

# **Psychische problemen en stoornissen bij Marokkaans Nederlandse kinderen en jongeren**

Eindrapportage van een onderzoek naar de aard en omvang van emotionele, gedrags- en andere psychische problemen en stoornissen en risico- en beschermende factoren bij Marokkaans Nederlandse kinderen en jongeren

---

Duivendrecht, oktober 2011

Drs. M. Adriaanse

Mr. Dr. L. van Domburgh

Dr. W. Veling

Prof. dr. T.A.H. Doreleijers

VU medisch centrum



Afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie

In opdracht van:

Het voormalig ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer/Wonen, Wijken en Integratie (VROM/WWI), Directie Inburgering en Integratie (DII), 's-Gravenhage



## Voorwoord

Voor u ligt het eindrapport van het onderzoek naar psychische problemen en stoornissen bij Marokkaans Nederlandse kinderen en jongeren<sup>1</sup> tussen 9 en 16 jaar. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het voormalige ministerie van VROM/WWI, Directie Inburgering en Integratie. Het onderzoek is uitgevoerd door de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het VUmc onder leiding van prof. T.A.H. Doreleijers tussen 2009 en 2011. In de opdracht werd gevraagd om onderzoek naar psychische en gedragsproblemen. In de kinder- en jeugdpsychiatrie worden psychische problemen gewoonlijk onderverdeeld in emotionele en gedragsproblemen, daarom zullen deze termen in dit rapport gebruikt worden. Ook is, naast het vóórkomen van psychische problemen, het vóórkomen van psychische stoornissen onderzocht, hierbij zijn de psychische problemen zo ernstig dat iemand er minder door functioneert. **Psychische problemen** kunnen worden onderzocht met het afnemen van vragenlijsten, **psychische stoornissen** kunnen alleen worden gediagnosticeerd in een persoonlijk interview met een clinicus. In dit eindrapport wordt beschreven wat de aard en omvang van psychische problemen en psychische stoornissen is bij Marokkaans Nederlandse jeugd, maar ook wat risico- en beschermende factoren zijn die een verband hebben met psychische problemen of stoornissen bij Marokkaans Nederlandse jeugd. **Beschermende factoren** verhogen het vermogen om met dagelijkse moeilijkheden en problemen om te gaan en beschermen op deze manier tegen het ontwikkelen van psychische stoornissen. **Risicofactoren** dragen juist bij aan dagelijkse moeilijkheden en problemen en verhogen het risico op het ontwikkelen van psychische stoornissen. Terwijl de meerderheid van Marokkaanse Nederlandse kinderen en jongeren in Nederland is geboren en de juiste term Marokkaans Nederlandse jeugd zou zijn, zal voor de leesbaarheid worden gesproken over Marokkaanse jeugd in het vervolg van dit rapport.

Het onderzoek is uitgevoerd in twee fasen; een **screeningsfase** waarin via scholen bij een grote groep kinderen en jongeren (N=1563) van allerlei etniciteiten (maar vanwege de specifieke vraagstelling van de opdrachtgever met een oververtegenwoordiging van Marokkaanse jeugd) vragenlijsten zijn afgenomen. En een **diagnostische fase** waarin bij een geselecteerde groep Marokkaanse jeugd (N=152) een diagnostisch psychiatrisch interview is afgenomen en een ouder/verzorger van deze kinderen en jongeren is geïnterviewd. De kleuren van de tabellen en figuren in dit rapport corresponderen met de kleuren van de genoemde twee fasen van het onderzoek, tevens zal in de titel van de tabellen en figuren de onderzoeksfase steeds genoemd worden. Dit onderzoek is een empirisch onderzoek naar psychische problemen, stoornissen en risico- en beschermende factoren bij Marokkaanse jeugd. Volgens de richtlijnen van epidemiologisch kwantitatief onderzoek zullen alleen statistisch significante<sup>2</sup> resultaten vermeld worden.

In het eerste hoofdstuk zullen gegevens over het vóórkomen van psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse jeugd en bekende risico- en beschermende factoren uit voorgaand onderzoek worden besproken. In de volgende drie hoofdstukken worden de methode en resultaten van het huidige onderzoek gepresenteerd. Tot slot worden deze resultaten in hoofdstuk vijf en zes in een breder kader geplaatst, mede met behulp van gegevens uit voorgaand onderzoek zoals geschetst in het eerste hoofdstuk.

---

<sup>1</sup> Met deze term worden alle kinderen en jongeren aangeduid die of zelf in Marokko zijn geboren of ten minste één ouder hebben die in Marokko is geboren.

<sup>2</sup> Als een verschil statistisch significant is ( $p < 0.05$  of  $p < 0.01$ ), betekent dit dat de kans erg klein is (kleiner dan 5% of 1%) dat het verschil puur op toeval berust en dat er dus zeer waarschijnlijk sprake is van een werkelijk verschil tussen de groepen.



## Dankwoord

Voor dit onderzoek zijn wij veel dank verschuldigd aan de deelnemende basis- en middelbare scholen, hun leerkrachten en leerlingen die zich hebben ingezet voor de screeningsfase van dit onderzoek. Voor de diagnostische fase willen wij de gezinnen bedanken voor hun deelname en wederom de scholen voor hun medewerking en het beschikbaar stellen van een ruimte om een deel van het onderzoek af te nemen. Daarnaast willen wij de artsen, onderzoeksassistenten en stagiaires bedanken die hebben meegewerkt aan de dataverzameling, data-invoer en analyses: Adrienne van Asten, Amal van Caem-Kharkhach, Annelou van Wermeskerken, Annemiek Roosma, Asna Chander, Aziza Bouyeri, Denise Kelder, Doeke Touw, Dominique Wanders, Esther van Elswijk, Fatiha Karimi, Fatima el Aarbaj, Hakima el Mesbahi, Kaltoum Baddouri, Khadija Najah, Lamyae Adlani, Liesbeth de Raadt, Marieke Niemantsverdriet, Marinka Louwerse, Marleen van Overstraten, Marloes van der Meer, Matthijs Klapwijk, Mirjam van den Boer, Najat Gaddour, Salima El Khyari, Sandra Bediako, Sanne Landkroon, Shirley van de Laar en Youssra Ryane. Tot slot willen wij Erica Faber van het voormalige ministerie van VROM/WWI, Directie Inburgering en Integratie bedanken voor de goede overlegsituatie en constructieve feedback die wij van haar ontvingen op de tussen- en eindrapportage.



## Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b> .....	<b>3</b>
<b>Dankwoord</b> .....	<b>5</b>
<b>Inhoudsopgave</b> .....	<b>7</b>
<b>Management samenvatting</b> .....	<b>9</b>
<b>Hoofdstuk 1: Inleiding</b> .....	<b>13</b>
Wat zijn psychische problemen en psychische stoornissen? .....	13
Wat is de aard en omvang van psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse jeugd? .....	14
Wat zijn risico- en beschermende factoren voor psychische problemen en stoornissen? .....	15
Welke kindfactoren hebben een verband met psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse jeugd? .....	16
Welke gezinsfactoren hebben een verband met psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse jeugd? .....	17
Welke omgevingsfactoren hebben een verband met psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse jeugd? .....	17
Welke minderheidsspecifieke factoren hebben een verband met psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse jeugd? .....	18
Wat is de stand van zaken van voorgaand onderzoek? .....	19
Doel en vraagstelling .....	20
Inhoud rapport .....	20
<b>Hoofdstuk 2: Methode</b> .....	<b>21</b>
2.1 Onderzoeksopzet .....	21
2.2 Onderzoeksgroep .....	22
Screeningsfase .....	22
Diagnostische fase .....	23
2.3 Instrumenten .....	24
2.4 Procedure .....	26
Screeningsfase .....	26
Diagnostische fase .....	27
2.5 Statistische analyse en interpretatie resultaten .....	27
<b>Hoofdstuk 3: Wat is de aard en omvang van psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse kinderen en jongeren?</b> .....	<b>29</b>
Psychische problemen bij Marokkaanse jeugd in vergelijking met Nederlandse jeugd .....	29
Psychische stoornissen bij Marokkaanse jeugd .....	31
Screenen op psychische stoornissen bij Marokkaanse jeugd .....	31
Samenvatting .....	33

<b>Hoofdstuk 4: Welke factoren hebben een verband met psychische problemen bij Marokkaanse kinderen en jongeren?</b> .....	<b>34</b>
4.1 Kindfactoren .....	34
Kindfactoren bij Marokkaanse jeugd in vergelijking met Nederlandse jeugd .....	34
Verband kindfactoren (screeningsfase) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd .....	35
Verband kindfactoren (diagnostische fase) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd .....	35
Samenvatting.....	36
4.2 Gezinsfactoren.....	36
Gezinsfactoren bij Marokkaanse jeugd in vergelijking met Nederlandse jeugd .....	36
Verband gezinsfactoren (screeningsfase) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd .....	37
Verband gezinsfactoren (diagnostische fase) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd .....	38
Samenvatting.....	38
4.3 Omgevingsfactoren.....	39
Omgevingsfactoren bij Marokkaanse jeugd in vergelijking met Nederlandse jeugd .....	39
Verband omgevingsfactoren (screeningsfase) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd .....	39
Verband omgevingsfactoren (diagnostische fase) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd .....	40
Samenvatting.....	40
4.4 Minderheidsspecifieke factoren .....	41
Minderheidsspecifieke factoren bij Marokkaanse jeugd .....	41
Verband minderheidsspecifieke factoren (screeningsfase) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd.....	41
Verband minderheidsspecifieke factoren (diagnostische fase) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd.....	43
Samenvatting.....	43
<b>Hoofdstuk 5: Samenvatting van de resultaten en interpretatie .....</b>	<b>44</b>
Samenvatting resultaten .....	44
Interpretatie .....	45
Sterke kanten en beperkingen.....	48
<b>Hoofdstuk 6: Conclusie.....</b>	<b>50</b>
<b>Referenties.....</b>	<b>51</b>
<b>Bijlage 1: Beschrijving instrumenten .....</b>	<b>57</b>
<b>Bijlage 2: Aanvullende tabellen .....</b>	<b>62</b>



## Management samenvatting

### Achtergrond

Er is minder bekend over de aard en omvang van psychische problemen bij Marokkaanse kinderen en jongeren, terwijl er bij deze groep relatief veel maatschappelijke problematiek en een verhoogde kans op psychotische stoornissen op (jong)volwassen leeftijd wordt gezien. Het is onduidelijk in hoeverre deze problematiek gecorreleerd is met psychische problemen van kinderen en jongeren met een Marokkaanse achtergrond. Om deze redenen heeft het voormalige ministerie van Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer/Wonen, Wijken en Integratie, Directie Inburgering en Integratie, de afdeling kinder- en jeugd psychiatrie van het VUmc verzocht onderzoek te doen naar de aard en omvang van psychische problemen van Marokkaanse kinderen en jongeren en het identificeren van risico- en beschermende factoren hiervan.

### Begrippen

In dit onderzoek wordt het vóórkomen van **psychische problemen** en **psychische stoornissen** bij Marokkaanse jeugd onderzocht. **Psychische problemen** zijn klachten die kunnen ontstaan als de balans tussen de dagelijkse moeilijkheden en problemen waarmee iemand te maken krijgt (draaglast) en het vermogen om hiermee om te gaan (draagkracht) verstoord raakt. Als deze klachten zo ernstig worden dat iemand erdoor niet meer kan functioneren is er sprake van een **psychische stoornis**. In dit onderzoek worden ook mogelijke **risico- en beschermende factoren** voor psychische problemen bij Marokkaanse jeugd onderzocht. **Beschermende factoren** verhogen het vermogen om met dagelijkse moeilijkheden en problemen om te gaan (draagkracht), **risicofactoren** dragen juist bij aan dagelijkse moeilijkheden en problemen (draaglast).

### Methode

Het onderzoek bestaat uit twee fasen. In de eerste fase is via scholen een **screening** van een grote groep (N=1563, waarvan N=408 Marokkaanse) kinderen en jongeren tussen 9 en 16 jaar uit de algemene bevolking in Nederland uitgevoerd. De leerlingen en hun leerkrachten hebben hierbij vragenlijsten ingevuld op het gebied van **psychische problemen** en een aantal determinanten hiervan. Aan de hand van deze zelf- en leerkrachtrapportages zijn voor de tweede fase van het onderzoek, de **diagnostische fase**, een hoog- en een laagrisico groep van kinderen en jongeren met een Marokkaanse achtergrond geselecteerd. Bij deze 152 Marokkaanse kinderen en jongeren zijn een psychiatrisch interview, waarmee een **psychische stoornis** kan worden gediagnosticeerd, en een aantal aanvullende vragenlijsten en testen afgenomen. Ook is een ouder/verzorger geïnterviewd om meer over het gezin, de verdere ontwikkeling en sociale omgeving van het kind in kaart te brengen.

### Resultaten

In de screeningsfase van dit onderzoek bleek dat er door leerkrachten en kinderen zelf meer gedragsproblemen in de Marokkaanse groep werden gerapporteerd dan in de Nederlandse groep (respectievelijk vijf en twee keer zo vaak). Emotionele problemen leken vaker voor te komen bij Marokkaanse dan bij Nederlandse jongens, terwijl Marokkaanse meisjes minder emotionele problemen rapporteerden dan Nederlandse meisjes. Verder had Marokkaanse jeugd een bijna twee keer zo hoge kans om veel last van waanachtige ideeën te ervaren.

In de diagnostische fase bleek 27,5% van de hoogrisicogroep en 1,2% van de laagrisicogroep een psychische stoornis te hebben. Er werden vooral veel gedragstoornissen en depressies gezien. Daarbij voldeed tevens 23,2% van de hoogrisicogroep en 3,6% van de laagrisicogroep weliswaar niet

aan genoeg criteria om een diagnose te kunnen stellen, maar had deze groep wel psychische symptomen met een beperking in het functioneren. In totaal ondervond meer dan de helft van de hoogerisico kinderen en jongeren en een klein deel van de laagrisico kinderen en jongeren beperkingen in het dagelijks leven door hun psychisch functioneren. Tot slot bleek een hoge score op de SDQ bij het kind zelf in combinatie met de leerkracht een goede en praktische manier te zijn om te screenen op psychische stoornissen bij Marokkaanse jeugd.

In figuur 1 worden de risico- en beschermende factoren voor psychische problemen bij Marokkaanse jeugd gepresenteerd. Sommige van de risicofactoren (bijvoorbeeld psychopathische persoonlijkheidstrekken, groot gezin) kwamen vaker voor en sommige beschermende factoren (bijvoorbeeld ondersteuning moeder, wonen in een goede buurt) kwamen minder vaak voor bij Marokkaanse jeugd dan bij Nederlandse jeugd.

Risicofactoren	Beschermende factoren
<p>Kindniveau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Psychopathische en narcistische persoonlijkheidstrekken</li> <li>➤ Agressie</li> </ul> <p>Gezinsniveau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Groot gezin</li> <li>➤ Negatieve interactie ouders</li> </ul> <p>Omgevingsniveau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aansluiting bij risicovolle vrienden</li> </ul> <p>Minderheidsspecifiek niveau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Marginalisatiestrategie</li> <li>➤ Discriminatie</li> </ul>	<p>Kindniveau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Zelfvertrouwen</li> <li>➤ Goede intelligentie</li> </ul> <p>Gezinsniveau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ondersteuning moeder</li> <li>➤ Toezicht van moeder op kind</li> </ul> <p>Omgevingsniveau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Wonen in een goede buurt</li> <li>➤ Veel ondersteuning familie</li> </ul> <p>Minderheidsspecifiek niveau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sterke etnische identiteit</li> <li>➤ Gerichtheid op Nederland</li> <li>➤ Geloof</li> </ul>

Figuur 1: Risico- en beschermende factoren voor psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse jeugd

## Interpretatie

Naast de verhoogde kans van leerkrachten en leerlingen om bij de Marokkaanse groep gedragsproblemen te rapporteren, lijkt de prevalentie van gedragsstoornissen even groot bij Marokkaanse jeugd dan bij Nederlandse jeugd. Mogelijk wordt het verschil in gedragsproblemen verklaard door de gemiddeld lagere sociaaleconomische status waarin Marokkaanse kinderen en jongeren opgroeien.

Hoewel verreweg de meeste kinderen en jongeren die psychoseachtige symptomen, zoals waanachtige ideeën, ervaren nooit een psychose zullen ontwikkelen, is wel bekend dat zij meer kans hebben om op (jong)volwassen leeftijd een psychotische stoornis te ontwikkelen (Poulton et al., 2000). Als hierbij de verhoogde kans op psychotische stoornissen bij Marokkaanse Nederlanders in acht wordt genomen (Veling et al., 2006), zou de bevinding dat Marokkaanse jeugd vaker last heeft van waanachtige ideeën kunnen betekenen dat er op kinderleeftijd al een grotere groep Marokkaanse jeugd is die 'at risk' is voor het ontwikkelen van psychotische stoornis op latere leeftijd. Dit is belangrijk aangezien Marokkaanse jeugd kennelijk wellicht meer kans heeft om een zeer invaliderende ziekte te ontwikkelen, die deelname aan de maatschappij ernstig bemoeilijkt.

In overeenstemming met eerder onderzoek (Deković et al., 2004; Stevens et al., 2003; Wissink et al., 2006; Zwirs et al., 2007) blijkt ook uit het huidige onderzoek dat er in ieder geval evenveel psychische

stoornissen voorkomen bij Marokkaanse kinderen en jongeren in vergelijking met Nederlandse kinderen. De constatering van Boon en collega's (2010) over de onderrepresentatie in de reguliere GGZ lijkt daarmee terecht. Als hierbij de overrepresentatie in forensische GGZ in acht wordt genomen, kan geconcludeerd worden dat ook dit onderzoek erop wijst dat onbehandelde psychische problemen bij Marokkaanse jeugd pas later, als de problemen al zo groot zijn geworden dat er maatschappelijke problematiek ontstaat, door tussenkomst van de rechter worden onderkend. Hiermee lijkt een vroege signalering en effectieve behandeling van psychische problemen bij Marokkaanse jeugd zinvol en essentieel.

Het verband met veel risico- en beschermende factoren en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd was verwacht, omdat het verband met deze factoren in eerder onderzoek al is gevonden bij kinderen van andere ethniciteiten. Opvallend was dat er veel verbanden werden gevonden tussen minderheidsspecifieke factoren en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd. Acculturatieproblemen en discriminatie zijn extra dagelijkse moeilijkheden en problemen waarmee Marokkaanse kinderen en jongeren te maken hebben in vergelijking met Nederlandse leeftijdgenoten, die substantieel bij lijken te dragen aan een ongunstigere ontwikkeling tot volwassenheid bij Marokkaanse kinderen. Daarentegen verminderden andere minderheidsspecifieke factoren juist het risico op psychische problemen bij Marokkaanse jeugd. In overeenstemming met eerder onderzoek hadden een sterke etnische identiteit (Veling et al, 2010), gerichtheid op Nederland en gelovig zijn (Hackney & Sanders, 2003; Koenig, 2009; Stevens et al., 2005 b en c) een verband met minder psychische problemen.

Sterke punten van dit onderzoek zijn het gebruik van een grote onderzoeksgroep van Marokkaanse kinderen en jongeren uit zowel grotere als kleinere steden en dorpen in Nederland, met een hoge respons van leerlingen en leerkrachten in de screeningsfase en gezinnen in de diagnostische fase. Daarnaast is gebruik gemaakt van informatie over de kinderen en jongeren uit drie verschillende bronnen; het kind/de jongere zelf, de leerkracht of mentor en één van de ouders. Ook zijn er psychiatrische interviews afgenomen. Tenslotte zijn er risico- en beschermende factoren op verschillende ontwikkelingbeïnvloedende niveaus onderzocht en is er bij het uitvoeren van het onderzoek in grote mate rekening gehouden met de culturele achtergrond van de Marokkaanse gezinnen.

## Conclusie

In de algemene populatie is er een groep Marokkaanse kinderen en jongeren die psychische problemen of stoornissen hebben die hier meestal niet voor behandeld worden. Marokkaanse kinderen en jongeren hebben meer psychoseachtige symptomen en gedragsproblemen dan Nederlandse kinderen en jongeren. Aan diagnoses van psychische stoornissen werden vooral gedragsstoornissen en depressies gezien. Hoewel het niet zonder meer mogelijk is om het voorkomen van deze diagnoses te vergelijken met een Nederlandse groep, kan globaal gesteld worden dat psychische stoornissen even vaak voorkomen bij Marokkaanse jeugd, met uitzondering van gedragsstoornissen en een verhoogde kwetsbaarheid voor psychotische stoornissen op latere leeftijd die vaker voorkomen bij Marokkaanse jongeren. Deze groep kan goed en relatief eenvoudig geïdentificeerd worden door middel van het screenen op psychische problemen op basis- en middelbare scholen. Door middel van deze vroege signalering en een effectieve behandeling van psychische problemen bij Marokkaanse kinderen en jongeren kan mogelijk worden voorkomen dat de psychische problemen bij deze groep zo groot worden dat er maatschappelijke problematiek of een ernstig invaliderende ziekte als een psychotische stoornis ontstaat. Echter moet er aan een

aantal voorwaarden kunnen worden voldaan, wil screening op psychiatrische stoornissen bij Marokkaanse jeugd nuttig zijn. Ten eerste moet er een effectieve behandeling geboden kunnen worden. Daarom is het van belang te investeren in de aansluiting van de hulpverlening op de belevingswereld van Marokkaanse jeugd en onderzoek te doen naar het behoud en de effectiviteit van cultuursensitieve behandelprogramma's voor psychische stoornissen bij deze groep. Ten tweede moet de hulpverlening genoeg capaciteit hebben om de extra geïdentificeerde kinderen te kunnen ontvangen.

Daarnaast groeien Marokkaanse kinderen en jongeren op in een kwetsbaardere situatie met meer risicofactoren en minder beschermende factoren voor psychische problemen op kind-, gezins-, omgevings- en minderheidspecifiek niveau dan Nederlandse kinderen en jongeren. In het algemeen geldt dat bij preventie en behandeling van psychische stoornissen nadruk dient te worden gelegd op de versterking van beschermende factoren en het doen afnemen van risicofactoren. Hoewel dit niet altijd eenvoudig te bereiken is, valt hier wel veel winst mee te behalen. Ten aanzien van het ontstaan en beloop van psychische stoornissen bij Marokkaanse jeugd en de invloed van risico- en beschermende factoren hierop, zou het interessant zijn longitudinaal onderzoek te doen, waarin een onderzoeksgroep meerdere malen in de tijd onderzocht wordt.

## Hoofdstuk 1: Inleiding

In Nederland is veel onderzoek gedaan naar psychische problemen van kinderen en jongeren (Verhulst, Van der Ende, Ferdinand & Kasius, 1997). Hierbij is evenwel minder aandacht besteed aan kinderen en jongeren met een niet-Nederlandse achtergrond (Zwirs, 2006). Het weinige onderzoek onder laatstgenoemde groep differentieert bovendien niet altijd naar subgroepen van bijvoorbeeld Turkse, Surinaamse en Marokkaanse Nederlanders (Stevens et al., 2005; Zwirs, 2006). Omdat er tussen deze groepen grote verschillen bestaan in bijvoorbeeld culturele achtergrond, sociale positie en migratiegeschiedenis betreft het meestal een zeer heterogene groep die met name wat betreft psychische problemen niet als één geheel mag worden beschouwd. Ook zijn de uitkomsten inconsistent; sommige onderzoeken vinden onder migrantengroepen meer emotionele en gedragsproblemen, andere vinden minder of evenveel problemen (Stevens & Vollebergh, 2008). Bovendien zijn er discrepanties in gerapporteerde psychische problemen van kinderen en jongeren tussen de verschillende informanten: ouders, leerkrachten en de kinderen en jongeren zelf (Stevens et al., 2003). Tot slot bestaat er twijfel over de toepasbaarheid van in Nederland veel gebruikte vragenlijsten om emotionele en gedragsproblemen te meten bij kinderen en jongeren met een niet-Nederlandse achtergrond, omdat deze vragenlijsten niet genormeerd en gevalideerd zijn voor kinderen met een dergelijke achtergrond.

