



Universiteit Utrecht

*Competentiegerichte behandeling en de seksuele en relationele
ontwikkeling bij jongeren op de OG Heldringstichting*

Naam: Manon Apenhorst

Studentnummer: 3032361

Email: m.apenhorst@students.uu.nl

Instelling: OG Heldringstichting te Zetten

Begeleider Universiteit: M. de Wied

Begeleider Instelling: A.N. Baanders

Datum: 29-06-2010

Steekwoorden: competentiegerichte behandeling, seksuele en relationele
ontwikkeling

Abstract

The purpose of this investigation is to find out whether treatment has a significant effect on the sexual and relational development of adolescents who stay at the OGH. First, the improvement of all adolescents who stayed at the OGH is investigated, N=185. Also, the sexual and relational development between OGH adolescents and the normal population is investigated. There has been found a significant improvement of the sexual and relational development from adolescents during their stay at the OGH, but this improvement is still significant behind of the normal population. There are differences in improvement between boys/girls and different psychopathology. There has been found significant effect for girls and for adolescents with personality disorder and adolescents with ODD/CD. Boys and adolescents with ADHD and adolescents with attachment disorder also made an improvement, but this improvement is not significant. In general, the effect is average, but adolescents with personality disorder have a strong effect. It seems that treatment is responsible for the improvement.

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek is te onderzoeken of behandeling effect heeft op de seksuele en relationele ontwikkeling van jongeren op de OGH. Allereerst wordt de vooruitgang van de seksuele en relationele ontwikkeling van de jongeren op de OGH onderzocht, N=185. Tevens wordt er een vergelijking gemaakt van de seksuele en relationele ontwikkeling tussen OGH jongeren en de 'normale jongeren'. Gebleken is dat jongeren tijdens hun verblijf op de OGH een significante vooruitgang boeken op de seksuele en relationele ontwikkeling, maar dat ze bij vertrek nog altijd een significante achterstand hebben ten opzichte van de 'normale jongeren'. In de mate van vooruitgang bestaan verschillen tussen jongens/meisjes en verschillende stoornissen. Zo is de vooruitgang significant bij meisjes en bij jongeren met een persoonlijkheidsstoornis en jongeren met ODD/CD. Jongens en jongeren met ADHD en jongeren met een hechtingsstoornis boeken tevens vooruitgang maar deze vooruitgang is niet significant. Over het algemeen is de vooruitgang bij jongens/meisjes en verschillende stoornissen gemiddeld, maar jongeren met een persoonlijkheidsstoornis hebben een sterk effect. Het lijkt erop dat de vooruitgang op de seksuele en relationele ontwikkeling van jongeren op de OGH toe te schrijven is aan behandeling.

1. Introductie

Op de Ottho Gerhard Heldringstichting (OGH) verblijven adolescenten met ernstige gedrags- en veelal psychiatrische problemen. Stoornissen die voorkomen op de OGH zijn ADHD, autisme, oppositioneel opstandige gedragsstoornis, antisociale gedragsstoornis, hechtingsproblematiek, (trekken van) persoonlijkheidsstoornissen, stemmingsstoornissen en angststoornissen. Ook hebben veel jongeren op de OGH traumatische ervaringen (onder andere geestelijk, fysiek en/of seksueel misbruik), waarvoor ze behandeld moeten worden. Uit onderzoeken is gebleken dat jongeren met deze stoornissen en/of traumatische ervaringen een problematische seksuele en relationele ontwikkeling kunnen doorlopen. Echter, onderzoeken naar de seksuele en relationele ontwikkeling bij jongeren met stoornissen is gering. Het is van belang zicht te krijgen op de seksuele en relationele ontwikkeling van jongeren op de OGH. Tevens is het van belang te onderzoeken of de behandeling effect heeft op de seksuele en relationele ontwikkeling van jongeren op de OGH.

1.1 Seksuele en relationele ontwikkeling

Uit het boek van Santrock (2007), Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck en Weijnenborg (2004) en het artikel van DeLamater & Friedrich (2002) blijkt dat een persoon zich gedurende zijn hele leven, van geboorte tot dood, seksueel ontwikkelt maar dat de seksuele ontwikkeling grotendeels in de adolescentie plaatsvindt. Seksuele ontwikkeling wordt beïnvloed door biologische rijpheid, het doorlopen van fases met betrekking tot sociale aspecten in de kindertijd, adolescentie, volwassenheid en op latere leeftijd en door relaties met anderen inclusief familie, intieme partners en vrienden. Deze aspecten vormen de seksuele identiteit, seksuele attitudes en seksueel gedrag van een persoon. Bij elke fase in het leven hoort een specifieke seksuele en relationele ontwikkeling. Omdat in dit onderzoek de seksuele en

relationele ontwikkeling van adolescenten op de voorgrond staat, zal alleen de ontwikkeling in de preadolescentie en de adolescentie worden besproken.

In de preadolescentie (leeftijd van 8 tot 12 jaar) ontwikkelen kinderen het besef van het verschil tussen meisjes en jongens als aparte sekse. Ook vinden er in het begin van de puberteit (rond 11 jaar) verschillende veranderingen in het lichaam plaats. Bij meisjes begint de ontwikkeling van de secundaire geslachtskenmerken gemiddeld wat vroeger dan bij jongens. De aandacht voor het eigen lichaam en dat van anderen neemt toe. De meeste jongens (80%) en meisjes (77%) hebben op deze leeftijd wel eens seksuele fantasieën. Het geringe seksuele gedrag beperkt zich meestal nog tot (tong)zoenen en strelen. Jongens rapporteren in deze periode meer seksuele ervaringen dan meisjes en doen ook vaker aan zelfbevrediging.

