

Hopkins Symptom Checklist-37A (HSCL-37A)

Handleiding

Tammy Bean, Liesbeth Eurelings-Bontekoe, Ilse Derluyn en Philip Spinhoven
Auteurs

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Mw. drs. T. Bean
Centrum '45 - (psycholoog)
Rijnzichtweg 35
2342 AX Oegstgeest 071-5191500
e-mail: t.bean@centrum45.nl

© 2004, Stichting Centrum '45, Oegstgeest

Niets uit deze uitgave mag vermenigvuldigd worden en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Stichting Centrum '45

Dankwoord

Deze handleiding was niet mogelijk geweest zonder de bereidwilligheid, het vertrouwen en de openheid van alle jongeren die de vragenlijst hebben ingevuld. Ik ben hun allen veel dank verschuldigd. Ik ben ook alle scholen, asielzoekerscentra en andere organisaties dankbaar voor de medewerking bij het afnemen van het screeningsinstrument. Mijn dank gaat ook uit naar alle stagiaires en studenten die hebben geholpen met het dataverzamelingsproces. Verder wil ik de volgende collega's van De Vonk bedanken; Wim Kleijn, Trudy Mooren, Maartje Schoorl en Odile Swagemakers, mijn collega's van CED Rotterdam; Willem de Vos en Rianne Doeleman en Ilse Derluyn van de Universiteit van Gent dat ik hun data voor deze handleiding heb kunnen gebruiken. Ik wil ook in het bijzonder Rob Banning, mijn man, bedanken die bereid was om het manuscript nauwkeurig in het Nederlands te lezen en Marieke Barnhoorn die heeft geholpen met het vertalen van de handleiding in het Engels. Ik dank Centrum '45 voor alle ondersteuning. Ik dank Stichting Achmea Slachtoffer en Samenleving en Zorg Onderzoek Nederland voor de geboden financiële ondersteuning. Tot slot een woord van dank aan Liesbeth Eurelings-Bontekoe en Philip Spinhoven voor hun begeleiding en steun tijdens de lange en soms erg zware ontdekkingsreis.

Tammy Bean

Inhoudsopgave

1. Inleiding: Gebruik van het screeningsinstrument bij vluchtelingenadolescenten.	p. 4
2. Psychometrische eigenschappen van de Hopkins Symptom Checklist-37 voor Adolescenten	p. 6
2.1 Schaalconstructie	p. 6
3. Beschrijving van de onderzochte groepen	p. 8
4. Resultaten	p. 14
4.1 Factorstructuur	p. 14
4.2 Betrouwbaarheid	p. 16
4.3. Validiteit	p. 18
5. Afnameprocedure	p. 23
5.1 Nederlandstalige versie van de vragenlijst met een korte uitleg voor jongeren die de Nederlandse taal niet beheersen	p. 24
6. Scoring	p. 25
7. Normgegevens	p. 26
7.1. Percentielscores per schaal en onderzoeksgroep	p. 28
7.1.1. Belgische nieuwkomers onderzoek	p. 31
7.1.2. CED Rotterdam Onderzoek	p. 32
7.1.3. De Vonk onderzoek	p. 33
7.1.4. Belgisch referentie onderzoek	p. 34
7.1.5. Nederlandse referentie onderzoek	p. 35
8. Referenties	p. 36
9. Bijlagen	p.40
Bijlage I	DSM-IV Generaliseerde angststoornis
Bijlage II	DSM-IV Depressieve episode
Bijlage III	DSM-IV Gedragsstoornis en Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis
Bijlage IV	Confirmerende factoranalyses voor de verschillende taalversies van de HSCL-37A van het Nederlandse AMA onderzoek
Bijlage V	Confirmerende factoranalyses voor de verschillende taalversies van de HSCL-37A van het Belgische nieuwkomers onderzoek
Bijlage VI	Confirmerende factoranalyses voor alle talen van de HSCL-37A voor het CED Rotterdam onderzoek
Bijlage VII	Confirmerende factoranalyses voor de verschillende taalversies van de HSCL-25 van het De Vonk onderzoek.
Bijlage VIII	Confirmerende factoranalyses voor de Nederlandse versie van de HSCL-37A van het Belgische referentie onderzoek.
Bijlage IX	Confirmerende factoranalyses voor de Nederlandse versie van de HSCL-37A van het Nederlandse referentie onderzoek.

1. Inleiding

Gebruik van screeningsinstrumenten bij vluchtelingen- en immigrantenjongeren

Tot op heden zijn er slechts enkele instrumenten beschikbaar die zijn afgestemd op multiculturele adolescenten (Kouratovsky, 2002). Dit is een belangrijke aanleiding geweest voor de aanpassing en ontwikkeling van de Hopkins Symptom Checklist-37 voor Adolescenten (HSCL-37A).

Uit de literatuur over vluchtelingenjongeren komt een duidelijk beeld naar voren van de aard van de psychosociale klachten (Boothby, 1988; Felsman, Leong, Johnson & Felsman, 1990; Masser, 1992; Sack, Clark, Him, Dickason, Goff, Lanham & Kinzie, 1993; Macksoud & Aber, 1996; Miller, 1996; Veer, van der, 1998; Sourander, 1998; Becker, Weine, Vojvoda & McGlashan, 1999; Berthold, 1999; Lustig, Kia-Keating, Knight, Geltman, Ellis, Kinzie, Keane & Saxe, 2004). De meest frequent gerapporteerde klachten zijn; angst, depressieve klachten en posttraumatische stress reacties. Deze klachten worden gerapporteerd door zowel de jongeren zelf, hun ouders als andere belangrijke informanten zoals leerkrachten. Deze klachten worden in deze vragenlijst geïnventariseerd. Vluchtelingenadolescenten kunnen ander probleemgedrag rapporteren dan wat hun ouders of verzorgers of leerkrachten waarnemen (Zivcic, 1993; Mollica, Poole, Son & Murray, 1997; Vervuurt & Kleijn, 1997; Almqvist & Brandell, 1997; Rousseau & Drapeau, 1998; Forsberg, 1999). Verzorgers rapporteren vaak een lagere prevalentie van (internaliserend) probleemgedrag dan de adolescent zelf. Aan de ene kant kan gesteld worden dat het voor verzorgers, onderwijzers en hulpverleners lastig is om te weten in welke mate jongeren onder hun symptomen lijden.

Daarnaast is externaliserend gedrag voor de omgeving minder moeilijk waar te nemen, met als gevolg dat jongeren met aanhoudend externaliserend gedrag vaker naar de hulpverlening worden verwezen dan jongeren met internaliserende problemen (Wu, Hoven, Bird, Moore, Cohen, Alegria, Dulcan, Goodman, Mc Cue-Horwitz, Lichtman, Narrow, Rae, Reiger & Roper, 1999). Antisociaal gedrag en middelen misbruik zijn voorbeelden van externaliserend gedrag. In de literatuur, is er weinig bekend over externaliserend gedrag bij vluchtelingenjongeren (Raboteg-Saric, Zuzul & Kerestes, 1994). Jensen en Shaw (1993) zijn van oordeel dat jongeren die een oorlog hebben meegemaakt, geneigd kunnen zijn om delinquent en antisociaal gedrag te vertonen, hoewel deze mening tot op heden in de wetenschappelijke literatuur geen steun heeft gevonden. In een viertal studies waarin delinquent en agressief gedrag bij vluchtelingenjongeren is gemeten, zijn geen aanwijzingen gevonden voor meer gedragsproblemen bij deze populatie (Raboteg-Saric et al., 1994; Mollica et al., 1997; Rousseau & Drapeau, 1998; Sourander, 1998). Ajdukovic (1998) oppert dat jongeren die ernstig getraumatiseerd zijn, zoals vluchtelingenjongeren, tijdelijk risicogedrag kunnen vertonen, zoals roekeloze seksuele activiteit, middelenmisbruik en spijbelen. Zij oppert dat het vertonen van dit soort van maladaptief gedrag door jongeren verklaard kan worden als een soort van copingmechanisme. Aanhoudend externaliserend gedrag in de adolescentperiode kan vaak tot antisociale attitudes, middelengebruik en depressieve klachten leiden (bijvoorbeeld laag gevoel van zelfwaarde en ontstemming) (Reid, Patterson & Snyder, 2002). Sociaal isolement en in aanraking komen met politie kunnen gevolgen zijn van aanhoudend externaliserend gedrag. Gelet op de ernstige gevolgen van aanhoudend externaliserend gedrag, wordt ook dit type probleemgedrag door deze vragenlijst geïnventariseerd.

Deze vragenlijst is niet bedoeld om een volledige diagnose te stellen. Het is bedoeld als een kort indicatief instrument voor het opsporen van psychosociale problematiek bij multiculturele adolescenten tussen de 12 tot 18 jaar, en dan vooral bij vluchtelingen. Vervolgens zal vanwege de veelomvattende problematiek, vaak een uitvoeriger diagnostisch onderzoek nodig zijn om een volledige diagnose te kunnen stellen. De vragenlijst moet door een getrainde diagnosticus worden afgenomen. Het is ook van belang dat sleutelfiguren in de omgeving van het kind zoals verzorgers, mentoren en leerkrachten, worden geraadpleegd over het gedrag en de klachtenrapportage van het kind.

De vragenlijst is geschikt voor het snel inventariseren van klachten en probleemgedrag bij vluchtelingenjongeren. De vragenlijst kan worden gebruikt door psychologen, psychiaters, schoolpsychologen, orthopedagogen, schoolartsen etc. die ervaring hebben met psychodiagnostiek bij jeugdigen. Tevens kunnen academici met ervaring met gestandaardiseerde diagnostische technieken dit instrument hanteren. De vragenlijst kan ook gebruikt worden in een onderzoeksetting en voor het monitoren van klachten gedurende een tijdsperiode. In elke setting moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat het instrument emotionele reacties oproept. De vragen kunnen namelijk belastende herinneringen oproepen. Mogelijkheid tot nazorg zou al geregeld moeten zijn voordat de afname van de verschillende vragenlijsten begint. Ten slotte moet de integriteit van de jongeren altijd gewaarborgd blijven.

Om de items 'adolescentvriendelijk' en 'multicultureel' te maken, zijn er diverse veranderingen aangebracht. In plaats van oplopende cijfers bij de rating schaal, wordt gebruik gemaakt van verschillende gekleurde, in grootte toenemende, rondjes. De items zijn samengesteld op basis van de 'Woordenlijst voor 12 tot 15 jarigen' (Projectbureau OVB Rotterdam, 1992), zodat het instrument is aangepast aan het leesniveau van deze populatie. De items zijn zo kort mogelijk gehouden en in eenvoudig Nederlands verwoord. De vragenlijst is tweetalig, weergegeven in 2 kolommen; de vreemde taal in de eerste kolom en het Nederlands in de tweede kolom. Het vragenlijst is in 19 verschillende talen beschikbaar: Nederlands, Engels, Frans, Russisch, Arabisch, Amhaars, Albanees, Mongools, Badini, Farsi, Dari, Turks, Somalische, Portugees, Duits, Spaans, Servo-Kroatisch, Chinees (mandarijn) en Soerani. Hierdoor hebben de jongeren de gelegenheid om de vragen in hun moedertaal te lezen en te beantwoorden.

Door de taalbarrière is het belangrijk om vragenlijsten kort te houden en bij de vraagstelling eenvoudig taalgebruik te hanteren. Uit eerder onderzoek is gebleken dat vluchtelingenjongeren een beperkt concentratievermogen hebben (Bean, 2000; Vervuurt & Kleijn, 1997). Het invullen van vragenlijsten moet dus zo weinig mogelijk tijd in beslag nemen. Hoewel vragenlijsten een beperkte hoeveelheid informatie opleveren, zijn vragenlijsten in vergelijking tot bijvoorbeeld uitgebreide, gestructureerde interviews, minder indringend voor wat betreft het oproepen van hevige emoties. Daarnaast zijn vragenlijsten van praktische waarde gebleken bij multiculturele populatiegroepen.

Nogmaals, de vragenlijst is niet bedoeld om een volledige diagnose te stellen. Het doel van de vragenlijst is het opsporen van mogelijke psychosociale problematiek bij vluchtelingenadolescenten tussen de 12 tot 18 jaar. Vervolgens zal vanwege de veelomvattende problematiek, vaak een uitvoeriger diagnostisch onderzoek nodig zijn om een volledige diagnose te kunnen stellen.

2. Psychometrische eigenschappen van de Hopkins Symptom Checklist -37 voor Adolescenten

De Hopkins Symptom Checklist wordt over de hele wereld gebruikt om psychiatrische klachten te meten (Hesbacher, Rickels, Morris, Newman & Rosenfeld, 1980; Winokur et al., 1984; Felsman et al., 1990; Hansson, Nettelbladt, Borguist & Nordstrom, 1994; Davies, Norman, Cortese & Malla, 1995; Mouanoutoua & Brown, 1995; Mghir, Greed, Raskin & Katon, 1995; McKelvey, & Webb, 1997; Shrestha, Sharma, Van Ommeren, Regmi, Makaju, Komproe, Shrestha & de Jong, 1998; Mollica, Sarailic, Chernoff, Lavelle, Sarajilic-Vukovic & Massagli, 2001; Afana, Dalgard, Berjtness & Grunfeld, 2002; Kaaya, Fawzi, Mbwambo, Lee, Msamanga & Fawzi, 2002; Lie, 2002). De vragenlijst HSCL-25 vindt zijn oorsprong in de Verenigde Staten waar deze voor het eerst gebruikt is onder vluchtelingen van een Cambodjaanse populatiegroep (Mollica et al., 1987). Het instrument gebruikt 10 items in de angst cluster, 13 items in de depressie cluster, plus 2 somatische items (die onder de depressiecluster vallen).

Deze vragenlijst wordt al vele jaren met succes in De Vonk (behandelcentrum voor asielzoekers en onderdeel van Centrum '45) gebruikt bij volwassen vluchtelingen en incidenteel ook bij AMA's.

Vanaf 1995 maakt de HSCL-25 bij De Vonk onderdeel uit van de intakeprocedure. Hierdoor heeft De Vonk veel ervaring kunnen opdoen met de vragenlijst (Kleijn et al., 2001). De vragenlijst meet angst en depressie klachten.

Er is een schaal voor externaliserend gedrag op basis van 12 vragen samengesteld. De vragen van het externaliserende gedrag cluster corresponderen met 8 criteria van de gedragsstoornis en 2 criteria van de oppositioneel-opstandige gedragsstoornis, zoals gedefinieerd in de DSM-IV. De aldus vragenlijst heeft in totaal 37 vragen die door een adolescent zelf worden beantwoord. Omdat dit instrument voor vluchtelingenjongeren ontwikkeld is, wordt hij de Hopkins Symptom Checklist-37 (HSCL-37A) voor Adolescenten genoemd.

2.1. Schaalconstructie

De HSCL-37A is een vragenlijst die zijn oorsprong vindt in de Verenigde Staten. Deze vragenlijst komt uit een item pool, welke door Parloff, Kleman, en Frank ontwikkeld is bij de John Hopkins Universiteit. De allereerste versie bestond uit 41 vragen van de Cornell Medical Index uit 1949. De meest bekende versie van de HSCL item pool is de SCL-90 (Derogatis et. al., 1974, Arrindell & Ettema, 1986). In 1987 is de HSCL-25 vertaald in het Cambodjaans, Laotiaans en Vietnamees voor gebruik onder vluchtelingen (Mollica, Wyshak, Marneffe, Khuon & Lavelle, 1987). In 1994 heeft het Harvard Refugee Program aan Centrum '45 (waarvan De Vonk een onderdeel vormt) voor onbepaalde tijd toestemming verleend om de HSCL-25 aan te passen en te vertalen ten behoeve van onderzoek bij verschillende culturele groeperingen. Hieronder volgen de korte beschrijvingen van de verschillende schalen van de HSCL-37A.

Angst

De Angst schaal wordt gevormd door klachten die klinisch gesproken met een hoog angstniveau samenhangen (Derogatis et al., 1974). Het betreft klachten zoals zenuwachtigheid, spanning, rusteloosheid, maar ook meer specifieke klachten zoals paniekaanvallen en hartkloppingen. De schaal kan opgevat worden als een aanduiding van gegeneraliseerde angst. Hieronder worden de items van de schaal Angst weergegeven.

1. Zomaar bang worden
2. Rusteloos voelen, niet stil kunnen zitten
5. Angstig zijn
9. Duizeligheid of zwakte
12. Zenuwachtig of van binnen trillen
16. Hartkloppingen
19. Trillen
22. Gespannen voelen
26. Hoofdpijn
29. Aanvallen van angst of paniek

Depressie

De Depressie schaal omvat een groot aantal klachten die gewoonlijk bij het klinisch syndroom depressie voorkomen. Twee items (nr. 17. 'Weinig zin hebben om te eten' en nr. 20. 'Problemen om in slaap te vallen, of vaak wakker worden') zijn aan de originele schaal van Derogatis (Winkur et al., 1984) toegevoegd. Hieronder worden de items van de schaal Depressie weergegeven.

- 6. Mezelf de schuld geven voor dingen
- 10. Snel huilen
- 13. Verlies van seksuele interesse
- 15. Weinig energie hebben
- 17. Weinig zin hebben om te eten
- 20. Problemen om in slaap te vallen, of vaak wakker worden
- 23. Hopeloos voelen over de toekomst
- 24. Geen interesse in dingen doen
- 27. Verdrietig voelen
- 30. Eenzaam voelen
- 31. Gedachten over een eind aan mijn leven te maken
- 32. Verstrikt of gevangen voelen
- 33. Te veel over dingen piekeren
- 35. Het gevoel hebben dat alles zo moeilijk is
- 36. Gevoelens dat ik niks waard ben

Externaliserend gedrag

Verschillende auteurs (Newman, 1976; Pynoos & Nader, 1993; Ajdukovic, 1998) hebben vastgesteld dat adolescenten na het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen tijdelijk een verhoogd risicogedrag kunnen laten zien (externaliserend gedrag). Om dit externaliserende gedrag te kunnen meten is er een schaal aan het originele instrument (HSCL-25) toegevoegd. De externaliserende vragen corresponderen met de 8 criteria van de gedragsstoornis en 2 criteria van de oppositioneel-opstandige gedragsstoornis zoals gedefinieerd in de DSM-IV (APA, 1994). Hieronder worden de items van de schaal Externaliserend gedrag weergegeven.

