

Kennis over diagnostiek en behandeling van ontspoorde meisjes in residentiële zorg schiet tekort. En ontwikkeling van die kennis is wel nodig om de effectiviteit van zorg te verbeteren. Karin Nijhof en collega's geven een beschrijvend beeld van 137 meisjes in jeugdzorginstellingen en concluderen dat het gaat om een complexe, kwetsbare doelgroep waarvoor langdurige en intensieve zorg nodig is.

EEN DOELGROEPOMSCHRIJVING

MEISJES IN RESIDENTIËLE ZORG

Mirjam is een zestienjarige, gemiddeld intelligente adolescente, wanneer ze eind 2013 wordt herplaatst binnen Jeugdzorg^{plus}. Ze is de oudste van twee kinderen, opgegroeid in een volledig gezin. Haar broertje is bekend met een ontwikkelingsstoornis in combinatie met zeer opstandig gedrag. Ouders zijn getrouwd, maar de onderlinge relatie kent een langdurig patroon van elkaar aantrekken en afstoten. Wat betreft de opvoeding tonen ouders zich verschillend en wisselend in beschikbaarheid en responsiviteit naar de kinderen. Over de vroege ontwikkeling van Mirjam is bij aanvang van opname niets bekend dan wel gerapporteerd.

Het is 2010 als haar ouders om hulp vragen. De jaren hiervoor doen vermoeden dat eventuele problemen voor ouders hanteerbaar zijn geweest of dat de problematiek onvoldoende is gezien vanwege de zorg en aandacht voor Mirjams broertje. Sinds 2010 maakt Mirjam een zeer moeizame en zorgelijke ontwikkeling door. Ze laat in toenemende mate een spannings- en aandachtbehoefte zien. Volgens Mirjam ter compensatie van de situatie thuis. Het gemis aan persoonlijke stevigheid en veerkracht, haar vraag naar aandacht in combinatie met tekortschietende coping-mechanismen leiden ertoe dat ze zich vaak en langdurig begeeft in voor haar

risicovolle, schadelijke en traumatiserende situaties. Mirjam komt in aanraking met een netwerk waar een zorgelijke beïnvloeding van uitgaat. Overmatig drank- en druggebruik – waarbij het creëren van een afhankelijkheidsrelatie het hoofddoel lijkt – leiden ertoe dat Mirjam geïsoleerd raakt van haar familie en bekenden, niet meer naar school gaat en op seksueel gebied veelal onder invloed lijkt te worden geëxploiteerd.

Voor haar huidige opname heeft Mirjam gebruik gemaakt van tien vormen van hulpverlening. Veelal residentiële opnames – waarvan vier in Jeugdzorg^{plus} – die vanwege maandenlange onttrekking aan toezicht en interventie al in het beginstadium worden afgebroken. Bij aanvang van de opname geeft Mirjam in emotionele zin een ontredderd beeld. Fysiek imponeert zij sterk ondervoed, onverzorgd en verwaarloosd. De schadelijke invloeden van buitenaf worden duidelijk gezien. Mirjam heeft er veel voor over om contact te hebben en te onderhouden met haar netwerk. Anderzijds doet dit netwerk verwoede en slinkse pogingen om Mirjam te onttrekken aan beïnvloeding van buitenaf waaronder hulpverlening. Ouders tonen zich onmachtig en moegestreden waarbij vader vanuit teleurstelling het contact met zijn dochter afhoudt. Moeder toont zich betrokken bij haar dochter en hulpverlening, wat vooral voortkomt uit een chronisch gevoel van schuld en schaamte.

INLEIDING

Mirjam is één van de naar schatting vijftienduizend jongeren met ernstige gedragsproblemen die jaarlijks geplaatst worden in een residentiële jeugdzorginstelling in Nederland (Jeugdzorg Nederland, 2011). Ondanks dat er weinig bekend is over de populatie meisjes in residentiële zorg, omvatten ze een aanzienlijk deel. In de provinciaal gefinancierde jeugdzorg is 42% een meisje, binnen de Jeugdzorg^{plus} gaat het om 43%, en binnen de intramurale zorg van de orthopedagogische behandelcentra gaat het om 45%. Binnen de geestelijke gezondheidszorg is de verdeling 67% jongens en 33% meisjes. Er zijn geen specifieke cijfers bekend over alleen residentiële opnames binnen de geestelijke gezondheidszorg (Nijhof, 2015).

Er kunnen een aantal redenen genoemd worden waarom meisjes met gedragsproblemen weinig aandacht hebben gehad in onderzoek en daardoor ook in onderwijs en beleid (Kroneman, 2009):

- De prevalentie van gedragsproblematiek bij meisjes is significant lager dan bij jongens;
- Probleemgedrag bij jongens kenmerkt zich veelal door openlijk gedrag, zoals lichamelijke agressie en criminaliteit, waar men last van heeft;
- Probleemgedrag bij jongens wordt vaker gerelateerd aan negatieve consequenties op de langere termijn.

Het is opvallend dat er weinig aandacht is geweest voor meisjes in residentiële zorg, aangezien internationaal onderzoek aantoonde dat bij meisjes meer sprake is van comorbiditeit (Costello, Foley & Angold, 2006), ze een snellere escalatie in gedragsproblemen laten zien van vroege naar late adolescentie dan jongens (Galambos, Barker & Almeida, 2003) en vaker sprake is van 'heterotypische continuïteit' (verscheidenheid aan negatieve uitkomsten) – terwijl er bij jongens vaker sprake is van 'homotypische continuïteit' (disruptief gedrag als uitkomst; Pajer, 1998). De consequenties van probleemgedrag bij meisjes zijn op latere leeftijd ernstiger en meer gevarieerd, denk aan psychische problemen en middelengebruik (Odgers et al., 2008).

Ook recent Nederlands onderzoek laat zien dat meisjes in residentiële zorg ernstiger probleemgedrag lijken te vertonen dan jongens (Nijhof, 2011). Tevens is de kans op intergenerationele transmissie bij meisjes groot – mede door prenataal trauma – waardoor probleemgedrag over generaties heen in stand wordt gehouden (Van der Molen, 2013). Kortom, er lijken belangrijke verschillen in het ontstaan, de

uitingsvorm en het verloop van ernstig probleemgedrag bij jongens en meisjes te zijn, die het belang van onderzoek naar meisjes in residentiële zorg benadrukken.

Dit belang wordt nog eens bevestigd door follow-up onderzoek naar *ex-JJI* meisjes met ernstige gedragsproblemen in gesloten instellingen (Van der Molen et al. 2013; 2015), dat laat zien dat deze meisjes in de jongvolwassenheid een beperkt algemeen functioneren laten zien. Met een groot deel van de meisjes gaat het niet goed, waarbij gedacht kan worden aan het niet hebben van werk, financiële problemen, middelenmisbruik, en psychische problemen. Weinig meisjes kunnen zelfstandig functioneren en hun leven is nog steeds chaotisch en instabiel. Een vergelijkbaar beeld wordt gegeven voor meisjes uit de residentiële zorg (Van Vught et al., 2014).