Er is kortom minder bekend over de aard en omvang van psychische problemen bij kinderen en jongeren van met name Marokkaanse komaf bij wie zowel een verhoogde incidentie<sup>3</sup> van psychotische stoornissen in de adolescentie als ook hinderlijk gedrag in de kindertijd en de adolescentie opvalt. Het is onduidelijk in hoeverre deze problematiek gecorrigeerd is met emotionele en gedragsproblemen van kinderen en jongeren met deze achtergrond. Om deze redenen heeft het voormalige ministerie van Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer/Wonen, Wijken en Integratie, Directie Inburgering en Integratie, de afdeling kinder- en jeugd psychiatrie van het VUmc verzocht onderzoek te doen naar de aard en omvang van psychische problemen van Marokkaanse kinderen en jongeren en het identificeren van risico- en beschermende factoren hiervan.

### Wat zijn psychische problemen en psychische stoornissen?

Wij definiëren – zoals wereldwijd is afgesproken (WHO, 1998) - psychische problemen en psychische stoornissen als volgt. Ieder mens is uitgerust met een zeker vermogen om met bepaalde situaties, houdingen van andere mensen en eigen of andermans problemen om te gaan. Als nu door aanlegfactoren, door stress of ziekte of door andere omstandigheden dit vermogen om om te gaan met problemen tekortschiet, ontstaan er klachten of **psychische problemen**. Als die klachten zo ernstig worden dat iemand erdoor minder functioneert (hij of zij gaat niet meer naar school of werk, vermijdt vrienden, enz.) wordt gesproken van een **psychische stoornis** (American Psychiatric Association, 1994).

Om zo eenduidig mogelijk met elkaar in het beleid en de praktijk te kunnen communiceren, hebben wetenschappers wereldwijd een classificatiesysteem ontworpen. Het bekendste classificatiesysteem voor psychische stoornissen is de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV* (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994). Dit is een handboek waarin alle psychische stoornissen staan beschreven aan de hand van criteria per stoornis waaraan voldaan moet worden om een

---

<sup>3</sup> De incidentie is het aantal nieuwe gevallen van een ziekte per tijdseenheid, per aantal van de bevolking. De prevalentie is het aantal gevallen van een ziekte op een specifiek moment in de tijd, per aantal van de bevolking.

diagnose te kunnen stellen. Psychische stoornissen zijn onder te verdelen in internaliserende, externaliserende en overige psychische stoornissen. Internaliserende psychische stoornissen worden in dit rapport ook wel emotionele stoornissen genoemd. Dit zijn stoornissen waar kinderen en jongeren vooral zelf last van hebben, zoals depressie, angst en de gevolgen van traumatische ervaringen. Externaliserende psychische stoornissen, in dit rapport ook wel gedragstoornissen genoemd, zijn stoornissen waar vooral andere mensen last van hebben, zoals een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis en ADHD. Binnen de groep van overige psychische stoornissen vallen bijvoorbeeld autismespectrum stoornissen, psychotische stoornissen, middelenmisbruik en eetstoornissen. Autismespectrum stoornissen worden gekenmerkt door stoornissen in de sociale interactie en communicatie en door stereotiepe gedragingen. Bij psychotische stoornissen gaat het om een psychiatrisch ziektebeeld dat wordt gekenmerkt door het optreden van wanen, hallucinaties en cognitieve desorganisatie.

**Psychische problemen** kunnen worden onderzocht met het afnemen van vragenlijsten. Hierbij is het belangrijk informatie van verschillende rapporteurs (kind, ouder, leerkracht) te verzamelen, omdat onderzoek heeft uitgewezen dat kinderen zelf de beste rapporteurs zijn van emotionele problemen en dat mensen uit de omgeving, zoals leerkrachten of ouders, de beste rapporteurs zijn voor gedragsproblemen. **Psychische stoornissen** kunnen alleen worden gediagnosticeerd in een gestandaardiseerd persoonlijk interview met een clinicus (arts, psychiater, GZ-psycholoog). Bij voorkeur wordt ook dit interview afgenomen bij het kind zelf en mensen uit de omgeving van het kind.

## **Wat is de aard en omvang van psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse jeugd?**

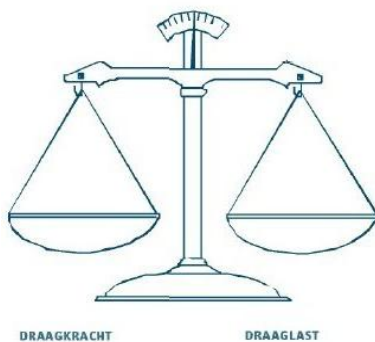
In Nederland is er minder bekend over psychische problemen bij kinderen en jongeren met een niet-Nederlandse achtergrond dan bij autochtoon Nederlandse jeugd (Adriaanse, Louwerse, Van Domburgh, Veling & Doreleijers, 2010). Er zijn tot op heden twee grotere onderzoeken geweest naar de psychische gezondheid van een groep Marokkaanse jeugd uit de algemene bevolking. In 2001 en 2002 nam Stevens (2004) vragenlijsten af bij een grote groep Marokkaanse kinderen en jongeren (N=387), ouders (N=817) en leerkrachten (N=539), willekeurig geselecteerd uit de gemeenteregisters van Den Haag en Rotterdam. Van 2002 tot 2003 nam Zwirs (2006) via scholen leerkrachtvragenlijsten af van onder andere 662 Marokkaanse kinderen tussen 6 en 11 jaar uit achterstandwijken in Utrecht en Amsterdam. Bij een deel van deze kinderen werd een jaar later onderzocht of er sprake was van een psychische stoornis door middel van een psychiatrisch interview met het kind, een gestructureerd diagnostisch interview met de ouder en een korte vragenlijst bij de leerkracht. Naast deze onderzoeken bij Marokkaanse jeugd zijn er enkele projecten geweest die het vóórkomen van emotionele en gedragsproblemen bij allochtone kinderen en jongeren in het algemeen of slechts bij kleine groepen Marokkaanse jeugd hebben onderzocht (Deković, Wissink, & Meijer, 2004; Van Dorselaer et al., 2010; Van Geel, 2009; Reijneveld, Harland, Brugman, Verhulst & Verloove-Vanhorick, 2005; Vollebergh et al., 2005; Wissink, Dekovic & Meijer, 2006).

Uit onderzoek bij grote groepen middelbare scholieren bleek dat allochtone scholieren minder emotionele problemen rapporteerden dan autochtone scholieren (Van Geel & Vedder, 2010). Op basisschoolleeftijd werd dit verschil niet gevonden (Van Dorselaer et al., 2010). Allochtone en Marokkaanse ouders rapporteerden meer emotionele problemen bij hun kinderen dan autochtone ouders, terwijl leerkrachten en kinderen zelf in deze onderzoeken evenveel emotionele problemen rapporteerden als Nederlandse kinderen (Reijneveld et al., 2005; Stevens et al., 2003; Vollebergh et

al., 2005). Een onderzoek bij jonge kinderen van verschillende etniciteiten uit achterstandswijken in grote steden waarbij psychiatrische diagnoses werden gesteld, vond geen verschil in het vóórkomen van emotionele stoornissen (Zwirs et al., 2007). Gedragsproblemen werden vaker (Van Dorsselaer et al., 2010) of even vaak (Deković et al., 2004; Van Geel & Vedder, 2009; Wissink et al., 2006) gerapporteerd door allochtone scholieren in vergelijking met hun Nederlandse leeftijdgenoten. Leerkrachten rapporteerden veel meer gedragsproblemen bij allochtone en Marokkaanse leerlingen dan bij Nederlandse leerlingen (Zwirs, 2006), terwijl ouders en kinderen in hetzelfde onderzoek evenveel of minder gedragsproblemen rapporteerden (Stevens et al., 2003; Vollebergh et al., 2005). In het onderzoek van Zwirs en collega's (2007) werden echter ook voor gedragsstoornissen geen verschillen tussen verschillende etniciteiten gevonden bij jonge kinderen uit achterstandswijken. Verder hebben (vooral 2<sup>e</sup> generatie) Marokkaanse mannen op jongvolwassen leeftijd een hogere kans om een psychotische stoornis te ontwikkelen dan Nederlanders (Veling et al., 2006).

Samenvattend tonen de onderzoeken naar psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse kinderen en jongeren tot op heden verschillende uitkomsten en laten ze grote verschillen zien tussen de verschillende informanten (kind, ouder, leerkracht). Zodoende is er geen ondubbelzinnige uitspraak te doen over het vóórkomen van psychische problemen bij Marokkaanse jeugd. Wel is bekend dat allochtone jongeren - en specifiek Marokkaanse jongeren - vaak te maken krijgen met maatschappelijke problematiek. Zo zijn Marokkaanse jongeren oververtegenwoordigd in de criminaliteit, de schooluitval en de werkloosheid (De Boom, Weltevrede, Van Wensveen, Van San & Hermus, 2010). Het is nog onduidelijk in hoeverre deze oververtegenwoordiging gecorreleerd is met psychische problemen bij Marokkaanse jongeren, maar het zou een indicatie kunnen zijn van een hogere mate van psychische problemen bij deze groep. Wel is gebleken dat Marokkaanse jongens in preventieve hechtenis weliswaar meer psychische problemen hadden dan Marokkaanse jongens uit de algemene populatie, maar minder dan Nederlandse jongens in preventieve hechtenis (Veen, Stevens, Doreleijers, Van der Ende & Vollebergh, 2010). In contrast hiermee blijkt migrantenjeugd sterk ondervertegenwoordigd in de reguliere geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Terwijl er in de forensische GGZ juist meer allochtone jongeren behandeld worden (Boon, De Haan & De Boer, 2010). Dit kan betekenen dat onbehandelde psychische problemen bij migrantenjeugd pas later, als de problemen zo groot zijn geworden dat er maatschappelijke problematiek ontstaat, door tussenkomst van de rechter worden onderkend.

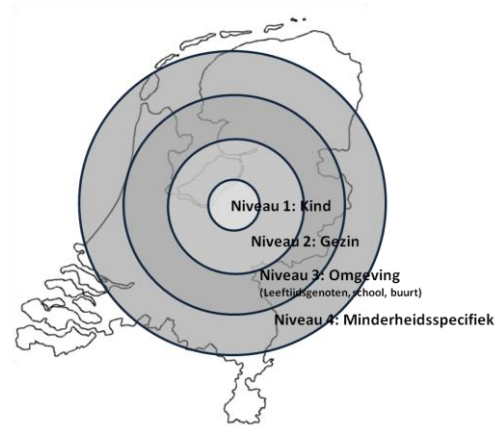
## Wat zijn risico- en beschermende factoren voor psychische problemen en stoornissen?



Psychische stoornissen bij kinderen en jongeren worden veroorzaakt door een complexe wisselwerking tussen verschillende factoren op gebied van het individu, de familie, de vriendengroep, de school en de buurt (Martin, Volkmar & Lewis, 2007). Sommige factoren verhogen het vermogen om met dagelijkse moeilijkheden en problemen om te gaan. Deze factoren verhogen de draagkracht van iemand en worden ook wel **beschermende factoren** genoemd. Andere factoren dragen juist bij aan dagelijkse moeilijkheden en problemen. Deze factoren verhogen de draaglast van iemand en worden ook wel **risicofactoren** genoemd. Wanneer de balans tussen draagkracht en draaglast verstoord raakt en iemand heeft meer draaglast dan draagkracht, kunnen er psychische stoornissen ontstaan. De balans kan weer in evenwicht gebracht worden door

hetzij versterken van de draagkracht (medicatie, sociale vaardigheidstraining, cognitieve gedragstherapie, gezinsinterventie, remedial teaching), hetzij door het doen afnemen van de draaglast (minder moeilijke school, minder prikkels van buitenaf, etc.).

Risico- en beschermende factoren voor psychische stoornissen liggen op verschillende ontwikkelingsbeïnvloedende niveaus rondom het kind. De factoren op deze niveaus kunnen vaker of minder vaak voorkomen bij etnische minderheden dan bij autochtone jeugd. Ook hoeven factoren bij deze groep niet dezelfde invloed te hebben op psychische stoornissen als bij Nederlandse kinderen en jongeren. Naast factoren op kind-, gezins- en omgevingsniveau hebben kinderen met een niet-Nederlandse achtergrond bovendien te maken met factoren die specifiek te maken hebben met de migratie van de kinderen zelf of hun ouders. Deze factoren worden minderheidsspecifieke factoren genoemd. In dit rapport worden risico- en beschermende factoren voor psychische stoornissen bij Marokkaanse jeugd onderverdeeld in kind-, gezins-, omgevings- en minderheidsspecifieke factoren.



## Welke kindfactoren hebben een verband met psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse jeugd?

Een **positief zelfbeeld** en een **goede intelligentie** zijn bekende eigenschappen die bijdragen aan het vermogen van kinderen om met problemen en moeilijkheden om te gaan en beschermen zo tegen het ontwikkelen van psychische problemen. Een **achterstand in de taalontwikkeling** is specifiek een risicofactor voor gedragsproblemen (Matthys, 2006). In overeenstemming hiermee vonden Paalman, Van Domburgh en Doreleijers (2010) dat Marokkaanse kinderen met één of meerdere politiecontacten vóór het 12<sup>e</sup> jaar een grotere leesachterstand hadden dan Marokkaanse kinderen zonder politiecontacten.

Verschiedene eigenschappen of karaktertrekken vormen de persoonlijkheid van iemand. Sommige mensen raken door een stoornis in de ontwikkeling van hun persoonlijkheid met zichzelf of hun omgeving in de problemen. Slechts weinig mensen hebben daadwerkelijk een persoonlijkheidsstoornis. Voor het 18<sup>e</sup> jaar kan er geen persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd worden, wel kan gesproken worden van **persoonlijkheidstrekken** van een bepaalde stoornis. Voor psychopathische persoonlijkheidstrekken zijn bijvoorbeeld egocentrisch en manipulatief gedrag in omgang met anderen (inter-persoonlijke factor), het gebrek aan schuldgevoel en empathie (affectieve factor) en impulsief en onverantwoordelijk gedrag (gedragsfactor) kenmerkend. Bij narcistische persoonlijkheidstrekken staan grootheidsgedvoelens, een gebrek aan empathie, een sterke behoefte aan bewondering en overgevoeligheid voor het oordeel van anderen centraal. De grootheidsgedvoelens zijn echter een compensatie voor het eigenlijke lage gevoel van eigenwaarde. Daarom heeft een persoon met narcistische trekjes behoefte aan bevestiging en kan het niet goed tegen kritiek. Zowel psychopathische als narcistische persoonlijkheidstrekken hangen nauw samen met gedragsproblemen (Frick, Bodin & Barry, 2000).

Er bestaan twee verschillende vormen van agressie: **reactieve en proactieve agressie**. Reactieve agressie is een impulsieve reactie op gedrag van iemand anders. Reactief agressieve kinderen vinden snel dat anderen slechte bedoelingen met hen hebben. Daardoor voelen deze kinderen zich snel bedreigd en behandelen ze anderen, mede doordat ze zich moeilijk kunnen beheersen, agressief. Ze



zien niet goed in dat de boosheid ook van henzelf komt. Proactieve agressie is een vorm van agressief gedrag dat bewust wordt gebruikt om een bepaald doel te bereiken. Dit doel kan instrumenteel van aard zijn of het kan op iemand anders gericht zijn, met het doel de ander te intimideren of domineren en zo sociale voordelen te bereiken. Reactief agressieve kinderen hebben een hogere kans op zowel emotionele als gedragsproblemen. Proactief agressieve kinderen hebben voornamelijk een hogere kans op gedragsproblemen (De Medts, 2003).

## Welke gezinsfactoren hebben een verband met psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse jeugd?

Het is bekend dat kinderen van **gescheiden ouders** een hogere kans hebben om psychische problemen te ontwikkelen. Bij een onderzoek onder Marokkaanse jeugd bleken echter de burgerlijke staat van de ouders en het **aantal kinderen in het gezin** niet bij te dragen aan de ontwikkeling van emotionele en gedragsproblemen (Stevens, Vollebergh, Pels & Crijnen, 2005b en c). Uit ander onderzoek bleek dat Marokkaanse kinderen uit grotere gezinnen en kinderen die tenminste één oudere broer hebben wel een hoger risico hebben op een politiecontact voor hun 12<sup>e</sup> jaar (Paalman et al., 2010).

De **sociaaleconomische status** (opleidingsniveau, beroepsstatus, inkomen) is vaak lager bij Marokkaanse dan bij Nederlandse ouders (CBS, 2004). Kinderen die opgroeien in een gezin met een lage sociaaleconomische status (SES) hebben vaker last van psychische problemen (Bradley & Corwyn, 2002). Binnen een groep Marokkaanse adolescenten had de SES van het gezin geen invloed op het vóórkomen van emotionele of gedragsproblemen (Stevens et al., 2005b en c). Dit is echter slechts eenmaal onderzocht bij Marokkaanse jeugd. Het feit dat er geen relatie werd gevonden kan ook verklaard worden door het feit dat er bijna alleen maar Marokkaanse gezinnen zijn onderzocht met een lage SES en er zo geen variatie was om een verband aan te tonen.

**Psychische problemen van de ouder(s)** kunnen ook invloed hebben op psychische problemen van hun kinderen (Mordoch & Hall, 2002). In het onderzoek van Stevens en collega's (2005b en c) waren ouderlijke psychische problemen nauwelijks gerelateerd aan gedragsproblemen en slechts zwak aan emotionele problemen bij Marokkaanse adolescenten.

De kwaliteit van de **ouderkind relatie** en aspecten van de **opvoeding**, hebben ook invloed op de ontwikkeling van kinderen. De invloed van deze factoren op psychische problemen is niet anders voor Marokkaanse kinderen dan voor Nederlandse kinderen. Zo zijn ondersteuning van de ouders, ouderlijke affectie en toezicht beschermende factoren en zijn negatieve interactie met de ouders en discipline in de opvoeding risicofactoren voor het ontwikkelen van psychische problemen bij kinderen van elke etniciteit (Eichelsheim et al., 2010) en dus ook bij Marokkaanse jeugd (Stevens et al., 2005b, c en d).

## Welke omgevingsfactoren hebben een verband met psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse jeugd?

Verscheidene onderzoeken lieten een verband zien tussen het leven in een **buurt met een lage SES** en een verhoogde kans op emotionele en gedragsproblemen bij kinderen (Boyle & Lipman, 2002; Geordiades, Boyle & Duku, 2007; Levental en Brooks-Gunn, 2000). Ook is bekend dat wonen in een **buurt met een hoge mate van verstedelijking en een slechtere leefbaarheid** samengaan met meer psychische problemen (Caracci, 2008). Uit het onderzoek van Paalman en collega's (2010) bleek dat zowel de groep jeugdige Marokkaanse delinquenten als de controlegroep uit buurten met een lage SES kwamen. Marokkaanse kinderen met meerdere politiecontacten kwamen echter wel uit de

buurten met de slechtste leefbaarheid. Uit bovenstaande onderzoeken kan de conclusie worden getrokken dat leven in een achterstandswijk in een grote stad gepaard gaat met een hoger risico op psychische problemen.

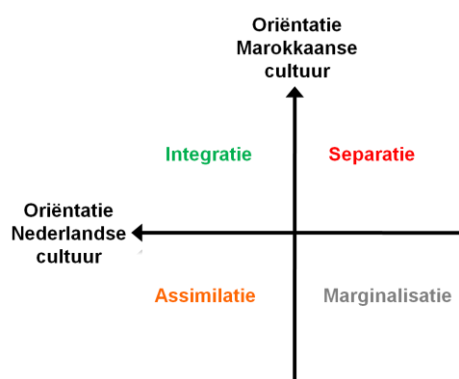
Wat betreft de **etnische samenstelling van de buurt** blijkt dat bij etnische minderheden het wonen in een buurt met een hoge concentratie van de eigen etnische groep samengaat met minder emotionele en gedragsproblemen (Geordiades et al., 2007; Veling et al., 2008). Datzelfde geldt voor leven in een buurt met een hoge dichtheid van migranten in het algemeen en dus niet uitsluitend van de eigen etnische groep (Boydell et al., 2001). Met betrekking tot de **etnische samenstelling van de schoolklas** worden soortgelijke resultaten gevonden. Leerlingen behorende tot een etnische minderheid rapporteren meer gedragsproblemen in klassen met weinig andere migrantenjongeren (Gielsing, Vollebergh & Dorselaer, 2010).

Het **omgaan met risicovolle vrienden** wordt gezien als een belangrijke risicofactor voor gedragsproblemen (Brendgren, Vitaro, & Bukowski, 2000; Deković et al., 2004). De omgang met risicovolle vrienden wordt ook geassocieerd met emotionele problemen (Dekovic, 1999; Posner & Vandell, 1999).

**Sociale steun** van familie, vrienden of belangrijke anderen draagt bij aan het vermogen van kinderen om met dagelijkse problemen en moeilijkheden om te gaan en beschermt zo tegen het ontwikkelen van psychische problemen. Uit het onderzoek van Stevens en collega's (2005b en c) bleek dat steun van ouders samenhangt met minder emotionele en gedragsproblemen bij Marokkaanse jongeren. En dat steun van vrienden alleen samenhangt met minder emotionele problemen, maar dit effect was minder sterk vergeleken met het effect van steun van ouders.

## Welke minderheidsspecifieke factoren hebben een verband met psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse jeugd?

Migrantenjeugd kan opgedeeld worden in twee groepen; **1<sup>e</sup> generatie migrantenjeugd** is zelf in het buitenland geboren en **2<sup>e</sup> generatie migrantenjeugd** heeft ten minste één ouder die in het buitenland is geboren. Eerste generatie allochtone jongeren hebben over het algemeen minder emotionele problemen dan en evenveel gedragsproblemen als autochtone jongeren, terwijl tweede generatie jongeren evenveel emotionele en gedragsproblemen hebben als autochtone jongeren (Harker, 2001; Van Geel & Vedder, 2010). Ook hebben 2<sup>e</sup> generatie migranten en 1<sup>e</sup> generatie migranten die op een jongere leeftijd naar Nederland kwamen een hogere kans om schizofrenie te ontwikkelen op latere leeftijd (Charalabaki, Bauwens, Stefos, Madianos & Mendlewicz, 1995; Veling, persoonlijke communicatie).



Figuur 2: Acculturatiestrategieën volgens het model van Berry (2005)

**Psychologische acculturatie** heeft betrekking op de mate waarin bijvoorbeeld een Marokkaanse Nederlander zich Marokkaans of Nederlands voelt en in hoeverre zijn normen en waarden aansluiten bij de oorspronkelijke Marokkaanse of nieuwe Nederlandse cultuur. Een veel gebruikt model is dat van Berry, dat vier verschillende acculturatie strategieën onderscheidt (Berry, 2005; zie figuur 2). **Gedragsacculturatie** heeft te maken met de mate waarin iemand zich Marokkaans of Nederlands gedraagt, dus bijvoorbeeld welke taal hij het meeste gebruikt of hoe de samenstelling van zijn vriendengroep is (Ait Ouarasse & Van de Vijver, 2005). Over het algemeen wordt integratie

gezien als de meeste gunstige strategie voor een goede psychische gezondheid (Berry, Phinney, Sam, & Vedder, 2006) en marginalisatie als de meest ongunstige strategie (Sam, 2000). Sommige onderzoeken vonden een verband tussen assimilatie en een groter risico op psychische problemen (Ward & Kennedy, 1994) en enkele onderzoekers vonden minder psychische problemen bij migranten met een separatiestrategie (Kamperman, Komroe & De Jong, 2003). In Nederlands onderzoek werd gevonden dat migranten die zich niet of negatief identificeerden met hun eigen etnische groep een hogere kans op schizofrenie hebben (Veling, Hoek, Wiersma, & Mackenbach, 2010). Bij VMBO-leerlingen had assimilatie een verband met emotionele problemen en separatie met gedragsproblemen (Van Geel, 2009). Uit onderzoek van Stevens, Vollebergh, Pels en Crijnen (2007) bleek dat Marokkaanse meisjes met een gemiddelde oriëntatie op zowel de Marokkaanse als de Nederlandse cultuur meer emotionele en gedragsproblemen rapporteerden. Dit kon verklaard worden door de vele conflicten tussen de ambivalent geaccultureerde meisjes en hun ouders. Verder bleek dat allochtone ouders die een goede Nederlandse taalvaardigheid hebben, meer communiceren en interacteren met hun kind, wat bijdraagt aan de ontwikkeling van hun kinderen (Driesen, 2004).

