

Het niveau van adaptieve vaardigheden bij jeugdigen zonder en met gedragsproblemen



Universiteit Leiden

C.K. van Steenbeek
s0957089

Universiteit Leiden
Scriptiebegeleider: Prof. Dr. E.M. Scholte
Tweede beoordelaar: Prof. Dr. K.B. van der Heijden
Afdeling: Orthopedagogiek – Ontwikkelingsstoornissen

5 juli 2011

Inhoud

Voorwoord.....	3
Samenvatting.....	4
Summary.....	5
1. Inleiding.....	6
Hoofdstuk 2: Theoretische Oriëntatie.....	8
2.1 Wat wordt verstaan onder adaptieve vaardigheden.....	8
2.2 Wat is internaliserend en wat is externaliserend probleemgedrag.....	10
2.3 Verklaringen.....	12
2.3.1 Verklaringen betreft internaliserend probleemgedrag.....	12
2.3.2 Verklaringen betreft externaliserend probleemgedrag.....	13
2.4 Diagnostiek.....	14
2.5 Prevalentie.....	14
2.6 Prognose.....	15
2.6.1 Prognose betreft internaliserend probleemgedrag.....	15
2.6.2 Prognose betreft externaliserend probleemgedrag.....	16
2.7 Overzicht van reeds uitgevoerd onderzoek.....	16
2.7.1 Internaliserend probleemgedrag.....	16
2.7.2 Externaliserend probleemgedrag.....	17
2.7.3 Comorbiditeit.....	18
2.7.4 Wat is er bekend over eventuele sekse- en leeftijdsverschillen?.....	19
2.8 Wat zijn de verwachtingen.....	20

Hoofdstuk 3: Opzet van het onderzoek.....	21
3.1 Onderzoeksvragen.....	21
3.2 Onderzoeksgroep	22
3.3 Meetinstrumenten	22
3.3.1 Vragenlijst Adaptieve Vaardigheden.....	23
3.3.2 Sociaal Emotionele Vragenlijst.....	24
3.4 Procedure	25
3.5 Data-analyseplan.....	26
Hoofdstuk 4: Resultaten.....	27
4.1 Algemene kenmerken	27
4.2 Resultaten data-inspectie	28
4.3 Resultaten betrouwbaarheidsonderzoek.....	30
4.4 Resultaten data-analyse.....	31
Hoofdstuk 5: Conclusie, Discussie en Aanbevelingen	35
5.1. Systematische beantwoording van de onderzoeksvragen	35
5.2 Vergelijking eigen resultaten met de literatuur.....	38
5.2.1 Internaliserende gedragsproblematiek	38
5.2.2 Externaliserende gedragsproblematiek	39
5.2.3 Comorbiditeit	39
5.2.4 Leeftijd en Sekse.....	40
5.3 Beperkingen van het onderzoek.....	41
5.4 Implicaties voor de praktijk, aanbevelingen voor verder onderzoek	42
5.4.1 Implicaties.....	42
5.4.2 Aanbevelingen	43
Literatuur	44

Voorwoord

Voor u ligt een scriptie welke het resultaat is van een onderzoek naar de adaptieve vaardigheden onder jeugdigen zonder of met probleemgedrag, binnen de Master ‘Education and Child Studies – Clinical Child and Adolescent Studies’ aan de Universiteit te Leiden. Het interesseerde mij om te achterhalen of er daadwerkelijk verschillen zijn in de algemene sociale vaardigheden tussen jeugdigen met bijvoorbeeld internaliserend of externaliserend probleemgedrag. Juist omdat de uitingsvorm tussen deze twee gedragsclusters zo verschillend is. Doordat jeugdigen met internaliserend probleemgedrag vaak geen probleem vormen voor de omgeving, worden moeilijkheden vaak niet of (te) laat gesignaleerd. Met behulp van dit onderzoek wil ik graag een bijdrage leveren aan het in kaart brengen van de adaptieve vaardigheden bij alle jeugdigen. Zodat de omgeving handreikingen kan ontvangen ten aanzien van de omgang en begeleiding van jeugdigen, en alerter kan zijn op de eventuele knelpunten aangaande de adaptieve vaardigheden.

Het schrijven van deze scriptie is gepaard gegaan met momenten waarop ik dacht mijn doel niet meer te zullen gaan bereiken. Telkens hervond ik de motivatie en het doorzettingsvermogen om verder te schrijven. Met in gedachten het doel van dit onderzoek, en voor mij persoonlijk het gaan behalen van mijn universitaire master.

Bij deze wil ik de gelegenheid nemen om een aantal personen te bedanken.

Allereerst wil ik mijn scriptiebegeleider Prof. Dr. E.M. Scholte hartelijk danken voor zijn heldere feedback, waarmee hij mij stimuleerde mijn wetenschappelijke inzicht en vaardigheden te bevorderen.

Dan wil ik mijn moeder bedanken, ze toonde altijd haar interesse en heeft mij steeds gesteund gedurende mijn hele studie. Verder mijn supervisor die mij wist te motiveren wanneer ik het even niet meer zag zitten. Als laatste wil ik zeker ook mijn vriendin bedanken die mij perspectief bood en meer inzicht gaf.

Cathelijne van Steenbeek

Delft, 5 juli 2011

Samenvatting

Doel: Bestuderen of er verschillen zijn in de mate van beheersing van adaptieve vaardigheden tussen jeugdigen zonder probleemgedrag, en jeugdigen met internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag. En wat hierbij de mogelijke invloed is van leeftijd en sekse.

Methode: De onderzoeksgroep bestaat uit 334 jongens en 211 meisjes van 9 tot 18 jaar, uit het basisonderwijs en middelbaar (beroeps-)onderwijs. Door ouders zijn twee vragenlijsten ingevuld. Met behulp van de SEV is bepaald of er sprake is van gedragsproblematiek, en door middel van de experimentele vragenlijst AVJ is het niveau van adaptieve vaardigheden bepaald.

Resultaten: Binnen deze steekproef komt internaliserend probleemgedrag het meeste voor. Gemiddeld functioneren jeugdigen zonder probleemgedrag beter dan jeugdigen met probleemgedrag. Bij comorbiditeit is de beheersing van adaptieve vaardigheden het zwakst. Het grootste tekort voor jeugdigen met externaliserend en jeugdigen met comorbide probleemgedrag is gevonden in de 'autonomie en zelfsturing'. Voor jeugdigen met internaliserend probleemgedrag is de vaardigheid 'omgang met leeftijdsgenoten' het zwakst. De adaptieve vaardigheden nemen toe tot 16 jaar, meisjes functioneren structureel beter dan jongens.

Conclusie: De mate van beheersing van adaptieve vaardigheden verschilt tussen jeugdigen zonder probleemgedrag, internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag. Leeftijd en sekse spelen in beperkte mate een rol. Voor de omgang en begeleiding van de jeugdigen met gedragsproblemen is het van belang rekening te houden met de specifieke tekorten.

Summary

Objective: to Examine whether there are differences in the degree of control of adaptive skills between youngsters without problem behavior, and youngsters with internalizing and/or externalizing behavior. And what might be the possible influence of age and gender.

Method: the research sample consists of 334 boys and 211 girls in the age of 9 to 18 years, from the basic education and secondary (vocational) education. Two questionnaires were filled in by parents. The SEV is used to assess whether children had behavioral problems or not. The level of the adaptive skills was measured by the experimental questionnaire AVJ.

Results: Within this sample internalizing behavior is most frequent, next to youngsters who did not have behavior problems. On the average, the adaptive skills of the latter youngsters were better in comparison to youngsters with behavior problems. If youngsters have both internalizing and externalizing problems, then their adaptive skills are the weakest. This group, and the youngsters who only had externalizing behavior problems, seem to have the most problems with becoming an autonomic person and self-guidance. The youth with internalizing behavior problems are having the most difficulties in interacting with peers. When taking age into account, the adaptive behavior increases up until the age of 16 years, then follows a decrease. In general the adaptive skills of girls are better than the adaptive skills of boys.

Conclusion: Adaptive behavior skills are influenced by the presence of behavior problems. Age and gender also have a part in the determination how good these skills are being mastered. This knowledge is important for the people who are rearing or educating these youngsters, and for the professionals who are guiding them. In this way they can adjust their methods more specific to the individual needs.

1. Inleiding

Ieder mens ontwikkelt zich gedurende het leven. Bij elke leeftijdsfase behoren verschillende ontwikkelingstaken op diverse gebieden. Van jonge kinderen worden andere inzichten en competenties verwacht dan van adolescenten. Zo hanteert Erikson (1977) een aantal ontwikkelingsstadia met ontwikkelingstaken die bij een normale ontwikkeling doorgaans in een bepaalde leeftijdsfase zullen plaatsvinden, zoals de fase van de identiteitsvorming tijdens de adolescentie, waarin de jeugdigen te maken krijgt met het maken van keuzes zoals een beroep en het zoeken van aansluiting bij leeftijdgenoten. DeHart en Sroufe (2004) hebben hieraan nog drie belangrijke ontwikkelingstaken toegevoegd, te weten: het vormen van een samenhangend zelfconcept, grote veranderingen binnen relaties met leeftijdgenoten en de toename van het begrijpen en beheersen van emoties. De belangrijkste ontwikkelingstaken voor adolescenten hebben betrekking op het ontwikkelen van een persoonlijke identiteit, een nieuw niveau van nabijheid en vertrouwen in de relatie met leeftijdgenoten, als ook het omgaan met de andere sekse. Daarnaast zal de adolescent binnen het gezin meer verantwoordelijkheid en een meer autonome plaats proberen te verwerven en ook binnen de maatschappij (DeHart & Sroufe, 2004). Deze vaardigheden die iemand nodig heeft om te kunnen voldoen aan de eisen die de omgeving stelt worden benoemd als ‘algemene adaptieve vaardigheden’ (Goudena, 1994). Competenties van kinderen en jongeren die hen in staat stellen de dagelijkse ontwikkelingstaken waarvoor zij komen te staan binnen diverse leefgebieden als thuis, op school, op het werk en in de vrije tijd, adequaat te kunnen vervullen.

Niet voor ieder kind en iedere adolescent zal het omgaan met deze ontwikkelingstaken echter een natuurlijk verloop hebben. Zij kunnen hierbij gehinderd worden door diverse factoren. Zowel omgevingsgebonden factoren als karakteristieken van het kind of de adolescent kunnen een negatieve invloed hebben op het verwerven van nieuwe adequate vaardigheden. De te verwerven vaardigheden kunnen te zwaar zijn, waardoor taakverlichting nodig is, of als de zwaarte meer ligt in de omgevingskenmerken zal aldaar gekeken moeten worden waar lastenverlichting mogelijk is (Slot & Spanjaard, 2009). Sommige kinderen en adolescenten zijn op emotioneel en/of sociaal gebied meer kwetsbaar. Soms dermate ernstig dat zij psychosociale problematiek ontwikkelen. Dit kan leiden tot zowel internaliserende (sociaal-emotioneel) en/of externaliserende (gedragsmatige) problematiek.

Internaliserend betekent dat de moeilijkheden en problemen die personen ervaren op het eigen innerlijk zijn gericht. Zij ondervinden zelf last, houden de moeilijkheden voor zichzelf (Van der Ploeg, 2011). Onder externaliserend gedrag wordt verstaan dat personen hun ervaren problemen naar buiten toe uiten, gericht op hun omgeving. Zowel gericht op objecten als op andere mensen (Van der Ploeg, 2011).

Bij circa 9 – 14 % van de jongeren is er sprake van sociaal-emotionele problemen zoals ADHD, autisme, angsten of depressie (Scholte & Van der Ploeg, 2009). Deze kinderen kunnen gebruik maken van een school voor speciaal onderwijs. Dit is een speciale onderwijsvorm die methodisch gezien taken meer stapsgewijs en concreet uitwerkt, en waarbij er ook meer aandacht is voor de begeleiding van kinderen op sociaal-emotioneel vlak (Kennisset). Momenteel is de gedachte juist om kinderen die voorheen afgestemd onderwijs zouden volgen binnen een speciale school weer op te nemen binnen het reguliere onderwijs. Het zogeheten ‘ Passend Onderwijs’ (Ministerie Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen – Rijksoverheid, 2011). Dit heeft tot gevolg dat leerkrachten in het regulier onderwijs te maken zullen krijgen met een nog grotere diversiteit aan kinderen, ook kinderen die te kampen hebben met internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag. Om deze kinderen gericht te kunnen begeleiden is het van belang inzicht te hebben in de adaptieve vaardigheden die deze kinderen wel en niet beheersen.

Op dit moment is echter nog niet voldoende duidelijk op welke gebieden van adaptieve vaardigheden deze kinderen precies problemen ondervinden. Daarnaast is er weinig bekend over wat bij al deze aspecten de mogelijke rol is van leeftijd en sekse. Inzicht hierin is van belang om meerdere redenen. Ten eerste biedt inzicht in het niveau van adaptieve vaardigheden de mogelijkheid om te kunnen bepalen bij het verwerven van welke ontwikkelingstaken deze kinderen de meeste moeite hebben. Ten tweede creëert dit kansen om de begeleiding en eventuele behandeling (door ouders, leerkrachten, bijv. sportbegeleiders, therapeuten e.a.) beter af te kunnen stemmen op de behoeftes van het kind dat extra zorg nodig heeft.

Het doel van dit onderzoek is op dit gebied een bijdrage te leveren door een beeld te schetsen van de adaptieve vaardigheden bij kinderen en adolescenten die te kampen hebben met internaliserende en externaliserende gedragsproblematiek. Daartoe is als algemene vraagstelling van het onderzoek opgesteld:

In hoeverre beschikken jeugdigen met internaliserende en/of externaliserende gedragsproblematiek over adequate sociale vaardigheden?

Deze vraagstelling zal worden beantwoord door in een steekproef uit de algemene jeugdbevolking te onderzoeken op welke gebieden jeugdigen met een indicatie voor internaliserend/externaliserend gedrag in algemeen adaptief opzicht minder goed functioneren dan normale jeugdigen. Omdat psychosociale gedragsproblematiek met de sekse en de leeftijd van de jeugdigen wisselen, zal eveneens de rol van leeftijd en sekse hierbij belicht worden.

Hoofdstuk 2: Theoretische Oriëntatie

In dit hoofdstuk worden kort de begrippen die centraal staan in dit onderzoek behandeld. Het concept adaptieve vaardigheden zal verder uitgewerkt worden. Tevens worden de concepten internaliserend en externaliserend probleemgedrag verhelderd. Vervolgens worden de diagnostiek en mogelijke verklaringen voor dergelijk gedrag beschreven, de prevalentie en waar mogelijk het geven van een prognose. Verder wordt ingegaan op de denkbare rol van leeftijd en sekse bij de eventuele verschillen in de niveaus van adaptieve vaardigheden, in relatie tot internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag. Ook zullen in dit hoofdstuk eerdere bevindingen uit de literatuur belicht worden. Tot slot zullen de verwachtingen kenbaar gemaakt worden.