Meer kennisontwikkeling over de populatie meisjes met ernstige gedragsproblemen in residentiële zorg is dus nodig om in de zorg beter te kunnen aansluiten op de behoeften van deze meisjes en daarmee hun toekomstkansen te verbeteren. Uit internationale literatuur blijkt steeds meer dat de erkenning van sekse-specifieke behoeften in de behandeling leidt tot een grotere behandel-effectiviteit (Baynes-Dunning & Worthington, 2012; Bloom & Covington, 2001). Het onderzoek dat tot op heden is uitgevoerd naar (effectiviteit van) residentiële zorg of naar jongeren met ernstige gedragsproblemen is veelal gericht op jongens, of jongens én meisjes worden samengenomen. Het doel van deze beschrijvende studie is bij te dragen aan kennisontwikkeling over meisjes met ernstige gedragsproblemen door zicht te krijgen op de kenmerken van de doelgroep meisjes in residentiële zorg. In de discussie zal uitgebreid ingegaan worden op de klinische implicaties voor de behandeling van deze meisjes.

METHODE

ONDERZOEKSGROEP Voor een adequate omschrijving van de populatie meisjes in residentiële zorg zijn 137 dossiers geanalyseerd bij een gespecialiseerde residentiële jeugdzorginstelling voor jongeren met complexe (gedrags)problematiek. Van de 137 meisjes zijn 95 meisjes opgenomen in de open residentiële zorg (69.4%) en 42 meisjes in Jeugdzorg^{plus} (30.6%). De onderzoeksgroep omvat meisjes opgenomen in een periode van zes jaar. De leeftijd bij opname loopt uiteen van 10.7 tot 17.7 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 15.2 jaar ($sd=1.61$). Van de meisjes is 81.8% geboren in Nederland, 2.9% is geboren in een ander westers land en 13.8% komt uit een niet-westers land. Voor 1.5% staat het geboorteland niet

in het dossier vermeld. Van de biologische moeders is 51.8% in Nederland geboren, evenals 38.7% van de biologische vaders. Van de ouders is 34.3% alleenstaand of gescheiden, 25.5% is gehuwd en 12.4% is samenwonend. Van de ouders had 1.5% een andersoortige relatie, te denken aan een LAT-relatie. Van 26.3% is de relatiestatus onbekend. Het aantal kinderen in de gezinnen laat een gemiddelde zien van 3.6 ($sd=1.01$). In 74.5% van de gevallen is de biologische moeder aanwezig en betrokken bij de meisjes, de biologische vader bij 44.5% van de meisjes. Bij plaatsing binnen de gesloten instelling is 70.8% geplaatst met een onder-toezichtstelling, 1.5% met een voorlopige ondertoezichtstelling en bij 13.1% is er sprake van een voogdijmaatregel. De overige 13.9% van de meisjes is geplaatst zonder gezagsbeperkende maatregel.

PROCEDURE EN MEETINSTRUMENT Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de plaatsingsdossiers van meisjes die geplaatst zijn geweest in de periode 2008-2014. Dossiers bevatten aanmeldinformatie vanuit plaatsende instanties, vanuit juridische instanties als de Raad van de Kinderbescherming en informatie over eerder diagnostisch onderzoek. Op basis van een scoringssysteem is de problematiek van de meisjes in kaart gebracht. Het scoringssysteem is ontwikkeld op basis van een bestaand systeem, het Scoringsschema Demografische Informatie (SDI; oorspronkelijke versie Veerman & Bates, 1989; Kroes, De Meyer & Veerman, 2003). Het SDI is indertijd ontwikkeld om voor onderzoeksdoeleinden op betrouwbare wijze demografische informatie uit dossiers te kunnen scoren. In die zin heeft het SDI een functie gehad in evaluatie- en follow-up onderzoek. In een later stadium is het een rol gaan spelen bij het opzetten van registratiesystemen ten behoeve van onderzoek in de praktijk van de jeugdzorg.

Doordat in de bestaande SDI vragen ontbraken over specifieke gedragsproblemen, zijn enkele items toegevoegd aan het systeem, gebaseerd op een vragenlijst van Orobio de Castro et al. (2002) en van de resultaten van onderzoek door Boendermaker et al. (2004). Het uiteindelijke scoringssysteem is een instrument dat kijkt naar demografische variabelen van kinderen, adolescenten en gezinnen, bekend binnen de jeugdzorg (Scoringsschema Nieuw Zorgaanbod; Nijhof & Van Dam, 2007).

Informatie over de volgende variabelen wordt verzameld: algemene informatie, hulpverleningsgeschiedenis, dagbesteding, diagnostische informatie, gedragsproblemen bij de adolescenten en aanvullende informatie over de ouders en

het opvoedklimaat. Algemene informatie betreft onder meer leeftijd en geslacht van het kind, geboorteland, datum plaatsing, aanwezigheid van ouders, geboorteland ouders en welke machtiging het kind opgelegd heeft gekregen. Met betrekking tot de hulpverleningsgeschiedenis is geregistreerd welke vormen van zorg het kind al heeft ontvangen, daarbij onderscheid makend in ambulant, dagbehandeling, netwerkplaatsing, pleegzorg en residentiële zorg (justitiële interventies zoals de maatregel Hulp & Steun zijn niet meegenomen). Met betrekking tot de diagnostische gegevens zijn de diagnoses geregistreerd. De informatie rondom problematiek van het kind (bijv. spijbelen, internaliserende problematiek, persoonlijkheidsproblematiek, softdrugsgebruik), informatie over ouders (bijv. psychiatrische problematiek vader en moeder, politiecontacten ouders) en opvoedingsomgeving (bijv. problemen met financiën, geweld tussen ouders) zijn gescoord met '1' geen sprake van, '2' vermoedelijk, '3' ja, en '99' staat niet in het dossier. Voor de analyses zijn de scores 2 en 3 samengenomen als aanwezig probleemgedrag, en 1 en 99 als niet-aanwezig probleemgedrag.

Opvallend dat er zo weinig aandacht is voor meisjes in residentiële zorg, aangezien internationaal onderzoek aantoonde dat bij meisjes meer sprake is van comorbiditeit

De gegevensverzameling kan onderverdeeld worden in drie fases. In de eerste fase zijn 37 dossiers geanalyseerd op basis van de dossiers van meisjes geplaatst binnen Jeugdzorg^{plus} tussen september 2008 en oktober 2010. Twee onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar tien dossiers gescoord met het scoringssysteem, waarbij meer dan 80% van de variabelen door hen hetzelfde werd gescoord. Studentassistenten

zijn vervolgens getraind om tot dezelfde mate van betrouwbaarheid te komen. Voor het huidige onderzoek zijn gegevens in de tweede fase aangevuld met gegevens uit de analyse van 100 dossiers van meisjes geplaatst tussen september 2012 en juni 2014. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is berekend over vijf gezamenlijk gecodeerde dossiers tussen de onderzoekster en een student assistent. Hierbij werd op 75% van de variabelen gelijk gescoord. In de derde fase is ten slotte aanvullende informatie uit de dossiers gehaald omtrent de hulpverleningsgeschiedenis.