- 3. Snel boos worden
- 4. Alcohol drinken als ik uitga in het weekend
- 7. Anderen pesten of bedriegen
- 8. Sigaretten roken
- 11. Dingen van anderen vernielen of stuk maken
- 14. Beginnen van vechtpartijen
- 18. Iemand opzettelijk pijn doen
- 21. Vaak ruzie maken
- 25. Alcohol drinken door de week
- 28. Slaapmiddelen of kalmeermiddelen gebruiken
- 34. Dingen stelen
- 37. Drugs gebruiken (hasj, XTC, speed, coke, LSD)

3. Beschrijving van de onderzochte groepen

3.1 Nederlands AMA onderzoek

Het onderzoeksproject "*Alleenstaande Minderjarige Asielzoekers (AMA's) en de GGZ*" (2001-2004) beoogde bij te dragen aan de beantwoording van de vraag of en in welke mate psychische aandoeningen voorkomen bij AMA's. Het grootschalige landelijke longitudinale onderzoek onder in Nederland verblijvende AMA's en hun voogden, leerkrachten en GGZ hulpverleners had tot doel om de omvang van psychosociale problematiek bij AMA's, de hulpvraag van AMA's, het hulpaanbod van de GGZ aan AMA's en de onderlinge relatie tussen deze elementen weer te geven. De resultaten van het onderzoek verschaffen inzicht in hoe de toegankelijkheid van de GGZ voor AMA's kan worden verbeterd.

Het proces van signalering, diagnostiek, aanmelding en behandeling kan worden gefaciliteerd door een versnelde herkenning van risicofactoren en symptomen bij AMA's. Een nevensdoel van het onderzoek was te komen tot standaardisering van meetinstrumenten voor deze populatiegroep. Het standaardiseringproces wordt in deze handleiding uiteengezet.

Bij de uitvoering van dit onderzoek is zeer zorgvuldig te werk gegaan. Voorafgaand aan het onderzoek is bij GGZ instellingen crisisopvang geregeld, bedoeld voor de eventuele opvang van AMA's die door deelname aan het onderzoek psychische problemen zouden vertonen. Tijdens dit onderzoek bleek het niet nodig te zijn om van deze opvangregeling gebruik te maken. Bovendien vormde het verlenen van schriftelijke toestemming door zowel AMA als voogd voorafgaand aan het onderzoek, een voorwaarde voor de deelname van de AMA aan het onderzoek. Veel tijd is besteed aan het samenstellen van een representatieve onderzoekspopulatie. Dit proces heeft geleid tot een hoge betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten. Gedurende de periode januari 2002 tot april 2003 hebben 1103 AMA's aan het onderzoek meegedaan. Tijdens de periode mei 2003 tot december 2003 hebben 499 jongeren de vragenlijsten voor de tweede keer ingevuld. Ongeveer 10% van de in Nederland verblijvende AMA's in de leeftijdscategorie 12-18 jaar heeft meegedaan aan het onderzoek (Nidos jaarverslag 2003). Dit percentage is ruim voldoende om een goed beeld te geven van de totale Nederlandse AMA populatie in de leeftijdscategorie 12 – 18 jaar (Bean, 2002).

De jongeren hebben in eerste instantie op school in groepen tijdens lesuren vragenlijsten ingevuld. De school is immers een neutrale omgeving die veel structuur biedt voor het afnemen van vragenlijsten. Een gedeelte van de jongeren heeft de vragenlijsten ingevuld in kleine woongroepen, in Asielzoekerscentra of op het Regiokantoor van Stichting Nidos. Dit was noodzakelijk omdat sommige jongeren niet naar school gingen of niet op de dag van de afname op school zijn geweest. In het geval de groep uit tenminste 10 jongeren bestond waren er altijd minimaal 3 onderzoekers aanwezig om een kort interview af te nemen en, indien nodig, uitleg bij de vragen te geven. De afname duurde ongeveer 1 lesuur.

	Nederlands AMA onderzoek*	Percentage
N	1103	
Geslacht		
M	809	73%
V	292	27%
Leeftijd		
Gem. Leeftijd	15, 81 jaar	
Stand.afwijk.	1,97	
Range	8-21 jaar	
Land van Herkomst	53 verschillende landen	
Angola	480	43%
Sierre Leone	105	10%
China/Tibet	90	8%
Guinee	86	7%
Afghanistan	35	3%
Kongo/Zaire	35	3%
Eritrea/Ethiopië	32	3%
Somalië	23	2%
Irak/Iran	20	2%
Mongolië	15	1%
Turkije	15	1%
Overige landen	165	15%

*verschillen in aantallen komen door ontbrekende gegevens

3.2. Belgisch nieuwkomers onderzoek op Onthaalscholen (verder genoemd als het Belgisch nieuwkomers onderzoek)

Geschreven door Ilse Derluyn, Vakgroep Orthopedagogiek, Universiteit Gent

In het onderzoek rond gedrags- en emotionele problemen bij minderjarige anderstalige nieuwkomers in Vlaanderen werd op zoek gegaan naar het voorkomen van verschillende gedrags- en emotionele problemen bij de doelgroep van minderjarige anderstalige nieuwkomers. Dit onderzoek maakt deel uit van een doctoraatsonderzoek rond gedrags- en emotionele problemen bij niet-begeleide buitenlandse minderjarigen aan de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent (België). De setting van dit onderzoek waren de 'Onthaalklassen voor Anderstalige Nieuwkomers' in het secundair onderwijs (11- tot 18-jarigen).

Onthaalklassen voor Anderstalige Nieuwkomers zijn klassen waar anderstalige nieuwkomers terecht kunnen voor een taalbad Nederlands gedurende maximaal één volledig schooljaar.

In dit onderzoek, dat liep van november 2002 tot mei 2003, werden 37 van de 42 secundaire scholen die onthaalonderwijs voor anderstalige nieuwkomers in Vlaanderen organiseren aangeschreven met de vraag tot deelname; drie scholen weigerden, waardoor uiteindelijk 34 scholen deelnamen. Telefonisch of via een persoonlijk bezoek werd meer uitleg gegeven over de doelstellingen en het concrete verloop van het onderzoek aan directie, leerkrachten en eventueel ook de leerlingen zelf. Aan de scholen werd een brief ter beschikking gesteld om de ouders van de betrokken leerlingen op de hoogte te brengen van het onderzoek.

Het onderzoek zelf gebeurde tijdens lesuren, in klassikaal verband. Eerst werd de bedoeling van het onderzoek en het concrete verloop ervan in klassikaal verband toegelicht door de onderzoekster. Daarna werden de 'informed consents' uitgedeeld: elke leerling kreeg twee exemplaren, één voor de onderzoekster en één om zelf te houden. Dit laatste laat de jongere toe om, indien hij/zij dit wenst, later nog contact op te nemen met de onderzoekster om bepaalde verduidelijkingen bij het onderzoek te vragen. Na het uitdelen van de vragenlijsten, zo veel mogelijk in de eigen moedertaal van de jongere, konden de leerlingen in eigen tempo de vragenlijsten invullen. De aanwezigheid van de onderzoekster, samen met enkele studenten (minimaal 2 personen per klas) liet toe om, daar waar nodig, bepaalde jongeren individueel te ondersteunen. Het onderzoek nam per klas meestal anderhalf à twee uur in beslag.

In totaal werden 1294 anderstalige nieuwkomers in dit onderzoek bevraagd. Dit is een groot deel van de totale populatie van anderstalige nieuwkomers in de onthaalklassen van het secundair onderwijs: op 1 oktober 2003 bedroeg het aantal leerlingen in Onthaalklassen voor Anderstalige Nieuwkomers in het secundair onderwijs 1341; op 1 juni 2004 waren dit er 1982 (F. Roekens, Departement Onderwijs, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, persoonlijke mededeling 03/07/2003).

	Belgisch nieuwkomers onderzoek*	Percentage
N	1294	
Geslacht		
M	683	54%
V	584	46%
Leeftijd		
Gem. Leeftijd	15,41 jaar	
Stand.afwijk.	1.88	
Range	10-26 jaar	
Land van Herkomst	111 verschillende landen	
Marokko	180	14%
Ghana	135	11%
Turkije	120	9%
Angola	40	7%
Tsjetsjenië	38	3%
Bulgarije	37	3%
Iran	36	3%
Kosovo	32	2%
Joegoslavië	30	2%
China	28	2%
Polen	27	2%
Afghanistan	26	2%
Armenië	26	2%
Irak	24	1%
Kongo	23	1%
Albanië	23	1%
Slowakije	20	1%
Somalië	19	1%
Overige landen	422	33%

*verschillen in aantallen komen door ontbrekende gegevens

3.3. "WeN! Welzijn en Nieuwkomers. Een onderzoek naar de effectiviteit van de methode Welkom op school." (verder genoemd als het CED Rotterdam onderzoek) Een docentenmethode ter bevordering van het welzijn van nieuwkomers van 12 en 16 jaar in het voortgezet onderwijs.

Dit onderzoek is uitgevoerd door W. de Vos en R. Doelman van Cedille (de sectie onderzoek van de Centrum Educatieve Dienstverlening Groep) in Rotterdam

Welkom op school (Wos) is een programma van 21 lessen dat uitgevoerd kan worden in internationale schakelklassen (ISK) en ten behoeve van de eerste opvang in het voortgezet onderwijs. De docenten geven les aan nieuwkomers, migranten en vluchtelingenjongeren. Met het programma willen de school en de docent het welzijn van deze jongeren positief beïnvloeden. Docenten kunnen met behulp van WoS de psychosociale problematiek bij nieuwkomers eerder signaleren en taxeren, waarna een zinvolle doorverwijzing en behandeling kan plaatsvinden. In dit onderzoek is nagegaan onder welke condities het programma op scholen het best bruikbaar is en geïmplementeerd kan worden.

Het onderzoek heeft op 15 scholen voor het voortgezet onderwijs plaatsgevonden. Vragenlijsten zijn in groepen van 10-15 jongeren afgenomen.

Het onderzoek is tijdens het schooljaar 2003 aangevangen. Het tweede meetmoment heeft 6 maanden na het eerste meetmoment plaatsgevonden. 444 jongeren hebben de HSCL-37A ingevuld tijdens het eerste meetmoment.

	CED Rotterdam Onderzoek*	Percentage
N	444	
Geslacht		
M	245	59%
V	173	41%
Leeftijd		
Gem. Leeftijd	15.08	
Stand.afwijk.	1,90	
Range	11-22	
Land van Herkomst	53 verschillende landen	
Marokko	58	14%
Turkije	41	10%
Afghanistan	32	8%
Angola	59	14%
China	22	6%
Irak	13	3%
Somalië	18	4%
Voormalige Sovjet Unie	10	2%
Portugal	10	2%
Overige Landen	154	37%

*verschillen in aantallen komen door ontbrekende gegevens

3.4. Reguliere afname van vragenlijsten tijdens de intake van volwassen met ernstige psychische problemen (getraumatiseerde vluchtelingen) bij De Vonk (hierna: De Vonk onderzoek).

Het databestand is geïmplementeerd, opgeschoond en geanalyseerd door drs. W. Kleijn, dr. T. Mooren, drs.M. Schoorl en O. Swagemakers -allen werkzaam bij De Vonk

De Vonk, psychiatrisch behandelcentrum voor getraumatiseerde asielzoekers en onderdeel van Centrum 45, behandelt volwassen vluchtelingen en incidenteel ook AMA's voor trauma gerelateerde psychische aandoeningen.

Vanaf 1995 maakt de Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) bij De Vonk onderdeel uit van de intakeprocedure. Hierdoor heeft De Vonk veel ervaring kunnen opdoen met de vragenlijst (Kleijn et al., 2001). De HSCL-25 meet angst- en depressieklachten met een goede betrouwbaarheid (Cronbach alpha .82-.92).

Tot op heden zijn van 811 cliënten van De Vonk de vragenlijsten geanalyseerd. De vragenlijst is vertaald in 20 verschillende talen. De vertalingen van de HSCL-25 bij De Vonk vertonen enige kleine verschillen met de vertalingen van de HSCL-37A (dit is de vragenlijst die bij al het overige, in deze handleiding beschreven, onderzoek wordt gebruikt).

De onderzoekspopulatie van De Vonk verschilt met de andere onderzoekspopulaties uit deze handleiding, omdat de cliënten van De Vonk volwassen zijn, allen ernstige psychische problemen hebben en de originele HSCL-25 hebben ingevuld. Aangezien de onderzoekspopulaties op belangrijke biografische kenmerken verschillen en andere versies van de 25 items zijn gebruikt, moeten vergelijkingen tussen de verschillende groepen met enige terughoudendheid worden gemaakt.

	De Vonk	Percentage
N	811	
Geslacht		
M	592	73%
V	219	27%
Leeftijd		
Gemid. Leeftijd	34.0 jaar	
Stand.afwijk.	9.1;	
Range	14.9-70.4	
Land van Herkomst		
Iran	145	18%
Bosnië	87	11%
Irak	83	10%
Afghanistan	54	6%
Azerbeidzjan	41	5%
Armenië	35	4%
Kosovo	32	4%
Somalië	26	3%
Turkije	26	3%
Overige landen	280	36%

*verschillen in aantallen komen door ontbrekende gegevens

3.5. Belgisch referentie onderzoek

Geschreven door Ilse Derluyn, Vakgroep Orthopedagogiek, Universiteit Gent

Voor de Belgische referentie onderzoek werden willekeurig 17 scholen secundair onderwijs (11- tot 18-jarigen) over de vijf Vlaamse provincies heen geselecteerd. De verdeling naar studierichting en de verdeling over de vijf Vlaamse provincies heen staan hieronder. 617 adolescenten participeerden aan dit onderzoek. 13 scholen behoren tot het vrij onderwijs, 4 tot het gemeenschapsonderwijs.

Dit onderzoek liep van januari 2003 tot mei 2003. Telefonisch of via een persoonlijk bezoek werd meer uitleg gegeven over de doelstellingen en het concrete verloop van het onderzoek aan directie, leerkrachten en eventueel ook de leerlingen zelf. Aan de scholen werd een brief ter beschikking gesteld om de ouders van de betrokken leerlingen op de hoogte te brengen van het onderzoek.

Het onderzoek zelf gebeurde tijdens lesuren, in klassikaal verband. Eerst werd de bedoeling van het onderzoek en het concrete verloop ervan in klassikaal verband toegelicht door de onderzoekster. Daarna werden de 'informed consents' uitgedeeld: elke leerling kreeg twee exemplaren, één voor de onderzoekster en één om zelf te houden. Dit laatste laat de jongere toe om, indien hij/zij dit wenst, later nog contact op te nemen met de onderzoekster om bepaalde verduidelijkingen bij het onderzoek te vragen. Na het uitdelen van de vragenlijsten, konden de leerlingen in eigen tempo de vragenlijsten invullen. De aanwezigheid van de onderzoekster, samen met enkele studenten (minimaal 2 personen per klas) liet toe om, daar waar nodig, bepaalde jongeren individueel te ondersteunen. Het onderzoek nam per klas meestal half uur in beslag.

Per school is een kort verslag gemaakt van de bevindingen. Dit verslag is naar de school gestuurd. Op deze manier hebben deze scholen inzicht gekregen in de omvang van de psychosociale problematiek bij hun eigen jongeren.

	Belgisch referentie onderzoek*	Percentage
N	617	
Geslacht		
M	336	55%
V	279	45%
Leeftijd		
Gem. Leeftijd	16.46	
Stand.afwijk.	1.92	
Range	13-21 jaar	
Provincie		
Antwerpen	95	15%
Vlaams-Brabant	65	11%
Limburg	71	12%
Oost-Vlaanderen	268	43%
West-Vlaanderen	118	19%
Onderwijs		
Algemeen Secundair Onderwijs	180	30%
Technisch Secundair Onderwijs	301	50%
Beroepssecundair Onderwijs	121	20%
Geboorteland		
Belgie	604	99%
Overige landen	2	1%

*verschillen in aantallen komen door ontbrekende gegevens

3.6. Nederlandse referentie onderzoek

Een nevendoeel van het onderzoek "AMA's en de GGZ " was het komen tot een standaardisering van indicatieve instrumenten voor het screenen van psychosociale problemen bij vluchtelingen/migranten jongeren in het algemeen en bij AMA's in het bijzonder. Om dit nevendoeel te bereiken was het belangrijk om te beschikken over een Nederlandse autochtone referentiegroep. Op deze wijze kunnen de ernst en frequentie van klachten bij allochtone jongeren in Nederland vergeleken worden met die van een autochtone referentiegroep en kan de psychosociale problematiek van allochtonen in de juiste context worden geplaatst.

In januari en februari 2004 is er een autochtone referentiegroep samengesteld aan de hand van 13, over heel Nederland verspreide, reguliere VMBO scholen of Regionale Opleidings Centra (ROC). Deze scholen waren geselecteerd op basis van de aanwezigheid van een beperkt percentage (ongeveer 10%) leerlingen dat niet van Nederlandse afkomst was. Het doel was immers om alleen Nederlandse jongeren te laten deelnemen. Vervolgens werd een aantal scholen benaderd waarop AMA's zaten die al meegedaan hadden aan het onderzoek "AMA's en de GGZ". Hierdoor zouden de twee groepen beter vergelijkbaar zijn. Dit resulteerde in 10 scholen die al aan het onderzoek "AMA's en de GGZ" hadden meegedaan.

Ongeveer 100 jongeren per school hebben het instrument ingevuld. De leeftijd van de jongeren bedroeg 12 tot en met 21 jaar. De vragenlijsten zijn op vrijwillige basis en volstrekt anoniem in groepen van +/-25 afgenomen. Voorafgaande aan de afname zijn toestemmingsbrieven aan de ouders van de jongeren gestuurd. De tijdsduur van een afname bedroeg ongeveer 15 minuten.

Per school is een kort verslag gemaakt van de bevindingen. Dit verslag is naar de school gestuurd. Op deze manier hebben deze scholen inzicht gekregen in de omvang van de psychosociale problematiek bij hun eigen jongeren.