2.1 Wat wordt verstaan onder adaptieve vaardigheden

Verschillende personen en organisaties hebben getracht het begrip adaptieve vaardigheden te definiëren. Eerder werd al Goudena (1994) aangehaald die algemene adaptieve vaardigheden omschreef als vaardigheden die iemand nodig heeft om te kunnen voldoen aan de eisen die de omgeving stelt. Bij de Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS) worden adaptieve vaardigheden gedefinieerd als “Het uitvoeren van dagelijkse vaardigheden die nodig zijn om op persoonlijk en sociaal gebied op een voldoende niveau te kunnen functioneren”. Sparrow, Cichetti en Balla (2005) hanteren hierbij drie principes die volgens hen inherent verbonden zijn aan de definitie van adaptief gedrag.

Ten eerste het principe dat adaptief gedrag leeftijdsgerelateerd is. Meestal is het zo dat adaptief gedrag toeneemt en complexer wordt naarmate individuen ouder worden. Voor jongere kinderen is het omgaan met speelkameraadjes belangrijk. Terwijl voor volwassenen het hebben van een baan en het omgaan met geld veel belangrijker is.

Ten tweede wordt adaptief gedrag gedefinieerd door de verwachtingen of normen van andere mensen. Het niveau van adaptief gedrag van een persoon wordt beoordeeld door de personen uit de omgeving met wie het individu omgaat, thuis, op het werk, in de vrije tijd. Dan gaat adaptief gedrag over hoe individuen zich gedragen, het uitvoerend gedrag (doen) en gaat het niet over de bekwaamheid (kunnen). Weliswaar is bekwaamheid vereist voor het uitvoeren van dagelijkse vaardigheden, maar het adaptief gedrag van een persoon is inadequaaf wanneer de bekwaamheid niet getoond wordt wanneer dat nodig is (Sparrow, Cichetti, & Balla, 2005).

Zoals in de introductie is vermeld, staan tijdens elke ontwikkelingsfase andere ‘taken’ centraal die vervuld moeten worden (Erikson & Németh-Linnebank 1977). Het gaat om een proces waarin een individu zich leert aanpassen aan de eisen van de cultuur. Elke fase omvat een eigen identiteitsconflict. Erikson (1977) maakte een overzicht van een aantal ontwikkelingsstadia, de identiteitsconflicten bij de ontwikkelingstaken die meestal in die leeftijdsfase zullen plaatsvinden (Zie Tabel 1). Een dergelijk conflict is eigenlijk een strijd tussen twee tegenovergestelde persoonlijkheidstrekken. Elk individu gaat binnen elke fase op zoek naar een werkbare balans tussen de uitersten op verschillende gebieden (Verhulst, 2008; Verhofstadt- Denève, 2003).

Tabel 1. *Ontwikkelingsstadia Erik Homburger-Erikson*

Leeftijd	Stadium	Psychosociale modaliteiten
0-1 jaar	Vertrouwen vs. Wantrouwen	‘Nemen en geven’. Ontwikkelen basaal vertrouwen.
2-3 jaar	Autonomie vs. Schaamte en Twijfel	‘Vasthouden en loslaten’. Leren omgaan met anderen.
3-6 jaar	Initiatief vs. Schuldgevoel	Iets ‘maken’ en ‘namaken’. Zichzelf soms overenthousiast laten zien.
7-12 jaar	IJver vs. Minderwaardigheid	Planmatige constructie en erkenning willen ontvangen van de opvoeder.
12-18 jaar	Identiteit vs. Identiteitsverwarring	‘Zichzelf zijn (in groep)’. Keuzes maken m.b.t. identiteitsvorming.
20’er jaren	Intimiteit, solidariteit vs. Isolement	Identiteitsontwikkeling als basis voor relaties met anderen.
20-50 jaar	Generativiteit, productiviteit vs. egocentrisme, stagnatie	Relatievorming, en gezin, met behoud van de eigen identiteit.
>50 jaar	Integriteit vs. Wanhoop en walging	‘Zijn’, geleefd hebben en aanvaarden niet meer te zullen zijn.

In dit onderzoek wordt de aandacht gericht op de sociale adaptieve vaardigheden die van belang zijn voor de identiteitsvorming. Een persoonlijke identiteit gaat om een gevoel van integratie, coherentie en doelgerichtheid binnen het individu.

Het niveau van adaptieve vaardigheden bij jeugdigen zonder en met gedragsproblemen

De ontwikkeling van zelfinzicht, inzicht in relaties met anderen zoals volwassenen en leeftijdsgenoten. Verder inzicht in de persoonlijke normen en waarden, de rol die men vervult en de positie die men inneemt in de maatschappij. De adaptieve vaardigheden die daarbij ontwikkeld moeten worden liggen op het gebied van de autonomie en zelfsturing, de sociale redzaamheid, de omgang met ouders, volwassenen en gezag, en de omgang met leeftijdgenoten, de gerichtheid op school/werk en de toekomst (Scholte & Van der Ploeg, 2010). Genoemde onderwerpen zijn deels te herleiden naar de hierboven omschreven identiteitsconflicten naar Erikson (Erikson, 1977).

Zo staat autonomie voor zelfbewustzijn, inzicht in eigen kennen, kunnen en interesses, op kunnen komen voor zichzelf en om weten te gaan met kritiek. Zelfsturing gaat over het bewust en doelgericht denken en handelen voor zichzelf en in de omgang met anderen. Sociale redzaamheid beslaat het vermogen rekening te houden met andermans perspectieven en hierbij ook oog te houden voor de eigen behoeften. Verder in staat zijn om kort en bondig aan te geven wat men zou willen weten of wil vertellen, alsmede de eigen mening uiten. Omgang met anderen gaat met name om contact maken, heldere communicatie, begrijpen van verbale en non-verbale boodschappen, rekening houden met andermans gevoelens. Daarnaast om kunnen gaan met kritiek, hiërarchische posities kunnen aanvaarden, soms opdrachten moeten uitvoeren in plaats van zelf bepalen wat men zou willen doen (Scholte & Van der Ploeg, 2010).

2.2 Wat is internaliserend en wat is externaliserend probleemgedrag

In de pedagogische wetenschappen en binnen gedragswetenschappelijk onderzoek wordt regelmatig de aandacht gevestigd op ontwikkelingstaken, competenties, flexibiliteit van gedrag; en deze factoren in relatie tot de diversiteit binnen mensen. Zowel gezonde mensen als mensen die te maken hebben met bijvoorbeeld psychopathologie. Voor deze aspecten zijn begrippen ontwikkeld om eenduidigheid te verkrijgen in de communicatie hierover. Er wordt gesproken over probleemgedrag als de omgeving het gedrag beschouwt als strijdig met de door hen en door de maatschappij gehanteerde normen en regels, en/of wanneer deskundigen het gedrag als problematisch beoordelen, gebaseerd op valide kenmerken wat betreft psychische (on)gezondheid (Van der Ploeg, 2011).

Zoals eerder aangegeven in hoofdstuk 1 kan psychopathologie uitgesplitst worden in internaliserende en in externaliserende problematiek. Dit zijn de zogeheten brede band begrippen, waarbij respectievelijk de persoon zelf met name last ondervindt, tegenover vooral de omgeving (Van der Ploeg, 2011). Deze brede band begrippen kunnen onderverdeeld worden in twee smalle band dimensies.

Onder *internaliserend* probleemgedrag vallen de subtypen ‘teruggetrokken, angstig en depressief gedrag’. Angststoornissen worden gedefinieerd als een onprettig gevoel van spanning, dat duidelijk te onderscheiden is van andere onprettige gevoelens zoals depressie, pijn en rouw, gepaard gaand met fysiologische, motorische en soms ook cognitieve verschijnselen. Een depressie wordt omschreven als een langdurig aanhoudende aanwezigheid van een sombere stemming eventueel gepaard gaand met verlies van interesse en plezier in dagelijkse activiteiten.

Onder *externaliserend* probleemgedrag vallen de subtypen ‘aandachtsproblemen (soms gepaard gaand met hyperactiviteit), agressief en delinquent gedrag. Er wordt gesproken van AD(H)D als een korte concentratieboog, slecht kunnen richten van aandacht, impulsiviteit en eventueel over beweeglijk gedrag chronisch aanwezig zijn in meerdere levensdomeinen (bijv. thuis en op school). Oppositioneel gedrag bij kinderen uit zich in het op een hinderlijke manier verzetten tegen anderen, voornamelijk tegen volwassenen. Het op een vijandige manier tegenwerken gaat vaak samen met prikkelbaar en driftig gedrag. Deze kinderen zijn snel gefrustreerd en voelen zich vlug beledigd. Onder antisociaal gedrag wordt het gedrag verstaan waarmee fundamentele rechten van anderen of voor de leeftijd geldende maatschappelijke normen of regels worden overschreden. Het gaat dan bijvoorbeeld om liegen, stelen, ofwel onbetrouwbaar en pre delinquent gedrag. Agressief gedrag kenmerkt zich door gedrag waarbij anderen psychisch of lichamelijk letsel wordt toegebracht. Bijvoorbeeld pesten, slaan, schoppen, vechten en ook het beschadigen van andermans bezittingen (Scholte & Van der Ploeg, 2009). Bij zowel de internaliserende als externaliserende dimensies is er vaak sprake van ‘sociale problemen en denkproblemen’.

2.3 Verklaringen

Uit de literatuur blijkt dat er naar externaliserende problemen doorgaans meer onderzoek is gedaan dan naar internaliserende problemen (Beugels, 2008). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat externaliserend gedrag direct merkbaar is voor de omgeving. Die kan daar rechtstreeks hinder van ondervinden, waardoor er eerder de wens voor verandering is, en een roep om hulp (Campbell, 1994). Dit in tegenstelling tot kinderen die te maken hebben met internaliserende problematiek die met name zelf last ondervinden. Deze problematiek wordt minder snel gesignaleerd, en er wordt dan ook minder snel ingegrepen.

Bij beide problematiekdomeinen kunnen verschillende oorzaken, in standhouders en versterkers van het probleemgedrag een rol spelen. Meestal is er sprake van een wisselwerking tussen biologische, psychosociale en omgevingsfactoren (Van der Ploeg, 2011: Het meervoudig risicomodel). Geregeld wordt onderzoek gedaan naar deze diverse invloeden op het menselijk gedrag en de te ontwikkelen vaardigheden, waaronder ook adaptieve vaardigheden. Er wordt dan zowel gekeken naar wat protectieve factoren kunnen zijn en wat risicofactoren kunnen zijn. In de volgende subparagrafen zullen de mogelijke verklaringen per gedragsproblematiek worden besproken.

2.3.1 Verklaringen betreft internaliserend probleemgedrag.

Stemmingsstoornissen

Het is nog onduidelijk wat precies de oorzaak is van het ontstaan van een stemmingsstoornis. De aangeboren kwetsbaarheid, bijvoorbeeld de neiging tot doemdenken, kan een rol spelen.

Genetische overdracht kan de kans op het ontwikkelen van een depressie verhogen. Contextuele factoren zoals armoede, gezins- opvoedings-, relatie-, communicatieproblemen.

Neurobiologische factoren als een verlaagde activiteit van de neurotransmitters serotonine en noradrenaline kunnen ook van invloed zijn (Reichart, 2009).

Angststoornissen

Een kind kan kampen met diverse angststoornissen, die het functioneren en de interacties met anderen in het dagelijks leven kunnen belemmeren. De etiologie heeft zowel een genetische als een contextuele basis.

Uit onderzoek is gebleken dat angst niet in alle gevallen is aangeleerd, waarmee de leertheorie alleen niet meer volstaat als verklaring (Ferdinand & Dieleman, 2010). Andere mogelijke beïnvloedende factoren zijn neurobiologische aspecten, erfelijkheid en temperament. Verder ouderlijke stijl, markante levensgebeurtenissen. Daarnaast zijn er indicaties dat een onveilige gehechtheid in de eerste levensjaren de kans op een angststoornis verhoogd (Treffers, 2009). *Sociale fobie* is een duidelijke angstvorm met betrekking tot beperkingen in de interactie waarbij personen angstig zijn voor het contact met anderen, onderliggend bang zijn voor een kritisch oordeel van anderen. Meestal zijn zij emotioneel zeer sensitief, eenzaam en prikkelbaar. Een *Paniekstoornis* kan eveneens ingrijpen op de sociale interacties en het ontwikkelingen van adequate vaardigheden. De kans is groot dat jeugdigen met een paniekstoornis angst krijgen voor het mogelijk gaan krijgen van een paniekaanval, hypervigilantie genoemd. De kans bestaat dat dit tevens vermijdingsgedrag tot gevolg heeft, om de paniekaanval maar te ‘voorkomen’ en de negatieve (lichamelijke) sensaties maar niet te hoeven ervaren (Treffers, 2009).

2.3.2 Verklaringen betreft externaliserend probleemgedrag.

AD(H)D

Bij AD(H)D is er sprake van een aandachtstekort met of zonder hyperactiviteit-impulsiviteit. In de omgang met anderen zijn deze kenmerken bijvoorbeeld merkbaar doordat kinderen met AD(H)D niet lijken te luisteren, aan een stuk door praten, bezigheden van anderen verstoren (Gunning, 2009). De oorzakelijkheid van AD(H)D wordt met name gevonden in een genetische kwetsbaarheid op het gebied van een hersenfunctie- en een responsinhibitiestoornis.

ODD/CD

Kinderen met ODD zijn regelmatig driftig, opstandig, snel geprikkeld, boos en wraakzuchtig tegenover anderen. In het geval van CD is agressie naar mensen en dieren kenmerkend, evenals vernieling van eigendommen, onbetrouwbaarheid en diefstal.

Daarbij kunnen omgevingsaspecten van invloed zijn (Gunning, 2009). Betreft ODD en CD komt uit onderzoeken steeds meer naar voren dat biologische factoren en kind karakteristieken een rol spelen, bijvoorbeeld de aanwezigheid van ADHD en/of een leesstoornis (Matthys, 2009).

