

**Kenmerken van tienermoeders
en indicaties voor therapie**

Tess Fliers, Paulien J.T. Peters

Masterthesis

Universiteit Utrecht

Abstract

Teenage motherhood is a complex issue which has a negative influence on the mother as well as her child. In this article, the characteristics of teenage mothers from the 'Moeder&Kindhuis' from LSG-Rentray in the Netherlands were studied by means of a file research. These characteristics were compared with those from recent literature about teenage mothers in general. Using the data from the file research, research was done to find out to what account teenage mothers acquire the indications to qualify for therapy and how many of them actually get it. By means of a three-way cross table, research was done to inquire how many teenage mothers from the Moeder&Kindhuis were diagnosed with a DSM-disorder, how many of them had had at least one traumatic event in the past and how many of them had undergone therapy. Results indicated that almost all teenage mothers had experienced a traumatic event in the past, about half of them were diagnosed with a DSM-disorder and less than 50 percent had had therapy. This article ends with recommendations for LSG-Rentray, other institutions that also work with teenage mothers and recommendations for future research.

Keywords: Teenage motherhood, characteristics, therapy, DSM-disorder, drastic life events

Samenvatting

Tienermoederschap is een complexe kwestie die vaak een negatieve invloed op zowel de tienermoeder als op haar kind heeft. In dit onderzoek zijn de kenmerken van de tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis van LSG-Rentray door middel van een uitgebreid dossieronderzoek in kaart gebracht en zijn de resultaten vergeleken met de kenmerken uit recente literatuur over tienermoeder in het algemeen. Met behulp van de gegevens van het dossieronderzoek is onderzocht in hoeverre de tienermoeders over de indicaties beschikken om in aanmerking te komen voor therapie en hoeveel van hen ook daadwerkelijk een therapie volgt. Hierbij is middels een drieweg kruistabel onderzocht hoeveel tienermoeders van het Moeder&Kindhuis gediagnosticeerd zijn met een DSM-stoornis, hoeveel tienermoeders minimaal één ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt in het verleden en hoeveel van hen een therapie hebben gevolgd in het Moeder&Kindhuis. Hieruit blijkt dat bijna alle tienermoeders een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt, dat ongeveer de helft een DSM-stoornis heeft, maar dat slechts minder dan de helft een therapie heeft gevolgd. Dit artikel eindigt met aanbevelingen voor LSG-Rentray,

andere jeugdzorginstellingen die met deze doelgroep te maken hebben en tot slot ook de aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

Sleutelwoorden: tienermoeder, kenmerken, therapie, DSM-stoornis, ingrijpende gebeurtenissen

Theoretische inleiding

Tienermoederschap is een complex probleem dat niet alleen een negatieve invloed kan hebben op de tienermoeder zelf, maar ook op haar kind, de rest van het gezin, jeugdzorg- en onderwijsinstellingen en de overheid (Klein, 2005). De meeste gepubliceerde onderzoeken naar tienermoeders zijn verricht in de Verenigde Staten (o.a. Klein, 2005; Kovacs, Krol, & Voti, 1994; Noll, Shenk, & Putnam, 2009; Rhule, McMahon, & Spieker, 2004; Robbers, 2008; Woodward & Fergusson, 1999). Dit komt mede doordat tienerzwangerschappen in de Verenigde Staten vaker voorkomen dan in landen zoals Nederland (Furstenberg, 1998, zoals geciteerd in Garssen, 2004). Nederland heeft echter ook te maken met tienerzwangerschappen. Zo worden er jaarlijks ongeveer 2500 baby's geboren waarvan de moeders jonger zijn dan twintig jaar (Centraal Bureau voor de Statistiek, CBS, 2008).

Uit onderzoek is gebleken dat tienermoeders verschillende negatieve gevolgen ondervinden van hun jonge moederschap. Zo hebben zij vaak geen schoolopleiding afgerond en verkeren zij over het algemeen in een slechtere financiële situatie dan hun leeftijdsgenoten of volwassen moeders (Barn & Mantovani, 2007; Corcoran, 1998; Woodward, Fergusson, & Horwood, 2001). Daarnaast is uit longitudinaal onderzoek gebleken dat niet alleen de tienermoeders, maar ook de kinderen van deze tienermoeders een aantal risico's lopen. Zo blijkt dat de kinderen van tienermoeders een grotere kans hebben om vroegtijdig te stoppen met school, werkloos te worden, ook tienerouder te worden en vaker in aanraking te kunnen komen met de politie (Barn & Mantovani, 2007; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Corcoran, 1998; Jaffee, Caspi, Moffitt, Belsky, & Silva, 2001; Klein, 2005). Tevens blijkt dat tienermoeders in vergelijking tot volwassen moeders minder sensitief en responsief reageren op hun baby's en dat hiermee de ontwikkeling van een veilige hechting belemmerd kan worden (Culp, Culp, Osofsky, & Osofsky, 1991). Een onveilige hechting kan een belemmering vormen bij het aangaan van relaties, maar kan daarnaast ook leiden tot een lagere frustratietolerantie, minder zelfwaardering en meer angst (Carr, 2009; Delfos, 2005; van der Molen, Perreijn, & van den Hout, 1997; Wicks-Nelson & Israel, 2009). Een goede behandeling gericht op het optimaliseren van de ouder-kind relatie en het opvoedingsklimaat lijkt daarom belangrijk voor het toekomstig functioneren van de tienermoeder en haar kind.

Ondanks dat een gepaste behandeling aanbeveling verdient, zijn de bestaande interventies veelal gericht op het voorkomen van tienerzwangerschappen. Interventies gericht op de

behandeling van tienermoeders en hun kinderen zijn op dit moment in zeer beperkte mate aanwezig. Onderzoek bevestigt dat hulpverlening zich in eerste instantie moet richten op preventie, zoals betere seksuele voorlichting en meer educatie over de gevolgen van een tienerzwangerschap met als doel deze zoveel mogelijk te voorkomen (de Padin et al., 2009; Records, 1993). Volgens Furstenberg (1998, zoals geciteerd in Garssen, 2004) is de pragmatische aanpak van seksuele voorlichting aan tieners in landen als Zweden en Nederland de reden dat het aantal tienerzwangerschappen de afgelopen jaren sterk is gedaald. Wanneer een tiener echter eenmaal zwanger is blijkt dat een vroege interventie erg belangrijk is (Culp et al., 1991). Vroege voorlichting en educatie over de aanstaande moederrol lijkt positieve gevolgen te hebben voor het toekomstig functioneren van het kind, zij presteren beter op school en laten minder gedragsproblemen zien (Miller, Miceli, Whitman, & Borkowski, 1996). Daarnaast is het van belang dat de interventietechnieken duidelijk en concreet zijn zodat het begrijpelijk is voor de tienermoeder. Zij leert onder andere hoe zij meer sensitief en responsief kan reageren, zodat zij een betere relatie kan opbouwen met haar kind. Tevens hebben tienermoeders baat bij ouderschapsbegeleiding waarin zij betere opvoedingsvaardigheden aanleren en deze kunnen toepassen in de opvoeding van hun kind (Cornelius et al., 2009; Dahinten, Shapka, & Willms, 2007). Het volgen van een schoolprogramma blijkt ook een belangrijk onderdeel te zijn van de behandeling van tienermoeders. De kans dat zij in de toekomst zonder hulpverlening voor haar gezin kan zorgen wordt hierdoor vergroot (Robbers, 2008). Uit onderzoek van Burke en Liston (1994, zoals geciteerd in de Ryck, 2008) blijkt echter dat de meerderheid van de tienermoeders wel behoefte heeft aan professionele hulpverlening, maar dat slechts weinig van hen ook daadwerkelijk gebruik maakt van deze hulp. De informatievoorziening voor tienermoeders is versnipperd, waardoor zij niet weten waar zij met hun hulpvragen terecht kunnen en voor welke vormen van hulpverlening zij in aanmerking komen.

Naast deze algemene hulpverlening rondom tienermoeders is er in Nederland een groep tienermoeders die ook gedragsproblemen laat zien. Met deze specifieke doelgroep, tienermoeders met gedragsproblemen en hun kinderen, zijn zeer weinig jeugdzorginstellingen bekend. Dit houdt in dat er weinig informatie bekend is over specifieke hulpverlening aan deze toch al kwetsbare doelgroep (Cassidy, Zoccolillo, & Hughes, 1996). Het Moeder&Kindhuis van LSG-Rentray is één van de weinige instellingen in Nederland die hier wel een speciale behandelgroep voor geopend heeft. Het Moeder&Kindhuis is bedoeld voor (aanstaande) moeders tussen de 14 en 23

jaar en biedt een **gestructureerde en gespecialiseerde begeleidingsomgeving** voor de tienermoeder en haar kind. De **tienermoeder** wordt **begeleid** bij haar **eigen (orthopsychiatrische) problematiek** en wordt tegelijkertijd **ondersteund** bij het **aanleren van opvoedingsvaardigheden**. De pedagogisch medewerkers geven adviezen en nemen zo min mogelijk de zorg van het kind over. De **tienermoeder** is en blijft de **hoofdropvoeder**, ook gedurende haar verblijf in het Moeder&Kindhuis. Het **einddoel** van de behandeling in het Moeder&Kindhuis is dat de **tienermoeder haar kind zoveel mogelijk zelfstandig kan opvoeden en zichzelf op adequate wijze staande kan houden in de maatschappij** (Factsheet Moeder&Kindhuis, 2010). Daar er weinig specifieke hulpverlening geboden wordt aan deze doelgroep, en het binnen de Nederlandse jeugdzorg steeds belangrijker wordt om **evidence based te gaan behandelen** (Bero et al., 1998; Diephuis, 2004; van Yperen, 2010; van Yperen & Veerman, 2008), is LSG-Rentray een **onderzoek** gestart naar de **effectiviteit van het Moeder&Kindhuis**. Het is namelijk van groot belang dat deze tienermoeders de best aansluitende behandeling krijgen die binnen de mogelijkheden van LSG-Rentray ligt. Om een zo **goed mogelijke behandeling** te kunnen bieden aan deze tienermoeders zullen **eerst de kenmerken van deze doelgroep** in kaart moeten worden gebracht (Coley & Chase-Lansdale, 1998). Pas dan kan er een optimale behandeling worden geboden die zoveel mogelijk aansluit op deze specifieke groep tienermoeders (van Yperen, 2010). **De eerste onderzoeksvraag is dan ook om na te gaan of de kenmerken van de tienermoeders van het Moeder&Kindhuis overeenkomen met de kenmerken zoals beschreven in de literatuur.**