	Nederlandse referentie onderzoek*	Percentage
N	1059	
Geslacht		
M	583	57%
V	442	43%
Leeftijd		
Gem. Leeftijd	15.72	
Stand.afwijk.	1.54	
Range	13-21	
Provincie		
Zuid Holland	201	19%
Noord Holland	134	13%
Utrecht	102	10%
Gelderland	224	21%
Groningen	97	9%
Friesland	169	16%
Limburg	99	9%
Overijssel	33	3%
Geboorteland		
Nederland	951	90%
Overige landen (46 landen)	105	10%
Moedertaal		
Nederlands/dialect	885	84%
Overige talen	169	16%

*verschillen in aantallen komen door ontbrekende gegevens

4. Resultaten

4.1. Factorstructuur

De factorstructuur van de HSCL-37A werd getoetst door middel van Simultaneous Components Analyses (SCA).

De oorspronkelijke 25 angst en depressie items van de HSCL zijn op basis van factoranalyses en na beoordeling door verschillende ervaren klinici, in 2 schalen ingedeeld. Om de vraag te beantwoorden hoe sterk de schalen en de nieuwe schaal van externaliserende items in ons onderzoeksmateriaal zijn terug te vinden, werd met behulp van het computerprogramma Simultaneous Components Analysis (SCA) een confirmerende factoranalyse met behulp van de Multiple Groep Methode (MGM) uitgevoerd. Voor nadere details over de MGM-procedure wordt verwezen naar Kiers (1990).

Een Principale Componenten Analyse (PCA) op de correlatiematrix van de originele 25 items van de HSCL plus de 12 externaliserende items in de totale groep van 1102 respondenten resulteerde in een 3 componentenmodel dat 36% van de variantie verklaarde. Een MGM analyse met orthogonale rotatie toonde aan dat de 3 multiple groep componenten 34% van de variantie verklaarde (een verlies van 2%).

In tabel 4.1. staan de gemiddelden, standaarddeviaties en componentenladingen van de 37 items op de multiple groep componenten vermeld, alsmede het percentage verklaarde variantie per groep component in de MGM. Zoals uit tabel 4.1. blijkt, vertoont ieder item inderdaad de hoogste lading op de vooraf aangegeven subschaal. Elk van de items heeft een componentenlading van minimaal .37 en de ladingen van de items op de ander componenten zijn over het algemeen beduidend lager.

De factorstructuur van de oorspronkelijke HSCL-25 is in de steekproef terug te vinden. Dit geldt tevens voor de twaalf nieuwe items. Het gebruik van Amerikaanse schalen in de Nederlandstalige versie lijkt gegrond.

Aparte MGM analyses zijn uitgevoerd op de Portugese en Franse versies van de instrumenten. Vanwege het geringe aantal lijsten dat in het Chinees, Engels, Badini, Servo-Croatisch, Albanees, Turks, Soerani, Nederlands, Arabisch, Dari, Farsi, Amhaars, Somalisch, Mongools en Russisch is ingevuld, konden er geen individuele MGM's voor deze taalversies worden berekend. Deze "overige" talen zijn samengevoegd, waarna vervolgens één MGM Analyse is uitgevoerd (zie bijlagen). Het drie factormodel wordt ook in alle afzonderlijke MGM analyses per taalgroep en onderzoeksgroep bevestigd (zie bijlagen).

Tabel 4.1.

Nederlands AMA onderzoek					
HSCL-37A voor Adolescenten (SCA)					
Item	Gem.	S.D.	Componenten ladingen		
N=806			1	2	3
Angst					
1. zomaar bang	1.86	.77	.65	.52	.19
2. rusteloos	2.02	.76	.61	.46	.26
5. angstig zijn	2.08	.82	.66	.57	.12
9. duizelig	1.84	.67	.64	.47	.24
12. zenuwachtig	1.92	.71	.72	.57	.30
16. hartkloppingen	1.87	.73	.65	.50	.22
19. trillen	1.66	.56	.64	.47	.24
22. gespannen	1.87	.65	.60	.52	.34
26. hoofdpijn	2.36	.62	.60	.52	.20
29. aanvallen angst	1.73	.71	.66	.51	.17
Depressie					
6. schuld	1.76	.85	.35	.43	.19
10. snel huilen	1.99	.82	.49	.57	.13
13. verlies libido	1.51	.63	.32	.41	.22
15. weinig energie	1.90	.68	.54	.58	.23
17. weinig eetlust	2.02	.67	.44	.53	.17
20. slaapproblemen	2.51	1.02	.61	.68	.19
23. toekomst hopeloos	2.43	1.21	.48	.65	.20
24. interesse	1.89	.82	.36	.50	.30
27. verdrietig	2.52	.79	.51	.67	.20
30. eenzaam	2.55	.46	.47	.65	.18
31. zelfmoord	1.87	.97	.47	.58	.22
32. verstrikt	1.85	.90	.52	.61	.31
33. piekeren	2.34	1.06	.48	.64	.20
35. alles moeilijk	2.32	.95	.44	.64	.22
36. niks waard	1.99	.97	.49	.64	.23
Externaliserend					
3. snel boos	2.03	.80	.46	.43	.47
4. alcohol weekend	1.26	.35	.11	.13	.55
7. pesten	1.28	.34	.08	.10	.48
8. sigaretten roken	1.30	.56	.10	.10	.44
11. vernielen	1.18	.20	.12	.07	.45
14. vechtpartijen	1.23	.30	.19	.22	.55
18. iemand pijn doen	1.13	.16	.08	.10	.40
21. ruzie maken	1.43	.45	.32	.33	.51
25. alcohol week	1.17	.27	.12	.18	.54
28. slaapmiddelen	1.26	.46	.32	.26	.40
34. stelen	1.11	.15	.01	.06	.37
37. drugs gebruiken	1.04	.08	.09	.11	.51
Verklaarde variantie per component			7.97	8.33	3.97

Intercorrelaties

Tabel 4.2 vermeldt de interschaalcorrelaties. Zoals uit deze tabel valt af te leiden, hebben twee correlaties een gemiddeld effect size' van minstens .40. Één correlatie is zelfs groot ('effect size' groter dan .50). Geconcludeerd mag worden dat de schalen niet onafhankelijk van elkaar zijn.

Tabel 4.2

Depressief	Angst	Depressief
	.79**	
	N=836	
Externaliserend	.41**	.41**
	N=887	N=838

Noot : ** p <.001

4. 2. Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid heeft betrekking op de herhaalbaarheid van een onderzoeksresultaat. De betrouwbaarheid van het in deze handleiding beschreven instrument wordt vastgesteld door middel van de Cronbach's alfa-coëfficiënt en stabiliteitscoëfficiënt .

4.2.1 Interne consistentie

De berekeningen van de mate van interne consistentie van de schalen (Cronbach's alpha) ondersteunt duidelijke schalen. Deze maat kan variëren van 0 (geen onderlinge correlatie) tot 1 (maximale correlatie). Een alpha tussen de .6 en .8 wordt beschouwd als redelijk en een alpha van .8 of hoger als goed.

De betrouwbaarheid vanuit het Nederlandse AMA onderzoek voor alle items van de HSCL-37A is .91; ondanks de zeer heterogene achtergrond van de respondenten is dit een zeer hoge alpha. De alpha voor de internaliserende (angst en depressie klachten) schaal is .91 en voor de externaliserende (agressief gedrag en middelengebruik) schaal .69 (zie tabel 4.3, 4.4 en 4.5).

Tabel 4.3.

Alpha coëfficiënten

Nederlands AMA onderzoek	Alpha coëff.	Gem. Inter-item r	Range item totaal r
HSCL-37A totale score	(N=806) .91	.42	.08-.62
HSCL-37A internaliserend	(N=836) .92	.53	.32-.64
HSCL-37A angst	(N=932) .84	.53	.48-.60
HSCL-37A depressief	(N=879) .87	.50	.29-.61
HSCL-37A externaliserend	(N=948) .69	.32	.19-.40

Tabel 4.4.

Alpha coëfficiënten	Belgische nieuwkomers onderzoek	CED Rotterdam Onderzoek	De Vonk onderzoek	Belgische referentie onderzoek	Nederlandse referentie onderzoek
HSCL-37A totale score	(n=783) .90	(n=248) .93	n.v.t.	(n=545) .87	(n=1003) .87
HSCL-37A internaliserend	(n=944) .90	(n=258) .93	(n=749) .91	(n=545) .89	(n=1017) .91
HSCL-37A angst	(n=1080) .80	(n=346) .84	(n=749) .87	(n=545) .76	(n=1042) .80
HSCL-37A depressief	(n=1055) .85	(n=316) .88	(n=749) .86	(n=545) .85	(n=1032) .87
HSCL-37A externaliserend	(n=948) .69	(n=333) .70	n.v.t.	(n=545) .73	(n=1042) .76

Tabel 4.5

Alpha coëfficiënten Nederlands AMA onderzoek per taal			Alpha coëfficiënten Belgische nieuwkomers onderzoek per taal		
HSCL-37A	N	Alpha coëff.	HSCL-37A	N	Alpha coëff.
Portugees	366	.91	Portugees	25	.73
Frans	135	.90	Frans	50	.91
Engels	87	.88	Engels	137	.90
Chinees	73	.91	Chinees	27	.95
Arabisch	15	.95	Arabisch	114	.91
Dari	17	.92	Dari	*	*
Farsi	13	.91	Farsi	31	.85
Amhaars	14	.92	Amhaars	*	*
Somalisch	13	.94	Somalisch	*	*
Mongools	*	*	Mongools	*	*
Russisch	21	.93	Russisch	93	.93
Nederlands	29	.90	Nederlands	66	.86
Soerani	*	*	Soerani	*	*
Turks	*	*	Turks	113	.92
Albanees	*	*	Albanees	24	.91
Duits	*	*	Duits	16	.90
Spaans	*	*	Spaans	47	.84
Servo-Kroatisch	*	*	Servo-Kroatisch	16	.91

* N.V.T vanwege te gering aantal volledig ingevulde vragenlijsten

4.2.2 Stabiliteit

De test-hertest betrouwbaarheid van een vragenlijst wordt meestal bepaald door observaties van scores op verschillende tijdstippen. Test-hertest betrouwbaarheid laat zien hoe consistent en stabiel een instrument testresultaten kan meten. Voor het meten van test-hertest betrouwbaarheid maakt men vaak gebruik van een wachtperiode van ongeveer 8 weken tussen het eerste en tweede meetmoment. In het onderzoek dat al in deze handleiding beschreven is worden langere wachtperiodes gehanteerd in het kader van bepaalde onderzoeksdoelen.

Nederlands AMA onderzoek

De test-hertest betrouwbaarheid van de HSCL-37A is binnen een subgroep van de AMA populatie bepaald. Bij 495 jongeren werd de HSCL-37A twee keer afgenomen. Tussen het eerste en tweede meetmoment bevond zich een periode van 12 maanden. In tabel 4.6 zijn de stabiliteitscoëfficiënten (r_2) vermeld. Ook deze coëfficiënten geven blijk van een redelijke temporele stabiliteit van de HSCL-37A schalen. Alle stabiliteitscoëfficiënten zijn hoger dan .50.

Vergelijkingen tussen de schaalgemiddelden van de eerste en tweede afname laten bij het hier gebruikte tijdsinterval (tabel 4.6a) voor de totale score, de internaliserende schaal en de externaliserende schaal significante stijgingen zien ($p < .05$). Om de grootte van het verschil te meten is de 'effect size' berekend. De 'effect size' is voor alle schalen klein. Dit betekent dat, al hoewel de t-toets een significant verschil laat zien, de effect grootte van dit verschil klein is ($< .10$, Cohen, 1988). Andere schalen laten geen significante stijgingen of dalingen van de scores zien.

CED Rotterdam onderzoek

Bovendien is de test-hertest betrouwbaarheid van de HSCL-37A binnen een subgroep van het CED Rotterdam onderzoek bepaald. Bij 125 jongeren werd de HSCL-37A twee keer afgenomen. Tussen het eerste en tweede meetmoment bevond zich een periode van 6 maanden. In tabel 4.6. zijn de stabiliteitscoëfficiënten (r_2) vermeld. Ook deze coëfficiënten geven blijk van een redelijke betrouwbaarheid van de HSCL-37A schalen. Alle stabiliteitscoëfficiënten zijn hoger dan .50.

Vergelijkingen tussen de schaalgemiddelden ten tijde van de eerste en de tweede afname laten geen significante stijgingen of dalingen zien.

Tabel 4.6

Nederlands AMA onderzoek	Stabiliteitscoëfficiënten	CED Rotterdam onderzoek	Stabiliteitscoëfficiënten
HSCL-37A totale score	(n=439) .63**	HSCL-37A totale score	(n=120) .64**
HSCL-37A internaliserend	(n=432) .64**	HSCL-37A internaliserend	(n=116) .64**
HSCL-37A angst	(n=451) .63**	HSCL-37A angst	(n=125) .62**
HSCL-37A depressief	(n=452) .61**	HSCL-37A depressief	(n=109) .62**
HSCL-37A externaliserend	(n=451) .55**	HSCL-37A externaliserend	(n=125) .54**

Noot : ** $p < .001$

Tabel 4.6a

Nederlands AMA onderzoek	N	Gem. I meting	S.D.	Gem. II meting	S.D.	T waarde	Sig	Effect size
HSCL-37A totale score	439	65.82	14.86	67.45	14.97	2.68	.01	.01
HSCL-37A internaliserend	432	50.51	12.92	51.55	13.05	1.97	.05	.01
HSCL-37A angst	452	19.34	5.29	19.66	5.34	1.46	.15	.01
HSCL-37A depressief	427	31.34	8.44	31.96	8.44	1.71	.09	.01
HSCL-37A externaliserend	451	15.17	3.12	15.92	3.41	5.09	.00	.08

Tabel 4.6b

CED Rotterdam onderzoek	N	Gem. I meting	S.D.	Gem. II meting	S.D.	T waarde	Sig	Effect size
HSCL-37A totale score	120	57.33	14.14	56.93	15.52	.35	.73	.00
HSCL-37A internaliserend	116	41.99	12.11	40.82	12.25	1.23	.22	.01
HSCL-37A angst	125	16.64	5.16	16.31	5.02	.83	.41	.02
HSCL-37A depressief	109	25.46	7.79	24.76	7.90	1.06	.29	.01
HSCL-37A externaliserend	125	15.23	3.37	15.63	4.09	1.23	.22	.03

4.3 Validiteit

Validiteit van een instrument of een procedure is de mate waarin een instrument daadwerkelijk het construct meet dat het beoogt te meten. Validiteit van een instrument kan ingedeeld worden in drie vormen: Inhoud, Construct en Criterium. Deze drie vormen van validiteit van de HSCL-37A worden hieronder besproken.

4.3.1. Inhoudsvaliditeit

Inhoudsvaliditeit heeft te maken met de relevantie van de items ten opzichte van het gedrag dat het beoogt te meten. De HSCL-37A beoogt angst, depressie en externaliserende klachten te meten. De keuze van de items om angst en depressie in kaart te brengen is gebaseerd op de mening van klinici met veel ervaring in de behandeling van cliënten met angst en depressiestoornissen (Derogatis et al., 1974). Bovendien komen alle items in de drie schalen overeen met de DSM-IV criteria voor angst-, depressieve- en gedragsstoornissen. De DSM-IV wordt wereldwijd gebruikt als kader voor het stellen van diagnoses met psychiatrische patiënten. De HSCL-37A blijkt een goede inhoudsvaliditeit te hebben.

4.3.2. Constructvaliditeit

Construct validiteit heeft betrekking op de relatie tussen het instrument en het achterliggende theoretische construct dat het instrument beoogt te meten. De HSCL-37A probeert angst, depressie en externaliserende klachten te meten. De factoranalyses die eerder in deze handleiding besproken zijn, bevestigen het drie factormodel van angst, depressie en externaliserend gedrag dat op goede factorieel validiteit wijst. Het onderzoek dat in deze handleiding beschreven wordt, heeft betrekking op zeer heterogene groepen. De constructen van angst, depressie en externaliserend gedrag worden steeds opnieuw bij alle groepen bevestigd. Uit de bevindingen van de verschillende, in deze handleiding beschreven, onderzoeken blijkt dat de constructen van angst- en depressie en externaliserend gedrag geldig zijn voor vele culturen.

Bij de verschillende groepen zijn naast de HSCL-37A, ook de volgende meetinstrumenten afgenomen:

1. de Reacties van Adolescenten op Traumatische Stress vragenlijst (RATS, Bean et al., 2004)
2. de Stressful Life Events checklist (SLE) (Bean, 2000)
3. de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)-zelf versie (Goodman, 1997)

De SDQ is een kort zelfrapportage gedragscreeningsinstrument van 25 items (5 items over emotionele problemen, 5 items over gedragsproblemen, 5 items over hyperactiviteit, 5 items over relatieproblemen en 5 items over pro-sociaal gedrag). Het is bestemd voor jongeren van 11-18 jaar. Dit instrument is vertaald en beschikbaar in 20 verschillende talen. Tot op heden bestaat er geen handleiding met een overzicht van de psychometrische kenmerken van het instrument. Het is gebruikt in studies met verschillende bekende gedragsvragenlijsten zoals de Rutter Questionnaire (Rutter, 1967) en de Youth Self Report (YSR) (Achenbach, 1991). Uit verschillende studies (Goodman, 1997; Goodman & Scott, 1999; Goodman et al., 2003) blijkt de SDQ net zo betrouwbaar en valide als de Rutter Questionnaire en de YSR.

Op theoretische gronden konden de volgende verbanden worden verwacht:

- 1.) een positief verband tussen de schalen 'internaliserend' en 'angst' en de RATS, SDQ's emotionele problemen schaal
- 2.) een negatief verband tussen de externaliserende schaal en de SDQ's pro-sociaal gedragschaal
- 3.) een positief verband tussen de externaliserende schaal en SDQ's gedragsproblemen schaal
- 4.) een positief verband tussen de internaliserende schaal en de totaalscores van de SLE (aantal meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen).

