

# Adaptieve vaardigheden bij kinderen van 4 tot 12 jaar met ADHD en ASS

Kirsten Verbruggen  
Universiteit Leiden

Studentnummer : 0941506  
Eerste lezer : Prof. dr. E.M. Scholte  
Tweede lezer : Dr. R. Stoutjesdijk

Adaptieve vaardigheden bij kinderen van 4 tot 12 jaar met ADHD en ASS  
Kirsten Verbruggen  
Universiteit Leiden

Studentnummer : 0941506  
Eerste lezer : Prof. dr. E.M. Scholte  
Tweede lezer : Dr. R. Stoutjesdijk

## Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Inleiding	4
2. Theoretisch kader	6
2.1 Adaptief gedrag	6
2.2 Adaptieve vaardigheden bij schoolgaande kinderen	8
2.3 Adaptieve vaardigheden bij kinderen met ADHD of een ASS	11
2.3.1 Kinderen met ADHD.	11
2.3.2 Kinderen met ASS.	13
2.4 Adaptief gedrag en intelligentie	14
2.5 Comorbiditeit en differentiatie in theorie: ASS en ADHD	15
2.6 Comorbiditeit en differentiatie in de praktijk: ASS en ADHD	17
2.7 Conclusie	18
3. Methode	20
3.1 Onderzoeksvraag en deelvragen	20
3.2 Onderzoeksgroep	20
3.3 Procedure	21
3.4 Meetinstrumenten	22
3.5 Analyse	24
4. Resultaten	26
4.1 Betrouwbaarheid van de AVJ schalen	26
4.2 Datainspectie	27
4.3 Resultaten met betrekking tot de onderzoeksvragen	27
4.3.1 Resultaten met betrekking tot de AVJ-hoofdschalen.	28
4.3.2 Resultaten met betrekking tot de AVJ-subschalen.	28

ADAPTIEVE VAARDIGHEDEN BIJ KINDEREN VAN 4-12 JAAR MET ADHD EN ASS	3
5. Discussie	32
5.1 Conclusie	32
5.2 Beperkingen van het onderzoek	34
5.3 Implicaties voor de theorie en de praktijk	34
Referentielijst	37
Bijlage 1: Uitgangstabel van de hoofdschalen voor de vier stoornisgroepen en Uitgangstabel van de subschalen voor de vier stoornisgroepen	39
Bijlage 2: AVJ Vragenlijst	41

## 1. Inleiding

In de kindertijd zien alle jeugdigen zich gesteld voor de opdracht een aantal basale adaptieve vaardigheden te verwerven, zoals het leren oplossen van ruzies met leeftijdsgenootjes, bewustwording van de eigen identiteit, leren om zich te concentreren en te luisteren naar uitleg op school (Rispen & Goudena, 1994; Slot & Spanjaard, 2009). Deze basisvaardigheden ontwikkelt een kind doorgaans spelenderwijs. Met deze verworven competenties is het kind in staat de ontwikkelingsopgaven, die in latere fasen van het leven gesteld worden, goed uit te voeren (Slot & Spanjaard, 2009). Wanneer kinderen onvoldoende adaptieve vaardigheden hebben ontwikkeld, kunnen deze tekorten leiden tot ernstige problemen bij het functioneren op latere leeftijd (Rispen & Goudena, 1994). Problemen die zich kunnen ontwikkelen zijn externaliserende problemen (zoals anti-sociaal en agressief gedrag) en internaliserende problemen, (zoals angst en depressie), problemen in de sociaal emotionele ontwikkeling (de ontwikkeling van empathie), problemen met schoolse vaardigheden (lezen, rekenen, spellen, maar ook leren samenwerken en leren luisteren) en problemen met werk en relaties (Rispen & Goudena, 1994; Slot & Spanjaard, 2009; Stein, Szumowski, Blondis, & Roizen, 1995).

Er is een groot aantal factoren dat ertoe kan leiden dat basiscompetenties bij kinderen onvoldoende tot ontwikkeling komen. Dit kunnen incidentele omstandigheden zijn, zoals de dood van een geliefde persoon, een verkeersongeval of ongunstige omstandigheden in de thuissituatie. Het kunnen echter ook structurele kindfactoren zijn die een belemmering vormen voor de ontwikkeling van adequate basale competenties, zoals de ontwikkelingsstoornissen ASS en ADHD. Juist deze kinderen lopen het risico dat de basale competenties onvoldoende tot ontwikkeling komen (DeHart, Sroufe, Cooper, & Patterson, 2004; Nijmeijer et al., 2008). Het is dan ook van groot belang om vroegtijdig zicht te krijgen op de mate waarin kinderen met ASS en ADHD de basale adaptieve vaardigheden beheersen. Door

eventuele ontwikkelingsproblemen tijdig en gericht bij te sturen, kunnen blijvende problemen met het functioneren mogelijk worden voorkomen.

Huidig onderzoek richt zich daarom op kinderen in de basisschoolleeftijd, met de ontwikkelingsstoornis ASS en/of ADHD. Deze keuze is niet alleen gemaakt omdat ASS en ADHD de meest voorkomende stoornissen zijn waarvoor speciaal onderwijs wordt geïndiceerd (Scholte & Van der Ploeg, 2009), maar ook omdat ADHD en mildere vormen binnen het autistisch spectrum, zoals PDD-NOS, in de differentiaal diagnostiek moeilijk van elkaar te scheiden zijn (Luteijn et al., 2000). Bij beide stoornissen hebben kinderen namelijk sociale problemen vanwege hun tekorten in sociale vaardigheden, de onkunde om deze vaardigheden adequaat te gebruiken en door aandachtsproblemen of door een combinatie van deze punten (Luteijn et al., 2000; Minderaa, 2006).

De centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt: in hoeverre beheersen kinderen met trekken van ASS en kinderen met trekken van ADHD de basale ontwikkelingsvaardigheden? Deze vraag zal worden beantwoord middels een literatuuronderzoek en een empirisch onderzoek.

De scriptie is als volgt opgebouwd: op basis van de bevindingen in het hierop volgende hoofdstuk, het 'Theoretisch kader', volgen de onderzoekshypothesen. In het hoofdstuk 'Methode' wordt de steekproef beschreven, evenals de procedure, de meetinstrumenten, en de analysetechnieken. Het hoofdstuk 'Resultaten' geeft een bondig overzicht van de onderzoeksresultaten. Het afsluitende hoofdstuk 'Discussie' omvat de conclusie, alsook de beperkingen van het onderzoek. Ook komen hier implicaties voor de theorie en de praktijk aan de orde.

## **2. Theoretisch kader**

Dit hoofdstuk zal beginnen met een toelichting van het begrip adaptief gedrag. Vervolgens wordt stil gestaan bij de leeftijdsspecifieke vaardigheden die schoolgaande kinderen verwerven. Ten slotte komt de beheersing van adaptieve vaardigheden bij kinderen met ADHD of ASS en bij kinderen met beide stoornissen aan bod.

### **2.1 Adaptief gedrag**

Het begrip ‘leeftijdsspecifieke ontwikkelingsvaardigheden’ is afkomstig uit de ontwikkelingspsychopathologie (Masten & Coatsworth, 1998; Rispen & Goudena, 1994). De adaptieve vaardigheden zijn competenties die een kind nodig heeft om de leeftijdsspecifieke taken op school, thuis en in de vrije tijd te kunnen volbrengen (Slot & Spanjaard, 2009). Ontwikkelingsopgaven zijn opgaven die van cruciaal belang zijn voor de ontwikkeling van het welbevinden van het kind (Rispen & Goudena, 1994). Adaptief gedrag is de mate waarin een persoon in staat is de dagelijkse activiteiten uit te voeren die nodig zijn om persoonlijk en sociaal te kunnen functioneren, en bestaat uit vier basisvaardigheden: sociale en communicatieve vaardigheden, motorische vaardigheden en dagelijkse vaardigheden (Sparrow, 2005). Daarnaast is het leeftijdsafhankelijk, waarneembaar gedrag dat wordt beoordeeld op basis van verwachtingen van anderen (Sparrow, 2005). De sociale competenties van het kind (het gedrag) en de mate van ondersteuning vanuit de omgeving leiden tot mogelijkheden of onmogelijkheden voor het kind om leeftijdsspecifieke vaardigheden – en zo de ontwikkelingsopgaven – aan te leren. Deze benadering staat bekend als het transactionele model (Ruijsenaars, Van den Bergh, & Schoorl, 2008).

Het aanleren van de vaardigheden wordt dus beïnvloed door risicofactoren en protectieve factoren vanuit het kind zelf en zijn omgeving. Risicofactoren beïnvloeden de competentie van een kind negatief, zoals stressoren (emotionele gebeurtenissen), psychische stoornissen en cognitieve beperkingen (Slot & Spanjaard, 2009). Voorbeelden van stressoren

zijn de dood van een geliefd persoon, een verkeersongeval of een ongunstige gezinssituatie, zoals een scheiding (Bernstein, 2008; DeHart et al., 2004). Protectieve omgevingsfactoren zijn onder meer: steun van ouder(s) of andere volwassene(n), lidmaatschap van een club of het op een goede school zitten. Protectieve persoonseigenschappen zijn onder meer: intelligentie, een positief zelfbeeld, opgewektheid, en de behoefte om autonoom te zijn (Slot & Spanjaard, 2009). Al deze eigenschappen kunnen een positieve bijdrage leveren aan de competentie van het kind.

Het is ook mogelijk dat een kind niet slaagt om de leeftijdsgebonden vaardigheden te beheersen door geringe competenties van de ouder(s). Hieruit blijkt wederom het transactionele aspect. Kinderen van ouders met geringe opvoedingsvaardigheden verwerven minder gemakkelijk adaptief gedrag (Rispen & Goudena, 1994; Slot & Spanjaard, 2009). Ouders hebben dus opvoedingsopgaven te volbrengen. Zo zorgen zij ervoor dat een kind de ontwikkelingsopgaven optimaal leert beheersen (Rispen & Goudena, 1994). Voor ouders van schoolgaande kinderen geldt dat zij hun kind de gelegenheid moeten geven met leeftijdsgenoten om te gaan, dat zij schoolprestaties moeten waarderen en moeten zorgdragen voor een opvoedingsstijl waarin warmte en wederkerigheid centraal staan (Rispen & Goudena, 1994). Als bij kinderen het aanleren van leeftijdsadequate vaardigheden en ontwikkelingsopgaven uitblijft, dan heeft dit ernstige gevolgen voor het functioneren op latere leeftijd (Rispen & Goudena, 1994; Slot & Spanjaard, 2009; Stein et al., 1995).

De beheersing van adaptieve vaardigheden speelt een belangrijke rol bij het ontstaan van gedragsproblemen en emotionele problemen (Masten et al., 2005). Kinderen met een psychiatrische stoornis lopen een groter risico op probleemgedrag, omdat de stoornis tot gevolg heeft dat het kind niet beschikt over voldoende adaptieve vaardigheden (Slot & Spanjaard, 2009). Helaas leidt onvoldoende functioneren binnen één domein (sociaal, academisch of gedragsmatig) ook tot problemen binnen de andere domeinen. Dit is het 'spill



over effect', wat leidt tot een cascade-effect in de ontwikkeling: de gehele ontwikkeling wordt negatief beïnvloed (Murray-Close et al., 2010). Zo heeft een kind met externaliserende problemen – zoals anti-sociaal gedrag – vaak minder sociale contacten, waardoor het minder vaardig wordt in sociaal opzicht, gezien oefenmogelijkheden ontbreken. Tegelijk kunnen externaliserende problemen ook samengaan met slechte academische prestaties in de puberteit en adolescentie. Falen op school zorgt vervolgens tot verergering van het anti-sociale gedrag. In de volwassenheid kunnen de slechte prestaties juist leiden tot internaliserende problemen (Masten et al., 2005; Murray-Close et al., 2010). Dit voorbeeld illustreert hoe de gehele ontwikkeling onder druk komt te staan als adequaat adaptief gedrag uitblijft en hoe dit een levenslange invloed uitoefent op het functioneren.

