel de SES scores zoals ze nu bestaan in heel Nederland geaccepteerd en gebruikt worden, wordt hier toch de aanbeveling gedaan voor vervolgonderzoek feitelijke waarden voor deze drie variabelen te gebruiken in plaats van die hier gebruikte percepties van respondenten. Mogelijk worden er dan andere, meer betrouwbare, resultaten gevonden.

Een laatste kanttekening is het gebruikte interview om de psychopathologie van de 12-minners te meten. Er ontbreekt namelijk een Nederlandse normering. Hierdoor kan het beeld dat nu is geschetst over kinderen die in Nederland wonen onjuist zijn. Ook het ontbreken van een goede vertaling naar bijvoorbeeld het Turks van dit interview is een gemis. Sommige van de deelnemende ouder(s)/verzorger(s) zijn van buitenlandse afkomst, waardoor afname van het interview bemoeilijkt werd. En vanwege de gestructureerde aard van het interview was het niet

toegestaan zelf vertalingen te geven. Zoals gezegd zijn er om deze reden (taalproblemen) al 42 gevallen niet meegenomen in de analyses. Mogelijk hebben de overige deelnemende buitenlandse ouder(s)/verzorger(s) toch sommige vragen niet goed begrepen, maar doordat zij dit niet hebben aangegeven is het interview toch in zijn geheel afgenomen en in de analyses betrokken. Ook kan het zijn dat deze ouder(s)/verzorger(s) vanwege culturele overtuigingen bepaalde vragen ontkenkend beantwoord hebben, in welk geval de interviews ook zijn meegenomen in de analyses. Voor vervolgonderzoek wordt aanbevolen een valide en betrouwbare test om psychopathologie te meten te vinden die een Nederlandse normering kent, en waar goede vertalingen van bestaan.

ALGEMENE CONCLUSIE

Concluderend kan er gesteld worden dat er geen verband is tussen de psychopathologie en buurtkenmerken van kinderen die onder de 12 voor het eerst geregistreerd worden door de politie vanwege hun delinquent gedrag. Binnen deze onderzoeksgroep van zeer jeugdige delinquenten komen de psychopathologieën ADHD, ODD en CD vaker voor dan bij de algemene Nederlandse bevolking. Dit komt overeen met eerder onderzoek. Gemiddeld wonen de deelnemers in een postcodegebied met een sterke stedelijkheid, wat overeen komt met het gemiddelde stedelijkheidsniveau van de algemene Nederlandse bevolking. De gemiddelde SES-score van de totale onderzoeksgroep geeft aan dat de deelnemers van dit onderzoek in een postcodegebied wonen met een laag gemiddelde sociaal economische status, wat lager is dan de SES-score van de algemene Nederlandse bevolking. Wat betreft het laatste buurtkenmerk, de voorzieningenindex, woont de onderzoeksgroep in een buurt met gemiddeld veel voorzieningen. Ook dit komt overeen met de algemene Nederlandse bevolking. Verder heeft, binnen de onderzoeksgroep, het wel of niet hebben van een diagnose geen verband met de kenmerken van de buurt waarin de onderzoeksgroep woont. Bij het interpreteren van deze resultaten moet echter rekening gehouden worden met een aantal kanttekeningen.

REFERENTIES

- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Aneshensel, C. S., & Sucoff, C. A. (1996). The Neighborhood Context of Adolescent Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 293-310.
- Boyle, M. H., & Lipman E. L. (2002). Do Places Matter? Socioeconomic Disadvantage and Behavioral Problems of Children in Canada. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 378-389.
- Brooks-Gunn, J., Duncan, G. J., Klebanov, P. K., en Sealand, N. (1993). Do Neighborhoods Influence Child and Adolescent Development? *The American Journal of Sociology*, 99 (2), 353-395.
- Cannoot, M. Risicofactoren en protectieve factoren voor het ontstaan van delinquent gedrag bij jongeren.
Internetlink:<http://scholar.google.nl/scholar?hl=nl&lr=&q=cache:21QYFxFHqsnIJ:www.viersier.be/pdfs/bibliotheek/Risicofactoren.doc+cannoot>
- Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg 2006.
- Ellen en Turner (1997). Does neighborhood matter? Assessing recent evidence. *Housing policy debate*, 8, 833-866.
- Hemphill, S. A., Toumbourou, W. J. en Catalano, R. F. (2005). *Predictors of violence, antisocial behaviour and relational aggression in Australian adolescents: A longitudinal study*. A report for the Criminology Research Council. On grant 26/03-04.
- Knol, F. A. (1998). *Van hoog naar laag, van laag naar hoog: De sociaalruimtelijke ontwikkeling van wijken*. SCP-Cahier 152. Den Haag: SCP.
- Krohn, M. D., Thornberry, T. P., Rivera, C. en LeBlanc, M. (2001). Later delinquency careers. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.) *Child Delinquents: Development, Intervention, and Service Needs* (pp. 67-93). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Leventhal, T. en Brooks-Gunn, J. (2000). The Neighborhoods They Live in: The Effects of Neighborhood Residence on Child and Adolescent Outcomes. *Psychological Bulletin*, 126 (2), 309-337.
- Loeber en Farrington, 2001. Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and Psychopathology*, 12, 737-762.