**Geloof** kan bijdragen aan het vermogen van mensen om met problemen en moeilijkheden om te gaan en kan zo beschermen tegen het ontwikkelen van psychische problemen (Hackney & Sanders, 2003; Koenig, 2009). In het onderzoek van Stevens en collega's bleek identificatie met de Islam ook beschermend te zijn tegen emotionele en gedragsproblemen (Stevens et al., 2005b en c).

Er bestaat een onderscheid tussen **persoonlijke- en groepsdiscriminatie**. Bij persoonlijke discriminatie heeft een persoon zelf het gevoel gediscrimineerd te worden, terwijl groepsdiscriminatie betekent dat een persoon het gevoel heeft dat de groep waar hij zichzelf toe rekent wordt gediscrimineerd. In Nederland geeft 55% van de Marokkaanse Nederlanders aan ooit gediscrimineerd te zijn (Van Dijk, Agyemang, Wit & Hosper, 2010). Marokkaanse kinderen en jongeren die discriminatie ervaren hebben meer emotionele en gedragsproblemen (Van Dijk et al., 2010; Stevens et al., 2005b en c). Op jongvolwassen leeftijd heeft groepsdiscriminatie mogelijk een verband met schizofrenie (Veling et al., 2007).

**Cultureel wantrouwen** is een reactie van een minderheidsgroep op discriminatie en vooroordelen vanuit de meerderheidsgroep. Cultureel wantrouwen kan migranten een manier geven om negatieve ervaringen met de meerderheidsgroep af te schuiven op de andere cultuur. Zo kan deze manier van denken beschermen tegen discriminatie en zo het gevoel van eigenwaarde verhogen (Whaley, 2001). Cultureel wantrouwen bleek een verband te hebben met delinquent gedrag (Biafora et al., 1994; Taylor, Biafora & Warheit, 1994). Van Gemert (1998) stelde dat Marokkanen uit een cultuur komen waarin wantrouwen alom aanwezig is. Vooral in het Rifgebergte, waar veel Marokkaanse Nederlanders vandaan komen, heerst veel wantrouwen. Dit wantrouwen is via culturele reproductie ook te zien bij Marokkaanse Nederlanders (Harchaoui, 2001).

### **Wat is de stand van zaken van voorgaand onderzoek?**

Hoewel voorgaand onderzoek naar de aard en omvang van psychische problemen bij Marokkaanse kinderen en jongeren waardevolle informatie heeft opgeleverd, is er nog te weinig onderzoek gedaan om stevige conclusies te kunnen trekken. Vooral omdat er in bestaande onderzoeken inconsistente resultaten behaald zijn en er discrepanties tussen de verschillende informanten werden gevonden. Bovendien is er geen onderzoek gedaan bij Marokkaanse jeugd buiten de 4 grote steden (Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Utrecht), terwijl meer dan de helft (53,7%) van de Marokkaanse jeugd opgroeit buiten deze steden (CBS, 2011). Daarnaast is alleen bij jonge Marokkaanse kinderen

het vóórkomen van daadwerkelijke psychische stoornissen onderzocht. Omdat verondersteld wordt dat normen voor vragenlijsten kunnen verschillen voor Marokkaanse jeugd door taal- en cultuurverschillen - door andere interpretaties van Marokkaanse kinderen en hun ouders en andere interpretaties van het gedrag van Marokkaanse kinderen door leerkrachten – is het niet duidelijk hoe scores op vragenlijsten correleren met daadwerkelijke psychische diagnoses bij Marokkaanse jeugd en is het wenselijk ook dit vóórkomen van diagnoses te onderzoeken.

## Doel en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is het vaststellen van de aard en omvang van psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse kinderen en jongeren tussen 9 en 16 jaar. Verder richt het onderzoek zich op risico- en beschermende factoren op kind-, gezins-, omgevings- en minderheidsspecifiek niveau die een verband zouden kunnen hebben met psychische problemen bij deze groep.

Om bovenstaande doelen te bereiken zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. *Wat is de aard en omvang van psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse kinderen en jongeren uit de algemene bevolking?*
2. *Welke factoren hebben verband met psychische problemen bij Marokkaanse kinderen en jongeren?*

Aan de hand hiervan kunnen concrete aanbevelingen worden gevormd om psychische problemen bij Marokkaanse jeugd te voorkomen, als ze zich voordoen ze vroeg te kunnen signaleren en om Marokkaanse kinderen en jongeren met dergelijke problematiek in de zorg te krijgen en te houden.

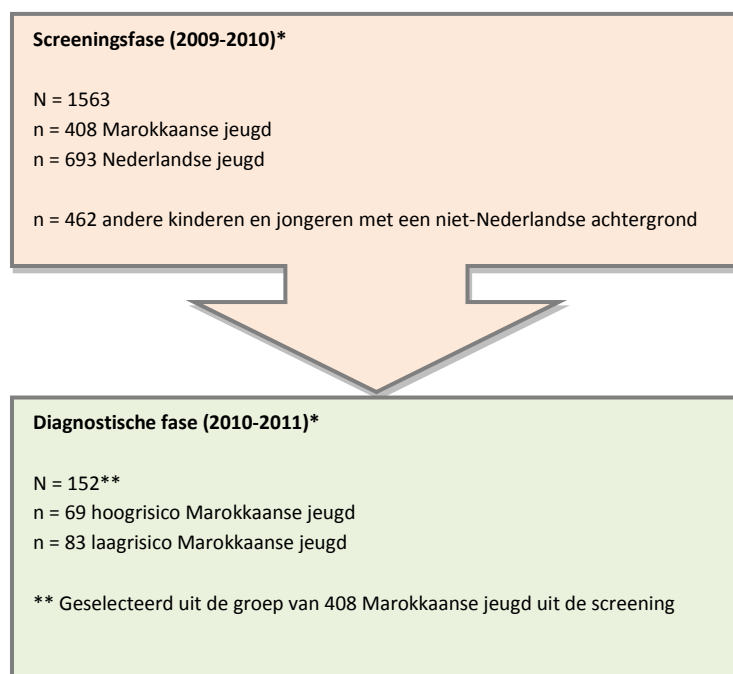
## Inhoud rapport

In dit rapport worden bovenstaande twee onderzoeksvragen beantwoord. In hoofdstuk 2 zal eerst de methode van het onderzoek besproken worden: *Hoe is het onderzoek uitgevoerd?* In hoofdstuk 3 wordt vervolgens de eerste onderzoeksvraag beantwoord: *Wat is de aard en omvang van psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse kinderen en jongeren uit de algemene bevolking?* In hoofdstuk 4 wordt de tweede onderzoeksvraag beantwoord: *Welke factoren hebben een verband met psychische problemen bij Marokkaanse kinderen en jongeren?* Tot slot worden in hoofdstuk 5 de resultaten op de onderzoeksvragen samengevat en bediscussieerd. In hoofdstuk 6 wordt er een conclusie geformuleerd en worden er aanbevelingen op basis van deze conclusie gegeven.

## Hoofdstuk 2: Methode

### 2.1 Onderzoeksopzet

Het onderzoek bestaat uit twee fasen. In de eerste fase is via scholen een screening van een grote groep (N=1563, waarvan N=408 Marokkaanse) kinderen en jongeren tussen 9 en 16 jaar uit de algemene bevolking in Nederland uitgevoerd. De deelnemende leerlingen hebben een aantal vragenlijsten ingevuld. Ook leerkrachten hebben per deelnemende leerling een vragenlijst ingevuld. In de screeningsfase werden hele klassen onderzocht met leerlingen van verschillende etniciteiten om zo het vóórkomen van psychische problemen en bepaalde factoren die hier een verband mee zouden kunnen hebben te kunnen vergelijken tussen Marokkaanse en Nederlandse jeugd. Er is gekozen voor een brede leeftijdsrange tussen 9 en 16 jaar om te achterhalen op welke leeftijd kinderen al dan niet psychische stoornissen ontwikkelen en op welke leeftijd bepaalde risico- en beschermende factoren van invloed zijn.



Uit de totale groep van Marokkaanse kinderen en jongeren uit de screeningsfase zijn aan de hand van de zelf- en leerkrachtrapportage twee contrastgroepen (een hoog- en een laagrisicogroep) van kinderen en jongeren voor de tweede fase van het onderzoek, de diagnostische fase, geselecteerd (voor de selectieprocedure zie paragraaf 2.2). Er is gekozen voor de selectie van een hoog- en een laagrisicogroep om te kunnen onderzoeken in hoeverre hoogrisico Marokkaanse kinderen en jongeren verschillen van laagrisico Marokkaanse kinderen en jongeren op het gebied van psychische stoornissen. Hoogrisico kinderen en jongeren worden onderzocht om de prevalentie van psychische

*Figuur 3: Onderzoeksontwerp*

*\*De kleuren van de screenings- en diagnostische fase in deze figuur corresponderen met de kleuren van de overige tabellen en figuren in dit rapport.*

stoornissen bij Marokkaanse jeugd vast te stellen en te testen in hoeverre hoge scores op vragenlijsten ook samenhangen met daadwerkelijke aanwezigheid van psychische stoornissen. Verder worden hoogrisico kinderen onderzocht om risicofactoren van deze psychische stoornissen te achterhalen. Laagrisico kinderen en jongeren worden onderzocht als contrastgroep en om beschermende factoren te identificeren. Bij deze 152 geselecteerde Marokkaanse kinderen en jongeren is een diagnostisch psychiatrisch interview afgenomen en is een ouder/verzorger (meestal de moeder) geïnterviewd om meer over het gezin, de verdere ontwikkeling en sociale omgeving van het kind in kaart te brengen. Omdat kinderen zelf de beste rapporteurs zijn van emotionele problemen en leerkrachten of ouders de beste rapporteurs van gedragsproblemen, wordt er in dit onderzoek gebruik gemaakt van een zelf-, leerkracht- en ouder rapportage. Figuur 3 toont het onderzoeksontwerp in een schema.

## 2.2 Onderzoeksgroep

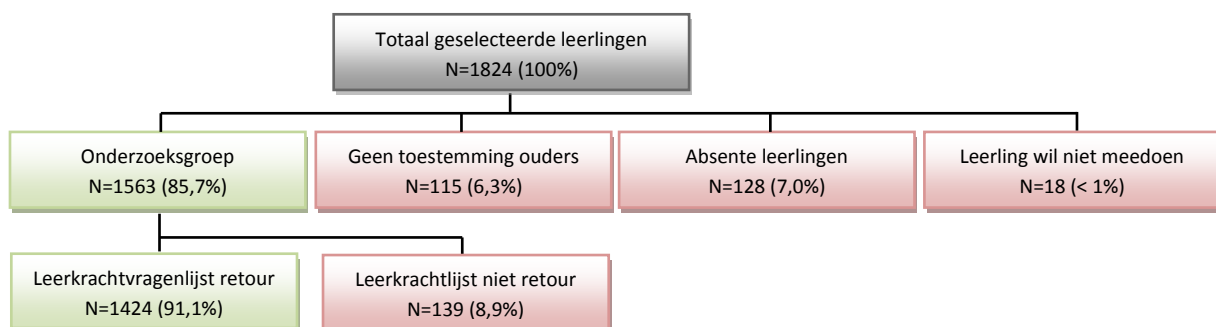
### Screeningsfase

Voor de screeningsfase van het onderzoek zijn verschillende basis- en middelbare scholen door heel Nederland benaderd voor deelname aan het onderzoek. Omdat het onderzoek zich primair richtte op Marokkaanse kinderen en jongeren, zijn er voornamelijk scholen benaderd in gebieden waar (relatief) veel Marokkaanse gezinnen wonen. Daarnaast is er bij de selectie van de middelbare scholen gestreefd naar zoveel mogelijk spreiding in schoolniveau. Het onderzoek richt zich op kinderen en jongeren tussen 9 en 16 jaar, daarom zijn alleen leerlingen uit de groepen 6, 7 en 8 van basisscholen en de klassen 1, 2 en 3 van middelbare scholen betrokken in het onderzoek. Op deze manier kunnen er twee leeftijdcohorten gevormd worden; een cohort met (voornamelijk) basisschoolleerlingen van 9 tot en met 12 jaar en een cohort met (voornamelijk) middelbare schoolleerlingen van 13 tot en met 16 jaar.

Ondanks het feit dat vooral middelbare scholen veel verzoeken krijgen voor onderzoek en dat veel scholen een onderzoek bij hun leerlingen als een grote belasting ervaren, heeft toch bijna 80% van de door ons benaderde scholen meegewerkt aan het onderzoek. In totaal hebben achttien scholen deelgenomen aan de screening; acht basisscholen in Amsterdam, Leiden, Nijmegen, Roosendaal en Zeist, en tien middelbare scholen in Amersfoort, Den Bosch, Den Haag, Gouda, Nieuw-Vennep, Tiel en Weert (zie figuur 4). De gescreende groep bestaat uit 1563 deelnemers, dit is 85,7% van de oorspronkelijke benaderde kinderen en jongeren. Hierbij heeft 6,3% niet deelgenomen aan het onderzoek omdat de ouders geen toestemming gaven, 7,0% was op het moment van afname van het onderzoek absent en minder dan 1% van de kinderen wilde zelf niet meedoen aan het onderzoek. In totaal is 91,1% van de deelnemende leerlingen (N=1563) retour ontvangen. In figuur 5 is de respons schematisch weergegeven.



Figuur 4: Deelnemende basis- en middelbare scholen in Nederland



Figuur 5: Respons screeningsfase

De onderzoeksgroep is wat betreft etnische achtergrond over de volgende etnische groepen verdeeld; 44,3% is Nederlands, 26,1% is Marokkaans, 11,3% is Turks, 2,9% is Surinaams, 2,0% is Antilliaans of Arubaans en 13,3% heeft een andere etnische achtergrond. In dit rapport worden alleen resultaten gepresenteerd van de groep Marokkaanse jeugd met de groep Nederlandse jeugd als vergelijkingsgroep. In tabel 1 wordt de Marokkaanse en Nederlandse jeugd weergegeven naar

seks en leeftijd. Er hebben evenveel meisjes als jongens meegedaan binnen de groep Marokkaanse en Nederlandse jeugd. Het valt op dat er in het leeftijdscohort van 9 tot en met 12 jaar meer Marokkaanse leerlingen hebben deelgenomen aan het onderzoek en in het leeftijdscohort van 13 tot en met 16 jaar meer Nederlandse leerlingen. Dit komt doordat er relatief meer ‘zwarte’ basisscholen zijn bezocht en relatief meer ‘witte’ middelbare scholen. Op het moment van afname was de gemiddelde leeftijd van de Marokkaanse kinderen en jongeren 12 jaar en 8 maanden. De gemiddelde leeftijd van de Nederlandse kinderen en jongeren was 13 jaar en 2 maanden, zij waren daarmee significant ouder. Daarom zijn de resultaten voor de verschillen tussen Marokkaanse en Nederlandse jeugd in dit rapport gecontroleerd voor leeftijd.

*Tabel 1: Percentages en aantallen Marokkaanse en Nederlandse jeugd naar seks en leeftijdscohort, screeningsfase*

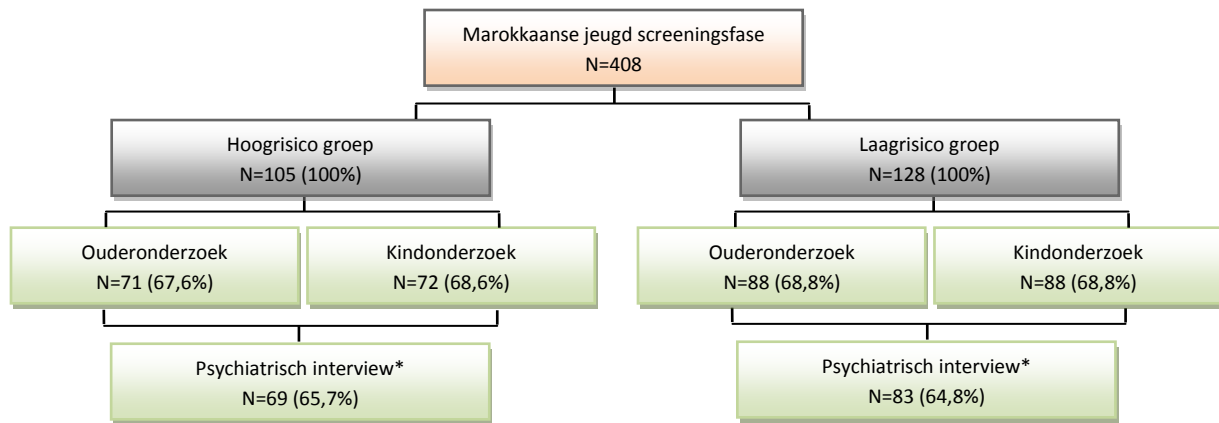
	Marokkaanse jeugd	Nederlandse jeugd	Totaal	p-waarde <sup>1</sup>
<b>Jongens</b>	50,7% (207)	55,1% (382)	53,5% (589)	NS
<b>Meisjes</b>	49,3% (201)	44,9% (311)	46,5% (512)	
<b>9-12 jaar</b>	44,4% (181)	28,4% (197)	34,3% (378)	< 0.001
<b>13-16 jaar</b>	55,5% (227)	71,6% (496)	65,7% (723)	
<b>Totaal</b>	<b>100% (408)</b>	<b>100% (693)</b>	<b>100% (1101)</b>	

Verklaring afkorting: NS = Niet significant

<sup>1</sup> Een p-waarde geeft de significantie van een verschil aan. Een algemene regel in de wetenschap is dat een p-waarde onder de 0.05 als significant wordt gezien

### Diagnostische fase

Voor de diagnostische fase van het onderzoek zijn 233 Marokkaanse kinderen op basis van de resultaten van de vragenlijsten die afgenomen zijn bij kinderen en hun leerkrachten in de screeningsfase geselecteerd. Kinderen die hoger scoorden dan twee standaarddeviaties boven het gemiddelde op één van de vragenlijsten die psychische problemen in kaart brengen, namelijk de SDQ, SAHA en selectie items K-SADS-PL (zie instrumenten), vormden de hoogrisicogroep (N=105). Kinderen die op al deze vragenlijsten lager dan één standaarddeviatie boven het gemiddelde scoorden vormden de laagrisicogroep (N=128). Hiervoor is gekozen omdat er slechts weinig kinderen waren die op alle vragenlijsten lager dan het gemiddelde scoorden. De gemiddelden en standaarddeviaties van de scores op de vragenlijsten zijn apart bepaald voor de twee leeftijdscohorten. Bij de laagrisicogroep van het jongste leeftijdscohort (9 t/m 12 jaar) is een aselechte steekproef genomen (55 van de 77), omdat deze groep anders te groot was. Uiteindelijk hebben 159 moeders meegewerkt en is bij 160 kinderen het eerste deel van het kindonderzoek afgenomen en bij 154 het psychiatrisch interview. In dit rapport worden alleen de resultaten gepresenteerd van de Marokkaanse gezinnen waarbij zowel het moeder- als het kindonderzoek en het psychiatrisch onderzoek afgenomen zijn (N=152). In figuur 6 is de respons schematisch weergegeven.



*Figuur 6: Respons diagnostische fase*

*\*Het aantal en percentage afgenomen psychiatrische interviews is alleen weergegeven voor deelnemers waarvan er een ouder- én kindonderzoek was afgenomen*

In tabel 2 wordt de hoog- en laagrisicogroep weergegeven naar sekse en leeftijdscohort. In de hoogrisicogroep hebben meer jongens meegedaan dan in de laagrisicogroep. De kinderen en hun moeders werden gemiddeld iets langer dan een jaar na de screening onderzocht voor de diagnostische fase. De kinderen en jongeren waren zodoende ook gemiddeld een jaar ouder dan in de screening; 13 jaar en 7 maanden. In tabel 2 is te zien dat de leeftijdscohorten (die ook met een jaar zijn verschoven) gelijk verdeeld zijn over de hoog- en laagrisicogroep.

*Tabel 2: Percentages en aantallen hoog- en laagrisicogroep naar sekse en leeftijdscohort, diagnostische fase*

	Hoog risico	Laag risico	Totaal	p-waarde
<b>Jongens</b>	59,4% (41)	41,0% (34)	49,3% (75)	0.02
<b>Meisjes</b>	40,6% (28)	59,0% (49)	50,7% (77)	
<b>10-13 jaar</b>	46,4% (32)	53,0% (44)	34,3% (76)	NS
<b>14-17 jaar</b>	53,6% (37)	47,0% (39)	65,7% (76)	
<b>Totaal</b>	<b>100% (69)</b>	<b>100% (83)</b>	<b>100% (152)</b>	

Verklaring afkorting: NS = Niet significant

## 2.3 Instrumenten

Tabellen 3 en 4 tonen een overzicht van de concepten die gemeten worden in de screenings- en diagnostische fase van dit onderzoek, met de bijbehorende meetinstrumenten. In bijlage 1 is meer informatie over de instrumenten afzonderlijk te vinden.

In tabel 3 worden de vragenlijsten en gestandaardiseerde interviews gepresenteerd die psychische problemen en stoornissen in kaart brengen. In dit onderzoek zijn standaard vragenlijsten gebruikt waarbij, door alle scores van de items afzonderlijk bij elkaar op te tellen, een totaalscore voor emotionele, gedrags- of overige psychische problemen werd berekend. In de diagnostische fase werd het vóórkomen van DSM-IV psychische diagnoses vastgesteld door het afnemen van een semigestructureerd diagnostisch interview, de Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL).



Tabel 3: Overzicht vragenlijsten en interviews psychische problemen

	Screening		Diagnostische fase	
	Kind	Leerkracht	Kind	Ouder
<b>Psychische problemen</b>				
Totale problemen	SDQ	SDQ		SDQ
Emotionele problemen	SDQ	SDQ		SDQ
Gedragsproblemen	SDQ	SDQ		SDQ
Hyperactiviteit	SDQ	SDQ		SDQ
Problemen met leeftijdsgenoten	SDQ	SDQ		SDQ
Pro-sociaal gedrag	SDQ	SDQ		SDQ
Totaal emotionele problemen	Subschaal SAHA			
Depressie	Subschaal SAHA			
Somatisatie	Subschaal SAHA			
Angst	Subschaal SAHA			
Antisociaal gedrag	Subschaal SAHA			
Psychotische symptomen	Items K-SADS & Kralentaak			
Trauma	Items DISC			
Autisme-achtige problemen				VISK
<b>Psychische stoornissen</b>				
Depressie			K-SADS-PL	
Angststoornis			K-SADS-PL	
ADHD			K-SADS-PL	
Gedragsstoornis			K-SADS-PL	
Psychotische stoornis			K-SADS-PL	
Middelenmisbruik			K-SADS-PL	
Eetstoornis			K-SADS-PL	

Verklaring afkortingen: SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire, SAHA: Social and Health Assessment, K-SADS: Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version, DISC: Diagnostic Interview Schedule for Children, VISK: Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag van Kinderen.

Tabel 4 laat een overzicht zien van concepten en gebruikte instrumenten die mogelijke risico- en beschermende factoren voor psychische problemen op kind-, gezins-, omgevings- en minderheidsspecifiek niveau meten. Sommige gegevens werden uit andere bronnen opgevraagd. Zoals gegevens over het schoolniveau van de klassen bij de middelbare scholen en buurtkenmerken op basis van de postcode van het woonadres bij het SCP (statusscores), CBS (stedelijkheid en etnische samenstelling buurt) en VROM leefbarometer (leefbaarheid).