Uit onderzoek blijkt dat **kinderen** van jonge moeders met gedragsproblemen, zelf ook vaak **gedragsproblemen** gaan ontwikkelen naarmate zij **ouder** worden (Factsheet Moeder&Kindhuis, 2010; Gillmore, Spencer, Larson, Duong Tran, & Gilchrist, 1998; Jaffee et al., 2001; Klein, 2005; Kovacs et al., 1994; de Paúl & Domenech, 2000; Woodward, et al., 2001; Noll et al., 2009). Het is daarom belangrijk om een goede behandeling te bieden om deze **transgenerationele overdracht van gedragsproblemen** te **doorbreken**, zodat zowel de tienermoeder als haar kind een zo goed mogelijke toekomst tegemoet gaan. Tevens is het belangrijk om te **voorkomen** dat bestaande **gedragsproblematiek en psychopathologie** bij de tienermoeder zich **verder ontwikkelt**. Een passende **therapie** is daarom van groot belang. Uit onderzoek van Corcoran (1998) blijkt dat **behandelprogramma's** voor tienermoeders waarin onder andere specifieke therapieën opgenomen zijn **grote effecten** boeken. Ook binnen het Moeder&Kindhuis

worden een aantal specifieke therapieën ingezet met als doel de gedragsproblematiek van de tienermoeders te verminderen. Deze gedragsproblemen kunnen een **opzichzelfstaande stoornis** zijn, geclassificeerd met behulp van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM; hierna DSM-stoornis genoemd). Hierbij valt te denken aan een oppositioneel opstandige gedragsstoornis (**ODD**) of een antisociale gedragsstoornis (**CD**). De gedragsproblemen kunnen ook ontstaan vanuit de aanwezigheid van een andere DSM-stoornis, zoals **depressie**. Daarnaast kunnen gedragsproblemen ontstaan als gevolg van het **meemaken** van een **ingrijpende gebeurtenis** zoals bijvoorbeeld seksueel misbruik of mishandeling (Carr, 2009; Spilsbury et al., 2007; Webber & Plotts, 2008; Wicks-Nelson & Israel, 2009). De verwachting is dan ook dat wanneer een tienermoeder een DSM-stoornis heeft en/of een ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt, zij op basis hiervan wordt aangemeld voor therapie. In de tweede onderzoeksvraag wordt nagegaan **hoeveel procent van de tienermoeders in het Moeder&Kindhuis, die gediagnosticeerd zijn met een DSM-stoornis of een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt, ook daadwerkelijk therapie krijgt**. Tevens wordt onderzocht of vanuit de literatuur blijkt dat deze twee variabelen een indicatie zijn voor het inzetten van therapie.

Methoden

Steekproef

De steekproef van dit onderzoek bestond uit **56 tienermoeders** die allen **opgenomen** zijn (geweest) in het **Moeder&Kindhuis** van LSG-Rentray. De **gemiddelde leeftijd** waarop een tienermoeder uit het Moeder&Kindhuis haar kind kreeg was **16,2 jaar**. **94,6%** van de tienermoeders heeft de **Nederlandse nationaliteit**, waarvan 78,6% in Nederland geboren was. De tienermoeders in het Moeder&Kindhuis hebben **ernstige gedragsproblemen**, zijn soms licht verstandelijk gehandicapt en kunnen daarnaast aan een psychische stoornis leiden. Vanwege hun eigen problematiek zijn zij **onvoldoende in staat om voor hun kind te zorgen**.

Procedure

Het onderzoek bestond uit een **dossieronderzoek** van de tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis en een **literatuurstudie**. Voor het inzien van de dossiers is toestemming verkregen van de directeur Behandeling van LSG-Rentray. Alle gegevens zijn **anoniem** verwerkt. Voordat met het dossieronderzoek gestart werd, is een lijst gemaakt van **variabelen** die uit het dossier gehaald

moesten worden. Voorbeelden van variabelen waren ‘Leeftijd waarop tienermoeder haar kind kreeg’, ‘Seksueel misbruik’ en ‘DSM diagnose op as I’. Op de lijst werd, tijdens het lezen van het dossier, per tienermoeder aangegeven wat op haar van toepassing was. Wanneer de gegevens niet gevonden werden, werd de variabele als ‘onbekend’ beschouwd. Vervolgens zijn de gegevens ingevoerd in SPSS.

Voor de literatuurstudie is de (internationale) onderzoeksliteratuur doorzocht vanaf 1990 tot 2010. De volgende internationale databases zijn hierbij gebruikt: PsycINFO, Eric en Google Scholar. Voor de Nederlandse studies is gebruik gemaakt van Picarta en de databank Nederlands Onderzoek Jeugd en Opvoeding. In eerste instantie is een aantal boeken bestudeerd en is gezocht naar studies van 1990 tot 2010 om de stand van zaken in de literatuur in beeld te krijgen. Met behulp van de sneeuwbalmethode is vervolgens gezocht naar relevante literatuur in de referenties van de gevonden artikelen en boeken. Hierbij is gebruik gemaakt van (combinaties van) de volgende Engelse zoektermen:

- Teenage pregnancy, adolescent mothers, teenage childbearing, teenage mothers, teenage fathers, teenage motherhood, adolescent fertility, school-age pregnancy, young mothers
- Behavioral problems, problem behavior, risk factors, psychopathology, conduct disorder, disruptive behavior, externalizing, CD, ODD
- Mother infant interactions, intergenerational transmission, baby, outcome
- Sexual abuse, life events, neglect, traumatic events, PTSD
- Intervention program, treatment, school-based program

In de Nederlandse databases is gezocht met (combinaties van) de volgende Nederlandse zoektermen:

- Tienermoeder(s), tienerzwangerschap
- Risicofactoren, gedragsproblemen, stoornis, psychopathologie
- Transgenerationele overdracht, moeder-kind interactie, gevolgen
- Traumatische ervaringen, seksueel misbruik, ingrijpende gebeurtenissen
- Interventies, behandelprogramma's

In totaal zijn er ongeveer 200 artikelen gevonden en bestudeerd. Hiervan is een selectie gemaakt op basis van de gestelde onderzoeksvragen. In dit onderzoek wordt naar een honderdtal van deze artikelen gerefereerd.

Onderzoeksvragen

1. Wat zijn de kenmerken van de tienermoeders die in het Moeder&Kindhuis van LSG-Rentray opgenomen zijn (geweest) en waarin verschillen deze van kenmerken van tienermoeders, zoals gevonden in de literatuur?

Kenmerken kunnen hierbij breed gezien worden. Het gaat hierbij zowel om persoonlijke kenmerken als om kenmerken van de omgeving. Met het Moeder&Kindhuis wordt de steekproef van dit onderzoek bedoeld (N=56). Deze onderzoeksvraag bestaat uit twee delen, die elk op een verschillende manier zijn beantwoord. Er is gebruik gemaakt van empirisch onderzoek en een literatuurstudie.

Het eerste gedeelte van de onderzoeksvraag werd beantwoord door middel van het dossieronderzoek. De variabelen zijn onderverdeeld in een aantal onderwerpen. Ten eerste persoonlijke kenmerken, zoals leeftijd, nationaliteit en DSM-stoornis. Ten tweede het verleden, dit zijn gebeurtenissen in het leven van de tienermoeder tot opname in het Moeder&Kindhuis, zoals ingrijpende gebeurtenissen en samenstelling van het gezin van herkomst. Ten slotte het toekomstbeeld gerekend vanaf het moment van opname in het Moeder&Kindhuis, zoals eventuele therapieën die de tienermoeders gevolgd hebben gedurende hun verblijf in het Moeder&Kindhuis, waar de tienermoeders na hun verblijf op het Moeder&Kindhuis zijn geplaatst en welke opleiding de tienermoeder volgt of welk werk zij nu doet.

Het tweede gedeelte van de onderzoeksvraag werd beantwoord door middel van een literatuurstudie. Er werd gezocht naar literatuur en onderzoek over de kenmerken van tienermoeders internationaal, maar ook voor Nederland. Hierbij zijn dezelfde kenmerken aangehouden als bij het empirisch onderzoek, zodat deze later met elkaar vergeleken kunnen worden. Bij deze onderzoeksvraag worden de resultaten van het empirisch onderzoek en de literatuurstudie per variabele beschreven. Zodoende worden eventuele verschillen duidelijk tussen de in dit onderzoek gebruikte steekproef en de literatuur.

2. Hoeveel procent van de tienermoeders in het Moeder&Kindhuis die gediagnosticeerd zijn met een DSM-stoornis of die een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt krijgt een therapie? En blijkt uit literatuuronderzoek dat deze twee variabelen een indicatie zijn voor het inzetten van therapie?

Therapie werd hier gezien als een specifieke behandelmethode die ingezet kan worden binnen het Moeder&Kindhuis. Hiertoe behoorden cognitieve gedragstherapie, systeemtherapie, muziektherapie, agressieregulatie training, paardrijtherapie, beeldende (creatieve) therapie, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) en zelfstandigheidstraining. Een DSM-stoornis is een psychische stoornis, gediagnosticeerd door middel van het voldoen aan voldoende criteria voor een bepaalde stoornis in het DSM handboek (American Psychological Association, 1994). Onder een ingrijpende gebeurtenis werd verstaan: verschillende vormen van seksueel misbruik, fysieke en emotionele mishandeling, verwaarlozing, scheiding van ouders en overlijden van een dierbare naaste persoon. Ook deze onderzoeksvraag bestaat uit twee delen, die elk op een verschillende manier zijn beantwoord. Er is wederom gebruik gemaakt van empirisch onderzoek en een literatuurstudie.