- Loeber, R. (1998). Ontwikkelingspaden en risicopatronen voor ernstige jeugddelinquentie en hun relevantie voor interventies: Nooit te vroeg en nooit te laat. In Koops, W. & Slot, W. (Eds), *Van lastig tot misdadig* (15-30). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Loeber, R., & Farrington, D.P. (2000). Young children who commit crime: epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and psychopathology*, 12, 737-762.
- Piquero, A. R. & Buka, S. L. (2002). Linking juvenile and adult patterns of criminal activity in the Providence cohort of the National Collaborative Perinatal Project. *Journal of Criminal Justice*, 30, 259– 272.
- Reppucci, N. D., Fried, C. S., Schmidt, M. G. (2002). Youth violence: Risk and protective factors. In Corrado, R. R., Roesch, R. & Hart, S. D. (Eds.), *Multi-problem youth: A foundation for comparative research on needs, interventions, and outcomes* (pp. 3-22). Amsterdam: ISO Press.
- Snyder, H. N., Espiritu, R. C., Huizinga, D., Loeber, R. & Petechuk, D. (2003). Prevalence and Development of Child Delinquency.
Internetlink:<http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojdp/193411.pdf>
- Teplin, L. A., Abram, K. M., McClelland, G. M., Dulcan, M. K. en Mericle, A. A. (2002). Psychiatric Disorders in Youth in Juvenile Detention. *Archives of Genreal Psychiatry*, 59, 1133-1143.
- Van Domburgh, L., Doreleijers, T. A. H., Vermeiren, R., Veerman, J. W., Stol, W. P. & Bullens, R. A. R. (2004). Zeer jeugdige 'delinquenten' in Nederland: een zorgwekkende ontwikkeling? Pilotstudie naar de sociaaldemografische, ontwikkelingpsycho(patho)logische en delictgerelateerde kenmerken van door de politie geregistreerde twaalf-minners. De Bascule, Duivendrecht.
Internetlink: http://www.wodc.nl/images/ewb04zee_Volledige%20tekst_tcm11-21291.pdf
- Wasserman, G. A., Keenan, K., Tremblay, R. E., Coie, J. D., Herrenkohl, T. I., Loeber, R. & Petechuk, D. (2003). Risk and Protective Factors of Child Delinquency.
Internetlink:<http://www.cumberlandjcpc.org/Risk%20and%20Protective%20Factors%20in%20Child%20Delinq.pdf>
- White, H. R., Bates, M. E., & Buyske, S. (2001). Adolescence-Limited Versus Persistent Delinquency: Extending Moffitt's Hypothesis Into Adulthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 600-609.

INTERNETSITES:

www.cbs.nl

www.scp.nl

<http://www.scp.nl/onderzoek/voorzieningenindex/>

www.rivm.nl

BIJLAGE: DIAGNOSTISCHE CRITERIA VOLGENS DE DSM-IV-TR

Diagnostic Criteria for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

A. Either (1) or (2):

- (1) six (or more) of the following symptoms of **inattention** have persisted for at least 6 months to a degree that is maladaptive and inconsistent with developmental level:

Inattention

- (a) often fails to give close attention to details or makes careless mistakes in schoolwork, work, or other activities
- (b) often has difficulty sustaining attention in tasks or play activities
- (c) often does not seem to listen when spoken to directly
- (d) often does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork, chores, or duties in the workplace (not due to oppositional behavior or failure to understand instructions)
- (e) often has difficulty organizing activities
- (f) often avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort (such as schoolwork or homework)
- (g) often loses things necessary for tasks and activities (e.g., toys, school assignments, pencils, books, or tools)
- (h) is often easily distracted by extraneous stimuli
- (i) is often forgetful in daily activities

- (2) six (or more) of the following symptoms of **hyperactivity-impulsivity** have persisted for at least 6 months to a degree that is maladaptive and inconsistent with developmental level:

Hyperactivity

- (a) often fidgets with hands or feet or squirms in seat
- (b) often leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected
- (c) often runs about or climbs excessively in situations in which it is inappropriate (in adolescents or adults, may be limited to subjective feelings or restlessness)
- (d) often has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly
- (e) is often "on the go" or often acts as if "driven by a motor"
- (f) often talks excessively

Impulsivity

- (g) often blurts out answers before questions have been completed
- (h) often has difficulty awaiting turn
- (i) often interrupts or intrudes on others (e.g., butts into conversations or games)

- B. Some hyperactive-impulsive or inattentive symptoms that caused impairment were present before age 7 years.
- C. Some impairment from the symptoms is present in two or more settings (e.g., at school [or work] and home).
- D. There must be clear evidence of clinically significant impairment in social, academic or occupational functioning.
- E. The symptoms do not occur exclusively during the course of a Pervasive Developmental disorder, Schizophrenia, or other Psychotic Disorder and are not better accounted for by another mental disorder (e.g., Mood Disorder, Anxiety Disorder, Dissociative Disorder, or a Personality Disorder).

Code based on type:

314.01 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Combined Type: if both Criteria A1 and A2 are met for the past 6 months

314.00 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive Type: if Criterion A1 is met but criterion A2 is not met for the past 6 months

314.01 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Predominantly Hyperactive-Impulsive Type: if Criterion A2 is met but Criterion A1 is not met for the past six months

Diagnostic Criteria for Conduct Disorder (CD)

A. A repetitive and persistent pattern of behavior in which the basic rights of others or major age-appropriate societal norms or rules are violated, as manifested by the presence of three (or more) of the following criteria in the past 12 months, with at least one criterion present in the past 6 months:

Aggression to people and animals

- (1) often bullies, threatens, or intimidates others
- (2) often initiates physical fights
- (3) has used a weapon that can cause serious physical harm to others (e.g., a bat, brick, broken bottle, knife, gun)
- (4) has been physically cruel to people
- (5) has been physically cruel to animals
- (6) has stolen while confronting a victim (e.g., mugging, purse snatching, extortion, armed robbery)
- (7) has forced someone into sexual activity

Destruction of property

- (8) has deliberately engaged in fire setting with the intention of causing serious damage
- (9) has deliberately destroyed others' property (other than by fire setting)

Deceitfulness or theft

- (10) has broken into someone else's house, building, or car
- (11) often lies to obtain goods or favors or to avoid obligations (i.e., "cons" others)
- (12) has stolen items of nontrivial value without confronting a victim (e.g., shoplifting, but without breaking and entering; forgery)

Serious violations of rules

- (13) often stays out at night despite parental prohibitions, beginning before age 13 years
- (14) has run away from home overnight at least twice while living in parental or parental surrogate home (or once without returning for a lengthy period)
- (15) is often truant from school, beginning before age 13 years

B. The disturbance in behavior causes clinically significant impairment in social, academic, or occupational functioning.

C. If the individual is age 18 years or older, criteria are not met for Antisocial Personality Disorder.

Code based on age at onset:

312.81 Conduct Disorder, Childhood-Onset Type: onset of at least one criterion characteristic of Conduct Disorder prior to age 10

312.82 Conduct Disorder, Adolescent-Onset Type: absence of any criteria characteristic of Conduct Disorder prior to age 10 years

312.89 Conduct Disorder, Unspecified Onset: age at onset is not known

Specify severity:

Mild: few if any conduct problems in excess of those required to make the diagnosis and conduct problems cause only minor harm to others

Moderate: number of conduct problems and effect on others intermediate between "mild" and "severe"

Severe: many conduct problems in excess of those required to make the diagnosis or conduct problems cause considerable harm to others

Diagnostic criteria for Oppositional Defiant Disorder (ODD)

A. A pattern of negativistic, hostile, and defiant behaviour lasting at least 6 months, during which four (or more) of the following are present:

- (1) often loses temper
- (2) often argues with adults
- (3) often actively defies or refuses to comply with adults' requests or rules
- (4) often deliberately annoys people
- (5) often blames others for his or her mistakes or misbehavior
- (6) is often touchy or easily annoyed by others
- (7) is often angry and resentful
- (8) is often spiteful or vindictive

Note: Consider a criterion met only if the behavior occurs more frequently than is typically observed in individuals of comparable age and developmental level.

B. The disturbance in behavior causes clinically significant impairment in social, academic, or occupational functioning.

C. The behaviors do not occur exclusively during the course of a Psychotic or Mood Disorder.

D. Criteria are not met for Conduct Disorder, and, if the individual is age 18 years or older, criteria are not met for Antisocial Personality Disorder.