Tabel 4: Overzicht vragenlijsten kind, gezins-, omgevings- en minderheidsspecifieke factoren

	Screening	Diagnostische fase	
	Kind	Kind	Ouder
<b>Kindfactoren</b>			
Zelfvertrouwen	RSE & IAT		
Intelligentie*	School	RAVEN	
Leesvaardigheid		Eén minuut test	
Persoonlijkheidstrekken	YPI	CNS	
Agressie		RPQ	
<b>Gezinsfactoren</b>			
Gezinssamenstelling	Demografische gegevens		Demografische gegevens
Welzijn gezin	FAS		Demografische gegevens
Ouderkind relatie	NRI		
Gezondheid ouder(s)			SCL-90 & MV
Opvoeding		VTH & NOV	VTH & NOV

<b>Omgevingsfactoren</b>			
Buurtkenmerken*	SCP & CBS & VROM Leefbarometer		
Etnische samenstelling*	CBS & School		
Risicovolle vrienden	Subschaal SAHA		
Steunsysteem		MSPSS	
<b>Minderheidsspecifieke factoren</b>			
Migratiegeschiedenis	Demografische gegevens		Demografische gegevens
Nederlandse taalvaardigheid			Demografische gegevens
Acculturatie	Acculturatie schalen		Acculturatie schalen
Etnische identiteit	Acculturatie schalen		Acculturatie schalen
Geloof	Geloofsvragenlijst		Geloofsvragenlijst
Discriminatie	Discriminatievragenlijst		Discriminatievragenlijst
Stereotyperingen	IAT		
Cultureel Wantrouwen		CMI	CMI

\* Gegevens zijn opgevraagd bij de school of andere instanties (CBS: centraal bureau voor de Statistiek, SCP: Sociaal en Cultureel Planbureau).

Verklaring afkortingen: RSE: Rosenberg Self Esteem Scale, IAT: Impliciete Associatie Test, RAVEN SPM: Raven's Standard Progressive Matrices, YPI: Youth Psychopathic Traits Inventory, CNS: Childhood Narcissism Scale, RPQ: Reactive-Proactive Questionnaire, FAS: Family Affluence Scale, NRI: Network of Relationship Inventory, SCL-90: Symptoms Checklist, MV: Medische Vragenlijst, VTH: Vragenlijst Toezicht Houden, NOV: Nijmeegse Opvoedingsvragenlijst, MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support, CMI: Cultural Mistrust Inventory.

## 2.4 Procedure

### Screeningsfase

De geselecteerde scholen zijn benaderd per telefoon of email, waarbij zo mogelijk een afspraak gemaakt werd om het onderzoek mondeling toe lichten. Tijdens deze afspraak zijn, indien de school daadwerkelijk mee wilde werken aan het onderzoek, ook enkele praktische zaken besproken. Vervolgens werd met de contactpersoon binnen de school de organisatie van de afname van het onderzoek geregeld. Nadat toestemming was verkregen van de school om het onderzoek uit te voeren, werd vanuit school of vanuit de onderzoeksafdeling een informatiebrief met toestemmingsstrook aan de deelnemende leerlingen en hun ouders verstuurd. Na het verkrijgen van zogenoemde passieve toestemming<sup>4</sup> van de ouders vulden de kinderen en jongeren een aantal vragenlijsten op de computer in en voerden ze drie testen uit. Bij middelbare scholieren gebeurde dit klassikaal, bij basisscholieren in kleine groepjes achter in de klas of in een aparte ruimte. Tijdens het onderzoek waren minimaal twee getrainde onderzoekers aanwezig. Zij introduceerden het onderzoek en waren beschikbaar voor het beantwoorden van vragen. Het invullen van de vragenlijsten nam gemiddeld één uur in beslag. Aan het einde van het onderzoek kregen de deelnemende leerlingen een presentje (jongleerballetjes). Om de betrouwbaarheid van de antwoorden te waarborgen, zijn de leerkrachten niet betrokken bij de eigenlijke afname van het onderzoek, wel waren ze aanwezig voor het orde houden in de klas. De leerkrachten vulden de vragenlijsten op papier in, zij konden de ingevulde vragenlijsten ter plekke teruggeven aan de onderzoekers of de vragenlijsten met een antwoordenvolp terugsturen. Als dank voor hun deelname ontvingen zij een VVV-bon van €25,-. De leerlingen en leerkrachten hebben de vragenlijsten ingevuld onder een anoniem nummer, zodat de gegevens anoniem opgeslagen en opgestuurd konden worden.

<sup>4</sup> Alleen als ouders geen toestemming gaven voor deelname aan het onderzoek van hun kinderen, konden zij een antwoordstrook terugsturen aan school of de onderzoeksafdeling. Als geen antwoordstrook werd ontvangen, is aangenomen dat het kind toestemming voor deelname van zijn ouders had.

## Diagnostische fase

Deelname aan de diagnostische fase is ingrijpender voor gezinnen dan deelname aan de screeningsfase, omdat deelname aan de diagnostische fase meer tijd kost, onderzoeken persoonlijk worden afgenomen en er persoonlijke onderwerpen aan bod komen bij zowel de ouder als het kind. Daarom werd eerst toestemming aangevraagd en verkregen bij de Medisch Ethische toetsingcommissie (METC) van het VUmc. Voordat de geselecteerde kinderen en jongeren en hun ouders voor de diagnostische fase zijn benaderd, werden eerst de scholen op de hoogte gebracht van het vervolgonderzoek. Vervolgens ontvingen zowel de kinderen en jongeren zelf als hun ouders een informatiebrief thuis. Voor de ouders is er een Marokkaans Arabische versie van deze informatiebrief toegevoegd. Zij konden vervolgens aangeven of zij er bezwaar tegen hadden om door de onderzoekers benaderd te worden. Als geen bezwaar werd gemaakt door één van de gezinsleden, werden de gezinnen thuis bezocht door een onderzoeksteam bestaande uit twee vrouwelijke onderzoeksassistenten om het onderzoek uit te leggen, vragen te beantwoorden en toestemming voor deelname aan het onderzoek te vragen. Deze onderzoeksteams bestonden uit minimaal één onderzoekster met een Marokkaanse achtergrond, zodat de uitleg en uiteindelijke afname van het onderzoek bij de moeder ook in het Berber of Marokkaans Arabisch plaats kon vinden. Alle onderzoeksters volgden eerst een uitgebreide training over de achtergrond van het onderzoek, het instrumentarium, gesprekstechnieken en gestandaardiseerd interviewen. Als gezinnen mee wilden werken aan het onderzoek werden indien mogelijk de onderzoeken meteen afgenomen bij kind (Intelligentietest, leesvaardigheidstest en vragenlijsten) en moeder of werd hiervoor een afspraak gemaakt. Na afname van het eerste deel van het onderzoek werd een vervolgspraak gemaakt voor het diagnostisch interview op school of thuis met één van de drie artsen. De artsen wisten niet van tevoren of het psychiatrisch interview was met een kind uit de hoog- of uit de laagrisicogroep. Deelnemende ouders kregen als dank voor hun deelname een VVV-bon van €25,-. Deelnemende kinderen en jongeren kregen een klein cadeautje bij het eerste deel van het onderzoek en een bioscoopbon van €15,- bij het psychiatrisch interview.

Om het ouderinterview in het Berber en Marokkaans Arabisch uit te kunnen voeren, zijn er vertalingen ontwikkeld. Onderzoeksassistenten met een Marokkaanse achtergrond hebben het ouderinstrumentarium vertaald naar de twee afzonderlijke talen. Vervolgens hebben onafhankelijke onderzoeksassistenten het resultaat terugvertaald naar het Nederlands. Op deze manier kon gecontroleerd worden of de vertaling op de juiste manier geïnterpreteerd werd zoals de oorspronkelijke vragenlijst bedoeld was. Tenslotte is na een discussie van de tweetalige onderzoeksteams (Nederlands-Berber en Nederlands-Marokkaans Arabisch) een definitieve vertaling voor het Berber (twee verschillende dialecten) en Marokkaans Arabisch ontwikkeld. Uiteindelijk zijn 55,9% van de oudervragenlijsten in het Berber afgenomen, 15,8% in het Marokkaans Arabisch en 28,3% in het Nederlands.

## 2.5 Statistische analyse en interpretatie resultaten

De analyses zijn uitgevoerd met het statistisch programma SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versie 17.0).

In de eerste paragraaf van hoofdstuk 3 zijn Marokkaanse en Nederlandse jeugd vergeleken op het voorkomen van psychische problemen gemeten met verschillende vragenlijsten uit de screeningsfase (SDQ, SAHA en items K-SADS). Percentages van Marokkaanse en Nederlandse jeugd die boven de norm (SDQ) of boven een standaarddeviatie boven het gemiddelde (SAHA) scoorden zijn weergegeven. Daarnaast is getoetst of er een verschil is tussen deze percentages met een logistische

regressie analyse. Als er een statistisch significant verschil<sup>5</sup> is tussen Marokkaanse en Nederlandse jeugd is er een oddsratio<sup>6</sup> (OR) gepresenteerd, gecontroleerd voor leeftijd en geslacht, met het significantieniveau. Als er geen statistisch significant verschil is wordt er geen OR gepresenteerd, omdat er geen werkelijk verschil is tussen de groepen.

In de tweede paragraaf van hoofdstuk 3 zijn de percentages en absolute aantallen van Marokkaanse jeugd in de hoog- en laagrisicogroep die een psychische stoornis hebben (K-SADS) weergegeven (diagnostische fase). Daarnaast zijn ook percentages en aantallen kinderen weergegeven die een beperking in het functioneren hadden op basis van milde of ernstige psychische symptomen, maar die niet aan genoeg criteria voldeden om een psychische stoornis te kunnen diagnosticeren.

In hoofdstuk 4 wordt het verband tussen risico- en beschermende factoren en psychische problemen onderzocht bij Marokkaanse jeugd. De mogelijke risico- en beschermende factoren zijn verdeeld naar verschillende niveaus: kind-, gezins-, omgevings- en minderheidsspecifieke factoren. De uitkomstmaten zijn ten eerste totale psychische problemen, gemeten door een totale probleemscore boven de norm op de SDQ van de zelf- of leerkrachtrapportage. En vervolgens een uitsplitsing naar emotionele problemen, gemeten door een score boven een standaarddeviatie boven het gemiddelde op de totale emotionele problemen (depressie, somatisatie en angst) van de SAHA, en gedragsproblemen, gemeten door een score boven een standaarddeviatie boven het gemiddelde op de subschaal antisociaal gedrag van de SAHA.

In de **oranje tabellen** wordt het verband tussen factoren uit de screeningsfase vergeleken met psychische problemen bij Marokkaanse jeugd. Ten eerste wordt het vóórkomen van de factoren vergeleken tussen Marokkaanse en Nederlandse jeugd. Met een chi-kwadraat is er getoetst of er een statistisch significant verschil is tussen het vóórkomen van de factor bij Marokkaanse en Nederlandse jeugd. Alleen als er een verschil is, is een OR gepresenteerd met het significantieniveau. Ten tweede zijn percentages van Marokkaanse kinderen met psychische problemen weergegeven voor groepen kinderen met en zonder de betreffende factor. Er is getoetst of er een verschil is tussen de percentages met een Chi-kwadraat toets. Als er een statistisch significant verschil is tussen Marokkaanse jeugd met en zonder de factor is er een OR gepresenteerd met het significantieniveau.

In de **groene tabellen** wordt het verband tussen factoren uit de diagnostische fase vergeleken met psychische problemen bij Marokkaanse jeugd. Omdat er hier geen vergelijkinggroep van Nederlandse jeugd is zoals bij de screening, wordt het vóórkomen van de factoren niet vergeleken tussen Marokkaanse en Nederlandse jeugd. Percentages van Marokkaanse kinderen met psychische problemen voor kinderen met en zonder de betreffende factor zijn hier ook niet weergegeven, omdat deze getallen vertekenend zouden zijn omdat de kinderen uit de diagnostische fase zijn geselecteerd op het hebben van hoge scores op de uitkomstmaten. Zodoende is uitsluitend getoetst of er een verschil is tussen het vóórkomen van psychische problemen in de groepen met en zonder de factor met een Chi-kwadraat toets. Als er een statistisch significant verschil is tussen Marokkaanse jeugd met en zonder de factor is er alleen een OR gepresenteerd met het significantieniveau.

---

<sup>5</sup> Als een verschil statistisch significant is ( $p < 0.05$  of  $p < 0.01$ ), betekent dit dat de kans erg klein is (kleiner dan 5% of 1%) dat het verschil puur op toeval berust en dat er dus zeer waarschijnlijk sprake is van een werkelijk verschil tussen de groepen.

<sup>6</sup> De oddsratio (OR) is de verhouding tussen de waarschijnlijkheid dat een gebeurtenis voorvalt en de waarschijnlijkheid dat het niet voorvalt. Voorbeeld: een OR van 2,1 betekent dat kans op het hebben van psychische problemen voor Nederlandse jeugd 2,1 keer zo groot is dan de kans op psychische problemen voor Marokkaanse jeugd.

## Hoofdstuk 3: Wat is de aard en omvang van psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse kinderen en jongeren?

In dit hoofdstuk wordt het vóórkomen van psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse kinderen en jongeren gepresenteerd. Eerst zullen de resultaten van de screeningsfase worden beschreven, waarbij het vóórkomen van **psychische problemen** gemeten door verschillende vragenlijsten bij Marokkaanse jeugd wordt vergeleken met Nederlandse jeugd. Vervolgens worden de resultaten van de diagnostische fase besproken waarin psychiatrische interviews zijn afgenomen en zodoende diagnoses van **psychische stoornissen** konden worden gesteld bij een uit de screeningsfase geselecteerde hoog- en laagrisicogroep van Marokkaanse kinderen en jongeren. Tot slot wordt de verhouding tussen de screeningsvragenlijsten en de diagnostische interviews gepresenteerd.

### Psychische problemen bij Marokkaanse jeugd in vergelijking met Nederlandse jeugd

In tabel 1 is te zien dat Marokkaanse jeugd volgens leerkrachten 1,7 keer zoveel kans op psychische problemen hadden dan Nederlandse jeugd. Nederlandse jeugd heeft meer emotionele problemen dan Marokkaanse jeugd zowel volgens leerkrachten als de kinderen zelf. Marokkaanse jeugd heeft meer gedragsproblemen dan Nederlandse jeugd volgens leerkrachten en kinderen zelf. Wat betreft ADHD is er een verschil tussen de zelf- en leerkrachtrapportage; Marokkaanse kinderen en jongeren zelf rapporteren minder ADHD problemen dan Nederlandse kinderen en jongeren, terwijl leerkrachten meer ADHD problemen rapporteren bij Marokkaanse leerlingen in vergelijking met Nederlandse leerlingen<sup>7</sup>.

Tabel 1: Psychische problemen (SDQ) bij Marokkaanse en Nederlandse jeugd, screeningsfase

	Marokkaanse jeugd (N=408)	Nederlandse jeugd (N=693)	OR <sup>1</sup>
<b>SDQ</b>			
<b>Totaal (%)</b>			
- kind	9,3	8,9	-
- leerkracht	<b>13,0</b>	9,9	1,7*
<b>Emotioneel (%)</b>			
- kind	11,8	<b>16,3</b>	1,6*
- leerkracht	8,0	<b>15,1</b>	2,0**
<b>Gedrag (%)</b>			
- kind	<b>11,5</b>	6,1	2,1**
- leerkracht	<b>25,5</b>	9,1	4,6**
<b>ADHD (%)</b>			
- kind	5,6	<b>15,6</b>	3,1**
- leerkracht	<b>16,0</b>	10,7	1,8**

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

<sup>1</sup> Gecontroleerd voor leeftijd en geslacht

<sup>7</sup> In bijlage 2, tabellen 4 en 5 worden aanvullende resultaten gepresenteerd betreffende verschillen tussen rapporteurs (kind, leerkracht, ouder)

In tabel 2 worden de resultaten van de SAHA, een andere vragenlijst over het vóórkomen van psychische problemen, gepresenteerd. Deze vragenlijst is alleen bij de kinderen en jongeren zelf afgenomen. Te zien is dat hier geen verschillen werden gevonden tussen Marokkaanse en Nederlandse jeugd. Echter in bijlage 2, tabel 2 is te zien dat er wel verschillen zijn tussen Marokkaanse en Nederlandse jeugd als er apart naar meisjes en jongens gekeken wordt. Marokkaanse meisjes hadden minder en Marokkaanse jongens hadden meer emotionele problemen dan Nederlandse meisjes en jongens. Ook rapporteerden Marokkaanse jongens 1,7 keer zoveel kans op gedragsproblemen dan Nederlandse jongens.

Tabel 2: Psychische problemen (SAHA) bij Marokkaanse en Nederlandse jeugd, screeningsfase

	Marokkaanse jeugd (N=408)	Nederlandse jeugd (N=693)	OR <sup>1</sup>
<b>SAHA</b>			
Emotioneel (%)	15,7	16,2	-
Depressie (%)	12,5	14,6	-
Somatisatie (%)	12,3	14,4	-
Angst (%)	18,4	17,3	-
Gedrag (%)	10,5	9,8	-

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

<sup>1</sup> Gecontroleerd voor leeftijd en geslacht

Tot slot staan in tabel 3 percentages weergegeven van kinderen en jongeren die ‘ja, zeker’ antwoordden op minstens één van de waan-items<sup>8</sup> en de percentages van de leerlingen die ‘ja, zeker’ antwoordden op minstens één van de hallucinatie-items<sup>9</sup>. Om ook te onderzoeken hoeveel last kinderen hadden van de gerapporteerde waanachtige ideeën, het horen van stemmen of het zien van dingen die andere mensen niet zien, zijn er een aantal aanvullende vragen<sup>10</sup> gesteld. In de tabel is te zien dat waanachtige ideeën en het horen van stemmen of het zien van dingen die andere mensen niet zien, weliswaar even vaak voorkwamen bij Marokkaanse en Nederlandse jeugd, maar dat bij Marokkaanse jeugd de waanachtige ideeën meer impact hadden. In bijlage 2, tabel 3 is te zien dat vooral jongens en adolescenten (tussen 13 en 16 jaar) waanachtige ideeën met veel last rapporteerden.

Tabel 3: Waanachtige ideeën en stemmen horen of dingen zien (items K-SADS) bij Marokkaanse en Nederlandse jeugd, screeningsfase

	Marokkaanse jeugd (N=401)	Nederlandse jeugd (N=692)	OR <sup>1</sup>
<b>Items K-SADS</b>			
Waanachtige ideeën (%)	32,4	28,2	-
+ last	<b>10,0</b>	5,1	1,8*
Stemmen horen of dingen zien (%)	15,7	15,0	-
+ last	4,2	4,2	-

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

<sup>1</sup> Gecontroleerd voor leeftijd en geslacht

<sup>8</sup> Er zijn 6 waan-items uitgevraagd, zoals “heb je wel eens gedacht dat je achtervolgd werd of in de gaten gehouden werd?” of “heeft iemand de macht over jouw geest of lichaam (zoals bij een robot)?”.

<sup>9</sup> Er zijn twee hallucinatie-items uitgevraagd, namelijk “heb je wel eens stemmen gehoord die andere mensen niet konden horen?” en “heb je wel eens dingen gezien die andere mensen niet kunnen zien?”.

<sup>10</sup> Er zijn voor wanen en hallucinaties 2 impact-items uitgevraagd, namelijk “hoeveel last heb je van die ervaring(en)?” en “hoeveel invloed heeft die ervaring op je leven?”

## Psychische stoornissen bij Marokkaanse jeugd

Uit de diagnostische interviews die in de diagnostische fase zijn afgenomen, blijkt dat 27,5% van de Marokkaanse kinderen en jongeren uit de hoogrisicogroep voldeed aan de DSM-IV criteria van een psychische stoornis (tabel 4). De meest voorkomende psychische stoornis was de gedragsstoornis, die bij 18,8% van de hoogrisicogroep werd gediagnosticeerd. Daarnaast had 5,7% van de hoogrisicogroep een depressie, 1,4% een angststoornis en 1,4% ADHD. In de laagrisicogroep had 1,2% een psychische stoornis; één deelnemer voldeed aan de criteria voor een depressieve stoornis. Noch in de hoog- noch in de laagrisicogroep waren er Marokkaanse kinderen en jongeren die voldeden aan de diagnostische criteria voor een psychotische stoornis, middelenmisbruik of een eetstoornis. Er waren ook een aantal Marokkaanse kinderen en jongeren van de hoog- (23,2%) en de laag- (3,6%) risicogroep die wel een aantal psychische symptomen hadden met een milde of ernstige beperking in het functioneren, maar niet aan voldoende criteria voldeden om de diagnose te kunnen stellen. In de hoogrisicogroep waren dit vooral symptomen van een gedragsstoornis (13,0%), emotionele symptomen (7,2%) en psychotische symptomen (2,9%). In de laagrisicogroep waren dit alleen symptomen van een gedragsstoornis (3,6%). Samengenomen ondervond meer dan de helft (50,7%) van de hoogrisico kinderen en jongeren en een klein deel van de laagrisico kinderen en jongeren (4,8%) beperkingen in het dagelijks leven door hun psychisch functioneren, ongeacht of zij aan voldoende criteria voldeden om een psychische stoornis vast te kunnen stellen.

Tabel 4: Psychische stoornissen en symptomen met beperking in het functioneren in de hoog- en laagrisicogroep, diagnostische fase

K-SADS	Hoog risico (N=69)		Laag risico (N=83)	
	%	N	%	N
<b>Psychische stoornis</b>	27,5	19	1,2	1
- Depressie	5,7	4	1,2	1
- Angststoornis	1,4	1	-	-
- Gedragsstoornis <sup>1</sup>	18,8	13	-	-
- ADHD	1,4	1	-	-
- Psychotische stoornissen	-	-	-	-
- Middelenmisbruik	-	-	-	-
- Eetstoornissen	-	-	-	-
<b>Milde/ernstige psychische symptomen</b>	23,2	16	3,6	3
- Emotioneel	7,2	5	-	-
- Gedrag	13,0	9	3,6	3
- Psychotisch	2,9	2	-	-

<sup>1</sup> ODD (oppositieel opstandige gedragsstoornis) en CD (gedragsstoornis) zijn samengevoegd als 'gedragsstoornis'

## Screenen op psychische stoornissen bij Marokkaanse jeugd

In de eerste fase van dit onderzoek, de screeningsfase, zijn vragenlijsten afgenomen over psychische problemen van Marokkaanse kinderen en jongeren bij de kinderen zelf en bij hun leerkrachten. Aan de hand hiervan zijn voor de tweede fase van het onderzoek, de diagnostische fase, twee contrastgroepen (een hoog- en een laagrisicogroep) van kinderen en jongeren geselecteerd. Bij de groepen is onderzocht of er sprake was van een psychische stoornis door middel van een diagnostisch interview afgenomen door een arts. Hierdoor kan worden berekend hoe goed het mogelijk is te screenen op psychische problemen door middel van vragenlijsten bij Marokkaanse jeugd.

Uit tabel 4 is af te leiden dat de kans dat een kind uit de hoogrisicogroep een psychische stoornis heeft 28% is<sup>11</sup>. Daarnaast is de kans dat een kind uit de laagrisicogroep geen psychische stoornis heeft 99%<sup>12</sup>. Twee bekende maten om de kwaliteit van een test in de geneeskunde te beoordelen zijn sensitiviteit (kans op positieve test bij aanwezigheid van stoornis) en specificiteit (kans op negatieve test bij afwezigheid van stoornis). In dit onderzoek was de sensitiviteit 95%<sup>13</sup> en de specificiteit 62%<sup>14</sup>. Dit betekent dat de selectie in een hoog- en laagrisicogroep van dit onderzoek erg gevoelig is (hoge sensitiviteit van 95%) en dus veel gevallen opspoorde, maar dat het minder specifiek is om gezonde gevallen te onderscheiden (gemiddelde specificiteit van 62%).