2.4 Diagnostiek

Bij de diagnostiek van alle genoemde problematiek is het belangrijk dat aan meer personen informatie gevraagd wordt over het functioneren en mogelijke klachten van het kind. Zoals ouders, leerkrachten en ook het kind zelf (Treffers, 2009). Verder is het van belang een goed beeld te krijgen van de voorgeschiedenis, recente levensgebeurtenissen, het gezins-functioneren, een psychiatrische familieanamnese, een medische voorgeschiedenis en een lichamelijk onderzoek (Reichart, 2009). Het verhelderen van de situatie kan door middel van (semi-) gestandaardiseerde interviews, specifieke (zelfinvul-) vragenlijsten. Bij AD(H)D en ODD/CD is een brede wijze van diagnostiek nodig vanwege de complexe oorzakelijkheid van de symptomen, veelal het gevolg van co-morbiditeit, het samengaan van een stoornis met een andere stoornis (Matthys, 2009). Dan is aandacht voor zoveel mogelijk mee spelende biopsychosociale factoren van belang. Daarnaast dient het kind zelf ook nog een psychiatrisch onderzoek te ondergaan. Op die manier kan een algemene indruk verkregen worden van de cognitie, taal, spraak, contact, emotionele-sociale ontwikkeling en de motoriek. Alsmede kan de onderzoeker dan zelf het gedrag van het kind observeren (Gunning, 2009).

2.5 Prevalentie

Om enige indicatie te kunnen geven van het voorkomen van externaliserend en internaliserend probleemgedrag binnen Nederland is het praktisch om drie gedragsclusters te onderscheiden, te weten Aandachtstekort met hyperactiviteit, Sociaal probleemgedrag, Angstig en stemmingsverstoord gedrag. Onder ca. 5-10% van de kinderen en jeugdigen komen waarschijnlijk angststoornissen voor (Anderson, McGee, 1994; Kashani, Orvaschel, 1990). Gezien de diverse typen angststoornissen soms gerelateerd aan het niveau van de sociaal-emotionele ontwikkeling, bestaan specifiekere prevalentiecijfers (Westenberg, Siebelink, Warmenhoven, & Treffers, 1999). De optredende verschillen in de schattingen kunnen onder andere verklaard worden door het hanteren van andere definities, het gebruiken van andere informanten of het inzetten van diverse onderzoeksinstrumenten (Treffers, 2009).

Wat betreft stemmingsstoornissen is uit epidemiologisch onderzoek gebleken dat ca. 2-5% van de kinderen en 10-20% van de jeugdigen uit de algemene bevolking wel eens een stemmingsstoornis heeft gehad (Lewinsohn, Clark, Seeley, & Rohde 1994).

De prevalentie van AD(H)D wordt bij kinderen geschat om en nabij de 4.2% en bij jeugdigen ongeveer op 2%. Er is uit onderzoek gebleken dat bij kinderen die in grootstedelijke gebieden wonen vaker AD(H)D voorkomt, namelijk ca. 8% (Buitelaar & Engeland, 1996). Bij jonge kinderen is er een verschil tussen jongens en meisjes van 3 staat tot 1, gedurende de adolescentie neemt dit verschil af. De schatting van het voorkomen van ODD/CD ligt tussen de 2-16%, gebaseerd op internationale gegevens (Rey, 1993). En een inventarisatie door Angold leverde een gemiddelde prevalentie van 9% op (Angold, Costello, & Erkanli, 1999).

2.6 Prognose

Een prognose geeft inzicht in het mogelijke verloop van een stoornis, welke mogelijkheden en beperkingen zich voor kunnen doen op diverse gebieden. In enige mate is al wat bekend over welke vaardigheden zich moeilijker ontwikkelen bij kinderen en jeugdigen met gedragsproblematiek. In bepaalde mate kan deze informatie al een bijdrage leveren aan het afpassen van begeleiding en behandeling. Hieronder daarvan een overzicht per gedragsprobleem.

2.6.1 Prognose betreft internaliserend probleemgedrag.

De meeste jeugdigen met een stemmingsstoornis ondervinden beperkingen in hun ontwikkeling, vooral wat betreft de sociale cognitie en de intermenselijke vaardigheden. Kinderen en adolescenten met een depressie spenderen minder tijd met anderen, en de contacten die er zijn verlopen vaak stroef, met negatieve reacties die worden opgeroepen. Dit heeft als consequentie dat jeugdigen met een depressie minder de gelegenheid hebben om adequate, adaptieve vaardigheden te oefenen, passend bij de leeftijd. Het gaat dan bijvoorbeeld om contact maken met leeftijdsgenoten, omgaan met kritiek, opkomen voor jezelf, toekomstplannen maken (Reichart, 2009).

2.6.2 Prognose betreft externaliserend probleemgedrag.

De eerder genoemde kenmerken, zoals een genetische kwetsbaarheid op het gebied van een hersenfunctiestoornis en een responsinhibitiestoornis, verhogen het risico van interferentie op het ontwikkelen van adequate adaptieve vaardigheden, daar het om kindgebonden factoren gaat, al dan niet met een psychopatologische/ psychiatrische ondertoon.

Zo blijkt uit een onderzoek van Scholte en Van der Ploeg (2010) onder residentiële jeugdigen, dat er meestal sprake is van externaliserend probleemgedrag, mogelijk gepaard gaand met internaliserend probleemgedrag. En dat elke groep in meer of mindere mate kampt met een gebrek aan de meest belangrijke sociale vaardigheden. Te weten omgang met ouders, volwassenen en gezag. Tevens zijn een beperkte zelfredzaamheid en sociale redzaamheid, en het niet hebben van een concreet toekomstbeeld betreft de school-/werksituatie waarneembaar.

2.7 Overzicht van reeds uitgevoerd onderzoek

2.7.1 Internaliserend probleemgedrag.

Door de jaren heen is er nog weinig onderzoek gedaan naar hoe het staat met het niveau van de diverse vaardigheden bij jeugdigen die last hebben van internaliserende problematiek, zoals angst en depressie. Er is in eerste instantie geprobeerd een beeld te vormen van de symptomatologie, etiologie, prevalentie en de prognose en het beloop van de problematiek. Pas wanneer deze kennis voldoende helder is, ligt er een basis voor verdiepend onderzoek.

Ten aanzien van depressie wordt pas sinds eind jaren '70 aangenomen dat er ook bij kinderen sprake kan zijn van een depressie (Kovacs, 1996). Het onderzoek richt zich vooralsnog op de ontwikkeling van depressiviteit gedurende de leeftijdsfases, om fasegebonden criteria op te kunnen stellen zodat diagnostisering beter mogelijk wordt (Reichart, 2009).

Bekend is ook dat 'denkfouten' vaak een veroorzaker zijn voor het ontstaan van een angststoornis, en dat cognitieve gedragstherapie effectief is bij het omzetten van de negatieve gedachten en het reduceren van de angst (Barrett, Duffy, Dadds, & Rapee, 2001; Kendall & Southam-Gerow, 1996; Masia-Warner, Klein, Dent, Fisher e.a., 2005). Echter is verder nog onbekend welke belemmeringen angstproblematiek heeft op de ontwikkeling van algemene adaptieve vaardigheden.

In 2008 is door Rockhill, Stoep, McCauley en Katon al wel een onderzoek uitgevoerd naar competentiebeheersing bij depressiviteit. Hieruit bleek dat de aanwezigheid van sociale competenties een positieve uitwerking heeft op het verlagen van de kans op depressieve symptomen. Dit onderzoek richtte zich ook op de eventuele comorbiditeit met antisociaal gedrag. Ook bij comorbiditeit werd bevonden dat interventies op de sociale competenties en sociale ondersteuning effectief kunnen zijn voor het algemene functioneren. Ten aanzien van angstproblematiek is bekend dat zich gradaties voor doen in de aanwezigheid van angst en de beperkingen in het dagelijkse functioneren die dit met zich brengt (Arrindel et al., 2003).

2.7.2 Externaliserend probleemgedrag.

De laatste decennia is steeds meer aandacht ontstaan voor het onderzoeken van menselijke vaardigheden, wat betreft persoonlijke ontwikkeling en sociale vaardigheden. Vaardigheden worden ook wel aangeduid als competenties. Zo rond 1980 ontstond het competentiemodel (Slot & Spanjaard, 2009). Dit model is gebaseerd op gedragstherapeutische vaardigheidstrainingen waarbij het motto ‘niet afleren, maar aanleren’ centraal staat. Als tegenreactie op gedragstherapie waar nagestreefd werd dat de cliënt probleemgedrag afleert. De nieuw te leren vaardigheden zijn afkomstig uit de ontwikkelingspsychologie, zoals de ontwikkelingstaken genoemd in de Inleiding van Goudena (1994) en in sectie 2.1 van Erikson (1977). De benadering van competentievergroting blijkt motiverend te werken. Zowel jeugdigen en ouders ervaren het als prettig om aangesproken te worden op hun (potentiële) krachten. De visie van het competentiemodel heeft door de jaren heen nog ontwikkelingen doorgemaakt, afgestemd op de diverse doelgroepen. Er kan niet meer echt gesproken worden over hét competentiemodel, maar de basis ligt bij het uitgaan van de mogelijkheden en het beïnvloeden van de sociale en morele ontwikkeling, omdat daar vaak achterstanden en beperkingen waarneembaar zijn. Daartoe is competentievergroting veelal een onderdeel geworden van de begeleiding en behandeling van delinquenten, zoals in de residentiële jeugdzorg (Slot & Spanjaard, 2009). Een cognitieve beperking heeft bijvoorbeeld niet alleen zijn weerslag op het intellectuele vermogen, maar ook op het sociale inzicht en het aanleren van nieuwe (sociale) vaardigheden. Het kost deze jeugdigen daarna ook nog meer moeite om de aangeleerde vaardigheden toe te passen in andere situaties (generaliseren).

Wanneer er sprake is van een lichte verstandelijke beperking lijkt het kind in eerste instantie ‘normaal’, maar de kleine beperkingen kunnen samen grote gevolgen hebben.

In 2002 is door Clark, Prior en Kinsella een onderzoek gedaan naar de relatie tussen executieve functies, adaptieve vaardigheden en schoolprestaties bij jeugdigen met externaliserend probleemgedrag. Uit dit onderzoek bleek dat jeugdigen met ADHD slechtere communicatieve adaptieve vaardigheden hebben, en dat de sociale competenties even zwak zijn als bij jeugdigen met ODD/CD. De staat van het executief functioneren (Bouman & König, 2008) leverde een sterke bijdrage als voorspeller ten aanzien van de mate van adequaat adaptief gedrag, communicatieve en sociale vaardigheden (Clark, Prior, & Kinsella, 2002).

2.7.3 Comorbiditeit.

Naar de adaptieve vaardigheden van kinderen met comorbide gedragsproblematiek is nog geen specifiek onderzoek gedaan. Wel is bekend dat wanneer er sprake is van comorbiditeit, dit de kans op psychosociale ontwikkelingsrisico's verhoogt (Nottelman & Jensen, 1995; Weiss, Suesser, & Catron, 1998). In de meeste gevallen zijn de symptomen heviger bij jeugdigen met comorbide gedragsproblematiek. Deze jeugdigen maken vaker gebruik van hulpverlening, en de prognose is voor hen vaak slechter (Andrews, Slade, & Issakidis, 2002; Krueger, Caspi, Moffitt, & Silva, 1998).

Een substantiële verklaring die aan comorbiditeit ten grondslag kan liggen is dat één stoornis een andere stoornis veroorzaakt. Dit fenomeen wordt door Lilienfeld (2003) ook wel aangeduid als ‘heterotypische continuïteit’. Reinke & Ostrander (2008) noemen dit verschijnsel ‘pathogenetic comorbidity’. Begin jaren tachtig werd, gestoeld op bovenstaande visie, het ‘faal-model’ ontwikkeld (Patterson & Capaldi, 1990). Dit model gaat er vanuit dat externaliserend gedrag internaliserend gedrag voorspelt. Bijvoorbeeld dat externaliserende gedragingen als agressie en opstandigheid leiden tot uitsluiting en afkeer. En dat een bijkomend gevolg minder steun van belangrijke personen uit de omgeving kan zijn. De negatieve ervaringen die een jeugdige hierdoor op doet, verhogen de kans op het ontwikkelen van angsten voor sociaal contact (Capaldi, 1992). Een andere verklaring is de ‘acting out’ theorie van Gold, Martin en Osgood (1989). Deze verklaring stelt dat het externaliserend gedrag een uiting is van internaliserende problematiek.

Wat verder van belang is om te vermelden, is dat jeugdigen waarbij sprake is van comorbiditeit vaak geen deel uitmaken van studies naar de effectiviteit van behandelingen (Jensen, 2003). Voor de praktijk betekent dit gebrek aan wetenschappelijke kennis dat behandelingen nog onvoldoende afgestemd kunnen worden op dat wat deze jeugdigen nodig hebben.

2.7.4 Wat is er bekend over eventuele sekse- en leeftijdsverschillen?

Wat betreft zelfregulatie, door de PCC Health Promotion omschreven als ‘Een systematisch proces van menselijk gedrag waarbij de persoonlijke doelen en sturend gedrag worden betrokken om de opgestelde doelen te bereiken’ (Maes & Karoly, 2005), heeft eerder onderzoek wel aangetoond dat er een samenhang is tussen zelfregulerend vermogen en de aanwezigheid van internaliserend dan wel externaliserend probleemgedrag, en dat hierbij sprake is van sekse- en leeftijdsverschillen. Gedurende het negende levensjaar kan het kind steeds beter vooruitdenken, doelen stellen en plannen (Boekaerts, Pintrich, & Zeidner, 2000). Vanaf het begin van de adolescentie nemen de doelgerichte aspecten van zelfregulatie, zoals inhibitie en aandacht toe (Gestsdottir & Lerner, 2008; Murphy, Eisenberg, Fabes, Shepard, & Guthrie, 1999).

Adolescenten vanaf 13 of 14 jaar kunnen een plan voor langere termijn bedenken, wat betreft dat wat zij graag willen bereiken (Boekaerts et al., 2000). Uit longitudinaal onderzoek is gebleken dat meisjes op meerdere meetmomenten hoger scoren op de vaardigheid zelfregulatie dan jongens (Raffaelli, Crockett, & Shen, 2005). Daarbij verschillen jongens en meisjes van nature al in hun ontwikkelingsgang en hun gedrag (Delfos, 2004).

Een ander onderzoek heeft aangetoond dat de temperamentkenmerken van het zich niet kunnen aanpassen, inhibitie van gedrag en angst verband houden met internaliserende problemen (Caspi, Henry, McGee, Moffitt, & Silva, 1995; Kagan, 1998; Keiley, Bates, Dodge, & Pettit, 2000; Rubin, Coplan, Fox, & Calkins, 1995). Kinderen met externaliserende problematiek vertonen problemen met het laten zien van taak- en doelgericht gedrag. Eveneens zijn zij in de omgang met anderen eerder geneigd om agressief te reageren (Barkley, 1997; Boekaerts et al., 2000). Verder worden de kenmerken ‘weerstand tegen controle’ en ‘het zich niet kunnen beheersen’ in verband gebracht met externaliserende problemen (Bates et al., 1991; Biederman et al., 1990; Caspi & Silva, 1995; Hagekull, 1994; Keenan & Shaw, 1994; Keiley et al., 2000).

