

Running head: DE EFFECTIVITEIT VAN DE GROEPSBEHANDELING 'R&S-VORMING'

Het effect van de groepsbehandeling 'Relationele en Seksuele vorming'  
op jongeren met een lichte verstandelijke beperking.

G.E. Mercera

Tilburg University



Gabriëlle Mercera

ANR: 741243

21 juni 2016

Supervisor: Dr. J.G.M. Scheirs

Tweede beoordelaar: Dr. A.M. Nieuwesteeg

Departement: Ontwikkelingspsychologie

Tilburg University, Nederland

### Samenvatting

Jongeren met een lichte verstandelijke beperking (LVB) zijn ten gevolge van hun verstandelijke beperking kwetsbaar voor seksueel misbruik. De Hondenberg, een observatiecentrum voor specialistische (LVB) jeugdhulp, heeft de groepsbehandeling 'Relationele en Seksuele vorming' (R&S-vorming) ontwikkeld om de kwetsbaarheid van deze jongeren te verminderen. Middels een effectmeting onder 29 LVB-jeugdigen werd onderzocht of de groepsbehandeling effectief is om het kennis- en attitudeniveau op relationeel en seksueel gebied van deze doelgroep te verhogen. Deze niveaus zijn gemeten met de Seksuele Kennis-, Attitude-, Vaardigheden- en Ervaringenlijst (SKAVE) en een additionele vragenlijst. Door middel van een voor- en nameting zijn de scores van de behandelgroep vergeleken met de scores van een controlegroep. Met behulp van een variantieanalyse werd het effect van de groepsbehandeling onderzocht. De behandelgroep liet een significant grotere stijging in het kennis- en attitudeniveau zien dan de controlegroep. De door De Hondenberg ontwikkelde groepsbehandeling 'R&S-vorming' lijkt een effectieve interventie te zijn. Een brede inzet van de behandeling, zowel intramuraal als extramuraal, is van belang om jongeren met een LVB te ondersteunen in hun seksuele ontwikkeling en daarmee seksueel misbruik en seksueel grensoverschrijdend gedrag te voorkomen.

Het effect van de groepsbehandeling 'Relationele en Seksuele vorming' op jongeren met een lichte verstandelijke beperking.

Over het onderwerp *seksualiteit onder jongeren met een verstandelijke beperking* heeft lange tijd een misverstand bestaan. Deze jongeren werden gezien als oversekst, oncontroleerbaar, kinderlijk, afhankelijk of aseksueel (Isler, Beytut, Tas & Conk, 2009). De laatste decennia is er echter steeds meer erkenning gekomen voor de seksuele autonomie van mensen met een verstandelijke beperking (Healy, McGuire, Evans & Carley, 2009). Zo heeft de International Planned Parenthood Federation (IPPF) in 1996 het 'Charter on Sexual and Reproductive Rights' ontwikkeld, waarin gesteld wordt dat eenieder recht heeft op seksuele gezondheid:

Alle personen hebben het recht om hun seksuele leven in vrijheid te beleven en te controleren, met het nodige respect voor de rechten van anderen (IPPF, 1996, p. 9).

Geen enkel persoon mag gedurende de gehele levensloop gediscrimineerd worden op basis van sekse, leeftijd, seksuele oriëntatie, mentale of fysieke beperking, in de toegang tot informatie, gezondheidszorg, of voorzieningen met betrekking tot haar of zijn seksuele gezondheid, rechten en behoeften (IPPF, 1996, p. 11).

Individen met een lichte verstandelijke beperking (in het vervolg LVB genoemd) geven ook zelf aan een verlangen te hebben om zich seksueel te uiten en intieme relaties te hebben (Healy et al., 2009). Wat hen echter bemoeilijkt in het uiten van hun seksualiteit en in hun seksuele ontwikkeling is hun verstandelijke beperking. Ze hebben hierdoor vaak een gebrek aan kennis over onderwerpen zoals het eigen lichaam, masturbatie, zwangerschap, veilige seks, voortplanting en homoseksuele relaties (Healy et al., 2009; Schaafsma, Kok, Stoffelen, Van Doorn & Curfs, 2014). Deze jongeren kunnen in mindere mate een beroep kunnen doen op hun cognitieve vermogen, waardoor het moeilijker voor hen is om seksuele situaties op de juiste manier in te schatten, grenzen aan te geven en seksueel grensoverschrijdend gedrag te herkennen

(Schaafsma, 2015; Verdugo & Bermejo, 1997; Murphy & O'Callaghan, 2004). Dit maakt seksualiteit een complex onderwerp voor hen.

Daarnaast loopt ten gevolge van de verstandelijke beperking de ontwikkeling op sociaal-emotioneel gebied vaak achter op die van normaal begaafde jongeren (De Graaf & Maris, 2014). Echter is hun lichamelijke ontwikkeling vaak wel op het niveau van de kalenderleeftijd. Hierdoor ontstaat er een discrepantie tussen wat de jongere fysiek kan en wat het kind emotioneel aankan. Zo kan een jongere met een LVB seks hebben, maar daarbij wel moeite hebben met het inzien van de gevolgen ervan op zowel de eigen gevoelens als die van de ander (Rutgers WPF, 2014).