STATISTISCHE ANALYSE De hulpverleningsgeschiedenis is weergegeven in aantal ontvangen vormen van zorg, waarbij onderscheid is gemaakt in ambulante zorg, dagbehandeling, netwerkplaatsing, pleegzorg, en residentiële zorg. Vervolgens zijn de gestelde diagnoses in kaart gebracht. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen meisjes in open jeugdzorg en Jeugdzorg^{plus}, en jongere en oudere meisjes. Daarnaast zijn de beschrijvende gegevens van de kind-, ouder en gezinsfactoren weergegeven in percentages. Ook hierbij is steeds onderscheid gemaakt in open jeugdzorg en Jeugdzorg^{plus} en tussen jongere (10-14 jaar) en oudere meisjes (15-18 jaar). Middels kruistabellen is vervolgens gekeken in hoeverre meisjes

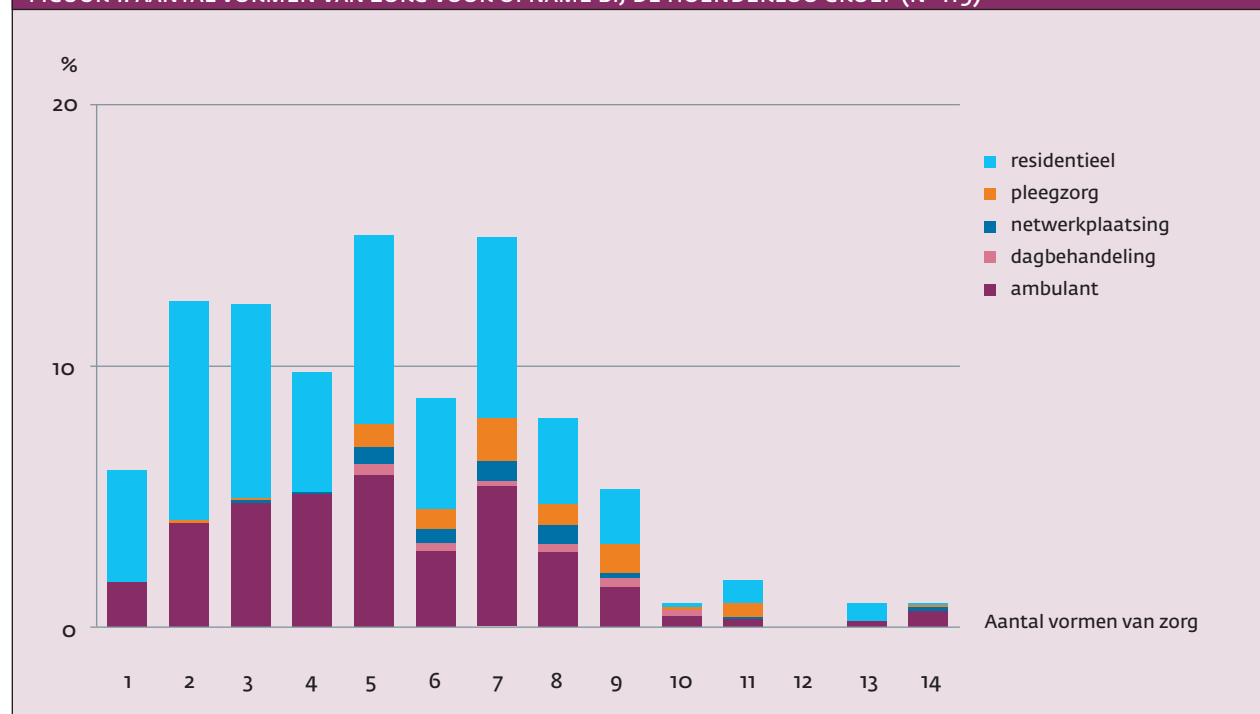
in open jeugdzorg en Jeugdzorg^{plus} significant van elkaar verschillen. Daarna is hetzelfde gedaan voor de jongere en oudere meisjes.

RESULTATEN

HULPVERLENINGSGESCHIEDENIS De meisjes kennen vaak bij binnenkomst al een lange hulpverleningsgeschiedenis. Van 119 (87%) van de 137 meisjes is de hulpverleningsgeschiedenis bekend. Hieruit blijkt dat 95% van de 119 meisjes eerdere zorg heeft ontvangen. Als eerdere zorg is ingezet, hebben de meisjes gemiddeld 5.12 ($sd=2.70$, range 1-14) vormen van zorg gehad (zie figuur 1).

KINDPROBLEMATIEK Bijna alle meisjes laten bij opname externaliserende problematiek zien, bij driekwart is sprake van comorbiditeit met internaliserende problematiek (zie tabel 1). Nog eens 69% van de meisjes laat tevens problemen in de persoonlijkheidsontwikkeling zien. Een groot deel van de meisjes heeft problemen met school, spijbelt, en heeft contacten met politie in verband met delictgedrag. Daarnaast laat meer dan de helft van de meisjes seksueel overschrijdend gedrag laten zien, en is bijna driekwart bekend met

FIGUUR 1. AANTAL VORMEN VAN ZORG VOOR OPNAME BIJ DE HOENDERLOO GROEP (N=119)



weglooptgedrag. De helft van de jongeren heeft traumatische ervaringen opgedaan in hun jeugd.

Als gekeken wordt naar verschillen tussen subgroepen, dan lijken meisjes in Jeugdzorg^{plus} en oudere meisjes ernstiger probleemgedrag te laten zien. Meisjes in Jeugdzorg^{plus} laten significant vaker een licht verstandelijke beperking zien, gebruiken vaker softdrugs, hebben vaker politiecontacten gehad, komen vaker vanuit prostitutiemilieus binnen of lopen een zeer verhoogd risico er te belanden, ze gebruiken vaker

geweld tegen gezinsleden, onttrekken zich vaker aan de zorg en hebben vaker een risicovolle vriendengroep vergeleken met meisjes in open residentiële jeugdzorg. De oudere meisjes (14-18 jaar) laten – ten opzichte van de jongere meisjes (< 14 jaar) – vaker spijbelgedrag zien, gebruiken vaker softdrugs, hebben vaker politiecontacten gehad, zijn vaker slachtoffer van een loverboy, onttrekken zich vaker aan de zorg, hebben vaker traumatische ervaringen meegemaakt en bevinden zich vaker in een risicovolle vriendengroep (zie tabel 1).

TABEL 1. PERCENTAGES VAN AANWEZIGE KINDPROBLEMATIEK BIJ MEISJES (N=137)

	OPEN JEUGDZORG % (N=95)	JEUGDZORG ^{PLUS} % (N=42)	JONGE MEISJES % (N=27)	OUDERE MEISJES % (N=110)	
(Licht) verstandelijke beperking			*		
IQ < 70		10		4	
IQ 70-85	32	57	23	44	
Internaliserende problematiek	77	69	82	73	
Externaliserende problematiek	96	100	100	96	
Persoonlijkheidsproblematiek	68	69	78	66	
Gebrekkige zelfverzorging	24	19	22	23	
Spijbelen	54	67	33	64	*
Softdrugsgebruik	35	64	11	52	*
Harddrugsgebruik	14	21	7	18	
Politiecontacten	26	60	22	43	*
Seksueel gedrag/slachtofferschap					
Prostitutie	3	14	4	7	
Loverboyproblematiek	14	41	4	26	*
Risico prostitutie/loverboyprobl.	7	14	4	11	
Seksueel grensoverschrijdend	15	17	19	15	
Geweld tegen gezinsleden	25	40	22	32	
Automutilatie	22	26	15	25	
Suicidegedachten / poging	17	17	11	19	
Weglooptgedrag	72	93	44	86	*
Traumatische ervaringen	47	57	33	55	*
Problemen ten opzichte van school	76	83	82	77	
Risicovolle vriendenkring	37	67	11	55	*

Noot. In bovenstaande tabel staan de percentages genoemd van de aanwezige problematiek. Dat wil niet zeggen dat bij het overige deel de problematiek niet aanwezig is, het is ook mogelijk dat het niet in het dossier staat vermeld. Wel kan er vanuit worden gegaan dat als het niet in het dossier staat vermeld het niet om voorliggende problematiek gaat. (LVB=Licht Verstandelijke Beperking; * $p < .05$, ** $p < .10$.)