2.8 Wat zijn de verwachtingen

Samenvattend wijst de theoretische oriëntatie uit dat uit eerder onderzoek gebleken is dat jeugdigen met ADHD slechtere communicatieve adaptieve vaardigheden hadden, en dat zij net zulke zwakke sociale competenties hebben als jeugdigen met ODD/CD. Verder dat de aanwezigheid van sociale competenties depressieve symptomen kunnen verlagen. En wanneer er sprake is van comorbiditeit met anti-sociaal gedrag, interventies op de sociale competenties en sociale ondersteuning een positieve uitwerking kunnen hebben op het algemene functioneren. Wat betreft de mate van zelfregulerend vermogen is er een samenhang gevonden met de aanwezigheid van internaliserend dan wel externaliserend probleemgedrag, en is er sprake van sekse- en leeftijdsverschillen.

Deze onderzoeken hebben zich niet specifiek gericht op de adaptieve vaardigheden die in dit onderzoek nader bestudeerd worden bij jeugdigen met internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag, te weten ‘autonomie, zelfsturing, sociale redzaamheid, omgang met ouders, volwassenen en gezag, en de omgang met leeftijdgenoten, toekomstgerichtheid (school/werk) en verantwoordelijkheidsgevoel’. Eveneens is onduidelijk of leeftijd en sekse samenhangen met deze adaptieve vaardigheden. Doel van dit onderzoek is mede op dit gebied meer duidelijkheid te scheppen. Verwachtingen kunnen daarom slechts globaal worden opgesteld.

Ten aanzien van de mogelijke verbanden tussen internaliseren en/of externaliseren en de adaptieve vaardigheden zijn dit de verwachtingen:

- 1). Jeugdigen zonder internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag zijn beter in staat adequater om te gaan met leeftijdgenoten en volwassenen, dan jeugdigen met (comorbide) probleemgedrag.
- 2). Jeugdigen zonder internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag zijn meer gericht op ‘school, werk en de toekomst’ (op zelfontwikkeling, hebben meer ambities), dan jeugdigen met (comorbide) probleemgedrag.
- 3). Jeugdigen zonder internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag zijn beter in staat zich autonoom te gedragen en te profileren, zij hebben meer zelfsturing, dan jeugdigen met (comorbide) probleemgedrag.
- 4). Jeugdigen zonder internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag zijn zelfredzamer en socialer redzaam dan jeugdigen met (comorbide) probleemgedrag.

Ten aanzien van de factor leeftijd en sekse wordt het volgende verwacht:

- 5). Met het toenemen van de leeftijd verbeteren de adaptieve vaardigheden, zowel bij jeugdigen zonder probleemgedrag, als bij jeugdigen met internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag.
- 6). Bij zowel jeugdigen zonder probleemgedrag, als bij jeugdigen met internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag, hebben jongens minder goede adaptieve vaardigheden dan meisjes.

Hoofdstuk 3: Opzet van het onderzoek

In dit hoofdstuk zal de algemene vraagstelling worden opgedeeld in verschillende onderzoeksvragen, waarna de onderzoeksgroep zal worden besproken. Vervolgens zullen kort de toegepaste meetinstrumenten uitgewerkt worden en zal de procedure beschreven worden. Als laatst wordt een beeld geschetst van het data-analyseplan.

3.1 Onderzoeksvragen

De algemene vraagstelling luidde: *In hoeverre beschikken jeugdigen met internaliserende en/of externaliserende gedragsproblematiek over adequate sociale vaardigheden? En wat is de eventuele rol van leeftijd en sekse?*

Hierbij wordt gericht op de zes aspecten die behoren tot de omschreven adaptieve vaardigheden die belangrijk zijn voor de ontwikkeling van de jeugdige tot een zelfstandige en zelfredzame persoon. Het gaat om ‘Omgang met ouders/volwassenen/gezag’, ‘Omgang met leeftijdgenoten’, ‘School, werk en toekomst’, ‘Autonomie en zelfsturing’, ‘Zelfredzaamheid en sociale redzaamheid’.

De volgende deelvragen zijn opgesteld:

- 1) Is er een verschil in de wijze van omgang met leeftijdsgenoten en volwassenen tussen jeugdigen zonder probleemgedrag en jeugdigen met internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag?
- 2) Hebben jeugdigen met internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag een andere visie op ‘school, werk en de toekomst’ dan jeugdigen zonder probleemgedrag?

- 3) Is er verschil wat betreft de mate van autonomie en zelfsturing tussen jeugdigen zonder probleemgedrag en jeugdigen met internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag?
- 4) Is er verschil wat betreft de mate van redzaamheid tussen jeugdigen zonder probleemgedrag en jeugdigen met internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag?
- 5) Verbeteren de adaptieve vaardigheden met het toenemen van de leeftijd bij alle jeugdigen?
- 6) Hebben jongens over het algemeen minder goede adaptieve vaardigheden dan meisjes, ongeacht de afwezigheid of aanwezigheid van (comorbide) probleemgedrag?

3.2 Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit leerlingen in de leeftijd van 9 tot en met 18 jaar. Zowel van de basisschool, van het middelbaar onderwijs (vmbo, havo, vwo) en het middelbaar beroepsonderwijs. Aan het onderzoek hebben 334 jongens en 211 meisjes deelgenomen. De respondenten komen uit de provincies Noord-Holland, Zuid-Holland, Noord-Brabant, Utrecht en Overijssel.

3.3 Meetinstrumenten

Binnen dit onderzoek wordt gewerkt met een tweetal onderzoeksinstrumenten. Als eerste de ‘Adaptieve vragenlijst Jeugdigen’ (AVJ). Dit is een experimentele vragenlijst om de adaptieve vaardigheden van de jongeren in kaart te brengen. De AVJ bestaat zowel uit een zelfinvul-versie voor de jeugdigen, als een versie waarbij ouders rapporteren vanuit hun eigen beleving over hun kind. Ten tweede wordt gebruikt gemaakt van de ‘Sociaal-Emotionele Vragenlijst’ (SEV). Via deze lijst worden symptomen van kinderpsychiatrische gedragsproblematiek worden gemeten. Verder wordt de respondenten naar een aantal demografische kenmerken gevraagd, zoals leeftijd en sekse van het kind, gezinssituatie, opleidingsniveau kostwinner, geboorteland moeder, type onderwijs (primair -, voortgezet -, speciaal -, of hoger onderwijs), aanwezigheid stoornissen, en leerachterstand op het gebied van taal/talen en rekenen/wiskunde.

In de volgende paragrafen zullen de genoemde meetinstrumenten verder toegelicht worden.

3.3.1 Vragenlijst Adaptieve Vaardigheden.

De mate van beheersing van de adaptieve vaardigheden zullen gemeten worden met behulp van de vragenlijst ‘Adaptieve Vaardigheden Jongeren - AVJ’. Het gaat om een experimentele vragenlijst, wat met zich meebrengt dat er nog niets bekend is over de validiteit en de betrouwbaarheid van dit meetinstrument. Door de Cronbach’s Alpha te berekenen zal een eerste indruk van de interne betrouwbaarheid worden verkregen. De inter-item-betrouwbaarheid wordt beschouwd als goed wanneer deze boven .70 uitkomt (Cronbach, 1970). Dit betekent dan dat de vergeleken item-paren voor 70% het zelfde construct weergeven.

De AVJ bestaat uit vier schalen, te weten:

*‘Omgang met leeftijdsgenoten’, waarbij het gaat om vriendschapsrelaties. Deze zullen onder andere gemeten worden met items als: ‘Ik ga in de klas (of op het werk) zonder moeite om met anderen’, ‘Ik heb snel door als ik iets gezegd heb dat anderen kwetst’.

* ‘Omgang met volwassenen’, waaronder reacties op gezag. Voorbeelden van items zijn: ‘Ik heb goed contact met mijn ouders’ en ‘Ik vind het normaal dat ouders en leerkrachten de leiding hebben’.

*‘School, werk en toekomst’, hierbij gaat het bijvoorbeeld om werkhouding en toekomstvisie. Deze worden gemeten met items als: ‘Ik houd mijn aandacht altijd goed bij de les/taak’ en ‘Ik stem mijn toekomstplannen af op mijn mogelijkheden’.

*‘Autonomie, zelfsturing en sociale redzaamheid’, hierbij staan zelfbeeld, zelfhantering, sociaal communicatieve vaardigheden en -inzicht centraal. Voorbeelden van items zijn respectievelijk: ‘Ik ben me bewust van mijn eigen mogelijkheden en beperkingen’, ‘Ik denk altijd na voor ik iets doe’ en ‘Ik weet wat er wel en niet gezegd kan worden tegen andere mensen’.

De AVJ bestaat uit 40 vragen over gedrag van kinderen en jongeren op deze gebieden. De vragen worden zowel door de jeugdigen zelf als door de ouders beantwoord op een vijfpunts Likert-schaal, variërend van (1) helemaal niet mee eens tot (5) helemaal mee eens. Het absolute schaalgemiddelde is 3, waarbij hogere scores een indicatie zijn voor adequatere algemene vaardigheden.

3.3.2 Sociaal Emotionele Vragenlijst.

Om na te gaan of en in welke gradatie kinderen in de leeftijd van vier tot achttien jaar sociaal-emotionele problemen met een kinderpsychiatrische ondertoon hebben, is de SEV ontwikkeld (Scholte, 2009). Er worden vier clusters gehanteerd, namelijk:

1. Aandachtstekort met hyperactiviteit (snel afgeleid, druk en ongeremd);
2. Sociale gedragsproblematiek (opstandig gedrag, agressie en overtreden van regels);
3. Angstig en stemmingsverstoord gedrag (piekeren, sociaal teruggetrokken zijn en somberheid);
4. Autistisch gedrag (discommunicatief en stereotiep gedrag).

In totaal bevat de SEV 72 gerichte vragen over gedragsproblemen op deze vier gebieden. Deze vragen zijn gebaseerd op de kernsymptomen uit het DSM-classificatiesysteem (APA, 1980, 1987, 1994), de ICD (WHO, 1991) en uit de literatuur (Walker & Roberts, 2001; Rutter & Taylor, 2002; Sanders-Woudstra, Verhulst & De Witte, 2001).

Bij de eerste drie van de basisschalen worden subschalen onderscheiden.

Basisschaal 1 kent de subschalen: Aandachtstekort, Hyperactiviteit en Impulsiviteit.

Basisschaal 2 bestaat uit de subschalen: Oppositioneel-, Agressief- en Antisociaal gedrag.

Basisschaal 3 bevat de subschalen: Angstig gedrag in het Algemeen, Sociaal-angstig gedrag en Angstig-Depressief gedrag.

De SEV wordt gebruikt om de jeugdigen in te delen in jeugdigen zonder gedragsproblemen, jeugdigen met internaliserende problemen (klinische score op SEV-basisschaal 3), jeugdigen met externaliserende problemen (klinische score op SEV-basisschaal 1 en 2) en jeugdigen met internaliserende en externaliserende problematiek (klinische score op SEV-basisschaal 1, 2 en 3).

De betrouwbaarheid, validiteit en normering van de SEV

De interne consistentie van de verschillende schalen ligt gemiddeld rond de .80 en hoger. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid varieert tussen de .70 en .88. De test-hertest-betrouwbaarheid, gemeten na 4 tot 5 weken ligt rond de .80. Op verschillende wijzen is de validiteit van de SEV onderzocht. De criteriumvaliditeit is beoordeeld door middel van het kijken naar verschillen in de scores op de SEV-schalen tussen kinderen die wél of geen indicatie hebben van sociaal-emotionele problematiek. Hieruit blijkt dat kinderen met een indicatie significant hoger scoren op de SEV-schalen vergeleken met kinderen zónder indicatie.

De normen voor de ouderversie zijn gebaseerd op een aselekt getrokken, representatieve landelijke steekproef van 2536 kinderen. De COTAN heeft in 2005 zowel de betrouwbaarheid, de validiteit en de normering van de SEV als goed beoordeeld.

3.4 Procedure

Een deel van de onderzoeksgroep is verkregen door scholen in Zuid-Holland te benaderen met het verzoek uitnodigingsbrieven voor deelname aan het onderzoek naar Adaptieve vaardigheden te verspreiden onder leerlingen en hun ouders. Hierin werd gevraagd een vragenlijst in te vullen, die op de website www.onderzoekinleiden.nl kon worden gevonden. Na akkoord van de school werden de brieven voor de kinderen en ouders afgegeven. De docenten zouden de brieven vervolgens in de klas uitdelen. Uiteindelijk gaven 545 ouders gehoor aan het verzoek, een respons van 36%. In de uitnodigingsbrief stond een inlogcode waarmee de jeugdigen en de ouders toegang kregen tot de vragenlijst. De identiteit van de respondenten werd geanonimiseerd met behulp van een cijfercode. Ouders en jeugdigen tot 16 jaar vormden samen een paar, daar deelname van de jeugdige pas geldig werd indien de ouders toestemming hadden verleend door zelf deel te nemen aan het onderzoek. Om de respons trachten te verhogen, is de scholen na twee weken van de briefafgifte verzocht een email door te sturen aan de leerlingen waarin zij herinnerd werden aan het onderzoek.

Indien zij de vragenlijst nog niet hadden ingevuld of zij dit dan zo snel mogelijk wilde doen, en of zij de vragenlijst twee weken na het eerste invulmoment wederom konden beantwoorden. Er is er voor gekozen om op deze manier respondenten te werven, omdat via scholen het beste de meeste jeugdigen bereikt kunnen worden. Daarbij is besloten de scholen alleen als ‘tussenpersoon’ te laten fungeren, zodat de scholen verder geen tijd kwijt zijn aan het onderzoek, wat vaak weerstand oproept tot deelname. Evenals dat ouders ook onderdeel van de onderzoeksdoelgroep zijn en zij niet op de scholen aanwezig zijn, maar wel via hun zoon of dochter op school thuis bereikt kunnen worden.

3.5 Data-analyseplan

De onderzoeksvraag “In hoeverre beschikken jeugdigen met internaliserend en/of externaliserend gedrag over adequate sociale vaardigheden, en wat is de rol van leeftijd en sekse daarbij”, zal met behulp van de statistische procedure ‘meervoudige factor variantieanalyse’ (MANOVA) worden beantwoord. De mate van beheersing van Adaptieve vaardigheden wordt bepaald met de AVJ, waarbij hogere scores duiden op een betere beheersing van Adaptieve vaardigheden.