## **2.2 Adaptieve vaardigheden bij schoolgaande kinderen**

Vanaf het moment dat een kind naar school gaat, ontwikkelt het sociale vaardigheden in de omgang met leeftijdsgenoten, leert het welk gedrag sociaal geaccepteerd is en leert het zich soepel te handhaven op school. Deze aspecten vormen indicatoren voor succesvol functioneren, nu en in de toekomst. Met deze basis kunnen kinderen zich ontwikkelingsopgaven eigen maken, waardoor zij zich in cognitief, sociaal en emotioneel opzicht verder ontwikkelen (Masten & Coatsworth, 1998). Dit resulteert in een gevoel van welbevinden bij het kind, ook voor later (Rispen & Goudena, 1994). De thema's die een kind leert beheersen op school, thuis en in de vrije tijd, horen bij een leeftijdsperiode die specifieke vaardigheden vereisen (Slot & Spanjaard, 2009), zoals de cultuurspecifieke schoolse vaardigheid 'leren functioneren op school'. Om de ontwikkelingsopgaven te vervullen, moeten kinderen eerst beschikken over basale adaptieve vaardigheden, of competenties. In de meeste gevallen leren kinderen die vaardigheden spelenderwijs aan (Slot & Spanjaard, 2009).

De volgende ontwikkelingsopgaven zijn van toepassing op kinderen in de leeftijd van 6 tot 12 jaar. Achter de ontwikkelingsopgaven worden de bijbehorende adaptieve vaardigheden genoemd (Rispen & Goudena, 1994; Slot & Spanjaard, 2009):

1. Affectdifferentiatie en regulatie: het herkennen van en leren omgaan met gevoelens en emoties, het leren controleren van gedrag en aandacht.
2. Sociale informatieverwerking: het kunnen inschatten van bedoelingen en belangen van andere kinderen en volwassenen, leren om de positie van een ander in te nemen door omgang met leeftijdsgenoten.
3. Relaties met leeftijdgenootjes aangaan: geven en nemen in spel, eenvoudige conflicten kunnen oplossen, laten merken dat je een ander aardig vindt, wederkerigheid in de contacten.
4. Leren functioneren op school: luisteren, in groepsverband functioneren, concentreren op taken en ijver (taakhouding eigen maken), regels hanteren en feedback geven, leren lezen, schrijven en rekenen.
5. Regelgeleid gedrag aanleren: maatschappelijke regels volgen ten aanzien van moreel gedrag en pro sociaal gedrag.

Deze opgaven vormen de basis voor de ontwikkelingsopgaven in de adolescentie en hebben zodoende een blijvende invloed op het functioneren (Masten et al., 2005). Opgave 1 vereist speciale aandacht: het reguleren van emoties, stress en aandacht (zelfregulatie) is een proces dat reeds start voor de basisschoolleeftijd en zich tot ver daarna blijft ontwikkelen (DeHart et al., 2004). Dit hangt samen met de ontwikkeling van de executieve functies, waarvan bekend is dat de vereiste hersenstructuren pas in de adolescentie uitontwikkeld zijn (Kievit, Tak, & Bosch, 2008).

De bovenstaande ontwikkelingsopgaven komen tot stand doordat kinderen een psychologische en sociale identiteit krijgen, zij op school meer omgaan met leeftijdgenoten,

er een continue ontwikkeling van executieve functies is en kinderen hun vaardigheden in verbaal communiceren verbeteren (Bernstein, 2008; DeHart et al., 2004; Kievit et al., 2008). Een groeiend begrip voor en besef van emoties en gedachten van anderen (de psychologische identiteit), zorgt ervoor dat kinderen anders over zichzelf en anderen gaan denken. De nadruk ligt niet meer op fysieke kenmerken (zoals geslacht en haarkleur), maar op gedachten, gevoelens, vaardigheden en karaktereigenschappen (DeHart et al., 2004; Kievit et al., 2008). Daarnaast ontstaat er een sociale identiteit; kinderen beseffen dat zij in een sociale context leven en tot een groep behoren. Tevens is dit de periode waarin kinderen ervaren hoe zij effectief kunnen omgaan met moeilijke, uitdagende situaties (DeHart et al., 2004). Door de omgang met leeftijdsgenoten leren kinderen hoe gelijkwaardige relaties werken en dat deze gebaseerd zijn op eerlijkheid en delen (Bernstein, 2008; DeHart et al., 2004). Ook leren kinderen vaardigheden op het gebied van interactie en conflicthantering. De regels en verwachtingen die kinderen leren over agressieregulatie, loyaliteit en gelijkheid, bepalen sterk hun toekomstig gedrag als puber, adolescent en volwassene (DeHart et al., 2004). Vriendschappen zijn een belangrijke factor om psychologisch goed te functioneren op latere leeftijd, en kan schoolkinderen beschermen tegen eenzaamheid en het ontwikkelen van probleemgedrag. Deze positieve uitwerkingen zijn al merkbaar bij slechts één stabiele, intieme vriendschap (Bernstein, 2008).

Adaptief gedrag is van belang voor de status van een kind binnen de groep. Deze status is van invloed op het huidige en het toekomstige functioneren en op het gevoel van welbevinden (Murray-Close et al., 2010). De populariteit van een kind hangt voornamelijk af van de beheersing van drie basale sociale vaardigheden: het kunnen aangaan van wederkerige interacties met andere kinderen, zelfregulatie van gedrag en emoties en de vaardigheid om de emoties van anderen te signaleren en correct te interpreteren (Bernstein, 2008). Als deze vaardigheden zich onvoldoende ontwikkelen, worden kinderen ofwel afgewezen of genegeerd

door leeftijdsgenoten (Bernstein, 2008; DeHart et al., 2004). Kinderen die worden afgewezen, vertonen agressief of gemeen gedrag (problemen met zelfregulatie), terwijl kinderen die worden genegeerd juist sociaal onhandig gedrag vertonen (DeHart et al., 2004).

### **2.3 Adaptieve vaardigheden bij kinderen met ADHD of een ASS**

Al eerder is genoemd dat een diagnose ADHD of ASS een risicofactor vormt voor het vervullen van leeftijdsspecifieke ontwikkelingsopgaven. In deze paragraaf zal per stoornis besproken worden op welke wijze kinderen met deze ontwikkelingsproblematiek beperkingen ervaren in adaptieve vaardigheden.

#### **2.3.1 Kinderen met ADHD.**

Bij ADHD zijn er problemen met de aandacht, hyperactief en impulsief gedrag, waarbij de diagnose drie keer zo vaak bij jongens wordt gesteld dan bij meisjes (Gunning, 2009). In Nederland heeft 4.2% van de kinderen en jeugdigen ADHD; de prevalentie onder schoolgaande kinderen afkomstig uit grootstedelijke gebieden ligt echter rond 8% (Gunning, 2009). Dit hangt samen met de aanwezigheid van meer sociale risicofactoren. Het betreft met name problemen in de buurt waar kinderen opgroeien, zoals onveiligheid, slechte behuizing en gebrek aan sociale samenhang (Gunning, 2004). ADHD kent drie verschillende subtypen: een subtype met overwegend aandachtstekort, een subtype met overwegend hyperactiviteit-impulsiviteit en een gecombineerd subtype (hyperactiviteit-impulsiviteit en aandachtstekort), waarbij veelal in de eerste jaren van de basisschool de problemen beginnen op te vallen (Gunning, 2009). Onderzoek van Solanto et al. (2009) naar sociaal gedrag wijst uit dat het sociale gedrag bij het gecombineerde type voornamelijk agressief is en gekenmerkt wordt door het ontbreken van zelfcontrole, resulterend in gedragsproblemen. Kinderen met het aandachtstekort-type hebben een passieve houding in sociale situaties, waarbij het hen ontbreekt aan assertiviteit. Bij beide subtypen zijn er dan ook problemen met het samenwerken met leeftijdgenoten (Solanto, Pope-Boyd, Tryon, & Stepak, 2009). Onderzoek

van Nijmeijer (2008) noemt soortgelijke kenmerken bij ADHD. De sociale problemen ontstaan door agressieve en negatieve interacties, waarbij de kinderen overactief en impulsief reageren. Vaak is het gedrag opdringerig en rusteloos, zonder dat correctie dit kan verminderen. Door onvoldoende concentratie hebben deze kinderen moeite met het luisteren naar de ander en houden ze de activiteiten niet vol waar ze mee bezig zijn. Deze aspecten samen zorgen voor meer afwijzing door leeftijdgenoten en minder wederkerige vriendschappen dan bij zich normaal ontwikkelende kinderen (Nijmeijer et al., 2008). Tekorten in adaptief gedrag komen bij kinderen met ADHD zo frequent voor, dat zelfs wordt gesuggereerd om tijdens het diagnostische proces ook altijd de mate van adaptief gedrag vast te stellen, gezien de invloed op het functioneren als volwassene (Stein et al., 1995).

Kinderen met ADHD schrijven zichzelf echter geen afwijkend (sociaal) gedrag toe. Zij overschatten zelfs hun sociale vaardigheden en gedrag, terwijl zij duidelijk onder de norm presteren (Murray-Close et al., 2010). Onderzoek van Nijmeijer et al. (2008) toont aan dat kinderen met ADHD vaak wel weten welk sociaal gedrag gepast is, maar deze kennis niet in de praktijk kunnen toepassen. Het gevolg is dat kinderen met ADHD de belangrijke ontwikkelingstaak 'omgang met leeftijdgenoten' waarschijnlijk onvoldoende beheersen, doordat zij sociale omgangsregels en morele regels (het besef van wat wel en niet mag) moeizaam internaliseren (Murray-Close et al., 2010). Dit resulteert in agressie, delinquent gedrag en een problematische omgang met leeftijdgenoten. Afwijzing door leeftijdgenoten komt zelfs bij 52% tot 82% van de kinderen met ADHD voor (Murray-Close et al., 2010). Onvoldoende zelfregulatie (agressief gedrag) heeft een negatieve weerslag op de sociale competenties, waardoor er problemen ontstaan met de sociale interactie (Masten & Coatsworth, 1998). De beschermende invloed die het hebben van vrienden heeft op eenzaamheid en gedragsproblemen (Bernstein, 2008), moeten veel kinderen met ADHD ontberen. In vergelijking met kinderen zonder ADHD, hebben zij minder vrienden en zijn de

vriendschappen van minder goede kwaliteit (Murray-Close et al., 2010). Mogelijk kan gerichte interventie op de ontwikkelingsopgaven ‘omgang met leeftijdgenoten’ en ‘gepast sociaal gedrag vertonen’, problemen afwenden of verminderen (Solanto et al., 2009).

### **2.3.2 Kinderen met ASS.**

Kinderen met een autisme spectrumstoornis (ASS) vertonen tekorten in de wederkerige sociale interactie, in de communicatie en in de verbeelding. Dit laatste aspect uit zich in stereotiepe en rigide gedragingen (Volkmar, 2007). Er is dus altijd sprake van problemen met sociaal gedrag en (non)verbale communicatie. De diagnoseleeftijd ligt rond het vierde of vijfde jaar, maar al vanaf het tweede jaar kan een betrouwbare diagnose worden gesteld (Roeyers, 2008). Binnen het autistisch spectrum worden de volgende stoornissen onderscheiden: Autistische stoornis, PDD-NOS, Stoornis van Asperger, Syndroom van Rett, en de Desintegratieve stoornis van de kinderleeftijd (Došen, 2010; Minderaa, 2006; Volkmar, 2007). Een Autistische stoornis begint voor het derde jaar en kenmerkt zich door een achterblijvende ontwikkeling van sociale interacties en communicatie en beperkte, zich herhalende stereotiepe patronen van gedrag en interesses (Minderaa, 2006). PDD-NOS is een categorie voor personen met een beperking van de wederkerige sociale interactie of van de (non)verbale communicatie, eventueel in combinatie met stereotiepe, rigide gedragingen, zonder dat op alle punten wordt voldaan aan de criteria voor een Autistische stoornis (First, Frances, & Pincus, 2002). Kinderen met de Stoornis van Asperger hebben duidelijk een contactstoornis, zij zijn ‘sociaal houderig’, maar hebben een normale taalontwikkeling en een gemiddelde of bovengemiddelde intelligentie (Volkmar, 2007). De Stoornis van Rett is een zeldzame afwijking die alleen voorkomt bij meisjes en leidt tot een (zeer) ernstige verstandelijke beperking. Kinderen met deze stoornis ontwikkelen zich de eerste maanden normaal, waarna tussen de 6<sup>e</sup> en 18<sup>e</sup> maand een stagnatie optreedt (Došen, 2010). Bij de Desintegratieve stoornis van de kinderleeftijd ontwikkelen kinderen zich aanvankelijk

normaal tot ongeveer het tweede jaar, waarbij symptomen van een achteruitgang opvallen vanaf het derde jaar (Došen, 2010).