In de adolescentie (van 12 tot en met 18 jaar) ontwikkelen adolescenten een seksuele identiteit. Dit houdt in dat een gevoel ontwikkeld wordt of iemand heteroseksueel, homoseksueel of biseksueel is en tot welk type personen men zich aangetrokken voelt. Ook hoort hierbij het leren omgaan met fysieke en emotionele intimiteit in relaties. Tevens worden, tijdens de adolescentie, de lustgevoelens aan het eigen lichaam duidelijker verbonden aan anderen, met een steeds sterker idee van geslachtsgemeenschap. Rond de leeftijd van 14 en 15 jaar worden de contacten met de andere sekse persoonlijker. Ook gaat het vrijen steeds een stapje verder: van het (laten) strelen van de borsten naar naakt vrijen. Net als in de preadolescentie rapporteren jongens in deze fase meer seksuele ervaringen dan meisjes. Ook masturberen jongens (68%) vaker dan meisjes (31%). Rond 16 en 17 jaar krijgen de jongeren kortdurende verkeringsrelaties, waarin vooral het vrijen verder wordt geëxploreerd. Rond 16 jaar hebben de meisjes de jongens qua seksuele ervaring ingehaald. Eén op de drie jongeren heeft dan ook ervaring met geslachtsgemeenschap. Vanaf 18 jaar krijgen jongeren vaak één of meer langer durende relaties waarin het relationele aspect meer aandacht krijgt (DeLamater &

Friedrich, 2002; Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck en Weijnenborg 2004; Santrock, 2007; Woltring, 1995). Meisjes geven andere redenen voor seksueel gedrag dan jongens. Zo geven adolescente meisjes aan dat ze vooral seksueel gedrag vertonen uit liefde. Adolescente meisjes associëren seks veelal met intimiteit en emotionaliteit. Andere redenen die adolescente meisjes aangeven voor het hebben van seks zijn: toegeven aan mannelijke druk, erop gokken dat het hebben van seks een manier is om een vriend te krijgen, nieuwsgierigheid en een seksuele drive niet gerelateerd aan liefde. Adolescente jongens geven aan veelal seks te hebben omdat ze druk voelen vanuit de vriendenkring. Zij associëren seks, meer dan adolescente meisjes, met presteren, scoren en vertoon (Santrock, 2007; Woltring, 1995).

1.2 Psychopathologie, (seksueel) misbruik en de seksuele en relationele ontwikkeling

Er zijn verschillende aspecten die invloed kunnen hebben op de seksuele en relationele ontwikkeling, waaronder psychopathologie en seksueel misbruik. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat personen met autisme meer relationele problemen vertonen dan personen zonder autisme. Personen met autisme hebben moeite met sociale interacties en ze hebben een verstoorde non-verbale en verbale communicatie (Wicks-Nelson & Israel, 2006). Deze uitkomsten worden ook gevonden in het onderzoek van Jobe en White (2007). Zij hebben onderzoek gedaan naar de relatie tussen autistische trekken en sociaal functioneren bij studenten (N=97) met een gemiddelde leeftijd van 19.4 jaar. Het onderzoek wees uit dat studenten die hoog scoorden op autistische trekken meer gevoelens van eenzaamheid en minder en kortere vriendschappen rapporteerden. Zij gaven niet zozeer de voorkeur aan alleen zijn, maar waren vaker eenzaam omdat ze een tekort aan sociale vaardigheden en begrip hebben. Opvallend was dat studenten met een hoge score op autistische trekken een langere duur van relaties rapporteerden dan studenten met een lage score op autistische trekken. Bourgondien, Reichle en Palmer (1997) hebben onderzoek gedaan naar het seksuele gedrag

van personen met autisme in een klinische setting (N=89) met een gemiddelde leeftijd van 28 jaar (variërend van 16 tot 59 jaar). Gebleken is dat masturbatie het meest voorkomende seksuele gedrag van deze volwassenen is (68%); 75% van de mannen en 23,5% vrouwen gaven aan regelmatig te masturberen. Bij ongeveer 33% was het seksuele gedrag ook gericht op andere personen zoals aanraken, knuffelen en zoenen. Eén persoon met autisme heeft aangegeven geslachtsgemeenschap te hebben gehad tijdens het verblijf op de leefgroep.

Er is meer onderzoek beschikbaar van de seksuele ontwikkeling van seksueel misbruikte kinderen. Zo hebben Nol, Trickett en Putnam (2003) longitudinaal onderzoek gedaan naar het seksuele gedrag en de seksuele activiteiten van seksueel misbruikte vrouwen (N=77) en een controlegroep van niet seksueel misbruikte vrouwen (N=89) met een gemiddelde leeftijd van 20.41 jaar. Onderzoek wees uit dat seksueel misbruikte vrouwen meer gepreoccupeerd zijn op seks, jonger zijn ten tijde van de eerste geslachtsgemeenschap, meer kans hebben om tienermoeder te worden en minder vaak voorbehoedsmiddelen gebruiken dan niet seksueel misbruikte vrouwen. Uit het onderzoek is gebleken dat seksueel misbruik door vader grotere seksuele aversie en seksuele ambivalentie tot gevolg heeft. Een literatuurstudie van Noll (2008) wees tevens uit dat seksueel misbruik in de kindertijd, vooral bij vrouwen, een vergroot risico heeft op emotionele trauma's en inter-persoonlijke problemen (zoals op jonge leeftijd de seksuele grens overtreden en seks met extreem geweld). Feiring, Simon en Cleland (2009) hebben longitudinaal onderzoek gedaan naar de seksuele ontwikkeling bij seksueel misbruikte kinderen (N=160). Onderzoek liet zien dat stigmatisatie (misbruikspecifieke schaamte en zelfverwijt) en internaliserende symptomen (posttraumatische stress en depressieve symptomen) leiden tot seksuele problemen en agressie, meer dan het seksueel misbruik op zichzelf. Tevens is gebleken dat seksueel misbruik in de jeugd het risico om later dader te worden van seksueel geweld verhoogt. Ongeveer 33% van de slachtoffers van seksueel misbruik wordt later dader van seksueel

geweld. Interne belemmeringen van seksueel geweld kunnen zijn verstoorde of afwijkende cognities en antisociale persoonlijkheidsstoornissen (Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck en Weijenborg, 2004).

Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat jongeren en volwassen met ADHD moeite hebben met het aangaan en behouden van vriendschappen en relaties omdat ze een tekort aan sociaal functioneren en competentie hebben. Ze hebben moeite met het interpreteren van sociale prikkels, het oplossen van inter-persoonlijke conflicten en het creëren van praktische oplossingen. Er is gebleken dat 60 tot 70 procent van kinderen met ADHD (jongens en meisjes) sociaal wordt afgewezen en gestigmatiseerd door hun provocatieve, agressieve en ontwrichtende gedrag (Pardos, Fernandez, Fernandez & Martin, 2009; Wicks-Nelson & Israel, 2006; Bagwell, Molina, Pelham & Hoza, 2001).