In het geval van significante hoofd- en/of interactie-effecten zal er door middel van een post-hoc toets onderzocht worden welke groepsgemiddelden van elkaar verschillen. Om inzicht te krijgen in de sterkte van het gevonden verschil werd gekeken naar de effectgrootte, de Partial eta-squared (partial η^2). De effectsterktes zijn door Cohen (1988) verdeeld in kleine ($\eta^2 = 0.01$), gemiddelde ($\eta^2 = 0.06$) en grote ($\eta^2 = 0.14$) effecten.

Het onderzoeksontwerp ziet er als volgt uit.

Voor de eerste factor zullen er vier groepen worden onderscheiden:

1. Jeugdigen zonder psychosociale problematiek;
2. Jeugdigen met Internaliserend gedrag;
3. Jeugdigen met Externaliserend gedrag;
4. Jeugdigen met zowel Internaliserend als Externaliserend gedrag.

Een tweede factor hierbij is ‘Sekse’ opgesplitst naar 1 = Jongen en 2 = Meisje. En de derde factor is ‘Leeftijd’, onderverdeeld in drie categorieën: 9-12 jaar; 13-15 jaar; en 16-18 jaar.

Door middel van de factor variantieanalyse kan worden nagegaan of er verschillen in gemiddelden zijn op de vier schalen van de AVJ.

Hoofdstuk 4: Resultaten

Binnen dit hoofdstuk zullen achtereenvolgens de algemene kenmerken van de onderzoeksgroep, de data-inspectie, het betrouwbaarheidsonderzoek en de resultaten van de data-analyse gepresenteerd worden.

4.1 Algemene kenmerken

De respondentengroep bestaat uit 545 ouders die over hun zoon of dochter de vragenlijst hebben ingevuld. Hiervan betrof het 334 jongens (61.3%) en 211 meisjes (38.7%). De jongste jeugdigen waarover gerapporteerd is waren 9 jaar en de oudste 18 jaar. De gemiddelde leeftijd van de jongens was 12.34 jaar en van de meisjes 12.67 jaar. De meeste respondenten waren afkomstig van het Havo/Vwo (35.2%), gevolgd door het basisonderwijs (31.9%), een ander schooltype zoals een ZMLK-school (20.6%), (V)MBO (9.9%), Praktijkonderwijs (1.8%) en de minste respondenten volgden onderwijs op HBO/WO-niveau (0.6%). De etniciteit van de jeugdigen wordt bepaald door het geboorteland van de vader en/of de moeder. Het meeste kwam de Nederlandse etniciteit voor bij beide ouders (Vader: 90.5% en Moeder: 90.1%). Gevolgd door een andere Westerse etniciteit (Vader: 5.3% en Moeder: 5.0%). De minste ouders hadden een Niet-Westerse etniciteit (Vader: 4% en Moeder: 5%).

Bij 42% van de respondenten is geen sprake van een stoornis. Internaliserend probleemgedrag komt voor bij 24.8% van de respondenten. Alleen externaliserend probleemgedrag komt bij 15.8% respondenten van deze steekproef voor. De aanwezigheid van zowel internaliserende als externaliserende problematiek komt bij 17.4% van de respondenten voor. In Tabel 2a zijn de aantallen, gemiddelden en standaarddeviaties weergegeven per groep, verdeeld naar de afwezigheid en aanwezigheid van internaliserende -, of externaliserende gedragsproblematiek, of een combinatie van beiden (comorbiditeit). Elke groepswaarde is weergegeven per dimensie van de AVJ. In Tabel 2b zijn de percentageverdelingen per groep weergegeven naar 'Leeftijdsgroep' en 'Sekse'.

Tabel 2a. *Aantallen, Gemiddelden en Standaarddeviaties per gedragsproblematiek, over de AVJ dimensies*

N = Totaal aantal personen steekproef

	Totaal			Geen			Internaliserend			Externaliserend			Comorbiditeit		
	N	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Omgang leeftijdgenoten	545	3.452	0.898	229	3.931	0.692	135	2.952	0.853	86	3.644	0.671	95	2.836	0.850
Omgang ouders, volwassenen en gezag	545	3.822	0.742	229	4.141	0.629	135	3.835	0.658	86	3.717	0.626	95	3.131	0.719
School, werk en, toekomst	545	3.483	0.803	229	3.870	0.675	135	3.397	0.735	86	3.304	0.721	95	2.833	0.740
Autonomie en zelfsturing	545	3.325	0.764	229	3.780	0.582	135	3.092	0.656	86	3.178	0.672	95	2.694	0.727
Redzaamheid	544	3.539	0.798	229	3.983	0.612	135	3.363	0.704	85	3.403	0.712	95	2.843	0.762
Valide N	544														

n = Aantal personen per gedragscluster

M = Gemiddelde;

SD = Standaarddeviatie

Tabel 2b. *Percentages per gedragscluster, opgesplitst naar Leeftijdsgroep en Sekse*

	Geen gedragsproblematiek			Internaliserende gedragsproblematiek			Externaliserende gedragsproblematiek			Comorbiditeit		
	9-12	12-15	15-18	9-12	12-15	15-18	9-12	12-15	15-18	9-12	12-15	15-18
^a Leeftijdsgroepen												
Jongens ♂ Aantal %	31.1	37.4	41.5	21.3	25.9	23.1	34.4	14.3	7.7	13.1	22.4	27.7
Meisjes ♀ Aantal in %	63.8	52.3	35.7	11.6	30.2	39.3	8.7	5.8	12.5	15.9	11.6	12.5

a. Leeftijdsgroepen in jaren

Valide N = 544

4.2 Resultaten data-inspectie

Voordat een meervoudige variantieanalyse uitgevoerd mag worden moet gecontroleerd worden of er wordt voldaan aan een aantal aannames. In dit geval is er geen sprake van een geheel aselekt getrokken steekproef, dit heeft tot gevolg dat de resultaten beperkter generaliseerbaar zullen zijn naar de Nederlandse populatie van jeugdigen in de leeftijd van 9-18 jaar. De personen zijn onafhankelijk van elkaar getrokken, er zijn geen paren gevormd. De steekproef is voldoende groot, waarmee de robuustheid tegen een niet normale verdeling gewaarborgd blijft volgens de centrale limietstelling (Moore, McCabe & Craig, 2009). Daarom kunnen parametrische toetsen toegepast worden.

Het niveau van adaptieve vaardigheden bij jeugdigen zonder en met gedragsproblemen

Als eerste is de data geïnspecteerd op missende waarden met behulp van een ‘Missende Waarde Analyse’. Hieruit is gebleken dat er niet meer dan 5% van de waarden mist, als het gaat om de relevante variabelen voor dit onderzoek ‘Omgang met leeftijdgenoten’, ‘Omgang met ouders, volwassenen en gezag’, ‘School/Werk, Toekomst’, ‘Autonomie en Zelfsturing’, en ‘(Sociale) redzaamheid’. Verder de somscores van de SEV op de schalen ‘ADHD, Sociaal Probleemgedrag en Angst’, als ook de aspecten ‘Sekse’ en ‘Leeftijd’. De gevolgen voor de uiteindelijke resultaten zijn daardoor vrijwel nihil.

Vervolgens zijn de scheefheid en de gepiekttheid van deze variabelen bestudeerd, in verband met de controle op normaliteit. Alle afhankelijke variabelen blijken negatief scheef te zijn verdeeld, met uitschieters op de lage waarden, ofwel links asymmetrisch (Zie Tabel 3). De meeste respondenten scoorden op en boven de gemiddelde waarde van 3. De gepiekttheid verschilt tussen de variabelen. ‘School, werk en toekomst (-0.316)’, ‘Omgang met leeftijdgenoten (-0.302)’ en ‘Autonomie en zelfsturing (-0.109)’. Deze variabelen zijn vlakker verdeeld dan de variabelen ‘Redzaamheid (0.058)’ en ‘Omgang met ouder, volwassenen en gezag (0.154)’. Omdat alle waarden met een scheefheid van $\leq |1|$ als symmetrisch mogen worden beschouwd, kan geconcludeerd worden dat deze variabelen normaal verdeeld zijn.

Om na te gaan of wordt voldaan aan de aanname dat de varianties van de groepen in de populatie aan elkaar gelijk zijn, wordt een Levene’s toets uitgevoerd. De nulhypothese van gelijkheid van populatievarianties ($\sigma_1^2 = \sigma_2^2 = \sigma_i^2$) wordt verworpen als $\alpha < .05$, wat dan betekent dat de populatievarianties niet gelijk zijn. De dimensie ‘Redzaamheid’ heeft een p -waarde van .046 (F 2.683) en de dimensie ‘Omgang met leeftijdgenoten’ heeft een p -waarde van $< .01$ (F 6.059). Voor deze dimensies kan niet aangenomen worden dat de populatievarianties gelijk zijn. Voor de overige dimensies ‘Omgang met ouders, volwassenen en gezag’ (F 1.650, $p = .177$), ‘School, werk en toekomst’ (F 0.939, $p = .422$) en ‘Autonomie en zelfsturing’ (F 2.534, $p = .56$) kunnen de populatievarianties als gelijk worden beschouwd.

Op basis van deze data-inspectieresultaten kan geconcludeerd worden dat in voldoende mate aan de assumpties wordt voldaan om een meervoudige variantieanalyse (MANOVA) te mogen uitvoeren. Het is echter wel van belang de resultaten met voorzichtigheid te interpreteren omdat er bij enkele dimensies van de AVJ sprake is van heteroscedasticiteit.

Tabel 3. *Gemiddelde, Standaarddeviatie, Scheefheid en gepiekttheid van de AVJ dimensies*

	Gemiddelde	SD	Scheefheid		Gepiekttheid	
	waarden		waarden	SE	waarden	SE
Omgang leeftijdgenoten	3.452	.898	-.544	.105	-.302	.209
Omgang ouders, volwassenen en gezag	3.822	.742	-.586	.105	.154	.209
School, werk en, toekomst	3.483	.803	-.361	.105	-.316	.209
Autonomie en zelfsturing	3.325	.764	-.306	.105	-.109	.209
Redzaamheid	3.539	.798	-.545	.105	.058	.209

4.3 Resultaten betrouwbaarheidsonderzoek

Daar de ‘Adaptieve Vaardigheden vragenlijst – Jeugdigen’ nog een experimentele vragenlijst betreft, is het van belang dat de betrouwbaarheid wordt getoetst, om zo na herhaaldelijk meten te kunnen bepalen of de AVJ een betrouwbaar en geschikt meetinstrument is om de adaptieve vaardigheden bij jeugdigen in kaart te brengen. De interne consistentie is berekend met behulp van Cronbach’s Alpha. In Tabel 4 zijn de resultaten weergegeven per AVJ-dimensie.

Tabel 4. *Cronbach’s Alpha subschalen AVJ*

Schaal	Subschaal	Cronbach’s Alpha	Itemrestcorrelatie		Aantal items per schaal
			Laagste	Hoogste	
Omgang met leeftijdgenoten	Vrienden	0.859	0.767	0.856	4
	Contact	0.889	0.815	0.926	5
	Communicatie	0.832	0.634	0.933	3
Omgang met anderen	Ouders,	0.901	0.801	0.906	4
	Volwassenen	0.878	0.757	0.889	4
	Gezag	0.916	0.832	0.924	4
School, werk, toekomst	Schoolwerkhouding	0.905	0.870	0.910	7
	Toekomst	0.897	0.856	0.902	7
Autonomie, Zelfsturing	Autonomie	0.864	0.822	0.863	8
	Zelfsturing	0.828	0.734	0.848	3
Redzaamheid	Zelfredzaamheid	0.913	0.849	0.918	4
	Sociale redzaamheid	0.890	0.847	0.886	7

Deze resultaten duiden erop dat de items van de subschalen in zodanige mate samenhangen dat ze betrouwbare schalen vormen. Op basis van deze resultaten over de interne consistentie van de subschalen binnen de AVJ, kan met deze vragenlijst op voldoende betrouwbare wijze het niveau van adaptief functioneren bepaald worden.

4.4 Resultaten data-analyse

In dit deel wordt op elke deelvraag het antwoord gezocht.

In Tabel 5 zijn de resultaten weergegeven van de meervoudige variantieanalyse betreft de schalen ‘Omgang met leeftijdgenoten’, ‘Omgang met ouders, volwassenen en gezag’, ‘School, werk en toekomst’, ‘Autonomie en zelfsturing’ en ‘Redzaamheid’ als afhankelijke variabelen, en ‘Sekse’, ‘Leeftijd’ en ‘Gedragsproblematiek’ als onafhankelijke variabelen. De variabele ‘Gedragsproblematiek’ verwijst naar de indeling in de categorieën ‘Geen probleemgedrag’, ‘Internaliserend probleemgedrag’, ‘Externaliserend probleemgedrag’ en ‘Internaliserend en Externaliserend probleemgedrag’, ofwel ‘Comorbiditeit’.