Tabel 4.7 geeft de correlaties weer tussen de HSCL-37A schalen, de RATS schalen en de totaalscores van het Nederlands AMA onderzoek en de correlaties tussen de HSCL-37A schalen, de SDQ schalen, de RATS schalen en de totaalscores van het Belgische nieuwkomers onderzoek. Zoals op basis van de theorie verwacht werd, vertonen de schalen internaliserend en angst sterke en positieve correlaties met de RATS schalen en de SDQ's emotionele problemen schaal. De externaliserende schaal en de SDQ's pro-sociaal gedrag schaal laten een zwakke en negatieve correlatie zien. Het verband tussen de externaliserende schaal en de SDQ's gedragsproblemen schaal is redelijk sterk en positief. Het verband tussen de internaliserende schaal en het aantal meegemaakte stressvol levensgebeurtenissen is positief en sterk

Tabel 4.7

HSCL-37A correlatie met andere instrumenten - Nederlands AMA onderzoek

	RATS totaal	RATS intrusie	RATS ver/num	RATS hyper.	SDQ totaal	SDQ emo.	SDQ gedrag.	SDQ hyper.	SDQ rel.	SDQ proso.	SLE totaal
HSCL -37A totale score	(n=900) .77	(n=921) .67**	(n=905) .60**	(n=921) .75**	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	(n=962) .27**
HSCL-37A internaliserend	(n=897) .79**	(n=917) .71**	(n=903) .61**	(n=916) .74**	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	(n=957) .28**
HSCL-37A externaliserend	(n=910) .35**	(n=934) .21**	(n=914) .28**	(n=937) .41**	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	(n=982) .08**
HSCL-37A angst	(n=908) .72**	(n=936) .66**	(n=915) .52**	(n=936) .69**	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	(n=981) .26**
HSCL-37A depressie	(n=895) .77**	(n=915) .69**	(n=900) .61**	(n=914) .71**	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	(n=957) .25**

Noot : ** p <.001

HSCL-37A correlatie met andere instrumenten - Belgisch nieuwkomers onderzoek

	RATS totaal	RATS intrusie	RATS ver/num	RATS hyper.	SDQ totaal	SDQ emo.	SDQ gedrag.	SDQ hyper.	SDQ rel.	SDQ proso.	SLE totaal
HSCL -37A totale score	(n=870) .66**	(n=883) .56**	(n=872) .53**	(n=882) .64**	(n=1117) .65**	(n=1130) .63**	(n=1126) .41**	(n=1123) .41**	(n=1125) .29**	(n=1128) -.03	(n=1167) .38**
HSCL-37A internaliserend	(n=854) .68**	(n=867) .58**	(n=855) .55**	(n=865) .64**	(n=1101) .64**	(n=1112) .67**	(n=1108) .34**	(n=1105) .38**	(n=1109) .28**	(n=737) .01	(n=1149) .38**
HSCL-37A externaliserend	(n=886) .33**	(n=901) .23**	(n=889) .25**	(n=899) .39**	(n=1141) .43**	(n=1152) .25**	(n=1150) .45**	(n=1147) .33**	(n=1148) .18**	(n=1151) -.17**	(n=1192) .22**
HSCL-37A angst	(n=867) .59**	(n=880) .52**	(n=870) .47**	(n=880) .56**	(n=1124) .55**	(n=1135) .59**	(n=1130) .35**	(n=1129) .35**	(n=1130) .20**	(n=1134) -.01	(n=1175) .33**
HSCL-37A depressie	(n=1105) .65**	(n=864) .55**	(n=851) .54**	(n=862) .62**	(n=1094) .62**	(n=1105) .65**	(n=1098) .35**	(n=1098) .35**	(n=1102) .29**	(n=1104) .03	(n=1138) .38**

Noot : ** p <.001

De verschillen tussen de gemiddelden van de totaalscores van de AMA's op de HSCL-37A zijn berekend voor geslacht, leeftijd, familielid in Nederland, verblijfsstatus, totaal aantal jaren op school, woonsituatie en tijdsduur in Nederland. Op theoretische gronden kunnen de volgende relaties worden verwacht tussen de gemiddelde scores van de HSCL-37A en belangrijke demografische gegevens:

1. omdat meisjes in het algemeen neigen tot internaliseren en omdat over vele culturen heen de prevalentie van depressie bij vrouwen ongeveer twee maal zo hoog is als bij mannen, zullen de gemiddelde scores van meisjes significant hoger zijn dan van jongens
2. gezien de grote onzekerheid in het leven van een AMA rondom het 18^{de} jaar, kan verwacht worden dat oudere AMA's hogere gemiddelde scores zullen rapporteren dan jongere AMA's.
3. AMA's met tenminste één, in Nederland woonachtig familielid, zullen lagere gemiddelde scores hebben dan AMA's zonder familielid.
4. AMA's die meer persoonlijke begeleiding krijgen (bijvoorbeeld woonachtig in een kindervoorgroep of pleeggezin, zullen lagere scores rapporteren dan AMA's die weinig persoonlijke begeleiding krijgen, omdat ze in grootschalige opvang (asielzoekercentra) verblijven.
5. Hoe langer AMA's in Nederland verblijven hoe lager hun gemiddelde scores op de HSCL-37A zullen zijn .
6. Verwacht kan worden dat wanneer AMA's duidelijkheid hebben over hun verblijfsstatus, de gemiddelde scores lager zullen zijn dan wanneer er geen duidelijkheid bestaat.
7. AMA's die langer op school hebben gezeten zullen lagere scores hebben dan AMA's die korter op school hebben gezeten.

Uit tabel 4.8 blijkt dat de HSCL-37A goed tussen groepen kan discrimineren. Sommige demografische kenmerken blijken de scores beduidend te beïnvloeden. Meisjes hebben wel hogere gemiddelde scores gerapporteerd dan jongens, maar het verschil is niet significant. Jongeren met tenminste één familielid woonachtig in Nederland (bijvoorbeeld een broer of zus) hebben beduidend lagere scores dan jongeren die geen familielid in Nederland hebben.

De meeste AMA's hebben een tijdelijke verblijfsvergunning (AMA-VTV) of hun asielaanvraag is nog in behandeling. Deze informatie is door de voogd verschaft. In dit onderzoek blijkt dat er geen verschil is tussen de gemiddelde scores van jongeren in bezit van een tijdelijke verblijfsstatus en jongeren die geen duidelijkheid over hun status hebben.

'Leeftijd' en 'soort van opvang' zijn beide belangrijke kenmerken in relatie tot het rapporteren van klachten.

Oudere jongeren hebben significant hogere scores gerapporteerd op de HSCL-37A dan jongere AMA's.

AMA's die onder intensief dagelijks toezicht staan, zoals in een pleeggezin of kindervoorgroep, rapporteren significant minder klachten dan AMA's die in Kleine woonheden (KWE) of in asielzoekercentra verblijven.

De kenmerken 'jaren op school' en 'tijdsduur in Nederland' hebben geen significant effect op de gemiddelde scores van de AMA populatie.

Kort samengevat bestaat het risicoprofiel van de AMA populatie uit de volgende onderdelen: oudere leeftijd, verblijf in Nederland zonder familielid en woonachtig in centrale opvang. De groep die aan de meeste onderdelen van het risicoprofiel voldoet, rapporteerde in vergelijking tot de andere groepen hogere scores op de HSCL-37A. In 7.1.1. t/m 7.1.5. staan tabellen met de overige onderzoekspopulaties die de invloed van de demografische kenmerken op de totaalscores van de HSCL-37A weergeven.

Tabel 4.8

Nederlands AMA onderzoek

HSCL-37A	N	Groepen	Gem.	S.D.	T	Sig.	Effect size		
Totale scores									
Geslacht	264	Meisjes	67.92	15.36	1.84	.06	.13		
	727	Jongens	65.95	14.68					
Familieid in Nederland	213	Met Familieid	63.16	15.36	3.86	<.00	.31		
	578	Zonder Familieid	67.67	14.25					
Verblijfsstatus	192	geen duidelijkheid over status	67.05	15.25	.873	.38	.09		
	156	tijdelijke verblijfsstatus	65.65	14.37					
HSCL-37A	N	Groepen	Gem.	S.D.	F	Sig.	Contrast.	Effect Size	
Totaalscores									
Leeftijd	169	1. t/m 14 jaar	59.05	13.01	28.78	<.00	4>3>2>1	1-2= .39	
	180	2. 15 jaar	64.29	13.73				1-3= .59	
	359	3. 16 jaar	67.27	14.63				1-4= .88	
	284	4. 17 en ouder	71.52	14.90				2-4= .50	
								3-4= .26	
								2-3= .20	
Soort opvang	39	1. Familie/pleeggezin	59.02	15.42	19.35	<.00	1<3<4		
	118	2. Kinderwoongroep	59.19	12.29			2<3<4	1-3= .51	
	405	3. Kleine wooneenheid	66.30	14.14				1-4= .88	
	399	4. Asielzoekerscentra	69.57	15.43				2-4= .70	
								3-4= .22	
								2-3= .52	
Jaren op school	328	1. 1 t/m 5 jaar	65.82	14.19	.888	.41			
	277	2. 6 t/m 8 jaar	67.26	14.77					
	164	3. 9 t/m 13 jaar	67.21	14.57					
Tijdsduur in Nederland	55	1. t/m 6 maanden	67.11	12.57	1.70	.15			
	279	2. 7-12 maanden	66.51	15.29					
	357	3. 13-18 maanden	66.56	14.38					
	171	4. 19-24 maanden	68.31	15.20					
	131	5. langer dan 2 jaar	63.85	15.68					

4.3.3. Criteriumvaliditeit

Criteriumvaliditeit betreft de relatie tussen de testscore en andere belangrijke criteria zoals zorggebruik. Daarnaast laat criteriumvaliditeit zien of de testscore gebruikt kan worden om toekomstig gedrag te bepalen of om klachten vast te stellen. Meestal wordt een gestandaardiseerd diagnostisch interview in samenhang met vragenlijsten gebruikt als extern criterium om de aanwezigheid en de ernst van de psychopathologie bij adolescenten te bepalen. Helaas was het niet mogelijk om in dit onderzoek een gestandaardiseerd interview bij AMA's af te nemen. In deze handleiding zijn zes indicatoren gebruikt als extern criterium; 1.) aantal zelfgerapporteerde ingrijpende gebeurtenissen, 2.) zelfgerapporteerde zorgbehoefte, 3.) behoefte aan professionele hulpverlening voor de AMA beoordeeld door de voogd, 4.) behoefte aan professionele hulpverlening voor de AMA beoordeeld door de leerkracht, 5.) zelf gerapporteerd zorggebruik van een professionele hulpverlener voor psychosociale problemen en 6.) verwezen door voogd naar een GGZ instelling.

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat het aantal meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen een goede voorspeller is van de mate van psychopathologie (Bean, 2000.) Jongeren die 8 of meer ingrijpende gebeurtenissen hebben gerapporteerd, scoorden significant hoger op HSCL-37A dan jongeren die minder dan 8 ingrijpende gebeurtenissen hebben gerapporteerd.

Voor de evaluatie van een instrument ten aanzien van zijn voorspellende waarde voor psychopathologie, kunnen de criteria "verwijzing" en "zorggebruik" bruikbare externe criteria zijn. Om die reden is tijdens het onderzoek onder AMA's zowel aan de AMA zelf, aan de voogd als aan de leerkracht gevraagd of de AMA professionele psychosociale hulp nodig heeft. Aan de AMA is ook gevraagd of deze al naar een psychosociale hulpverlener geweest is en aan de voogd is gevraagd of hij/zij de AMA al naar de GGZ verwezen had. Uit tabel 4.9 blijkt dat de HSCL-37A goed, consistent en significant kan discrimineren tussen AMA's die wel een behoefte aan psychosociale zorg hebben en AMA's die hieraan geen behoefte hebben.

Tabel 4.9

	N	Groepen	Gem.	S.D.	F	Sig.	Contra s	Effect size
Aantal Ingrijpende gebeurtenissen	14	1. 0 gebeurtenissen	57.42	12.23	21.63	<.00	1<2<3<	1-2= .24
	149	2. 1-3 gebeurtenissen	60.97	15.40				1-3= .57
	489	3. 4-7 gebeurtenissen	65.27	13.75				1-4= .85
	310	4. 8-13 gebeurtenissen	70.32	15.27				2-4= .61
			3-4= .35					
				2-3= .30				
Zorgbehoefte AMA Zelf	526	1. Psychosociale zorgbehoefte	70.40	14.26	46.67	<=.00	1<3<2	1-2= .83
	176	2. Geen zorgbehoefte	58.75	13.31				1-3= .38
	159	3. Weet het niet zeker	64.99	14.79				2-3= .45
HSCL-37A Totaalscores	N	Groepen	Gem.	S.D.	T	Sig.	Effect size	
Zorgbehoefte voor AMA:voogd	95	1. Wel psychosociale zorg nodig	74.24	14.13	6.11	<.00	1.59	
	402	2. Geen psychosociale zorg nodig	64.46	13.99				
Zorgbehoefte voor AMA :leerkracht	116	1. Wel psychosociale zorg nodig	70.90	15.50	4.39	<.00	.88	
	289	2. Geen psychosociale zorg nodig	63.67	14.74				
Zorggebruik aangegeven door AMA zelf	110	1. Wel gebruik gemaakt van psychosociale zorg	70.48	15.87	2.39	<.02	.23	
	684	2. Geen gebruik gemaakt van psychosociale zorg	66.84	14.60				
Verwezen door voogd naar GGZ instelling	58	1. Wel verwezen naar GGZ instelling	75.82	14.90	5.20	<.00	.82	
	443	2. Niet verwezen naar GGZ instelling	65.08	13.89				

5. Afnameprocedure

De onderzoeker of hulpverlener dient altijd aanwezig te zijn tijdens de individuele afname van de vragenlijst. De vragenlijst kan worden afgenomen in een groepssetting (met meer dan 2 jongeren dienen er ten minste twee personen aanwezig te zijn) of individueel. De optimale afnamesituatie is een plaats waarbij geen onderbrekingen of storingen kunnen optreden. De jongeren mogen ook niet onder tijdsdruk werken. De vragenlijsten te snel invullen kan tot onbetrouwbare/ongeldige antwoorden leiden. Tijdens de afname moet de volledige privacy van de jongeren gewaarborgd zijn. Jongeren mogen niet vlak naast elkaar aan dezelfde tafel zitten of samen de vragenlijsten invullen. De jongeren moet ook verteld worden dat het niet gaat om een soort van test of een verzameling van informatie voor de politie of IND. Houdt hierbij rekening dat de privacy van vluchtelingenadolescenten vaak niet gerespecteerd wordt. Schriftelijk toestemming vragen aan de adolescenten is gewenst, zodat ze zelf zeggenschap hebben over wat er met hun gegevens gebeurt.

De tijdsduur van de individuele en klassikale afname bedraagt ongeveer 15 minuten. De benodigde tijd hangt in grote mate af van de lees- en taalvaardigheden van de adolescenten. De adolescent kan de vragenlijst met een pen of potlood invullen.

Vraag de adolescent altijd om eerst de aanwijzingen te lezen. Geef daarna een korte uitleg over de ratingschaal. Een korte mondelinge uitleg is essentieel omdat uit ervaring blijkt dat veel kinderen de aanwijzingen voor de lijsten nogal eens overslaan. Het invullen van een vragenlijst kan heel moeilijk zijn voor adolescenten die uit niet-westerse landen komen. Het verschil tussen 'soms', 'beetje' en 'veel' kan moeilijk zijn. Voor de HSCL-37A vragenlijst kan tijdens de uitleg de gekleurde rondjes gebruikt worden om duidelijk te maken hoe de adolescent de ernst of frequentie van een bepaald symptoom kan aangeven. Hier is een voorbeeld van een uitleg: 'Het kleine groene rondje staat voor **nooit**, het grotere gele rondje staat voor **soms**, het grotere oranje rondje staat voor **vaak** en het grootste rondje, de rode, staat voor **altijd**. Kijk naar vraag 26 van de eerste vragenlijst daar staat "Hoofdpijn." Als je niet of bijna nooit hoofdpijn hebt, dan vul je het vakje onder het groene rondje in, als je soms hoofdpijn hebt (een of twee dagen in de week) dan vul je het vakje onder het gele rondje in. Als je vaak hoofdpijn hebt (vier of vijf dagen in de week) dan vul je het vakje in onder het oranje rondje. Als je bijna altijd hoofdpijn heb (elke dag) vul je het vakje in onder het rode rondje.' Wijs altijd naar het rondje waar je het over hebt. Laat ook aan de adolescent zien hoe hij/zij de vakjes moeten invullen. Gebruik meerdere vragen totdat je er zeker van bent dat de adolescent de ratingschaal begrijpt. Besteed voldoende tijd aan de uitleg om een goede meting te verkrijgen.

Het kan zijn dat er veel uitleg over de vragen nodig is. Uit eerder onderzoek is gebleken dat het geven van veel uitleg geen negatieve uitwerking hoeft te hebben op de meting. Op de pagina's 24 staat een korte uitleg voor een aantal items, dat tijdens het onderzoek moeilijk bleek te zijn. Probeer zo min mogelijk te sturen en probeer een duidelijke, neutrale, korte uitleg te geven.