DIAGNOSES Bij 101 meisjes zijn in totaal 142 diagnoses vastgesteld, bij 41 jongeren (41%) is sprake van een dubbeldiagnose (zie tabel 2). De meest voorkomende diagnose is een opstandige gedragsstoornis (ODD). Een reactieve hechtingsstoornis is bij 20% van de meisjes vastgesteld, 14% heeft de diagnose ADHD en 10% de diagnose gedragsstoornis. Vooral bij de jonge meisjes (< 14 jaar) komt een hechtingsstoornis voor, bij bijna 50%.

GEZINSKENMERKEN Bij een aanzienlijk deel van de doelgroep is bij moeder sprake van psychiatrische problematiek (59%). Het percentage bij vaders ligt lager, maar er zijn ook minder vaders in beeld. Bij 89% van de gehele doelgroep is er sprake van problemen in de ouder-kindrelatie. In de opvoedingsomgeving van de meisjes komen problemen in het sociale netwerk voor, problemen met huisvesting en fi-

nanciën en problemen met de hulpverlening. Van de meisjes heeft 80% te maken gehad met een instabiele opvoedingsomgeving, de bedreiging van de opvoedingsomgeving is bij 42% ernstig tot zeer ernstig (zie tabel 3).

Er blijken verschillen tussen meisjes in open residentiële zorg en Jeugdzorg^{plus} in gezinsachtergrond. Bij meisjes in Jeugdzorg^{plus} heeft de vader vaker psychiatrische problemen, zijn er vaker problemen in het sociaal netwerk en vindt vaker mishandeling en seksueel misbruik door ouders plaats dan bij meisjes in open residentiële zorg. Daarentegen is er vaker sprake van verslavingsproblematiek bij moeder en is de opvoedingsomgeving ernstiger bedreigend voor het kind bij meisjes in open residentiële zorg dan bij meisjes in Jeugdzorg^{plus}. Met betrekking tot het verschil tussen jongere en oudere meisjes, blijkt dat bij jongere meisjes (< 14 jaar) de gezinsproblemen ernstiger lijken te zijn dan bij oudere meisjes. In de

TABEL 2. DIAGNOSES (N=101).

DIAGNOSES	N	%	OPEN JEUGDZORG % (N=69)	JEUGDZORG ^{PLUS} % (N=32)	JONGE MEISJES % (N=21)	OUDERE MEISJES % (N=80)
ODD	31	22	22	21	24	25
Hechtingsstoornis	29	20	22	17	48	21
ADHD	20	14	14	15	29	13
Gedragsstoornis	14	10	9	11	19	6
PTSS	10	7	9	2	4	10
Ouder-kind-relatieprobleem	8	6	4	9	4	6
Dysthyme stoornis	4	3	3	2		4
Aanpassingsstoornis	4	3	3	2	4	3
ASS	3	2	3			1
Bedreigde persoonlijkheidsontw.	3	2	1	4		
Identiteitsprobleem	2	1	2			1
Taalstoornis	2	1		4		
Zwakbegaafdheid	2	1		4	4	
Stoornis in de impulsbeheersing	2	1	1	2		
Overig ¹	8	6	5	6	5	10

¹ Onder 'overig' vallen alle stoornissen die maar eenmaal voorkomen. Dit zijn: stemmingsstoornis, acculturatieprobleem, stoornis op zuigelingenleeftijd, stoornis in adolescent, psychische stoornis, enuresis, leerstoornis, afhankelijkheid middelen.

TABEL 3. PERCENTAGES VAN AANWEZIGE OUDER –EN GEZINSPROBLEMATIEK BIJ MEISJES (N=137)

	OPEN JEUGDZORG % (N=95)	JEUGDZORG ^{PLUS} % (N=42)	JONGE MEISJES % (N=27)	OUDERE MEISJES % (N=110)
Ouderfactoren				
Aanwezigheid moederfiguur	97	95	100	96
Aanwezigheid vaderfiguur	73	67	95	74
Relatie biologische ouders: gehuwd/samenwonend	39	36	30	40
Psychiatrische problematiek moeder	62	52	78	55
Psychiatrische problematiek vader	17	33	26	21
Verslavingsproblemen moeder	20	5	30	12
Verslavingsproblemen vader	16	21	22	16
(Licht) verstandelijke beperking moeder	8	2	4	2
(Licht) verstandelijke beperking vader	5	5	4	2
Gezinsfactoren				
Politiecontacten met gezinsleden				
Problemen in de ouder-kindrelatie	21	29	26	23
Problemen in het sociale netwerk	84	88	93	84
Problemen met huisvesting	12	24	15	15
Problemen met financiën	11	17	19	11
Problemen met de hulpverlening	34	26	56	26
Instabiele opvoedingsomgeving	30	17	44	16
Bedreigde opvoedingsomgeving	82	76	89	44
Bedreigde opvoedingsomgeving (licht – matig)	48	67	44	56
Bedreigde opvoedingsomgeving (ernstig – zeer ernstig)	50	26	56	39
Mishandeling				
Lichamelijke verwaarlozing door ouders	18	10	11	16
Lichamelijke mishandeling door ouders	20	21	15	22
Geestelijke verwaarlozing door ouders	5	7	11	5
Geestelijke mishandeling door ouders	0	7	0	3
Seksueel misbruik door ouders	0	7	0	3
Seksueel misbruik door derden	14	17	11	16
Fysiek geweld tussen ouders	31	33	22	34

Noot. In bovenstaande tabel staan de percentages genoemd van de aanwezige problematiek. Dat wil niet zeggen dat bij het overige deel de problematiek niet aanwezig is, het is ook mogelijk dat het niet in het dossier staat vermeld. Wel kan er vanuit worden gegaan dat als het niet in het dossier staat vermeld het niet om voorliggende problematiek gaat. (* $p < .05$, ** $p < .10$.)

gezinnen van jongere meisjes is bij moeder vaker sprake van psychiatrische – en verslavingsproblemen, en zijn er vaker problemen met financiën en de hulpverlening.

DISCUSSIE

Het huidige onderzoek geeft een beschrijvend beeld van de populatie meisjes in residentiële jeugdzorg, en levert hiermee een bijdrage aan het vergroten van kennis rondom deze complexe doelgroep ten behoeve van het optimaliseren van de zorg. Doordat er momenteel weinig bekend is over meisjes met ernstige gedragsproblemen, en over seksespecifieke behoeften in diagnostiek en behandeling, is er weinig aandacht voor dit thema in onderwijs – met als gevolg handelingsverlegenheid bij medewerkers. De conclusie die op basis van het huidige onderzoek kan worden getrokken, is dat meisjes in residentiële zorg een zeer complexe, comorbide, en kwetsbare doelgroep vormen. Het merendeel van deze meisjes heeft een lange hulpverleningsgeschiedenis, wat de vraag doet rijzen of niet eerder specialistischer zorg had moeten worden ingezet ('matched care' in plaats van 'stepped care'), en hoe we kunnen voorkomen dat meisjes van instelling naar instelling gaan. Zeker in het geval van hechtingsproblematiek kan dit door het kind opnieuw als afwijzing worden ervaren, waardoor problematiek in stand wordt gehouden. Bij hechtingsproblematiek is het van belang dat de jongere een emotioneel beschikbaar hechtingsfiguur krijgt. Dit kan alleen als het kind zeker is van een veilige en stabiele plek (Bartelink, 2013).