De cognitieve beperking en de sociaal-emotionele achterstand maken de jongere kwetsbaar voor seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel misbruik. In 2012 publiceerde de Commissie-Samson een onderzoek naar de aard, omgang en gevolgen van seksueel misbruik van minderjarigen die in de periode 1945-2010 in de jeugdzorg zijn geplaatst. Uit dit rapport blijkt dat kinderen met een LVB in de residentiële jeugdzorg drie keer zo vaak slachtoffer zijn van seksueel misbruik als kinderen zonder een LVB in de residentiële jeugdzorg. Tweederde van het misbruik is gepleegd door een andere jongere binnen de instelling waar het slachtoffer verblijft. Uit het rapport blijkt dus dat jongeren met een LVB zowel pleger als slachtoffer kunnen zijn van seksueel misbruik. Daarnaast neemt seksueel misbruik bij kinderen met een LVB ernstigere vormen aan dan bij kinderen zonder een LVB (Wissink, Moonen, Van Vugt & Stams, z.j.). Uit het onderzoek van de Commissie-Samon (2012) is gebleken dat er mogelijk zelfs sprake is van onderrapportage en dat het aantal gevallen van misbruik wellicht nog hoger ligt, omdat jongeren niet altijd een melding maken. Jongeren vinden het namelijk vaak moeilijk om misbruik te herkennen, over seksualiteit te spreken en sommige jongeren zijn nog bang voor de plegers. De kwetsbaarheid schetst een zorgelijk beeld omtrent seksualiteit onder jongeren met een LVB.

Naast kindfactoren (o.a. cognitieve beperking, sociaal-emotionele achterstand) draagt ook de omgeving van de LVB-jeugdige bij aan het gebrek aan kennis over de onderwerpen seksualiteit en relaties. Van huis uit krijgt de jongere vaak geringe informatie over het onderwerp seksualiteit (Dupras & Dionne, 2014). Uit onderzoek van Morin (2010) is gebleken dat driekwart van de ouders het gevoel heeft dat ze niet over genoeg informatie beschikken over seksuele en relationele vorming bij jongeren met een LVB. Ze zien zichzelf niet als competent genoeg om hun kind te helpen een verantwoord seksleven te krijgen. Daarnaast zien ouders hun kind als kwetsbaar op het gebied van seksualiteit en zijn bang dat ze in verkeerde situaties belanden zoals seksueel misbruik (Dupras & Dionne, 2014).

Ook professionele verzorgers, zoals maatschappelijk werkers of groepsbegeleiders, zijn vaak niet voldoende getraind in het onderwijzen van jongeren met een LVB op het gebied van seksualiteit (Bazzo, Nota, Soresi, Ferrari & Minnes, 2007; Schaafsma et al., 2014). Ze voelen zich niet ervaren genoeg en maken zich zorgen over de reactie die ouders of andere verzorgers zullen hebben op het praten met cliënten over seksualiteit (Schaafsma et al., 2014). Verzorgers ondervinden onzekerheid omdat ze de jongeren onafhankelijkheid willen geven, maar ook bescherming willen bieden op het gebied van seksueel misbruik (Rushbrooke, Murray & Townsend, 2014).

Er zijn dus meerdere factoren die een jongere met een LVB kwetsbaar maken voor seksueel misbruik en grensoverschrijdend gedrag (o.a. verstandelijke beperking, geen grenzen aan kunnen geven, sociaal-emotionele achterstand, gebrek aan seksuele voorlichting). Het is daarom belangrijk dat er professionele aandacht is voor seksualiteit onder jongeren met een LVB. Het is van belang om ze goed te informeren over het onderwerp, ze weerbaar te maken en bij deze jongeren een positieve houding tegenover seksualiteit te creëren (minder seksstereotypen, meer respect). Dit kan gedaan worden aan de hand van seks-educatie programma's. Dit zijn methodes (zoals seksuele voorlichting of -vorming) die erop gericht zijn de kennis van mensen te vergroten op het gebied van seksualiteit en relaties. Deze programma's

kunnen de tekorten in kennis opvullen, zorgen voor een grotere weerbaarheid tegen grensoverschrijdend gedrag, dragen bij aan een positieve houding en geven jongeren inzicht in zichzelf en in intieme relaties (De Wilde, 2008; Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck & Weijenborg, 2004). Uit onderzoeken van Healy (2009) en Schaafsma (2013) is gebleken dat deze programma's voor een verbetering van sociale vaardigheden, gedrag, kennis en het maken van beslissingen zorgen op het gebied van seksualiteit.

Observatiecentrum De Hondenberg heeft een groepsbehandeling 'Relationele en Seksuele vorming' (R&S-vorming) ontwikkeld voor jongeren vanaf 12 jaar met een LVB. Er is bewust gekozen voor een groepsbehandeling aangezien jongeren door middel van sociaal leren over het algemeen goed informatie kunnen opnemen (Zimbardo, Johnson & McCann, 2009). De groepsbehandeling is gebaseerd op de training 'R&S-vorming voor jeugdigen met autisme van alle niveaus' (Hellemans, Vermeulen, Conix & De Lameillieure, 2006). Daarbij zijn verschillende theoretisch onderbouwde methodieken toegevoegd om de behandeling geschikt te maken voor de doelgroep licht verstandelijk beperkten. De groepsbehandeling wordt sinds 3 jaar zowel intern als extern aangeboden door De Hondenberg.

Om het effect van de groepsbehandeling 'R&S-vorming' te onderzoeken, is de volgende vraagstelling opgesteld: 'Wat is het effect van de groepsbehandeling 'R&S-vorming' op de kennis en attitude op relationeel en seksueel gebied van LVB-jeugdigen?' Er wordt verwacht dat LVB-jeugdigen die de groepsbehandeling gevolgd hebben, een grotere stijging in het kennis- en attitudeniveau laten zien dan LVB-jeugdigen die de groepsbehandeling niet hebben gevolgd.