Het eerste gedeelte van de onderzoeksvraag werd beantwoord door middel van het dossieronderzoek. De onafhankelijke variabelen binnen deze vraag waren: ‘Sprake van een DSM diagnose’ en ‘Sprake van een ingrijpende gebeurtenis’. De afhankelijke variabele was ‘Sprake van een therapie’. De onderzoeksvraag werd uitgewerkt door middel van een drieweg kruistabel waarbij ‘Sprake van een ingrijpende gebeurtenis’ en ‘Sprake van een DSM stoornis’ afgezet werden tegen ‘Sprake van een therapie’. Door middel van een Chi-kwadraat toets kon worden beoordeeld of de gevonden combinaties van variabelen significant waren. Een combinatie was significant wanneer $p \leq .05$. Door middel van een Cramers-V kon gekeken worden naar de effectgrootte, oftewel de sterkte van de relatie.

Het tweede gedeelte van de onderzoeksvraag werd beantwoord door middel van een literatuurstudie. Er is gezocht naar onderzoeken in de literatuur die weergaven of de aanwezigheid van een DSM stoornis of een ingrijpende gebeurtenis in het verleden een indicatie vormen voor het inzetten van een therapie. In de literatuurstudie werd niet specifiek gezocht op één therapievorm, maar werden alle gevonden therapieën meegenomen bij de beantwoording van deze onderzoeksvraag.

Resultaten

De resultaten van de twee onderzoeksvragen zullen hieronder beschreven worden. Bij de beantwoording van de eerste onderzoeksvraag zijn de verschillende variabelen onderverdeeld in drie onderwerpen, waarbij zowel de resultaten van het empirisch onderzoek als van het

literatuuronderzoek per variabele besproken worden. De tweede onderzoeksvraag behandelt eerst het empirisch onderzoek en vervolgens het literatuuronderzoek.

1. Wat zijn de kenmerken van de tienermoeders die in het Moeder&Kindhuis van LSG-Rentray opgenomen zijn (geweest) en waarin verschillen deze van kenmerken van tienermoeders, zoals gevonden in de literatuur?

1.1 Persoonlijke kenmerken

Leeftijd van de tienermoeder

De **gemiddelde leeftijd** waarop een tienermoeder uit het Moeder&Kindhuis haar **kind kreeg** was **16,24 jaar** ($SD = 1,59$). **Onderzoek uit Brazilië** van de Padin en collega's (2009) bevestigt dat **tienermoeders** gemiddeld **hun kind krijgen rond** hun **zestiende jaar**. In **Nederland** zijn de meeste tienermoeders bij de geboorte van hun kind **19 jaar** (Garssen, 2008). De tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis zijn dus gemiddeld jonger dan uit de Nederlandse literatuur naar voren komt.

Leeftijd van de vader van het kind

De leeftijd van de vader tijdens de bevalling was **gemiddeld 20,72 jaar** ($SD = 4,44$). Uit de literatuur komt ook naar voren dat partners van tienermoeders over het **algemeen ouder** zijn dan partners van tieners. Daarnaast is het **verschil in leeftijd** tussen tienermoeders en hun partners **groter in vergelijking met oudere vrouwen** (Darroch, Landry, & Oslak, 1999). Uit onderzoek van Landry en Forrest (1995) blijkt dat bij 51 tot 60 procent van de Amerikaanse tienermoeders de partner minstens drie jaar ouder is. Het huidige onderzoek bevestigt deze bevinding.

Geboorteland

In totaal is **78,6% ook in Nederland** geboren. **Vier tienermoeders** zijn op de **Antillen geboren**, **één** tienermoeder in **Suriname**. **Zeven** tienermoeders zijn in een **ander land** geboren. Van de jongeren **tot 20 jaar is 23% allochtoon** (CBS, 2010). Uit onderzoek van het CBS blijkt dat er in **Nederland** een **opwaartse trend van zwangerschap onder autochtone tienermeisjes** plaatsvindt, terwijl er onder **allochtone tienermeisjes** sprake is van een **sterke afname** (Garssen, 2008). Ondanks deze ontwikkelingen is de kans van allochtone meisjes om een kind te krijgen nog steeds vele malen groter dan die van autochtone meisjes. **Zeer jonge tienermoeders** komen het vaakst voor onder **Surinaamse en Antilliaanse meisjes**. Ongeveer één op de zeven Surinaamse tienermoeders is

zestien jaar of jonger (Garssen, 2004; Garssen, 2008). Het aantal niet in Nederland geboren tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis komt overeen met het percentage allochtone tieners in Nederland.

Sociaal economische status gezin van herkomst

Van de meeste tienermoeders was onbekend wat de sociaal economische status van het gezin van herkomst was (64,3%), doordat deze informatie niet was opgenomen in de dossiers. Van de tienermoeders waarvan dit wel bekend was, kwam 35% uit een gezin zonder inkomen. De ouders van 40% van de tienermoeders hadden werk met een lager inkomen, 20% hadden een gemiddeld inkomen en slechts één tienermoeder kwam uit een gezin waarbij de ouders een hoger inkomen hadden.

Uit onderzoek blijkt ook dat tienermoeders vaak een lage sociaal-economische status hebben (Figueiredo, Bifulco, Pacheco, Costa, & Magarinho, 2006; Hobcraft & Kiernan, 2001). Daarnaast blijkt dat het hebben van laag geschoolde ouders, het opgroeien in een achterstandsbuurt en een tekort aan opleiding- en werkmogelijkheden een verhoogd risico op tienerzwangerschappen met zich meebrengt (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Figueiredo et al., 2006; Klepinger, Lundberg, & Plotnick, 1995; Manlove, 1998; Singh, Darroch, & Frost, 2001, zoals geciteerd in Barn & Mantovani, 2007). Deze factoren hangen samen met een lage sociaal-economische status (Barn & Mantovani, 2007). Dit komt overeen met de gevonden resultaten van de tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis.

DSM-stoornis

Van alle tienermoeders had 44,6% een gediagnosticeerde DSM-stoornis op As I. Het merendeel van deze tienermoeders hadden PTSS (Posttraumatische Stresstoornis, 32%), gevolgd door ODD (20%), ADHD (16%) en een Reactieve hechtingsstoornis (eveneens 16%). Ten slotte waren er twee tienermoeders met een depressie, één met een angststoornis en één met CD.

Zo'n 15 tot 20% van de wereldbevolking is gediagnosticeerd met een klinische stoornis (Costello, Compton, Keeler, & Angold, 2003). Uit onderzoek van Meltzer, Gatward, Goodman en Ford's (2000) blijkt dat 9,5% van de Engelse kinderen een psychische stoornis heeft. Specifiek voor elf- tot vijftienjarigen is dit 11,2%. Daarnaast is onderzocht dat tienermoeders een significant hoger risico op psychopathologie hebben gedurende de eerste jaren van opvoeding

van hun kind (Cassidy et al., 1996). Tussen de 0,4 en 8,3% van de adolescenten is gediagnosticeerd met een depressieve stoornis (Costello, Egger, & Angold, 2005). Vergeleken met deze populatie worden tienermoeders veel vaker gediagnosticeerd met een depressieve stoornis (Coley & Chase-Landsdale, 1998). In de literatuur worden hiervoor verschillende percentages genoemd, oplopend van 20 tot 54 procent (Troutman & Cutrona, 1990; Wilson, 1995, zoals geciteerd in Botting, Rosato, & Wood, 1998).

Van de jongeren die blootgesteld zijn aan een traumatische ervaring ontwikkelt ongeveer éénderde een Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS; Fletcher, 2003). Uit de internationale literatuur blijkt dat PTSS een veel gestelde diagnose is bij tienermoeders (Bugental, 1993).

Zo'n 1,5 tot 2,2% van de wereldbevolking is gediagnosticeerd met CD (Canino et al., 2004), in Engeland heeft 5,3% van de kinderen tot vijftien jaar CD (Meltzer et al., 2000). Uit de literatuur blijkt dat veel tienermoeders gediagnosticeerd zijn met CD (Kessler et al., 1997; Woodward & Fergusson, 1999; Woodward et al., 2001; Zoccolillo & Rogers, 1991). Een verklaring hiervoor is het risicovolle gedrag dat bij deze stoornis hoort (Kessler et al., 1997), waarbij men kan denken aan onbeschermd geslachtsgemeenschap met zwangerschap tot gevolg.

Ook zijn veel tienermoeders in het verleden gescheiden van hun ouders en hebben zij te maken gehad met instabiel ouderschap, waardoor mogelijk kenmerken van een Reactieve Hechtingsstoornis ontstaan (Figueiredo et al., 2006).

In Amerika heeft zo'n 3 tot 7% van de schoolgaande kinderen ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder). Tienerzwangerschap wordt in verband gebracht met impulsiviteit en hierdoor met ADHD (Elster, Ketterlinus, & Lamb, 1990; Horwitz, Klerman, Kuo, & Jekel, 1991).

Ten opzichte van de normale prevalentie van DSM-stoornissen lijken beduidend meer tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis een DSM-stoornis te hebben. De literatuur over tienermoeders is eenduidig over het feit dat verschillende DSM-stoornissen bij deze doelgroep vaker voorkomen in vergelijking met de normale populatie.

1.2 Verleden

Gezinssamenstelling gezin van herkomst

De meeste tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis (41,1%) komen uit een gezin waarvan de ouders gescheiden zijn. 26,8% van de tienermoeders komt uit een eenoudergezin. Met dit laatste worden geen gezinnen met gescheiden ouders bedoeld, maar gezinnen waarvan de vader of

moeder overleden is, of waarbij de tienermoeder haar **vader of moeder nooit gekend** heeft. 7,1% woonde met een biologische ouder en een ander dan de ouder samen. 23,2% van de tienermoeders komt uit een intact biologisch gezin.

In 2009 komt 2,9% van de totale bevolking uit een eenoudergezin (CBS, 2009a). Uit de literatuur blijkt dat **tienermoeders vaak uit eenoudergezinnen komen** (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Zeck, Bjelic-Radisic, Haas, Tech, & Griemel, 2007). Hiermee worden ook tienermoeders bedoeld waarvan de ouders gescheiden zijn en ze vervolgens bij één van de ouders zijn gaan wonen. In 2003 maakten 35 000 kinderen onder de 18 jaar een scheiding van hun ouders mee. Dit is bijna 1% van alle kinderen tot 18 jaar (de Graaf, 2003). Onderzoeksresultaten tonen aan dat **meiden een verhoogde kans** hebben om **tienermoeder te worden** wanneer zij opgroeien **in een verstoord gezin of geboren worden in een gezin van gescheiden ouders** (Figueiredo et al., 2006; McLanahan & Sandefur, 1994; Records, 1993). Tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis komen, overeenkomend met de literatuur, vaak uit een eenoudergezin.