JONGERE VERSUS OUDERE MEISJES Binnen de populatie meisjes is in het onderzoek onderscheid gemaakt tussen jongere (< 14 jaar) en oudere meisjes (14-18 jaar). Op basis van kind-, gezins- en omgevingsfactoren lijken er interessante verschillen te zijn tussen beide subgroepen.

Een opvallend verschil is de mate van gediagnosticeerde hechtingsstoornis. Bij de jongere meisjes is bij bijna 50% sprake van een hechtingsstoornis, bij de ouders meisjes bij 21%. Bij de jongere meisjes is er tevens – en hoogstwaarschijnlijk gerelateerd aan de hechtingsproblematiek – vaker sprake van een (zeer) ernstig bedreigende opvoedomgeving, en lijken de gezinsproblemen ernstiger te zijn dan bij oudere meisjes. In de gezinnen van jongere meisjes is bij moeder vaker sprake van psychiatrische – en verslavingsproblemen, en zijn er vaker problemen met financiën en de hulpverlening. Bij de oudere meisjes blijkt uit de resultaten dat, in tegenstelling tot de jongere meisjes, meer kind- en omgevingsproblematiek (risicovolle vriendengroep) te zien is.

Vanuit deze bevindingen kan geconcludeerd worden dat kind, gezins- en omgevingsfactoren een belangrijke indicator lijken te zijn voor de leeftijd waarop een meisje binnen de jeugdzorg geplaatst wordt: bij jongere meisjes lijken vooral gezinsfactoren de reden te zijn, terwijl bij oudere meisjes eerder de kind- en omgevingsproblematiek voorop staat. Literatuur laat zien dat ernstige gedragsproblemen zich bij meisjes vaak later openbaren, veelal pas in de adolescentie (Fontaine et al., 2009). Dit komt overeen met onze bevinding dat juist bij de oudere meisjes de kindproblematiek meer vooropstaat. Bij deze oudere meisjes lijken de externaliserende problemen vooraf te gaan door internaliserende problemen, die lang onzichtbaar blijven. Wanneer de meisjes eenmaal gaan externaliseren, vindt een snellere escalatie van gedragsproblemen plaats dan bij jongens (Galambos, Barker, & Almeida, 2003), met als gevolg een residentiële plaatsing.

Ook vanuit de praktijk wordt veelal gezien dat het merendeel van de meisjes op een latere leeftijd geplaatst worden binnen een residentiële setting. De zogeheten gun-factor lijkt een rol te spelen; jongens worden eerder 'gestraft' voor hun daden, meisjes krijgen vaker de kans hun gedrag te herstellen en mogen onder voorwaarden langer in hun huidige situatie blijven. Dit geeft een mogelijk risico weer: meisjes krijgen op jongere leeftijd onvoldoende hulp geboden. Dit wordt bevestigd door de studie van Creemers (2014). Zij vonden bij een screening op depressie bij meisjes dat bij 15% van de 1.000 meisjes sprake was van een klinische depressie, echter nog geen tien meisjes ontvingen hiervoor zorg.

Kennis hebben van signalen, tijdige signalering en goede diagnostiek is dan ook noodzakelijk de juiste zorg op het juiste moment te kunnen inzetten, om verergering van probleemgedrag en escalatie op latere leeftijd te doen voorkomen. Op latere leeftijd binnenkomen in zorg, leidt veelal tot de noodzaak tot langdurige, intensieve zorg. Vanuit de praktijk wordt momenteel ervaren dat er onvoldoende tijd is om de hardnekkige problematiek voldoende in kaart te brengen en passende behandeling op een juist moment in te schakelen.

BELANG VAN HET GEZINSSYSTEEM IN DE BEHANDELING

Ondanks dat met name bij de jongere meisjes de gezinssituatie vaak reden tot opname in residentiële zorg lijkt te zijn, en bij de oudere meisjes de kindproblematiek, zijn ook bij de oudere meisjes veelal problemen in het systeem. De effecten van het gezin op agressie zijn voor meisjes groter dan voor

jongens (Spieker et al., 2012; Underwood, Kupersmidt, & Coie, 2008). Met name bij meisjes lijkt een aanpak gericht op de omgeving van belang, meer dan bij jongens. Dit wordt bevestigd door Hubbard & Matthews (2008), die aangeven dat een combinatie van effectieve behandeling bij agressie (oudertraining en cognitieve gedragstherapie) in combinatie met een gender-sensitieve benadering (het bevorderen van goede relaties) leidt tot de beste behandeling voor meisjes (zie ook Menting & Orobio de Castro, 2015). Betrokkenheid van het gezin bij de zorg is vooral bij meisjes ook belangrijk, omdat de gezinscontext veelal ernstiger verstoord is dan bij jongens (Keenan, Stouthamer-Loeber & Loeber, 2005; Kroneman, 2009; Margolin & Gordis, 2000; Smith & Thomas, 2000). In de praktijk wordt daarentegen nog vaak ingezet op behandeling gericht op het individu, waarbij onvoldoende wordt gekeken naar een systemisch gerichte aanpak. Wanneer deze systemische kant beperkt of nauwelijks belicht wordt, zal een deel van de oorzakelijke factoren onvoldoende in kaart gebracht en aangepakt worden. De kern van de problematiek wordt zo niet aangepakt waardoor er een verhoogd risico is op instandhouding dan wel terugval in gedrag.

Bij hechtingsproblematiek is het van belang dat de jongere een emotioneel beschikbaar hechtingsfiguur krijgt

DIAGNOSTIEK EN ONDERLIGGENDE PROBLEMATIEK Bij een groot gedeelte van de meisjes in de huidige studie is een externaliserende stoornis als ODD, ADHD of een gedragsstoornis gediagnosticeerd. Dit zou betekenen dat externaliserend gedrag bij een groot gedeelte van de doelgroep de meest bepalende factor is in de behandeling. Ondanks dat hechtingsproblematiek een goede tweede plaats inneemt, is de ervaring vanuit de praktijk dat een groter gedeelte

van de meisjes kampt met achterliggende internaliserende problematiek.

Na verloop van tijd worden in de behandeling diagnoses gesteld als reactieve hechtingsstoornis, posttraumatische stressstoornis (PTSS), identiteitsproblematiek, depressie en angst. Percentages van deze diagnoses zijn bij aanmelding relatief laag – zoals ook te zien is in de huidige studie – en schetsen daarmee mogelijk onvoldoende een adequaat beeld van de mate waarin deze problematiek in een later stadium waargenomen wordt.

Kennis over de doelgroep meisjes, en goede diagnostiek op internaliserende, onderliggende problematiek als trauma en depressie, is van essentieel belang om de juiste behandeling in te kunnen zetten. Onderzoek van Van der Molen en anderen (2013; 2015) toont aan dat de prognose van gedragsgestoorde meisjes zeer ongunstig is met een zeer beperkt algemeen functioneren en het niet goed zelfstandig kunnen functioneren. Mogelijk wordt dit (deels) verklaard doordat onvoldoende zicht is op de (onderliggende) problematiek, waardoor niet de juiste behandeling wordt ingezet, en de effectiviteit beperkter is.