Kinderen tot zes jaar met een ASS hebben niet zozeer een vertraagde ontwikkeling van sociaal gedrag, communicatie en dagelijkse vaardigheden, maar een *afwijkende* ontwikkeling (VanMeter, Fein, Morris, Waterhouse, & Allen, 1997). Zij hebben de minste problemen met de dagelijkse vaardigheden, aangezien deze concreet en leerbaar zijn. Dit in tegenstelling tot vaardigheden voor communicatie en sociaal gedrag. Zo hebben zij moeite met het vasthouden van hun aandacht tijdens het communiceren en met pragmatisch taalgebruik. Kinderen met ASS hebben, binnen het domein ‘sociaal gedrag’, moeite met wederkerige sociale interacties en spel, zoals spelletjes met anderen spelen, spelen met voorwerpen in en rond het huis, en de behoefte voelen om de ouder te behagen (VanMeter et al., 1997). Naast deze zwakke kanten, zijn ze echter beter dan kinderen zonder ASS in het uit het hoofd leren van feiten, zoals hun telefoonnummer en het alfabet. Ook zijn zij vaardiger in lezen en zijn zij beter in gedrag dat gebaseerd is op regels, zoals schoolregels en tafelmanieren (VanMeter et al., 1997).

Een bijkomend probleem voor kinderen met een ASS is dat zij angst ervaren in sociale situaties. Dit geldt vooral voor kinderen die zich bewust zijn van hun tekortkomingen op sociaal gebied (Guttmann-Steinmetz, Gadow, DeVincent, & Crowell, 2010). Zo ontstaat een vicieuze cirkel: de (sociale) angst leidt tot vermijding van sociale situaties en tot vreemd gedrag in de omgang met leeftijdgenoten. Dit leidt vervolgens tot meer eenzaamheid en sociale isolatie (Guttmann-Steinmetz et al., 2010). Een ASS veroorzaakt zodoende blijvende patronen van afwijkend sociaal gedrag en communicatie.

## **2.4 Adaptief gedrag en intelligentie**

Waarschijnlijk hangt de beheersing van adaptief gedrag niet samen te hangen met intellectuele vermogens (Stein et al., 1995). Bij jongens met ADHD/ADD is het tekort aan kennis en vaardigheden, waardoor zij problemen hebben in de omgang met anderen, niet te

wijten aan hun intelligentie. Ze lijken te worden veroorzaakt door de eigenschappen van ADHD/ADD: aandachtsproblemen, weinig zelfcontrole en onvoldoende motivatie. Tot een gelijksoortige bevinding komen Nijmeijer et al. (2008); vaak zijn kinderen met ADHD op de hoogte van wat adequaat sociaal gedrag is, maar kunnen zij die kennis in het dagelijkse leven onvoldoende toepassen. Bij jongens met ASS in combinatie met mentale retardatie is de sociale problematiek even groot als bij jongens met ADHD/ADD (Stein et al., 1995).

## **2.5 Comorbiditeit en differentiatie in theorie: ASS en ADHD**

Het stellen van een comorbide diagnose ADHD bij kinderen met autisme is controversieel; zijn de ADHD trekken een onderdeel van autisme of staan zij op zichzelf? Kinderen met een ASS krijgen geen tweede diagnose 'ADHD', omdat dit volgens de DSM-IV richtlijnen niet is geoorloofd (Gadow, DeVincent, & Schneider, 2008; Gadow, DeVincent, & Pomeroy, 2006; Luteijn et al., 2000; Nijmeijer et al., 2008). In de praktijk komen kinderen met een ASS en ADHD-trekken echter wel voor en is het voor de behandeling nodig beide stoornissen te erkennen (Luteijn et al., 2000). In Nederland blijkt dat 10-20% van de kinderen met ADHD ook autistisch gedrag vertoont (Buitelaar & Kooij, 2000; Scholte & Van der Ploeg, 2010). Onderzoek van Gadow et al. (2006) wijst uit dat bij kinderen met een vorm van ASS 40% tot 50% voldoet aan DSM-IV criteria voor minstens één subtype ADHD. ADHD heeft geen andere verschijningsvorm bij kinderen met of zonder ASS (Gadow et al., 2006).

Ook is differentiaaldiagnostiek lastig: het komt regelmatig voor dat kinderen de diagnose ADHD krijgen, terwijl eigenlijk sprake is van een milde vorm van ASS (Luteijn et al., 2000; Minderaa, 2006). Het stellen van een DSM-IV gebaseerde diagnose gebeurt op basis van waarneembare symptomen (Carr, 2006). Dit kan verwarring opleveren doordat de symptomatologie van beide stoornissen bij kinderen overeenkomsten vertoont: symptomen van aandachtstekort zijn in beide stoornissen aanwezig (Sizoo et al., 2009) Bij mildere vormen van ASS (PDD-NOS) reageren kinderen soms druk en/of agressief op veranderingen



in de omgeving en zoeken zij vaak wel sociale interactie, waardoor een diagnose ADHD ten koste gaat van ASS (Minderaa, 2006). En zowel bij een ASS als bij ADHD zijn er problemen in het sociaal functioneren (Gadow et al., 2006; Luteijn et al., 2000, Minderaa, 2006; Nijmeijer et al., 2008).

Ten aanzien van de invloed van comorbiditeit op het dagelijks functioneren kunnen twee verschillende standpunten worden ingenomen (Guttmann-Steinmetz et al., 2010). Het eerste standpunt houdt in dat iedere combinatie van stoornissen leidt tot ernstigere problemen in het dagelijks functioneren, omdat het een 'optelsom' is van stoornissen. Het tweede standpunt houdt in dat comorbiditeit kwalitatief anders is dan een optelsom van stoornissen; juist de comorbiditeit leidt tot een unieke conditie. Het eerste standpunt is terug te zien in het volgende onderzoeksresultaat: de combinatie van ASS en ADHD leidt tot ernstigere symptomen van ASS, gezien de ernstigere problemen in de communicatie en het optreden van meer rigide gedragingen. De tekorten in sociale vaardigheden nemen echter niet toe: die zijn bij ASS even groot als bij ASS met comorbide ADHD (Guttmann-Steinmetz et al., 2010). Onderzoek van Nijmeijer et al. (2008) spreekt dit echter tegen, want daaruit blijkt dat comorbiditeit de sociale problemen *wel* versterkt. Ander onderzoek, dat ook weer het eerste standpunt onderschrijft, toont aan dat als ASS samengaat met ADHD, men rekening moet houden met ernstigere symptomen van zowel ASS als ADHD: kinderen met het gecombineerde ADHD-type vertoonden ernstigere oppositionele, agressieve en PDD-symptomen (Gadow et al., 2006).

De praktijk wijst dus uit dat er wel degelijk sprake kan zijn van de combinatie ASS en ADHD. Waarschijnlijk resulteert de comorbiditeit in ernstigere symptomen van ADHD en ASS. Zo zijn er meer problemen met de communicatie, meer rigide gedragingen, oppositioneel en agressief gedrag en mogelijk zijn er ook meer sociale problemen.

## **2.6 Comorbiditeit en differentiatie in de praktijk: ASS en ADHD**

De sociale gedragsproblematiek van een kind met ADHD lijkt sterk op die van een kind met ASS (Nijmeijer et al., 2008). Met name gepast sociaal gedrag en externaliserend probleemgedrag (agressiviteit, anti-sociaal gedrag) zijn de aspecten die overlap vertonen (Gunning, 2009). Er is sprake van onbegrip van de sociale context, van de betekenis van het eigen sociale gedrag en welke invloed dat heeft op anderen. Ook beschikken kinderen met ADHD of een ASS over weinig vormen van passend gedrag (Luteijn et al., 2000; Minderaa, 2006). De sociale problemen die kinderen met PDD-NOS hebben (problemen in interactie, communicatie, het vertonen van teruggetrokken gedrag), zijn in minder mate ook waarneembaar bij kinderen met ADHD (Luteijn et al., 2000). Overigens zijn er niet alleen problemen waarneembaar in de sociale interactie, maar hebben kinderen met ADHD ook moeite met het herkennen van emoties en gevoelens van anderen, net als kinderen met een ASS (Gunning, 2009).

Maar niet alleen de sociale en emotionele problemen overlappen. Dit geldt tevens voor de beperking in de kwaliteit van de communicatie, vooral wat betreft pragmatiek (Luteijn et al., 2000; Minderaa, 2006). Ook repetitieve en stereotiepe gedragingen zijn kenmerken van sommige kinderen met ADHD. De overlap tussen beide stoornissen kan dus gelden voor alle drie de kenmerken van ASS (Nijmeijer et al., 2008). En ook aandachtsproblemen zijn kenmerkend voor beide stoornissen: op de CBCL scoren kinderen met ADHD en kinderen met PDD-NOS even hoog op de factor aandachtsproblemen. Het zijn met name de problemen met het verschuiven van de aandacht bij kinderen met een ASS die voor moeilijkheden zorgen in sociaal gedrag. (Luteijn et al., 2000). En tenslotte scoren kinderen met een ASS even hoog als kinderen met ADHD op vragenlijsten voor ADHD-symptomen en externaliserend gedrag (Nijmeijer et al., 2008).

De combinatie ADHD en ASS heeft een duidelijk negatieve invloed op de ontwikkelingsopgave 'leren functioneren op school' (hard werken op school en hoeveel een

kind leert). Deze kinderen doen het slechter op deze opgave dan kinderen met een ASS en een andere stoornis (ODD, CD, gegeneraliseerde angststoornis, separatieangst) (Gadow et al., 2006). De reden hiervoor is tot op heden nog onduidelijk.

Bij kinderen met PDD en ADHD van het subtype aandachtstekort, is de ADHD de bepalende factor voor adaptief functioneren en voor het schoolse functioneren (in de betekenis van hoeveel een kind leert op school). Daarbij komt dat deze combinatie van stoornissen (PDD en ADHD) problemen geeft in de sociale interactie, met name in de omgang met anderen (Gadow et al., 2008). Helaas was er geen onderzoekgroep met alleen PDD, zodat het onduidelijk is welke extra bijdrage de ADHD-trekken hebben op de sociale interactie. Luteijn et al. (2000) hebben dit wel onderzocht, waaruit naar voren kwam dat kinderen met ADHD en een ASS meer aandachtsproblemen vertonen dan kinderen met alleen een ASS of ADHD (gemeten met de CBCL). Daarnaast hebben zij een specifiek gedragsprofiel dat gekenmerkt wordt sociale problemen en ernstige aandachtsproblemen in combinatie met een 'outgoing' karakter. Het erkennen van beide stoornissen is belangrijk, omdat deze moeilijke groep kinderen (zoals ouders en school de kinderen ervaren) mogelijk een andere aanpak vereisen (Luteijn et al., 2000).

## **2.7 Conclusie**

Concluderend kan gesteld worden dat kinderen met ADHD, een ASS of een combinatie van beide stoornissen, ernstige problemen hebben met de beheersing van adaptieve vaardigheden, specifiek ten aanzien van het sociaal functioneren (Nijmeijer et al., 2008). De problemen in de sociale omgang en met het herkennen van gevoelens van anderen en de communicatieproblemen vertonen een aanzienlijke mate van overlap. Het kan dan ook lastig zijn deze stoornissen van elkaar te onderscheiden.