Er is weinig onderzoek beschikbaar van de seksuele ontwikkeling bij personen met ADHD. Flory, Molina, Gnagy, Gnagy en Smith (2006) hebben onderzoek gedaan bij mannen met ADHD uit de kindertijd (N=175), demografisch vergelijkbare mannen zonder ADHD uit de kindertijd (N=111) en hun seksuele gedrag. De leeftijd van de mannen varieerde tussen 18 en 26 jaar. Onderzoek wees uit dat een ernstige vorm van ADHD kan leiden tot agressief seksueel gedrag. Tevens bleek dat adolescenten met ADHD, in vergelijking met adolescenten zonder ADHD, op jongere leeftijd seksuele activiteiten en geslachtsgemeenschap hebben, meer seksuele partners hebben, meer seksueel gedrag zonder relatie vertonen en infrequent condooms gebruiken met als gevolg meer zwangerschappen bij partner.

Onderzoek naar de seksuele ontwikkeling bij jongeren met een antisociale gedragsstoornis (gedrag zoals stelen, liegen, bedreigen, verbale agressie, fysieke agressie) liet hetzelfde zien (Bryan & Stallings, 2002). In dit onderzoek werden adolescenten jongens in behandeling voor drugsgebruik en delinquentie (N=200) vergeleken met een gezonde controlegroep uit de gemeenschap (N=200). Dit onderzoek liet zien dat adolescenten met een

hoge score op externaliserend probleemgedrag meer risicovol seksueel gedrag vertonen zoals meer seksuele activiteit, jongere leeftijd van eerste geslachtsgemeenschap, een hoger aantal seksuele partners, minder gebruik van condooms zodat vaker seksueel overdraagbare aandoeningen en ongeplande zwangerschappen voorkomen. Personen met een antisociale gedragsstoornis hebben tevens meer kans op relationele problemen dan personen zonder antisociale gedragsstoornis. Zij worden vaker afgewezen door anderen. Door de afwijzing voelen ze zich vaak eenzaam, geïsoleerd, angstig en depressief (Wicks-Nelson & Israel, 2006).

Er zijn aanwijzingen dat hechtingsproblemen tevens effect hebben op de seksuele en relationele ontwikkeling. Het onderzoek van DeLamater & Friedrich (2002) wees uit dat de kwaliteit van de relatie met ouders effect heeft op de seksuele en emotionele relaties van het kind op latere leeftijd. Een veilige en stabiele hechtingsrelatie met ouders heeft een positieve emotionele gehechtheid in de volwassenheid tot gevolg. Een veilige en stabiele hechtingsrelatie houdt onder andere positief fysiek contact met ouders in. Feeney, Peterson, Gallois en Terry (2000) hebben onderzoek gedaan naar de hechtingsrelatie en het seksueel gedrag bij heteroseksuele studenten (N=470) met een gemiddelde leeftijd van 18.38 jaar. Het onderzoek wees uit dat een onveilige hechtingsrelatie een indicator is voor seksueel gedrag op jongere leeftijd en een hoger aantal seksuele partners dan adolescenten met een veilige hechtingsrelatie. Tevens rapporteerden angstig gehechte adolescenten vaker onveilige seks dan veilig gehechte adolescenten. Adolescenten die veilig gehecht zijn verbinden seksualiteit vaker aan intimiteit en hebben daardoor minder one-night stands en gaan minder vaak vreemd dan adolescenten die onveilig gehecht zijn. Er bestaan tevens verschillen tussen jongens en meisjes met betrekking tot gehechtheid en seksueel gedrag. Zo blijken meisjes die angstig/ambivalent gehecht zijn geïnteresseerd in extreem seksueel gedrag zoals voyeurisme en exhibitionisme en zijn jongens die angstig/ambivalent gehecht zijn meer terughoudend op

seksueel gebied (Feeney, Peterson, Gallois & Terry, 2000; Ward, Hudson, Marshall & Siegert; 1995).

1.3 De Ottho Gerhard Heldringstichting

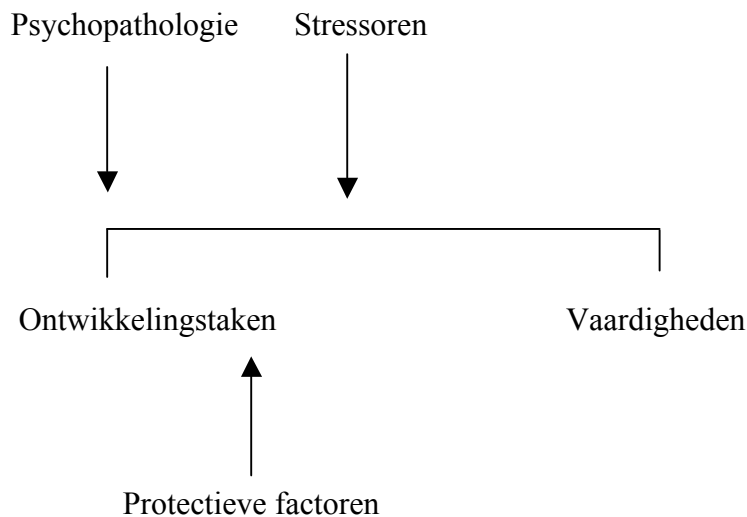
De Ottho Gerhard Heldringstichting (OGH) is een particuliere instelling voor behandeling van orthopsychiatrische jongeren (en hun ouders). De populatie bestaat uit jongeren die onder toezicht zijn gesteld en/of voogdij opgelegd hebben gekregen. Tevens kunnen de jongeren vrijwillig op de OGH geplaatst worden. De OGH biedt plaats aan 151 jongens en meisjes. De jongeren hebben een normale begaafdheid en zijn tussen de 12 en 18 jaar oud. Het verblijf kan een kortdurende gesloten of beveiligde behandeling zijn, maar ook een besloten of beperkt beveiligde behandeling voor langere tijd. De OGH is niet toegerust om jongeren met een lichamelijke of verstandelijke beperking op te vangen en te begeleiden. De jongeren die op de OGH wonen, komen vaak uit een problematische opvoedingssituatie. Dat kan betekenen dat zij al vroeg in hun ontwikkeling zijn geremd, maar het kan ook zijn dat een jongere kwetsbaar is of dat de ouders zelf problemen hebben.