## Methode

### *Onderzoeksdeelnemers*

De Hondenberg heeft in het huidige onderzoek de 'R&S-vorming' extern op een school voor voortgezet speciaal onderwijs gegeven. Gedragswetenschappers van De Hondenberg zijn wekelijks naar deze school gegaan om de behandeling te geven. De behandelgroep bestond uit de leerlingen die mee hebben gedaan aan de groepsbehandeling. Dit waren 19 jongeren van 14 t/m

18 jaar met een LVB. De jongeren waren geïndiceerd voor de groepsbehandeling door de school, omdat het belangrijk werd geacht dat de kennis op het gebied van relaties en seksualiteit werd vergroot. Er zijn door de school 3 meidengroepen en 1 jongensgroep samengesteld om de behandeling te volgen. Hierbij is gestreefd naar het maken van een homogene onderzoeksgroep (zelfde leeftijd, allen LVB problematiek) waarin de jongeren binnen elke groep goed met elkaar overweg konden. Dit om voor de jongere een zo vertrouwd mogelijk klimaat te creëren, aangezien het praten over seksualiteit vaak niet gemakkelijk is. Omdat er een beperkt aantal plekken in de groepsbehandeling was, kon niet elke leerling van de school meedoen aan de behandeling. Andere leerlingen van de school kunnen voor een volgende groepsbehandeling in aanmerking komen en deze leerlingen vormden de controlegroep. De controlegroep bestond uit 13 leerlingen van 14 t/m 18 jaar met een LVB. Deze groep bestond voornamelijk uit jongens aangezien veel meisjes de huidige groepsbehandeling volgden of in een eerder jaar al mee hadden gedaan. Een andere verdeling van sekse in de groepen was niet mogelijk, gezien het feit dat de groepen reeds waren samengesteld. Er zijn enkele onderzoeken gedaan waarin verschillen in seksualiteit tussen jongens en meisjes zonder een LVB zijn onderzocht. Hieruit blijkt dat jongens over het algemeen meer kennis hebben op het gebied van seksualiteit dan meisjes (De Graaf, Kruijer, Van Acker, & Meijer, 2012; Oliver & Hyde, 1993; Petersen & Hyde, 2010). Hierdoor is het van belang om in de data-analyse rekening te houden met een eventuele invloed van geslacht op het kennis- en attitudeniveau. Omdat de leerlingen uit dezelfde klassen kwamen en allen tot de doelgroep LVB behoorden werden er verder geen systematische verschillen verwacht. Uiteindelijk zijn er 2 meiden en 1 jongen niet meegenomen in het onderzoek, aangezien ze een aanzienlijk aantal van de sessies gemist hadden. De karakteristieken van de behandel- en controlegroep worden in Tabel 1 weergegeven.

Tabel 1: Karakteristieken van de participerende adolescenten (behandelgroep:  $N=16$ ; controlegroep:  $N=13$ )

Karakteristieken	Behandelgroep $N = 16$	Controlegroep $N = 13$
Leeftijd (Jaren)		
Gemiddelde	15.9 ( $sd = 1,3$ )	15.8 ( $sd = 1.2$ )
Geslacht		
Jongens	5	10
Meisjes	14	3
IQ		
Gemiddelde	53.3 ( $sd = 6.6$ )	56.7 ( $sd = 4.5$ )

#### Groepsbehandeling R&S vorming

De groepsbehandeling bestond uit 11 sessies van ongeveer een uur, verspreid over 11 weken, apart voor jongens en meisjes. De jongensgroep en de meidengroepen kregen inhoudelijk dezelfde behandeling. De groepsgrootte varieerde van 4 tot 8 jeugdigen. De 'R&S-vorming' is gegeven door een gedragswetenschapper en een psychomotore therapeut. De gedragswetenschapper is ingezet vanwege de kennis over de LVB-doelgroep en bijbehorende psychische problematiek. De psychomotore therapeut is ingezet vanwege de kennis van ervaringsleren met betrekking tot thema's als lichaamsbeleving en weerbaarheid. Tijdens de groepsbehandeling werd er op een interactieve manier informatie gegeven aan de leerlingen. Zo werden filmpjes en afbeeldingen getoond, opdrachten uitgevoerd (individueel en in groepsverband), vragen gesteld, rollenspellen gespeeld en gesprekken met elkaar gevoerd. Op deze manier leerden de jeugdigen over onderwerpen als lichaamsbeleving, puberteit, relaties, anticonceptie, social media en weerbaarheid. Er is bewust gekozen voor een groepsbehandeling aangezien sociaal leren een positieve invloed heeft op de kennis van kinderen en jongeren (Zimbardo et al., 2009). Uit onderzoek van Hofman (2013) blijkt dat het geleerde door middel van interactie beter beklijft. Daarnaast wordt door het leren in groepsverband het geleerde



gemakkelijker vertaald naar situaties in het dagelijks leven (De Wolf, Melis, Tiggelovend & Demuylder, 2000; Kindt, 2006). Verschillende theoretisch onderbouwde methodieken zijn samengevoegd om de groepsbehandeling geschikt te maken voor de doelgroep LVB. Om goed af te stemmen op de doelgroep, is de behandeling concreet en visueel en wordt de informatie herhaald (Heemelaar, 2008). Individuen met een LVB hebben namelijk moeite met het begrijpen van te veel talige informatie vanwege de beperkingen in het werkgeheugen en de beperkte woordenschat (Zoon, 2012).

In Tabel 2 worden de onderwerpen die aan bod kwamen tijdens de groepsbehandeling weergegeven.

*Tabel 2: De onderwerpen die aan bod kwamen tijdens de groepsbehandeling 'R&S-vorming'*

<b>Week</b>	<b>Thema</b>
Week 1	Lichaamsbeleving
Week 2	Lichaam man/ Lichaam vrouw*
Week 3	Lichaam vrouw/ Lichaam man*
Week 4	Lichamelijke verandering en puberteit
Week 5	Relaties en seksuele gevoelens
Week 6	Masturbatie en vrijen
Week 7	Anticonceptie, SOA en zwangerschap
Week 8	Social media
Week 9	Weerbaarheid
Week 10	Weerbaarheid
Week 11	Seksueel strafbaar gedrag en het vlaggensysteem

\* week 2 gaat over het eigen lichaam; week 3 over het lichaam van het andere geslacht

### *Meetinstrumenten*

Om de effectiviteit van de groepsbehandeling te onderzoeken, is het kennis- en attitudeniveau op het gebied van relaties en seksualiteit van de jongeren gemeten. Dit is gedaan aan de hand van twee meetinstrumenten: 1) de SKAVE: Seksuele Kennis-, Attitude-, Vaardigheden- en Ervaringenlijst (Spanjaard & Haspels, 1996). Deze vragenlijst is speciaal ontwikkeld voor verstandelijk beperkten en is af te nemen bij kinderen vanaf 12 jaar. 2) Een vragenlijst met aanvullende vragen die samengesteld is door de onderzoeker. Van beide meetinstrumenten is er een voormeting en een nameting gedaan. Er zaten ongeveer 13 weken tussen beide metingen.