Leeftijdgenoten, leerkrachten en ouders hebben moeite om kinderen met ADHD, een ASS of allebei, positief te benaderen. Hun gedrag is druk en agressief, of juist stil en

teruggetrokken. Door dit afwijkende gedrag worden zij nogal eens gepest en afgewezen door leeftijdgenoten (Scholte, Van Berckelaer-Onnes, & Van der Ploeg, 2008). Een succesvolle omgang met leeftijdgenoten is voor kinderen met ADHD en/of ASS een ontwikkelingsopgave die zij onvoldoende beheersen (Luteijn et al., 2000; Minderaa, 2006). De oorzaak is echter verschillend: bij kinderen met een ASS ontbreekt het aan wederkerigheid in sociaal gedrag (Volkmar, 2007). Kinderen met ADHD beschikken wel over kennis betreffende adequaat sociaal gedrag, maar kunnen het niet toepassen ten gevolge van hun impulsiviteit, aandachtsproblemen en slechte zelfregulatie (Stein et al., 1995).

Kinderen met een ASS vertonen naast sociale en communicatieve problemen, ook aandachtsproblemen die even ernstig zijn als bij ADHD (Nijmeijer et al., 2008). Die problemen beïnvloeden het schools functioneren negatief en zorgen ervoor dat de aandacht verslapt in de communicatie met anderen (VanMeter et al., 1997). Toch worden problemen met schools functioneren voornamelijk beïnvloed door ADHD (Gadow et al., 2006). Waarschijnlijk leidt comorbiditeit tot ernstigere symptomen van ASS en ADHD (Gadow et al., 2006). Ondanks dat een combinatie van ASS en ADHD volgens de DSM-IV-TR niet geoorloofd is, wijst de praktijk uit dat dubbele diagnoses wel degelijk voorkomen (Luteijn et al., 2000; Minderaa, 2006).

De centrale onderzoeksvraag, gebaseerd op de literatuurstudie, luidt: in hoeverre beheersen kinderen met trekken van autisme en kinderen met trekken van ADHD de basale ontwikkelingsvaardigheden? De hieruit volgende deelvragen en aansluitende hypothesen worden in het volgende hoofdstuk behandeld.

### 3. Methode

Naast de centrale onderzoeksvraag en de deelvragen, worden de hypothesen geformuleerd en theoretisch onderbouwd. Ook zal de onderzoeksgroep kort aan bod komen, gevolgd door een beschrijving van de procedure, de meetinstrumenten en de analyse, alvorens in het volgende hoofdstuk de resultaten te vermelden.

#### 3.1 Onderzoeksvraag en deelvragen

De centrale onderzoeksvraag luidt: in hoeverre beheersen kinderen met trekken van autisme en kinderen met trekken van ADHD de basale ontwikkelingsvaardigheden? Daarbij zullen de volgende vier deelvragen worden beantwoord:

- a.) Wat zijn de sterke en mindere sterke kanten van kinderen met een ASS, voor wat betreft de basale adaptieve vaardigheden?
- b.) Wat zijn de sterke en mindere sterke kanten van kinderen met ADHD, voor wat betreft de basale adaptieve vaardigheden?
- c.) Wat zijn de sterke en mindere sterke kanten van kinderen met een ASS en ADHD, voor wat betreft de basale adaptieve vaardigheden?
- d.) Is er, met betrekking tot kinderen met een ASS, ADHD of beide stoornissen, een verschil voor wat betreft de sekse van de jeugdigen en hun leeftijd?

#### 3.2 Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit een steekproef van 600 kinderen uit de algemene bevolking die (speciaal) basisonderwijs volgen. Deze steekproef omvat 336 jongens (56%) en 264 meisjes (44%) in de leeftijd van 4 tot en met 11 jaar met een gemiddelde leeftijd van 7.75 jaar ( $SD = 2.28$ ). Er zijn 472 kinderen (78.7%) zonder stoornis, waarvan 234 jongens (49.6%) en 238 meisjes (50.4%). De groep kinderen met een ASS betreft 63 kinderen (10.5%), waarvan 50 jongens (79.4%) en 13 meisjes (20.6%) met een gemiddelde leeftijd van 8.33 ( $SD = 1.83$ ). De groep kinderen met ADHD bestaat uit 40 kinderen, waarvan 36 jongens

(85%) en vier meisjes (15%) met een gemiddelde leeftijd van 8.23 ( $SD = 1.79$ ). Van de 25 kinderen (4.2%) met beide stoornissen zijn er 18 jongens (72%) en zeven meisjes (28%).

In dit onderzoek zijn kinderen met een ASS de kinderen die op basis van de SEV in het sub- en klinisch gebied vallen of die een diagnose ‘autisme’ hebben. Op de SEV gaat het bij meisjes om een score van 5 of hoger op de schaal Autistisch Gedrag, bij jongens vanaf een score van 8. De minimale score op deze schaal bedraagt 0; de maximale score bedraagt 40. Onder kinderen met ADHD worden de kinderen verstaan die op de SEV een score behalen binnen het (sub)klinische gebied van de subschaal aandachtstekort of hyperactiviteit (meisjes een score van 26 of hoger, jongens een score 35 of hoger, waarbij de minimale score 0 is en de maximale score 72.), of met een diagnose ‘ADHD’. Kinderen met beide stoornissen (op basis van de SEV of vanwege de diagnoses) vormen een aparte onderzoeksgroep.

### **3.3 Procedure**

Voor het onderzoek werden 30 basis- en speciaal onderwijsscholen uit heel Nederland telefonisch benaderd met het verzoek een brief aan de ouders van deze kinderen uit te reiken. In deze brief werd het doel van het onderzoek uiteengezet. Aan de ouders werd gevraagd om de enquête online in te vullen. Als de school toestemde, werden de brieven op school afgegeven, waar zij door leerkrachten zijn uitgedeeld in de klas. De kinderen namen de brieven mee naar huis. Aldus werden 4000 brieven verspreid, waarop 2000 ouders positief reageerden middels hun deelname.

In de online enquête stemden de ouders bij de eerste vraag in met het onderzoek. Vervolgens werd hen een aantal demografische vragen gesteld. Het betrof vragen over de ouder zelf (sekse, leeftijd, relatie tot het kind), vragen over het kind (sekse en leeftijd), vragen over het gezin (samenstelling, geboorteland ouders, hoogste opleidingsniveau ouders) en over de school van het kind (type school, klas, regulier of speciaal onderwijs). Hierop volgden de vragen betreffende de vaardigheden van hun kind (met de vragenlijst ‘Adaptieve

Vaardigheden Jeugdigen' of de AVJ, zie onder 'Meetinstrumenten') en vragen betreffende eventuele gedragsproblemen (met de 'Sociaal Emotionele Vragenlijst' of SEV).

De gegevens werden vervolgens geschoond en verwerkt in SPSS om zodoende de onderzoeksvragen te beantwoorden.

### **3.4 Meetinstrumenten**

In het onderzoek worden de volgende twee instrumenten gebruikt, te weten:

#### 1) Algemene Vaardigheden Jeugdigen (AVJ):

Deze experimentele vragenlijst is bedoeld om het niveau van adaptieve vaardigheden bij jeugdigen vast te stellen. Met de AVJ krijgt men een indruk van de leeftijdsgebonden sociale en emotionele vaardigheden die nodig zijn om dagelijkse activiteiten, thuis, op school en in de vrije tijd te vervullen (Scholte & Van der Ploeg, 2010). Het gedrag van jeugdigen op deze gebieden wordt met 60 items bevraagd. Ouders beantwoorden de vragen op een vijfpunts Likert-schaal, van (1) helemaal niet mee eens tot (5) helemaal mee eens. Hogere scores dan 3 betekenen dat een kind of jongere volgens de ouders in positieve zin beschikt over algemene vaardigheden, gezien het absolute schaalgemiddelde van 3. Een schaalgemiddelde lager dan 3 duidt op problemen op de betreffende subschaal. De AVJ bestaat uit zes basisschalen:

- I. Omgang met leeftijdgenoten: deze schaal verwijst naar de mate waarin vriendschappen worden aangegaan en worden onderhouden. Voorbeelditems zijn: 'heeft vrienden waar hij/zij mee optrekt', 'zoekt actief contact met leeftijdgenoten' en 'herkent gevoelens bij vrienden'.
- II. Omgang met volwassenen: met deze schaal wordt gemeten hoe jeugdigen omgaan met hun ouders en andere volwassenen (leraren, bazen en autoriteiten). Voorbeelditems zijn: 'staat positief tegenover zijn /haar ouders', 'volgt aanwijzingen zonder problemen op' en 'accepteert de leidende rol van volwassenen'.

- III. Werk en toekomst: deze items meten de positieve gerichtheid op school, werk en toekomst, met onder meer 'is altijd op tijd op zijn/haar school/werk', 'blijft zich inzetten, ook na slechte prestaties', en 'maakt concrete toekomstplannen'.
- IV. Autonomie en zelfsturing: bij deze schaal gaat het om het stellen van grenzen en om de mate van zelfsturing. Enkele voorbeelden uit de schaal zijn: 'laat zich niet voor het karretje van anderen spannen', 'weet wat hij/zij wel en niet wil' en 'brengt zelf orde en regelmaat aan in zijn/haar leven'.
- V. Zelfverzorging en zelfredzaamheid: met deze schaal wordt gemeten in hoeverre jeugdigen zich zelfstandig kunnen redden, wat betreft hun zelfverzorging en op sociaal gebied. Voorbeelditems zijn: 'heeft een goede persoonlijke hygiëne', 'kan goed met geld om gaan' en 'weet wat wel en niet gezegd kan worden'.
- VI. Vrije tijd: De items uit deze schaal gaan over of jeugdigen hun vrije tijd positief invullen en of zij risicovolle situaties vermijden. Voorbeelditems: 'wordt niet beïnvloed door drank en/of drugs', 'weet verveling in de vrije tijd goed te voorkomen' en 'vermijdt jeugdigen die snel in de problemen geraken'.

De AVJ is een experimentele vragenlijst, waardoor gegevens over de betrouwbaarheid en de validiteit nog niet beschikbaar zijn (Scholte & Van der Ploeg, 2010). In dit onderzoek zal een indruk van de betrouwbaarheid van de schalen worden verkregen middels Cronbach's Alpha.

In dit onderzoek zijn niet alle items bruikbaar bij de leeftijdsgroep van 4 tot 12 jaar. Dit geldt voor de items die gericht zijn op de toekomst (III, subschaal Toekomst), die Zelfverzorging betreffen (V, subschaal Zelfverzorging) en items over middelengebruik (VI, subschalen Middelengebruik en Regulering). Deze items zullen niet in dit onderzoek worden meegenomen. Er blijven dan 11 subschalen over: Vriendschappen, Contact Leggen, Communicatie, Ouders, Volwassenen, Gezag, School-/Werkhouding, Autonomie, Zelfsturing, Sociale Redzaamheid en Besteding.



## 2) Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV):

Met deze vragenlijst krijgt men een indicatie van de specifieke aard van de sociaal-emotionele problemen bij kinderen en jeugdigen van 4 tot 18 jaar, op de volgende vier hoofddimensies met de subdimensies tussen haakjes: aandachtstekort met hyperactiviteit (aandachtstekort, overbeweeglijk gedrag en impulsiviteit); sociale gedragsproblematiek (oppositieel-opstandig gedrag, agressief gedrag en antisociaal gedrag); angstig/stemmings-verstoord gedrag (angstig gedrag in het algemeen, sociaal angstig gedrag, angstig/depressief gedrag) en autistisch gedrag. De SEV bestaat uit 72 items die bovenstaande gebieden bevragen. In dit onderzoek hebben ouders de SEV ingevuld. Zij beantwoorden de vragen op een vijfpunts Likert-schaal, variërend van (0) gedrag komt niet voor tot (4) gedrag komt zeer vaak of dagelijks voor. Ouders beoordelen het gedrag van hun kind gebaseerd op de afgelopen 6 maanden. Een hogere score wijst op een sterkere indicatie voor problemen op de betreffende hoofd- en subdimensies. De SEV voldoet aan de eisen van de COTAN en wordt aanbevolen als instrument voor een indicatiestelling voor het speciaal onderwijs (Scholte & Van der Ploeg, 2009). De interne consistentie ligt bij alle onderdelen rond de 0.80 en hoger. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is redelijk en ligt, voor zowel de ouders als de leerkrachten, rond de 0.70 en hoger. De test-hertest betrouwbaarheid heeft een waarde van rond de 0.80 of daarboven. De validiteit van de hoofd- en subschalen wordt voldoende ondersteund (Scholte & Van der Ploeg, 2009). De SEV wordt gebruikt om de kinderen in te delen in vier groepen: kinderen zonder ontwikkelingsstoornissen, kinderen met autisme, kinderen met ADHD en kinderen met autisme en ADHD.