KLINISCHE IMPLICATIES EN VERVOLGONDERZOEK Het doel van huidig artikel was inzicht te krijgen in kenmerken van de doelgroep meisjes in residentiële zorg. Vervolgonderzoek is nodig dat zich richt op sekse-specifieke behoeften van meisjes, hiervoor is een vergelijking noodzakelijk met een populatie jongens in residentiële jeugdzorg. Opvallend is dat er in Nederland weinig doelgroep-analyses zijn van jongeren in residentiële jeugdzorg. De studies die dit onderzoeken, maken geen onderscheid tussen jongens en meisjes. Daarentegen zijn er internationaal wel enkele studies die aantonen dat er duidelijke verschillen zijn tussen jongens en meisjes in residentiële jeugdzorg. Zo blijkt uit onderzoek van Griffith et al. (2009) dat jongens gemiddeld 1.71 en meisjes gemiddeld 1.94 eerdere uithuisplaatsingen hebben gehad. Meisjes laten dus een langere geschiedenis van eerdere uithuisplaatsingen zien, wat ook wordt bevestigd door onderzoek van Connor et al. (2004).

Kijkend naar de kind-kenmerken blijkt dat meisjes meer seksueel grensoverschrijdend gedrag, suïcidaliteit en automutilatie vertonen dan jongens (Handwerk et al., 2006). Op het gebied van problemen in de vriendenkring verschillen jongens en meisjes doorgaans niet. Jongens, daarentegen, scoren hoger op criminaliteit en schoolproblemen.

Op het domein van gezinskenmerken laat de studie van Connor et al. (2004) zien dat middelengebruik vaker

voorkomt bij ouders van meisjes dan bij ouders van jongens. Er is geen verschil gevonden tussen ouders van jongens en meisjes als het gaat om crimineel gedrag en huiselijk geweld. Verder hebben meisjes vaker te maken met seksueel misbruik dan jongens (Connor et al., 2004).

Naast inzicht in de verschillende eigenschappen van jongens en meisjes in residentiële instellingen, is vervolgonderzoek noodzakelijk om te toetsen of er sekse-specifieke behoeften bestaan. Daarnaast is het van belang inzicht te krijgen in de verschillen in werkzame elementen in de behandeling van jongens en meisjes, zodat hier tijdens het verblijf en dus ook in behandeling adequaat en doelgericht op kan worden ingegaan. Door oog te hebben voor de verschillende eigenschappen en behoeften van meisjes en jongens in residentiële zorg, kan de effectiviteit van een verblijf en behandeling, maar ook de kans op een succesvolle terugkeer in de maatschappij, worden vergroot.

Kennis hebben van signalen, tijdige signalering en goede diagnostiek is noodzakelijk om de juiste zorg op het juiste moment te kunnen inzetten

Uit onze studie blijkt dat een aantal factoren van belang zijn om op in te zetten in de behandeling van meisjes in residentiële zorg. Hierbij gaat het om tijdige signalering van internaliserende problematiek om escalatie naar externaliserend probleemgedrag op latere leeftijd te voorkomen, goede diagnostiek op internaliserende problematiek als het meisje eenmaal in residentiële zorg is, en het inzetten van gezinsinterventies.

Vooraf willen we hier aandacht besteden aan de hoge mate van hechtingsproblematiek en hieraan gerelateerde traumatisering bij meisjes, welke in de behandeling nog

onvoldoende aandacht krijgen. Hierbij gaat het meestal om trauma dat zich kenmerkt door het chronische en ernstige karakter (complex trauma). Trauma verhoogt de kans op herhaald slachtofferschap, prostitutie, middelengebruik, promiscue gedrag, psychische problemen en persoonlijkheidsproblematiek (bijv. Arata, 2002; Hamerlynck, 2008; Smith et al., 2006). Tevens kan chronisch trauma leiden tot afwijkende biologische reacties op stress (Bauer, Quas, & Boyce, 2002), die een gezonde ontwikkeling en het dagelijks functioneren kunnen belemmeren. Deze afwijkende biologische stresssystemen spelen mogelijk een belangrijke rol in de instandhouding en ontwikkeling van posttraumatische symptomen. Huidig residentieel aanbod zet onvoldoende in op behandeling van onderliggend trauma en normalisering van de biologische stress respons. In residentiële zorg heeft behandeling van gedragsproblematiek vaak prioriteit, omdat dat het meeste overlast veroorzaakt. Residentieel aanbod zet dan vooral in op symptomen van trauma (onder meer agressie) in plaats van op de oorzaken, waardoor psychische en gedragsproblematiek in stand blijft of zelfs in ernst toeneemt. Het gevolg is dat deze meisjes in de (jong) volwassenheid een hoog risico lopen op diverse problemen zoals financiële problemen, psychische problemen, problemen met opvoeding, en geweld.

Het beperkt inzetten van traumabehandeling heeft meerdere redenen. Ten eerste wordt trauma niet altijd herkend bij gedragsgestoorde meisjes, bijvoorbeeld doordat de symptomen overeenkomen met symptomen van andere stoornissen als ADHD en ODD (Rosenberg, 2001). Ten tweede hebben meisjes in residentiële zorg veelal een lange hulpverleningsgeschiedenis en zijn ze weinig gemotiveerd voor behandeling. Ten derde wordt evidence-based traumabehandeling (EMDR en TF-CGT) beperkt ingezet in residentiële zorg (Milne & Collin-Vézina, 2015) omdat deze aspecten van blootstelling omvatten die traumaklachten kunnen verergeren en zelfdestructief gedrag kunnen veroorzaken wanneer er onvoldoende veiligheid en stabiliteit is. Clinici kiezen er dan voor om traumabehandeling uit te stellen.

Een verminderde effectiviteit van behandeling bij complex trauma – dat zich uit in een verergering van traumaklachten, een toename van zelfdestructief gedrag en weinig motivatie – kan mogelijk verklaard worden door de afwijkende biologische stresssystemen die ontstaan door langdurige en ernstige stress. Langdurige en ernstige stress kan leiden tot enerzijds *hyperarousal* (overreageren) en anderzijds *hypoarousal* (onderreageren). Kenmerken van hyperarousal zijn een verhoogde staat van alertheid, snel schrikken

en snel reageren met angst of boosheid. Kenmerken van hypoarousal zijn verstijving en depressie. Hyperarousal en hypoarousal zijn beide gerelateerd aan probleemgedrag (bijv. Bauer et al., 2002; Shirtcliff & Essex, 2009).

Tussen deze twee extremen bevindt zich de 'window of tolerance', de optimale staat van arousal waarin emoties en informatie kunnen worden verwerkt en geïntegreerd en waarbinnen jongeren kunnen leren en zich kunnen ontwikkelen (Corrigan, Fisher, & Nutt, 2011). Optimale behandel-effecten worden verwacht als een jongere zich in deze *window of tolerance* bevindt (Struik, 2010). Wanneer EMDR of TF-CGT wordt ingezet is dit mogelijk vaak niet het geval, waardoor jongeren onvoldoende leren en behandeling dus verminderd of niet effectief is. Onze hypothese is dat (eerst) ingezet moet worden op stressregulatie en het normaliseren van de biologische stressrespons, wanneer evidence-based behandeling niet kan worden ingezet. Op mindfulness en relaxatie gebaseerde interventies zijn een opkomende en veelbelovende manier om trauma te behandelen, en die meisjes leren stress beter te reguleren. Bij volwassenen zijn er enkele studies die aantonen dat deze interventies effect hebben op het biologisch stresssysteem (bijv. Polusny et al., 2015; Wu & Lo, 2008). Juist bij jongeren laat het biologische stresssysteem in de hersenen een hoge mate van plasticiteit zien (Pynoos et al., 2009), waardoor juist deze doelgroep kan profiteren van behandeling. (Momenteel vindt een promotieonderzoek plaats onder begeleiding van de eerste auteur naar de effectiviteit van op mindfulness en relaxatie gebaseerde behandeling middels serious gaming bij getraumatiseerde jongeren in residentiële jeugdzorg.)