De selectie in de hoog- en laagrisicogroep is gedaan aan de hand van 4 verschillende vragenlijsten; de SDQ (3 subschalen bij zelfrapportage en 2 subschalen bij leerkrachtrapportage), de SAHA (3 subschalen) en de geselecteerde items van de K-SADS. In bijlage 2, tabellen 6 t/m 8, zijn resultaten toegevoegd over de voorspellende waarde, sensitiviteit en specificiteit van de verschillende rapporteurs van de SDQ afzonderlijk. Te zien is dat de vragenlijsten afgenomen bij de drie rapporteurs afzonderlijk (kind, leerkracht, ouder) een hoge specificiteit en een lage sensitiviteit hebben. Afzonderlijk zijn ze dus niet goed in staat een psychische stoornis aan te tonen, maar wel om een psychische stoornis uit te sluiten. In tabel 5 en 6 zijn resultaten over de kwaliteit van de screeningsvragenlijsten gepresenteerd als de rapportages van kind, leerkracht en ouder worden samengenomen. De hoogste sensitiviteit en specificiteit, namelijk beide 80%, wordt behaald met de vragenlijsten van de drie rapporteurs gezamenlijk (kind, leerkracht en ouder). De sensitiviteit vermindert met 10% als alleen de zelf- en leerkrachtrapportage worden gebruikt.

Tabel 5: Screenen op psychische stoornissen met SDQ zelf-, leerkracht- of ouderrapportage

SDQ – zelf, leerkracht of ouder	Psychische stoornis		Totaal	PVW/NVW
	Ja	Nee		
Ja	15	29	44	0.3
Nee	4	100	104	1.0
Totaal	19	129	148	-
Sens/Spec	0.8	0.8	-	-

Verklaring afkortingen: PVW = Positief voorspellende waarde, NVW= Negatief voorspellende waarde, Sens = Sensitiviteit, Spec = Specificiteit.

Tabel 6: Screenen op psychische stoornissen met SDQ zelf- of leerkrachtrapportage

SDQ – zelf of leerkracht	Psychische stoornis		Totaal	PVW/NVW
	Ja	Nee		
Ja	14	26	40	0.4
Nee	6	105	111	0.9
Totaal	20	131	151	-
Sens/Spec	0.7	0.8	-	-

Verklaring afkortingen: PVW = Positief voorspellende waarde, NVW= Negatief voorspellende waarde, Sens = Sensitiviteit, Spec = Specificiteit.

<sup>11</sup>Positief voorspellende waarde = Aantal terecht positieven / Aantal terecht positieven + Aantal fout positieven = 19 / 69 = 0.28.

<sup>12</sup>Negatief voorspellende waarde = Aantal terecht negatieven / Aantal terecht negatieven + Aantal fout negatieven = 82 / 83 = 0.99.

<sup>13</sup>Sensitiviteit = Aantal terecht positieven / Aantal terecht positieven + Aantal fout negatieven = 19 / 20 = 0.95.

<sup>14</sup>Specificiteit = Aantal terecht negatieven / Aantal terecht negatieven + Aantal fout positieven = 82 / 132 = 0.62.



## Samenvatting

In dit hoofdstuk is het vóórkomen van psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse kinderen en jongeren onderzocht. Uit de screeningsfase bleek dat leerkrachten meer **psychische problemen** rapporteerden bij Marokkaanse dan bij Nederlandse leerlingen. Leerkrachten, maar ook kinderen zelf rapporteerden vooral meer gedragsproblemen in de Marokkaanse groep dan in de Nederlandse groep. Marokkaanse jongens hadden ook meer emotionele problemen dan Nederlandse jongens. Daarentegen leken Marokkaanse meisjes minder emotionele problemen te hebben dan Nederlandse meisjes. Verder hadden vooral Marokkaanse jongens en adolescenten meer waanachtige ideeën waarvan ze aangaven last te hebben dan Nederlandse jongens en adolescenten. Uit de diagnostische fase bleek dat 27,5% van de hoogrisicogroep en 1,2% van de laagrisicogroep een **psychische stoornis** had. De meest voorkomende stoornissen waren een gedragsstoornis (18,8%) en een depressie (5,7% hoogrisicogroep en 1,2% laagrisicogroep). Daarnaast had 23,2% van de hoogrisicogroep en 3,6% van de laagrisicogroep psychische symptomen met een beperking in het functioneren, waarbij niet aan genoeg criteria werd voldaan om een diagnose te kunnen stellen. In totaal ondervond meer dan de helft van de hoogrisico kinderen en jongeren en een klein deel van de laagrisico kinderen en jongeren beperkingen in het dagelijks leven door hun psychisch functioneren. Tot slot bleek dat de beste voorspeller voor psychische stoornissen bij Marokkaanse jeugd een hoge score op de SDQ is op de vragenlijst afgenomen bij het kind zelf of de leerkracht of de ouder. Hoewel ook een hoge score op de SDQ bij alleen het kind of de leerkracht voldoende gevoeligheid heeft een psychische stoornis te voorspellen.

## Hoofdstuk 4: Welke factoren hebben een verband met psychische problemen bij Marokkaanse kinderen en jongeren?

In dit hoofdstuk wordt onderzocht welke factoren een verband hebben met psychische problemen bij Marokkaanse kinderen en jongeren. Deze factoren zijn onderverdeeld in kind-, gezins-, omgevings- en minderheidsspecifieke factoren en worden ook in die volgorde beschreven in de paragrafen van dit hoofdstuk. In elke paragraaf wordt eerst het vóórkomen van de factoren die gemeten zijn in de screeningsfase bij Marokkaanse jeugd vergeleken met Nederlandse jeugd. Vervolgens wordt het verband tussen deze factoren gemeten in de screeningsfase en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd besproken. Tot slot wordt het verband tussen de factoren gemeten in de diagnostische fase en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd gepresenteerd.

### 4.1 Kindfactoren

In deze paragraaf wordt het verband onderzocht tussen bepaalde kindfactoren (zelfvertrouwen, intelligentie, persoonlijkheidstrekken en agressie) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd.

#### Kindfactoren bij Marokkaanse jeugd in vergelijking met Nederlandse jeugd

In tabel 1 is de mate van vóórkomen van de kindfactoren gemeten in de screeningsfase voor Marokkaanse en Nederlands jeugd weergegeven. Te zien is dat een laag zelfvertrouwen even vaak voorkwam bij Marokkaanse en Nederlandse jeugd. Daarentegen zaten Marokkaanse middelbare scholieren vaker op het VMBO dan Nederlandse middelbare scholieren. Het schoolniveau kan gebruikt worden als (ruwe) maat voor intelligentie en geeft op deze manier weer dat Marokkaanse jeugd gemiddeld een lager niveau had dan de Nederlandse jeugd in dit onderzoek. Vergeleken bij Nederlandse jeugd kwamen de inter-persoonlijke<sup>15</sup> en affectieve<sup>16</sup> persoonlijkheidstrekken vaker bij Marokkaanse jeugd voor. De gedragsfactor<sup>17</sup> kwam even vaak bij Nederlandse als bij Marokkaanse kinderen voor.

Tabel 1: Kindfactoren bij Marokkaanse en Nederlandse jeugd, screeningsfase

	Marokkaanse jeugd (%)	Nederlandse jeugd (%)	OR
<b>Zelfvertrouwen</b>	<b>N=401</b>	<b>N=692</b>	
- Weinig zelfvertrouwen	21,7	17,5	-
<b>Schoolniveau</b>	<b>N=241</b>	<b>N=563</b>	
- VMBO	<u>53,9</u>	41,7	1,6**
<b>Persoonlijkheidstrekken</b>	<b>N=403</b>	<b>N=693</b>	
- Hoge inter-persoonlijke factor	<u>20,6</u>	12,1	1,9**
- Hoge affectieve factor	<u>18,1</u>	8,1	2,5**
- Hoge gedragsfactor	14,9	14,3	-

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

<sup>15</sup> Egocentrisch en manipulatief gedrag in omgang met anderen.

<sup>16</sup> Gebrek aan schuldgevoel en empathie.

<sup>17</sup> Impulsief en onverantwoordelijk gedrag.

## Verband kindfactoren (screeningsfase) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd

In tabel 2 is het verband tussen de kindfactoren gemeten in de screeningsfase en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd weergegeven. Het valt op dat alle kindfactoren een verband hadden met psychische problemen bij Marokkaanse jeugd. Hierbij hadden weinig zelfvertrouwen en affectieve en gedragsmatige persoonlijkheidstrekken vooral een verband met emotionele problemen, en alle persoonlijkheidstrekken een verband met gedragsproblemen.

Tabel 2: Verband kindfactoren en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd, screeningsfase

	Totaal (%)	OR	Emotioneel (%)	OR	Gedrag (%)	OR
<b>Zelfvertrouwen</b>						
- Weinig zelfvertrouwen	<u>29,5</u>	2,0*	<u>29,9</u>	3,3**	12,6	-
- Veel zelfvertrouwen	17,0		11,5		9,2	
<b>Schoolniveau</b>						
- VMBO	<u>34,0</u>	4,3**	14,6	-	18,5	-
- MAVO, HAVO, VWO	10,6		9,0		9,9	
<b>Persoonlijkheidstrekken</b>						
- Hoge inter-persoonlijke factor	<u>31,9</u>	2,4**	21,7	-	<u>24,1</u>	4,8**
- Lage inter-persoonlijke factor	16,5		14,1		6,3	
- Hoge affectieve factor	<u>39,1</u>	3,5**	<u>27,4</u>	2,5**	<u>23,3</u>	4,1**
- Lage affectieve factor	15,4		13,0		7,0	
- Hoge gedragsfactor	<u>40,4</u>	3,6**	<u>33,3</u>	3,5**	<u>28,3</u>	5,5**
- Lage gedragfactor	15,7		12,5		6,7	

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

## Verband kindfactoren (diagnostische fase) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd

In tabel 3 is het verband tussen de kindfactoren gemeten in de diagnostische fase en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd weergegeven. In de diagnostische fase kon de intelligentie worden geschat met een intelligentietest. Een groot deel (36%) van de kinderen in de diagnostische fase had een benedengemiddeld IQ (lager dan 85). In de tabel is te zien dat Marokkaanse jeugd met een beneden gemiddeld IQ meer kans had op psychische problemen; vooral op gedragsproblemen. Een kwart van de Marokkaanse kinderen uit de diagnostische fase had een leesachterstand, dit had echter geen verband met psychische problemen. Narcistische persoonlijkheidstrekken kwamen bij 38% van de Marokkaanse jeugd voor en hadden een verband met psychische problemen. Tot slot hadden Marokkaanse kinderen die veel agressie vertonen veel vaker psychische problemen dan Marokkaanse kinderen die weinig agressie vertonen. Marokkaanse kinderen die veel reactieve agressie vertonen (22%) hadden vooral meer gedragsproblemen. Marokkaanse kinderen die veel proactieve agressie (9%) vertonen hadden 13,7 keer zoveel psychische problemen.

Tabel 3: Verband kindfactoren en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd, diagnostische fase

	Totaal (OR)	Emotioneel (OR)	Gedrag (OR)
<b>Intelligentie (N=152)</b>			
- IQ < 85 (N=54)	3,5**	-	7,2**
- Leesachterstand > 1 jr. (N=39)	-	-	-
<b>Persoonlijkheidstrekken (N=151)</b>			
- Veel narcisme (N=57)	3,0**	-	-
<b>Agressie (N=152)</b>			
- Veel reactief (N=34)	4,9**	2,7*	7,0**
- Veel proactief (N=14)	13,7**	-	-

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

### Samenvatting

In deze paragraaf is het verband onderzocht tussen bepaalde kindfactoren (zelfvertrouwen, intelligentie, persoonlijkheidstrekken en agressie) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd. Het bleek dat Marokkaanse middelbare scholieren vaker op het VMBO zitten dan Nederlandse middelbare scholieren en dat Marokkaanse kinderen en jongeren manipulatief en egocentrisch gedrag laten zien in omgang met anderen en zich minder goed in kunnen leven in anderen dan Nederlandse kinderen en jongeren. In de diagnostische fase viel het op dat relatief veel kinderen een beneden gemiddeld IQ of een leesachterstand hadden. Psychopathische en narcistische persoonlijkheidstrekken en het vertonen van agressie zijn risicofactoren voor psychische problemen bij Marokkaanse jeugd. Zelfvertrouwen en een goede intelligentie zijn beschermende factoren voor psychische problemen bij Marokkaanse jeugd.

### 4.2 Gezinsfactoren

In deze paragraaf wordt het verband onderzocht tussen bepaalde gezinsfactoren (gezinssamenstelling, sociaal- economische status, ouderkind relatie, gezondheid ouder(s), en opvoeding) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd.

#### Gezinsfactoren bij Marokkaanse jeugd in vergelijking met Nederlandse jeugd

In tabel 4 is de mate van vóórkomen van de gezinsfactoren gemeten in de screeningsfase voor Marokkaanse en Nederlandse jeugd weergegeven. Marokkaanse jeugd groeide vaker dan Nederlandse jeugd op in een groter gezin. Ook kwamen zij minder vaak dan Nederlandse kinderen uit een gezin met een hoge sociaaleconomische status. Marokkaanse jeugd had vaker een werkeloze vader (23 t.o.v. 2%) en vaker een werkeloze moeder (64 t.o.v. 14%), dan Nederlandse jeugd, het kwam zodoende minder vaak voor in Marokkaanse gezinnen dat beide ouders werkten dan in Nederlandse gezinnen. Tot slot rapporteerden Marokkaanse kinderen minder ondersteuning te ervaren van beide ouders dan Nederlandse kinderen, terwijl de mate van negatieve interactie met de ouders niet verschilde tussen beide groepen.

Tabel 4: Gezinsfactoren bij Marokkaanse en Nederlandse jeugd, screeningsfase

	Marokkaanse jeugd (%)	Nederlandse jeugd (%)	OR
<b>Grootte gezin</b>	<b>N=408</b>	<b>N=693</b>	
- > 6 kinderen	<u>27,2</u>	1,4	25,5**
<b>SES gezin</b>	<b>N=408</b>	<b>N=693</b>	
- Hoog	35,5	<u>64,5</u>	6,2**
<b>Baan ouders</b>	<b>N=347</b>	<b>N=653</b>	
- Beide ouders baan	29,4	<u>84,1</u>	12,7**
<b>Ouderkind relatie</b>	<b>N=389</b>	<b>N=669</b>	
- Weinig steun moeder	<u>15,7</u>	10,8	1,5*
- Veel negatieve interactie moeder	14,1	16,1	-
	<b>N=371</b>	<b>N=656</b>	
- Weinig steun vader	<u>18,3</u>	10,5	1,9**
- Veel negatieve interactie vader	22,4	21,8	-

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

### Verband gezinsfactoren (screeningsfase) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd

In tabel 5 is het verband tussen de gezinsfactoren in de screeningsfase en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd weergegeven. Te zien is dat Marokkaanse kinderen die opgroeiden in een groter gezin (meer dan 6 kinderen) meer psychische en vooral meer gedragsproblemen hadden. De verdere samenstelling van het gezin (gescheiden ouders, volgorde in de kinderrij) had geen verband met psychische problemen bij Marokkaanse jeugd (resultaten niet in tabel). Verder hadden Marokkaanse kinderen en jongeren uit een gezin met een hoge SES meer psychische problemen dan kinderen en jongeren uit een gezin met een gemiddelde of lage SES. Ook rapporteerden Marokkaanse kinderen waarvan beide ouders werkten meer emotionele problemen, dan Marokkaanse kinderen en jongeren waarvan één of geen van beiden ouders werkten. Tot slot bleek de ouderkind relatie een verband te hebben met psychische problemen bij Marokkaanse jeugd. Een minder goede ouderkind relatie, gekenmerkt door weinig ondersteuning en veel negatieve interactie, had een verband met zowel emotionele als gedragsproblemen. Hierbij was vooral het ontbreken van steun van moeder van belang en negatieve interactie met beide ouders.

Tabel 5: Verband gezinsfactoren en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd, screeningsfase

	Totaal (%)	OR	Emotioneel (%)	OR	Gedrag (%)	OR
<b>Grootte gezin</b>						
- 0 - 3 kinderen	17,6	-	14,1	-	8,4	-
- > 6 kinderen	<u>28,3</u>	1,9*	19,8	-	<u>16,2</u>	2,1*
<b>SES gezin</b>						
- Hoog	<u>27,8</u>	1,9*	20,0	-	13,8	-
- Laag of gemiddeld	16,6		13,3		8,7	
<b>Baan ouders</b>						
- Beide ouders baan	20,7	-	<u>23,5</u>	2,4**	12,7	-
- Eén of beide ouders werkloos	19,4		11,4		10,2	

<b>Moeder-kind relatie</b>						
-	Weinig steun moeder	25,0	-	<b>24,6</b>	2,1*	<b>19,7</b> 2,7**
-	Veel steun moeder	16,8		13,4		8,2
-	Veel neg. int. moeder	<b>38,8</b>	3,7**	<b>36,4</b>	4,3**	<b>20,0</b> 2,7**
-	Weinig neg.int. moeder	14,6		11,7		8,4
<b>Vader-kind relatie</b>						
-	Weinig steun vader	<b>28,1</b>	2,0*	22,1	-	16,2 -
-	Veel steun vader	16,5		13,5		8,6
-	Veel neg. int. vader	<b>32,4</b>	2,8**	<b>30,1</b>	3,6**	<b>18,1</b> 2,7**
-	Weinig neg. int. vader	14,7		10,8		7,6

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

## Verband gezinsfactoren (diagnostische fase) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd

In tabel 6 is het verband tussen de gezinsfactoren gemeten in de diagnostische fase en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd weergegeven. Wat betreft opvoeding hadden Marokkaanse kinderen van moeders die minder toezicht houden of hebben (11%) meer psychische problemen. Weinig toezicht van vader (11%) had alleen een verband met meer gedragsproblemen. Ouderlijke affectie en discipline hadden geen verband met psychische problemen bij Marokkaanse jeugd. Hoewel 22% van de Marokkaanse moeders een slechte psychische gezondheid had en 20% van de ouderparen medicatie gebruikte voor lichamelijke of psychische aandoeningen, had dit ook geen verband met psychische problemen van hun kinderen.

Tabel 6: Verband gezinsfactoren en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd, diagnostische fase

	Totaal (OR)	Emotioneel (OR)	Gedrag (OR)	
<b>Toezicht volgens kind (N=151/148)</b>				
-	Weinig van moeder (N=16)	<b>8,3**</b>	<b>4,0**</b>	<b>7,2**</b>
-	Weinig van vader (N=17)	-	-	<b>4,2*</b>
<b>Toezicht volgens moeder (N=151)</b>				
-	Weinig toezicht (N=21)	<b>5,5**</b>	-	-

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

## Samenvatting

In deze paragraaf is het verband onderzocht tussen bepaalde gezinsfactoren (gezinssamenstelling, sociaal- economische status, ouderkind relatie, gezondheid ouder(s), en opvoeding) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd. Het bleek dat Marokkaanse kinderen vaker dan Nederlandse kinderen opgroeiden in een groter gezin met een lagere SES. Marokkaanse ouders werkten minder vaak dan Nederlandse ouders. Marokkaanse jeugd ervoer minder steun dan Nederlandse jeugd binnen de ouderkind relatie. In de diagnostische fase viel het op dat relatief veel moeders psychische problemen hadden en relatief veel ouders medicatie gebruikten voor lichamelijke of psychische aandoeningen. Opgroeien in een groot gezin, een gezin met een hoge SES en veel negatieve interactie met ouders zijn risicofactoren voor psychische problemen bij Marokkaanse jeugd. Ondersteuning van vooral moeder en toezicht van moeder op het kind zijn beschermende factoren voor psychische problemen bij Marokkaanse jeugd.

### 4.3 Omgevingsfactoren

In deze paragraaf wordt het verband onderzocht tussen bepaalde omgevingsfactoren (buurtkenmerken, etnische samenstelling buurt, school en klas, aansluiting bij risicovolle vrienden en het steunsysteem) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd.

#### Omgevingsfactoren bij Marokkaanse jeugd in vergelijking met Nederlandse jeugd

In tabel 7 is de mate van vóórkomen van de omgevingsfactoren gemeten in de screeningsfase voor Marokkaanse en Nederlands jeugd weergegeven. Het viel op dat Marokkaanse kinderen en jongeren veel vaker wonen in achterstandswijken met een hoge mate van stedelijkheid<sup>18</sup> in de Randstad dan Nederlandse kinderen en jongeren. Ook woonden zij vaker in geconcentreerde<sup>19</sup> buurten en volgen ze vaker onderwijs op/in geconcentreerde scholen en klassen. Nederlandse jeugd rapporteerde in vergelijking met Marokkaanse jeugd meer aansluiting bij risicovolle vrienden.

Tabel 7: Omgevingsfactoren bij Marokkaanse en Nederlandse jeugd, screeningsfase

	Marokkaanse jeugd (%)	Nederlandse jeugd (%)	OR
<b>Buurtkenmerken</b>	<b>N=408</b>	<b>N=693</b>	
- Lage SES	<u>52,7</u>	5,3	19,7**
- Negatieve of matige leefbaarheid	<u>37,0</u>	0,4	142,9**
- Hoge stedelijkheid	<u>53,4</u>	11,1	9,2**
- Gelegen in Randstad	<u>73,3</u>	40,7	4,0**
<b>Etnische samenstelling</b>	<b>N=408</b>	<b>N=693</b>	
- Geconcentreerde buurt	<u>36,5</u>	0,4	132,3**
- Geconcentreerde school	<u>84,3</u>	8,9	54,7**
- Geconcentreerde klas	<u>86,3</u>	9,1	62,9**
<b>Risicovolle vrienden</b>	<b>N=408</b>	<b>N=693</b>	
- Veel aansluiting	11,0	<u>19,5</u>	2,0**

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

#### Verband omgevingsfactoren (screeningsfase) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd

In tabel 8 is het verband tussen de omgevingsfactoren gemeten in de screeningsfase en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd weergegeven. Te zien is dat Marokkaanse kinderen en jongeren uit een buurt met een lage SES, een negatieve of matige leefbaarheid en met meer dan 50% niet-westerse allochtonen meer psychische problemen hadden. Binnen de groep Marokkaanse jeugd had het wonen in een gebied met een hoge stedelijkheid of in de Randstad geen verband met psychische problemen. Het maakte ook geen verschil of een Marokkaanse leerling onderwijs volgt op of in een geconcentreerde of een witte/gemengde school of klas. Tot slot hadden Marokkaanse kinderen met veel aansluiting bij risicovolle vrienden op alle gebieden meer problemen. Er was vooral meer kans op het rapporteren van gedragsproblemen.

<sup>18</sup> Meer dan 2500 omgevingsadressen per km<sup>2</sup>.

<sup>19</sup> Een geconcentreerde buurt, school of klas wordt gedefinieerd door meer dan 50% niet-westerse immigranten in een buurt, school of klas.

Tabel 8: Verband omgevingsfactoren en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd, screeningsfase

	Totaal (%)	OR	Emotioneel (%)	OR	Gedrag (%)	OR
<b>Buurtkenmerken</b>						
- Lage SES	<u>24,6</u>	1,7*	13,5	-	12,1	-
- Gemiddelde of hoge SES	15,9		18,1		8,8	
- Negatieve of matige leefbaarheid	<u>26,3</u>	1,7*	13,2	-	12,6	-
- Positieve leefbaarheid	17,0		17,1		9,3	
- Hoge stedelijkheid	21,4	-	12,8	-	10,1	-
- Gemiddelde of lage stedelijkheid	19,4		18,9		11,1	
- Gelegen in Randstad	19,8	-	14,4	-	11,7	-
- Gelegen buiten Randstad	22,1		19,3		7,3	
<b>Etnische samenstelling</b>						
- Geconcentreerde buurt	<u>26,4</u>	1,7*	13,4	-	14,1	-
- Witte of gemengde buurt	17,2		17,0		8,5	
- Geconcentreerde school	20,8	-	16,3	-	11,0	-
- Witte of gemengde school	19,0		12,5		7,8	
- Geconcentreerde klas	20,3	-	15,6	-	10,5	-
- Witte gemengde klas	22,0		16,1		10,7	
<b>Risicovolle vrienden</b>						
- Veel aansluiting	<u>42,1</u>	3,3**	<u>31,1</u>	2,8**	<u>51,1</u>	17,9**
- Weinig aansluiting	18,0		13,8		5,5	

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

## Verband omgevingsfactoren (diagnostische fase) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd

In tabel 9 is het verband tussen de omgevingsfactoren gemeten in de diagnostische fase en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd weergegeven. Marokkaanse kinderen die minder steun van de familie ervoeren, rapporteerden meer gedragsproblemen dan Marokkaanse kinderen met meer steun van de familie.