### 3.5 Analyse

De onderzoeksvragen worden beantwoord via zes variantieanalyses met de factoren 'stoornisgroep', 'sekses' en 'leeftijdsgroep' als de drie factoren en de zes schalen van de AVJ als de afhankelijke variabelen.

De variabele ‘stoornisgroep’ omvat de volgende categorieën: autisme, ADHD, comorbide autisme en ADHD en geen stoornis. De eerste categorie bestaat uit kinderen met tenminste een subklinische score op de Autismeschaal van de SEV en/of met een diagnose van autisme volgens de ouders. De tweede categorie omvat kinderen met tenminste een subklinische score volgens de ADHD-schaal van de SEV en/of een diagnose van ADHD volgens de ouders. De derde categorie omvat de kinderen die voldoen aan zowel de autisme als de ADHD conditie. Tot slot omvat de vierde categorie de jeugdigen zonder een stoornisindicatie volgens de SEV. De variabele ‘sekses’ bestaat uit de twee categorieën jongen/meisje. Bij de variabele ‘leeftijdsgroep’ zijn de kinderen verdeeld in de volgende leeftijdsgroepen: 4-6 jaar, 7-9 jaar en 10-12 jaar. De variabelen ‘sekses’, ‘leeftijdsgroep’ en ‘stoornisgroep’ (het wel of niet hebben van één of meer stoornissen) zijn categorische, onafhankelijke variabelen. De 11 subschalen van de AVJ vormen de afhankelijke variabelen. Om de hypothese te toetsen, wordt een univariate General Lineair Model (verder: GLM) gebruikt en als post hoc toets Bonferroni. Zo kan worden vastgesteld of er een hoofdeffect is van sekses en/of van leeftijd en/of van het hebben van een stoornis op adaptief functioneren. Ook kan worden vastgesteld of er sprake is van interactie-effecten van sekses, leeftijd en het hebben van ASS en/of ADHD op adaptief functioneren.

## 4. Resultaten

### 4.1 Betrouwbaarheid van de AVJ schalen

De eerste stap van de analyse betreft een indruk van de betrouwbaarheid van de schalen van de AVJ, middels de waarde van Cronbach's Alpha. Uit Tabel 1 valt af te lezen dat de interne consistentie van de gehele vragenlijst 0.96 is. Dit duidt op een hoge interne consistentie. De tabel laat verder zien dat de interne consistentie van zes hoofschalen voldoende is, namelijk rond de 0.80 of daarboven (Leary, 2008). Dit geldt echter niet voor de afzonderlijke subschalen, die deels voldoende, maar deels ook minder betrouwbaar zijn. De navolgende onderzoeksresultaten dienen met dit voorbehoud te worden gezien.

Tabel 1: *Interne consistentie AVJ-schalen volgens Cronbach's Alpha.*

Schalen	Cronbach's Alpha
Totale vragenlijst	0.96
I. Omgang Leef tijdgenoten	0.85
<i>Vriendschappen</i>	0.61
<i>Contact Leggen</i>	0.78
<i>Communicatie</i>	0.56
II. Omgang ouders, volwassenen en gezag	0.80
<i>Omgang met ouders</i>	0.59
<i>Omgang met volwassenen</i>	0.59
<i>Omgang met gezag</i>	0.51
III. School/werk en toekomst	0.86
<i>School-/werkhouding</i>	0.80
<i>Toekomst</i>	0.62
IV. Autonomie en zelfsturing	0.77
<i>Autonomie</i>	0.62
<i>Zelfsturing</i>	0.59
V. Zelfverzorging en sociale redzaamheid	0.84
<i>Zelfverzorging</i>	0.77
<i>Sociale Redzaamheid</i>	0.71
VI. Vrije Tijd	0.89
<i>Middelengebruik</i>	0.77
<i>Besteding</i>	0.75
<i>Regulering</i>	0.56

## 4.2 Datainspectie

De gemiddelden en standaarddeviaties die in de vier stoornisgroepen op de AVJ-variabelen werden behaald staan vermeld in Tabel 3 en Tabel 4 van Bijlage 1. Deze gegevens vormen het uitgangspunt van de analyses.

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen wordt gebruik gemaakt van een ANOVA. De assumpties van deze toets zijn: de steekproeven zijn onafhankelijk en aselekt, er is sprake van een normale verdeling en de varianties van alle groepen zijn gelijk. Voor de categorische variabelen ‘seks kind’, ‘leeftijd kind’ en ‘comorbiditeit’ valt de gestandaardiseerde kurtosis en/of de gestandaardiseerde scheefheid buiten de bandbreedte van -3 tot en met 3 (Moore, McCabe, & Craig, 2009). Deze variabelen voldoen daarmee niet aan de assumptie van normaliteit. De hoofd- en subschalen van de AVJ zijn eveneens niet normaal verdeeld. Middels Levene’s Test wordt duidelijk dat alleen de subschaal School-/werkhouding  $F(15, 583) = 0.84, p = 0.632$  en de hoofdschaal Autonomie en Zelfsturing  $F(15, 584) = 1.60, p = 0.068$  voldoen aan de eis van gelijke varianties. Hoewel niet geheel aan de assumpties is voldaan, is besloten toch middels de ANOVA’s te toetsen. Vanwege het robuuste karakter van deze toets, hebben afwijkingen van de normaliteits- en homogeniteitsassumptie – bij voldoende grootte van de groepen – weinig invloed op de resultaten vanwege de Centrale Limietstelling (Moore et al., 2009). Om de effectgroottes ‘eta squared’ ( $\eta^2$ ) te interpreteren, is gebruik gemaakt van literatuur van Stevens (Stevens, 2002).

## 4.3 Resultaten met betrekking tot de onderzoeksvragen

Door de grote hoeveelheid afhankelijke variabelen (11 subschalen van de AVJ) op een relatief klein aantal kinderen met ADHD of met een ASS, zijn de groepsgroottes dusdanig klein dat er geen zinvolle toepassing van de univariate GLM kan plaatsvinden. De verschillende groepsgroottes voldoen namelijk niet aan de assumptie dat  $N$  groter is dan het aantal afhankelijke variabelen, te weten 11 (Moore et al., 2009). Dit probleem is opgelost door het aantal leeftijdscategorieën terug te brengen tot twee (4-8 jaar en 9-12 jaar) en de drie

in dit onderzoek gebruikte hoofdschalen als afhankelijke variabelen te gebruiken (schaal I: Omgang met leeftijdgenoten, II: Omgang met volwassenen en IV: Autonomie en Zelfsturing) en de subschalen 3a (School/werk), 5b (Sociale Redzaamheid) en 6a (Besteding).

#### **4.3.1 Resultaten met betrekking tot de AVJ-hoofdschalen.**

Bij deze analyse komt het volgende naar voren: Op schaal I is sprake van een groot hoofdeffect van stoornis  $F(3, 584) = 66.61$ ,  $MSE = 0.34$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.25$ . Dit effect geldt ook voor de schalen II ( $F(3, 584) = 59.13$ ,  $MSE = 0.33$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.23$ ) en IV ( $F(3, 584) = 61.71$ ,  $MSE = 0.27$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.24$ ). Op subschalen 3a en 5b is eveneens een groot effect van stoornis, respectievelijk:  $F(3, 583) = 39.72$ ,  $MSE = 0.39$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.81$  en  $F(3, 582) = 57.99$ ,  $MSE = 0.35$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.23$ . Op subschaal 6a is een medium effect van stoornis:  $F(3, 573) = 19.21$ ,  $MSE = 0.52$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.09$ .

Bij de variabelen ‘sekses’ en ‘leeftijdsgroep’ worden geen hoofdeffecten gevonden. Ook komen er geen interactie-effecten van sekses en leeftijdsgroep met stoornisgroep naar voren. Jongens en meisjes en jongere en oudere kinderen, al dan niet met ADHD, ASS of ASS en ADHD, scoren gelijk op de AVJ. Dit betekent dat er wat adaptieve vaardigheden betreft, geen verschillen in sekses en leeftijdsgroep waar te nemen zijn.

#### **4.3.2 Resultaten met betrekking tot de AVJ-subschalen.**

Om te bepalen of kinderen met een ASS, ADHD, of een combinatie van ADHD en een ASS een lager niveau van adequaat adaptief functioneren hebben, zijn de 11 subschalen van de AVJ nader geanalyseerd. Dit is gebeurd middels een variantieanalyse met de vier stoornisgroepen als de onafhankelijke factor, waarbij de verschillen in gemiddelden nader geanalyseerd werden met behulp van een post hoc Bonferroni toets. De bevindingen van deze analyse zijn als volgt:

*Ia. Vriendschappen:*  $F(3, 574) = 35.35$ ,  $MSE = 0.53$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.14$ . Er is een groot effect van stoornis. De groep zonder stoornis ( $M = 4.07$ ,  $SD = 0.67$ ) scoort beter dan de

overige drie groepen. De ADHD-groep ( $M = 3.63$ ,  $SD = 0.75$ ) scoort hoger dan zowel de comorbide-groep ( $M = 2.77$ ,  $SD = 1.09$ ) als de groep met ASS ( $M = 3.20$ ,  $SD = 0.99$ ), die beide onderling niet verschillen;

*1b. Contact Leggen:*  $F(3, 584) = 28.84$ ,  $MSE = 0.64$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.13$ . Er is een groot effect van stoornis. De groep zonder stoornis ( $M = 4.09$ ,  $SD = 0.76$ ) scoort hoger dan de groep met ASS ( $M = 3.01$ ,  $SD = 0.94$ ) en dan de comorbide groep ( $M = 3.16$ ,  $SD = 1.13$ ). Er is geen verschil gemeten tussen de ADHD-groep ( $M = 3.83$ ,  $SD = 0.87$ ) en de groep zonder stoornis. De ASS-groep en comorbide-groep verschillen onderling niet, maar scoren beide lager dan de ADHD-groep;

*1c. Communicatie:*  $F(3, 576) = 57.39$ ,  $MSE = 0.53$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.23$ . Dit resultaat wijst op een groot effect van stoornis, waarbij de groep zonder stoornis ( $M = 3.88$ ,  $SD = 0.67$ ) beter scoort dan de andere drie groepen. Ook nu verschillen de ASS-groep ( $M = 2.82$ ,  $SD = 0.94$ ) en de comorbide-groep ( $M = 2.50$ ,  $SD = 0.89$ ) niet van elkaar, maar zij scoren allebei wel lager dan de ADHD-groep ( $M = 3.48$ ,  $SD = 0.88$ );

*2a. Omgang ouders:*  $F(3, 584) = 62.37$ ,  $MSE = 0.40$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.23$ . Er is wederom een groot effect, waarbij de groep zonder stoornis ( $M = 4.38$ ,  $SD = 0.57$ ) het hoogst scoort. De ADHD-groep ( $M = 3.98$ ,  $SD = 0.78$ ) scoort het op één na hoogst, gevolgd door de ASS-groep ( $M = 3.62$ ,  $SD = 0.90$ ). De comorbide-groep ( $M = 2.70$ ,  $SD = 0.93$ ) scoort het laagst;

*2b. Omgang volwassenen:*  $F(3, 584) = 39.76$ ,  $MSE = 0.45$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.17$ , ofwel een groot effect. Ook op deze subschaal scoort de groep zonder stoornis het hoogst ( $M = 4.00$ ,  $SD = 0.64$ ). De ASS-groep ( $M = 3.28$ ,  $SD = 0.81$ ) en de ADHD-groep ( $M = 3.60$ ,  $SD = 0.90$ ) verschillen niet van elkaar en scoren beide hoger dan de laagst scorende comorbide-groep ( $M = 2.72$ ,  $SD = 0.90$ );

2c. *Omgang gezag*:  $F(3, 583) = 37.86$ ,  $MSE = 0.44$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.16$ , waarbij ook nu een groot effect van stoornis is. De beste scorende groep is wederom de kinderen zonder stoornis ( $M = 4.21$ ,  $SD = 0.61$ ). De ASS-groep ( $M = 3.68$ ,  $SD = 0.80$ ) en de ADHD-groep ( $M = 3.74$ ,  $SD = 0.72$ ) verschillen onderling niet en scoren hoger dan de comorbide-groep ( $M = 2.87$ ,  $SD = 1.09$ );