Eerdere zwangerschappen

Van de tienermoeders in het Moeder&Kindhuis is **19,7% al eerder zwanger** geweest. Van hen heeft **90,9% abortus** gepleegd (tien van de elf tienermoeders), de overgebleven tienermoeder heeft het kind gehouden. Uit onderzoek van Garssen (2004) blijkt dat **ongeveer 10% van de tienermoeders als tienermoeder haar tweede of volgende kind krijgt**. Uit onderzoek van Wijsen (2004) blijkt dat **17% van de tieners die een abortus lieten plegen al eerder zwanger** geweest is. De percentages van het Moeder&Kindhuis komen overeen met Nederlandse tieners.

Uithuisplaatsing in het verleden

In **73,3%** van de gevallen is de tienermoeder in het verleden **een keer uit huis geplaatst**. In 2001 werden zo'n 0,84% van alle kinderen uit huis geplaatst, dit is 20% van de jongeren die jeugdzorg ontvangen (Wouters, 2005). Uit onderzoek van Barn en Mantovani (2007), waaraan 55 tienermoeders deelnamen, blijkt dat al deze tienermoeders te maken hebben gehad met tenminste één uithuisplaatsing. Maar liefst 52% van de onderzochte tienermoeders hebben tussen de vijf en tien uithuisplaatsingen meegemaakt in hun jeugd. **Hieruit blijkt dat een tienermoeder in het verleden aanzienlijk vaker uit huis geplaatst is dan andere Nederlandse jongeren, en zelfs vaker dan jongeren die jeugdzorg ontvangen.**

Ingrijpende gebeurtenissen

94,6% van de tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis heeft een ingrijpende gebeurtenis meegemaakt. Hieronder vallen de variabelen 'Seksueel misbruik', 'Fysieke mishandeling', 'Emotionele mishandeling', 'Verwaarlozing', 'Echtscheiding' en 'Overlijden van dierbare naaste'. De helft van de tienermoeders heeft vaak, naast één van deze bovenstaande, een andersoortige ingrijpende gebeurtenis meegemaakt. Hieronder viel onder andere het getuige zijn van huiselijk geweld, mishandeling of moord. Naar ingrijpende gebeurtenissen is veel wetenschappelijk onderzoek verricht welke bevestigt dat tienermoeders hier vaak mee te maken hebben gehad (o.a. Beitchman et al., 1992; Boyner & Fine, 1992; Bugentall, 1993; Butler & Burton, 1990; Briere, Smiljanich, & Henschel, 1994; Moore, Morrison, & Gleib, 1995), zowel in vergelijking met andere tieners als met volwassen moeders (Cinq-Mars, Wright, Cyr, & McDuff, 2003). In totaal krijgt zo'n 3% van de Nederlandse kinderen tot 17 jaar te maken met een vorm van mishandeling (van IJzendoorn et al., 2007).

Van de tienermoeders in het Moeder&Kindhuis heeft 41,4% in het verleden seksueel misbruik meegemaakt. Van hen is 35% verkracht. De dader was in de meeste gevallen een bekende boven de achttien jaar en in veel gevallen was de tienermoeder in het verleden meerdere malen verkracht. 30% van de tienermoeders die seksueel misbruik heeft meegemaakt is in het verleden aangerand, de meeste van hen door een bekende boven de achttien jaar. Bij 30% van de tienermoeders is in het verleden sprake geweest van incest, in veruit de meeste gevallen door een familielid van boven de achttien jaar. Uit de literatuur komt naar voren dat meiden die te maken hebben gehad met seksueel misbruik later een grotere kans hebben om tienermoeder te worden (Butler & Burton, 1990; Boyner & Fine, 1992; Cinq-Mars et al., 2003; Herrenkohl, Herrenkohl, Egolf, & Russo, 1998; Mason, Zimmerman, & Evans, 1998; Moore et al., 1995; Noll et al., 2009). Uit onderzoek van Boyner en Fine (1992) onder 535 Amerikaanse vrouwen die als adolescent zwanger zijn geweest, blijkt dat tweederde hiervan seksueel misbruikt is. 4,4% van alle gevallen van mishandeling bij kinderen tot 17 jaar in 2005 was seksueel misbruik (van IJzendoorn et al., 2007).

58,9% van de tienermoeders in het Moeder&Kindhuis heeft in het verleden te maken gehad met fysieke mishandeling. Bij de meesten van hen ging het om meerdere personen, meestal door een familielid boven de achttien jaar. Van de tienermoeders in het Moeder&Kindhuis heeft 41,1% te maken gehad met emotionele mishandeling. Bij de meesten ging het om een familielid

van boven de achttien. 32,1% van de tienermoeders heeft te maken gehad met verwaarlozing. Uit onderzoek bij 92 tienermoeders blijkt dat 94% van hen in hun jeugd te maken heeft gehad met fysieke mishandeling en verwaarlozing (Herrenkohl et al., 1998; Mason et al., 1998). Uit de literatuurstudie zijn geen onderzoeken gevonden die een eventueel verband beschrijven tussen emotionele mishandeling en tienerzwangerschap. Wanneer gekeken wordt naar mishandeling bij tieners in het algemeen, gaat het in 29,5% van de gevallen om fysieke of emotionele mishandeling en in 56,1% van de gevallen om een vorm van verwaarlozing (van IJzendoorn et al., 2007).

Bij 41,1% van de tienermoeders zijn de ouders gescheiden. Voor literatuur op dit gebied wordt verwezen naar de variabele 'Gezinssamenstelling gezin van herkomst'. Bij 21,4% van de tienermoeders is een dierbare naaste overleden, 7,1% van de tienermoeders heeft meerdere naasten verloren. Uit onderzoek blijkt dat jonge meiden die een naaste verloren hebben, zoals een familielid of vriend, een grotere kans hebben om als tiener zwanger te raken (Morgan, Chapar, & Fisher, 1995; Records, 1993).

Concluderend kan gesteld worden dat tienermoeders vaker ingrijpende gebeurtenissen meemaken dan andere groepen. Dit komt overeen met de tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis, omdat 94,6% van hen een ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt.

Contact met Justitie

In totaal is 48,2% van de tienermoeders in aanraking gekomen met Justitie. De meeste van deze tienermoeders (40,7%) zijn meerdere malen met Justitie in aanraking gekomen. Het merendeel van de tienermoeders hebben een vermogensdelict of een geweldsdelict gepleegd (beide 25,9%). Twee tienermoeders (7,4%) zijn in aanraking gekomen met Justitie voor vernieling. In totaal zijn 12 532 minderjarige vrouwen in 2007 verhoord door de politie. Dit is ongeveer 0,7% van alle minderjarige vrouwen (CBS, 2007). Uit onderzoek van Hobcraft (1998) blijkt dat tienerouders in het verleden relatief vaker in aanraking zijn geweest met justitie dan leeftijdsgenoten die geen tienerouder zijn. Uit de literatuur wordt niet duidelijk hoe vaak tienermoeders in aanraking komen met Justitie.

1.3 Toekomst

School en werk

Wat school betreft hebben de meeste tienermoeders (42,9%) in het verleden een Vmbo opleiding gevolgd, maar zijn hiermee gestopt. 39,9% van de tienermoeders is bezig met een Vmbo opleiding. Twee tienermoeders (3,6%) zijn bezig met de Havo. 14,3% van de tienermoeders heeft een diploma behaald, in alle gevallen een Vmbo diploma. Volgens de laatste informatie uit de dossiers van in totaal 31 tienermoeders is 25,8% van hen bezig met een voltijd opleiding. 32,3 % is bezig met een deeltijdopleiding. Eén tienermoeder (3,2%) werkt fulltime, drie tienermoeders (9,7%) werken parttime. Twee tienermoeders (6,5%) gaan deeltijd naar school en werken parttime. 35,5% van de tienermoeders heeft geen werk en gaat ook niet naar school.

In 2009 is 17,4% van de vrouwen tot 20 jaar werkloos (CBS, 2009b). Tienerzwangerschappen komen volgens onderzoek meer voor onder meisjes van een lager opleidingsniveau (Loermans, 2007; Rigter, 2002). Volgens Barn en Mantovani (2007) is 74% van de tienermoeders werkloos en is ruim tweevijfde van de tienermoeders voor hun zestiende gestopt met school. Uit onderzoek naar een groep van 38 tienermoeders door de Ryck (2008) blijkt dat éénderde van hen niet (meer) studeert of werkt. Één vierde van de tienermoeders werkt, de overigen gaan naar school. Sommige tienermoeders behalen hogere schoolresultaten, nadat zij een kind hebben gekregen (Zeck et al., 2007). Maar tienermoederschap heeft vooral een negatief effect op de schoolloopbaan, tienermoeders haken sneller af op school (Coley & Chase-Lansdale, 1998; Gullotta, 1993; Herrenkohl et al., 1998; Hofferth, Reid, & Mott, 2001; Loermans, 2007) en daarnaast wordt de kans op werkloosheid aanzienlijk vergroot (Phoenix, 1991).

Tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis hebben, overeenkomend met de literatuur, een laag opleidingsniveau. Er gaan echter meer tienermoeders naar school en er hebben meer tienermoeders hun diploma behaald dan op basis van de literatuur verwacht zou worden.

Therapie en training

In 41,1% van de gevallen kreeg de tienermoeder in het Moeder&Kindhuis een gerichte therapie of training (hierna therapie genoemd). In de meeste gevallen (52,2%) was dit EMDR. Verder werd Cognitieve gedragstherapie (21,7%), Agressieregulatie training (8,7%), Systeemtherapie (13%) en zelfstandigheidstraining (4,3%) ingezet.

Uit onderzoek van Burke en Liston (1994, zoals geciteerd in de Ryck, 2008) blijkt dat de meerderheid van de tienermoeders in aanmerking komt voor hulpverlening of therapie, maar dat slechts een klein percentage hier gebruik van maakt. Veel tienermoeders weten niet waar zij met hun hulpvragen terecht kunnen en voor welke hulpverlening zij in aanmerking komen (Burke & Liston, 1994, zoals geciteerd in de Ryck, 2008; Cornelius et al., 2009). Hieruit kan geconcludeerd worden dat tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis vaker therapie krijgen dan vanuit de gevonden literatuur verwacht kon worden.