Kortom, de aanbeveling die wij willen geven voor de behandeling van meisjes in residentiële jeugdzorg is om standaard bij opname instrumenten af te nemen om angst, stress, depressie (bijv. de *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995) en traumaklachten (bijv. de *Children's Revised Impact of Event Scale* (CRIES-13; Children and War Foundation, 1998; Olff, 2005; Verlinden & Lindauer, 2015) te meten. Zo worden internaliserende problemen beter in kaart gebracht en kan behandeling ingezet worden. Een goede systeemanalyse van het gezin is van belang om de noodzaak tot systemische interventies in te schatten.

Ten slotte willen we vooral aanbevelen trauma niet onderbehandeld te laten, omdat hierdoor de gedragsproblematiek veelal in stand wordt gehouden en de meisjes op langere termijn een verhoogd risico lopen op problemen op diverse domeinen. Op het gebied van onderzoek zou de

komende jaren de focus moeten liggen op onderzoek naar sekse-specifieke behoeften, gender-sensitiviteit van (diagnostische) instrumenten, en werkzame elementen in de behandeling van meisjes in residentiële zorg. Deze noodzaak tot onderzoek wordt bevestigd door de resultaten uit het proefschrift van Krabbendam (2016) waaruit blijkt dat deze meisjes het op latere leeftijd niet goed doen op meerdere terreinen. Deze meisjes blijven een groot beroep doen op de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Uit onderzoek van onder meer Vogel et al. (2015) blijkt dat van de vrouwen in de forensische psychiatrie ruim driekwart in hun jeugd te maken heeft gehad met traumatisering door mishandeling, hetgeen duidt op het belang van traumabehandeling in de jeugd.

BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK De dossieranalyse als methode van gegevensverzameling brengt beperkingen met zich mee, waaronder de wijze waarop informatie is verkregen. Doordat de dossiers zijn opgesteld door externe partijen, is men afhankelijk van de informatie die door een ander is vastgesteld en verzameld. Hierbij kan er sprake zijn van een bepaalde mate van subjectiviteit over welke informatie wel of niet verwerkt wordt. De hoeveelheid informatie verschilt sterk per dossier en tevens wordt gezien dat veel informatie over gezins- en omgevingsfactoren lijkt te ontbreken.

Een bijkomende beperking is dat vanuit de dossiers niet op te maken is of informatie 'onbekend' of 'niet van toepassing' is. Beide opties zijn op dezelfde wijze gescoord. Hierdoor is undersignalering van bepaalde problematiek mogelijk.

Tot slot omvat de huidige onderzoekspopulatie meisjes van één instelling, waardoor de generaliseerbaarheid beperkt is. Voor vervolgonderzoek is het interessant om informatie van meerdere instellingen te includeren om een betrouwbaarder beeld te krijgen van meisjes in residentiële zorg.

CONCLUSEREND De populatie meisjes in residentiële zorg is een complexe en kwetsbare doelgroep, waarvoor intensieve en langdurige behandeling nodig is. Betere en tijdige signalering op jonge leeftijd – zeker op internaliserende problematiek bij meisjes – kan bijdragen aan het voorkomen van verergering en escalatie van probleemgedrag. Daarnaast is bij meisjes een systemische aanpak van belang omdat meisjes gevoeliger zijn voor systeemproblematiek en de gezinsproblematiek vaker ernstiger is. Verder – eenmaal in zorg – is goede diagnostiek op mogelijke onderliggende

internaliserende problematiek van belang voor inzet van de juiste zorg, een zal er aandacht moeten zijn voor de behandeling van trauma. We willen sterk aanbevelen de komende jaren in te zetten op kennisontwikkeling op dit thema.

Juist bij jongeren laat het stresssysteem in de hersenen een hoge mate van plasticiteit zien

En hoe gaat het nu met Mirjam...

Mirjam is gedurende het begeleidingstraject tweemaal voor langere periode weggelopen. In overleg met ouders en plaatser is besloten de plaatsing niet te beëindigen. Mogelijk dat deze niet afwijzende houding ertoe heeft bijgedragen dat Mirjam langzaam zicht heeft gekregen op haar eigen kernproblematiek, gebruik is gaan maken van training en therapie en middels behandeling hier ontwikkeling in laat zien. Vanuit de behandelgroep gesloten jeugdzorg is Mirjam op positieve gronden doorgeplaatst naar een leefgroep in de open jeugdzorg. Voortzetting van het huidige onderwijstraject – met als doel het behalen van een entree-diploma – en voortzetting van huidige therapieën (CGT/Mindfulness) is gewaarborgd in combinatie met deelname aan een kleinschalige woonvoorziening voor drie meisjes ter voorbereiding op een zelfstandig bestaan. De normaliserende kaders, in combinatie met meer mogelijkheden van 'ervarend-leren' hebben ertoe geleid dat Mirjam meer grip op haar leven heeft gekregen. Het begeleidingsperspectief is gericht op een zelfstandig leven kunnen leiden wanneer ze achttien jaar is geworden, in combinatie met deelname aan vervolgonderwijs en contactbehoud met ouders en broertje. Mirjam heeft voor zichzelf uiteindelijk de keuze gemaakt het contact met haar vriend te verbreken. Het contact tussen Mirjam en beide ouders kent verbetering, al moet wel opgemerkt worden dat Mirjam gebruik maakt van de afzonderlijke kwetsbaarheden van haar ouders. Haar ouders – en met name moeder – hebben gedurende de gehele behandelperiode samen gewerkt met hulpverlening, maar zijn niet in staat gebleken om gebruik te maken van gezinsbehandeling. Een zorgpunt blijft vooralsnog Mirjam's druggebruik. Gebruik lijkt de functie te hebben om onlustgevoelens te dempen. Mirjam heeft aangegeven hier

momenteel bewust voor te kiezen en mogelijk op een later tijdstip extra ondersteuning hiervoor te zoeken.

OVER DE AUTEURS

Dr. Karin Nijhof is senioronderzoeker bij Pluryn, en verbonden aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Drs. Lotte Reijnhout is behandelcoördinator bij Pluryn, locatie De Hoenderloo Groep, open residentiële jeugdzorg. Drs. Anne Verburgh is hoofd behandelaar bij Pluryn, locatie De Hoenderloo Groep, Jeugdzorg^{plus}. Correspondentie aangaande dit artikel: knijhof@pluryn.nl.

Summary

GIRLS IN RESIDENTIAL CARE: CHARACTERISTICS OF THE POPULATION

K. NIJHOF, L. REIJNHOUT & A. VERBURGH

Girls comprise a considerable part of the total population in residential care, however, less is known about girls in residential care. The present study aimed at a better insight into the characteristics of girls in residential care. The files of 137 girls (Mage=15.2 years, sd=1.61) were scored on individual, family, and environmental factors. Also history of prior care was reported and analysed, showing a long history of prior placements (M=5.12, sd=2.70). Reason of placement of younger girls (< 14 years) often seems to be the risky family circumstances, for older girls (14-18 years) the individual problem behavior. In sum, girls in residential care comprise a complex and vulnerable population for whom long-lasting and intensive treatment is needed.