De doelgroep van de OGH wordt gevormd door jongeren met ernstige ontwikkelings- en/of psychiatrische stoornissen, waarbij veelal sprake is van meervoudige problemen. Hun persoonlijkheidsontwikkeling is ernstig verstoord. De zwaarte en complexiteit van deze problematiek maakt het noodzakelijk dat deze jongeren intensief behandeld en opgevoed moeten worden. Jongeren op de OGH hebben psychopathologie en hiervoor dienen de jongeren behandeld te worden. Door hun problemen hebben de jongeren grote belemmeringen in het sociaal functioneren, waardoor zij onvoldoende kunnen profiteren van opvoeding, scholing en hulpverlening. De behandeling op de OGH richt zich op het realiseren van een zo gunstig mogelijke persoonlijkheidsontwikkeling en de risico's en problemen die gepaard gaan met de aanwezige ontwikkelings- en/of psychiatrische problemen te verminderen. De OGH

leert de jongeren om te gaan met hun beperking en zo goed mogelijk gebruik te maken van hun mogelijkheden. Omdat deze jongeren de neiging hebben om zich aan de benodigde behandeling te onttrekken is een aanpak geboden waarbij zij in hun bewegingsvrijheid worden beperkt en gedwongen worden om aan hun behandeling mee te werken (behandeling onder ‘drang en dwang’) (Opgehelderd, 2007, www.ogheldring.nl).

1.4 Competentiemethodiek-plus

Het behandelprogramma op de OGH wordt de ‘competentiemethodiek-plus’ genoemd. De basisbehandeling (op de leefgroep) is gebaseerd op de principes van het sociaal competentie-model. Het sociaal competentie-model gaat ervan uit dat competentie ontstaat uit een balans tussen ontwikkelingstaken en vaardigheden. Een jongere is competent als hij door middel van zijn vaardigheden de ontwikkelingstaken aankan. Er zijn echter factoren die van invloed (kunnen) zijn op de ontwikkelingstaken, namelijk psychopathologie (stoornissen), stressoren en protectieve factoren. De ontwikkelingstaken zijn moeilijker te vervullen wanneer er bij de jongere sprake is van een stoornis. Stressoren hebben tevens een negatieve invloed op de balans tussen ontwikkelingstaken en vaardigheden. Daarentegen hebben protectieve factoren een positieve invloed op de balans tussen ontwikkelingstaken en vaardigheden. Onder protectieve factoren verstaan we aspecten in de omgeving en eigenschappen van de jongeren die hen kunnen beschermen tegen de invloed van stressoren en die bepaalde uitingen van psychopathologie kunnen verzachten (zie figuur 1).



Figuur 1: sociaal competentiemodel

De interventies die worden gebruikt bij competentiegerichte hulpverlening richten zich op het verminderen van probleemgedrag, het vergroten van vaardigheden, het verlichten of verrijken van taken, het versterken van protectieve factoren en het verminderen van (de invloed van) stressoren en psychopathologie. Voor de behandeling van ontwikkelings- en of psychiatrische stoornissen biedt de OGH aanvullende specifieke behandeling vanuit meerdere disciplines (de ‘plus’). Het gaat hierbij onder meer om: therapie met een cognitief gedragstherapeutische grondslag, vaktherapieën, psychiatrische consultatie en gezinsmaatschappelijk werk gericht op het systemisch werken. Jongeren op de OGH kunnen een tekort hebben aan vaardigheden op seksueel en relationeel gebied. De jongeren worden dan vaardigheden aangeleerd om zich op seksueel en relationeel gebied te kunnen ontwikkelen. Het aanleren van deze vaardigheden kan op de leefgroep maar ook door bijvoorbeeld vaktherapie.

Het effect van de behandeling wordt op de OGH onder andere gemeten met de vragenlijst Taken en Vaardigheden Adolescenten (TVA) (Slot & Spanjaard, 2004; Bartels, 2001; Knaap, Beenker & Bijl, 2004; Opgehelder, 2007; www.ogheldring.nl).

In dit onderzoek wordt onderzocht of de competentiegerichte behandeling effect heeft op de seksuele en relationele ontwikkeling van jongeren op de OGH. Omdat er in dit onderzoek geen gebruik kan worden gemaakt van een controlegroep kunnen geen uitspraken worden gedaan of de behandeling verantwoordelijk is voor het mogelijke effect. Als OGH jongeren een vooruitgang boeken kan wel worden aangenomen dat er een grote kans bestaat dat de behandeling verantwoordelijk is voor het mogelijke effect.

In dit onderzoek wordt allereerst een vergelijking gemaakt van de seksuele en relationele ontwikkeling van OGH jongeren met de ‘normale jongeren’. De onderzoeksvraag die hierbij opgesteld kan worden is: Is er een significant verschil tussen de seksuele en relationele ontwikkeling bij jongeren op de OGH en de normgroep? Een tweede onderzoeksvraag hierbij is: Boeken jongeren op de OGH significante vooruitgang met betrekking tot de seksuele en relationele ontwikkeling? Hierbij worden sekse en stoornis als afhankelijke variabelen meegenomen omdat uit eerder besproken onderzoeken is gebleken dat er verschillen bestaan tussen jongens/meisjes en verschillende stoornissen. Verwacht wordt dat jongeren op de OGH een significante vooruitgang boeken met betrekking tot de seksuele en relationele ontwikkeling, maar dat ze een significante achterstand hebben ten opzichte van de normgroep. Tevens wordt verwacht dat er verschillen in vooruitgang gevonden zullen worden tussen jongens/meisjes en verschillende psychopathologie. Als laatste zal de effect size berekend worden om de sterkte van het effect te meten.

2. Methode en participanten

2.1 Metingen: Taken en Vaardigheden Adolescenten (TVA)

De TVA vragenlijst is ontwikkeld om het vaardig functioneren van jongens en meisjes van 12 tot en met 21 jaar, die verblijven in een residentiële instelling, meetbaar te maken. De TVA vragenlijst bestaat uit 6 domeinen, namelijk (1) omgaan met leeftijdsgenoten, (2) autonomie

en zelfsturing, (3) school en toekomst, (4) werk en toekomst, (5) seksualiteit en relaties, (6) zelfverzorging. Ook bestaat er nog een domein overige schalen waartoe alcoholgebruik, drugsgebruik etc. toe behoort. Deze 6 domeinen zijn ontwikkeld aan de hand van de ontwikkelingstaken van Slot en Spanjaard (1999). De interne consistentie van de zes domeinen van de TVA varieert van voldoende tot goed (alpha = .75 bij domein Werk en toekomst tot alpha = .85 bij domein Seksualiteit en relaties). De validiteit van de TVA is voldoende tot goed te noemen. De mentor vult de TVA in voor de jongeren en de items worden gescoord op een vijfpuntsschaal (1=geldt helemaal niet tot 5=geldt helemaal). Gebruikelijk is dat de TVA elke zes maanden wordt ingevuld. Tevens wordt de TVA bij binnenkomst en bij vertrek ingevuld.