Sociaal netwerk

De meeste tienermoeders (83,9%) hadden contact met hun moeder. Van hen had 73,2% een goed contact met hun moeder, 27,7% had wel contact, maar dit contact verliep niet goed. In totaal had 62,5% van de tienermoeders contact met hun vader. 65,7% hiervan had goed contact, 34,3% had wel contact, maar dit verliep niet goed. 94,6% van de tienermoeders hadden broers of zussen. Van deze tienermoeders had 57,1% contact met hen. Van de tienermoeders die contact hadden met hun broers of zussen had 62,5% contact met al haar broers of zussen, 21,9% had contact met één of enkele broer(s) of zus(sen) en 15,6% had weinig contact met broers of zussen. Op een lijst waarop het functioneren van de tienermoeder wordt bijgehouden door groepsleiders (OpvoedingsTakenLijst, OTL), scoort bij de variabele 'Bieden van een goed sociaal netwerk' 75% van de tienermoeders een voldoende, 22,5% scoort een goed en 2,5% (één tienermoeder) scoort een onvoldoende.

Vanuit de literatuur komt naar voren dat tienermoeders vaak sociaal geïsoleerd blijken te zijn (Lawson & Rhode, 1995; Loermans, 2007). Uit onderzoek van de Ryck (2008) bij 38 Belgische tienermoeders blijkt dat de moeder en de partner de grootste bronnen van sociale steun zijn, gevolgd door vrienden en vervolgens de vader van de tienermoeder. Verder bleek uit dit onderzoek dat tienermoeders over het algemeen weinig steun ondervinden van broers en zussen. Het ging hier echter om tienermoeders die niet opgenomen waren in een (jeugdzorg)instelling. Onderzoek van Figueiredo en collega's (2006) laat echter zien dat de sociale relaties van tienermoeders niet anders zijn dan die van oudere moeders. Ten opzichte van de literatuur hebben tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis gemiddeld een beter contact met hun ouders en broers en zussen dan andere tienermoeders.

Vroege ontwikkeling van de baby

In 28 dossiers was een verslag van het kinderdagverblijf dat samenwerkt met het Moeder&Kindhuis opgenomen. Hieruit komt naar voren dat bijna **alle kinderen (89,3%) zich goed ontwikkelen**. Eén kind heeft volgens het verslag een ontwikkelingsachterstand, een ander kind heeft een achterstand op sociaal-emotioneel gebied.

Kinderen van tienermoeders hebben een grotere kans op ongelukken, gezondheidsproblemen en cognitieve problemen (Botting et al., 1998; Byrd & Weitzman, 1994; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Corcoran, 1998; Cornelius et al., 2009; Dahinten et al., 2007; Miller et al., 1996) en daarnaast op een **ontwikkelingsachterstand, schoolproblemen en gedragsproblemen** (Factsheet Moeder&Kindhuis, 2010; Jaffee et al., 2001; Klein, 2005; Kovacs et al., 1994; Shaw, Lawlor & Najman, 2006; Woodward et al., 2001; Noll et al., 2009). **De vroege ontwikkeling van baby's uit het Moeder&Kindhuis lijkt beter te verlopen dan vanuit de literatuur verwacht kon worden.**

Opvoeding van het kind

Op de OTL (OpvoedingsTakenLijst) die door de groepsleiders werd ingevuld, konden scores toegekend worden aan de variabelen 'Pedagogische bejegening' en 'Veiligheid bieden'. Van de tienermoeders scoort 22,5% een goed op de eerste variabele, 60% een voldoende en 17,5% scoort een onvoldoende. Op de tweede variabele scoort 32,5% een goed, 52,5% een voldoende en 10,0% een onvoldoende.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de **opvoedvaardigheden van tienermoeders minder ontwikkeld zijn in vergelijking met volwassen moeders** (Culp et al., 1991; Barratt & Roach, 1995). Tevens blijkt dat tienermoeders **minder interactie** hebben met hun kind, dat zij **minder speelgoed aanbieden** en **minder glimlachen** naar hun kind vergeleken met alleenstaande volwassen moeders (Barratt & Roach, 1995).

De opvoedvaardigheden van de tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis lijken beter te zijn dan wat de beschikbare literatuur naar voren komt. Het is echter gebleken dat de OTL **onvoldoende eenduidig wordt gehanteerd**, waardoor deze resultaten niet gebruikt zijn in de vergelijking met de literatuur.

2. Hoeveel procent van de tienermoeders in het Moeder&Kindhuis die gediagnosticeerd zijn met een DSM-stoornis of die een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt krijgt een therapie? En blijkt uit literatuuronderzoek dat deze twee variabelen een indicatie zijn voor het inzetten van therapie?

2.1 Empirisch onderzoek

Van alle tienermoeders had 55,4% een gediagnosticeerde DSM-stoornis. 94,6% van de tienermoeders heeft een ingrijpende gebeurtenis meegemaakt, drie tienermoeders (5,4%) hebben geen ingrijpende gebeurtenis meegemaakt. Binnen het Moeder&Kindhuis volgde in totaal 41,1% van de tienermoeders een therapie.

Wanneer de tienermoeder een therapie volgde, had zij in 69,6% van de gevallen zowel een ingrijpende gebeurtenis meegemaakt als een gediagnosticeerde DSM-stoornis. In 26,1% van de gevallen had zij alleen een ingrijpende gebeurtenis meegemaakt. Eén tienermoeder (4,3%) had alleen een DSM-stoornis en zij volgde therapie. Van de tienermoeders die geen therapie volgden, had 42,4% zowel een ingrijpende gebeurtenis meegemaakt als een gediagnosticeerde DSM-stoornis. 51,5% van de tienermoeders die geen therapie volgde had alleen een ingrijpende gebeurtenis meegemaakt. Bovenstaande percentages zijn opgenomen in tabel 1 in de bijlage. De gevonden combinaties van variabelen zijn berekend voor een tweeweg kruistabel en dus afzonderlijk berekend voor het wel en niet volgen van therapie. Beide cellen waren niet significant (wel therapie: $Chi^2 = 0,4$; $df = 1$; $p = 0,544$; geen therapie: $Chi^2 = 1,6$; $df = 1$; $p = 0,210$), doordat in meerdere cellen van de tabel minder dan vijf tienermoeders opgenomen waren. Dit was het gevolg van het feit dat bijna alle tienermoeders een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt. Om ervoor te zorgen dat in alle cellen minstens vijf tienermoeders opgenomen zouden zijn, en de kans daardoor groter werd dat het verband significant was, is er een tweeweg kruistabel gemaakt met de variabelen 'Sprake van therapie' en 'Sprake van een DSM-stoornis'. Hieruit bleek dat 54,8% van de tienermoeders die een DSM-stoornis hadden een therapie volgde. Er was sprake van een kleine samenhang tussen een DSM-stoornis en therapie bij tienermoeders ($Cramér's V = 0,312$). Dit verband was significant ($Chi^2 = 5,4$; $df = 1$; $p = 0,020$).

Deze tweeweg kruistabel werd nogmaals gemaakt, maar hier zijn alleen tienermoeders in opgenomen die een ingrijpende gebeurtenis meegemaakt hadden. Wanneer zij een DSM-stoornis hadden volgden zij in 53,3% van de gevallen een therapie. Hadden zij geen DSM-stoornis, dan volgden zij in 26,1% van de gevallen therapie. Bovenstaande percentages zijn opgenomen in

tabel 2 in de bijlage. Er was sprake van een kleine samenhang tussen een DSM-stoornis en therapie bij tienermoeders die een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt (*Cramér's V* = 0,274). Dit verband was significant ($Chi^2 = 4,0$; $df = 1$; $p = 0,046$).

2.2 Literatuuronderzoek

Door middel van de DSM-IV kan een psychische stoornis bij iemand vastgesteld worden. Kenmerkend aan dit systeem is dat voldaan moet worden aan het criterium dat de stoornis leidt tot een beperking veroorzaakt in het dagelijks leven bij de betreffende persoon, welke een indicatie is voor behandeling (Kohn, Saxena, Levav, & Saraceno, 2004). Vele onderzoeken naar de prevalentie en behoefte aan behandeling in de maatschappij worden dan ook gedaan door middel van gebruikmaking van DSM-IV classificaties (o.a. Bebbington, Marsden, & Brewin, 1997; Bijl & Ravelli, 2000; Jacobi et al., 2004).

Een in veel onderzoek aangetoonde risicofactor voor het ontwikkelen van psychische problemen is het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis (Mazure, Bruce, Maciejewski, & Jacobs, 2000; Webber & Plotts, 2008). Als gevolg hiervan kunnen belemmerende internaliserende (Kendler, Karkowski, & Prescott, 1999) en externaliserende symptomen (Gustafsson, Larsson, Nelson, & Gustafsson, 2009) ontstaan. Onderzoek toont aan dat onder andere een Posttraumatische Stresstoornis (PTSS; American Psychological Association, 2004), depressie (Mazure et al., 2000; Kendler et al., 1999), ADHD en ODD (Rydell, 2010) gevolg kunnen zijn van een ingrijpende gebeurtenis. Uit longitudinaal onderzoek van de Paúl en Domenech (2000) blijkt dat tienermoeders die als kind slachtoffer zijn geweest van lichamelijk geweld, een grotere kans hebben om later zelf hun kind te mishandelen. Deze resultaten werden al eerder gevonden door Dodge, Bates en Pettit (1990). Dit toont aan dat een ingrijpende gebeurtenis een belangrijke indicatie is om therapie te starten, zodat een mogelijke transgenerationele overdracht zoveel mogelijk voorkomen wordt. Het hoeft echter niet altijd zo te zijn dat een ingrijpende gebeurtenis psychische problemen tot gevolg heeft (Wicks-Nelson & Israel, 2009), waardoor het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis niet automatisch een indicatie is voor therapie. Daarnaast kunnen er bepaalde omstandigheden zijn waarbij het niet wenselijk is om met therapie te starten, bijvoorbeeld wanneer de draaglast hoger is dan de draagkracht (Johnson, Rasbury, & Siegel, 1997). Er zal dan eerst gewerkt moeten worden aan het vergroten van de draagkracht (ten Broeke, de Jongh, & Oppenheim, 2008). Ook speelt motivatie een belangrijke rol. Het is van belang te weten in welk stadium van motivatie de tienermoeder

zich bevindt **alvorens te besluiten of met therapie** gestart kan worden. Wanneer de **tienermoeder zich in een vroeg stadium van motivatie bevindt, is het niet wenselijk om te starten met therapie**. In de **eerste twee stadia van motivatie, voorbeschouwing en overpeinzing**, pleit Prochaska (2008) ervoor om nog **geen belangrijke beslissingen** te nemen, maar hiermee te wachten tot de stadia daarna.