De SKAVE heeft een aparte versie voor mannen en voor vrouwen en de test bestaat uit vier onderdelen: kennis, attitude, vaardigheden en seksuele ervaring. In dit onderzoek zijn alleen de onderdelen kennis en attitude afgenomen, omdat de overige onderdelen niet relevant waren voor dit effectiviteitsonderzoek. Voor de SKAVE zijn geen psychometrische beoordelingen beschikbaar (Egberink, Janssen & Vermeulen, 2009-2016). In Nederland bestaan er geen andere testinstrumenten om de kennis en attitude te meten bij individuen met een LVB. Gezien de grote overeenkomsten tussen de onderwerpen in de SKAVE en de onderwerpen die in de groepsbehandeling aan bod komen, leek het een geschikte vragenlijst om de kennis van de LVB-jeugdigen te meten. Het kennisonderdeel bestaat uit 34 stellingen zoals: 'Een vrouw vergeet 1 keer de pil. Nu kan ze zwanger raken' en 'Een condoom kun je bij de drogist kopen'. De jeugdigen konden antwoorden met 'ja', 'nee', en 'weet ik niet'. Daarnaast bestaat het kennisonderdeel uit 12 gesloten vragen over tekeningen waarbij de jongere moest aangeven welk lichaamsdeel op de tekening te zien was. Het attitude-onderdeel bestaat uit 31 vragen. Dit zijn stellingen waarop de onderzoeksdeelnemer de sociale wenselijkheid moest aangeven (volgens Nederlandse normen en waarden) door 'ja' of 'nee' te antwoorden. Dit zijn stellingen als: 'Een man betaalt een drankje voor een vrouw. Nu mag de man haar dwingen tot zoenen.' en 'Vrouwen die met elkaar vrijen zijn normaal.' De SKAVE werd tot nu toe alleen gebruikt voor

klinische doeleinden, dus een normering was niet beschikbaar. Evenmin waren er aanwijzing om deze test te scoren. Daarom is de score van de SKAVE opgesteld uit het aantal correct beantwoorde vragen. Een correct antwoord leverde 1 punt op, een incorrect antwoord 0 punten.

De aanvullende vragenlijst is door de onderzoeker opgesteld uit vragen die aan het eind van elke behandelsessie aan bod kwamen. Deze vragenlijst diende ter aanvulling op de SKAVE aangezien een aantal onderwerpen die aan bod komen binnen de groepsbehandeling niet terugkomen in de SKAVE. Er is een selectie van 22 vragen gemaakt waarbij elk onderwerp van de groepsbehandeling evenredig aan bod is gekomen in de vragenlijst. Ook van deze vragenlijst kon de psychometrische kwaliteit niet beoordeeld worden, aangezien het een zelf samengestelde vragenlijst is. Er werden zowel gesloten als open vragen gesteld zoals: 'Wat is een SOA?' (met 3 antwoordmogelijkheden) en 'Bij de meeste meisjes komt er tussen hun 10<sup>de</sup> en 15<sup>de</sup> levensjaar voor de eerste keer bloed uit hun vagina. Hoe wordt dit maandelijkse bloedverlies genoemd?' (open vraag). Vooraf zijn de goede antwoorden en bijbehorende punten geformuleerd, zodat er geen twijfel bestond of een antwoord goed of fout kon zijn. Ook bij deze vragenlijst is de score uitgedrukt in het aantal correct beantwoorde vragen en leverde een correct antwoord 1 punt op en een incorrect antwoord 0 punten. Het aantal punten op de SKAVE en op de additionele vragenlijst werd opgeteld tot een totale score, met een maximum van 99 punten.

### *Procedure*

Er is een experimenteel onderzoek uitgevoerd waarbij de behandelgroep is vergeleken met de controlegroep. Daarnaast zijn de scores over de twee meetmomenten binnen de groepen met elkaar vergeleken. Er was sprake van een 2 [O1/O2] x 2 [interventie/controle] structuur, zie Figuur 1. Tijd was de within-subjects factor en Groep was de between-subjects factor. De behandelgroep kreeg de manipulatie (groepsbehandeling). Het totaal aantal punten op de SKAVE en de additionele vragenlijst vormde de afhankelijke variabele Score. Dit is dus een weergave van het kennis- en attitudeniveau van de jongeren.

1: R	O1---X---O2		
2: R	O1-----O2		
R = randomisatie	O1 = voormeting	O2 = nameting	X = behandeling

*Figuur 1: 2 x 2 onderzoeksstructuur*

De SKAVE en de additionele vragenlijst zijn voor en na de groepsbehandeling afgenomen bij zowel de behandelgroep als de controlegroep. De onderzoeker bezocht de school waar de groepsbehandeling plaatsvond om daar de vragenlijsten één op één bij de leerlingen af te nemen in interviewvorm. Hier is bewust voor gekozen, gezien het feit dat individuen met een LVB moeite kunnen hebben met lezen vanwege problemen met de informatieverwerking (Kleinert, Browder & Towles-Reeves, 2009). De vraag werd door de onderzoeker voorgelezen waarna de onderzoeksdeelnemer het antwoord kon geven. Er werd verder geen hulp aangeboden. Meetmoment 1 (O1) vond voor zowel voor de behandel- als controlegroep plaats in de twee weken voor de eerste sessie van de groepsbehandeling. Meetmoment 2 (O2) vond voor beide groepen in de week na de laatste sessie van de groepsbehandeling plaats.