Tabel 9: Verband omgevingsfactoren en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd, diagnostische fase

	Totaal (OR)	Emotioneel (OR)	Gedrag (OR)
<b>Sociale steun</b>			
- Weinig steun familie (N=57)	-	-	<b>5,0*</b>
- Weinig steun vrienden (N=63)	-	-	-

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

## Samenvatting

In deze paragraaf is het verband onderzocht tussen bepaalde omgevingsfactoren (buurtkenmerken, etnische samenstelling buurt, school en klas, aansluiting bij risicovolle vrienden en het steunsysteem) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd. Marokkaanse kinderen en jongeren woonden vaker dan Nederlandse kinderen en jongeren in een geconcentreerde achterstandswijk met een hoge stedelijkheid in de Randstad. Marokkaanse kinderen hadden minder vaak risicovolle vrienden dan Nederlandse kinderen. Aansluiting bij risicovolle vrienden is een risicofactor voor psychische



problemen bij Marokkaanse jeugd. Wonen in een goede buurt en veel ondersteuning van familie zijn beschermende factoren voor psychische problemen bij Marokkaanse jeugd.

#### 4.4 Minderheidsspecifieke factoren

In deze paragraaf wordt het verband onderzocht tussen bepaalde minderheidsspecifieke factoren (migratiegeschiedenis, acculturatie, geloof, discriminatie en cultureel wantrouwen) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd.

##### Minderheidsspecifieke factoren bij Marokkaanse jeugd

In tabel 10 is de mate van vóórkomen van de minderheidsspecifieke factoren gemeten in de screeningsfase voor Marokkaanse jeugd weergegeven. Omdat deze factoren niet voorkomen bij Nederlandse jeugd, kan hier niet mee vergeleken worden. Te zien is dat 8% zelf in Marokko is geboren en dus 1<sup>e</sup> generatie is. Daarnaast had 36,1% geen Nederlandse vrienden en slechts 3,1% gaf aan niet gelovig te zijn. Verder heeft 26,7% zich het afgelopen jaar gediscrimineerd gevoeld op basis van zijn huidskleur, afkomst of geloof.

Tabel 10: Minderheidsspecifieke factoren bij Marokkaanse jeugd, screeningsfase

	Marokkaanse jeugd (%)
<b>Generatie</b>	<b>N=407</b>
- 1e (in Marokko geboren)	7,9
<b>Psychologische acculturatie</b>	<b>N=404</b>
- Integratie	32,4
- Assimilatie	18,3
- Separatie	17,6
- Marginalisatie	31,7
<b>Gedragsacculturatie taalgebruik</b>	<b>N=393</b>
- Weinig Nederlands	49,1
- Weinig Berber/Arabisch	49,4
<b>Gedragsacculturatie vrienden</b>	<b>N=404</b>
- Geen NL vrienden	36,1
<b>Etnische identiteit</b>	<b>N=404</b>
- Weinig Nederlands	46,5
- Weinig Marokkaans	26,7
<b>Geloof</b>	<b>N=389/N=367</b>
- Niet gelovig	3,1
- Weinig betekenis	48,4
- Weinig praktisering	45,8
<b>Discriminatie</b>	<b>N=405</b>
- Ervaren persoonlijke discriminatie	26,7
- Ervaren groepsdiscriminatie	18,5

##### Verband minderheidsspecifieke factoren (screeningsfase) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd

In tabel 11 is het verband tussen de minderheidsspecifieke factoren gemeten in de screeningsfase en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd weergegeven. Wat betreft psychologische acculturatie is te zien dat Marokkaanse kinderen en jongeren met een marginalisatiestrategie meer psychische

problemen hadden dan kinderen met één van de andere strategieën. Bij gedragsacculturatie is te zien dat Marokkaanse kinderen die minder vaak de Nederlandse taal gebruikten met vrienden of familie of geen Nederlandse vrienden hadden meer psychische problemen rapporteerden. Ook rapporteerden Marokkaanse kinderen die zich weinig identificeerden met Marokkanen meer emotionele problemen. Het geloof had ook verband met psychische problemen bij Marokkaanse jeugd; Marokkaanse kinderen die aangaven niet gelovig te zijn hadden meer psychische problemen dan Marokkaanse kinderen die enigszins of heel erg gelovig waren. Binnen de groep islamitische kinderen had het minder betekenis hechten aan het geloof een verband met emotionele problemen. Tot slot had Marokkaanse jeugd die persoonlijke- of groepsdiscriminatie ervaart meer psychische problemen. Er werden geen verschillen gevonden tussen 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> generatie kinderen en jongeren (resultaten niet in tabel).

Tabel 11: Verband minderheidsspecifieke factoren en psychische problemen bij Marokkaans jeugd, screeningsfase

	Totaal (%)	OR	Emotioneel (%)	OR	Gedrag (%)	OR
<b>Psychologische acculturatie</b>						
- <u>Marginalisatie</u>	<b>33,0</b>	t.o.v.	<b>24,2</b>	t.o.v.	<b>18,8</b>	t.o.v.
- Integratie	15,8	2,6**	9,9	2,9**	6,9	3,1**
- Assimilatie	11,3	3,9**	14,9	-	1,4	16,9**
- Separatie	14,3	3,0**	11,3	2,5*	9,9	-
<b>Gedragsacculturatie</b>						
- Weinig NL taalgebruik	22,7	-	<b>18,7</b>	1,9*	<b>15,0</b>	2,8**
- Veel NL taalgebruik	14,9		11,0		6,0	
- Weinig MRK taalgebruik	18,1	-	16,5	-	7,2	-
- Veel MRK taalgebruik	21,8		14,1		13,1	
- Geen NL vrienden	<b>27,3</b>	2,0**	15,8	-	<b>15,8</b>	2,5**
- Wel NL vrienden	15,6		15,5		7,0	
<b>Etnische identiteit</b>						
- Weinig Nederlands	22,0	-	13,3	-	11,7	-
- Veel Nederlands	18,1		17,6		8,8	
- Weinig Marokkaans	21,1	-	<b>24,1</b>	2,2**	12,0	-
- Veel Marokkaans	19,5		12,5		9,5	
<b>Geloof</b>						
- Niet gelovig	<b>45,5</b>	3,4*	33,3	-	25,0	-
- Wel gelovig	19,6		14,6		9,8	
- Weinig betekenis	16,6	-	<b>20,3</b>	2,4**	8,5	-
- Veel betekenis	20,5		9,5		10,1	
- Weinig praktisering	19,4	-	16,7	-	10,7	-
- Veel praktisering	17,8		13,1		8,0	
<b>Persoonlijke discriminatie</b>						
- Wel ervaren	<b>28,0</b>	1,9*	<b>25,0</b>	2,4**	<b>15,7</b>	2,1*
- Niet ervaren	17,0		12,1		8,1	
<b>Groepsdiscriminatie</b>						
- Wel ervaren	<b>37,3</b>	3,0**	21,3	-	<b>18,7</b>	2,6**
- Niet ervaren	16,4		14,2		8,2	

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

### **Verband minderheidsspecifieke factoren (diagnostische fase) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd**

De minderheidsspecifieke factoren gemeten in de diagnostische fase bij het kind (cultureel wantrouwen) en de moeder (migratiegeschiedenis, Nederlandse taalvaardigheid, acculturatie, geloof, discriminatie en cultureel wantrouwen) hadden geen verband met psychische problemen bij het kind (resultaten niet in tabel).

#### **Samenvatting**

In deze paragraaf is het verband onderzocht tussen bepaalde minderheidsspecifieke factoren (migratiegeschiedenis, acculturatie, geloof, discriminatie en cultureel wantrouwen) en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd. Van de Marokkaanse jeugd in dit onderzoek behoorde 8% tot de 1<sup>e</sup> generatie, 36,1% had geen Nederlandse vrienden en slechts 3,1% was niet gelovig. Meer dan een kwart van de Marokkaanse kinderen jongeren had zich één of meerdere keren gedurende het afgelopen jaar gediscrimineerd gevoeld. Een marginalisatiestrategie en ervaren discriminatie zijn risicofactoren voor psychische problemen bij Marokkaanse jeugd. Een sterke etnische identiteit, gerichtheid op Nederland en geloof zijn beschermende factoren voor psychische problemen bij Marokkaanse jeugd.

## Hoofdstuk 5: Samenvatting van de resultaten en interpretatie

### Samenvatting resultaten

In dit onderzoek werd het vóórkomen van **psychische problemen** en **psychische stoornissen** bij Marokkaanse jeugd onderzocht. **Psychische problemen** zijn klachten die kunnen ontstaan als de balans tussen de dagelijkse moeilijkheden en problemen waarmee iemand te maken krijgt (draaglast) en het vermogen om hiermee om te gaan (draagkracht) verstoord raakt. Als deze klachten zo ernstig worden dat iemand erdoor niet meer kan functioneren is er sprake van een **psychische stoornis**.

In de screeningsfase van dit onderzoek bleek dat er door leerkrachten en kinderen zelf meer gedragsproblemen in de Marokkaanse groep werden gerapporteerd dan in de Nederlandse groep (respectievelijk vijf en twee keer zo vaak). Emotionele problemen leken vaker voor te komen bij Marokkaanse dan bij Nederlandse jongens, terwijl Marokkaanse meisjes minder emotionele problemen rapporteerden dan Nederlandse meisjes. Verder had Marokkaanse jeugd een bijna twee keer zo hoge kans om veel last van waanachtige ideeën te ervaren.

In de diagnostische fase bleek 27,5% van de hoogrisicogroep en 1,2% van de laagrisicogroep een psychische stoornis te hebben. Er werden vooral veel gedragstoornissen en depressies gezien. Daarbij voldeed tevens 23,2% van de hoogrisicogroep en 3,6% van de laagrisicogroep weliswaar niet aan genoeg criteria om een diagnose te kunnen stellen, maar had deze groep wel psychische symptomen met een beperking in het functioneren. In totaal ondervond meer dan de helft van de hoogrisico kinderen en jongeren en een klein deel van de laagrisico kinderen en jongeren beperkingen in het dagelijks leven door hun psychisch functioneren. Tot slot bleek een hoge score op de SDQ bij het kind zelf in combinatie met de leerkracht een goede en praktische manier te zijn om te screenen op psychische stoornissen bij Marokkaanse jeugd.

In dit onderzoek werden ook mogelijke **risico- en beschermende factoren** voor psychische problemen bij Marokkaanse jeugd onderzocht. **Beschermende factoren** verhogen het vermogen om met dagelijkse moeilijkheden en problemen om te gaan (draagkracht), **risicofactoren** dragen juist bij aan dagelijkse moeilijkheden en problemen (draaglast). In figuur 7 worden de risico- en beschermende factoren voor psychische problemen bij Marokkaanse jeugd gepresenteerd. Sommige van de risicofactoren (bijvoorbeeld psychopathische persoonlijkheidstrekken, groot gezin) kwamen vaker voor en sommige beschermende factoren (bijvoorbeeld ondersteuning moeder, wonen in een goede buurt) kwamen minder vaak voor bij Marokkaanse jeugd dan bij Nederlandse jeugd.

Risicofactoren	Beschermende factoren
Kindniveau: <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Psychopathische en narcistische persoonlijkheidstrekken</li><li>➤ Agressie</li></ul>	Kindniveau: <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Zelfvertrouwen</li><li>➤ Goede intelligentie</li></ul>
Gezinsniveau: <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Groot gezin</li><li>➤ Negatieve interactie ouders</li></ul>	Gezinsniveau: <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Ondersteuning moeder</li><li>➤ Toezicht van moeder op kind</li></ul>
Omgevingsniveau: <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Aansluiting bij risicovolle vrienden</li></ul>	Omgevingsniveau: <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Wonen in een goede buurt</li><li>➤ Veel ondersteuning familie</li></ul>
Minderheidsspecifiek niveau: <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Marginalisatiestrategie</li><li>➤ Discriminatie</li></ul>	Minderheidsspecifiek niveau: <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Sterke etnische identiteit</li><li>➤ Gerichtheid op Nederland</li><li>➤ Geloof</li></ul>

Figuur 7: Risico- en beschermende factoren voor psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse jeugd

## Interpretatie

Voorgaand onderzoek naar psychische problemen en stoornissen bij Marokkaanse kinderen en jongeren liet verschillende uitkomsten en verschillen tussen informanten (kind, ouder, leerkracht) zien (Stevens et al., 2003; Zwirs et al., 2007). In dit onderzoek werd geen discrepantie tussen de zelf- en leerkrachtrapportage op het gebied van gedragsproblemen bij Marokkaanse adolescenten gevonden. In voorgaand onderzoek werd de discrepantie onder andere toegeschreven aan sociaal wenselijk antwoordgedrag van de Marokkaanse jongeren (Stevens et al., 2003). Wellicht dat zij zich in onze onderzoeksopzet vrijer voelden om minder sociaal wenselijk te antwoorden, omdat de digitale vragenlijsten relatief anoniem in schoolklassen ingevuld konden worden. In de diagnostische fase werd bij 18,8% van de hoogrisico groep een gedragsstoornis gediagnosticeerd. Omgerekend naar de gehele groep Marokkaanse jeugd die mee heeft gedaan aan de screening zou 4,8% een gedragsstoornis hebben<sup>20</sup>. Dit is vergelijkbaar met de prevalentie van gedragsstoornissen bij Nederlandse kinderen (5%, Matthys, 2006). Op basis hiervan zouden gedragsstoornissen bij Marokkaanse jeugd evenveel of wellicht iets vaker voorkomen rekening houdend met de mogelijke onderschatting van het gepresenteerde cijfer uit het huidige onderzoek (zie voetnoot 20 en de uitsluitende afname van het psychiatrisch interview bij het kind zelf, zie verder in de discussie). In het onderzoek van Zwirs en collega's (2007) werd een even hoge prevalentie van gedragsstoornissen gezien bij Nederlandse en Marokkaanse jeugd uit achterstandswijken. Mogelijk hebben Marokkaanse kinderen even vaak gedragsstoornissen als Nederlandse kinderen met een lage SES, maar hebben Marokkaanse kinderen omdat ze vaker in een lage SES opgroeien meer gedragsstoornissen dan Nederlandse kinderen. Samenvattend rapporteerden zowel leerkrachten als leerlingen in dit onderzoek meer gedragsproblemen in de Marokkaanse groep en lijkt de prevalentie van een gedragsstoornis even groot bij Marokkaanse jeugd.

De bevindingen op het gebied van emotionele problemen zijn opvallend; Marokkaanse jongens lijken meer emotionele problemen te hebben dan Nederlandse jongens en Marokkaanse meisjes minder dan Nederlandse meisjes. Daarnaast rapporteerden vooral Marokkaanse jongens en adolescenten meer waanachtige ideeën waar ze veel last van hadden dan Nederlandse jongens en adolescenten. Het komt vaak voor dat kinderen en jongeren waanachtige ideeën hebben of stemmen horen (Bartels-Velthuis, Jenner, Van de Willige, Van Os & Wiersma, 2010). Hoewel verreweg de meeste van deze kinderen en jongeren nooit een psychose ontwikkelen, is uit onderzoek bekend dat zij wel meer kans hebben om op (jong)volwassen leeftijd een psychotische stoornis te ontwikkelen, vooral als de waanachtige ideeën of hallucinaties samengaan met emotionele en gedragsproblemen (Poulton et al., 2000) of persistent zijn (Wigman et al., 2011). Ook vonden Veling en collega's (2006) dat Marokkaanse Nederlanders een tot zeven keer verhoogde kans hebben psychotische stoornissen te ontwikkelen dan autochtone Nederlanders. De bevinding in het huidige onderzoek dat Marokkaanse jeugd vaker last heeft van waanachtige ideeën en de bevinding van Wigman en collega's dat niet-Nederlandse kinderen meer kans hebben om persistente psychoseachtige symptomen te hebben (2011), zou kunnen betekenen dat er op kinderleeftijd al een grotere groep Marokkaanse jeugd is die 'at risk' is voor het ontwikkelen van psychotische stoornis op latere leeftijd. Dit is belangrijk

---

<sup>20</sup> Aantal met psychische stoornis \*105 (totaal aantal hoogrisicogroep) / 69 (aantal deelgenomen hoogrisicogroep) = Aantal met psychische stoornis hoogrisicogroep.

Aantal met psychische stoornis hoogrisicogroep / 408 (aantal Marokkaanse jeugd deelgenomen screening) \* 100% = Prevalentie psychische stoornis Marokkaanse jeugd.

NB: Dit is een onderschatting van het werkelijke getal omdat de 'middengroep' (tussen hoog- en laagrisico in) niet is onderzocht, waar mogelijk wel psychische stoornissen voorkomen.

aangezien Marokkaanse jeugd kennelijk wellicht meer kans heeft om een zeer invaliderende ziekte te ontwikkelen, die deelname aan de maatschappij ernstig bemoeilijkt.

In de screeningsfase werden er meer gedragsproblemen en psychoseachtige symptomen gezien bij Marokkaanse jeugd dan bij Nederlandse jeugd. In de diagnostische fase kon Marokkaanse jeugd niet vergeleken worden met Nederlandse jeugd, maar had meer dan de helft van de Marokkaanse kinderen en jongeren uit de hoogrisicogroep beperkingen in het dagelijks leven door hun psychisch functioneren. Er werden hierbij vooral veel gedragsstoornissen en depressies gezien. In overeenstemming met eerder onderzoek (Deković et al., 2004; Stevens et al., 2003; Wissink et al., 2006; Zwirs et al., 2007) blijkt ook uit het huidige onderzoek dat er in ieder geval evenveel psychische stoornissen voorkomen bij Marokkaanse kinderen en jongeren in vergelijking met Nederlandse kinderen. De constatering van Boon en collega's (2010) over de onderrepresentatie in de reguliere GGZ lijkt daarmee terecht. Als hierbij de overrepresentatie in forensische GGZ in acht wordt genomen, kan geconcludeerd worden dat ook dit onderzoek erop wijst dat onbehandelde psychische problemen bij Marokkaanse jeugd pas later, als de problemen al zo groot zijn geworden dat er maatschappelijke problematiek ontstaat, door tussenkomst van de rechter worden onderkend. Hiermee lijkt een vroege signalering en effectieve behandeling van psychische problemen bij Marokkaanse jeugd zinvol en essentieel.

In de diagnostische fase werden er alleen psychiatrische interviews, waarmee psychiatrische stoornissen kunnen worden gediagnosticeerd, bij de kinderen zelf afgenomen<sup>21</sup>. Voor gedragsstoornissen en ADHD is het belangrijk ook informatie van mensen uit de omgeving te verkrijgen. Vooral ADHD is een stoornis die moeilijk uitsluitend met zelfrapportage vast te stellen is. Het vergt veel zelfinzicht om symptomen van concentratieproblemen, hyperactiviteit en impulsiviteit (oftewel ADHD-symptomen) bij jezelf te herkennen, zeker voor een kind. Symptomen van gedragsstoornissen, zoals boos worden, moeite met regels hebben, spijbelen of vechten, zijn weliswaar beter te herkennen door kinderen zelf, maar worden sneller als niet sociaal wenselijk gezien, waardoor kinderen geneigd kunnen zijn sociaal wenselijk te antwoorden. Het gepresenteerde percentage van ADHD en gedragsstoornissen zou daarom een onderschatting kunnen zijn van het werkelijke percentage. Daarnaast kunnen emotionele stoornissen, zoals somberheid en angst, zich anders presenteren binnen verschillende culturen. Om deze reden is het ten eerste mogelijk dat mensen uit andere culturen het Westerse concept van emotionele stoornissen minder goed bij zichzelf herkennen. Maar is het ten tweede mogelijk dat artsen emotionele stoornissen bij mensen van niet-Nederlandse afkomst missen. Daarom zou ook het gepresenteerde percentage van emotionele stoornissen een onderschatting van het werkelijke percentage kunnen zijn.

Verder worden er in dit rapport geen uitspraken over comorbiditeit<sup>22</sup> gedaan. Hoewel geen van de kinderen voldeed aan de DSM-IV criteria van meer dan één stoornis, werden er wel comorbide symptomen van andere stoornissen gezien. Vanwege de complexiteit hiervan is gekozen deze cijfers niet te presenteren in dit rapport. Er is geen uitspraak gedaan over de prevalentie van psychische stoornissen in de gehele groep Marokkaanse jeugd uit de screeningsfase, omdat er alleen diagnostische interviews zijn afgenomen bij een geselecteerde hoog- en laagrisicogroep van Marokkaanse jeugd. Op deze manier is er veel onderscheidend vermogen om risico- en beschermende factoren te identificeren, maar kan er geen prevalentie worden berekend omdat de 'middengroep' niet is onderzocht. De psychiatrische interviews in dit onderzoek werden afgenomen

---

<sup>21</sup> Bij de leerkracht en moeder zijn wel vragenlijsten afgenomen over psychische problemen van de kinderen, maar geen psychiatrisch interview waarmee een psychische stoornis gediagnosticeerd zou kunnen worden. Wegens de tijdinvestering die hiervoor nodig is en taalproblemen was dit binnen het huidige onderzoek niet mogelijk.

<sup>22</sup> Het tegelijkertijd aanwezig zijn van twee of meerdere stoornissen bij een patiënt.

door basisartsen<sup>23</sup>. Om de betrouwbaarheid van de gestelde diagnoses te testen, zullen de geluidsopnames aanvullend nageluisterd worden door (kinder)psychiaters.