5.1. Nederlandse versie van de HSCL-37A met korte uitleg voor jongeren die de Nederlandse taal niet beheersen

Voorbeelden voor uitleg HSCL-37A		Oorspronkelijk item	nooit	soms	vaak	altijd
1	leg uit zomaar (gebeurt zo, je plant het niet)	Zomaar bang worden	0	0	0	0
2	Even laten zien door je lichaamstaal hoe rusteloos eruit ziet	Rusteloos voelen, niet stil kan zitten	0	0	0	0
3		Snel boos worden	0	0	0	0
4	Doe alsof je een fles in je hand hebt waaruit je drinkt	Alcohol drinken als ik uitga in het weekend	0	0	0	0
5	Heel erg bang	Angstig zijn	0	0	0	0
6	Je voelt je slecht omdat je iets fout hebt gedaan	Mezelf de schuld geven voor dingen	0	0	0	0
7	Pesten (tegen iemand zeggen dat ze stinkt of er vreemd uitziet, mensen voor de gek houden)	Anderen pesten of bedriegen	0	0	0	0
8	Doe alsof je een sigaret in je hand hebt	Sigaretten roken	0	0	0	0
9	Draai je lichaam in rondjes om te laten zien hoe je duizelig wordt.	Duizeligheid of zwakte	0	0	0	0
10	Benadrukt snel!!! Makkelijk! Huilen (doe alsof er tranen uit je ogen komen)	Snel gaan huilen	0	0	0	0
11	Doe alsof je een potlood stuk maakt!	Dingen van anderen vernielen of stuk maken	0	0	0	0
12	Laat even zien door met je handen te trillen en dan zeggen "en dan dat binnen voelen/heel erg bang zijn"	Zenuwachtig of van binnen trillen	0	0	0	0
13	Vindt het niet meer leuk om te vrijen	Verlies van seksuele interesse	0	0	0	0
14	Dat ze zelf met anderen willen vechten (doe alsof je aan het vechten bent met je vuisten)	Beginnen van vechtpartijen	0	0	0	0
15	heel erg moe!	Weinig energie hebben	0	0	0	0
16	Doe je hand over je hart en maak kloppende bewegingen. Benadruk dat het gaat over stilzitten en zomaar voelen dat je hart heel snel gaat kloppen	Hartkloppingen	0	0	0	0
17	Je vindt niks lekker, geen honger, eet niet goed	Weinig zin hebben om te eten	0	0	0	0
18	opzettelijk (leg uit wat het verschil is tussen opzettelijk en per ongeluk)	Iemand opzettelijk pijn doen	0	0	0	0
19	Laat even zien door met je handen wat te trillen	Trillen	0	0	0	0
20	Niet goed kunnen slapen	Problemen om in slaap te vallen, of vaak wakker worden	0	0	0	0
21	met vrienden, mentor, leerkracht	Vaak ruzie maken	0	0	0	0
22	Laat even zien hoe je lichaam eruit ziet als je gespannen bent, en hoe je lichaam eruit ziet als je ontspannen bent. De twee vergelijken.	Gespannen voelen	0	0	0	0
23	Je denk dat je geen goede toekomst hebt. Toekomst(gisteren is het verleden, vandaag is nu, morgen is toekomst) Als je ouder wordt.	Hopeloos voelen over de toekomst	0	0	0	0
24	Vindt school, vrienden, sporten, uitgaan niet leuk	Geen interesse in dingen hebben	0	0	0	0
25		Alcohol drinken door de week	0	0	0	0
26		Hoofdpijn	0	0	0	0
27	Triest, niet blij	Verdrietig voelen	0	0	0	0
28	Pilletjes nemen om te kunnen slapen	Slaapmiddelen of kalmeermiddelen gebruiken	0	0	0	0
29	doe het lichamenlijk voor, benadruk dat het je zomaar overkomt!	Aanvallen van angst of paniek	0	0	0	0
30	Alleen, niemand hebben om over je leuke en slechte ervaringen te spreken. Geen goede vrienden	Eenzaam voelen	0	0	0	0
31	Niet willen leven, dood willen gaan	Gedachten over een eind aan mijn leven te maken	0	0	0	0
32	Pak even een gummetje, zeg dit is een muisje, stop het in jouw vuist.	Verstrikt of gevangen voelen	0	0	0	0
33	Vraag dan even of ze voelen als de muis, dat ze niet weg kunnen.	Te veel over dingen piekeren	0	0	0	0
34	iets nemen dat niet van jou is, doe het voor met hun potlood/pen.	Dingen stelen	0	0	0	0
35	studeren is moeilijk, naar bakker gaan voor brood is moeilijk, opstaan is moeilijk	Het gevoel hebben dat alles zo moeilijk is	0	0	0	0
36	uitleg wat waarde is, een potlood heeft waarde omdat je daarmee kunt schrijven, geld heeft waarde omdat je daarmee dingen kunnen kopen, vind je dat je waarde hebt, voel je je belangrijk?	Gevoelens dat ik niks waard ben	0	0	0	0
37		Drugs gebruiken (hasj, XTC, speed, coke, LSD)	0	0	0	0

6. Scoringsprocedure

De vragenlijst gebruikt een 4 punt ratingschaal (niet/nooit=1, soms=2, vaak=3, altijd=4) om aan te geven hoe vaak een adolescent last heeft van een bepaalde klacht. Het angstcluster bestaat uit 10 vragen (items 1, 2, 5, 9, 12, 16,19, 22, 26, 29), het depressiecluster bestaat uit 15 vragen (items 6,10, 13, 15,17, 20,23, 24, 27, 30, 31, 32, 33, 35, 36). Dat betekent voor het angstcluster een minimale score van 10 punten en een maximale score van 40, voor het depressiecluster een minimale score van 15 punten en een maximale score van 60.

De schaal voor internaliserend gedrag bestaat uit de oorspronkelijke 25 items (items 1, 2, 5, 9, 12, 16,19, 22, 26, 29, 6,10, 13, 15,17, 20,23, 24, 27, 30, 31, 32, 33, 35, 36) en kan opgeteld worden tot een internaliseringsscore (min.=25, max.=100). Door de score van de schaal te delen door het aantal items (25), kan het oorspronkelijke optimale afkappunt voor psychopathologie van de HSCL-25 worden berekend. In het onderzoek van Derogatis et al., (1974) wordt een afkappunt van 43.75 (of $43.75/25=1.75$) (twee standaard deviaties hoger dan van de gemiddelde score) van de onderzochte volwassen Amerikaanse populatie, gebruikt als maatstaf voor psychopathologie bij volwassenen. Dit afkappunt is door Mollica et. al. (1987) voor vluchtelingen bevestigd. Dit afkappunt is tot op heden niet bevestigd voor een Nederlandse volwassenenpopulatie of voor een Nederlandse adolescentenpopulatie. Hierdoor wordt aangeraden om dit afkappunt niet te gebruiken voor het vaststellen van psychopathologie.

De schaal voor externaliserend gedrag (items 3, 7, 11, 14, 18, 21, 34, 4, 8, 25, 28, 37) kan gebruikt worden ter bepaling van de externaliserende score (min= 12, max. 48). De totale score is de optelling van alle 37 items (min.=37, max=148).

Ontbrekende gegevens

Met name bij deze populatie komt het voor dat niet alle items ingevuld kunnen worden. Bijvoorbeeld omdat de jongeren de vragen niet goed begrijpen. Maximaal tien procent van de items van een schaal mag ontbreken om de schaalscore nog te kunnen berekenen (zie tabel 6.1.). De beste manier om een schatting te maken van de ontbrekende waarden is door de score te extrapoleren; eerst het gemiddelde te berekenen van de ingevulde items en dan dit gemiddelde te vermenigvuldigen met het totale aantal items in de schaal. Extrapoleren is een statistische standaardmethode om gedrag te kunnen voorspellen buiten de beschikbare meting van het eigenlijke gebied.

Tabel 6.1.

HSCL-37A	Hoeveel items kunnen ontbreken
HSCL-37A totaalscore	3
HSCL-37A internaliserend	2
HSCL-37A angst	1
HSCL-37A depressief	1
HSCL-37A externaliserend	1

7. Normgegevens

7.1 Percentielscores

Al eerder is in deze handleiding vermeld dat geen diagnose of gestandaardiseerd diagnostisch interview is gebruikt als “gouden standaard” in het AMA onderzoek om de optimale screeningsmogelijkheden van de instrumenten te bepalen. In de toekomst is het gewenst dat dit gebeurt, zodat de sensitiviteit en specificiteit van de normscores bepaald kunnen worden. Tot die tijd kunnen percentielscores worden gebruikt als indicatie van de ernst van de gerapporteerde klachten en stress reacties.

Percentielen worden vaak gebruikt ten behoeve van de standaardisering van een bepaalde testscore of maatstaf zoals IQ quotiënten, CITO toetsen of groei- en gewichtkaarten voor kinderen. Een percentielscore wordt meestal gebruikt om de score van een individu af te zetten tegenover een populatie door te laten zien welk percentage van de populatie gelijk scoort aan die van het individu, of een hogere score heeft. Voorbeeld: als een kind op het 80^e percentiel van een intelligentietest scoort, betekent dit dat 80 procent van alle kinderen in de populatie een lagere score heeft dan het betreffende kind dat de test heeft ingevuld. Het gebruik maken van percentielen is een statistisch model dat op een *dimensionele* benadering gebaseerd is. Dit betekent dat er geen strakke grens wordt getrokken tussen normale en abnormale scores, zoals bij een afkappunt voor psychopathologie (*categoriale* benadering). De percentielscores en ruwe scores op alle schalen van de instrumenten voor de verschillende populatiegroepen staan vermeld op de pagina's 28, 29 en 30.

Klassenintervallen in het algemeen

Om een **algemeen handvat** aan te reiken bij het beoordelen/classificeren van de totaalscores en schaa scores van beide vragenlijsten, kan de volgende indeling gebruikt worden;

zeer hoog	— een ruwe score gelijk aan of boven het 90 ^e percentiel
hoog	--- een ruwe score gelijk aan of boven het 80 ^e percentiel tot aan het 90 ^e percentiel
gemiddeld	--- een ruwe score gelijk aan of boven het 30 ^e percentiel tot aan het 80 ^e percentiel
laag	--- een ruwe score gelijk aan of boven het 20 ^e percentiel tot aan het 30 ^e percentiel
zeer laag	--- een ruwe score gelijk tot aan 20 ^e percentiel

Klassenintervallen voor AMA's voor de HSCL-37A

Om een specifiek en nauwkeuriger betekenis aan de scores van AMA's toe te kennen is het noodzakelijk om het klachtniveau van de AMA's in de juiste context te plaatsen. In vergelijking tot een Nederlandse referentiegroep (9%), heeft een zeer grote groep AMA's (61%) aangegeven dat ze behoefte hebben aan psychosociale hulp voor hen psychische klachten. Terwijl het percentage AMA's dat behoefte heeft aan psychosociale hulp veel hoger ligt dan het percentage Nederlandse jongeren, verschillen de gemiddelde totaalscores van de HSCL-37A van de AMA's niet significant van die van de Nederlandse jongeren die ook hebben aangegeven dat ze hulp nodig zouden hebben voor hun klachten (zie tabel 7.1). De gemiddelde totale score op de HSCL-37A van de groep AMA's met een hulpbehoefte valt tussen het 60^e en 70^e percentiel van de AMA populatie terwijl de gemiddelde totale score van Nederlandse jongeren met een hulpbehoefte tussen het 80^e en 90^e percentiel valt.

Tabel 7.1.

Psychosociale hulpbehoefte		N	Gem.	S.D.	S.E.	T	Sig.	E.S.
HSCL-37A Totaalscore	AMA onderzoek	526	70.40	14.53	.63	1.24	.22	.12
	NL referentie onderzoek	87	68.65	11.77	1.26			
HSCL-37A Internaliserend schaal	AMA onderzoek	525	54.74	12.71	.56	4.47	.00	.44
	NL referentie onderzoek	87	49.28	10.15	1.09			
HSCL-37A Externaliserend schaal	AMA onderzoek	536	15.68	3.32	.14	5.77	.00	.98
	NL referentie onderzoek	87	19.37	5.81	.62			

Uit de percentielentabel op pagina 28 blijkt dat de gemiddelde ruwe totaalscores van de HSCL-37A van het Belgische vreemdelingenonderzoek, CED Rotterdam onderzoek en het Belgisch referentieonderzoek ongeveer overeenkomt met het 60^e percentiel van de jongeren van het Nederlandse referentieonderzoek. Scores van de AMA's in het 60^e percentiel komen ongeveer overeen met de percentielscores van de jongeren van het Nederlandse referentie onderzoek dat behoefte heeft aan psychosociale hulp. Echter de scores van de Nederlandse jongeren met behoefte aan hulp vallen ongeveer in het 80^e percentiel van de Nederlandse referentiegroep. Deze trend, dat wil zeggen dat de ruwe gemiddelde scores behorende bij het 60^e percentiel van de AMA's gelijk is aan de ruwe scores behorende bij het 80^e percentiel van het andere adolescentenonderzoek, komt voor in alle subschalen van de HSCL-37A, met uitzondering van de externaliserende schaal.

Aangeraden wordt dan ook bij de beoordeling van de totaalscores en subschalen scores van AMA's (met uitzondering van de externaliserende schaal) in plaats van het gebruikelijke 80^e percentiel te classificeren als "hoog" om de 60^e percentiel als "hoog" te beschouwen. De nieuwe indeling voor het beoordelen van de totaalscores en subschalen van de AMA's luidt dan als volgt;

Aangepaste klassenintervallen voor AMA's voor de HSCL-37A totaalscores en subschalen

(met uitzondering van de externaliserende schaal)

zeer hoog	--- een ruwe score gelijk aan of boven het 70 ^e percentiel
hoog	--- een ruwe score gelijk aan of boven het 60 ^e percentiel tot aan het 70 ^e percentiel
gemiddeld	--- een ruwe score gelijk aan of boven het 20 ^e percentiel tot aan het 60 ^e percentiel
laag	--- een ruwe score boven het 0 percentiel tot aan het 20 ^e percentiel

HSCL-37A totale score percentielscores

	Nederlands AMA onderzoek	Belgisch nieuwkomers onderzoek	CED Rotterdam onderzoek	De Vonk onderzoek	Belgisch referentie onderzoek	Nederlands referentie onderzoek
	Ruwe scores	Ruwe scores	Ruwe scores	Ruwe scores	Ruwe scores	Ruwe scores
N	993	1229	387	N.v.t.	616	1058
Gemiddelde	66.52	56.93	59.42	N.v.t.	61.29	58.00
Mediaan	66.00	55.00	57.00	N.v.t.	60.00	56.00
S.D.	14.89	12.87	15.05	N.v.t.	10.64	10.73
Min.	37.00	37.00	37.00	N.v.t.	37.00	37.00
Max.	121.00	120.50	112.06	N.v.t.	115.00	103.00
S.F. van Gem	.47	.36	.76	N.v.t.	.43	.33
Percentielscores						
10	47.00	42.00	41.09	N.v.t.	48.00	46.00
20	53.00	46.00	46.00	N.v.t.	53.00	49.00
30	58.00	49.00	50.62	N.v.t.	56.00	52.00
40	62.00	52.00	54.00	N.v.t.	58.00	54.00
50	66.00	55.00	57.00	N.v.t.	60.00	56.00
60	69.00	58.04	60.26	N.v.t.	63.00	59.00
70	74.00	62.00	64.75	N.v.t.	66.00	62.00
80	79.03	67.00	71.00	N.v.t.	70.00	65.82
90	85.72	74.00	81.00	N.v.t.	76.00	72.09
95	93.00	80.00	89.25	N.v.t.	79.69	77.00

HSCL-37A internaliserend schaal percentielscores

	Nederlands AMA onderzoek	Belgisch nieuwkomers onderzoek	CED Rotterdam onderzoek	De Vonk onderzoek	Belgisch referentie onderzoek	Nederlands referentie onderzoek
	Ruwe scores	Ruwe scores	Ruwe scores	Ruwe scores	Ruwe scores	Ruwe scores
N	988	1223	383	749	616	1058
Gemiddelde	51.07	41.85	43.67	75.44	43.00	39.81
Mediaan	51.00	40.64	42.00	78.00	42.00	38.00
S.D.	13.12	11.04	12.79	14.05	8.81	9.25
Min.	25.00	25.00	25.00	25.00	25.00	25.00
Max.	94.00	91.00	92.39	100.00	83.00	85.00
S.F. van Gem	.42	.32	.65	.51	.36	.29
Percentielscores						
10	33.30	29.00	28.13	56.00	33.00	29.00
20	39.13	32.00	32.29	64.00	35.00	32.00
30	43.00	35.00	36.09	70.00	38.00	34.00
40	47.00	37.80	39.13	74.00	40.00	36.00
50	51.00	40.64	42.00	78.00	42.00	38.00
60	54.07	43.00	44.00	81.00	44.00	40.00
70	58.00	46.00	47.98	83.75	47.00	44.00
80	62.00	50.00	53.41	87.00	50.00	47.00
90	68.00	56.07	61.78	92.00	55.09	52.00
95	75.00	62.00	67.00	95.00	59.00	56.00

HSCL-37A externaliserende schaal percentielscores

	Nederlands AMA onderzoek	Belgisch nieuwkomers onderzoek	CED Rotterdam onderzoek	De Vonk onderzoek	Belgisch referentie onderzoek	Nederlands referentie onderzoek
N	1015	1237	400	N.v.t.	616	1058
Gemiddelde	15.45	15.19	15.52	N.v.t	18.29	18.19
Mediaan	15.00	14.00	15.00	N.v.t	18.00	17.00
S.D.	3.28	3.27	3.49	N.v.t	4.17	4.46
Min.	12.00	12.00	12.00	N.v.t	12.00	12.00
Max.	37.00	33.75	32.00	N.v.t	37.00	42.00
S.F. van Gem	.10	.09	.17	N.v.t	.17	.14
Percentielscores						
10	12.00	12.00	12.00	N.v.t	14.00	13.00
20	13.00	13.00	13.00	N.v.t	15.00	14.00
30	13.00	13.00	13.00	N.v.t	16.00	15.00
40	14.00	14.00	14.00	N.v.t	17.00	16.00
50	15.00	14.00	15.00	N.v.t	18.00	17.00
60	15.00	15.00	15.00	N.v.t	18.00	18.00
70	16.00	16.00	16.25	N.v.t	20.00	20.00
80	18.00	17.00	18.00	N.v.t	21.00	21.00
90	19.00	19.00	20.00	N.v.t	24.00	24.00
95	21.00	22.00	23.00	N.v.t	26.00	27.00

HSCL-37A angst schaal percentielscores

	Nederlands AMA onderzoek	Belgisch nieuwkomers onderzoek	CED Rotterdam onderzoek	De Vonk onderzoek	Belgisch referentie onderzoek	Nederlands referentie onderzoek
N	1014	1249	404	753	616	1058
Gemiddelde	19.35	16.36	17.23	29.80	17.14	15.88
Mediaan	19.00	16.00	17.00	31.00	17.00	15.00
S.D.	5.44	4.64	5.34	6.67	3.63	3.80
Min.	10.00	10.00	10.00	15.00	10.00	10.00
Max.	39.00	37.50	40.00	60.00	31.00	35.00
S.F. van Gem	.17	.13	.27	.24	.14	.12
Percentielscores						
10	13.00	11.00	11.00	20.00	12.00	12.00
20	14.00	12.00	12.00	24.00	14.00	13.00
30	16.00	13.00	14.00	27.00	15.00	14.00
40	17.78	14.40	15.00	29.00	16.00	14.00
50	19.00	16.00	17.00	31.00	17.00	15.00
60	20.00	17.00	18.00	33.00	18.00	16.00
70	22.00	18.00	19.00	34.00	19.00	17.00
80	24.00	20.00	21.00	36.00	20.00	19.00
90	27.00	22.22	24.00	38.00	22.00	21.00
95	29.25	24.80	27.94	40.00	24.00	23.00