Discussie

Dit onderzoek heeft de kenmerken van tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis in kaart gebracht en vergeleken met de kenmerken uit de literatuur, welke uitvoerig besproken zullen worden bij de conclusie van de eerste onderzoeksvraag. Daarnaast is gekeken naar indicaties voor therapie. Hieruit blijkt dat de meerderheid van de tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis geen therapie volgt, ondanks dat zij wel de kenmerken bezitten om hiervoor geïndiceerd te zijn.

Eerst zullen de resultaten van de eerste onderzoeksvraag worden besproken, namelijk welke kenmerken de tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis hebben en in hoeverre deze in overeenstemming zijn met de literatuur. Vervolgens worden de resultaten van de tweede onderzoeksvraag besproken, namelijk in hoeverre de tienermoeders van het Moeder&Kindhuis de kenmerken bezitten om geïndiceerd te zijn voor therapie en deze ook daadwerkelijk volgen. Tot slot zullen de sterktes en beperkingen van dit onderzoek besproken worden. Gedurende het bespreken van de beperkingen worden er aanbevelingen gedaan voor LSG-Rentray en andere jeugdzorginstellingen die eveneens te maken hebben met de doelgroep tienermoeders met gedragsproblemen. Tevens worden er aanbevelingen gedaan voor algemeen toekomstig onderzoek.

De **volgende kenmerken komen overeen met de literatuur**. De vader van het kind is meestal ouder dan de tienermoeder. Tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis zijn meestal in Nederland geboren. De Sociaal Economische Status van het gezin van herkomst van de tienermoeder was over het algemeen laag. Het betrof daarnaast meestal een gezin met gescheiden ouders of een eenoudergezin. De meerderheid van de tienermoeders is in het verleden uit huis geplaatst. Bijna alle tienermoeders hebben in hun verleden te maken gehad met een ingrijpende gebeurtenis zoals seksueel misbruik, fysieke mishandeling, verwaarlozing, scheiding van ouders of het overlijden van een dierbare naaste. Deze resultaten impliceren dat de omstandigheden in het gezin van herkomst en het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis een belangrijke rol

spelen bij het wel of niet zwanger worden als tiener. Ongeveer de helft van de tienermoeders, beduidend meer dan de normale bevolking, had een DSM-stoornis. Hiervan was PTSS de meest voorkomende stoornis, wat mogelijk te verklaren is doordat bijna alle tienermoeders één of meerdere ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt. Wellicht hebben jongeren, en hiermee ook tienermoeders, door hun jonge leeftijd minder ontwikkelde vaardigheden om deze ingrijpende gebeurtenissen op een goede manier te verwerken in vergelijking met volwassenen (Eland, 2000).

Tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis waren gemiddeld 16 jaar toen zij hun kind kregen. Vanuit de literatuur komt echter naar voren dat de meeste tienermoeders bij de geboorte van hun kind 19 jaar zijn (Garssen, 2008). Onderzoek van Phoenix (1991) toont aan dat tienermoeders van 17 jaar en jonger vaker problemen ondervinden van hun zwangerschap dan tienermoeders van 18 jaar of ouder. Het is daarom logisch dat deze jongere tienermoeders vaker opgenomen worden in een jeugdzorginstelling. Overeenkomend met de literatuur hebben tienermoeders over het algemeen een lager opleidingsniveau (Loermans, 2007; Rigter, 2002), maar ruim de helft van de tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis is echter bezig met een opleiding of hebben een diploma behaald. Dit in tegenstelling tot de literatuur, waaruit blijkt dat de meerderheid van de tienermoeders is gestopt met school (Barn & Mantovani, 2007; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Gulotta, 1993; Herrenkohl et al., 1998; Hofferth et al., 2001; Loermans, 2007; de Ryck, 2008). Daarnaast blijkt dat bijna de helft van de tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis een therapie volgt, terwijl dit in de literatuur beduidend minder blijkt te zijn (Burke & Liston, 1994, zoals geciteerd in de Ryck, 2008; Cornelius et al., 2009). Ook blijkt uit de literatuur dat tienermoeders geen goed sociaal netwerk hebben (Lawson & Rhode, 1995; Loermans, 2007; de Ryck, 2008) en over minder ontwikkelde opvoedvaardigheden beschikken (Culp et al., 1991; Barratt et al., 1995) in vergelijking met de tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis. Bovengenoemde verschillen zijn te verklaren doordat de tienermoeders een specifieke vorm van hulpverlening krijgen in het Moeder&Kindhuis, welke onder andere bestaat uit het volgen van een opleiding, het bieden van een passende behandeling, het vergroten en versterken van hun sociale netwerk en gerichte hulpverlening om hun opvoedvaardigheden te verbeteren. De onderzoeksgroep die in de meeste literatuur gebruikt wordt bestaat uit tienermoeders die geen hulpverlening ontvangen. Hieruit blijkt dat opname in het Moeder&Kindhuis een positief effect heeft op bovengenoemde gebieden.

Een klein deel van de tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis is eerder zwanger geweest, ongeveer de helft van hen is in contact gekomen met justitie en iets minder dan de helft heeft in het verleden te maken gehad met emotionele mishandeling. Deze kenmerken gelden in ieder geval voor de tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis, maar omdat er vanuit de literatuur weinig informatie over deze kenmerken bekend is, is het onduidelijk of deze kenmerken gegeneraliseerd kunnen worden naar de gehele populatie tienermoeders.

Uit de resultaten van de tweede onderzoeksvraag blijkt dat een groot aantal van de tienermoeders die de kenmerken bezitten om geïndiceerd te zijn voor therapie, deze niet volgt. Zo hebben bijna alle tienermoeders een ingrijpende gebeurtenis meegemaakt, maar slechts 41,1% van hen volgde een therapie. Dit lage percentage is mogelijk te verklaren doordat een ingrijpende gebeurtenis niet altijd van invloed hoeft te zijn op het functioneren van de tienermoeder, waardoor niet automatisch in aanmerking komen voor therapie. Van de tienermoeders die een DSM-stoornis hadden, volgde 54,8% van hen een therapie. Een DSM-stoornis wordt alleen gesteld wanneer de persoon hierdoor belemmerd wordt in zijn of haar functioneren, wat betekent dat in theorie alle tienermoeders met een DSM-stoornis extra hulp nodig hebben, meestal in de vorm van therapie. Uit dit onderzoek blijkt echter dat ongeveer de helft van de tienermoeders met een DSM-stoornis geen therapie volgt. Een mogelijke verklaring voor het lage percentage tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis dat therapie volgt is dat sommige tienermoeders slechts een zeer korte periode op het Moeder&Kindhuis hebben verbleven. Vaak zijn zij weggelopen of doorgeplaatst, waardoor zij in deze korte periode niet zijn aangemeld voor een therapie. Daarnaast spelen de motivatie van de tienermoeder en de verhouding tussen draagkracht en draaglast een rol bij het wel of niet starten met therapie (ten Broeke et al., 2008; Johnson et al., 1997; Prochaska & DiClemente, 1983).

Dit onderzoek bevat een aantal sterke punten, maar ook een aantal beperkingen. Een sterk punt is het uitgebreide dossieronderzoek om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de kenmerken van de tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis. Bij een aantal variabelen is gebruik gemaakt van de OTL. Uit het dossieronderzoek is gebleken dat dit meetinstrument onvoldoende eenduidig wordt gehanteerd, waardoor de bijbehorende variabelen niet betrokken konden worden in de beantwoording van de onderzoeksvraag. Een specifieke aanbeveling voor het Moeder&Kindhuis is dan ook dat zij het gebruik van de OTL kritisch bekijken om zo de ontwikkeling op het gebied

van pedagogische vaardigheden van de tienermoeder meer te standaardiseren en te kunnen beoordelen in hoeverre zij vooruitgang boekt in haar behandeling. **Tevens bleek de informatie in de dossiers vaak onvolledig te zijn.** Als gevolg hiervan was het soms onduidelijk of een gebeurtenis zich niet had voorgedaan, of dat deze informatie niet was opgenomen in het dossier. **Wanneer er in een dossier geen DSM diagnose gevonden werd, was er meestal geen diagnostisch onderzoek uitgevoerd. Dit sluit echter niet uit dat er sprake kan zijn van een DSM-stoornis.** De verwachting is dan ook dat het aantal tienermoeders met een DSM-stoornis in werkelijkheid hoger kan zijn dan het aantal dat in onderzoek gevonden is. Daarnaast was er weinig informatie bekend over de ontwikkeling van het kind van de tienermoeder, terwijl dit een belangrijk aspect is in de hulpverlening aan tienermoeders en hun kinderen. Uit de literatuur blijkt namelijk dat kinderen van tienermoeders een grotere kans hebben op het ontwikkelen van een ontwikkelingsachterstand, gezondheidsproblemen, schoolproblemen en gedragsproblemen (o.a. Coley & Chase-Lansdale, 1998; Corcoran, 1998; Cornelius et al., 2009; Dahinten et al., 2007; Factsheet Moeder&Kindhuis, 2010; Jaffee et al., 2001; Klein, 2005; Woodward et al., 2001; Noll et al., 2009). **Dit onderstreept het belang voor het Moeder&Kindhuis om de ontwikkeling van het kind nauwkeurig te monitoren.** Om dit te realiseren en dossieronderzoek in de toekomst zo goed mogelijk te laten verlopen is het van belang dat jeugdzorginstellingen de dossierinformatie zo volledig mogelijk maken. Dit kan worden bewerkstelligd door bij elke tienermoeder bij binnenkomst een uitvoerig diagnostisch onderzoek af te nemen. Op deze manier wordt de problematiek van de tienermoeder duidelijk in kaart gebracht en bieden de resultaten van het diagnostisch onderzoek aangrijpingspunten voor de verdere behandeling van de tienermoeder. Tevens vormen deze uitkomsten de basis voor eventueel toekomstig effectonderzoek. Na een bepaalde periode kunnen dezelfde meetinstrumenten nogmaals worden afgenomen om inzichtelijk te maken of de problematiek van de tienermoeder is veranderd. In het kader van *evidence based practice* zou dit een volgende stap kunnen zijn voor jeugdzorginstellingen om zo de effectiviteit van de hulpverlening aan tienermoeders te onderzoeken.