3a. *School- en werkhouding*:  $F(3, 583) = 39.72$ ,  $MSE = 0.39$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.81$ . Er is sprake van een groot effect. De kinderen zonder stoornis ( $M = 4.11$ ,  $SD = 0.62$ ) verschillen van de overige drie groepen en scoren het best. De stoornisgroepen onderling vertonen geen verschillen (ASS:  $M = 3.41$ ,  $SD = 0.68$ ; ADHD:  $M = 3.16$ ,  $SD = 0.68$ ; comorbide:  $M = 3.09$ ,  $SD = 0.76$ );

4a. *Autonomie*:  $F(3, 583) = 20.21$ ,  $MSE = 0.41$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.09$ . Er is een medium effect gemeten. De kinderen zonder stoornis ( $M = 3.81$ ,  $SD = 0.63$ ) verschillen van de overige drie groepen en hebben de hoogste score. De stoornisgroepen onderling vertonen geen verschillen (ASS-groep:  $M = 3.20$ ,  $SD = 0.69$ ; ADHD-groep:  $M = 3.33$ ,  $SD = 0.61$  en de comorbide-groep:  $M = 3.05$ ,  $SD = 0.80$ );

4b. *Zelfsturing*:  $F(3, 583) = 71.66$ ,  $MSE = 0.36$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.26$ , dit is een groot effect. Wederom scoren de kinderen zonder stoornis ( $M = 3.61$ ,  $SD = 0.59$ ) hoger dan de groepen met een stoornis. De kinderen met een ASS ( $M = 2.74$ ,  $SD = 0.58$ ) en die met ADHD ( $M = 2.84$ ,  $SD = 0.63$ ) verschillen onderling niet en scoren hoger dan de comorbide-groep ( $M = 2.26$ ,  $SD = 0.78$ ), die het laagst scoort;

5b. *Sociale Redzaamheid*:  $F(3, 582) = 57.99$ ,  $MSE = 0.35$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.23$ , dit is een groot effect. De groep zonder stoornis ( $M = 3.89$ ,  $SD = 0.55$ ) scoort hoger dan de overige drie groepen. De ASS-groep en de ADHD-groep verschillen niet, net zoals de ASS-groep en de comorbide-groep. De comorbide-groep ( $M = 2.67$ ,  $SD = 0.80$ ) verschilt wel van de ADHD-groep ( $M = 3.27$ ,  $SD = 0.74$ ), in het voordeel van de ADHD-groep;

6a. *Besteding*;  $F(3, 573) = 19.21$ ,  $MSE = 0.52$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.09$ , een medium effect. De groep zonder stoornis scoort het best ( $M = 4.06$ ,  $SD = 0.67$ ), en verschilt van de ADHD-groep ( $M = 3.54$ ,  $SD = 0.97$ ), van de ASS-groep ( $M = 3.46$ ,  $SD = 0.78$ ) en van de slechtst scorende comorbide-groep ( $M = 3.11$ ,  $SD = 0.96$ ). De drie stoornisgroepen onderling verschillen niet.

Samenvattend worden de zojuist beschreven resultaten van de analyses weergegeven in het overzicht van Tabel 2.

Tabel 2: *Behaalde resultaten van de vier stoornisgroepen op de onderzochte subschalen.*

Schaal	Effect-grootte	Referentiegroep = geen-stoornisgroep			Referentiegroep = Comorbide-groep		Referentiegroep = ASS-groep
		ASS	ADHD	comorbiditeit	ASS	ADHD	ADHD
1 a	large	--	-	---	0	+	+
b	large	--	0	-	0	+	+
c	large	--	-	---	0	+	+
2 a	large	--	-	---	+	++	+
b	large	--	-	---	+	+	0
c	large	--	-	---	+	+	0
3 a	medium	-	--	---	0	0	0
4 a	large	-	--	---	0	0	0
b	large	--	-	---	0	+	0
5 b	large	--	-	---	0	+	0
6 a	medium	--	-	---	0	0	0

0 = even goed gescoord als de referentiegroep; -/-/--- = slechtere score dan de referentiegroep; +/++ = betere score dan de referentiegroep.



## 5. Discussie

Op basis van de resultaten, zullen eerst de conclusies aan bod komen. Dit wordt gevolgd door een bespreking van de beperkingen van het onderzoek, waarna suggesties voor vervolgonderzoek worden gedaan en enkele implicaties voor de theorie en de praktijk worden genoemd.

### 5.1 Conclusie

Als eerste is nagegaan of sekse en leeftijd van invloed zijn op het adaptief functioneren bij kinderen met ADHD en/of kinderen met een ASS. Er is op deze gebieden geen verschil gevonden in adaptief functioneren. Zowel sekse als leeftijd hebben geen effect op de score van de AVJ. Wel is er sprake van duidelijke hoofdeffecten van ADHD, ASS, en de comorbiditeit van deze op de resultaten van de AVJ.

De tweede stap betrof een nadere vergelijking tussen de kinderen zonder stoornis, de kinderen met ADHD, de kinderen met ASS en de kinderen met zowel ADHD als een ASS op de 11 subschalen van de AVJ. Aangezien een effect van stoornis was gemeten, was het doel te bepalen welke groepen op welke gebieden van de adaptieve vaardigheden de meeste hinder ondervinden van de stoornis (of combinatie van stoornissen). Zoals te verwachten is, scoren de kinderen zonder stoornis het gunstigst en scoort de comorbide-groep het meest ongunstig. De enige uitzondering vormt de subschaal Contact Leggen, waarbij de kinderen zonder stoornis en de ADHD- groep respectievelijk gelijk en beter scoren dan de ASS-groep en de comorbide-groep (die beide even slecht scoren). Comorbiditeit leidt dus tot ernstigere problemen in de omgang met anderen, zoals eerder aangehaald onderzoek al aantoonde (Nijmeijer et al., 2008). Dit komt, omdat men bij comorbiditeit kan spreken van een optelsom die leidt tot deze ernstigere problemen (Gadow et al., 2006; Guttman-Steinmetz et al., 2010; Nijmeijer et al., 2008).

Verder blijken de ASS-groep en de ADHD-groep niet te verschillen op de subschalen Omgang met volwassenen en Omgang met gezag, wat de overlap in probleemgedrag bij deze stoornissen onderschrijft. Op de subschaal Omgang met ouders is wel een verschil gemeten, in het voordeel van de ADHD-groep. Het voordeel van de ADHD-groep is tevens zichtbaar op de subschalen Communicatie en Contact Leggen; de ADHD-groep scoort beter dan de onderling gelijk scorende ASS-groep en comorbide-groep. Dit resultaat kan worden verklaard door de kenmerkende beperkingen in de verbale als de non-verbale communicatie bij een ASS (Volkmar, 2007). Ook op Sociale Redzaamheid en Vriendschappen scoort de ADHD-groep beter dan zowel de ASS-groep als de comorbide-groep. Het aangaan en onderhouden van vriendschappen vereist immers sociale wederkerigheid en communicatie. Dit zijn juist vaardigheden waarop kinderen met een ASS (als op zichzelf staande stoornis of in combinatie met ADHD) tekorten vertonen. Dit betekent echter niet dat er geen sociale problemen optreden bij kinderen met ADHD. Doordat zij sociale omgangsregels en regels over moraal moeizaam internaliseren (Murray-Close et al., 2010), hebben ook zij moeilijkheden in de Omgang met leeftijdgenoten (schaal I). Door onvoldoende zelfregulatie ontstaan problemen in de sociale interactie (Masten & Coatsworth, 1998), en verloopt de omgang met ouders en andere volwassenen moeizaam (schaal II).

Voorts is gevonden dat de ASS-groep beter scoort dan de ADHD-groep op Zelfsturing. Waarschijnlijk is dit verschil toe te schrijven aan de hoge mate van impulsiviteit bij ADHD (Gunning, 2009). Op enkele subschalen is geen enkel verschil tussen de stoornisgroepen (ADHD-groep, ASS-groep en de comorbide-groep) gemeten, namelijk op School-/werkhouding, Autonomie en Besteding. Mogelijk bestaan op deze aspecten geen verschillen tussen de stoornissen. Met name op de subschaal School-/werkhouding zou verwacht mogen worden dat kinderen met de combinatie van ADHD en een ASS het slechter

zouden doen, gezien de duidelijk negatieve invloed op de ontwikkelingsopgave 'leren functioneren op school' (Gadow et al., 2006). Dit is echter niet naar voren gekomen.

## **5.2 Beperkingen van het onderzoek**

De eerste beperking betreft de geringe groepsgrootte van kinderen met ADHD of een ASS. De kleine omvang van de groepen kan van invloed zijn op de resultaten van de analyse waarmee deze groepen kinderen worden vergeleken. Dit geldt ook voor de resultaten van het mogelijke effect van sekse en leeftijd. Het voordeel van voldoende grote groepen is dat het mogelijk is om de kinderen met ADHD en de kinderen met een ASS te vergelijken op de 11 subschalen van de AVJ. Daarnaast biedt het de mogelijkheid om een effect van sekse en van leeftijd (in drie leeftijdscategorieën) te onderzoeken. In het huidige onderzoek is het aantal leeftijdsgroepen teruggebracht tot twee en zijn de kinderen met een ASS en de kinderen met ADHD vergeleken op drie hoofdschalen en drie subschalen van de AVJ, voor een zinvolle analyse.

Een tweede beperking is dat alleen het oordeel van ouders is gemeten. Voor een volledig beeld is het zinvol ook het oordeel van leerkrachten te beschouwen. Ouders zijn immers minder goed op de hoogte van het gedrag van hun kind op school, dan de leerkracht.

## **5.3 Implicaties voor de theorie en de praktijk**

Dit onderzoek beoogt een bijdrage te leveren aan de verheldering van de rol die adaptieve vaardigheden hebben in de ontwikkeling van kinderen met een ASS, kinderen met ADHD, en kinderen met beide stoornissen. Op basis van huidig onderzoek blijkt er van sekseverschillen geen sprake te zijn binnen de groepen met ADHD of met een ASS. Bij het vergelijken van de ASS-groep, de ADHD en de comorbide-groep worden wel verschillen zichtbaar betreffende het adaptief functioneren; kinderen met beide stoornissen hebben hier duidelijk meer problemen mee. Kinderen met alleen een ASS scoren veelal slechter dan kinderen met alleen ADHD, al komt het omgekeerde ook voor (bij Zelfsturing) en soms

scoren zij gelijk. Het zijn deze verschillen en overeenkomsten die een uitgangspunt kunnen vormen voor de begeleiding van deze kinderen. De hulpverlening kan zodoende gericht maatwerk leveren, door in te spelen op de specifieke sterk en zwak ontwikkelde competenties. Zo zullen kinderen met zowel een ASS als ADHD waarschijnlijk een andere, intensievere training vereisen, gezien het feit dat zij de meest ongunstig score op de AVJ hebben. Of het mogelijk is bestaande (sociale vaardigheids-)trainingen te gebruiken – eventueel in aanpaste vorm – zal onderwerp van vervolgonderzoek moeten zijn. Het is belangrijk om te beschikken over een bewezen effectief trainingsprogramma voor iedere doelgroep (kinderen met een ASS, kinderen met ADHD en de comorbide-groep), aangezien tekorten in adaptief functioneren kunnen leiden tot ernstige problemen bij het functioneren op latere leeftijd (Rispen & Goudena, 1994).

Verder houdt de onderzoeksbevinding, dat er een substantiële groep kinderen is die zowel de symptomen van een ASS als van ADHD heeft, in dat er discussie gevoerd moet worden over hoe om te gaan met de beperking van de DSM-IV-TR. Dit handboek schrijft immers voor dat een dubbele diagnose ASS en ADHD niet geoorloofd is. Dit lijkt een miskennis te zijn van de problemen die een specifiek groep kinderen in de praktijk ervaart. De vraag die hieruit volgt, is: behoeft het uitgangspunt van de DSM-IV-TR aanpassing, met het oog op deze bevinding?