HSCL-37A depressieve schaal percentielscores

	Nederlands AMA onderzoek	Belgisch nieuwkomers onderzoek	CED Rotterdam onderzoek	De Vonk onderzoek	Belgisch referentie onderzoek	Nederlands referentie onderzoek
N	987	1232	375	778	616	1056
Gemiddelde	31.80	25.51	26.68	45.50	25.87	23.92
Mediaan	32.00	24.64	25.71	47.00	25.00	23.00
S.D.	8.47	7.20	8.27	8.87	5.94	6.13
Min.	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00
Max.	56.00	55.74	52.50	60.00	52.00	54.00
S.F. van Gem.	.27	.21	.43	.32	.24	.19
Percentielscores						
10	20.35	17.00	17.00	32.97	19.00	17.00
20	24.00	19.00	19.00	39.00	21.00	19.00
30	27.00	21.00	21.00	42.00	22.00	20.00
40	29.00	23.00	23.00	45.00	24.00	21.00
50	32.00	24.64	25.71	47.00	25.00	23.00
60	33.21	26.00	27.00	49.00	26.79	24.00
70	36.26	28.00	29.20	51.00	28.00	26.00
80	39.00	31.00	34.00	53.00	30.00	28.00
90	43.00	35.00	38.23	56.00	34.00	32.00
95	47.00	39.00	42.20	57.86	37.00	35.00

7.1.1. Belgisch nieuwkomers onderzoek

HSCL-37A totale score

	N	Groepen	Gem.	S.D.	F	Sig.	Contrasts	Effect size
Leeftijd	380	1. t/m 14 jaar	54.75	11.96	5.49	<.00	1<3<4	1-3= .31
	208	2. 15 jaar	57.07	13.49				1-4= .26
	196	3. 16 jaar	58.67	14.35				3-4= .19
	363	4. 17 en ouder	57.87	12.42				
Soort begeleiding	626	1. Beide ouders	55.22	12.72	16.97	<.00	4>3>2>1	1-2= .13
	123	2. Vader	56.91	12.32				1-3= .15
	267	3. Moeder	57.16	12.95				1-4= .74
	110	4. Alleen	64.51	11.78				2-4= .63 3-4= .58 2-3= .02
Tijdsduur in Nederland	431	1. t/m 6 maanden	56.07	13.03	1.26	<.29		
	408	2. 6-12 maanden	57.54	12.27				
	123	3. 12-18 maanden	57.76	11.70				
	39	4. 18-24 maanden	56.52	11.51				
	83	5. langer dan 2 jaar	55.23	10.87				
Aantal Ingrijpende gebeurtenis	113	1. 0 gebeurtenissen	47.81	7.95	59.14	<.00	1<2<3<4	1-2= .66
	549	2. 1-3 gebeurtenissen	54.26	11.27				1-3= 1.13
	384	3. 4-7 gebeurtenissen	61.28	12.91				1-4= 1.27
	121	4. 8-13 gebeurtenissen	63.50	15.45				2-4= .76 3-4= .16 2-3= .59
HSCL-37A totale score	N	Groepen	Gem.	S.D.	T	Sig.	Effect size	
Geslacht	531	Meisjes	57.75	12.65	2.08	.04	.12	
	639	Jongens	56.17	13.05				
Type status	673	Immigranten	56.90	12.63	.12	.91	.01	
	512	Vluchteling	56.81	13.28				

7.1.2. CED Rotterdam onderzoek

HSCL-37A totale score								
	N	Groepen	Gem.	S.D.	F	Sig.	Contrasts	Effect size
Leeftijd	181	1. t/m 14 jaar	56.22	12.02	6.85	<.00	1<2<4	1-2= .53
	56	2. 15 jaar	63.32	17.43				1-4= .65
	64	3. 16 jaar	60.74	17.24				2-4= .09
	58	4. 17 en ouder	64.94	17.51				
Soort afkomst	185	1. Gezinshereniging	56.51	14.03	16.03	<.00	3>2>1	1-3= .74
	69	2. Vluchteling	59.30	16.10				1-2= .19
	91	3. AMA	67.21	15.23				2-3= .51
Tijdsduur in Nederland	55	1. t/m 6 maanden	54.74	13.84	3.42	<.01	1<3	1-3= .68
	112	2. 7-12 maanden	59.56	15.26				
	68	3. 13-18 maanden	64.75	15.79				
	40	4. 19-24 maanden	59.79	16.11				
	42	5. langer dan 2 jaar	58.99	13.90				
Aantal Ingrijpende gebeurtenis	42	1. 0 gebeurtenissen	46.43	10.30	34.04	<.00	1<2<3<4	1-2= .78
	163	2. 1-3 gebeurtenissen	55.41	11.93				1-3= 1.33
	140	3. 4-7 gebeurtenissen	65.22	15.12				1-4= 1.76
	39	4. 8-13 gebeurtenissen	69.34	15.74				2-4= .27
								3-4= .27
							2-3= .73	
	N	Groepen	Gem.	S.D.	T	Sig.	Effect size	
Geslacht	145	Meisjes	61.99	15.93	2.50	.01	.27	
	219	Jongens	57.94	14.54				

7.1.3. De Vonk onderzoek

HSCL-25 (internaliserende score van HSCL-37A)

	N	Groepen	Gem.	S.D.	F	Sig.	Contrasts	Effect size
Leeftijd	39	1. t/m 19 jaar	70.09	14.21	2.23	.08		
	391	2. 20 jaar t/m 36 jaar	75.97	13.90				
	229	3. 37 jaar t/m 49 jaar	75.44	14.48				
	28	4. 50 jaar en ouder	73.36	14.67				
Tijdsduur in Nederland	137	1. korter dan 1 jaar	73.86	15.26	1.44	.23		
	160	2. 1 jaar	75.38	14.43				
	129	3. 2 jaar	77.42	12.75				
	261	4. langer dan 3 jaar	75.90	14.18				
Burgerlijke staat	363	1. gehuwd	76.22	13.54	1.07	.34		
	234	2. ongehuwd	74.49	14.40				
	78	3. gescheiden/verweduwd	75.42	15.74				
Opleidingniveau	91	1. basis	73.58	15.95	1.52	.21		
	316	2. middelbaar	76.63	12.90				
	89	3. hoog	74.63	14.47				
	123	4. universitair	74.76	14.17				
Opvang	334	1. centraal opvang	77.06	13.19	5.02	.01	1>2	.23
	278	2. zelfstandig	73.95	14.39				
	62	3. overige	72.57	17.02				
Verblijfstatus	404	1. asielzoeker	77.36	13.46	8.38	<.00	4>1>3>2	1-2= .53
	51	2. voorlopige	70.16	17.34				1-3= .41
	155	3. vluchteling	71.81	13.94				1-4= .33
	25	4. uitgeprocedeerd	81.76	8.23				2-4= .78
	46	5. genaturaliseerd	72.20	14.91				3-4= .75 2-3= .11
	N	Groepen	Gem.	S.D.	T	Sig.	Effect size	
Geslacht	509	1. Man	74.03	13.89	4.20	<.00	.43	
	178	2. Vrouw	79.15	14.36				

7.1.4. Belgisch referentie onderzoek

HSCL-37A totale score

	N	Groepen	Gem.	S.D.	F	Sig.	Contrasts	Effect size
Leeftijd	109	1. t/m 14 jaar	58.18	10.69	9.21	<.00	1<2<4	1-2= .04
	79	2. 15 jaar	57.78	10.53				1-4= .48
	86	3. 16 jaar	61.50	11.28				2-4= .52
	315	4. 17 en ouder	63.10	10.27				
Soort begeleiding	469	1. Beide ouders	60.54	10.58	6.97	<.00	1<2<3	1-2= .27
	103	2. Moeder	63.39	10.26				1-3= .55
	33	3. Overige	66.27	9.77				2-3= .29
School richting	187	1. ASO	59.57	9.90		.03	1<2	1-2= .23
	306	2. TSO	62.03	10.84				
	122	3. BSO	61.82	10.78				
Aantal Ingrijpende gebeurtenis	84	1. 0 gebeurtenissen	53.61	8.33	29.10	<.00	1<2<3,4	1-2= .76
	334	2. 1-3 gebeurtenissen	60.65	9.57				1-3= 1.18
	186	3. 4-7 gebeurtenissen	65.50	11.01				1-4= 1.35
	11	4. 8-13 gebeurtenissen	65.48	12.49				2-4= .50
								3-4= .00
								2-3= .48
HSCL-37A totale	N	Groepen	Gem.	S.D.	T	Sig.	Effect size	
Geslacht	279	Meisjes	64.83	10.79	8.06	<.00	.65	
	334	Jongens	58.24	9.47				

7.1.5. Nederlands referentie onderzoek

HSCL-37A totale score

	N	Groepen	Gem.	S.D.	F	Sig.	Contrasts	Effect size
Leeftijd	235	1. t/m 14 jaar	56.57	10.97	2.04	.16		
	303	2. 15 jaar	58.27	11.03				
	250	3. 16 jaar	58.10	11.30				
	268	4. 17 en ouder	58.16	9.45				
Soort begeleiding	796	1. Beide ouders	57.32	10.31	4.81	<.00	3>1	1-3= .31
	91	2. Soms met moeder/soms vader	57.69	11.76				
	105	3. Moeder	60.92	10.99				
	37	4. Vader	62.18	13.35				
	27	5. Overige	61.15	9.38				
Zorgbehoefte	87	1. Psychosociale zorgbehoefte	68.64	11.78	127.97	<.00	2<1,3	1-2= 1.44
	837	2. Geen zorgbehoefte	55.63	8.73				1-3= .16
	126	3. Weet het niet zeker	66.67	12.96				2-3= 1.18
Aantal Ingrijpende gebeurtenis	104	1. 0 gebeurtenissen	52.46	8.29	85.23	<.00	1<2<3<4	1-2= .30
	538	2. 1-3 gebeurtenissen	55.07	8.89				1-3= .95
	381	3. 4-7 gebeurtenissen	62.15	10.66				1-4= 2.33
	35	4. 8-13 gebeurtenissen	74.36	12.40				2-4= 2.11
								3-4= 1.13
								2-3= .73

HSCL-37A totale score	N	Groepen	Gem.	S.D.	T	Sig.	Effect size
Geslacht	456	1. Meisjes	60.69	11.41	7.12	<.00	.45
	601	2. Jongens	55.96	9.71			
Zorggebruik	170	1. Wel gebruik gemaakt van psychosociale zorg	64.59	12.43	7.69	<.00	.75
	874	2. Geen gebruik gemaakt van psychosociale zorg	56.81	9.87			

8. Referenties

- Ajdukovic, M. (1998). Displaced Adolescents in Croatia: Sources of Stress and Posttraumatic Stress Reaction *Adolescence*, 33, 209-218.
- Afana, A.H. Dalgard, O.S., Berjtness, B. & Grunfeld, B. (2002). General Practitioners to Detect Mental Disorders Among Primary Care Patients in a Stressful Environment: in the Gaza Strip. *Journal of Public Health Medicine* , 24, 326-331.
- Arrindell, W. & Ettem, J. (1986). *SCL-90 handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator* Lisse; Swets Publishers.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Youth Self Report/11-18 and 1991 Profile*. Burlington USA; University of Vermont Department of Psychiatry.
- Almqvist, K. & Brandell-Forsberg, M. (1997). Refugee children in Sweden: Post-Traumatic Stress Disorder in Iranian Preschool Children Exposed to Organized Violence. *Child Abuse & Neglect*, 21, 351-366.
- American Psychiatry Association (APA) (1994). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatry Association
- Bean, T (2000). *Measuring the effects of traumatic stress on immigrant and refugee adolescents*. Doctoraal scriptie Clinical Child and Youth Psychology, Leiden University.
- Bean, T (2002). *Alleenstaande Minderjarige Asielzoekers en de GGZ; Deel I Interviews met hulpverleners van de GGZ*. Centrum '45, Oegstgeest.
- Bean, T, (2003). *Voortgangsrapportage AMA's en de GGZ; Februari 2003*. Centrum '45, Oegstgeest.
- Becker, D., Weine, S., Vojvoda, D. & McGlashan, T. (1999). Case Series: PTSD Symptoms in Adolescent survivors of "Ethnic Cleansing." Results From a 1-Year Follow-up Study. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 775-781.
- Berthold, S.M., (1999). The Effects of Exposure to Community Violence on Khmer Refugee Adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 455-471.
- Boothby N., (1988). Unaccompanied children from a psychological perspective. In E. Ressler, N. Boothby & D. Steinbock, *Unaccompanied children* (133-180). Oxford: Oxford University Press.
- Briggs, L. & Joyce, P.R. (1997). What determines Post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 21(6), 575-582.
- Burstein, A. (1985). Posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 554
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. L. Erlbaum Associates, Hillsdale N.J.
- Davies, F., Norman, R.M., Cortese, L.; & Malla, A.K. (1995). The Relationship Between Types of Anxiety and Depression: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 31-35.
- De Groot, A., Koot, H., & Verhulst, F. (1996). Cross-Cultural Generalizability of the Youth Self-Report and Teacher's Report Form Cross-Informant Syndromes. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 24, 651-664.
- Derogatis, L.R., Lipman, R., Rikels, K., Ulenhoth, E. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A Self-Report Symptom Inventory. *Behavioral Science*, 19, 1-15.
- Felsman, J., Leong, F., Johnson, M., & Felsman, I. (1990). Estimates of psychological distress among Vietnamese refugees: Adolescents, unaccompanied minors, and young adults. *Social Science and Medicine*, 31, 1251-1256.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 17-24.
- Goodman, R. Ford, T. Simmons, H., R. Gatward & Meltzer, H. (2003). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *International review of psychiatry*, 15, 166-172.

- Green, B., Korol, M., Grace, M., Vary, M., Leonard, A., Glaser, G. & Smitsòn, C. (1991). Children and Disaster: Age, Gender and Parental Effect on PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescents Psychiatry*, 30, 945-951.
- Hansson L., Nettelblatt, P., Borguist L. & Nordstrom, G. (1994). Screening for Psychiatric Illness in Primary Care: a Cross-Sectional Study in a Swedish Health District. *Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology*, 29, 83-87.
- Hesbacher, P.T., Rickels, K., Morris, R. J., Newman, H. & Rosenfeld, H. (1980). Psychiatric Illness in Family Practice. *Journal of Clinical Psychiatry*, 41, 6-10.
- Helzer, J.E., Robins, L.N. & McEnvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the Epidemiologic Catchment Area Survey. *New England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.
- Husain, S., Nair, J., Holcomb, W., Reid, J., Varga, V. & Nair, S. (1998). Stress Reactions of Children and Adolescents in War and Siege Conditions. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1718-1719.
- Jensen, P. & Shaw. J. (1993). Children as Victims of War: Current Knowledge and Future Research Needs. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 697-708.
- Kaaya, S.F., Fawzi, F.C., Mbwambo, J.K., Lee, B., Msamanga, G.I., & Fawzi, W. (2002). Validity of the Hopkins Symptom Checklist-25 amongst HIV-positive pregnant women in Tanzania. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 106, 9-19.
- Kiers, H.A.L. (1990) User's manual SCA: a program for simultaneous components analysis of variables measured in two or more populations. Groningen: ProGAMMA.
- Kleijn, W.C., Hovens, J.E., Rodenburg, J.J. (2001). Posttraumatic stress symptoms in refugees: assessments with the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins symptom Checklist-25 in different languages. *Psychology report*, 88, 527-32.
- Kouratovsky, V. (2002). *Wat is era an de hand met Jamila?; Transculturele disgnostiek in de Jeugdzorg*. Forum; Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling, Utrecht. 12.
- Kuterovac, G., Dyregrov, A. & Stuvland, R. (1994). Children in war; A silent majority under stress. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 363-375.
- Lie, B. (2002). A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees *Acta psychiatrica Scandinavica*, 106, 415-425.
- Lustig, S., Kia-Keating, M., Knight, W., Geltman, P., Ellis, H., Kinizie, J.D., Keane, T., & G.N. Saxe. (2004). Review of children and Adolescent Refugee Mental Health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescents Psychiatry*, 43, 24-36.
- Macksoud, M. & Aber, L. (1996). The War Experiences and Psychosocial Development of Children in Lebanon. *Child Development*, 67, 70-88.
- Masser, D. (1992). Psychosocial functioning of Central American refugee children. *Child Welfare*, 71, 439-456.
- McKelvey, R.S. & Webb J.A. (1997). A Prospective study of Psychological Distress Related to Refugee Camp Experience. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 144, 497-500.
- Mghir, R., Freed W., Raskin, A. & Katon, W. (1995). Depression and Posttraumatic Stress Disorder Among A community sample of Adolescent and Young Adult Refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 24-30.
- Mollica, R.F., Wyshak, G., de Marneffe, D., Khuon, F. & Lavelle, J. (1987). Indochinese versions of the Hopkins Symptom Checklist-25 : A Screening Instrument for the Psychiatric Care of Refugees. *American Journal of Psychiatry*, 144, 497-500.
- Mollica, R., Poole, C., Son, L., & Murray, C. (1997). Effects of War Trauma on Cambodian Refugee Adolescents' Functional Health and Mental Health Status, *Journal of the American Academy of Child & Adolescents Psychiatry*, 36, 1099-1107.
- Mollica R., Sarailic, N., Chernoff, A., Lavelle, J., Sarajlic Vukovic, I. & Massagli, M. P. (2001). Longitudinal Study of Psychiatric Symptoms, Disability, Mortality, and Emigration Among Bosnian Refugees. *Journal of the American Medical Association*, 286, 546-554.
- Miller, K. (1996). The effects of State Terrorism and Exile on Indigenous Guatemalan Refugee Children: a Mental Health assessment and Analysis of Children's Narratives. *Child Development*, 67, 86-106.