#### *Statistische analyse*

Het eventuele effect van de interventie op de kennis en attitude is geanalyseerd met SPSS.

Een herhaalde metingen variantieanalyse is uitgevoerd om te onderzoeken of de score op de nameting hoger is dan op de voormeting binnen elke groep. De 'within subjects factor' was 'Tijd', met twee niveaus aangezien er twee meetmomenten waren. De variabele 'Group' werd de 'between subjects factor'.

De variabelen Geslacht en IQ werden meegenomen in het onderzoek als controlevariabelen om hun invloed op de afhankelijke variabele Score te kunnen controleren. De variabele Geslacht werd als 'between subjects factor' meegenomen en de variabele IQ als covariabele.

## Resultaten

De scores van de behandel- en controlegroep op de twee verschillende meetmomenten zijn met elkaar vergeleken. In Tabel 3 zijn de gemiddelde totale scores beschreven op de voor- en nameting van de twee groepen.

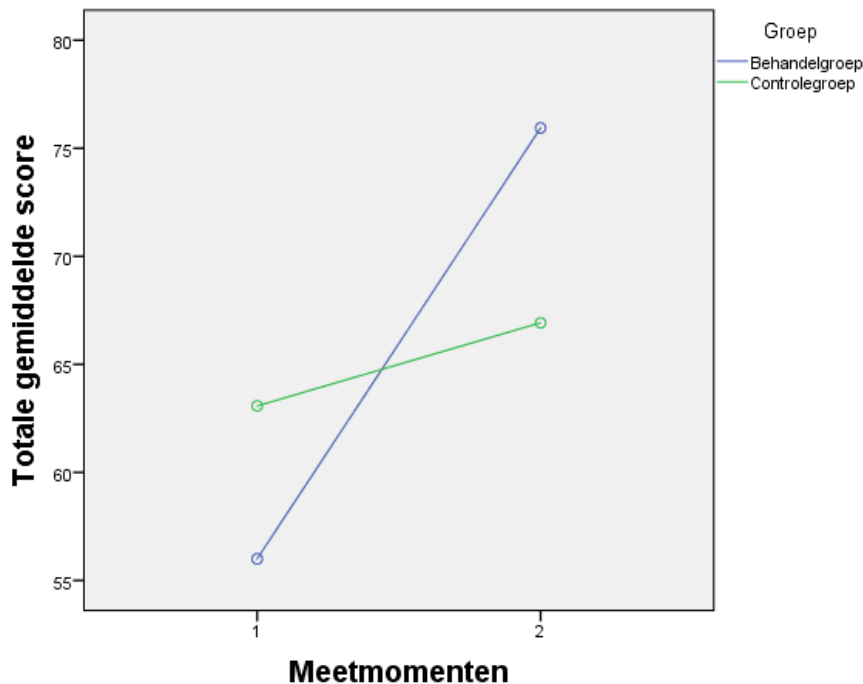
*Tabel 3: Gemiddelde totale score op de SKAVE en additionele vragenlijst van de behandel- en controlegroep op de voor- en nameting*

	Behandelgroep N=16		Controlegroep N=13	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Totaal voormeting	56.00	11.10	63.08	8.74
Totaal nameting	75.94	11.92	66.92	10.06

Er is een significant hoofdeffect gevonden voor de within subjects factor Tijd,  $F(1, 24) = 28.923$ ,  $p = 0.00$ . Dit betekent dat het kennis- en attitudeniveau van zowel de behandelgroep als de controlegroep gemiddeld over de tijd is veranderd. In Tabel 3 is te zien dat het bij beide groepen om een verhoging van de score ging en dus om een verhoging in het kennis- en attitudeniveau.

Er is geen significant hoofdeffect gevonden voor de between subjects factor Groep,  $F(1, 24) = 0.284$ ,  $p = 0.885$ . Dit betekent dat het gemiddelde kennis- en attitudeniveau van de behandelgroep en controlegroep niet van elkaar verschilden wanneer er geen onderscheid gemaakt werd tussen de voor- en nameting (dus wanneer de factor Tijd buiten beschouwing werd gelaten).

Wel is er een significant interactie-effect gevonden tussen Tijd en Groep  $F(1, 24) = 14.537$ ,  $p = 0.00$ . Dit betekent dat beide groepen in een verschillende mate een verandering lieten zien in het kennis- en attitudeniveau over de twee meetmomenten. De behandelgroep liet een grotere stijging in het kennis- en attitudeniveau zien dan de controlegroep, zie ook Figuur 2.



*Figuur 2: Gemiddelde totale score op de SKAVE en additionele vragenlijst van de behandel- en controlegroep op de voor- en nameting*

Vervolgens zijn de scores op het kennisonderdeel van de SKAVE, het attitudeonderdeel van de SKAVE en de additionele vragenlijst uitgesplitst om te kijken of er binnen deze onderdelen ook significante verschillen werden gevonden tussen de groepen. Er bleken geen fundamentele veranderingen te zijn in de resultaten; op alle onderdelen apart werd er ook een hoofdeffect van Tijd en een interactie-effect gevonden tussen Tijd en Groep. Een hoofdeffect van Groep bleef uit. Dus zowel op het kennisonderdeel, attitudeonderdeel als op de additionele vragenlijst liet de behandelgroep een grotere stijging in score zien dan de controlegroep.

Om de invloed van de onafhankelijke variabelen Geslacht en IQ op de afhankelijke variabele te controleren, zijn deze toegevoegd aan de variantieanalyse. Er kwam naar voren dat de between subjects factor Geslacht geen significant effect had op de afhankelijke variabele Score,  $F(1, 24) = 0.276, p = 0.604$ . De covariabele IQ had tevens geen significant effect op afhankelijke variabele Score,  $F(1, 24) = 3.581, p = 0.071$ . Wel was deze p-waarde vrij laag waardoor het IQ enige invloed lijkt te hebben gehad op de score. In lijn met de eerdere resultaten werd ook nu een significant interactie-effect gevonden tussen Tijd en Groep,  $F(1, 24) = 42.292$ ,

$p = 0.00$ . De behandelgroep liet dus een grotere stijging in kennis- en attitudeniveau zien dan de controlegroep wanneer Geslacht en IQ meegenomen waren in het model. Al met al kan er gezegd worden dat Geslacht en IQ geen significante invloed hebben gehad op de afhankelijke variabele Score.