Een andere beperking van dit onderzoek is de **grootte van de steekproef.** De steekproef van dit onderzoek bestond uit 56 tienermoeders, alle tienermoeders die in het Moeder&Kindhuis verblijven of hebben verbleven. De verkregen resultaten geven een beeld van de tienermoeders in het Moeder&Kindhuis, maar dienen met voorzichtigheid te worden gegeneraliseerd naar de totale doelgroep tienermoeders met gedragsproblemen. Voor toekomstig onderzoek is het daarom

belangrijk om te werken met een grotere steekproef van minimaal honderd tienermoeders, zodat de resultaten meer representatief zijn voor de totale doelgroep tienermoeders met gedragsproblemen en er betere vergelijkingen mogelijk zijn (Baarda & de Goede, 2006). Ondanks het uitvoerige literatuuronderzoek baseren de meeste onderzoeken zich op de algemene doelgroep tienermoeders. Dit terwijl de ernst van de problematiek van de tienermoeders uit het Moeder&Kindhuis zwaarder lijkt te zijn (Factsheet Moeder&Kindhuis, 2010), waardoor er meer onderzoek verricht moet worden naar tienermoeders met gedragsproblemen. Ten slotte is er in de literatuur bekend dat een goede seksuele voorlichting aan tieners de reden is dat het aantal tienerzwangerschappen is gedaald (Furstenberg, 1998, zoals geciteerd in Garssen, 2004). Het is belangrijk dat de overheid blijft investeren in deze seksuele voorlichting, zodat het aantal tienerzwangerschappen zoveel mogelijk beperkt blijft. Om versnippering van de hulpverlening aan tienermoeders tegen te gaan is het belangrijk dat er een duidelijke informatievoorziening komt waar zij terecht kunnen voor hulp (Burke & Liston, 1994, zoals geciteerd in de Ryck, 2008). Afgezien van de preventie van tienerzwangerschappen is er in de literatuur echter weinig bekend over effectieve interventies of behandelingen gericht op deze doelgroep. LSG-Rentray zal niet de enige instelling in Nederland zijn die met deze specifieke doelgroep werkt, wat inhoudt dat er waarschijnlijk meer impliciete kennis aanwezig is over de behandeling van deze tienermoeders en hun kinderen. Wanneer deze impliciete kennis wordt onderzocht op effectiviteit en expliciet wordt gemaakt, kunnen andere instellingen dit toepassen in hun behandeling. Op deze manier wordt er gebruik gemaakt van *best practice* en helpen instellingen elkaar om de hulp aan deze specifieke doelgroep te verbeteren (Diephuis, 2004). Want ondanks dat de groep tienermoeders met gedragsproblemen klein is, is het van wezenlijk belang om hen zo goed mogelijk te begeleiden zodat zij en hun kinderen een betere kans hebben op een goede toekomst.

Literatuurlijst

American Psychological Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.

Baarda, D. B., & Goede, M. P. M. de (2006). *Basisboek methoden en technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek* (4^e druk). Houten: Wolters-Noordhoff.

Barn, R., & Mantovani, N. (2007). Young mothers and the care system: contextualizing risk and vulnerability. *British Journal of Social Work*, 37, 225-243.

Barratt, M. S., & Roach, M. A. (1995). Early interactive processes: parenting by adolescent and adult single mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 97-109.

Bebbington, P. E., Marsden, L., & Brewin, C. R. (1997). The need for psychiatric treatment in the general population: the Camberwell needs for care survey. *Psychological Medicine*, 27, 821-834.

Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 16, 101-118.

Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. D., & Thomson, A. M. (1998). Getting research findings into practice. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 317, 465-468.

Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of the Netherlands mental health survey and incidence study. *American Journal of Public Health*, 90, 602-607.

Botting, B., Rosato, M., & Wood, R. (1998). *Teenage mothers and the health of their children*. Office for National Statistics. London: The Stationary Office.

Boyner, D., & Fine, D. (1992). Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. *Family Planning Perspectives*, 24, 4-11.

Lawson, A., & Rhode, D. L. (1995). *The politics of pregnancy, adolescent sexuality and public policy*. New Haven: Yale University Press.

Briere, J., Smiljanich, K., & Henschel, D. (1994). Sexual fantasies, gender, and molestation history. *Child Abuse and Neglect*, 18, 131-137.

- Broeke, E. ten, Jongh, A. de, & Oppenheim, H. (2008). *Praktijkboek EMDR*. Amsterdam: Harcourt Publishers.
- Bugental, D. B. (1993). Communication in abusive relationships. *American Behavioral Scientist*, 36, 288-308.
- Butler, J. R., & Burton, L. M. (1990). Rethinking teenage childbearing: Is sexual abuse a missing link? *Family Relations*, 39, 73-80.
- Byrd, R. S., & Weitzman, M. L. (1994). Predictors of early grade retention among children in the United States. *Pediatrics*, 93, 481-487.
- Canino, G., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bird, H. R., Bravo, M., Ramírez, R. et al. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 61, 86-93.
- Carr, A. (2009). *The handbook of child and adolescent clinical psychology*. London: Routledge.
- Cassidy, B., Zoccolillo, M., & Hughes, S. (1996). Psychopathology in adolescent mothers and its effects on mother-infant interactions: a pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 379-384.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2007). Opgehaald op 6 mei 2010 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?%20VW=T&DM=SLNL&PA=70871NED&D1=5,8&D2=1-2,10,17,24&D3=a&HD=0906171549&HDR=G1,T&STB=G2>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2008). Opgehaald op 23 april 2010 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37744NED&D1=0,5,10&D2=1-5&D3=50-58&HD=100331-1604&HDR=T,G1&STB=G2>.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2009a). Opgehaald op 4 mei 2010 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37312&D1=a&D2=a,!1-4,!6-7&HD=100529-1517&HDR=G1&STB=T>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2009b). Opgehaald op 4 mei 2010 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=71958NED&D1=9-10&D2=a&D3=1-2&D4=0-6,11,16,21,26,31,36,41,46&HD=100407-1538&HDR=G2,T&STB=G1,G3>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2010). Opgehaald op 4 mei 2010 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37325&D1=0&D2=0&D3=101-105&D4=0&D5=0-4&D6=4-14&HD=100412->

1154&HDR=T,G1,G3,G5&STB=G4,G2.

- Cinq-Mars, C., Wright, J., Cyr, M., & McDuff, P. (2003). Sexual at-risk behaviors of sexually abused adolescent girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12, 1-18.
- Coley, R. L., & Chase-Lansdale, P. L. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood. Recent evidence and future directions. *American Psychologist*, 53, 152-166.
- Corcoran, J. (1998). Consequences of adolescent pregnancy/parenting: A review of the literature. *Social Work in Health Care*, 27, 49-67.
- Cornelius, M. D., Goldschmidt, L., Willford, J. A., Leech, S. A., Larkby, C., & Day, N. L. (2009). Body size and intelligence in 6-year-olds: Are offspring of teenage mothers at risk? *Maternal Child Health Journal*, 13, 847-856.
- Costello, E. J., Compton, S. N., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Relationships between poverty and psychopathology. *Journal of the American Medical Association*, 290, 2023-2029.
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 14, 631-648.
- Culp, R. E., Culp, A. M., Osofsky, J. D., & Osofsky, H. J. (1991). Adolescent and older mothers' interaction patterns with their six-month-old infants. *Journal of Adolescence*, 14, 195-200.
- Dahinten, V. S., Shapka, J. D., & Willms, J. D. (2007). Adolescent mothers of adolescent mothers: The impact of family functioning on trajectories of development. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 195-212.
- Darroch, J. E., Landry, D. J., & Oslak, S. (1999). Age differences between sexual partners in the united states. *Family Planning Perspectives*, 31, 160-167.
- Delfos, M. F. (2005). *Ontwikkeling in vogelvlucht* (4^e druk). Amsterdam: Harcourt Book Publishers.
- Diephuis, K. (2004). *Doorbreken met kwaliteit*. Utrecht: GGZ-Nederland / MOgroep Jeugdzorg.
- Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. *Science*, 250, 1678-1683.
- Eland, J. (2000). *Kind en trauma*. Amsterdam: Pearson Assessment.
- Elster, A. B., Ketterlinus, R., & Lamb, M. E. (1990). Association between parenthood and problem behavior in a national sample of adolescents. *Pediatrics*, 85, 1044-1050.

Rentray Factsheet Moeder&Kindhuis (2010). Opgehaald op 25 april 2010 van

[http://www.rentray.nl/files-cms/File/Factsheet%20moeder&kindhuisNW\(2\).pdf](http://www.rentray.nl/files-cms/File/Factsheet%20moeder&kindhuisNW(2).pdf)

Figueiredo, B., Bifulco, A., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Teenage pregnancy, attachment style, and depression: a comparison of teenage and adult pregnant women in a Portuguese series. *Attachment and Human Development*, 8, 123-138.

Fletcher, K. E. (2003). Childhood posttraumatic stress disorder. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Ed.), *Child psychopathology* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Garssen, J. (2004). Tienermoeders, recente trends en mogelijke verklaringen. *Bevolkingstrends: Statistisch Kwartaalblad over de Demografie van Nederland*, 52, 13-22.

Garssen, J. (2008). *Sterke daling geboortecijfers niet-westerse allochtone tieners*. Centraal Bureau voor de Statistiek: Voorburg/Heerlen.