Omdat de onderzoeksvraag toegespitst is op seksualiteit en relaties zal dit domein verder worden uitgewerkt. Het domein seksualiteit en relaties bestaat uit 4 schalen, namelijk (1) toenaderingsgedrag (houdt de jongere bij toenaderingspogingen rekening met de grenzen die door de ander worden aangegeven en reageert hij op een adequate manier wanneer een ander een toenaderingspoging onderneemt?), (2) beeld van seks (betrekking op de houding van de jongere ten opzichte van seks(ualiteit); geeft de jongere blijk van een realistische en evenwichtige houding ten opzichte van seks en seksualiteit?), (3) respect voor de partner (gaat de jongere op een open en respectvolle manier om met zijn partner of juist niet?) en (4) grenzen in een relatie (betrekking op het bewaken van eigen grenzen in een relatie en het omgaan met de grenzen van de ander). Een hoge score op een schaal of domein betekent dat de jongere vaardig functioneert wat betreft de inhoud van de desbetreffende schaal of domein (naar het oordeel van de mentor). Lage scores betekenen dat de jongere (naar het oordeel van de mentor) minder vaardig functioneert wat betreft de inhoud van desbetreffende schaal of domein (Knaap, 2003; Knaap, Beenker & Bijl, 2004).

2.2 Procedure en dossieronderzoek

Gestart is met het analyseren van beschikbare TVA gegevens van jongeren op de OGH. De TVA wordt sinds 2004 ingevuld en er zijn op dit moment gegevens beschikbaar tot en met december 2008. Van deze periode zijn in totaal 448 dossiers beschikbaar. Omdat in het onderzoek een vergelijking wordt gemaakt van competenties (op seksueel en relationeel gebied) bij binnenkomst (begin behandeling) en vertrek (eind behandeling), zijn dossiers geselecteerd waarbij de mentor de TVA bij binnenkomst én bij vertrek heeft ingevuld. Als de TVA bij binnenkomst ontbreekt, is de TVA bij 3 maanden gebruikt als beginmeting. In totaal zijn 185 dossiers (41,3%) beschikbaar waarvan de mentor de TVA bij binnenkomst (of na 3 maanden) en bij vertrek heeft ingevuld. Hierop zijn verdere analyses uitgevoerd.

In dit onderzoek wordt het effect van de afzonderlijke schalen (met betrekking tot seksualiteit en relaties) bekeken. De TVA's worden niet altijd zorgvuldig door de mentor ingevuld waardoor gegevens van sommige jongeren op de vier schalen bij binnenkomst en bij vertrek missen, zie tabel 1.

Tabel 1: aantal jongeren waarvan de mentor de schalen met betrekking op het domein seksualiteit en relaties heeft ingevuld bij binnenkomst en bij vertrek

<i>Aantal jongeren waarvan de TVA is ingevuld door de mentor bij binnenkomst en bij vertrek</i>	
• <i>Schaal toenaderingsgedrag</i>	121
• <i>Schaal beeld van seks</i>	104
• <i>Schaal respect voor partner</i>	54
• <i>Schaal grenzen in een relatie</i>	66

Twee schalen (grenzen in relatie en respect voor partner) kunnen alleen ingevuld worden voor jongeren die een relatie hebben (gehad). Deze schalen zijn dan ook minder vaak ingevuld dan de andere twee schalen (toenaderingsgedrag en beeld van seks). Dan nog bestaat er een verschil in aantal op alle vier schalen. Een mogelijke oorzaak hiervan is dat de mentoren geen

zicht hebben op het functioneren van de jongeren op deze schaal en dus de vraag niet invullen. De mentor heeft bijvoorbeeld geen zicht op het beeld dat de jongere heeft van seks en dus vult de mentor deze schaal niet in. Om te onderzoeken of er sprake is van een selectieve respons waardoor er een kans bestaat op vertekening van de resultaten, is een vergelijking gemaakt tussen respons/non-respons. In tabel 1a in de bijlage is het aantal niet respondenten per schaal weergegeven. Hierbij zijn sekse, stoornis en leeftijd meegenomen.

Op schaal toenaderingsgedrag zijn relatief meer meisjes met non-respons. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat jongens op een meer open manier toenadering zoeken en de mentor dus een beter beeld heeft van toenaderingsgedrag van jongens dan van meisjes. Tevens is er op de schaal toenaderingsgedrag meer non-respons van jongeren met ODD/CD. Dit is niet het geval bij de overige schalen. Van jongeren < 15 jaar worden de schalen grenzen in een relatie en respect voor partner minder vaak ingevuld dan van jongeren \geq 15 jaar. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat jongere kinderen (nog) geen relatie hebben (gehad) en daardoor de mentor geen beeld heeft van de competentie op deze 2 schalen. Van jongeren met ADHD worden de schalen met betrekking tot seksualiteit en relaties het minst ingevuld. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het drukke en impulsieve gedrag van jongeren met ADHD op de voorgrond staat waardoor de mentor weinig zicht heeft op de seksuele en relationele situatie. De resultaten van de vergelijking tussen respons/non-respons zijn echter gering. Over het algemeen is er dan ook nauwelijks sprake van selectieve respons waardoor de kans op vertekening van de resultaten erg klein is.

2.3 Omschrijving onderzoeksgroep

In totaal zijn 185 dossiers gecontroleerd, 70,3% zijn meisjes (N=130) en 29,7% zijn jongens (N=55). De gemiddelde opnameleeftijd van deze groep is 15,47 jaar (SD= 1,18) en de gemiddelde vertrekleeftijd van deze groep is 16,56 jaar (SD=1,04). De gemiddelde

behandelduur is 13,27 maanden met een standaarddeviatie van 6,26. Dit komt overeen met de samenstelling van de gehele OGH populatie. Het merendeel van de jongeren is van Nederlandse afkomst (jongens: 72,7% en meisjes: 73,8%) en een klein gedeelte is van Surinaamse afkomst (jongens: 7,3% en meisjes: 5,4%). Overige landen van herkomst zijn Nederlandse Antillen, Turkije, Afrika, Marokko, Indonesië, Arabië en overige buitenlands. Zie tabel 2a in de bijlage voor een compleet overzicht. In tabel 2 is de psychopathologie per sekse weergegeven.