Literatuur

- Arata, C.M. (2002). Child sexual abuse and sexual re-victimization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 135-164.
- Bartelink, C. (2013). *Wat werkt bij hechtingsproblemen?* Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.
- Bauer, A.M., Quas, J.A. & Boyce, W.T. (2002). Associations between physiological reactivity and children's behavior: Advantages of a multisystem approach. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23, 102-113.
- Baynes-Dunning, K. & Worthington, K. (2012). Responding to the Needs of Adolescent Girls in Foster Care. *Georgetown Journal on Poverty Law & Policy*, 20, 321.
- Bloom, B.E. & Covington, S. (2001, November). Effective gender-responsive interventions in juvenile justice: Addressing the lives of delinquent girls. In: *Annual Meeting of the American Society of Criminology* (pp. 7-10).
- Boendermaker, L., Eijgenraam, K. & Geurts, E. (2004). *Crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Children and War Foundation. (1998). The Children's Impact of Event Scale (13): CRIES-13. Retrieved January, 2010, from <http://www.childrenandwar.org/>.
- Costello, E.J., Foley, D.L. & Angold, A. (2006). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 8-25.
- Creemers, D. (2014). *Implicit and explicit self-attitudes in relation to adolescent and young adult depression, stress and treatment*. Radboud Universiteit Nijmegen: Doctoral dissertation.
- De Vogel, V., Stam, J., Bouman, Y.H.A., Ter Horst, P. & Lancel, M. (2015). Violent women: a multicentre study into gender differences in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27, 145-168.
- Fontaine, N., Carboneau, R., Vitaro, F. et al. (2009). Research review: A critical review of studies on the developmental trajectories of antisocial behavior in females. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 363-385.
- Galambos, N.L., Barker, E.T. & Almeida, D.M. (2003). Parents do matter: Trajectories of change in externalizing and internalizing problems in early adolescence. *Child Development*, 74, 578-594.
- Hamerlynck, S.M.J.J. (2008). *Girls in juvenile institutions. Psychopathology and sexual risk behavior*. Dissertation, VU University, the Netherlands.
- Hubbard, D.J. & Matthews, B. (2008). Reconciling the differences between the 'gender responsive' and the 'what works' literatures to improve services for girls. *Crime & Delinquency*, 54, 225-258.
- Jeugdzorg Nederland (2011). *Brancherapportage jeugdzorg 2010*. Utrecht: Jeugdzorg Nederland.
- Keenan, K., Stouthamer-Loeber, M. & Loeber, R. (2005). Developmental approaches to studying conduct problems in girls. *The development and treatment of girlhood aggression*, 29-46.
- Kroes, G., De Meyer, R.E. & Veerman, J.W. (2003). *Scoringsschema Demografische Informatie (SDI): Handleiding, codeboek en formulieren voor versie 4.0*. Nijmegen: Praktikon.
- Kroneman, L. (2009). *Girls' disruptive behavior: A study of explanatory factors*. Doctoral dissertation, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Loeber, R. & Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical Psychology Review*, 14, 497-523.
- Margolin, G. & Gordis, E.B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*, 51, 445-479.
- Menting, A. & Orobio de Castro, B. (2015). Agressie van meisjes. In K. Nijhof & R. Engels (Red.), *Meisjes in zorg: Signalering, preventie en behandeling* (pp. 185-204). Amsterdam: SWP.
- Milne, L. & Collin-Vézina, D. (2015). Assessment of children and youth in child protective services out-of-home care: An overview of trauma measures. *Psychology of Violence*, 5(2), 122.
- Nijhof, K.S. (2011). *Crossing Barriers: Evaluation of a new compulsory residential treatment program for youth*. Doctoral dissertation, Radboud University Nijmegen. Enschede: Ipskamp Drukkers.
- Nijhof, K.S. (2015). Prevalentie van meisjes in zorg. In K. Nijhof & R. Engels (Red.), *Meisjes in zorg: Signalering, preventie en behandeling* (pp. 57-67). Amsterdam: SWP Uitgever.
- Nijhof, K.S. & Van Dam, C. (2007). *Scoringsschema Nieuw Zorgaanbod*. Nijmegen: Radboud University/Praktikon.
- Odgers, C.L., Moffitt, T.M., Broadbent, J.M., Dickson, N., Hancox, R. J. et al. (2008). Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development and Psychopathology*, 20, 673-716.
- Olf, M. (2005). Dutch version of the Children's Impact of Event Scale (CRIES-13). Retrieved January, 2010, from <http://childrenandwar.org>.
- Orobio de Castro, B., Veerman, J.W., Bons, E. & De Beer, L. (2002). *Kansen Gekeerd? Criminaliteitspreventie door vroegtijdige signalering en gezins-ondersteuning*. Duivendrecht/Utrecht: PI Research / Capaciteitsgroep Ontwikkelingspsychologie, Universiteit Utrecht.
- Pajer, K.A. (1998). What happens to "bad" girls? A review of the adult outcomes of antisocial adolescent girls. *American Journal of Psychiatry*, 155, 862-870.
- Polusny, M.A., Erbes, C.R., Thuras, O., Moran, A., Lambert, G.J. et al., (2015). Mindfulness-Based Stress Reduction for Posttraumatic Stress Disorder Among Veterans: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 314, 456-465.
- Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., Layne, C.M., Briggs, E.C., Ostrowski, S.A. & Fairbank, J.A. (2009). DSM-V PTSD diagnostic criteria for children and adolescents: A developmental perspective and recommendations. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 391-398.
- Smith, D.K., Leve, L.D. & Chamberlain, P. (2006). Adolescent girls' offending and health-risking sexual behavior: The predictive role of trauma. *Child Maltreatment*, 11, 346-353.
- Smith, H. & Thomas, S. (2000). Violent and non-violent girls: Contrasting perceptions of anger experiences, school, and relationships. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 547-575.
- Spieker, S.J., Campbell, S.B., Vandergrift, N. et al. (2012). Relational aggression in middlechildhood: Predictors and adolescent outcomes. *Social Development*, 21, 354-375.
- Underwood, M.K., Kupersmidt, J.B. & Coie, J.D. (1996). Childhood peer sociometric status and aggression as predictors of adolescent child-bearing. *Journal of Research on Adolescence*, 6, 201-223.
- Van der Molen, E. (2013). *The development of girls' disruptive behavior and the transmission to the next generation*. Universiteit Leiden: Doctoraal proefschrift.
- Van der Molen, E., Vermeiren, R., Krabbendam, A., Beekman, A., Doreleijers, T. & Jansen, L. (2015). Een bijzonder kwetsbare groep. *Kind & Adolescent Praktijk*, 14, 34-41.
- Van der Molen, E., Vermeiren, R.R.J.M., Krabbendam, A.A., Beekman, A.T.F., Doreleijers, Th.A.H. et al. (2013). Detained adolescent females' multiple mental health and adjustment problem outcomes in young adulthood. *Journal of child psychology and psychiatry*, 54, 950-957.
- Van Vugt, E., Lancôt, N., Paquette, G., Collin-Vézina, D. & Lemieux, A. (2014). Girls in residential care: From child maltreatment to trauma-related symptoms in emerging adulthood. *Child abuse & neglect*, 38, 114-122.
- Verlinden, E. & Lindauer, R. (2015). *Vragenlijst voor het screenen op post-traumatische stressklachten bij kinderen van 8 tot 18 jaar*. Amsterdam: AMC, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie & Traumacentrum van de Bascule
- Veerman, J.W. & Tate, J. G. (1989). *Handleiding voor het Scoringsschema Demografische Informatie (SDI) versie 2.0*. Duivendrecht: Paedologisch Instituut.
- Wu, S. & Lo, P. (2008). Inward-attention meditation increases parasympathetic activity: A study based on heart rate variability. *Biomedical Research*, 29, 245-250.