Gillmore, M. R., Spencer, M. S., Larson, N.C., Duong Tran, Q., & Gilchrist, L. D. (1998). Childbearing adolescents and problem behavior theory. *Journal of Social Service Research*, 24, 85-109.

Graaf, A. de (2003). *Scheiden: motieven, verhuisgedrag en aard van de contacten*. Centraal Bureau voor de Statistiek: Voorburg/Heerlen.

Gulotta, T. P. (1993). *Adolescent Sexuality*. London: Sage Publications.

Gustafsson, E., Larsson, I., Nelson, N., & Gustafsson, A. (2009). Sociocultural disadvantage, traumatic life events, and psychiatric symptoms in preadolescent children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79, 387-397.

Herrenkohl, E. C., Herrenkohl, R. C., Egolf, B. P., & Russo, M. J. (1998). The relationship between early maltreatment and teenage parenthood. *Journal of Adolescence*, 21, 291-303.

Hobcraft, J. (1998). Intergenerational and life-course transmission of social exclusion: influences of childhood poverty, family disruption and contact with the police. *London: London School of Economics*.

Hobcraft, J., & Kiernan, K. (2001). Childhood poverty, early motherhood and adult social exclusion. *British Journal of Sociology*, 52, 495-517.

Hofferth, S., Reid, L., & Mott, F. (2001). The effects of early childbearing on schooling over time. *Family Planning Perspectives*, 33, 259-267.

Horwitz, S. M., Klerman, L. V., Kuo, H. S., & Jekel, J. F. (1991). Intergenerational transmission of school-age parenthood. *Family Planning Perspectives*, 23, 168-177.

- IJzendoorn, M. H. van, Prinzie, P., Euser, E. M., Groeneveld, M. G., Brilleslijper-Kater, S. N., Noort-van der Linden, A. M. T., van, et al. (2007). *Kindermishandeling in Nederland anno 2005: De Nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2005)*. Leiden: Universiteit Leiden.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höltig, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German health interview and examination survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 1-15.
- Jaffee, S., Caspi, A., Moffitt, T. E., Belsky, J., & Silva, P. (2001). Why are children born to teenage mothers at risk for adverse outcomes in young adulthood? Results from a 20-year longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 13, 377-397.
- Johnson, J. H., Rasbury, W. C., & Siegel, L. J. (1997). *Approaches to child treatment: introduction to theory, research, and practice* (2nd ed.). New Jersey: Pearson.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156, 837-841.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Foster, C. L., Saunders, W. B., Stang, P. E. & Walters, E. E. (1997). Social consequences of psychiatric disorders II: teenage parenthood. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1405-1411.
- Klein, J. D. (2005). Adolescent pregnancy: current trends and issues. *Pediatrics*, 116, 281-286.
- Klepinger, D. H., Lundberg, S., & Plotnick, R. D. (1995). Adolescent fertility and the educational attainment of young women. *Family Planning Perspectives*, 27, 23-28.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 858-866.
- Kovacs, M., Krol, R. S. M., & Voti, L. (1994). Early onset psychopathology and the risk for teenage pregnancy among clinically referred girls. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 33, 106-113.
- Landry, D. J. & Forrest, J. D. (1995). How old are U.S. fathers? *Family Planning Perspectives*, 27, 159-165.
- Loermans, H. (2007). *Probleemverkenning jonge moeders in Alkmaar en Heerhugowaard*. Purmerend: PRIMO Noord-Holland.

- Manlove, J. (1998). The influence of high school dropout and school disengagement on the risk of school-age pregnancy. *Journal of Research on Adolescence*, 8, 187-220.
- Mason, W. A., Zimmerman, L., & Evans, W. (1998). Sexual and physical abuse among incarcerated youth: implications for sexual behavior, contraceptive use, and teenage pregnancy. *Journal of Child Abuse and Neglect*, 22, 987-995.
- Mazure, C. M., Bruce, M. L., Maciejewski, P. K., & Jacobs, S. C. (2000). Adverse life events and cognitive-personality characteristics in the prediction of major depression and antidepressant response. *American Journal of Psychiatry*, 157, 896-903.
- McLanahan, S., & Sandefur, G. (1994) *Growing Up with a Single Parent: What Hurts, What Helps*. Cambridge: Harvard University Press.
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., & Ford, T. (2000). *The mental health of children and adolescents in Great Britain: The report of a survey carried out in 1999 by social survey division of the office for national statistics on behalf of the department of health, the Scottish health executive and the national assembly for Wales*. London: The Stationary Office.
- Miller, C. L., Miceli, P. J., Whitman, T. L., & Borkowski, J. G. (1996). Cognitive readiness to parent and intellectual-emotional development in children of adolescent mothers. *Developmental Psychology*, 32, 533-541.
- Molen, H. T. van der, Perreijn, S., & Hout, M. A. van den (1997). *Klinische psychologie, theorieën en psychopathologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Moore, K. A., Morrison, D. R., & Gleib, D. A. (1995). Welfare and adolescent sex: The effects of family history, benefit levels, and community context. *Journal of Family and Economic Issues*, 16, 207-237.
- Morgan, C., Chapar, G. N., & Fisher, M. (1995). Psychosocial variables associated with teenage pregnancy. *Journal of Adolescence*, 30, 277-289.
- Noll, J. G., Shenk, C. E., & Putnam, K. T. (2009). Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: a meta-analytic update. *Journal of Pediatric Psychology*, 34, 366-378.
- Padin, M. F. R. de, Silva, R. S. de, Chalem, E., Mitsuhiro, S. S., Barros, M. M., Guinsburg, M., et al. (2009). Brief report: a socio-demographic profile of multiparous teenage mothers. *Journal of Adolescence*, 32, 715-721.
- Paúl, J. de, & Domenech, L. (2000). Childhood history of abuse and child abuse potential in adolescent mothers: a longitudinal study. *Journal of Child Abuse and Neglect*, 24, 701-713.

- Phoenix, A. (1991). *Young Mothers?* Cambridge: Polity Press.
- Prochaska, J. O. (2008). Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *Medical Decision Making*, 28, 845-849.
- Records, K. A. (1993). Life events of pregnant and nonpregnant adolescents. *Journal of Adolescence*, 28, 325-338.
- Rhule, M. D., McMahon, R. J., & Spieker, S. J. (2004). Relation of adolescent mothers' history of antisocial behavior to child conduct problems and social competence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 524-535.
- Rigter, N. B. (2002). *De pil? Wat zij wil. Een kwalitatief onderzoek naar ideeën over seks en anticonceptie onder Surinaamse en Antilliaanse jongens*. Amsterdam: GG&GD Cluster Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering.
- Robbers, M. L. P. (2008). The caring equation: an intervention program for teenage mothers and their male partners. *Children and Schools*, 30, 37-47.
- Ryck, L. de (2008). *Sociale steun en sociale spanning bij tienermoeders en zwangere tienermeisjes*. Unpublished doctoral dissertation, Universiteit Gent.
- Rydell, A. (2010). Family factors and children's disruptive behavior: an investigation of links between demographic characteristics, negative life events and symptoms of ODD and ADHD. *Social Psychiatric Epidemiology*, 45, 233-244.
- Shaw, M., Lawlor, D. A., & Najman, J. M. (2006). Teenage children of teenage mothers: psychological, behavioral and health outcomes from an Australian prospective longitudinal study. *Social Science and Medicine*, 62, 2526-2539.
- Spilsbury, J. C., Belliston, L., Drotar, D., Drinkard, A., Kretschmar, J., Creeden, R., et al. (2007). Clinically significant trauma symptoms and behavioral problems in a community-based sample of children exposed to domestic violence. *Journal of Family Violence*, 22, 487-499.
- Troutman, B. R., & Cutrona, C. E. (1990). Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 69-78.
- Webber, J., & Plotts, C. A. (2008). *Emotional and behavioral disorders: theory and practice* (5th edition). New Jersey: Pearson.
- Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (2009). *Abnormal child and adolescent psychology*. New Jersey: Pearson.
- Wijsen, C. (2004). *Jaarverslag landelijke abortus registratie 2003*. Amsterdam: Stichting

Samenwerkende Abortusklinieken in Nederland.

Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (1999). Early conduct problems and later risk of teenage pregnancy in girls. *Development and Psychopathology*, 11, 127-141.

Woodward, L. J., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2001). Risk factors and life processes associated with teenage pregnancy: results of a prospective study from birth to 20 years. *Journal of Marriage and the Family*, 63, 1170-1184.

Wouters, J. (2005). *Uithuisplaatsing in Nederland en Zweden: een vergelijkend onderzoek naar overwegingen in de jeugdzorg*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Yperen, T. A. van (2010). *55 vragen over effectiviteit. Antwoorden voor de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Yperen, T. A. van, & Veerman, J. W. (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.

Zeck, W., Bjelic-Radisic, V., Haas, J., & Greimel, E. (2007). Impact of adolescent pregnancy on the future life of young mothers in terms of social, familial, and educational changes. *Journal of Adolescent Health*, 41, 380-388.

Zoccolillo, M. & Rogers, K. (1991). Characteristics and outcome of hospitalized adolescent girls with conduct disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 973-81.

Bijlage 1

Tabel 1

Drieweg kruistabel 'Sprake van therapie', 'Sprake van een ingrijpende gebeurtenis' en 'Sprake van een DSM-stoornis'

Sprake van een therapie	Sprake van ingrijpende gebeurtenis	Sprake van een DSM-stoornis	
		Geen DSM	Wel DSM
Wel therapie	Wel ingrijpende gebeurtenis	26,1	69,9
	Geen ingrijpende gebeurtenis	0,0	4,3
Geen therapie	Wel ingrijpende gebeurtenis	51,5	42,4
	Geen ingrijpende gebeurtenis	6,1	0,0

Noot. De gegevens zijn percentages

Tabel 2

Kruistabel 'Sprake van therapie' en 'Sprake van een DSM-stoornis'

Sprake van therapie	Sprake van een DSM-stoornis	
	Geen DSM	Wel DSM
Wel therapie	24,0 (26,1) ^a	54,8 (53,3)
Geen therapie	76,0 (79,9)	42,5 (47,7)

Noot. De gegevens zijn percentages^a *Tussen haakjes de gegevens waarbij alleen tienermoeders die een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt zijn meegenomen*