Het verband met veel risico- en beschermende factoren en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd was verwacht, omdat het verband met deze factoren in eerder onderzoek al is gevonden bij kinderen van andere ethniciteiten. Wat wel opviel was dat moeders in Marokkaanse gezinnen een belangrijkere rol lijken te hebben in het ondersteunen en daarmee het voorkomen van psychische problemen bij hun kinderen dan vaders. Deze bevinding is te verklaren doordat vaders zich traditioneel gezien minder bemoeien met de opvoeding (Pels, Distelbrink & Postma, 2009). Ook ervoeren Marokkaanse kinderen minder ondersteuning van beide ouders dan Nederlandse kinderen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat Marokkaanse ouders hun kinderen minder goed kunnen begeleiden in de Nederlandse samenleving door cultuur- en taalverschillen (Stevens et al., 2005 b en c; Eichelsheim et al., 2010). Daarnaast werden er ook meer psychische problemen gezien bij Marokkaanse kinderen uit grotere gezinnen (meer dan 6 kinderen). Hierbij aansluitend zou het ook kunnen zijn dat het voor ouders met meerdere kinderen moeilijker is de aandacht te verdelen en ze niet alle kinderen genoeg steun kunnen geven. Overigens bleek de familie een grotere bron te zijn van steun dan vrienden, dit werd ook in eerder onderzoek bij Marokkaanse jongeren gevonden (Stevens et al., 2005 b en c). Het verschil in effect tussen de steun van ouders en de steun van vrienden kan worden verklaard door het gegeven dat ouders vaker goed gedrag aanmoedigen (Dekovic et al. 2004), terwijl vrienden elkaar zowel kunnen beschermen tegen ongewenste gedragingen, als elkaar kunnen aanmoedigen tot ongewenste gedragingen (Stevens, 2004). Dit laatste werd teruggezien in het verband tussen aansluiting bij risicovolle vrienden en psychische problemen. De bevinding dat Nederlandse kinderen meer aansluiting rapporteren bij risicovolle vrienden kan mogelijk deels worden verklaard aan de hand van de gestelde vragen die aansluiting bij risicovolle vrienden meten. Door cultuurverschillen kunnen er andere normen gelden voor Marokkanen en Nederlanders. Zo is het drinken van alcohol bijvoorbeeld verboden in de Islam. En zal een Marokkaans kind dat vaker Marokkaanse vrienden heeft, minder vaak een vriend hebben die wel eens alcohol drinkt. Hierdoor ligt de norm voor het hebben van risicovolle vrienden waarschijnlijk anders voor Marokkaanse en Nederlandse kinderen. Tot slot werden er veel verbanden gevonden tussen minderheidsspecifieke factoren en psychische problemen bij Marokkaanse jeugd. Acculturatieproblemen en discriminatie zijn extra dagelijkse moeilijkheden en problemen waarmee Marokkaanse kinderen en jongeren te maken hebben in vergelijking met Nederlandse leeftijdgenoten, die substantieel bij lijken te dragen aan een ongunstigere ontwikkeling tot volwassenheid bij Marokkaanse kinderen. Daarentegen verminderden andere minderheidsspecifieke factoren, juist het risico op psychische problemen bij Marokkaanse jeugd. In overeenstemming met eerder onderzoek hadden een sterke etnische identiteit (Veling et al, 2010), gerichtheid op Nederland en gelovig zijn (Hackney & Sanders, 2003; Koenig, 2009; Stevens et al., 2005 b en c) een verband met minder psychische problemen. Mogelijk biedt binding met een cultuur, de Marokkaanse of de Nederlandse, of geloof een houvast waardoor het vermogen om met dagelijkse moeilijkheden en problemen om te gaan wordt verhoogd.

---

<sup>23</sup> Dit zijn artsen die de opleiding geneeskunde inclusief coschappen hebben doorlopen, maar nog geen medisch specialistische opleiding, zoals psychiatrie, hebben gedaan.

## Sterke kanten en beperkingen

De sterke punten van dit onderzoek zijn het gebruik van een grote onderzoeksgroep en de afname op basis- en middelbare scholen door heel Nederland. Op deze manier is er veel spreiding in de sociale omgeving van de deelnemende kinderen en jongeren op bijvoorbeeld het gebied van SES, buurt en het aantal leden van de eigen etnische groep in de omgeving. Ook hebben in dit onderzoek niet alleen maar Marokkaanse kinderen en jongeren meegedaan uit de grote steden, maar ook uit kleinere steden en dorpen in Nederland. Hiernaast kent dit onderzoek een hoge respons, zowel in de scholen die benaderd zijn voor deelname (bijna 80%) als ook voor de leerlingen (85,7%) en leerkrachten (78,1%) die uiteindelijk vragenlijsten invulden in de screeningsfase. In de diagnostische fase werkten wederom veel van de benaderde Marokkaanse ouders en kinderen mee, zodat uiteindelijk 152 complete gezinnen (65,2%) zijn geïnccludeerd. Daarnaast is er in dit onderzoek gebruik gemaakt van informatie over de kinderen en jongeren uit drie verschillende bronnen; het kind/de jongere zelf, de leerkracht of mentor en één van de ouders. Ook zijn er, in tegenstelling tot de meeste voorgaande onderzoeken, psychiatrische interviews afgenomen door artsen. Op deze manier is informatie over psychisch functioneren niet alleen gebaseerd op uitkomsten van screeningsvragenlijsten. Verder zijn er risico- en beschermende factoren die liggen op verschillende ontwikkelingbeïnvloedende niveaus onderzocht. Hier is voor gekozen omdat uit voorgaand onderzoek is gebleken dat psychische stoornissen ontstaan door een wisselwerking van factoren uit verschillende gebieden. Tenslotte wordt er bij dit onderzoek in grote mate rekening gehouden met de culturele achtergrond van de Marokkaanse gezinnen. Zo zijn er bij alle fasen van het onderzoek leden en kenners van de Marokkaanse cultuur betrokken. Ook de benadering van de Marokkaanse gezinnen in de diagnostische fase is cultuursensitief aangepast. Zo is de informatiebrief ook in het Marokkaans Arabisch verzonden, werden gezinnen thuis bezocht door een vrouwelijk onderzoeksteam waarvan minstens één onderzoekster met een Marokkaanse achtergrond en bestond zo de mogelijkheid het onderzoek in het Berber of Marokkaans Arabisch toe te lichten en af te nemen bij de ouder.

Dit onderzoek kent ook een aantal beperkingen. Ten eerste zijn alleen kinderen en jongeren die naar school gaan bereikt. Hoewel dit een kleine groep betreft, is het bekend dat schoolverlaters meer psychische problemen vertonen dan schoolgaande jeugd. Aangezien er in dit onderzoek meer psychische problemen werden gezien bij Marokkaanse jeugd in vergelijking met Nederlandse jeugd, zouden de verschillen nog groter zijn geweest als er Marokkaanse en Nederlandse schoolverlaters aan het onderzoek meegewerkt zouden hebben. Ten tweede betekent de cross-sectionele opzet van dit onderzoek dat er geen uitspraken over oorzaak en gevolg kunnen worden gedaan. Hiervoor is een longitudinale opzet van het onderzoek nodig, waarin een onderzoeksgroep meerdere malen in de tijd onderzocht wordt. Dit is mogelijk door aan het huidige onderzoek nog een follow-up fase na één en/of twee jaar in te voegen. Het onderzoeksbudget bood echter uitsluitend de mogelijkheid tot het doen van cross-sectioneel onderzoek, waarbij slechts verbanden tussen psychische en gedragsproblemen en eventuele risico- en beschermende factoren kunnen worden geïdentificeerd en de ontwikkeling van psychische stoornissen in de tijd niet nader bekeken kan worden. Bovendien kenmerkt de kindertijd en adolescentie zich als een periode waarin kinderen in ontwikkeling zijn. Het één keer onderzoeken van een groep in de tijd geeft weliswaar veel informatie, maar is vanwege de snel veranderende ontwikkelingsfase van een kind, slechts een momentopname. Ten derde zijn de gebruikte vertalingen van de oudervragenlijst in het Berber en Marokkaans Arabisch niet gevalideerd. De vertalingen zijn wel zeer zorgvuldig uitgevoerd, volgens de geldende richtlijnen voor het vertalen van vragenlijsten voor wetenschappelijk onderzoek. De validatie hiervan zou echter een



grootschalig ander onderzoek zijn. Tot slot zijn er alleen psychiatrische interviews bij de kinderen zelf afgenomen, terwijl het vooral voor gedragsstoornissen belangrijk is ook psychiatrische interviews af te nemen bij ouder en/of leerkrachten. Het huidige budget en de tijdsdruk heeft het echter praktisch onmogelijk gemaakt om ook interviews bij ouder en leerkrachten af te kunnen nemen.

## Hoofdstuk 6: Conclusie

In de algemene populatie is er een groep Marokkaanse kinderen en jongeren die psychische problemen of stoornissen hebben die hier meestal niet voor behandeld worden. Marokkaanse kinderen en jongeren hebben meer psychoseachtige symptomen en gedragsproblemen dan Nederlandse kinderen en jongeren. Aan diagnoses van psychische stoornissen werden vooral gedragsstoornissen en depressies gezien. Hoewel het niet zonder meer mogelijk is om het vóórkomen van deze diagnoses te vergelijken met een Nederlandse groep, kan globaal gesteld worden dat psychische stoornissen even vaak voorkomen bij Marokkaanse jeugd, met uitzondering van gedragsstoornissen en een verhoogde kwetsbaarheid voor psychotische stoornissen op latere leeftijd die vaker voorkomen bij Marokkaanse jongeren. Deze groep kan goed en relatief eenvoudig geïdentificeerd worden door middel van het screenen op psychische problemen op basis- en middelbare scholen. Door middel van deze vroege signalering en een effectieve behandeling van psychische problemen bij Marokkaanse kinderen en jongeren kan mogelijk worden voorkomen dat de psychische problemen bij deze groep zo groot worden dat er maatschappelijke problematiek of een ernstig invaliderende ziekte als een psychotische stoornis ontstaat. Echter moet er aan een aantal voorwaarden kunnen worden voldaan, wil screening op psychiatrische stoornissen bij Marokkaanse jeugd nuttig zijn. Ten eerste moet er een effectieve behandeling geboden kunnen worden. Daarom is het van belang te investeren in de aansluiting van de hulpverlening op de belevingswereld van Marokkaanse jeugd en onderzoek te doen naar het behoud en de effectiviteit van cultuursensitieve behandelprogramma's voor psychische stoornissen bij deze groep. Ten tweede moet de hulpverlening genoeg capaciteit hebben om de extra geïdentificeerde kinderen te kunnen ontvangen.

Daarnaast groeien Marokkaanse kinderen en jongeren op in een kwetsbaardere situatie met meer risicofactoren en minder beschermende factoren voor psychische problemen op kind-, gezins-, omgevings- en minderheidspecifiek niveau dan Nederlandse kinderen en jongeren. In het algemeen geldt dat bij preventie en behandeling van psychische stoornissen nadruk dient te worden gelegd op de versterking van beschermende factoren en het doen afnemen van risicofactoren. Hoewel dit niet altijd eenvoudig te bereiken is, valt hier wel veel winst mee te behalen. Ten aanzien van het ontstaan en beloop van psychische stoornissen bij Marokkaanse jeugd en de invloed van risico- en beschermende factoren hierop, zou het interessant zijn longitudinaal onderzoek te doen, waarin een onderzoeksgroep meerdere malen in de tijd onderzocht wordt.

## Referenties

- Adriaanse, M., Louwerse, M., Domburgh, L. van, Veling, W. & Doreleijers, Th. A. H. (2010). *Psychische en gedragsproblemen bij Marokkaans Nederlandse kinderen en jongeren*. Duivendrecht: VUmc.
- Ait Ouarasse, O. A. & Vijver, F. J. R. van de (2005). The role of demographic variables and acculturation attitudes in predicting sociocultural and psychological adaptation in Moroccans in the Netherlands. *International Journal of Intercultural Relations*, 29, 251-272.
- Bartels-Velthuis, A. A., Jenner, J. A., van de Willige, G., van Os, J. & Wiersma, D. (2010). Prevalence and correlates of auditory vocal hallucinations in middle childhood. *British Journal of Psychiatry*, 196, 41-46.
- Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29, 697-712.
- Berry J. W. , Phinney J. S. , Sam D. L. & Vedder, P. E (2006). *Immigrant Youth in Cultural Transition. Acculturation, Identity, and Adaptation Across National Contexts*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Biafora, F. A., Warheit, G. J., Zimmerman, R. S., Gil, A. G., Apospori, E., Taylor, D. & Vega, W. A. (1994). Racial mistrust and deviant behaviors among ethnically diverse black adolescent boys. *Journal of Applied Social Psychology*, 23(11), 891-910.
- Boom, J. de, Weltevrede, A., Wensveen, P. van, San, M. van & Hermus, P. (2010). *Marokkaanse Nederlanders 2010. Een nulmeting van hun positie op de terreinen van onderwijs, arbeid en uitkering en criminaliteit in 22 gemeenten*. Rotterdam: Risbo, Erasmus Universiteit.
- Boon, A. E., Haan, A. M. de, & Boer, S. B. B. de (2010). Verschillen in etnische achtergrond van forensische en reguliere jeugd-ggz-cliënten. *Kind en adolescent*, 31, 16-28.
- Boydell, J., Os, J. van, McKenzie, K., Allardyce, J., Goel, R., McCreadie, R.G. & Murray, R. M. (2001). Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment. *British Medical Journal*, 323, 1-4.
- Boyle, M. H., & Lipman, E. L. (2002). Do places matter? Socioeconomic disadvantage and child problem behaviour in Canada. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 702, 378-389.
- Bradley, R. H. & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status & child development. *Annual Review of Psychology*, 53, 371-399.
- Brendgren, M., Vitaro, F. & Bukowski, W. M. (2000). Deviant friends and early adolescents' emotional and behavioral adjustment. *Journal of Research on Adolescence*, 10, 173-189.

Caracci, G. (2008). General concepts of the relationship between urban areas and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 385-390.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2004). *Allochtonen in Nederland 2004*. Den Haag: OBT bv.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2011). *Bevolking; leeftijd, herkomstgroepering, geslacht en regio, 1 januari 2011*. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/default.aspx?DM=SLNL&PA=37713&D1=0%2c3%2c6&D2=1-&D3=31&D4=0%2c129%2c338%2c682%2c776&D5=I&HDR=T&STB=G1%2cG2%2cG3%2cG4&VW=D>

Charalabaki, E., Bauwens, F., Stefanos, G., Madianos, M. G. & Mendlewicz, J. (1995). Immigration and psychopathology: a clinical study. *European Psychiatry*, 10, 237-244.

Dekovic, M. (1999). Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of Youth Adolescence*, 28, 667-685.

Deković, M., Wissink, I. B., & Meijer, A. M. (2004). The role of family and peer relations in adolescent antisocial behavior: comparison of four ethnic groups. *Journal of Adolescence*, 27, 497-514.

Dijk, T. K. van, Agyemang, C., Wit, M. de & Hosper, K. (2010). The relationship between perceived discrimination and depressive symptoms among Young Turkish-Dutch and Moroccan-Dutch. *The European Journal of Public Health*, 1-7.

Dorselaer, S. van, Looze, M. de, Vermeulen-Smit, E., Roos, S. de, Verdurmen, J., Bogt, T. ter & Vollebergh, W. (2010). *HBSC 2009: Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Driessen, G. (2004). *Gezinsomstandigheden, opvoedingsfactoren en sociale en cognitieve competenties van jonge kinderen*. Nijmegen: Universiteit van Nijmegen.

Eichelsheim, V., Buist, K., Dekovic, M., Wissink, I., Frijns, T., Lier, P. van, Koot, H. & Meeus, W. (2010). Associations among the parent-adolescent relationship, aggression and delinquency in different ethnic groups: a replication across two Dutch samples. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 293-300.

Frick, P. J., Bodin, S. D. & Barry C. T. (2000). Psychopathic traits and conduct problems in community and clinic-referred samples of children: further development of the psychopathic screening devise. *Psychological Assessment*, 12(4), 382-393.

Geel, M. van (2009). *Acculturation, adaptation and multiculturalism among immigrant adolescents in junior vocational education*. Leiden: Universiteit Leiden.

Geel, M. van & Vedder, P. (2010). The adaptation of non-western and Muslim immigrant adolescents in the Netherlands: An immigrant paradox? *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 398-402.

Gemert, F. van (1998). *Ieder voor zich; kansen, cultuur en criminaliteit van Marokkaanse jongens*. Amsterdam: Het Spinhuis.

Georgiades, K., Boyle, M. H. & Duku, E (2007). Contextual Influences on Children's Mental Health and School Performance: The Moderating Effects of Family Immigrant Status. *Child Development*, 78(5), 1572–1591.

Gieling, M., Vollebergh, W. & Dorsselaer, S. van (2010). Ethnic density in school classes and adolescent mental health. *Social Psychiatric Epidemiology*, 45, 639-646.

Hackney, C. H. & Sanders, G. S. (2003). Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42(1), 43-55.

Harchaoui, S. (2001). Hedendaags kwaad revisited. Kanttekeningen bij de Marokkaanse criminaliteit in Nederland. *Justitiele Verkenningen*, 27(5), 99-114.

Harker, K. (2001). Immigrant generation, assimilation and adolescent psychological well-being. *Social Forces*, 79(3), 969-1004.

Kamperman, A. M., Komproe I. H. & Jong, J.T. de (2003). De relatie tussen culturele aanpassing en psychische gezondheid bij eerste generatie Turkse, Marokkaanse en Surinaamse migranten. *Gedrag & Gezondheid: Tijdschrift voor Psychologie en Gezondheid*, 31, 63-174.

Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291.

Leventhal, T. & Brooks-Gunn, J. (2000). The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin*, 126, 309-337.

Martin, A., Volkmar, F. R., & Lewis, M. (2007). *Lewis' Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. Philadelphia: Lippincott.

Matthys, W. (2006). Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis en gedragsstoornis. In T. Doreleijers, F. Boer, J. Huisman, R. Vermeiren & E. de Haan, *Leerboek Psychiatrie: Kinderen en Adolescenten* (289–298). Utrecht: De Tijdstroom.

Mordoch, E. & Hall, W. A. (2002). Children living with a parent who has a mental illness: a critical analysis of the literature and research implications. *Archives of Psychiatry Nursing*, 16, 208–216.

Medts, L., de (2003). Relevantie van subtypes van agressief gedrag (proactieve en reactieve agressie) voor de klinische praktijk. In P. Hamers, K. van Leeuwen, C. Breat & L. Verhofstadt-Deneve, *Moeilijke kinderen of kinderen die het moeilijk hebben* (113-128). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

Paalman, C. H., Domburgh, L. van & Doreleijers, Th. A. H. (2010). Recidive van 12minners van Marokkaanse komaf: verslag van het follow-up onderzoek in Amsterdam. Duivendrecht: VUmc.

Pels, T., Distelbrink, M. & Postma, L. (2009). Opvoeding in de migratiecontext. Review van onderzoek naar de opvoeding in gezinnen van nieuwe Nederlanders. *Verwey-Jonker Instituut*, 0-62.

Posner, J. K., & Vandell, D. L. (1999). After-school activities and the development of low-income urban children: a longitudinal study. *Developmental Psychology*, 35, 868–879.

Poulton, R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Cannon, M., Murray, R. & Harrington, H. (2000). Children's Self-Reported Psychotic Symptoms and Adult Schizophreniform Disorder; A 15-Year Longitudinal Study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1053-1058.

Reijneveld, S. A., Harland, P., Brugman, E., Verhulst, F. C., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2005). Psychosocial problems among immigrant and non-immigrant children; Ethnicity plays a role in their occurrence and identification. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 145-152.

Sam, D. L. (2000). Psychological adaptation of adolescents with immigrant backgrounds. *Journal of Social Psychology*, 140, 5-25.

Stevens, G. W. J. M., Pels, T., Bengi-Arslan, L., Verhulst, F. C., Vollebergh, W. A. M. & Crijnen, A. A. M. (2003). Parent, teacher en self reported problem behavior in the Netherlands: Comparing Moroccan immigrant with Dutch en Turkish immigrant children and adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 576-585.

Stevens, G. W. J. M. (2004). *Mental health in Moroccan youth in the Netherlands*. Rotterdam: Erasmus MC.

Stevens, G. W. J. M., Pels, T. V. M., Vollebergh, W. A. M., Bengi-Arslan, L., Verhulst F. C., & Crijnen, A. A. M. (2005a). Emotionele problemen en gedragsproblemen bij Marokkaanse, Turkse en Nederlandse 4- tot 18-jarigen in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 779-786.

Stevens, G., Vollebergh, W., Pels, T. & Crijnen, A. (2005b). Predicting externalizing problems in Moroccan immigrant adolescents in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40, 471-579.

Stevens, G., Vollebergh, W., Pels, T. & Crijnen, A. (2005c). Predicting internalizing problems in Moroccan immigrant adolescents in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 1003-1011.

Stevens, G., Vollebergh, W., Pels, T. & Crijnen, A. (2005d). Parenting and internalizing and externalizing problems in Moroccan immigrant youth in the Netherlands. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 685-695.

Stevens, G. W. J. M., Vollebergh, W. A. M., Pels, T. V. M & Crijnen, A. A. M. (2007). Problem behavior and acculturation in Moroccan immigrant adolescents in the Netherlands: Effects of gender and parent-child conflict. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38(3), 310-317.

Stevens, G. W. J. M. & Vollebergh, W. A. M. (2008). Mental health in migrant children. *The journal of child psychology and psychiatry*, 49, 276-294.

Taylor, D. L., Biafora, F. A. & Warheit, G. J. (1994). Racial mistrust and disposition to deviance among African American, Haitian, and other Caribbean Island adolescent boys. *Law and Human Behavior*, 18(3), 291-303.

Veen, V. C., Stevens, G. W. J. M., Doreleijers, Th. A. H., Ende, J. van der & Vollebergh, W. A. M. (2010). Ethnic differences in mental health among incarcerated youths: Do Moroccan immigrant boys show less psychopathology than native Dutch boys? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(5), 431-440.

Veling, W., Selten, J.P., Veen, N., Laan, W., Blom, J.D. & Hoek, H.W. (2006). Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: a four-year first-contact study. *Schizophrenia Research*, 86, 189-193.

Veling, W., Selten, J. P., Susser, E., Laan, W., Mackenbach, J. P. & Hoek, H. W. (2007). Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in the Netherlands. *International Journal of Epidemiology*, 36, 761-768.

Veling, W., Susser, E., van Os, J., Mackenbach, J. P., Selten, J., & Hoek, H. W. (2008). Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *American Journal of Psychiatry* 165(1), 66-73.

Veling, W., Hoek, H. W., Wiersma, D. & Mackenbach, J. P. (2010). Ethnic identity and the risk of schizophrenia in ethnic minorities: A case-control study. *Schizophrenia Bulletin*, 36(6), 1149-1156.

Verhulst, F. C., Ende, J. van der, Ferdinand, R. F., & Kasius, M. C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 329-336.

Vollebergh, W. A. M., Haveten, M., Dekovic, M., Oosterwegel, A., Pels, T., Veenstra, R., Winter, A. de, Ormel, H. & Verhulst, F. (2005). Mental health in immigrant children in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 489-496.

Ward, C. & Kennedy, A. (1994). Acculturation strategies, psychological adjustment, and sociocultural competence during cross-cultural transitions. *International Journal of Intercultural Relations* , 18, 329-343.

Whaley, A. L. (2001). Cultural mistrust: An important psychological construct for diagnosis and treatment of African Americans. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(6), 555-562.

Wigman, J.T.W., Winkel, R. van, Raaijmakers, Q.A.W., Ormel, J., Verhulst, F.C., Reijneveld, S.A., Os, J. van & Vollebergh, W.A.M. (2011). Evidence for a persistent, environment-dependent and deteriorating subtype of subclinical psychotic experiences: a 6-year longitudinal general population study. *Psychological Medicine*, 41, 2317-2329.

Wissink, I. B., Dekovic, M. & Meijer, A. M. (2006). Parenting behaviour, quality of the parent-adolescent relationship, and adolescent functioning in four ethnic groups. *Journal of Early Adolescence*, 26, 133-159.

Zwirs, B. W. C. (2006). *Externalizing disorders among children of different ethnic origin in the Netherlands*. Rotterdam: Universiteit Rotterdam.

Zwirs, B. W. C., Burger, H., Schulpen, T. W. J., Wiznitzer, M., Fedder, H., & Buitelaar, J. K. (2007). Prevalence of psychiatric disorders among children of different ethnic origin. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 556-566.



## Bijlage 1: Beschrijving instrumenten

*Op alfabetische volgorde*

### **Acculturatie schalen**

In dit onderzoek worden zowel psychologische en gedragsacculturatie als etnische identiteit gemeten. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de Psychologische Acculturatie Schaal (PAS) (Tropp, Erkut, Coll, Alarcón & Garcia, 1999; Stevens, 2004) welke het gevoel van emotionele verbondenheid met, behoren tot en begrip voor de Nederlandse of Marokkaanse cultuur meet. Op deze manier kan een acculturatiestrategie worden geïdentificeerd. Voor gedragsacculturatie worden vragen gesteld over hoe vaak de respondenten Nederlands en Marokkaans praten met belangrijke personen als ouders, broers, zussen en Marokkaanse vrienden. Verder wordt ook gevraagd naar het hebben van Nederlandse en Marokkaanse vrienden (Stevens, 2004). Etnische identiteit wordt gemeten met zes items, zoals 'Ik zie mijzelf als...'. Er zijn geen normscores van bovenstaande vragenlijsten, de instrumenten zijn echter wel in eerder onderzoek gebruikt in Nederland (Stevens, 2004).