Tabel 5. *Meervoudige variantieanalyse tabel: Afhankelijke variabelen ‘AVJ-schalen’ en als Variantiebronnen: Sekse; Leeftijd; Gedragsproblematiek, afzonderlijk en gecombineerd.*

	Variatiebron	Type III SS	df	MS	F	p	Partiële η^2
Omgang leeftijdgenoten	Gedragsproblematiek	85.193	3	28.398	50.882**	<.001	0.227
	Sekse	4.228	1	4.228	7.576**	.006	0.014
	Leeftijdsgroep	1.104	2	.552	0.989	.372	0.004
	Sekse * Gedragsproblematiek	5.083	3	1.694	3.036*	.029	0.017
	Leeftijd * Gedragsproblematiek	6.207	6	1.035	1.854	.087	0.021
	Sekse * Leeftijd	1.508	2	.754	1.351	.260	0.005
	Sekse * Leeftijd *	2.395	6	.399	0.715	.637	0.008
	Gedragsproblematiek						
	Error	290.213	520	.5580			
	Totaal	6924.738	544				
Omgang ouders, volwassenen en gezag	Gedragsproblematiek	64.926	3	21.642	51.212**	<.001	0.228
	Sekse	.211	1	0.211	0.499	.480	0.001
	Leeftijdsgroep	3.319	2	1.659	3.927*	.020	0.015
	Sekse * Gedragsproblematiek	2.622	3	0.874	2.068	.104	0.012
	Leeftijd * Gedragsproblematiek	.799	6	0.133	0.315	.929	0.004
	Sekse * Leeftijd	.637	2	0.318	0.753	.471	0.003
	Sekse * Leeftijd * Gedragsproblematiek	1.862	6	0.310	0.735	.622	0.008
		Error	219.752	520	0.874		
	Totaal	8252.500	544				

*p < .05

**p < .01

Vervolg Tabel 5. *Meervoudige variantieanalyse tabel: Afhankelijke variabelen 'AVJ-schalen' en als Variantiebronnen: Sekse; Leeftijd; Gedragsproblematiek, afzonderlijk en gecombineerd.*

	Variantiebron	Type III SS	df	MS	F	p	Partiële η^2
School, Werk en Toekomst	Gedragsproblematiek	66.992	3	22.331	46.455**	< .001	0.211
	Sekse	4.522	1	4.522	9.407**	.002	0.018
	Leeftijdsgroep	7.484	2	3.742	7.785**	< .001	0.029
	Sekse * Gedragsproblematiek	3.410	3	0.361	0.751	.522	0.004
	Leeftijd * Gedragsproblematiek	1.083	6	0.502	1.045	.395	0.012
	Sekse * Leeftijd	4.135	2	2.067	4.301	.014	0.016
	Sekse * Leeftijd * Gedragsproblematiek	3.410	6	0.568	1.182	.314	0.013
	Error	249.962	520	0.361	0.751	.522	0.004
	Totaal	6946.324	544				
Autonomie en zelfsturing	Gedragsproblematiek	81.787	3	27.262	68.884**	< .001	0.284
	Sekse	1.416	1	1.416	0.657	.059	0.009
	Leeftijdsgroep	1.900	2	0.950	2.400	.092	0.009
	Sekse * Gedragsproblematiek	.780	3	0.260	0.657	.579	0.004
	Leeftijd * Gedragsproblematiek	2.966	6	0.494	1.249	.280	0.014
	Sekse * Leeftijd	2.329	2	1.165	2.943	.054	0.011
	Sekse * Leeftijd * Gedragsproblematiek	3.350	6	0.558	1.411	.208	0.016
	Error	205.800	520	0.260	0.657	.579	0.004
	Totaal	6318.198	544				
Redzaamheid	Gedragsproblematiek	77.461	3	25.820	58.136**	< .001	0.251
	Sekse	1.693	1	1.693	3.811	.051	0.007
	Leeftijdsgroep	.887	2	0.443	0.998	.369	0.004
	Sekse * Gedragsproblematiek	2.578	3	0.859	1.935	.123	0.011
	Leeftijd * Gedragsproblematiek	4.196	6	0.699	1.574	.152	0.018
	Sekse * Leeftijd	1.135	2	0.658	1.278	.280	0.005
	Sekse * Leeftijd * Gedragsproblematiek	5.551	6	0.925	2.083	.054	0.023
	Error	230.953	520	0.859	1.935	.123	0.011
	Totaal	7160.062	544				

* $p < .05$

** $p < .01$

Omgang met leeftijdgenoten

De eerste onderzoeksvraag betreft het nagaan van de mogelijke verschillen tussen jeugdigen zonder of met internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag aangaande de AVJ-schaal 'Omgang met leeftijdgenoten'. Bij deze schaal is er een significant hoofdeffect op 'Gedragsproblematiek', $F(3, 520) = 50.882, p = < .001$ (Zie Tabel 5). Tevens is er een significant hoofdeffect op 'Sekse', $F(1, 520) = 7.576, p = .006$. Verder is er een significant interactie-effect op 'Sekse*Gedragsproblematiek' $F(3, 1.694) = 3.036, p = .029$.

Het niveau van adaptieve vaardigheden bij jeugdigen zonder en met gedragsproblemen

De Bonferroni post-hoc toets is uitgevoerd om na te gaan waar de verschillen precies liggen. Het blijkt dat er tussen de groep jeugdigen zonder probleemgedrag vergeleken met de groepen jeugdigen met internaliserend en/of externaliserend gedrag significante verschillen aanwezig zijn wat betreft de omgang met leeftijdgenoten. Eveneens tussen de groep jeugdigen met internaliserend gedrag en de groep met externaliserend gedrag. Alsmede tussen de groep met externaliserend gedrag en de groep met zowel internaliserend als externaliserend gedrag (comorbiditeit). Het grootste significante verschil is gevonden tussen jeugdigen zonder probleemgedrag en jeugdigen met internaliserend gedrag ($M = 0.904$, $SD = .90$, $p = < .001$). En het kleinste verschil tussen jeugdigen zonder probleemgedrag en jongeren met externaliserend gedrag ($M = 0.349$, $SD = .122$, $p = .027$). Wat betreft de factor ‘Sekse’ is het gevonden verschil tussen jongens en meisjes klein ($M = -0.229$, $SD = .083$, $p = .006$). De *partiële* η^2 is slechts .014, wat betekent dat 1.4% van de verschillen wordt verklaard door de factor ‘Sekse’. Als laatste wat betreft het interactie-effect ‘Sekse*Gedragsproblematiek’ blijkt dat het laagste gemiddelde is gevonden bij jongens met comorbide gedragsproblematiek ($M = 2.738$, $SE = .096$), en het hoogste gemiddelde bij meisjes zonder gedragsproblematiek ($M = 4.009$, $SE = .077$).

Omgang met ouders, volwassenen en gezag

De tweede onderzoeksvraag heeft betrekking op de schaal ‘Omgang met ouders, volwassenen en gezag’. Er is een significant hoofdeffect op ‘Gedragsproblematiek’ $F(3, 21.642) = 51.212$, $p = < .001$, en op ‘Leeftijd’ $F(2, 1.659) = 3.927$, $p = .020$. Er zijn geen significante interactie-effecten gevonden. Eveneens op deze schaal zijn de verschillen significant tussen jeugdigen met internaliserend gedrag en jeugdigen met comorbide probleemgedrag. Alsmede tussen jeugdigen met externaliserend gedrag en comorbide probleemgedrag. Het grootste verschil is gevonden tussen de groep zonder probleemgedrag en de groep met comorbide probleemgedrag ($M = 1.086$, $SD = .088$, $p = < .001$). Het kleinste verschil is gevonden tussen jeugdigen zonder probleemgedrag en jeugdigen met internaliserend probleemgedrag ($M = 0.265$, $SD = .078$, $p = .004$). Betreffende de factor ‘Leeftijd’ ligt het significante verschil tussen de groep ‘12-15 jaar’ en de groep ‘15-18 jaar’ ($M = 0.2165$, $SD = 0.729$, $p = .009$).

School, werk en toekomst

De derde onderzoeksvraag beoogt na te gaan of er verschillen zijn tussen jeugdigen zonder of met internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag op de AVJ-schaal ‘School, werk en toekomst’. Er zijn hoofdeffecten gevonden op de factoren ‘Gedragsproblematiek’ $F(3, 22.331) = 46.455, p < .001$, ‘Sekse’ $F(1, 4.522) = 9.407, p = .002$, en op de factor ‘Leeftijd’ $F(2, 3.742) = 7.785, p < .001$. Ook is er een interactie-effect gevonden op ‘Sekse*Leeftijd’ $F(2, 2.067) = 4.301, p = .014$.

De post-hoc toets wijst uit dat, wat betreft ‘Gedragsproblematiek’, het grootste verschil waarneembaar is tussen de groep zonder probleemgedrag en de groep met comorbide probleemgedrag ($M = 1.032, SD = .094, p < .001$). Het kleinste verschil ligt tussen de groep zonder probleemgedrag en de groep met internaliserend probleemgedrag ($M = 0.453, SD = .083, p < .001$). Gekeken naar de factor ‘Sekse’ is het gevonden verschil tussen jongens en meisjes gemiddeld $M = |0.237| (SD = .077, p = .002)$, er valt te spreken over een klein effect van ‘Sekse’, de *partiële* η^2 is slechts .018. Aangaande leeftijd ligt het grootste verschil tussen de groepen ‘12-15 jaar’ en ‘15-18 jaar’ ($M = 0.371, SD = .096, p < .001$). Het enige andere, en daarmee kleinste verschil, is gevonden tussen de leeftijdsgroepen ‘9-12 jaar en 15-18 jaar’ ($M = 0.286, SD = .099, p = .012$). Met betrekking tot het interactie-effect ‘Sekse*Leeftijd’ is waarneembaar dat het laagste gemiddelde ligt bij jongens in de leeftijdsgroep ‘15-18 jaar’ ($M = 2.882, SE = 0.104$) en het hoogste gemiddelde ligt bij meisjes in de leeftijdsgroep ‘12-15 jaar’ ($M = 3.647, SE = 0.104$).

Autonomie en zelfsturing

De vierde onderzoeksvraag betreft het AVJ-aspect ‘Autonomie en zelfsturing’. Wanneer deze schaal nader bestudeerd wordt, valt te constateren dat er alleen een significant hoofdeffect is op ‘Gedragsproblematiek’ $F(3, 27.262) = 68.884, p < .001$. Het grootste significante verschil blijkt gevonden tussen de groep zonder probleemgedrag en de groep met comorbide probleemgedrag ($M = 1.089, SD = .085, p < .001$). Het kleinste significante verschil ligt tussen de groep met internaliserend probleemgedrag en de groep met comorbide probleemgedrag ($M = 0.333, SD = .118, p = .029$).

Redzaamheid

De vijfde onderzoeksvraag heeft betrekking op de AVJ-schaal ‘Redzaamheid’. Hier is eveneens alleen een significant hoofdeffect op de factor ‘Gedragsproblematiek’ gevonden, $F(3, 25.820) = 58.136, p = < .001$. Het grootste verschil ligt tussen de groep zonder probleemgedrag en de groep met comorbide probleemgedrag ($M = 1.115, SD = .090, p = < .001$). Het kleinste significante verschil is gevonden tussen de groep met externaliserend probleemgedrag en de groep met comorbide probleemgedrag ($M = 0.436, SD = .125, p = .003$). Op de AVJ-schaal ‘Autonomie en zelfsturing’ is de proportie verklaarde variantie het grootst, namelijk een *partiële* η^2 van 0.284. De kleinste *partiële* η^2 betreft de schaal ‘Omgang met ouders, volwassenen en gezag’, op de factoren ‘Sekse*Leeftijd’ met een *partiële* η^2 van 0.003.

Hoofdstuk 5: Conclusie, Discussie en Aanbevelingen

Het doel van deze studie is nagaan in hoeverre jeugdigen met internaliserende en/of externaliserende problematiek tekorten hebben in hun adaptieve vaardigheden, en wat hierbij de rol is van leeftijd en sekse. In het vorige hoofdstuk zijn de resultaten gepresenteerd. In dit hoofdstuk zullen allereerst de onderzoeksvragen systematisch beantwoord worden. Daarna zullen deze onderzoeksbevindingen vergeleken worden met dat wat al bekend was uit de literatuur. Vervolgens zal in de discussie een samenvatting van de resultaten worden gegeven, en zullen de theoretische implicaties worden beschreven. Dan zal worden ingegaan op de beperkingen van dit onderzoek. Als laatste zullen de implicaties van dit onderzoek voor de praktijk besproken worden, en worden aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

5.1. Systematische beantwoording van de onderzoeksvragen

1) Is er een verschil in de wijze van omgang met leeftijdsgenoten en volwassenen tussen jeugdigen zonder probleemgedrag en jeugdigen met internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag?

Gebaseerd op de onderzoeksresultaten kan geconcludeerd worden dat er verschillen zijn tussen jeugdigen zonder en met (comorbide) gedragsproblematiek wat betreft de omgang met leeftijdsgenoten. Jeugdigen zonder stoornis functioneren over het algemeen het beste. En meisjes kunnen over het algemeen weer beter omgaan met leeftijdsgenoten dan jongens.

Als gekeken wordt naar de leeftijd dan is de omgang met leeftijdgenoten bij jongens in de leeftijd van 15-18 jaar het beste, tegenover 12-15 jaar bij meisjes. Jongens met zowel internaliserende als externaliserende problematiek in de leeftijd van 15-18 jaar ondervinden het meeste problemen in de omgang met leeftijdgenoten. Meisjes in de leeftijd van 12-15 jaar met zowel internaliserende als externaliserende problematiek hebben de meeste moeite met de omgang met leeftijdgenoten.

Wat betreft de omgang met ouders, volwassenen en gezag ondervinden wederom jeugdigen zonder gedragsproblematiek de minste problemen. Meisjes van 12-15 jaar gaan iets gemakkelijker om met volwassenen en gezag dan jongens. Wanneer sprake is van comorbiditeit geldt zowel bij jongens als bij meisjes en binnen alle leeftijdscategorieën dat dit moeizamer gaat. De verschillen tussen jeugdigen met internaliserende en externaliserende problematiek zijn gering.

2) Hebben jeugdigen met internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag een andere visie op 'school, werk en de toekomst' dan jeugdigen zonder probleemgedrag?

Deze onderzoeksvraag kan bevestigd worden. Jeugdigen zonder probleemgedrag zijn over het algemeen meer gericht op school, werk en de toekomst dan jeugdigen met probleemgedrag. Over het geheel bezien zijn meisjes nog wat meer bezig met school, werk en de toekomst dan jongens. Wederom zijn de verschillen tussen jeugdigen met internaliserende en jeugdigen met externaliserende gedragsproblemen niet erg groot. De verschillen tussen de laatst genoemde groep vergeleken met jeugdigen met zowel internaliserend als externaliserend probleemgedrag zijn groter. Dit geldt voor zowel jongens als meisjes, en binnen alle leeftijdsgroepen. Dit verschil is het grootst voor meisjes in de leeftijd van 12-15 jaar.

3) Is er verschil wat betreft de mate van autonomie en zelfsturing tussen jeugdigen zonder probleemgedrag en jeugdigen met internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag?

In dit geval kan eveneens geconcludeerd worden dat er verschillen zijn tussen jeugdigen zonder en met (comorbide) gedragsproblematiek. De mate van autonomie en zelfsturing is het beste bij jeugdigen zonder gedragsproblematiek. Bij jongens van 15-18 jaar met externaliserende problematiek is het minste sprake van autonomie en zelfsturing. Wanneer jeugdigen zonder gedragsproblematiek buiten beschouwing worden gelaten, is bij meisjes met externaliserende problematiek van 12-15 jaar juist sprake van de meeste autonomie en zelfsturing.

4) Is er verschil wat betreft de mate van redzaamheid tussen jeugdigen zonder probleemgedrag en jeugdigen met internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag?