Met dit onderzoek is wederom een stap gezet om meer kennis te vergaren over de adaptieve vaardigheden van kinderen tot 12 jaar met een ASS, ADHD of comorbide ASS en ADHD. Vervolgonderzoek is echter nodig. Enerzijds om de eerder genoemde beperkingen van het huidige onderzoek op te heffen en anderzijds ter verdieping. Dit laatste kan geschieden door tevens het oordeel van leerkrachten op te nemen in het vervolgonderzoek. Maar ook door het adaptief functioneren te onderzoeken bij kinderen met een ASS, ADHD of beide stoornissen in de leeftijd van 12 tot 18 jaar. Vergeleken met de groep van 4 tot 12, is er

mogelijk wel sprake van een effect van leeftijd. Ook is longitudinaal onderzoek aan te raden, om zodoende inzicht te verkrijgen in de wijze waarop het adaptief functioneren zich ontwikkelt bij de verschillende stoornisgroepen over de periode van 4 tot 18 jaar. Het eerder aangehaalde punt betreffende het inzetten van effectieve trainingen voor de verschillende doelgroepen, vereist tevens uitgebreid onderzoek. Bij dit onderzoek is er een directe link met de toepassing van de resultaten in de praktijk, waarbij onder meer de volgende onderzoeksdomeinen speciale aandacht verdienen: het aanpassen van bestaand materiaal en/of het ontwikkelen van nieuwe trainingen, het uitvoeren van effectmetingen, gevolgd door eventuele aanpassingen van het trainingsmateriaal, en het hierna opnieuw meten van het effect op de beheersing van adaptieve vaardigheden. Deze onderzoeksresultaten zullen hun weerslag vinden in het leven van alledag van de ouder(s) en hun kind met een ASS, ADHD, of met een combinatie van beide stoornissen. En dit is, naar mijn mening, een belangrijk doel van het verrichten van wetenschappelijk onderzoek.

## Referentielijst

- Bernstein, D. A. (2008). *Psychology* (8th ed ed.). Boston, MA etc.: Houghton Mifflin.
- Buitelaar, J. K., & Kooij, J. J. S. (2000). Aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD); achtergronden, diagnostiek en behandeling. *Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde*, 144(36), 1716-1722.
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology : a contextual approach* (2nd rev. and upd. ed ed.). London etc.: Routledge.
- DeHart, G. B., Sroufe, L. A., Cooper, R. G., & Patterson, C. J. (2004). *Child development : its nature and course* (5th ed ed.): Boston etc. : McGraw-Hill.
- Došen, A. (2010). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap: een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Van Gorcum.
- First, M. B., Frances, A., & Pincus, H. A. (2002). *DSM-IV-TR handbook of differential diagnosis*. Washington, D.C., etc.: American Psychiatric Publishing.
- Gadow, K. D., DeVincent, C., & Schneider, J. (2008). Predictors of Psychiatric Symptoms in Children with an Autism Spectrum Disorder. [Article]. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 38(9), 1710-1720. doi: 10.1007/s10803-008-0556-8
- Gadow, K. D., DeVincent, C. J., & Pomeroy, J. (2006). ADHD Symptom Subtypes in Children with Pervasive Developmental Disorder. [Article]. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 36(2), 271-283. doi: 10.1007/s10803-005-0060-3
- Gunning, W. B. (2009). Aandachtstekort-/hyperactiviteitsstoornissen. In F. C. Verhulst & F. Verheij (Eds.), *Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Onderzoek en diagnostiek* (pp. 367-379). Assen: Van Gorcum.
- Gunning, W. B., Verhulst, F.C. (2004). Aandachts-en gedragsstoornissen. In W. Vandereycken, Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G. (Ed.), *Handboek psychopathologie, deel 1 Basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu/Van Loghum.
- Guttman-Steinmetz, S., Gadow, K., DeVincent, C., & Crowell, J. (2010). Anxiety Symptoms in Boys with Autism Spectrum Disorder, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, or Chronic Multiple Tic Disorder and Community Controls. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(8), 1006-1016. doi: 10.1007/s10803-010-0950-x
- Kievit, T., Tak, J. A., & Bosch, J. D. (2008). *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen* (7e, herz. dr ed.). Utrecht: De Tijdstroom.
- Leary, M. R. (2008). *Introduction to behavioral research methods* (fifth ed.). Boston: Pearson Education, Inc.
- Luteijn, E. F., Serra, M., Jackson, S., Steenhuis, M. P., Althaus, M., Volkmar, F., & Minderaa, R. (2000). How unspecified are disorders of children with a pervasive developmental disorder not otherwise specified? A study of social problems in children with PDD-NOS and ADHD. [Article]. *European child & adolescent psychiatry*, 9(3), 168.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53(2), 205-220. doi: 10.1037/0003-066x.53.2.205
- Masten, A. S., Roisman, G. I., Long, J. D., Burt, K. B., Obradović, J., Riley, J. R., . . . Tellegen, A. (2005). Developmental Cascades: Linking Academic Achievement and Externalizing and Internalizing Symptoms Over 20 Years. *Developmental psychology*, 41(5), 733-746. doi: 10.1037/0012-1649.41.5.733
- Minderaa, R. B. (2006). Pervasive ontwikkelingsstoornissen. In F. C. Verhulst & F. Verheij (Eds.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: onderzoek en diagnostiek* (3e ongew. druk ed., pp. 278-293). Assen: Van Gorcum.

- Moore, D. S., McCabe, G. P., & Craig, B. A. (2009). *Introduction to the practice of statistics* (sixth ed.). New York: W.H. Freeman and Company.
- Murray-Close, D., Hoza, B., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Swanson, J., Jensen, P. S., . . . Wells, K. (2010). Developmental processes in peer problems of children with attention-deficit/hyperactivity disorder in The Multimodal Treatment Study of Children With ADHD: Developmental cascades and vicious cycles. *Development and psychopathology*, 22(Special Issue 04), 785-802. doi: 10.1017/S0954579410000465
- Nijmeijer, J. S., Minderaa, R. B., Buitelaar, J. K., Mulligan, A., Hartman, C. A., & Hoekstra, P. J. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical psychology review*, 28(4), 692-708. doi: 10.1016/j.cpr.2007.10.003
- Rispens, J., & Goudena, P. P. (1994). *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen*. Houten etc.: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Ruijsenaars, A. J. J. M., Van den Bergh, P. M., & Schoorl, P. M. (2008). *Orthopedagogiek : ontwikkelingen, theorieën en modellen : een inleiding*. Antwerpen ; Apeldoorn: Garant.
- Scholte, E. M., Van Berckelaer-Onnes, I. A., & Van der Ploeg, J. D. (2008). A rating scale to screen symptoms of psychiatric disorders in children. [Article]. *European Journal of Special Needs Education*, 23(1), 47-62. doi: 10.1080/08856250701791286
- Scholte, E. M., & Van der Ploeg, J. D. (2009). *Sociaal-Emotionele Vragenlijst (SEV) : handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Scholte, E. M., & Van der Ploeg, J. D. (2010). *Vragenlijst Algemene Vaardigheden Jeugdigen (AVJ)*. Experimentele versie. Houten/Amsterdam: Bohn Stafleu van Loghum/Nippo.
- Sizoo, B., Van den Brink, W., Gorissen-van Eenige, M., Koeter, M., Van Wijngaarden-Cremers, P., & Van der Gaag, R. (2009). Using the Autism-Spectrum Quotient to Discriminate Autism Spectrum Disorder from ADHD in Adult Patients With and Without Comorbid Substance Use Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(9), 1291-1297. doi: 10.1007/s10803-009-0743-2
- Slot, N. W., & Spanjaard, H. J. M. (2009). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg : hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen* (3e, geheel herz. dr ed.). Baarn: HBuitgevers.
- Solanto, M. V., Pope-Boyd, S. A., Tryon, W. W., & Stepak, B. (2009). Social Functioning in Predominantly Inattentive and Combined Subtypes of Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 13(1), 27-35. doi: 10.1177/1087054708320403
- Sparrow, S. S., Cichetti, D.V., & Balla, D.A. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales: Second Edition*: Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Stein, M. A., Szumowski, E., Blondis, T. A., & Roizen, N. J. (1995). Adaptive Skills Dysfunction in ADD and ADHD Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(4), 663-670. doi: 10.1111/j.1469-7610.1995.tb02320.x
- Stevens, J. P. (2002). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (fourth ed.). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- VanMeter, L., Fein, D., Morris, R., Waterhouse, L., & Allen, D. (1997). Delay Versus Deviance in Autistic Social Behavior. *Journal of autism and developmental disorders*, 27(5), 557-569. doi: 10.1023/a:1025830110640
- Volkmar, F. R. (2007). *Autism and pervasive developmental disorders* (2nd ed.). Cambridge etc.: Cambridge University Press.

**Bijlage 1: Uitgangstabel van de hoofdschalen voor de vier stoornisgroepen en  
Uitgangstabel van de subschalen voor de vier stoornisgroepen**



Tabel 3: *Uitgangstabel van de hoofdschalen voor de vier stoornisgroepen.*

Hoofdschalen		ADHD			ASS			Comorbiditeit			Geen stoornis		
		N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD
I. Omgang leeftijdgenoten	Man	34	3.65	0.66	50	3.02	0.78	18	2.94	0.94	234	4.03	0.52
	Vrouw	6	3.62	0.46	13	2.95	0.47	7	2.50	0.59	238	4.02	0.57
	Tot	40	3.65	0.63	63	3.01	0.72	25	2.82	0.87	472	4.03	0.54
II. Omgang ouders, volwassenen en gezag	Man	34	3.80	0.61	50	3.51	0.78	18	2.83	0.85	234	4.18	0.52
	Vrouw	6	3.65	0.61	13	3.58	0.47	7	2.62	1.00	238	4.21	0.54
	Tot	40	3.78	0.61	63	3.52	0.72	25	2.77	0.88	472	4.19	0.53
IV. Autonomie en zelfsturing	Man	34	3.12	0.49	50	2.96	0.52	18	2.70	0.63	234	3.68	0.48
	Vrouw	6	2.78	0.55	13	2.90	0.53	7	2.40	0.63	238	3.73	0.55
	Tot	40	3.07	0.51	63	2.95	0.42	25	2.62	0.63	472	3.71	0.51