### **CMI; Cultural Mistrust Inventory for Adolescents**

De Cultural Mistrust Inventory (Terrell & Terrell, 1981) meet de mate waarin mensen uit een etnische minderheid de intenties van de autochtone bevolking vertrouwen. De CMI bestaat uit 11 items, met een hoge interne consistentie (Terrell & Terrell, 1981). De originele vragenlijst is vertaald in het Nederlands en aangepast voor Marokkaanse Nederlanders.

### **CNS; Childhood Narcissism Scale**

De Childhood Narcissism Scale (Thomaes, Stegge, Bushman, Olthof & Denissen, 2008) bestaat uit tien items en meet stabiele individuele verschillen in narcistische persoonlijkheidstrekken. De vragenlijst bestaat uit tien stellingen en is geschikt voor kinderen en adolescenten. De CNS is intern consistent en valide bevonden (Thomaes et al., 2008).

### **Demografische gegevens**

Voor de demografische gegevens is voor dit onderzoek een vragenlijst ontwikkeld. Deze vraagt onder andere naar het geboorteland van kind, vader en moeder, ouderkenmerken, gezinssamenstelling, zittenblijven, en bij de ouders naar migratiegeschiedenis.

### **Discriminatievragenlijst**

Om ervaren discriminatie te meten wordt gevraagd of de respondent zich het afgelopen jaar gediscrimineerd heeft gevoeld om zijn huidskleur, afkomst of geloof (persoonlijke discriminatie). Ook wordt gevraagd of de respondent vindt dat mensen met zijn achtergrond worden gediscrimineerd in vier situaties; op straat, op school, in winkels en door de politie (groepsdiscriminatie) (Stevens, 2004).

### **Eén-minuut-test**

De één-minuut-test geeft een snelle niveaubepaling van de leesvaardigheid op de deelvaardigheden 'technisch lezen' en 'directe woordherkenning' (Brus & Voeten, 1979). In één minuut moet het kind zoveel mogelijk woorden van een blad oplezen. Op basis hiervan kunnen de leesvorderingen van het kind vastgesteld worden, waaruit een eventuele achterstand kan blijken. De test is geschikt voor kinderen van groep 3 tot groep 8 van de basisschool en is genormeerd voor Nederlandse

basisscholieren (Van den Bos, Lutje-Spelberg, Scheepstra & De Vries, 1994).

### **FAS; Family Affluence Scale**

In dit onderzoek worden een aantal items van de Family Affluence Scale gebruikt. De items geven een indicatie van de sociaaleconomische status van het gezin waarin het kind leeft (Boyce, Torsheim, Currie & Zambon, 2006).

### **Geloofvragenlijst**

Deze vragenlijst meet de religie van de respondent, de betekenis van het geloof voor de respondent, zijn betrokkenheid hiertoe en de praktisering van het geloof (Stevens, 2004).

### **IAT; Impliciete Associatie Test**

De Impliciete Associatie Test (Greenwald, McGhee & Schwartz, 1998) meet automatische associaties tussen concepten. In dit onderzoek worden automatische en impliciete cognities van de respondent gemeten over Nederlandse en Marokkaanse personen en over zelfwaardering.

### **Items DISC; Diagnostic Interview Schedule for Children**

In het onderzoek worden items van het onderdeel Posttraumatische stressstoornis (PTSS) uit de DISC (American Psychiatric Association, 1987; Nederlandse vertaling: Verhulst, Van der Ende, Ferdinand, & Kasius, 1997) gebruikt. De DISC is een gestructureerd interview dat de aanwezigheid van psychopathologie in kaart brengt (Fisher, Wicks, Schaffer, Piacentini & Lapkin, 1992). De DISC is ontwikkeld voor kinderen van 6 tot 17 jaar oud en is geschikt om ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek diagnoses te stellen. In dit onderzoek worden alleen enkele items gebruikt voor een indicatie van de aanwezigheid van meegemaakt trauma en PTSS symptomen.

### **Items K-SADS-PL; Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version**

In dit onderzoek is een aantal items van het onderdeel psychotische stoornissen uit de K-SADS-PL geselecteerd, om zo het vóórkomen van (pre)psychotische symptomen te meten. Het instrument bestaat uit 6 items om het bestaan van wanen te inventariseren, zoals “heb je wel eens gedacht dat je achtervolgd werd of in de gaten gehouden werd?” of “heeft iemand de macht over jouw geest of lichaam?”. Verder bestaat het uit twee items om het bestaan van hallucinaties te inventariseren, zoals “heb je wel eens stemmen gehoord die andere mensen niet konden horen?” of “heb je wel eens dingen gezien die andere mensen niet kunnen zien?”. Kinderen kunnen antwoorden met ‘nee’, ‘ja, misschien’ of ‘ja, zeker’. Indien kinderen ‘ja’ antwoorden wil dit niet zeggen dat zij een psychose hebben. In het voorstadium van een psychose kunnen er wanen of hallucinaties optreden die door de persoon zelf worden verworpen. Er is pas sprake van een psychose indien er wanen en hallucinaties optreden zonder realiteitsbesef; wanneer de persoon niet beseft dat de wanen en hallucinaties niet ‘echt’ zijn. Niet alle personen die met ‘ja’ antwoorden op een waan of hallucinatie ontwikkelen uiteindelijk een psychose, wel hebben zij hier meer kans op (Poulton et al.; 2000).

### **Kralentaak**

De neiging om snel conclusies te trekken, ‘jumping to conclusions’, kan gemeten worden met de kralentaak (Garety & Freeman, 1999; Freeman, 2007). Tijdens deze taak krijgt de proefpersoon achtereenvolgens een gekleurde kraal te zien uit één van twee niet zichtbare vazen die gevuld zijn

met twee kleuren kralen (verhouding 60:40 en 40:60). De proefpersoon moet kiezen uit welke vaas de kralen afkomstig zijn of hij/zij vraagt om nog een kraal. 'Jumping to conclusions' is geassocieerd met abnormale opvattingen bij psychotische mensen en dus een kritische factor in de ontwikkeling van een psychose.

#### **K-SADS-PL; Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version**

De Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version is een semigestructureerd diagnostisch interview waarmee huidige en vorige episodes van psychiatrische stoornissen, volgens DSM-III-R en DSM-IV criteria, bij kinderen en adolescenten kunnen worden vastgesteld (Kaufman et al., 1997; Reichart, Wals & Hillegers, 2000). Het interview bestaat uit vijf onderdelen, namelijk affectieve stoornissen, psychotische stoornissen, angststoornissen, gedragsstoornissen, middelengebruik en andere stoornissen.

#### **MCSDS; Marlowe-Crowne Social Desirability Scale**

Om de neiging tot sociaal wenselijk antwoorden van de ouders te meten wordt de Marlowe-Crowne Social Desirability Scale gebruikt (Crowne & Marlowe, 1960). De vragenlijst bestaat uit 33 items. Voor dit onderzoek wordt een ingekorte versie van 10 items gebruikt.

#### **MSPSS; Multidimensional Scale of Perceived Social Support**

De Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988) bestaat uit drie subschalen; ervaren steun van familie, vrienden en belangrijke anderen. De psychometrische kwaliteiten van de vragenlijst zijn goed (Zimet, Powell, Farley, Werkman & Berkoff, 1990; Canty-Mitchel & Zimet, 2000).

#### **NOV; Nijmeegse Opvoedingsvragenlijst**

De Nijmeegse Opvoedingsvragenlijst (Gerris, et al., 1993) is een bewerking van de Parenting Dimensions Inventory (Gerrits, et al., 1997; Slater & Power, 1987) en de Nederlandse versie van de Parental Stress Index (De Brock, Vermulst, Gerris & Abidin, 1992; Gerris et al., 1993). In dit onderzoek zijn de subschalen affectie-expressie en autoritaire controle opgenomen (Groenendaal & Dekovic, 2000).

#### **NRI; Network of Relationship Inventory**

De Network of Relationship Inventory (Furman & Buhrmester, 1985) meet de relatie tussen kind en elke ouder, zoals ervaren door de respondent. De schaal bestaat uit drie subschalen: steun, gezag en negatieve interactie. Er wordt een ingekorte versie van 12 in plaats van 24 items gebruikt.

#### **RAVEN SPM; Raven's Standard Progressive Matrices**

De Raven's Standard Progressive Matrices is een non-verbaal screeningsinstrument om het intelligentieniveau te bepalen (Raven, Raven & Court, 2003). De test is bedoeld voor kinderen vanaf 6 jaar en volwassenen en omvat vijf reeksen van 60 opgaven die elk bestaan uit een of meer figuren. In elk item wordt gevraagd welk deel of figuur ontbreekt. Er kan worden gekozen uit zes of acht antwoordmogelijkheden. Omdat de test non-verbaal is, is deze geschikt voor personen met een niet-Nederlandse achtergrond of met taalproblemen.

### **RPQ; Reactive-Proactive aggression Questionnaire**

De Reactive-Proactive Questionnaire (Raine et al., 2003; Nederlandse vertaling: Van Domburgh & Popma, 2003) geeft een indicatie van reactief en proactief agressief gedrag. De lijst bestaat uit 23 vragen die met 'soms', 'vaak' of 'nooit' kunnen worden beantwoord. De lijst wordt door het kind ingevuld en is nog niet genormeerd voor de Nederlandse bevolking. De interne consistentie van de RPQ is goed (Raine et al., 2003).

### **RSE; Rosenberg Self Esteem scale**

De Rosenberg Self Esteem scale is een veelgebruikt instrument voor het meten van het zelfvertrouwen (Rosenberg, 1965; Rosenberg 1979). De vragenlijst bestaat uit tien stellingen, zoals "over het geheel genomen ben ik tevreden met mijzelf" of "ik heb het idee dat ik een aantal goede kwaliteiten heb". Er kan geantwoord worden in vier antwoordcategorieën; (helemaal) mee eens, (helemaal) niet mee eens.

### **SCL-90; Symptoms Checklist**

De Symptoms Checklist is een vragenlijst van 90 items om enkele veel voorkomende psychische klachten bij volwassenen uit te vragen.

### **SAHA; The Social And Health Assessment**

De Social And Health Assessment is een samengesteld zelfrapportage-instrument dat als doel heeft risicogedrag en psychopathologie bij 11 tot 18-jarigen te bevragen (Jaspers & Mussche, 2002; Ruchkin, Schwab-Stone & Vermeiren, 2004; Schwab-Stone, Chen, Greenberger, Silver, Lichtman & Voyce, 1999; Weissberg, Caplan & Harwood, 1991). Voor dit onderzoek zijn een aantal onderdelen geselecteerd, namelijk depressie, somatisatie, angst, antisociaal gedrag en risicovolle vrienden.

De vragenlijst die depressieve symptomen in kaart brengt bestaat uit 15 items, zoals "de laatste maand voelde ik me echt verdrietig" of "de laatste maand vond ik andere mensen of dingen niet meer leuk". De vragenlijst die somatisatie in kaart brengt bestaat uit 12 lichamelijke symptomen die een uiting kunnen zijn van een somatisatiestoornis, zoals "de laatste maand had ik buikpijn" of "de laatste maand had ik kwaaltjes of pijnen". De vragenlijst over angst bestaat uit 13 mogelijke symptomen, zoals "ik ga situaties die me zenuwachtig maken uit de weg" of "ik maak me zorgen over dingen die ik gedaan heb". Op de vragenlijst depressie, somatisatie en angst kan geantwoord worden met 'niet waar', 'een beetje waar' of 'zeker waar'. De drie subschalen depressie, somatisatie en angst zijn in dit onderzoek ook samengesteld als een totale emotionele problemen schaal.

De vragenlijst die antisociaal gedrag in kaart brengt bestaat uit 14 items, zoals "hoeveel keer gedurende het afgelopen jaar heb je aan een vechtpartij meegedaan?" of "hoeveel keer gedurende het afgelopen jaar heb je gestolen uit een winkel?". Deelnemers kunnen antwoorden met 0 keer, 1 keer, 2 keer, 3 of 4 keer of 5 of meer keer.

### **SDQ; Strengths and Difficulties Questionnaire**

De Strengths and Difficulties Questionnaire is een korte gedragscreeningstest voor kinderen tussen de 4 en 16 jaar oud (Goodman, 1997; Van Widenfelt, Goedhart, Treffers & Goodman, 2003). Deze vragenlijst is bedoeld om kinderen met een hoog risico op psychosociale problemen te signaleren. De SDQ meet de aanwezigheid van 12 psychosociale problemen, de sterke kanten van een kind en de invloed van psychosociale problemen op het dagelijks functioneren. De SDQ bevat 25 items, onderverdeeld in vijf subschalen: emotionele symptomen, problemen met leeftijdsgenoten,

gedragsproblemen, hyperactiviteit en pro-sociaal gedrag (van Widenfelt et al., 2003). De vijf subschalen samen vormen ene totale probleemscore. Er zijn verschillende versies van de SDQ, namelijk één voor kinderen, één voor ouders en één voor leerkrachten. Alle versies worden in dit onderzoek gebruikt. De interne consistentie van de test is voor alle versies hoog. Validiteit en onderscheid tussen scores van de verschillende informanten zijn uitgebreid in kaart gebracht (Goedhart, Treffers & Van Widenfelt, 2003).

### **Sociale wenselijkheid items**

Om de neiging tot sociaal wenselijk antwoorden van het kind te meten worden negen items van de Sociale Angst Schaal voor Kinderen (SAS-K) (Dekking, 1983) gebruikt. De SAS-K is genormeerd met een representatieve steekproef (Evers, Vliet-Mulder & Groot, 2000).

### **VISK; Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag van Kinderen**

De Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag van Kinderen is een oudervragenlijst die (milde) kenmerken van PDD (Pervasive Developmental Disorders) meet, zoals problemen in de sociale interactie en communicatie en stereotiepe gedragingen. De bekendste maar ook ernstigste stoornis uit het PDD spectrum is autisme, vandaar dat deze problemen in dit rapport autisme-achtige problemen worden genoemd. De lijst bestaat uit 49 items verdeeld over zes schalen: niet afgestemd, neiging tot terugtrekken, oriëntatie problemen, niet snappen, stereotype gedrag en angst voor veranderingen (Luteijn, Minderaa & Jackson, 2002). De zes subschalen samen vormen een totaal score. De VISK kan worden afgenomen bij ouders van kinderen van 4 tot 18 jaar oud. Er zijn normgegevens beschikbaar en de interne consistentie is hoog (Luteijn, Luteijn, Jackson, Volkmar & Minderaa, 2000).

### **YPI; Youth Psychopathic traits Inventory – Child Version**

De Youth Psychopathic traits Inventory – Child Version (YPI) is een zelfrapportage-instrument voor het meten van psychopathische trekken bij kinderen en adolescenten. In dit onderzoek wordt de verkorte versie gebruikt, deze bestaat uit 18 items verdeeld over 3 schalen, namelijk: interpersoonlijke factor (egocentrisme, manipuleren), affectieve factor (gebrek aan empathie en schuldgevoel) en een gedragsfactor (impulsiviteit en onverantwoordelijk gedrag) (Andershed, Kerr, Stattin & Levander, 2002).

### **VTH; Vragenlijst Toezicht Houden**

De Vragenlijst Toezicht Houden (Dekovic, 1996) meet de gedragscontrole van de ouders, dat wil zeggen de mate waarin ouders toezicht houden op het doen en laten van hun kind. De vragenlijst bestaat uit zes items welke door zowel ouders als kind moeten worden ingevuld.

## Bijlage 2: Aanvullende tabellen

Tabel 1: Psychische problemen (SDQ) bij Marokkaanse en Nederlandse jeugd naar sekse en leeftijdscohort, screeningsfase

	Marokkaanse jeugd (N=408)	Nederlandse jeugd (N=693)	OR
<b>SDQ</b>			
<b>Totaal – kind (%)</b>			
- jongens	10,6	7,6	-
- meisjes	8,0	10,6	-
- 9 t/m 12 jaar	9,4	10,2	-
- 13 t/m 16 jaar	9,3	8,5	-
<b>Totaal – leerkracht (%)</b>			
- jongens	18,4	14,1	-
- meisjes	7,7	4,6	-
- 9 t/m 12 jaar	7,3	5,5	-
- 13 t/m 16 jaar	<b>18,7</b>	11,7	1,9**
<b>Emotioneel – kind (%)</b>			
- jongens	11,1	7,6	-
- meisjes	12,4	<b>27,0</b>	2,7**
- 9 t/m 12 jaar	12,7	18,3	-
- 13 t/m 16 jaar	11,0	15,5	-
<b>Emotioneel – leerkracht (%)</b>			
- jongens	9,4	13,0	-
- meisjes	6,6	<b>17,9</b>	2,8**
- 9 t/m 12 jaar	5,6	<b>12,6</b>	2,5*
- 13 t/m 16 jaar	10,4	16,1	-
<b>Gedrag - kind (%)</b>			
- jongens	<b>13,0</b>	7,3	2,0*
- meisjes	<b>10,0</b>	4,5	2,2*
- 9 t/m 12 jaar	9,9	6,1	-
- 13 t/m 16 jaar	<b>12,8</b>	6,0	2,3**
<b>Gedrag - leerkracht (%)</b>			
- jongens	<b>36,3</b>	13,2	4,7**
- meisjes	<b>14,8</b>	3,9	4,5**
- 9 t/m 12 jaar	<b>17,2</b>	4,9	4,2**
- 13 t/m 16 jaar	<b>33,7</b>	10,8	5,1**
<b>ADHD – kind (%)</b>			
- jongens	3,9	<b>15,4</b>	4,4**
- meisjes	7,5	<b>15,8</b>	2,4**
- 9 t/m 12 jaar	6,1	<b>17,8</b>	3,4**
- 13 t/m 16 jaar	5,3	<b>14,7</b>	3,1**
<b>ADHD - leerkracht (%)</b>			
- jongens	<b>23,3</b>	15,5	1,8*
- meisjes	8,8	4,6	-
- 9 t/m 12 jaar	<b>15,0</b>	8,2	2,1*
- 13 t/m 16 jaar	<b>17,0</b>	11,7	1,7*

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

Tabel 2: Psychische problemen (SAHA) bij Marokkaanse en Nederlandse jeugd naar sekse en leeftijdscohort, screeningsfase

	Marokkaanse jeugd (N=408)	Nederlandse jeugd (N=693)	OR
<b>SAHA</b>			
<b>Emotioneel (%)</b>			
- jongens	<u>16,9</u>	7,9	2,3**
- meisjes	14,4	<u>26,4</u>	2,3**
- 9 t/m 12 jaar	18,8	20,8	-
- 13 t/m 16 jaar	13,2	14,3	-
<b>Depressie (%)</b>			
- jongens	<u>13,5</u>	7,3	1,9*
- meisjes	11,4	<u>23,5</u>	2,5**
- 9 t/m 12 jaar	12,7	19,3	-
- 13 t/m 16 jaar	12,3	12,7	-
<b>Somatisatie (%)</b>			
- jongens	14,0	10,5	-
- meisjes	10,4	<u>19,3</u>	2,1**
- 9 t/m 12 jaar	13,8	16,2	-
- 13 t/m 16 jaar	11,0	13,7	-
<b>Angst (%)</b>			
- jongens	15,9	10,2	-
- meisjes	20,9	26,0	-
- 9 t/m 12 jaar	23,2	18,8	-
- 13 t/m 16 jaar	14,5	16,7	-
<b>Gedrag (%)</b>			
- jongens	<u>16,9</u>	11,8	<b>1,7*</b>
- meisjes	4,0	7,4	-
- 9 t/m 12 jaar	3,9	3,6	-
- 13 t/m 16 jaar	15,9	12,3	-

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

Tabel 3: Psychotische symptomen (items K-SADS) bij Marokkaanse en Nederlandse jeugd, screeningsfase

	Marokkaanse jeugd (N=401)	Nederlandse jeugd (N=692)	OR
<b>Items K-SADS</b>			
<b>Eén of meerdere wanen (%)</b>			
- jongens	30,4	24,9	-
- meisjes	34,5	32,3	-
- 9 t/m 12 jaar	37,4	38,6	-
- 13 t/m 16 jaar	28,4	24,0	-
<b>Eén of meerdere wanen + last (%)</b>			
- jongens	<u>12,3</u>	4,7	2,5**
- meisjes	7,6	5,5	-
- 9 t/m 12 jaar	14,0	9,6	-
- 13 t/m 16 jaar	<u>6,8</u>	3,2	2,2*
<b>Auditieve en/of visuele hallucinaties (%)</b>			
- jongens	17,2	14,4	-
- meisjes	14,2	15,8	-
- 9 t/m 12 jaar	22,3	23,4	-
- 13 t/m 16 jaar	10,4	11,7	-
<b>Hallucinaties + last (%)</b>			
- jongens	5,9	4,5	-
- meisjes	2,5	3,9	-
- 9 t/m 12 jaar	5,0	7,1	-
- 13 t/m 16 jaar	3,6	3,0	-

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01



Tabel 4: Psychische problemen in de hoog- en laagrisicogroep Marokkaanse jeugd, diagnostische fase

	Hoog risico	Laag risico
<b>SDQ</b>		
<b>Totaal</b>	<b>N=66</b>	<b>N=82</b>
Ouder (%)	13,6	2,4
Kind (%)	28,8	0,0
Leerkracht (%)	40,9	0,0
<b>Emotioneel</b>	<b>N=68</b>	<b>N=83</b>
Ouder (%)	16,2	4,8
Kind (%)	26,5	0,0
Leerkracht (%)	17,6	2,4
<b>Gedrag</b>	<b>N=68</b>	<b>N=82</b>
Ouder (%)	17,6	8,5
Kind (%)	33,8	0,0
Leerkracht (%)	60,3	0,0
<b>ADHD</b>	<b>N=67</b>	<b>N=82</b>
Ouder (%)	6,0	0,0
Kind (%)	14,9	0,0
Leerkracht (%)	43,3	0,0

Tabel 5: Autismeachtige problemen in de hoog- en laagrisicogroep Marokkaanse jeugd, diagnostische fase

	Hoog risico (N=69)	Laag risico (N=83)	P-waarde
<b>VISK</b>			
<b>Autismeachtige problemen (%)</b>	26,1	14,5	0.07

Tabel 6: Screenen op psychische stoornissen met SDQ zelfrapportage

<b>SDQ – zelf</b>	<b>Psychische stoornis</b>		<b>Totaal</b>	<b>PVW/NVW</b>
	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>		
<b>Ja</b>	6	14	20	0.3
<b>Nee</b>	14	118	132	0.9
<b>Totaal</b>	20	132	152	-
<b>Sens/Spec</b>	0.3	0.9	-	-

Verklaring afkortingen: PVW = Positief voorspellende waarde, NVW= Negatief voorspellende waarde, Sens = Sensitiviteit, Spec = Specificiteit.

Tabel 7: Screenen op psychische stoornissen met SDQ leerkrachtrapportage

<b>SDQ – leerkracht</b>	<b>Psychische stoornis</b>		<b>Totaal</b>	<b>PVW/NVW</b>
	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>		
<b>Ja</b>	11	16	27	0.4
<b>Nee</b>	9	115	124	0.9
<b>Totaal</b>	20	131	151	-
<b>Sens/Spec</b>	0.6	0.9	-	-

Verklaring afkortingen: PVW = Positief voorspellende waarde, NVW= Negatief voorspellende waarde, Sens = Sensitiviteit, Spec = Specificiteit.

Tabel 8: Screenen op psychische stoornissen met SDQ ouderrapportage

<b>SDQ – ouder</b>	<b>Psychische stoornis</b>		<b>Totaal</b>	<b>PVW/NVW</b>
	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>		
<b>Ja</b>	4	7	11	0.4
<b>Nee</b>	15	122	137	0.9
<b>Totaal</b>	19	129	148	-
<b>Sens/Spec</b>	0.2	0.9	-	-

Verklaring afkortingen: PVW = Positief voorspellende waarde, NVW= Negatief voorspellende waarde, Sens = Sensitiviteit, Spec = Specificiteit.