Op basis van de onderzoeksresultaten kan gesteld worden dat er aangaande de mate van redzaamheid verschillen zijn tussen jeugdigen zonder en met (comorbide) gedragsproblematiek. Wederom doen jeugdigen zonder gedragsproblematiek het beter dan jeugdigen met (comorbide) gedragsproblematiek. Bij meisjes zonder gedragsproblematiek van 12-15 jaar is sprake van de meeste mate van redzaamheid, gevolgd door jongens van 15-18 jaar zonder gedragsproblematiek. Bij jongens van 15-18 jaar met comorbide probleemgedrag is de mate van redzaamheid het laagst. Voor meisjes geldt hetzelfde in de leeftijd van 12-15 jaar. Het grootste verschil wordt bij meisjes gevonden tussen de groep met externaliserende problematiek tegenover de groep met comorbide gedragsproblematiek in de leeftijd van 12-15 jaar. Gevolgd door de groep meisjes met internaliserende problematiek vergeleken met de groep met externaliserende problematiek in de leeftijd van 9-12 jaar. Bij jongens is het verschil het grootst tussen de groep met externaliserend probleemgedrag en comorbide probleemgedrag in de leeftijd van 9-12 jaar.

Ten aanzien van de factoren leeftijd en sekse waren de volgende vragen gesteld:

5) Verbeteren met het toenemen van de leeftijd de adaptieve vaardigheden van jeugdigen?

Over het geheel bezien lijken de adaptieve vaardigheden enigszins te verbeteren tussen de groep '9-12 jarigen' en de groep '12-15 jarigen'. Daarna lijkt de mate van beheersing van de adaptieve vaardigheden iets terug te gaan. Deze tendensen gaan op voor de aspecten 'Omgang met ouders, volwassenen, gezag', 'School, werk, toekomst', 'Autonomie, zelfsturing' en 'Redzaamheid'. Alleen voor het aspect 'Omgang met leeftijdgenoten' is een licht dalende de lijn waarneembaar.

6) Hebben jongens over het algemeen minder goede adaptieve vaardigheden dan meisjes, ongeacht de afwezigheid of aanwezigheid van (comorbide) probleemgedrag en ongeacht de leeftijd?

Deze onderzoeksvraag kan positief beantwoord worden. Wat betreft alle AVJ-aspecten scoren meisjes gemiddeld hoger dan de jongens.

Het grootste verschil is gevonden op het aspect 'School, werk, toekomst'. Het kleinste verschil is gevonden op het aspect 'Omgang met ouders, volwassenen en gezag'.

Samengevat kan worden gesteld dat er op alle aspecten verschillen worden gevonden tussen jeugdigen zonder gedragsproblematiek en jeugdigen met (comorbide) gedragsproblematiek. Jeugdigen zonder gedragsproblematiek functioneren over het geheel genomen altijd beter dan jeugdigen met gedragsproblematiek. Wanneer er sprake is van comorbiditeit zijn de adaptieve vaardigheden meestal nog zwakker, dan wanneer er alleen internaliserend of externaliserend probleemgedrag speelt (Nottelman & Jensen, 1995; Weiss, Suesser, & Catron, 1998). Verder zijn de adaptieve vaardigheden van meisjes doorgaans beter dan die van jongens. Jeugdigen in de leeftijd van 12-15 jaar beheersen de adaptieve vaardigheden meestal het beste. Dit stemt overeen met de verwachtingen, zoals die in sectie 2.8 waren opgesteld, gebaseerd op de bevindingen uit eerdere onderzoeken. Opvallend is dat de mate van beheersing van de adaptieve vaardigheden tussen jeugdigen met internaliserend probleemgedrag over het algemeen weinig verschilt van die van jeugdigen met externaliserend probleemgedrag.

Deze bevindingen zullen consequenties met zich meebrengen voor de omgang met de jeugdigen door leeftijdgenoten, ouders en andere volwassenen, zoals leerkrachten, sportbegeleiders, werkgevers, en eventuele therapeuten. In sectie 5.4 zal ingegaan worden op de implicaties van dit onderzoek voor de praktijk. Allereerst zullen deze onderzoeksbevindingen vergeleken worden met dat wat al bekend was uit de literatuur.

5.2 Vergelijking eigen resultaten met de literatuur

5.2.1 Internaliserende gedragsproblematiek

Uit eerdere onderzoeken was naar voren gekomen dat er bij jeugdigen met angstproblematiek vaak sprake is van denkfouten waardoor zij een situatie niet helemaal meer reëel en adequaat in kunnen schatten (Arrindel e.a., 2003). En in het geval van een sociale fobie dat deze jeugdigen vermijdend gedrag vertonen in de omgang met anderen (Treffers, 2009). Ook jeugdigen met depressie-klachten ondervinden beperkingen in de sociale cognitie en in de sociale vaardigheden. Daarnaast hebben zij moeite met vaardigheden als omgaan met kritiek, opkomen voor jezelf en het maken van toekomstplannen (Reichart, 2009).

Deze vaardigheden zijn passend bij de AVJ-schalen ‘omgang met leeftijdgenoten’, ‘(sociale) redzaamheid’, ‘autonomie en zelfsturing’ en ‘school, werk en toekomst’.

Uit dit onderzoek is gebleken dat jeugdigen met internaliserende problematiek gemiddeld iets meer problemen ondervinden op alle genoemde AVJ-schalen, en ook op de schaal ‘Omgang met ouders, volwassenen en gezag’, in vergelijking met jeugdigen zonder gedragsproblematiek. Deze uitkomst komt derhalve overeen met eerdere bevindingen.

5.2.2 Externaliserende gedragsproblematiek

Met betrekking tot externaliserende problematiek is bekend dat deze jeugdigen vaak problemen hebben op het gebied van de sociale en morele ontwikkeling, dat zij minder zelfredzaam en sociaal vaardig zijn (Scholte en Van der Ploeg, 2010). Tevens is bekend dat deze jeugdigen communicatieve vaardigheden slechter beheersen, en beperkter in staat zijn vooruit te denken en te plannen (Clark, Prior, & Kinsella, 2002).

Wanneer deze onderzoeksbevindingen worden vergeleken met dit onderzoek, kan gesteld worden dat jongeren met externaliserend probleemgedrag inderdaad wat meer moeite hebben in de omgang met leeftijdgenoten. Zij zijn daarin echter vaardiger dan jeugdigen met internaliserend probleemgedrag. In de omgang met ouders, volwassenen en gezag ondervinden jeugdigen met externaliserende problematiek meer problemen dan jeugdigen zonder gedragsproblemen, en net wat meer dan jeugdigen met internaliserende problematiek. Deze jeugdigen zijn minder bezig met school, werk en de toekomst, zoals ook uit het onderzoek van Scholte en Van der Ploeg (2010) bleek. Tevens komt overeen dat jeugdigen met externaliserende problematiek meer moeite ondervinden wat betreft ‘autonomie en zelfsturing’, als ook wat betreft de ‘redzaamheid’. Hiermee zijn echter de kleine verschillen tussen jeugdigen met internaliserend en externaliserend probleemgedrag nog niet verklaard. Mogelijk dat de irrationele cognities en het negatieve denken bij jeugdigen met een angst- en stemmingsstoornis, ten aanzien van zichzelf en zij zelf in relatie tot anderen, moeilijker te wijzigen zijn dan dat de sociale informatieverwerking van jeugdigen met ODD/CD gecorrigeerd kan worden. Dit is slechts een assumptie, toekomstig onderzoek zou hier meer duidelijkheid over moeten geven.

5.2.3 Comorbiditeit

Zoals vermeld in sectie 2.7.3 was er tot nog toe weinig bekend over adaptieve vaardigheden bij jeugdigen met zowel internaliserende als externaliserende gedragsproblematiek. In ieder geval was al duidelijk dat comorbiditeit de kans op psychosociale ontwikkelingsrisico's vergroot (Nottelman & Jensen, 1995).

Eveneens is gebleken dat er weinig onderzoeken werden gedaan waarin jeugdigen met comorbide gedragsproblematiek participeerden (Jensen, 2003). De consequentie voor de praktijk hiervan is dat begeleiding en behandeling nog onvoldoende adequaat zijn, bij wat deze jeugdigen nodig hebben.

Dit onderzoek naar de adaptieve vaardigheden bij jeugdigen zonder en met probleemgedrag, alsmede de jeugdigen met comorbide probleemgedrag, kan een bijdrage leveren aan het verder uitwerken van adequate diagnostiek bij, alsmede behandeling en begeleiding van deze jeugdigen. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat deze jeugdigen nog meer moeite ondervinden op het gebied van de omgang met leeftijdgenoten, ouders, volwassenen en gezag dan leeftijdgenoten zonder probleemgedrag of leeftijdgenoten met alleen internaliserend of externaliserend probleemgedrag. Jeugdigen met comorbide gedragsproblematiek zijn minder gericht op school, werk en de toekomst. De meeste moeite hebben deze jeugdigen met het ontwikkelen van hun autonomie en de zelfsturing. Ook de zelfredzaamheid en de sociale redzaamheid bij jeugdigen met comorbide probleemgedrag zijn beperkter dan bij de overige groepen jeugdigen, zonder probleemgedrag, of met enkel internaliserend of externaliserend probleemgedrag.

5.2.4 Leeftijd en Sekse

Wat betreft deze factoren was eenzijdig iets bekend over de vaardigheid van zelfregulerend vermogen, samengaand met internaliserend of externaliserend probleemgedrag, en dat sekse en leeftijd hierbij beïnvloedende aspecten zijn. Gebleken was dat met het toenemen van de leeftijd vaardigheden als vooruitdenken, doelen stellen en plannen (Boekaerts et al, 2000), alsmede het zelfregulerend vermogen toenemen (Gestsdottir & Lerner, 2008; Murphy, e. al, 1999). Uit een onderzoek van Raffaelli et al. (2005) is naar voren gekomen dat meisjes herhaaldelijk hoger scoorden op zelfregulerende vaardigheden dan jongens.

Wanneer deze uitkomsten gelegd worden naast de resultaten van dit onderzoek, ontstaat een aanvullend beeld. Het blijkt dat er ook bij andere vaardigheden, zoals de omgang met leeftijdgenoten, volwassenen en gezag, de gerichtheid op school en de toekomst, een lichte toename is van de beheersing hiervan, wanneer jeugdigen tussen de 12-15 jaar zijn. Echter vanaf die leeftijd tot en met circa 18 jaar is een daling waarneembaar.

Een verklaring voor het afnemen van de adaptieve vaardigheden in deze leeftijdsperiode zou kunnen zijn dat vanaf die leeftijd de adolescentieperiode intreedt, waarin vele veranderingen plaatsvinden. Zowel lichamelijke veranderingen als vele herstructureringen in het brein (Steinberg, 2010). In het begin van de adolescentie hebben de sociaal-emotionele systemen meer de overhand, mogelijke beloningen wegen dan zwaarder. Later worden de cognitieve controlesystemen pas meer actief. Deze laatste dragen bij aan de ontwikkeling van het reële denken en handelen, het adequaat in kunnen schatten van situaties (Steinberg, 2010). Wat ook zijn invloed zou kunnen uitoefenen op de omgang met anderen, de toekomstgerichtheid, zelfsturing en redzaamheid. Dit is eveneens een assumptie die nader bestudeerd moet worden.

Wat betreft het sekseverschil is uit dit onderzoek gebleken dat meisjes structureel op alle AVJ-aspecten hoger scoren dan jongens, ook wanneer er sprake is van (comorbide) gedragsproblematiek. Deels kan hierover aansluiting gevonden worden bij het onderzoek van Raffaelli et. al (2005), die zich gericht had op het zelfregulerend vermogen. Wat betreft de andere aspecten is uit eerdere onderzoeken al gebleken dat er verschillen zijn in de vaardigheden en het gedrag van jongens en meisjes, en dat deze verschillen deels al biologisch bepaald zijn (Delfos, 2004).

5.3 Beperkingen van het onderzoek

Er waren een aantal factoren binnen dit onderzoek die van invloed kunnen zijn geweest op de resultaten, en die de implicaties voor de praktijk beperken. Omdat de steekproef van matige grootte was, en gedeeltelijk aselekt getrokken was zijn de resultaten beperkter generaliseerbaar naar de gehele Nederlandse jeugdpopulatie tussen de 9 en 18 jaar. Dat er vooraf aan de statistische toetsen niet bij alle variabelen werd voldaan aan gelijkheid van varianties, brengt met zich mee dat de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden omdat de validiteit van de uitkomsten in een dergelijk geval ter discussie staat.

Verder waren de groepen binnen de steekproef niet gelijkmatig verdeeld op de factoren ‘leeftijd’ en ‘gedragsproblematiek’. Dit kan een vertekend beeld opgeleverd hebben wat betreft de invloed die deze factoren uitoefenen op de beheersing van de adaptieve vaardigheden.

Eveneens kan het scharen van ADHD onder externaliserend gedrag van invloed zijn geweest, daar deze stoornis eigenlijk niet behoort tot de categorie sociaal probleemgedrag, maar op zichzelf staat.

Een laatste kanttekening is dat de beheersing van de adaptieve vaardigheden in kaart zijn gebracht met een experimentele vragenlijst, waarvan nog niet vastgesteld is of dit instrument voldoende valide en betrouwbaar is.

5.4 Implicaties voor de praktijk, aanbevelingen voor verder onderzoek

5.4.1 Implicaties

De uitkomsten van dit onderzoek betekenen voor de praktijk dat het van belang is dat de omgeving op de hoogte is of er bij kinderen of adolescenten sprake is van gedragsproblematiek. Ook is het van belang om te weten of er sprake is van enkelvoudige of comorbide gedragsproblematiek, daar tussen deze groepen de grootste verschillen waarneembaar zijn in de adaptieve vaardigheden. Deze kennis kan onder meer ouders, leerkrachten en therapeuten handvaten bieden bij de omgang en begeleiding van de jeugdigen, omdat in het onderwijs ‘passend onderwijs’ nagestreefd wordt. Dit vergt meer van de leerkrachten vanuit een pedagogische invalshoek, omdat zij dan meer kennis nodig hebben over sociale- en emotionele gedragsproblematiek. Het ontvangen van handreikingen op dit gebied kan de kans van slagen van het passend onderwijs vergroten (Helvoirt & Mol, 2008). Een voorbeeld uit dit onderzoek is dat er voor jeugdigen met externaliserend gedrag én jeugdigen met internaliserend gedrag meer ondersteuning nodig is bij het aanleren van sociale vaardigheden. En dat er bij jeugdigen met internaliserend probleemgedrag juist meer aandacht komt voor het verbeteren van de interacties met leeftijdgenoten, en bij jeugdigen met externaliserend probleemgedrag meer aandacht voor de interacties met ouders, volwassenen en gezag.