- Mouanoutoua, V. L., & Brown, L. G. (1995). Hopkins Symptom Checklist-25, Hmong Version: A screening instrument for Psychological Distress. *Journal of Personality Assessment*, 64, 376-383.
- Newman, C.J. (1976). Children of disaster: Clinical observations at Buffalo Creek. *American Journal of Psychiatry*, 133, 306-312.
- Paardekooper, B., de Jong, J.T.V.M., & Hermans, J.M.A. (1999). The psychological impact of war and the refugee situation on South Sudanese Children in refugee camps in Northern Uganda: An exploratory Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(4), 529-536.
- Papageorgiou, V., Frangou-Garunovic, A. Iordanidou, R., Yule, W., Smith, P., & Vostanis, P. (2000). War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 84-90.
- Projectbureau OVB Rotterdam. (1992). Woordenlijst voor 12 tot 15 jarigen. Rotterdam; The Netherlands.
- Pynoos, R.S. & Nader, K. (1993). Issues in the Treatment of Posttraumatic Stress in Children and Adolescents. In J. O. Wilson & B. Raphael (eds.) *International handbook of traumatic stress syndrome*. New York: Plenum. 535-549.
- Pynoos, R.S., Goenjian, A., Tashjian, M., Karakashian, M., Manjikian, R., Manoukian, G., Steinberg, A.M. & Fairbanks, L.A. (1993). Post-traumatic Stress Reactions in Children after the 1998 Armenian Earthquake. *British Journal of Psychiatry*, 163, 239-247.
- Raboteg-Saric, Z., Zuzul, M. & Kerestes, G. (1994). War en children's and prosocial behaviour. *European Journal of personality*, 8, 201-212.
- Reid, B., Patterson, G. & Snyder, J. (2002). Antisocial behaviour in children and adolescents.: a developmental analysis and model for intervention. Washington, D.C. American Psychological Association.
- Rouseau, C. & Drapeau, A. (1998). Parent-Child Agreement on Refugee Children's Psychiatric Symptoms: A transcultural Perspective. *Journal of the American Academy of Child & Adolescents Psychiatry*, 37, 629-636.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B. & Mandel, F. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV field trial for Posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4) 539-555.
- Rots-de Vries, C. (2001) 'Ik moet nog zoveel leren' ; Psychosociale problematiek van AMA's in de West-Brabantse asielzoekerscentra. Breda, GGD West-Brabant.
- Rutter, M. A. (1967). Children's behavior questionnaire for completion by the teachers: preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1, 1-11.
- Sack, W., Clarke, G., Him, C., Dickason, D., Goff, B., Lanham, K. & Kinzie, J. (1993). A 6-year Follow-Up Study of Cambodian Refugee Adolescents Traumatized as Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescents Psychiatry*, 32, 431-437.
- Sack, W. & Clarke, G. (1996). Multiple Forms of Stress in Cambodian Adolescent Refugees. *Child Development*, 67, 107-116.
- Shrestha, N.M, Sharma, B., Van Ommeren, M., S. Regmim, S., Makaju, R., Komproe, I., Shrestha, G.B., & de Jong, J.T.V.M. (1998). Impact of Torture on Refugees Displaced Within the Developing World: Symptomatology Among Bhutanese Refugees in Nepal. *The Journal of the American Medical Association*. 280, 443-448.
- Solomon, S.D. & Canino, G.J. (1990). Appropriateness of DSM-III-R criteria for posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 227-237.
- Sourander, A. (1998). Behavior Problems and Traumatic Events of Unaccompanied Refugee Minors. *Child Abuse and Neglect*, 22, 719-727.
- Terr, L.C., (1983). Chowchilla revisited: The effects of Psychic Trauma Four Years After a School-bus Kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 140 (12), 1543-1550.
- Thabet, A.A. M. & Vostanis, P. (1999). Post-traumatic stress reactions in children of war. *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 40(3), 385-391.
- Van der Veer, G. (1998). *Gevluchte adolescenten, ontwikkeling begeleiding en hulpverlening*. Utrecht: Stichting Pharos.
- Vervuurt, C. & Kleijn, W. (1997). *Vluchtelingen in het voorgezet onderwijs*. Den Haag: Project Neveninstromers.

Winokur A., Winokur, D.F., Rickles, K. & Cox. D. (1984). Symptoms of Emotional Stress in Family Planning Service: Stability over a four-week period. *British Journal of Psychiatry*, 144, 395-399.

Wu, P., Hoven, C.H., Bird, H.R., Moore, R.E., Cohen, P., Alegria, M., Dulcan, M.K., Goodman, S.H., McCue-Horwitz, S., Lichtman, J.H., Narrow, W. E., Rae, D.S., Regier, D.A. & Roper, M.T. (1999). Depressive and Disruptive Disorders and Mental Health Service Utilization in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescents Psychiatry*, 38, 1081-1092.

Zivcic, I. (1993). Emotional Reactions of a Children to War Stress in Croatia, *Journal of the American Academy of Child & Adolescents Psychiatry*, 32, 709-713

9. **Bijlagen**

Bijlage I

Diagnostische criteria (A,B,C,D,E, F) voor gegeneraliseerde angststoornis (DSM-IV;APA 1994)

- A. Buitensporige angst en bezorgdheid (bange voorgevoelens), gedurende zes maanden vaker wel dan niet voorkomend, over een aantal gebeurtenissen of activiteiten (zoals werk of schoolprestaties) .**
- B. Betrokkene vindt het moeilijk de bezorgdheid in de hand te houden.**
- C. De angst en bezorgdheid gaan samen met drie (of meer) van de volgende zes symptomen (waarvan ten minste enkele symptomen in de laatste zes maanden vaker wel dan niet aanwezig) N.B.:Bij kinderen is slechts één item nodig.**
1. rusteloosheid, opgewonden of geïrriteerd zijn
 2. snel vermoeid zijn
 3. zich moeilijk kunnen concentreren of zich niets herinneren
 4. prikkelbaarheid
 5. spierspanning
 6. slaapstoornis (moeilijkheid in slaap te vallen of door te slapen, of rusteloze, niet verkwikkende slaap)
- D. Het onderwerp van angst en bezorgdheid is niet beperkt tot de kenmerken van een As I stoornis, bijvoorbeeld de angst of bezorgdheid gaat niet over het hebben van een paniekaanval (zoals bij een “paniekstoornis”), het in gezelschap voor schut staan (zoals bij een ‘sociale fobie’, het besmet worden (zoals bij de ‘obsessieve-compulsieve stoornis’), het van huis of naaste familie weg zijn (zoals bij de separatie-angststoornis), het in gewicht toenemen (zoals bij de anorexia nervosa), het hebben van veel verschillende lichamelijke klachten (zoals bij somatiestoornis) of een ernstige ziekte hebben (zoals bij de hypochondrie) en de angst en bezorgdheid komt niet uitsluitend voor tijdens een posttraumatische stress stoornis.**
- E. De angst, bezorgdheid of de lichamelijke klachten veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.**
- F. De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten een middel (bij. Drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hyperthyeoidie), en komt niet uitsluitend voor tijdens een stemmingsstoornis, psychotische stoornis of pervasieve ontwikkelingsstoornis.**

Bijlage II

Diagnostische criteria (A,B,C,D,E) voor een depressieve episode (DSM-IV;APA 1994)

- A. Vijf (of meer) van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijzen op een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren; ten minste een van de symptomen is ofwel 1. depressieve stemming, ofwel 2. verlies van interesse of plezier**

1. depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit of wel subjectieve mededelingen (bij. Voelt zich verdrietig of leeg) of wel observatie door anderen (bij. Lijkt betraand). N.B. kan bij kinderen of adolescenten ook prikkelbare stemming zijn
2. duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag (zoals blijkt uit subjectieve mededelingen of uit observatie door anderen)
3. duidelijke gewichtsvermindering zonder dieet gehouden wordt of gewichtstoename (bijvoorbeeld meer dan 5 procent van het lichaamsgewicht in een maand) of bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust. N.B. Bij kinderen moet gedacht worden aan het niet bereiken van de te verwachten gewichtstoename.
4. insomnia of hypersomnia, bijna elke dag
5. psychomotorische agitatie of remming (waarneembaar door anderen, en niet alleen maar een subjectief gevoel van rusteloosheid of vertraagdheid), bijna elke dag)
6. moeheid of verlies van energie, bijna elke dag
7. gevoelens (die waanachtig kunnen zijn) van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (niet alleen maar zelfverwijten of schuldgevoel over het ziek zijn), bijna elke dag
8. verminderd vermogen tot nadenk of concentratie of besluiteloosheid (of wel subjectief vermeld ofwel geobserveerd door anderen), bijna elke dag
9. terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees dood te gaan), terugkerende suïcidedgedachten zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, of suïcide poging of een specifiek plan om suïcide te plegen.

NB: Sluit symptomen uit die duidelijk het gevolg zijn van een somatische aandoening, of stemmingsingscongruente wanen of hallucinaties.

- B. De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een 'gemende episode'**
- C. De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.**
- D. De symptomen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hypothyreoidie).**
- E. De symptomen zijn niet eerder toe te schrijven aan een rouwproces, dat wil zeggen na het verlies van een dierbaar persoon zijn de symptomen langer dan twee maanden aanwezig of zijn zij gekarakteriseerd door duidelijke functionele beperkingen, ziekelijke preoccupatie met gevoelens van waardeloosheid, suïcidedgedachten, psychotische symptomen of psychomotorische remming.**

Diagnostische criteria (A,B,C) voor Depressieve stoornis, eenmalige episode (DSM-IV;APA 1994)

- A. De aanwezigheid van een eenmalige depressieve episode (zie boven)**
- B. De depressieve episode is niet eerder toe te schrijven aan een 'schizo-affectieve stoornis' en is niet gesuperponeerd op 'schizofrenie', 'schizofreniforme stoornis', 'waanstoornis' of psychotische stoornis NAO'**
- C. Er is nooit een manische episode, gemende episode of een hyomane episode geweest.**

Bijlage III

Diagnostische criteria (A,B,C) voor een gedragsstoornis (DSM-IV;APA 1994)

- A. Een zich herhalend en aanhoudend gedragspatroon waarbij de grondrechten van anderen of belangrijke bij de leeftijd horende sociale normen of regels worden overtreden zoals blijkt uit de aanwezigheid gedurende de laatste twaalf maanden van de drie (of meer) van de volgende criteria, met tenminste de laatste zes maanden een criterium aanwezig:**
1. pest, bedreigt of intimideert vaak anderen
 2. begint vaak vechtpartijen
 3. heeft een 'wapen' gebruikt dat anderen ernstig lichamelijk letsel kan toebrengen (bijvoorbeeld een knuppel, kei, gebroken fles, mes, vuurwapen)
 4. heeft mensen mishandeld
 5. heeft dieren mishandeld
 6. heeft in een direct contact een slachtoffer bestolen (bijvoorbeeld iemand van achteren neerslaan, tasjesroof, afpersing, gewapende overval)
 7. heeft iemand tot seksueel contact gedwongen
 8. heeft opzettelijk brand gesticht met de bedoeling ernstige schade te veroorzaken
 9. heeft opzettelijk eigendommen van anderen vernield (anders dan door brandstichting)
 10. heeft ingebroken in iemand's huis, gebouw of auto
 11. liegt vaak om goederen of gunsten van andere te krijgen of om verplichtingen uit de weg te gaan (bijvoorbeeld oplichting)
 12. heeft zonder direct contact met het slachtoffer voorwerpen van waarde gestolen (bijvoorbeeld winkeldiefstal maar zonder in te breken, valsheid in geschrifte)
 13. blijft vaak, ondanks het verbod van de ouders, 's nachts van huis weg, beginnend voor het dertiende jaar
 14. is tenminste tweemaal van huis weggelopen en 's nachts weggebleven (of eenmaal gedurende een langere periode zonder teug te keren)
 15. spijbelt vaak, beginnend voor het dertiende jaar
- B. De gedragsstoornis veroorzaakt in significante mate beperkingen in het sociale, school- of beroepsmatig functioneren.**
- C. Indien betrokkene achttien jaar of ouder is en niet wordt voldaan aan de criteria van een antisociale persoonlijkheidsstoornis.**

Diagnostische criteria (A,B,C,D) voor een Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (DSM-IV;APA 1994)

- A. een patroon met negativistisch, vijandig en openlijk ongehoorzaam gedrag met een duur van ten minste zes maanden waarin vier (of meer) van de volgende aanwezig zijn:**
1. is vaak driftig
 2. maakt vaak ruzie met volwassenen
 3. is vaak opstandig of weigert zich te voegen naar verzoeken of regels van volwassenen
 4. ergert vaak met opzet anderen
 5. geeft anderen vaak de schuld van eigen fouten of wangedrag
 6. is vaak prikkelbaar en ergert zich gemakkelijk aan anderen
 7. is vaak boos en gepikeerd
 8. is vaak hatelijk en wraakzuchtig
- B. De gedragsstoornis veroorzaakt in significante mate beperkingen in het sociale, school- of beroepsmatige functioneren.**
- C. De gedragingen komen niet uitsluitend voor tijdens het beloop van een psychotische of stemmingstoornis**
- D. Er wordt niet voldaan aan de criteria van een gedragsstoornis en indien betrokkene achttien jaar of ouder is wordt voldaan aan de criteria van een antisociale persoonlijkheidsstoornis.**

Bijlage IV

SCA's voor de verschillende taalversies van de HSCL-37A voor het Nederlands AMA onderzoek

Portugese Taalversie

HSCL-37A voor Adolescenten (SCA)					
Item	Gem.	S.D.	Componenten ladingen		
N=367			1	2	3
Angst					
1. zomaar bang	1.65	.60	.63	.46	.24
2. rusteloos	1.94	.57	.68	.51	.24
5. angstig zijn	2.10	.76	.69	.57	.18
9. duizelig	1.72	.60	.60	.42	.18
12. zenuwachtig	1.86	.62	.69	.59	.30
16. hartkloppingen	1.80	.67	.61	.47	.23
19. trillen	1.70	.56	.65	.49	.17
22. gespannen	1.76	.50	.59	.52	.41
26. hoofdpijn	2.34	.51	.60	.52	.10
29. aanvallen angst	1.55	.53	.67	.51	.23
Depressie					
.6 schuld	1.67	.54	.41	.48	.22
10. snel huilen	1.90	.69	.52	.59	.19
13. verlies libido	1.42	.49	.33	.44	.22
15. weinig energie	1.74	.52	.55	.53	.20
17. weinig eetlust	1.97	.62	.41	.52	.18
20. slaapproblemen	2.31	.99	.60	.70	.24
23. toekomst hopeloos	2.44	1.56	.49	.66	.16
24. interesse	1.81	.73	.26	.41	.28
27. verdrietig	2.60	.72	.51	.69	.19
30. eenzaam	2.40	.93	.52	.68	.19
31. zelfmoord	1.92	.98	.49	.60	.32
32. verstrikt	1.76	.76	.51	.62	.33
33. piekeren	2.39	.99	.51	.69	.26
35. alles moeilijk	2.35	.93	.40	.62	.17
36. niks waard	2.01	.84	.48	.64	.21
Externaliserend					
3. snel boos	1.94	.60	.44	.37	.51
4. alcohol weekend alcohol	1.30	.36	.12	.17	.42
7. pesten	1.41	.40	.15	.15	.47
8. sigaretten roken	1.11	.18	.09	.11	.43
11. vernielen	1.21	.20	.15	.09	.40
14. vechtpartijen	1.27	.30	.22	.27	.59
18. iemand pijn doen	1.17	.21	.10	.10	.44
21. ruzie maken	1.40	.38	.30	.26	.60
25. alcohol week	1.19	.27	.13	.22	.49
28. slaapmiddelen	1.16	.26	.25	.23	.44
34. stelen	1.12	.14	.03	.09	.31
37. drugs gebruiken	1.01	.01	-.06	-.03	.29
Verklaarde variantie per component			7.98	8.41	3.88

Total Variance Accounted for by MGM is : 12.46 (33.67%)

Total Variance Accounted for by PCA is : 13.31 (35.98%)

Franse Taalversie

HSCI-37A voor Adolescenten (SCA)					
Item	Gem.	S.D.	Componenten ladingen		
N=135			1	2	3
Angst					
1. zomaar bang	2.16	1.02	.65	.58	.07
2. rusteloos	1.99	.97	.50	.24	.12
5. angstig zijn	2.11	.99	.54	.52	.08
9. duizelig	2.02	.74	.67	.47	.29
12. zenuwachtig	2.11	.97	.71	.53	.40
16. hartkloppingen	2.16	1.04	.73	.52	.13
19. trillen	1.67	.50	.62	.46	.31
22. gespannen	1.95	.75	.56	.45	.27
26. hoofdpijn	2.53	.77	.57	.46	.26
29. aanvallen angst	2.16	.95	.61	.52	.18
Depressie					
.6 schuld	1.77	.93	.19	.29	.17
10. snel huilen	2.14	1.00	.37	.59	.19
13. verlies libido	1.68	.69	.24	.38	.32
15. weinig energie	2.04	.67	.45	.60	.21
17. weinig eetlust	2.08	.62	.45	.52	.20
20. slaapproblemen	2.87	.96	.62	.63	.11
23. toekomst hopeloos	2.60	1.31	.52	.69	.07
24. interesse	2.04	1.01	.38	.52	.22
27. verdrietig	2.64	.87	.46	.61	.22
30. eenzaam	2.82	1.15	.40	.61	.06
31. zelfmoord	2.04	1.21	.36	.52	.08
32. verstrikt	2.02	1.15	.52	.57	.27
33. piekeren	2.04	.98	.44	.50	.06
35. alles moeilijk	2.50	1.15	.51	.71	.31
36. niks waard	2.07	1.20	.55	.63	.19
Externaliserend					
3. snel boos	2.17	1.08	.47	.41	.44
4. alcohol weekend alcohol	1.23	.28	.09	.04	.70
7. pesten	1.22	.33	.06	-.01	.38
8. sigaretten roken	1.27	.50	-.08	-.14	.42
11. vernielen	1.16	.21	.24	.21	.34
14. vechtpartijen	1.13	.15	.23	.19	.40
18. iemand pijn doen	1.10	.13	.02	.11	.36
21. ruzie maken	1.59	.63	.31	.34	.34
25. alcohol week	1.21	.36	.15	.13	.63
28. slaapmiddelen	1.64	.90	.34	.32	.45
34. stelen	1.14	.28	.00	.08	.54
37. drugs gebruiken	1.10	.19	.09	.12	.65
Verklaarde variantie per component			7.41	7.70	3.97