Tabel 2: achtergrondvariabel diagnose per sekse (N=185)

	Jongens	Meisjes	Totaal
<i>Psychopathologie</i>			
Oppositieel opstandige gedragsstoornis/gedragsstoornis	22	52	74
Persoonlijkheidsstoornis	15	32	47
Hechtingsstoornis	8	15	23
ADHD	10	8	18
Angststoornis	4	9	13
Stemmingsstoornis	5	6	11
Autisme spectrum stoornis	6	2	8
Geen stoornis	5	18	23
Onbekende diagnose	5	13	18

Uit tabel 2 is te zien dat het aantal jongeren met autisme spectrum stoornis, stemmingsstoornis en angststoornis erg klein is. Deze groepen zijn te klein om verdere analyses op uit te voeren en worden dan ook niet verder meegenomen in het onderzoek. Het onderzoek richt zich dan alleen op het effect van de behandeling bij jongeren met ODD/CD, ADHD, hechtingsstoornis en persoonlijkheidsstoornis.

Op de OGH kunnen jongeren gediagnosticeerd zijn met meer dan één stoornis. Er is dan sprake van comorbiditeit. In het onderzoek zijn jongeren met meer dan één stoornis ingedeeld in meer dan één groep. Er bestaat dus overlap tussen groepen. Bij vergelijking van het effect naar stoornis komen jongeren met comorbiditeit in beide diagnosecategorieën voor.

In Tabel 3 zijn de achtergrondvariabelen opnameleeftijd, vertrekleeftijd en behandelduur per stoornis van de totale groep (N=185) weergegeven.

Tabel 3: achtergrondvariabelen opnameleeftijd, vertrekleeftijd en behandelduur naar stoornis

	ADHD	ODD/CD	HS	ASS	PS	SS	AS	Tot
<i>Opnameleeftijd (in maanden)</i>	15,4	15,4	15,2	14,9	15,7	15,4	15,2	15,3
<i>Vertrekleeftijd (in maanden)</i>	16,4	16,5	16,5	16,0	16,6	16,4	16,2	16,5
<i>Behandelduur (in maanden)</i>	14,2	13,4	14,3	14,5	12,8	12,6	11,7	14,4

In Tabel 3 is te zien dat de gemiddelde opnameleeftijd en gemiddelde vertrekleeftijd per stoornis over het algemeen hetzelfde is. De gemiddelde opnameleeftijd en gemiddelde vertrekleeftijd bij autisme spectrum stoornis (ASS) ligt iets lager dan bij de overige stoornissen. Tevens is in tabel 3 te zien dat de gemiddelde behandelduur bij persoonlijkheidsstoornis (PS), stemmingsstoornis (SS) en angststoornis (AS) iets lager ligt dan bij de overige stoornissen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de behandeling volstaat met consulten bij de psychiater en de jongere niet zozeer op de OGH hoeft te verblijven voor behandeling. Een andere verklaring kan zijn dat (collega) instellingen, jongeren met een gedragsstoornis (ODD/CD) die agressieve incidenten op hun naam hebben staan, niet graag willen opnemen.

3. Resultaten

Allereerst wordt een vergelijking gemaakt tussen de OGH jongeren en de ‘normale jongeren’. Van de TVA zijn normscores bekend. Om een beeld te krijgen van de resultaten bij de OGH populatie is een vergelijking gemaakt van de score van de TVA bij binnenkomst (of na 3 maanden) met de normscore en van de score van de TVA bij vertrek met de normscore. De normscores zijn sekse en leeftijds specifiek. Er is een one-sample t-test uitgevoerd om de scores

met de normscores te vergelijken. Op de schalen toenaderingsgedrag ($t(255) = 9.57, p = .00$), beeld van seks ($t(232) = 9.05, p = .00$), respect voor partner ($t(135) = 5.91, p = .00$) en grenzen in een relatie ($t(166) = 8.14, p = .00$) bestaan bij binnenkomst een significant verschil ten opzichte van de normscore. De scores van de OGH jongeren liggen significant lager dan de scores van de ‘normale jongeren’. Op de schalen toenaderingsgedrag ($t(211) = 6.10, p = .00$), beeld van seks ($t(199) = 8.35, p = .00$) en respect voor partner ($t(148) = 4.36, p = .00$) bestaan bij vertrek een significant verschil ten opzichte van de normscore. Bij OGH jongeren liggen de scores op deze schalen bij vertrek significant lager dan bij de scores van de ‘normale jongeren’.

Om de vooruitgang van de OGH jongeren te onderzoeken is een paired samples t-test uitgevoerd. De effect size (ES) wordt berekend om de grootte van het effect te meten. Een effect size van $\geq .80$ betekent een sterk effect. Een effect size van tussen de .20 en .80 houdt een middelgroot effect in, een effect size van $-.20$ en $.20$ betekent geen verandering, een effect size van $-.80$ en $-.20$ houdt een lichte verslechtering in en een effect size van $\leq -.80$ houdt een duidelijke verslechtering in. In tabel 4 worden de resultaten van de paired samples t-test op de verschillende schalen weergegeven.

Tabel 4: aantal, gemiddelden, standaard deviaties, t-waarden en effect sizes van de schalen

	<i>BB</i>			<i>BV</i>		t	ES
	N	M	SD	M	SD		
Toenadering	121	2.72	.79	3.18	.80	5.41*	.70
Beeld	104	2.75	.84	3.15	.88	4.35*	.60
Respect	54	3.10	.87	3.42	.73	2.07*	.40
Grenzen	66	2.50	.96	2.89	.76	3.39*	.60

*) $p < 0.05$

Uit tabel 4 is te zien dat op alle schalen een significant verschil is tussen vertrek en binnenkomst. Dit betekent dat jongeren op de OGH een significante vooruitgang boeken op de vier schalen van seksualiteit en relaties. De OGH jongeren boeken een middelgroot effect.

In tabel 5 worden de resultaten van de schalen per sekse weergegeven.

Tabel 5: aantal, gemiddelden, standaard deviaties, t-waarden en effect sizes van de schalen per sekse

		<i>BB</i>			<i>BV</i>			
		N	M	SD	M	SD	t	ES
<i>Jongens</i>	Toenadering	38	2.88	.72	3.17	.80	2.01	.46
	Beeld	28	2.86	.77	3.18	.72	1.92	.51
	Respect	18	3.29	.61	3.50	.63	1.06	.35
	Grenzen	19	2.96	.75	3.08	.51	.67	.22
<i>Meisjes</i>	Toenadering	87	2.64	.81	3.18	.80	5.32*	.80
	Beeld	80	2.72	.86	3.14	.93	3.88*	.63
	Respect	39	3.03	.94	3.45	.80	2.12*	.42
	Grenzen	49	2.30	.96	2.83	.82	3.81*	.73

*) $p < 0.05$

Uit tabel 5 is te zien dat bij meisjes een significant verschil bestaat tussen vertrek en binnenkomst. Dit houdt in dat meisjes op de OGH een significante vooruitgang boeken met betrekking tot de vier schalen van seksualiteit en relaties. Jongens boeken tevens een vooruitgang maar deze vooruitgang is niet significant. De vooruitgang van jongens en meisjes is middelgroot. De effect sizes van de jongens op de afzonderlijke schalen is lager dan de effect size van de meisjes. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er minder gegevens van jongens beschikbaar zijn dan van meisjes.