De hypothese dat de LVB-jeugdigen die de groepsbehandeling gevolgd hebben, een grotere stijging in kennis- en attitudeniveau laten zien dan LVB-jeugdigen die de groepsbehandeling niet hebben gevolgd, wordt dus aangenomen.

### Discussie

Een verstandelijke beperking bemoeilijkt jongeren met een LVB in het uiten van hun seksualiteit en maakt ze kwetsbaar voor seksueel misbruik (Healy, 2009; Schaafsma et al., 2014; Commissie Samson, 2012). Met name in de residentiële jeugdzorg is het beeld zorgelijk: Het blijkt dat kinderen met een LVB in de residentiële jeugdzorg drie keer zo vaak slachtoffer zijn van seksueel misbruik als kinderen zonder een LVB in de residentiële jeugdzorg. Om deze jongeren goed te informeren over de onderwerpen seksualiteit en relaties en om ze minder kwetsbaar te maken voor seksueel misbruik, heeft De Hondenberg de groepsbehandeling 'R&S-vorming' ontwikkeld. Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de groepsbehandeling effect heeft gehad. De behandelgroep liet een grotere stijging in het kennis- en attitudeniveau zien dan de controlegroep.

Dit onderzoek onderstreept het belang van professionele aandacht voor seksualiteit onder jongeren met een LVB. De Hondenberg is een residentiële instelling voor LVB-jeugdigen, waardoor de cliënten een risicogroep vormen voor seksueel misbruik en seksueel grensoverschrijdend gedrag. De groepsbehandeling 'R&S-vorming' zorgt ervoor dat de tekorten in kennis opgevuld worden, de weerbaarheid vergroot wordt, jongeren inzicht in zichzelf en sociale situaties krijgen en betere beslissingen kunnen maken op het gebied van seksualiteit. De groepsbehandeling zal dus door De Hondenberg zo breed mogelijk ingezet moeten worden en zal aandacht moeten blijven krijgen (zowel intramuraal als extramuraal). Om een zo breed mogelijke

inzet te realiseren, zal er op beleidsmatig niveau gekeken moeten worden hoe de groepsbehandeling op de meest effectieve manier binnen het specialistische aanbod van De Hondenberg ingezet kan worden en wat de (financiële) mogelijkheden hiervoor zijn.

Seksualiteit is een ontwikkelingstaak, ook voor mensen met een verstandelijke beperking. Daarom zou iedere jongere op De Hondenberg seksuele vorming moeten krijgen. De groepsbehandeling moet preventief worden ingezet (gezien de risico's voor de doelgroep) en de indicatie van de jongere zal vroeg in het hulpverleningsproces moeten plaatsvinden. Mocht een jongere niet geschikt zijn om deel te nemen aan de groepsbehandeling (te laag niveau, extreme angst of agressie, geen enkele motivatie), dan kan een individuele vorm van seksuele vorming ingezet worden, bijvoorbeeld op de woongroep. Op de woongroepen wordt er namelijk ook seksuele voorlichting gegeven door de groepsbegeleiding. De voorkeur gaat echter uit naar de 'R&S-vorming'. De gedragswetenschappers die de behandeling geven, zijn namelijk specifiek opgeleid in het aangaan van een gedragstherapeutische relatie. Ook omdat de 'R&S-vorming' afgestemd is op de doelgroep (concreet, visueel, er is sprake van herhaling), wordt deze interventie als een meerwaarde gezien. Daarnaast blijkt dat het leren in groepsverband een positieve invloed heeft op de kennis van kinderen en jongeren (Zimbardo et al., 2009).

Omdat de groepsbehandeling in het huidige onderzoek extern is gegeven, kunnen de resultaten niet zomaar gegeneraliseerd worden naar de jongeren intern. De jongeren op De Hondenberg laten meer complexe gedragsproblematiek zien dan de leerlingen op de school waar de effectmeting heeft plaatsgevonden. Het is dus van belang dat er een interne effectmeting komt om te kijken of dezelfde positieve resultaten binnen De Hondenberg worden gevonden. Daarbij moet gestreefd worden naar een zo groot mogelijke onderzoeksgroep. Er is in dit onderzoek namelijk sprake van een kleine steekproefgrootte (N=29) waardoor de kans op toevallige fouten groter wordt en de generaliseerbaarheid mogelijk kleiner.

Vanwege de kleine onderzoeksgroep en het feit dat er bij voorbaat al meer meisjes dan jongens meededen in de groepsbehandeling, kon er geen gelijke verdeling van sekse gerealiseerd



worden. Uit onderzoek onder jongeren zonder een LVB blijkt dat jongens over het algemeen meer kennis hebben over seksualiteit en relaties dan meisjes (De Graaf, Kruijer, Van Acker, & Meijer, 2012; Oliver & Hyde, 1993; Petersen & Hyde, 2010). Jongens blijken daarnaast een meer volgzaam attitude te hebben en eerder in te stemmen met seksuele activiteiten, waardoor ze over meer ervaring beschikken (Oliver & Hyde, 1993; Petersen & Hyde, 2010). Wat opvallend is met betrekking tot de voormeting, is dat de controlegroep een hogere gemiddelde score had dan de behandelgroep. Mogelijk heeft het feit dat er meer jongens in de controlegroep zaten, hier enige invloed op gehad. Binnen de effectmeting heeft het geslacht van de onderzoeksdeelnemers echter geen significante invloed gehad op de afhankelijke variabele. Toch zou er voor vervolgonderzoek gestreefd moeten worden naar een gelijke verdeling van sekse, aangezien uit de literatuur blijkt dat geslacht wel van invloed zou kunnen zijn.