Total Variance Accounted for by MGM is : 12.52 (33.83%)

Total Variance Accounted for by PCA is : 13.44 (36.34%)

Overige talen

HSCI-37A voor Adolescenten (SCA)					
Item	Gem.	S.D.	Componenten ladingen		
N=305			1	2	3
Angst					
1. zomaar bang	1.96	.77	.66	.53	.20
2. rusteloos	2.13	.88	.62	.53	.33
5. angstig zijn	2.04	.83	.70	.59	.07
9. duizelig	1.89	.68	.66	.50	.25
12. zenuwachtig	1.88	.69	.74	.56	.23
16. hartkloppingen	1.82	.68	.63	.50	.26
19. trillen	1.58	.57	.67	.46	.26
22. gespannen	1.96	.77	.63	.55	.31
26. hoofdpijn	2.30	.68	.60	.54	.23
29. aanvallen angst	1.73	.69	.66	.48	.07
Depressie					
.6 schuld	1.87	.83	.36	.45	.18
10. snel huilen	2.02	.88	.50	.53	.05
13. verlies libido	1.55	.76	.32	.38	.17
15. weinig energie	2.02	.81	.54	.61	.26
17. weinig eetlust	2.05	.74	.47	.54	.15
20. slaapproblemen	2.59	.98	.59	.67	.18
23. toekomst hopeloos	2.34	1.22	.45	.62	.27
24. interesse	1.92	.83	.43	.59	.35
27. verdrietig	2.37	.80	.55	.69	.17
30. eenzaam	2.62	1.11	.41	.61	.22
31. zelfmoord	1.72	.82	.53	.60	.20
32. verstrikt	1.88	.94	.51	.61	.30
33. piekeren	2.41	1.13	.52	.71	.23
35. alles moeilijk	2.21	.86	.45	.62	.19
36. niks waard	1.92	1.02	.48	.67	.24
Externaliserend					
3. snel boos	2.07	.90	.46	.48	.45
4. alcohol weekend alcohol	1.24	.36	.13	.11	.64
7. pesten	1.14	.24	.09	.13	.63
8. sigaretten roken	1.54	.94	.14	.16	.51
11. vernielen	1.14	.20	.04	.00	.54
14. vechtpartijen	1.23	.36	.19	.20	.58
18. iemand pijn doen	1.10	.12	.10	.12	.41
21. ruzie maken	1.38	.43	.33	.38	.52
25. alcohol week	1.14	.24	.10	.16	.52
28. slaapmiddelen	1.30	.45	.33	.22	.33
34. stelen	1.07	.10	-.01	.01	.30
37. drugs gebruiken	1.05	.11	.12	.15	.56
Verklaarde variantie per component			8.31	8.72	4.40

Total Variance Accounted for by MGM is : 13.46 (36.38%)

Total Variance Accounted for by PCA is : 14.16 (38.26%)

Bijlage V

SCA's voor de verschillende taalversies van de HSCL-37-A voor het Belgisch onderzoek onder immigranten/vluchtelingen

Alle talen

HSCL-37A voor Adolescenten (SCA)					
Item	Gem.	S.D.	Componenten ladingen		
N=783			1	2	3
Angst					
1. zomaar bang	1.48	.45	.57	.37	.16
2. rusteloos	1.73	.64	.54	.36	.29
5. angstig zijn	1.55	.58	.58	.42	.21
9. duizelig	1.50	.50	.61	.43	.29
12. zenuwachtig	1.66	.62	.65	.45	.31
16. hartkloppingen	1.57	.61	.59	.43	.27
19. trillen	1.40	.41	.64	.44	.28
22. gespannen	1.67	.61	.62	.50	.32
26. hoofdpijn	1.88	.58	.62	.50	.23
29. aanvallen angst	1.39	.42	.63	.47	.15
Depressie					
.6 schuld	1.67	.57	.37	.52	.26
10. snel huilen	1.67	.71	.47	.56	.21
13. verlies libido	1.39	.53	.19	.36	.11
15. weinig energie	1.69	.64	.46	.57	.30
17. weinig eetlust	1.73	.63	.38	.47	.23
20. slaapproblemen	1.83	.89	.43	.59	.29
23. toekomst hopeloos	1.73	.89	.41	.60	.23
24. interesse	1.64	.66	.32	.46	.28
27. verdrietig	1.85	.67	.51	.66	.21
30. eenzaam	1.83	.88	.50	.69	.22
31. zelfmoord	1.34	.53	.43	.59	.33
32. verstrikt	1.40	.50	.45	.63	.26
33. piekeren	1.92	.91	.37	.58	.23
35. alles moeilijk	1.82	.74	.42	.65	.18
36. niks waard	1.44	.55	.49	.66	.29
Externaliserend					
3. snel boos	1.97	.83	.44	.39	.45
4. alcohol weekend alcohol	1.14	.24	.10	.13	.51
7. pesten	1.20	.29	.21	.19	.52
8. sigaretten roken	1.25	.53	.16	.18	.50
11. vernielen	1.13	.17	.17	.16	.45
14. vechtpartijen	1.35	.43	.21	.22	.56
18. iemand pijn doen	1.18	.21	.20	.18	.54
21. ruzie maken	1.39	.42	.32	.32	.56
25. alcohol week	1.10	.12	.08	.10	.50
28. slaapmiddelen	1.16	.25	.34	.34	.36
34. stelen	1.09	.12	.12	.13	.51
37. drugs gebruiken	1.05	.10	.10	.13	.45
Verklaarde variantie per component			6.98	7.58	4.51

Total Variance Accounted for by MGM is : 12.00 (32.42%)

Total Variance Accounted for by PCA is : 12.50 (33.79%)

Engelse Taalversie

HSCI-37A voor Adolescenten (SCA)					
Item	Gem.	S.D.	Componenten ladingen		
N=137			1	2	3
Angst					
1. zomaar bang	1.50	.40	.48	.25	.20
2. rusteloos	1.77	.79	.51	.19	.37
5. angstig zijn	1.61	.53	.73	.51	.32
9. duizelig	1.40	.39	.49	.32	.24
12. zenuwachtig	1.53	.45	.66	.39	.36
16. hartkloppingen	1.65	.64	.60	.39	.29
19. trillen	1.33	.28	.61	.38	.27
22. gespannen	1.61	.56	.55	.51	.31
26. hoofdpijn	1.87	.48	.51	.47	.17
29. aanvallen angst	1.42	.36	.59	.46	.23
Depressie					
.6 schuld	1.64	.47	.51	.67	.40
10. snel huilen	1.49	.59	.34	.43	.14
13. verlies libido	1.50	.70	.14	.43	.09
15. weinig energie	1.70	.55	.57	.64	.27
17. weinig eetlust	1.58	.54	.38	.52	.29
20. slaapproblemen	1.73	.74	.36	.67	.27
23. toekomst hopeloos	1.65	.93	.39	.60	.21
24. interesse	1.64	.55	.33	.39	.25
27. verdrietig	1.64	.48	.38	.64	.43
30. eenzaam	1.73	.66	.45	.65	.24
31. zelfmoord	1.36	.55	.40	.65	.35
32. verstrikt	1.43	.52	.41	.57	.29
33. piekeren	1.93	.78	.46	.70	.25
35. alles moeilijk	1.96	.94	.39	.68	.17
36. niks waard	1.50	.50	.48	.63	.32
Externaliserend					
3. snel boos	1.70	.65	.35	.31	.57
4. alcohol weekend alcohol	1.19	.33	.04	.13	.50
7. pesten	1.34	.52	.31	.32	.48
8. sigaretten roken	1.21	.49	.10	.25	.57
11. vernielen	1.13	.11	.37	.20	.53
14. vechtpartijen	1.34	.47	.24	.18	.66
18. iemand pijn doen	1.27	.30	.32	.18	.56
21. ruzie maken	1.53	.43	.39	.32	.46
25. alcohol week	1.13	.14	.06	.17	.49
28. slaapmiddelen	1.15	.20	.33	.25	.44
34. stelen	1.18	.25	.23	.21	.43
37. drugs gebruiken	1.12	.13	.25	.25	.49
Verklaarde variantie per component			6.77	7.66	5.21

Total Variance Accounted for by MGM is : 12.71 (34.36%)

Total Variance Accounted for by PCA is : 13.71 (37.07%)

Bijlage VI

SCA voor alle taalversies van de HSCL-37-A voor het CED Rotterdam onderzoek

Alle talen

HSCL-37A voor Adolescenten (SCA)					
Item	Gem.	S.D.	Componenten ladingen		
N=248			1	2	3
Angst					
1. zomaar bang	1.56	.60	.61	.43	.31
2. rusteloos	1.82	.75	.60	.45	.30
5. angstig zijn	1.58	.66	.73	.63	.36
9. duizelig	1.56	.64	.71	.57	.28
12. zenuwachtig	1.71	.64	.68	.53	.29
16. hartkloppingen	1.63	.60	.61	.50	.30
19. trillen	1.43	.43	.62	.51	.22
22. gespannen	1.75	.65	.69	.61	.38
26. hoofdpijn	1.95	.78	.67	.58	.24
29. aanvallen angst	1.46	.51	.75	.61	.31
Depressie					
.6 schuld	1.65	.66	.41	.50	.26
10. snel huilen	1.73	.92	.61	.62	.22
13. verlies libido	1.49	.73	.28	.41	.19
15. weinig energie	1.70	.63	.47	.63	.28
17. weinig eetlust	1.84	.78	.45	.52	.33
20. slaapproblemen	1.89	1.00	.63	.72	.28
23. toekomst hopeloos	1.73	.76	.54	.70	.26
24. interesse	1.71	.80	.43	.50	.32
27. verdrietig	1.94	.74	.64	.70	.20
30. eenzaam	1.90	.96	.52	.65	.18
31. zelfmoord	1.42	.65	.45	.65	.42
32. verstrikt	1.53	.73	.55	.74	.33
33. piekeren	1.90	.89	.57	.64	.21
35. alles moeilijk	1.92	.78	.50	.66	.21
36. niks waard	1.63	.80	.55	.69	.38
Externaliserend					
3. snel boos	2.06	1.00	.46	.42	.32
4. alcohol weekend alcohol	1.19	.29	.05	.02	.49
7. pesten	1.19	.28	.29	.25	.58
8. sigaretten roken	1.17	.30	.16	.14	.38
11. vernielen	1.14	.16	.22	.26	.67
14. vechtpartijen	1.33	.42	.53	.27	.48
18. iemand pijn doen	1.15	.15	.24	.25	.55
21. ruzie maken	1.42	.47	.34	.37	.54
25. alcohol week	1.06	.06	.11	.14	.60
28. slaapmiddelen	1.19	.28	.33	.26	.48
34. stelen	1.11	.18	.22	.26	.54
37. drugs gebruiken	1.02	.03	.12	.09	.59
Verklaarde variantie per component			9.20	9.65	5.40

Total Variance Accounted for by MGM is : 14.30 (38.66%)

Total Variance Accounted for by PCA is : 15.38 (41.57%)

Bijlage VII

SCA voor alle taalversies van de HSCL-25 voor het onderzoek van De Vonk

HSCL-25 (SCA)				
Item	Gem.	S.D.	Componenten ladingen	
N=749			1	2
Angst				
1. zomaar bang	2.93	1.11	.70	.45
2. rusteloos	3.17	.90	.61	.45
5. angstig zijn	3.12	1.01	.74	.51
9. duizelig	2.85	.96	.66	.43
12. zenuwachtig	3.29	.79	.73	.45
16. hartkloppingen	2.69	1.04	.68	.39
19. trillen	2.60	1.10	.71	.41
22. gespannen	3.21	.80	.69	.49
26. hoofdpijn	3.03	.94	.74	.51
29. aanvallen angst	2.93	1.07	.70	.48
Depressie				
6. schuld	2.82	1.31	.29	.48
10. snel huilen	2.78	1.34	.34	.49
13. verlies libido	2.82	1.21	.36	.58
15. weinig energie	2.92	.92	.46	.58
17. weinig eetlust	2.93	1.02	.35	.46
20. slaapproblemen	3.37	.84	.40	.45
23. toekomst hopeloos	3.39	.84	.40	.66
24. interesse	2.95	1.08	.35	.62
27. verdrietig	3.33	.74	.46	.70
30. eenzaam	3.28	.88	.34	.57
31. zelfmoord	2.56	1.31	.42	.62
32. verstrikt	3.08	1.06	.43	.65
33. piekeren	3.43	.66	.32	.53
35. alles moeilijk	2.98	1.04	.41	.62
36. niks waard	3.01	1.15	.39	.65
Verklaarde variantie per component			6.83	7.11

Total Variance Accounted for by MGM is : 9.79 (39.17%)

Total Variance Accounted for by PCA is : 9.88 (39.51%)

Bijlage VIII

SCA voor de Nederlandse versie van de HSCL-37-A voor het Belgisch referentie onderzoek

HSCL-37A voor Adolescenten (SCA)					
Item	Gem.	S.D.	Componenten ladingen		
N=545			1	2	3
Angst					
1. zomaar bang	1.38	.29	.61	.42	.02
2. rusteloos	2.18	.47	.49	.31	.22
5. angstig zijn	1.62	.32	.58	.43	.05
9. duizelig	1.68	.46	.62	.43	.12
12. zenuwachtig	1.91	.46	.67	.41	.10
16. hartkloppingen	1.56	.51	.44	.22	.11
19. trillen	1.58	.41	.55	.32	.12
22. gespannen	1.96	.47	.64	.58	.09
26. hoofdpijn	1.99	.43	.52	.38	.10
29. aanvallen angst	1.24	.24	.56	.38	.17
Depressie					
6. schuld	1.98	.48	.50	.62	.07
10. snel huilen	1.55	.45	.44	.48	-.03
13. verlies libido	1.19	.20	.29	.39	.07
15. weinig energie	1.82	.43	.39	.45	.13
17. weinig eetlust	1.75	.47	.31	.47	.08
20. slaapproblemen	2.06	.83	.35	.49	.15
23. toekomst hopeloos	1.75	.61	.41	.65	.19
24. interesse	1.83	.43	.16	.39	.17
27. verdrietig	1.92	.37	.51	.66	.08
30. eenzaam	1.67	.43	.42	.68	.06
31. zelfmoord	1.32	.36	.31	.55	.25
32. verstrikt	1.36	.40	.38	.63	.22
33. piekeren	2.05	.74	.49	.67	.06
35. alles moeilijk	1.88	.47	.39	.62	.15
36. niks waard	1.63	.55	.43	.70	.07
Externaliserend					
3. snel boos	2.06	.45	.28	.29	.42
4. alcohol weekend alcohol	2.39	1.25	.09	.12	.54
7. pesten	1.50	.38	.00	-.02	.55
8. sigaretten roken	1.80	1.37	.21	.25	.45
11. vernielen	1.22	.24	.04	.05	.61
14. vechtpartijen	1.32	.34	.00	-.01	.62
18. iemand pijn doen	1.36	.31	.04	-.01	.60
21. ruzie maken	1.73	.42	.23	.22	.50
25. alcohol week	1.49	.51	.06	.06	.54
28. slaapmiddelen	1.10	.18	.11	.11	.41
34. stelen	1.16	.17	.04	.07	.55
37. drugs gebruiken	1.21	.33	.11	.13	.49
Verklaarde variantie per component			5.81	6.74	3.75

Total Variance Accounted for by MGM is : 11.98(32.39%)

Total Variance Accounted for by PCA is : 12.57(33.97%)

Bijlage IX

SCA voor de Nederlandse versie van de HSCL-37-A voor het Nederlandse referentie onderzoek

HSCL-37A voor Adolescenten (SCA)					
N= 957	Gem.	S.D.	Componenten ladingen		
Item			1	2	3
Angst					
1. zomaar bang	1.31	.26	.65	.48	-.040
2. rusteloos	1.91	.49	.47	.32	.27
5. angstig zijn	1.45	.33	.65	.48	.00
9. duizelig	1.57	.41	.62	.45	.06
12. zenuwachtig	1.70	.45	.69	.54	-.00
16. hartkloppingen	1.51	.45	.57	.33	.12
19. trillen	1.49	.46	.65	.47	.10
22. gespannen	1.77	.42	.58	.48	.16
26. hoofdpijn	1.94	.46	.56	.40	.00
29. aanvallen angst	1.17	.19	.59	.46	.08
Depressie					
6. schuld	1.79	.45	.48	.64	-.03
10. snel huilen	1.45	.48	.46	.59	-.06
13. verlies libido	1.20	.21	.29	.41	.12
15. weinig energie	1.69	.43	.39	.53	.01
17. weinig eetlust	1.72	.51	.39	.49	.05
20. slaapproblemen	1.91	.81	.46	.52	.16
23. toekomst hopeloos	1.55	.52	.46	.67	.11
24. interesse	1.76	.39	.28	.46	.17
27. verdrietig	1.78	.47	.56	.69	-.05
30. eenzaam	1.46	.43	.51	.71	-.02
31. zelfmoord	1.28	.35	.37	.60	.14
32. verstrikt	1.20	.25	.42	.60	.10
33. piekeren	1.87	.67	.50	.67	.06
35. alles moeilijk	1.74	.51	.50	.69	.09
36. niks waard	1.48	.49	.48	.74	.04
Externaliserend					
3. snel boos	1.95	.41	.27	.25	.42
4. alcohol weekend alcohol	2.50	1.34	-.01	-.09	.48
7. pesten	1.39	.29	.03	-.03	.59
8. sigaretten roken	1.77	1.32	.09	.11	.54
11. vernielen	1.21	.22	-.04	-.09	.59
14. vechtpartijen	1.35	.35	-.02	-.02	.64
18. iemand pijn doen	1.32	.28	.04	.03	.61
21. ruzie maken	1.55	.40	.25	.30	.51
25. alcohol week	1.52	.52	-.05	-.08	.58
28. slaapmiddelen	1.12	.18	.22	.17	.26
34. stelen	1.14	.17	-.04	.21	.59
37. drugs gebruiken	1.26	.41	.28	.06	.62
Verklaarde variantie per component			6.84	7.73	3.84

Total Variance Accounted for by MGM is : 13.31 (35.98%)

Total Variance Accounted for by PCA is : 13.72 (37.07%)