Tabel 4: *Uitgangstabel van de subschalen voor de vier stoornisgroepen.*

Subschalen		ADHD			ASS			Comorbiditeit			Geen stoornis		
		N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD
Vriendschappen	Man	32	3.67	0.78	45	3.13	1.00	18	2.81	1.16	231	4.06	0.72
	Vrouw	8	3.48	0.66	15	3.42	0.96	7	2.69	0.99	234	4.07	0.61
	Tot	40	3.63	0.75	60	3.20	0.99	25	2.77	1.09	465	4.07	0.66
Contact leggen	Man	32	3.97	0.82	46	2.91	0.95	18	3.30	1.14	234	4.13	0.72
	Vrouw	8	3.29	0.90	17	3.27	0.80	7	2.81	1.09	238	4.05	0.80
	Tot	40	3.83	0.87	63	3.01	0.94	25	3.16	1.13	472	4.09	0.76
Communicatie	Man	32	3.38	0.82	46	2.83	0.97	18	2.68	0.94	229	3.87	0.61
	Vrouw	8	3.88	1.05	17	2.80	0.88	7	2.05	0.59	235	3.89	0.72
	Tot	40	3.48	0.88	63	2.82	0.94	25	2.50	0.89	464	3.88	0.67
Omgang met ouders	Man	32	3.97	0.80	46	3.55	0.91	18	2.73	1.01	234	4.40	0.54
	Vrouw	8	4.04	0.77	17	3.81	0.87	7	2.62	0.76	238	4.36	0.60
	Tot	40	3.98	0.78	63	3.61	0.90	25	2.70	0.93	472	4.38	0.57
Omgang met volwassenen	Man	32	3.56	0.68	46	3.23	0.82	18	2.78	0.88	234	3.96	0.65
	Vrouw	8	3.79	0.80	17	3.41	0.80	7	2.57	1.01	238	4.04	0.62
	Tot	40	3.61	0.70	63	3.28	0.81	25	2.72	0.90	472	4.00	0.64
Omgang met gezag	Man	32	3.72	0.68	46	3.64	0.84	18	2.95	1.00	234	4.18	0.61
	Vrouw	8	3.83	1.89	17	3.78	0.63	7	2.67	1.35	237	4.24	0.61
	Tot	40	3.74	0.72	63	3.68	0.80	25	2.87	1.09	471	4.21	0.61
School/werk	Man	32	3.24	0.71	46	3.42	0.61	18	3.19	0.66	233	4.04	0.62
	Vrouw	8	2.83	0.57	17	3.39	0.86	7	2.85	1.00	238	4.18	0.60
	Tot	40	3.16	0.70	63	3.41	0.68	25	3.09	0.76	471	4.11	0.62
Autonomie	Man	32	3.40	0.59	45	3.24	0.66	18	3.06	0.75	324	3.80	0.58
	Vrouw	8	3.03	0.63	17	3.07	0.77	7	3.04	0.97	238	3.82	0.68
	Tot	40	3.33	0.61	62	3.20	0.69	25	3.05	0.80	472	3.81	0.63
Zelfsturing	Man	32	2.85	0.67	46	2.71	0.63	18	2.40	0.77	234	3.57	0.59
	Vrouw	8	2.81	0.44	17	2.81	0.44	7	1.89	0.74	237	3.65	0.59
	Tot	40	2.84	0.63	63	2.73	0.58	25	2.26	0.78	471	3.61	0.59
Sociale redzaamheid	Man	32	3.29	0.69	46	2.97	0.78	18	2.69	0.77	234	3.85	0.55
	Vrouw	8	3.16	0.96	17	3.00	0.36	7	2.60	0.74	237	3.92	0.54
	Tot	40	3.27	0.74	63	2.98	0.69	25	2.67	0.78	471	3.89	0.55
Besteding	Man	32	3.63	0.85	45	3.57	0.71	18	3.18	0.94	231	3.98	0.67
	Vrouw	8	3.16	1.35	17	3.19	0.90	7	2.96	1.08	235	4.14	0.66
	Tot	40	3.54	0.97	62	3.46	0.78	25	3.11	0.96	466	4.06	0.67

## **Bijlage 2: AVJ Vragenlijst**

Deelnamenummer:

**Onderzoek Algemene Vaardigheden Jeugdigen (AVJ)**

© E.M. Scholte &amp; J.D. van der Ploeg, 2010

Iedereen heeft sterke en zwakke kanten. Wij willen graag weten wat de sterke en zwakke kanten bij kinderen zijn. Kinderen die problemen ondervinden kunnen dan in de toekomst beter worden geholpen. Daarom vragen we u vriendelijk aan ons onderzoek mee te doen en op de volgende bladzijde aan te geven wat de sterke en zwakke kanten zijn van uw kind.

Wilt u voordat u begint a.u.b. eerst deze vragen beantwoorden (kruis het antwoord aan, of vul in):

1. Wat is uw sekse?	1 Vrouw    2 Man
2. Wat is uw geboortedatum?	Dag: _____ Maand _____ Jaar: _____
3. Wat is uw postcode?	Postcode: _____
4. Geef het kind een volgnummer (1, 2, 3, 4 enz.)	Volgnummer: _____
5. Wat is de sekse van het kind?	1 Man    2 Vrouw
6. Wat is de geboortedatum van het kind?	Dag: _____ Maand _____ Jaar: _____
7. Welk schooltype bezoekt het kind	1 Basisonderwijs    3 Havo/VWO 2 (V)MBO    4 anders, nl.: _____
8. Is sprake van regulier of Speciaal Onderwijs?	1 regulier onderwijs    3 rugzakonderwijs 2 SBO    4 Speciaal onderwijs
9. In welke groep/klas zit het kind?	Groep/klas: _____
10. Hoe is het gezin van het kind samengesteld?	1 twee biologische ouders 2 biologische ouder en pleegouder 3 twee pleegouders 4 gezin met één ouder 5 anders, nl.: _____
11. Wat is het hoogst genoten opleidingsniveau van de kostwinner in het gezin van het kind?	1 lager onderwijs (LO/LBO) 2 middelbaar onderwijs (MAVO/MBO) 3 hoger onderwijs (HBO/WO)
12. Wat is de datum van het invullen?	Dag: _____ Maand _____ Jaar: _____
13. Indien u bereid bent deze vragenlijst over enkele weken nogmaals in te vullen, wilt u dan hier uw naam en adres opgeven?	Uw naam: _____ School: _____ Adres: _____ Woonplaats+Postcode: _____
<b>Noteer in dit geval welke kind bij welk volgnummer van vraag 4 hoort.</b>	

**Vragenlijst Algemene Vaardigheden Jeugdigen (AVJ)**

© E.M. Scholte &amp; J.D. van der Ploeg, 2010

Hieronder kunt u aangeven wat de sterke en zwakke kanten zijn van uw kind. Leest u elke uitspraak eerst goed door en omcirkel dan het antwoord dat het beste bij uw kind past. U kunt kiezen uit:

- 1 = helemaal niet mee eens  
 2 = niet mee eens  
 3 = neutraal (niet mee eens, niet mee oneens)  
 4 = mee eens  
 5 = helemaal mee eens.

Wilt u proberen alle vragen te beantwoorden en altijd maar één antwoord omcirkelen.

De jeugdige:		Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
<b>I. Omgang met leeftijdgenoten</b>						
<b>I.1 Vriendschappen</b>						
1.	1. Heeft een paar goede vrienden waar hij/zij veel mee optrekt	1	2	3	4	5
2.	4. Heeft vrienden die een positieve invloed hebben	1	2	3	4	5
3.	7. Praat met vrienden over dingen die hem/haar bezighouden	1	2	3	4	5
<b>I.2 Contact leggen</b>						
4.	2. Gaat in een groep zonder moeite om met de anderen	1	2	3	4	5
5.	13. Legt gemakkelijk contact met zowel jongens als meisjes	1	2	3	4	5
6.	16. Zoekt actief contact met leeftijdgenoten die hij/zij aardig vindt	1	2	3	4	5
<b>I.3 Communicatie</b>						
7.	19. Herkent gevoelens bij zijn/haar vrienden	1	2	3	4	5
8.	22. Heeft in de gaten wanneer een vriend of vriendin hulp nodig heeft	1	2	3	4	5
9.	25. Snapt wanneer hij/zij een vriend of vriendin heeft beledigd	1	2	3	4	5
<b>II. Omgang met ouders, volwassenen en gezag</b>						
<b>II.2 Ouders</b>						
10.	4. Gaat zonder problemen om met zijn/haar ouder(s)	1	2	3	4	5
11.	5. Houdt rekening met de wensen en gevoelens van zijn/haar ouder(s)	1	2	3	4	5
12.	8. Staat positief tegenover zijn/haar ouders	1	2	3	4	5
<b>II.3 Volwassenen</b>						
13.	11. Volgt aanwijzingen van volwassenen zonder veel problemen op	1	2	3	4	5
14.	14. Is vriendelijk en beleefd tegenover volwassenen	1	2	3	4	5
15.	17. Staat open voor kritiek en commentaar van volwassenen	1	2	3	4	5

De jeugdige:		Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
<b>II.4 Gezag</b>						
16.	20. Acepteert de leidende rol van volwassenen, zoals ouders en leraren	1	2	3	4	5
17.	23. Laat zich corrigeren door volwassenen	1	2	3	4	5
18.	26. Volgt aanwijzingen/opdrachten van leraren/chefs bereidwillig op	1	2	3	4	5
<b>III. Schoolwerk en toekomst</b>						
<b>III.1 School/Werk</b>						
19.	12. Maakt huiswerk/taken van school/werk helemaal af	1	2	3	4	5
20.	6. Houdt zijn/haar aandacht goed bij de les/taak	1	2	3	4	5
21.	9. Blijft zich inzetten, ook na slechte prestaties	1	2	3	4	5
<b>III.2 Stabiliteit</b>						
22.	12. Is altijd op tijd op zijn/haar school/werk	1	2	3	4	5
23.	15. Doet zijn/haar best op school/het werk	1	2	3	4	5
24.	18. Levert constante prestaties op zijn/haar school/werk	1	2	3	4	5
<b>III.3 Toekomst</b>						
25.	21. Maakt concrete toekomstplannen	1	2	3	4	5
26.	24. Stemt zijn/haar toekomstplannen af op zijn/haar mogelijkheden	1	2	3	4	5
27.	27. Werkt hard aan zijn/haar toekomst	1	2	3	4	5
28.	60. Weet wat hij wil worden en/of doet met zijn leven	1	2	3	4	5
<b>IV. Autonomie en zelfsturing</b>						
<b>IV.4 Autonomie</b>						
29.	28. Laat zich niet snel overhalen iets te doen, wat hij/zij eigenlijk niet wil	1	2	3	4	5
30.	32. Haakt af als hij/zij activiteiten niet ziet zitten	1	2	3	4	5
31.	36. Laat zich niet voor het karretje van een ander spannen	1	2	3	4	5
32.	40. Komt bij conflicten op passende wijze voor zichzelf op	1	2	3	4	5
33.	44. Weet goed wat hij of zij wel en niet wil	1	2	3	4	5
<b>IV.5 Zelfsturing</b>						
34.	29. Reageert normaal bij kritiek op zijn/haar werk of gedrag	1	2	3	4	5
35.	33. Houdt rekening met eigen en andermans belangen	1	2	3	4	5
36.	37. Probeer te leren van kritiek van anderen	1	2	3	4	5
37.	41. Brengt zelf orde en regelmaat aan in zijn/haar leven	1	2	3	4	5
38.	45. Is zich bewust van eigen mogelijkheden en beperkingen	1	2	3	4	5

De jeugdige:		Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
<b>V. Zelfverzorging en sociale redzaamheid</b>						
<b>V.1 Zelfverzorging</b>						
39.	30. Heeft een goede persoonlijke hygiëne	1	2	3	4	5
40.	34. Verzorgt zijn/haar kleding en uiterlijk	1	2	3	4	5
41.	38. Kan goed met geld omgaan	1	2	3	4	5
42.	42. Stemt kleding en gedrag af op de omstandigheden	1	2	3	4	5
43.	46. Besteedt aandacht aan zijn/haar gezondheid	1	2	3	4	5
<b>V.2 Sociale redzaamheid</b>						
44.	31. Laat een meningsverschil niet gauw uit de hand lopen	1	2	3	4	5
45.	35. Zorgt voor een goede verstandhouding met huisgenoten/buren/leiding	1	2	3	4	5
46.	39. Weet wat wel en niet gezegd kan worden, tegen bijv. leraren of chefs	1	2	3	4	5
47.	43. Komt snel ter zake bij vragen en verzoeken aan volwassenen	1	2	3	4	5
48.	47. Kan goed overweg met verschillende soorten mensen	1	2	3	4	5
<b>VI. Vrije tijd</b>						
<b>VI.1 Middelengebruik</b>						
49.	48. Wordt in zijn/haar functioneren niet beïnvloed door drank en/of drugs	1	2	3	4	5
50.	51. Kent de gevaren van drank/drugsgebruik en houdt daar rekening mee	1	2	3	4	5
51.	54. Zorgt ervoor niet in moeilijkheden te komen door drank en/of drugs	1	2	3	4	5
52.	57. Weet het gebruik van alcohol en/of verwante middelen goed te doseren	1	2	3	4	5
<b>VI.2 Besteding</b>						
53.	49. Weet zijn/haar vrije tijd nuttig en zinvol te besteden	1	2	3	4	5
54.	50. Heeft zijn/haar computergebruik goed onder controle (internet, spelletjes)	1	2	3	4	5
55.	55. Besteedt vrije tijd graag aan hobby's en/of sport/spelactiviteiten	1	2	3	4	5
56.	59. Weet verveling in de vrije tijd goed te voorkomen	1	2	3	4	5
<b>VI.3 Regulering</b>						
57.	52. Vermijdt jeugdigen die snel in de problemen geraken	1	2	3	4	5
58.	53. Weet vrijetijdsactiviteiten goed af te stemmen op school/werkverplichtingen	1	2	3	4	5
59.	56. Is bij uitgaan, feestjes of bezoek aan vrienden altijd tijdig weer thuis	1	2	3	4	5
60.	58. Houdt zich verre van riskant of strafbaar gedrag	1	2	3	4	5