In tabel 6 worden de resultaten van de schalen per stoornis weergegeven.

Tabel 6: aantal, gemiddelden, standaard deviaties, t-waarden en effect sizes van de schalen per stoornis

		<i>BB</i>			<i>BV</i>		t	ES
		N	M	SD	M	SD		
ODD/CD	Toenadering	45	2.78	.80	3.28	.72	3.48*	.73
	Beeld	44	2.76	.77	3.14	.85	2.82*	.60
	Respect	20	3.13	.94	3.26	.73	.49	.16
	Grenzen	25	2.41	.80	2.92	.74	2.71*	.77
ADHD	Toenadering	14	3.04	.78	3.09	.96	.16	.06
	Beeld	11	2.45	.80	3.20	.76	2.65*	1.13
	Respect	9	3.01	1.01	3.31	.61	.72	.34
	Grenzen	10	2.72	1.10	2.99	.53	.89	.43
HS	Toenadering	15	2.74	.90	3.24	.76	1.91	.70
	Beeld	10	2.18	.84	2.88	1.01	1.70	.76
	Respect	4	2.56	.66	3.44	.99	1.81	1.31
	Grenzen	6	3.09	1.30	3.27	.72	.37	.22
PS	Toenadering	32	2.67	.74	3.14	.78	2.89*	.72
	Beeld	30	2.54	.73	3.05	.87	4.18*	1.09
	Respect	16	2.89	.88	3.62	.67	2.37*	.83
	Grenzen	19	2.31	.79	2.88	.78	2.54*	.82

*) significant verschil tussen BV en BB ($p < 0.05$)

Uit tabel 6 is te zien dat bij jongeren van de OGH met ODD/CD, ADHD en een persoonlijkheidsstoornis een significant verschil bestaat tussen vertrek en binnenkomst. Jongeren met een persoonlijkheidsstoornis boeken op alle schalen een significante vooruitgang. Jongeren met ODD/CD boeken een significante vooruitgang op de schalen toenaderingsgedrag, beeld van seks en grenzen in een relatie. Jongeren met ADHD boeken een significante vooruitgang op de schaal beeld van seks. Te zien is dat de effect sizes naar stoornis over het algemeen een middelgroot effect hebben. Echter, de effect sizes lopen zeer uiteen. Zo hebben jongeren met ADHD op de schaal toenaderingsgedrag een effect size van 0,06 en jongeren met ODD/CD op de schaal respect voor partner een effect size van 0,16 wat geen verandering betekent. Dit betekent dat de jongeren met deze stoornis op desbetreffende schaal geen vooruitgang hebben geboekt. Echter, jongeren met een persoonlijkheidsstoornis op het domein seksualiteit en relaties ($ES=0,87$), op de schaal beeld van seks ($ES=1,09$), op

de schaal respect voor partner (ES=0,83) en schaal grenzen in een relatie (ES=0,82) behalen een sterk effect. Ook behalen jongeren met ADHD op de schaal beeld van seks (ES=1,13) een sterk effect en behalen jongeren met een hechtingsstoornis op de schaal respect voor partner een sterk effect.

In dit onderzoek wordt de vooruitgang niet uitgesplitst naar stoornis en sekse omdat er dan te kleine aantallen worden overgehouden om uitspraken over te doen.

4. Conclusie en Discussie

In dit onderzoek werd het effect van de competentiegerichte behandeling op de seksuele en relationele ontwikkeling van jongeren op de OGH onderzocht. Allereerst werd onderzocht wat de positie van de OGH jongeren is door een vergelijking te maken met de 'normale jongeren'. Uit het onderzoek is gebleken dat de OGH jongeren bij vertrek nog altijd een significante achterstand hebben ten opzichte normgroep. Als tweede werd onderzocht of OGH jongeren, bij het eind van de behandeling, een significante vooruitgang hebben geboekt ten opzichte van het begin van de behandeling. Gebleken is dat OGH jongeren een significant middelgrote vooruitgang hebben geboekt. De vooraf opgestelde hypothese, dat jongeren op de OGH een significante vooruitgang boeken met betrekking tot de seksuele en relationele ontwikkeling, maar dat ze een significante achterstand hebben ten opzichte van de normgroep, kan dus worden aangenomen. Dit is in overeenstemming met eerder onderzoek van Baanders (2009).

Uit het onderzoek is gebleken dat jongeren op de OGH een verbetering laten zien op hun seksuele en relationele ontwikkeling, maar dat er verschillen bestaan tussen jongens/meisjes en verschillende stoornissen. Zo boeken meisjes significante vooruitgang op de vier schalen. Jongens boeken tevens vooruitgang op de vier schalen maar deze vooruitgang is niet significant. Er kan worden afgevraagd waarom meisjes meer vooruitgang boeken. Wellicht

zijn ze meer leerbaar dan jongens? Echter, de resultaten moeten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden omdat de N van de jongensgroep kleiner was dan de N van de meisjesgroep. Tevens is uit het onderzoek gebleken dat jongeren met ODD/CD (gemiddeld effect) en jongeren met een persoonlijkheidsstoornis (sterk effect) significante vooruitgang boeken op de vier schalen. Jongeren met ADHD en jongeren met hechtingsstoornis boeken tevens vooruitgang maar deze vooruitgang is niet significant. Mogelijk hebben jongeren met ODD/CD en jongeren met een persoonlijkheidsstoornis meer baat bij een competentiegerichte behandeling dan jongeren met ADHD en jongeren met een hechtingsstoornis. Echter, er kan niet met zekerheid worden gezegd dat deze vooruitgang toe te schrijven is aan de behandeling. Tevens moeten deze resultaten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden omdat de N van de ADHD-groep en hechtingsstoornisgroep kleiner is dan de N van de ODD/CD-groep en de persoonlijkheidsstoornisgroep.