Opvallend binnen het onderzoek is dat ook de controlegroep een stijging in kennis- en attitudeniveau liet zien. Een mogelijke oorzaak is dat de voormeting ertoe geleid heeft dat het onderwerp seksualiteit meer bespreekbaar is geworden onder de leerlingen. De leerlingen van de behandel- en controlegroep kwamen namelijk uit dezelfde schoolklassen, dus wellicht hebben ze van elkaar geleerd door te praten over seksualiteit en relaties. Een andere mogelijkheid is dat de leerlingen tijdens de voormeting een minder open en ontspannen houding hebben gehad naar de onderzoeker toe, aangezien het een onbekende situatie was. Dit heeft er voor kunnen zorgen dat de jongeren zich tijdens de voormeting niet volledig open hebben durven te stellen en de vragen niet volledig naar waarheid hebben beantwoord. Daarnaast is het praten over de onderwerpen seksualiteit en relaties voor veel jongeren niet gemakkelijk. Hierdoor ontstaat de kans op sociaal wenselijke antwoorden, hetgeen de afhankelijke variabele ook kan hebben beïnvloed. Er is echter bewust voor gekozen om de vragenlijsten in interviewvorm af te nemen aangezien jongeren met een LVB meer moeite hebben met lezen vanwege deficiënties in de informatieverwerking (Kleinert, Browder & Towles-Reeves, 2009).

In een volgende effectmeting wordt een tweede nameting geadviseerd. Jongeren met een LVB hebben vergeleken met jongeren zonder een LVB meer problemen met de verwerking van informatie (Kleinert, Browder & Towles-Reeves, 2009). Zo hebben ze vaak moeite met het ophalen van informatie uit het langetermijngeheugen (Danielsson, Henry, Rönnberg & Nilsson, 2010). Een gevolg hiervan kan zijn dat het geleerde tijdens de groepsbehandeling niet beklijft in de loop van tijd. Een tweede nameting, bijvoorbeeld een aantal maanden na het einde van de groepsbehandeling, zou antwoord kunnen geven op de vraag of het kennis- en attitudeniveau gelijk blijft over tijd.

Niet alleen is het interessant om te onderzoeken of het kennis- en attitudeniveau gelijk blijft over een langere periode, ook is het van belang om te onderzoeken of een verhoging van deze niveaus daadwerkelijk leidt tot een vermindering van seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel misbruik. Dit is namelijk het uiteindelijke doel van de groepsbehandeling. Het construct seksueel gedrag is echter moeilijker te meten dan kennis en attitude. Veel van het seksueel grensoverschrijdende gedrag wordt namelijk achtergehouden door zowel de pleger als het slachtoffer en seksueel gedrag wordt niet altijd gesignaleerd door bijvoorbeeld de groepsbegeleiding (Commissie Samson, 2012). Omdat het doel van de groepsbehandeling is om dit gedrag te voorkomen, zou het een meerwaarde zijn om zicht te krijgen op het seksuele gedrag van de jongeren uit de onderzoeksgroep. Hoe dit op een betrouwbare manier gemeten kan worden is nog onbekend, maar het is een aandachtspunt voor vervolgonderzoek.

Voor een volgende effectmeting wordt verder geadviseerd om een inventarisatie te maken van betrouwbare en valide meetinstrumenten om de kennis en attitude van LVB-jeugdigen te meten. In Nederland zijn er momenteel geen betrouwbare en bruikbare vragenlijsten beschikbaar voor deze doelgroep. Wellicht dat er gekeken kan worden of buitenlandse vragenlijsten geschikt zijn. Zo is er bijvoorbeeld een Canadese vragenlijst 'SSKAAT-R' (Griffiths & Lunsky, 2007) die de kennis en attitude van mensen met een verstandelijke beperking (15-80 jaar) ten aanzien van seksualiteit meet. Voor deze test is een hoge betrouwbaarheid en validiteit bekend. Nadeel van

een buitenlandse vragenlijst is het feit dat de normgroep niet Nederlands is en dat de test vertaald zou moeten worden.

Concluderend lijkt de groepsbehandeling 'R&S-vorming' een positieve invloed te hebben op de jongeren met een LVB. Het belang ervan voor de kinderen en jongeren op De Hondsborg wordt onderstreept. De Hondsborg ziet effectmeting als een belangrijk evaluatiemiddel om de zorg continu te verbeteren. Daarom zal er op dit onderzoek voortgeborduurd moeten worden aan de hand van de opgestelde adviezen. Volgende effectmetingen zijn van groot belang om de effectiviteit van de groepsbehandeling 'R&S-vorming' intern hard te maken en ervoor te zorgen dat er een zo breed mogelijke inzet komt (zowel intramuraal als extramuraal). In ieder geval zijn de uitkomsten van dit onderzoek een goede stap richting het doel om middels een effectief bewezen behandeling de LVB-jeugdigen te helpen in hun seksuele ontwikkeling en ze minder kwetsbaar te maken voor seksueel misbruik.