Verder is het voor het verder ontwikkelen van een toekomstperspectief van belang dat, met name jeugdigen met externaliserend en comorbide probleemgedrag, meer begeleidt gaan worden bij het vergroten van hun zelfinzicht, het leren bevorderen van de eigen motivatie en inzet ten aanzien van school en hun (toekomstige) carrière. Jeugdigen met gedragsproblematiek ondervinden vaak moeilijkheden op het gebied van de autonomie, zelfsturing en redzaamheid. Hier zijn toenemende gradaties qua groepering waarneembaar. Jeugdigen met internaliserend gedrag hebben de minste problemen op voorgenoemde gebieden. Jeugdigen met externaliserend gedrag hebben iets meer problemen en jeugdigen met comorbide gedragsproblematiek ondervinden de meeste problemen op het gebied van de autonomie, zelfsturing en redzaamheid.

Het is belangrijk dat er bij alle groepen aandacht wordt besteed aan het versterken van deze vaardigheden. Ook al lijkt het er bijvoorbeeld misschien op dat jeugdigen met internaliserende problematiek zichzelf wel weten te redden, mede als mogelijk gevolg van dat de omgang met volwassenen hen redelijk af gaat, dat deze groep eveneens nog behoefte heeft aan het verbeteren van de autonome positie en de (sociale) redzaamheid.

5.4.2 Aanbevelingen

Voor vervolgonderzoek is het in de eerste plaats van belang een grotere steekproef te realiseren, tevens is een meer gelijke verdeling van de groepen zonder probleemgedrag en met (comorbide) probleemgedrag belangrijk om zo de validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten te verhogen. Een andere aanbeveling is om een aparte groep te vormen van de personen waarbij sprake is van ADHD, naast de groep personen met ODD/CD. Op die manier kunnen de sterktes en zwaktes specifieker in kaart worden gebracht, daar het toch om stoornissen gaat met ongelijke kenmerken.

Uit dit onderzoek bleek dat er weinig verschillen waarneembaar waren tussen de adaptieve vaardigheden tussen jeugdigen met internaliserend en externaliserend gedrag, terwijl de uitingsvormen van deze probleemgedragingen zo tegengesteld zijn. Deze uitkomst zou ten grondslag kunnen liggen aan de grofmazige indeling ‘internaliserend’ versus ‘externaliserend’ probleemgedrag, waarbij de mogelijke specifieke individuele onderscheidende kenmerken verloren gaan. Daarom wordt aanbevolen binnen een volgend onderzoek gebruik te maken van de gedifferentieerde stoornisbeelden zoals de DSM-IV-TR of de ICD deze weergeeft.

Verder viel op dat de adaptieve vaardigheden tot en met de leeftijd van 15 jaar toenamen, en dat daarna een daling waarneembaar was. Er wordt aanbevolen in vervolgonderzoek nader te bestuderen of mogelijk het intreden van de puberteit, met zijn ontwikkelingen op diverse gebieden aan deze bevinding ten grondslag kan liggen.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994; 2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed.). Washington, DC: APA.
- Anderson, J.C., & McGee, R. (1994). *Comorbidity of depression in children and adolescents*. In W.M. Reynolds & H.F. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*. New York: Plenum Press.
- Andrews, G., Slade, T., & Issakidis, C. (2002). Deconstructing current comorbidity: Data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *British Journal of Psychiatry*, *181*, 306-314. UK: Royal College of Psychiatrists.
- Angold, A., Costello, E., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (40), 57-87. USA: Wiley-Blackwell.
- Arrindell, W.A., Eisemann, M., Richter, J., Oei, T.P., Caballo, V.E., Ende, J. van der, Sanavio, E., Bages, N., Feldman, L., Torres, B., Sica, C., Iwawaki, S., Edelmann, R.J., Crozier, W.R., Furnham, A., Hudson, B.L., Aguilar, G., Bentall, R., Bridges, K.R., Buchanan, A., Calvo, M.G., Canalda, G., Castro, J., Davis, M., Farrer, R.J., Felman, L., Frindte, W., Garling, T., Gaszner, P., Gillholm, R., Gustafsson, M., Hansson, S.B., Harris, P., Hatzichristou, C., Johnston, M., Kallai, J., Kasielke, E., Kenardy, J., Leong, C.C., Liddell, A., Montgomery, I., Palenzuela, D.L., Pennington, D., Peter, M., Pickersgill, M.J., Recinos, L.A., Richards, J.C., Ryden, O., Simon, M.A., Surman, M., & Zaldivar, F. (2003). Phobic Anxiety in 11 nations. Part I: Dimensional constancy of the five-factor model. *Behavioral Research and Therapy* (41), 461-479. Amsterdam: Elsevier.
- Barkley, R.A. (1997). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, self-regulation, and time: Toward a more comprehensive theory. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, *4*, 271-279. USA: Lippincott, Williams & Wilkens.
- Barrett, P.M., Duffy, A.L., Dadds, M.R., & Rapee, R.M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: long-term (6 year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 135-141. Washington, DC: APA.
- Bates, J.E., Bayles, D., Bennett, D.S., Ridge, B. & Brown, M. (1991). Origins of Externalizing Behavioral Problems at eight years of age. *The Development and Treatment of Childhood Aggression*, 93-119. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beugels, M.C. (2008). *Internaliserend en externaliserend gedrag bij het jonge kind*. Masterthesis, Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen, Utrecht.
- Boekaerts, M., Pintrich, P.R., & Zeidner, M. (2000). *Handbook of self-regulation*. San Diego: Academic Press.

- Bouman, A. & König, C.E. (2008). *Diagnostiek bij kinderen vanuit een ontwikkelingsneuropsychologische benadering*. In Th. Kievit, J.A. Tak, & J.D. Bosch (red.), *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen (7^e herziene druk)*, pp. 568-569. Utrecht: De Tijdstroom.
- Buitelaar, J.K., & van Engeland, H. (1996). Epidemiological approaches to hyperactivity. In S.T. Sandberg (red.), *Hyperactivity disorders of childhood*. (pp. 26-68). Cambridge: Cambridge University Press.
- Campbell, S. B. (1994). Hard-to-manage preschool boys: Externalizing behavior, social competence, and family context at two-year-follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 147-166. USA: Springer.
- Capaldi, D.M., & Patterson, G.R. (1990). A mediational model for boys' depressed mood. In Rolf, J., Masten, A.S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K.H., & Weintraub, S., *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (1th Ed.), pp. 141-160. Cambridge: Cambridge University Press.
- Capaldi, D. M. (1992). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: II. A 2-year follow-up at grade 8. *Development and Psychopathology*, 4, 125-144. Cambridge: Cambridge University Press.
- Caspi, Henry, McGee, Moffit & Silva (1995). Temperamental qualities at age 3 predict personality traits in young adulthood: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Child Development*, 66, 486-498.
- Clark, C. Prior, M., & Kinsella, G. (2002). The relationship between executive function abilities, adaptive behaviour, and academic achievement in children with externalising behaviour problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (6), 785-796. USA: Wiley-Blackwell.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale: New Jersey.
- Cronbach, L.J. (1970). *Essentials of psychological testing* (3th Ed.). New York: Harper & Row.
- DeHart, G.B., Sroufe, L.A., & Cooper, R.G. (2004). *Child development it's nature and it's course*. Boston: McGraw-Hill.
- Delfos, M.F. (2004). Een jongen is geen meisje. *De Wereld van het Jonge Kind*. 31 (6), p 183-186. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- Ferdinand, R.F., & Dieleman, G.C. (2010). Angststoornissen. In F. Verheij, F.C. Verhulst, & R.F. Ferdinand (red.), *Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Behandeling en Begeleiding* (2^e ed.), pp. 235-252. Assen: Van Gorcum.
- Gestsdottir, S. & Lemer, R.M. (2008). Positive development in adolescence: The development and role of intentional self-regulation. *Human Development*, 51, 202-224. Berkeley: University of California.

- Gold, M., Mattlin, M., & Osgood, D. W. (1989). Background characteristics and responses to treatment of two types of institutionalized delinquent boys. *Criminal Justice and Behaviour*, 16, 5-33. USA: International Association for Correctional and Forensic Psychology.
- Goudena, P.P. (1994). Ontwikkelingstaken en opvoedingsopgaven. In J.Rispens, P.P. Goudena, & J.J.M. Groenendaal (red.), *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen*, pp. 59-70. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Gunning, W.B. (1998). *Behandelingsstrategieën bij kinderen en jeugdigen met ADHD*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Helvoirt, C. van, & Mol, P. (2008). Passend onderwijs aan cluster-4 leerlingen. Uitdaging of illusie?..*JSW: Jeugd in school en wereld*, 93 (4), 16-21. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- Homburger-Erikson, E., & Németh-Linnebank, C. (1977). *Het kind en de samenleving* (8^e ed.). Utrecht: Het Spectrum.
- Jensen, P. S. (2003). Comorbidity and child psychopathology: recommendations for the next decade. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 293-300. USA: Springer.
- Kagan, J. (1997). Temperament and the reactions to unfamiliarity. *Child Development*, 139-143.
- Kashani, J.H., & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* (147), 313-318. Arlington: APA.
- Keiley, M.K., Bates, J.E., Dodge, K.A., & Pettit, G.S. (2000). A cross-domain growth analysis: Externalizing and internalizing behaviours during 8 years of childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (2), 161-179. USA: Springer.
- Kendall, P.C., & Southam-Gerow, M.A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 724-730.
- Kennisnet (z.d.). *Speciaal onderwijs*. Verkregen op 8 juni 2011, van Kennisnet: <http://speciaalonderwijs.kennisnet.nl/>.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI), Manual*. North Tonawanda: Multi-Health Systems, Inc.
- Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1998). The structure and stability of common 27 mental disorders (DSM-III-R): A longitudinal-epidemiological study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 216-227. Washington, DC: APA.
- Lewinsohn, P.M., Clark, G.N., Seeley, J.R., & Rohde, P. (1994). Major depression in community adolescents: Age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 33, 809-818. Washington, DC: AACAP.

- Lilienfeld, S. O. (2003). Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders: Reflections and directions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *31*, 285-291. USA: Springer.
- Maes, S., & Karoly, P. (2005). Self-regulation assesment and intervention in physical health and illness: A review. *Applied psychology*, *54* (2), 267-299. USA: Wiley-Blackwell.
- Masia-Warner, C., Klein, R.G., Dent, H.C., Fisher, P.H. Alvir, J., Albano, A.M., & Guardino, M. (2005). School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: results of a controlled study. *Journal of Abnormal Child Psychology* (33), 707-722. USA: Springer.
- Matthys, W. (2009). Oppositioneel-opstandige en anti-sociale gedragsstoornissen. In Verhulst, F.C. & Verheij, F. (Red.), *Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Onderzoek en Diagnostiek* (4^e druk), pp. 380-392. Assen: Van Gorcum.
- Ministerie Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (31 januari 2011). *Passend Onderwijs*. Verkregen op 8 juni 2011, van Rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/passend-onderwijs>
- Moore, D.S., McCabe, G.P., & Craig, B.A. (2010). *Introduction to the practice of statistics*. (7th Ed.). New York: W.H. Freeman and Company.
- Murphy, B.C., Eisenberg, N., Fabes, R.A., Shepard, S., & Guthrie, I.K. (1999). Consistency and change in children's emotionality and regulation: A longitudinal study. *Journal of Developmental Psychology*, *45* (3), 413-444. Washington, DC: APA.
- Nottelman, E., & Jensen, P. (1995). Comorbidity of disorders in children and adolescents: Developmental perspectives. *Advances in Clinical Child Psychology*, *17*, 109-155. USA: Springer.
- Ploeg, J.D. van der, (2011). *Gedragsproblemen, Ontwikkelingen en Risico's* (1^e druk). Rotterdam: Lemniscaat.
- Raffaelli, M. C., Crockette, L.J., & Shen, Y. (2005). Developmental stability and change in self-regulation from childhood to adolescence. *The Journal of Genetic Psychology*, *166* (1), 54-75. Washington: Heldref Publications.
- Reichart, C.G. (2009). In Verhulst, F.C. & Verheij, F. (Red.), *Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Onderzoek en Diagnostiek*. (4^e druk, pp. 311-328) Assen: Van Gorcum.
- Reichart, C.G. (2010). In Verheij, F., Verhulst, F.C., & Ferdinand, R.F. (Red.) *Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Behandeling en Begeleiding*. (2^e druk, pp. 312-345) Assen: Van Gorcum.
- Reinke, W. M., & Ostrander, R. (2008). Heterotypic and homotypic continuity: the moderating affects of age and gender. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*, 1109–1121.
- Rey, J. (1993). Oppositional defiant disorder. *American Journal of Psychiatric*, *150*, 1769-1777.

- Rockhill, C. M., Stoep, A. Van der, McCauley, E., & Katon, W.J. (2009). Social competence and social support as mediators between comorbid depressive and conduct problems and functional outcomes in middle school children. *Journal of Adolescence*, 32, 535-553. Amsterdam: Elsevier.
- Rutter, M., Taylor, E. (2002). *Child and adolescent psychiatry (4th Ed.)* Oxford/New York: Blackwell.
- Sanders-Woudstra, J.A.R., Verhulst, F.C., & de Witte, H.F.J. (2001). *Kinder- en jeugdpsychiatrie. Psychopathologie en behandeling*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Scholte, E.M., & Van der Ploeg, J.D. (2009). *Handleiding Sociaal Emotionele Vragenlijst*. 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.
- Slot, N., & Spanjaard, H.J.M. (2009). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: HB Uitgevers.
- Sparrow, S. C., Cicchetti, D.V. & Balla, D.A. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle pines, Minnesota: American Guidance Service.
- Steinberg, L.D. (2010). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Treffers, D. (2009). Angststoornissen. In F.C. Verhulst, & F. Verheij (red.), *Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Onderzoek en Diagnostiek (4^e druk)*, pp. 332-333. Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F., Verhulst, F.C., & Ferdinand, R.F. (red.) (2010). *Kinder- en jeugdpsychiatrie, Behandeling en begeleiding*. Assen: Van Gorcum.
- Verhulst, F.C. (2008). *De ontwikkeling van het kind*. (8^e druk), pp. 27-29. Assen: Van Gorcum.
- Verhulst, F.C., & Verheij, F. (red.) (2009). *Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Onderzoek en Diagnostiek*. Assen: Van Gorcum.
- Walker, C.E., & Roberts, M.C. (2001). *Handbook of clinical child psychology*. New York; Wiley & Sons.
- Weiss, B., Suesser, K., & Catron, T. (1998). Common and specific features of childhood psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 118–127. Washington, DC: APA.
- Westenberg, P. S. , Siebelink, B.M., Warmenhoven, N.J.C., & Treffers, Ph. D.A. (1999). Anxiety Disorders and Psychosocial Maturity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1000-1007. Washington, DC: AACAP.
- World Health Organization (1991). *Multi-axial version of ICD-10 prepared for use clinicians dealing with child and adolescent psychiatric disorders*. Geneva: WHO.