Zoals eerder gezegd boeken jongeren op de OGH een vooruitgang op de seksuele en relationele ontwikkeling. De behandeling lijkt dus een positief effect te hebben op de seksuele en relationele ontwikkeling bij OGH jongeren. Echter, dit moet met enige voorzichtigheid gesteld worden omdat er geen gebruik is gemaakt van een controlegroep, alleen van een normgroep. Voor verder onderzoek is het van belang dat er een controlegroep is zodat met zekerheid gezegd kan worden dat de vooruitgang toe te schrijven is aan de competentiegerichte behandeling.

Het onderzoek kent nog een aantal beperkingen. Zo worden de TVA's niet altijd even secuur ingevuld door de mentor. Van belang is dat de mentor zich houdt aan de vaste invultijden zodat bij vervolgonderzoek meer gegevens beschikbaar zijn. Tevens is de N in het onderzoek erg laag. Aanbevolen wordt dat het onderzoek over een aantal jaar opnieuw wordt uitgevoerd zodat meer gegevens beschikbaar zijn.

Literatuurlijst

- Baanders A.N. (2009) De doelgroep van de OG Heldring; basiskenmerken en competentieniveau, Zetten: OG Heldring.
- Bagwell, C.L., Molina, B.S.G., Pelham, W.E. en Hoza, B. (2001) Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Problems in Peer Relations: Predictions From Childhood to Adolescence. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 40, 1285-1293.
- Bartels, A.A.J. (2001) Behandeling van jeugdige delinquenten volgens het competentiemodel. *Kind en adolescent*, 22, 211-226.
- Bourgondien, M.E. van, Reichle, N.C. en Palmer A. (1997) Sexual behaviour in adults with autisme. *Journal of autism developmental disorders*, 27, 113-125.
- Bryan, A. en Stallings, M.C. (2002) A case control study of adolescent risky sexual behaviour and its relationship to personality dimensions, conduct disorder and substance use. *Journal of youth and adolescent*, 31, 387-396.
- DeLamater J. en Friedrich W.N. (2002) Human sexual development, *Journal of sex research*, 39, 10-14.
- Feeney, J.A., Peterson, C., Gallois, C. en Terry, D.J. (2000) Attachment style as a predictor of sexual attitudes and behaviour in late adolescence. *Psychology and health*, 14, 1105-1122.
- Feiring, C., Simon, V.A. en Cleland, C.M. (2009) Childhood sexual abuse, stigmatization, internalizing symptoms and the development of sexual difficulties and dating aggression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77, 127-137.
- Flory, K., Molina, B.S.G., Gnagy, W.E.P., Gnagy, E. en Smith, B. (2006) Childhood ADHD predicts risky sexual behaviour in young adulthood. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 35, 571-577.
- Gijs, L., Gianotten, W., Vanwesenbeeck, I., Weijnenborg P. (2004) *Seksuologie*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Jobe, L.E. en White, W. (2007) Loneliness, social relations, and a broader autism phenotype in college students. *Personality and individual differences*, 42, 1479-1489.
- Knaap, L.M. van der, (2003) *Competentiegerichte assessment voor jongeren in de jeugdzorg. Ontwikkeling van een instrument*. PI Research, Amsterdam/Duivendrecht

- Knaap, L.M. van der, Beenker, L.G.M. en Bijl, B. (2004) *TVA, vragenlijst taken en vaardigheden voor adolescenten*. PI Research, Duivendrecht.
- Noll, J.G. (2008). Sexual abuse of children- unique in its effects on development? *Child abuse and neglect*, 32, 603-605.
- Noll, J.G., Trickett, P.K. Putnam, F.W. (2003) A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71, 575-586.
- Opgehelderd (2007). *Een beschrijving van de OG Heldringstichting*. Versie 6.
- Pardos, A., Fernandez, J., Fernandez, M. en Martin, D. (2009) Habilidades sociales en el trastorno por deficit de atencion/hiperactividad, *Review neurology*, 48, 107-111.
- Santrock, J.W. (2007) *Adolescence*. The McGraw-Hill companies, New York.
- Slot, N.W. en Spanjaard, H.J.M. (2004) *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. PI Research, Duivendrecht.
- Ward, T., Hudson, S.M., Marshall, W.L. en Siegert, R. (1995) Attachment style and intimacy deficits in sexual offenders: A theoretical framework. *Sexual abuse: a journal of research and treatment*, 7, 317-335.
- Wicks-Nelson, R. en Israel, A.C. (2006) *Behaviour disorders of childhood*. Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, New Jersey.
- Woltring, L. (1995) *Dat maak ik zelf wel uit!?* Uitgeverij Coutinho, Bussum.
- www.ogheldring.nl

Bijlage

Tabel 1a: vergelijking respondenten en niet respondenten op achtergrondvariabelen

	<i>Toenaderingsgedrag</i>		<i>Grenzen in relatie</i>	
	Niet respons	Wel respons	Niet respons	Wel respons
Man	24.1%	30.7%	33.0%	22.3%
Vrouw	75.9%	69.3%	67.0%	87.7%
Leeftijd: <15 jaar	22.8%	24.1%	29.3%	16.5%
Leeftijd: ≥15 jaar	77.2%	75.9%	70.7%	83.5%
Met ODD/CD	51.9%	46.3%	47.8%	46.6%
Met ADHD	7.7%	13.2%	8.7%	13.7%
Met HS	13.5%	14.0%	16.3%	27.3%
Met PS	26.9%	26.5%	27.2%	12.4%
	<i>Respect voor partner</i>		<i>Beeld van seks</i>	
	Niet respons	Wel respons	Niet respons	Wel respons
Man	30.0%	24.6%	34.3%	24.7%
Vrouw	70.0%	75.4%	65.7%	75.3%
Leeftijd: <15 jaar	27.7%	14.3%	18.1%	22.6%
Leeftijd: ≥15 jaar	72.3%	85.7%	81.9%	87.3%
Met ODD/CD	47.6%	46.2%	45.3%	46.5%
Met ADHD	8.6%	14.5%	10.9%	12.6%
Met HS	16.2%	13.1%	18.8%	12.2%
Met PS	27.6%	26.2%	25.0%	28.7%

Tabel 2a: achtergrondvariabel etniciteit per sekse voor de 185 jongeren

	Jongens	Meisjes	Totaal
<i>Etniciteit</i>			
Nederlands	40	96	136
Surinaams	4	7	11
Nederlandse Antillen	0	5	5
Turks	0	5	5
Noord-Afrikaans	1	4	5
Overig Afrikaans	2	3	5
Overig Europees	4	1	5
Marokkaans	2	1	3
Arabisch	0	3	3
Indonesisch	1	0	1
Overig Buitenlands	1	5	6