## Referenties

- Bazzo, G., Nota, L., Soresi, S., Ferrari, L., & Minnes, P. (2007). Attitudes of social service providers towards the sexuality of individuals with intellectual disability. *Journal Of Applied Research In Intellectual Disabilities*, 20, 110-115.
- Commissie Samson (2012). *Omringd door zorg, toch niet veilig: Seksueel misbruik van door de overheid uit huis geplaatste kinderen, 1945 tot heden – rapport Commissie-Samson*. Amsterdam: Boom.
- Danielsson, H., Henry, L., Rönnerberg, J., & Nilsson, L. G. (2010). Executive functions in individuals with intellectual disability. *Journal of Research in Developmental Disabilities*, 6, 1299-1304.
- Dupras, A., & Dionne, H. (2014). The concern of parents regarding the sexuality of their child with a mild intellectual disability. *Sexologies*, 23, 79-83.
- Egberink, I. J. L., Janssen, N. A. M., & Vermeulen, C.S.M. (2009-2016). *COTAN Documentatie* (www.cotandocumentatie.nl). Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Gijs, L., Gianotten, W., Vanwesenbeeck, I., & Weijenborg, P. (2014). *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu Von Loghum.
- Graaf, H. de, Kruijer, H., Acker, J. van, & Meijer, S. (2012). *Seks onder je 25e*. Delft: Eburon
- Graaf, H. de & Maris, S. (2014). *De seksuele ontwikkeling van kinderen met een beperking of psychiatrisch probleem*. Utrecht: Rutgers WPF.
- Griffiths, D., & Lunskey, Y. (2007). *The Socio-Sexual Knowledge and Attitude Assessment Tool Instruction Manual*. Wood Dale, IL: Stoelting.
- Healy, E., McGuire, B. E., Evans, D. S., & Carley, S. N. (2009). Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part I: Service-user perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 905-912.
- Heemelaar, M. (2008). *Seksualiteit, intimiteit en hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Hellemans, H., Vermeulen, P., Conix, G., & Lameillieure, L. de (2006). *Autisme.kom: Een programma voor relationele en seksuele vorming voor jongeren en volwassenen met autisme. Dl. 1, Seksualiteit*. Gent: Vlaamse Dienst Autisme.
- International Planned Parenthood Federation. (1996). *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. Geraadpleegd op 3 november 2015, op <http://www.ippf.org/resource/IPPF-Charter-Sexual-and-Reproductive-Rights>.
- Isler, A., Beytut, D., Tas, F., & Conk, Z. (2009). A study on sexuality with the parents of adolescents with intellectual disability. *Sexuality And Disability, 27*, 229-237.
- Kindt, K. (2006). *Seksuele attitude, ervaring, behoeften en kennis bij jongeren met een lichte verstandelijke beperking [masterscriptie]*. Universiteit van Tilburg.
- Kleinert, H. L., Brouwer, M. D., & Towles-Reeves, E. A. (2009). Models of cognition for students with significant cognitive disabilities: Implications for assessment. *Review of educational research, 79*, 301-326.
- Meert, E. (2008). *De relationele en seksuele beleving van jongeren met een lichte verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 13 november 2015, op [http://www.vub.ac.be/wetenschapswinkel/publicaties/2007-2008/thesis\\_EMeert\\_Sensoa.pdf](http://www.vub.ac.be/wetenschapswinkel/publicaties/2007-2008/thesis_EMeert_Sensoa.pdf)
- Murphy, G. (2007). *Intellectual disability, sexual abuse, and sexual offending*. In Carr, A., O'Reilly, G., Walsh, P. N., & McEvoy, J. (Eds.). *The handbook of intellectual disability and clinical psychology practice* (pp. 831-866). Londen/New York: Routledge.
- Murphy, G. H., & O'Callaghan, A. (2004). Capacity of adults with intellectual disabilities to consent to sexual relationships. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences, 34*, 1347-1357.
- Murphy, P., & Young, P. C. (2005). Sexuality in children and adolescents with disabilities. *Developmental Medicine & Child Neurology, 47*, 640-644.

- Oliver, M. B., & Hyde, J. S. (1993). Gender differences in sexuality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 114*, 29-51.
- Petersen, J. L., & Hyde, J. S. (2010). A meta-analytic review of research on gender differences in sexuality, 1993 – 2007. *Psychological Bulletin, 136*, 21-38.
- Rushbrooke, E., Murray, C. D., & Townsend, S. (2014). What difficulties are experienced by caregivers in relation to the sexuality of people with intellectual disabilities? A qualitative meta-synthesis. *Research In Developmental Disabilities, 35*, 871-886.
- Rutgers WPF. (2014). *VSO Leerlijn Seksuele Vorming*. Rotterdam: CED-Groep, educatieve diensten.
- Schaafsma, D. (2015). *Wegwijzer omgaan met seksualiteit. Gericht op mensen met een verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 27 mei 2016, op <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/KNP/KNP%20GS/Seksueleweerbbaarheid/wegwijzer-omgaan-met-seksualiteit-schaafsma-vws.pdf>
- Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J. M. T., Van Doorn, P., & Curfs, L. M. (2014). Identifying the important factors associated with teaching sex education to people with intellectual disability: A cross-sectional survey among paid care staff. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 39*, 157-166.
- Schaafsma, D., Stoffelen, J. T., Kok, G., & Curfs, L. G. (2013). Exploring the development of existing sex education programmes for people with intellectual disabilities: An intervention mapping approach. *Journal Of Applied Research In Intellectual Disabilities, 26*, 157-166.
- Spanjaard, H. & Haspels, H. (1996). *Seksuele Kennis-, Attitude-, Vaardigheden- en Ervaringenlijst (SKAVE)*. Amsterdam/Duivendrecht: Paedologisch Instituut.
- Verdugo, M. A., & Bermejo, B. G. (1997). The mentally retarded person as a victim of maltreatment. *Aggression and Violent Behaviour, 2*, 143-165.

Wissink, I. B., Stams, G. J. J. M., Vugt, E. S. & Moonen, X. (2012). *Seksueel*

*Grensoverschrijdend Gedrag en Misbruik bij Kinderen en Jongeren met een (Licht)*

*Verstandelijke Beperking*. Den Haag: Boom

Wolf, B. de, Melis, B., Tiggelovend, I., & Demuylder, A. (2000). *Actieonderzoek: relationeel en*

*seksueel welzijn bij maatschappelijk kwetsbare jongeren*. Berchem: In Petto.

Zimbardo, P. G., Johnson, L., & McCann, V. (2009). *Psychologie: een inleiding*. Amsterdam:

Pearson Education Benelux bv.

Zoon, M. (2012). *Wat werkt bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking?* Utrecht:

Nederlands Jeugdinstituut.