

## Analyse van adaptieve vaardigheden bij adolescenten met ADHD



Marjolein van Mullekom

0316563

Leiden juni 2011

Begeleiding: Prof. dr. E.M. Scholte

## **Inhoudsopgave**

Samenvatting	3
<b>Hoofdstuk 1: Inleiding</b>	4
<b>Hoofdstuk 2: Theoretische inleiding</b>	
<i>Inleiding</i>	6
2.1 <i>Adaptieve vaardigheden</i>	6
2.2 <i>ADHD</i>	8
2.3 <i>Adaptieve vaardigheden en ADHD</i>	9
2.4 <i>Hypothesen en verwachtingen</i>	13
<b>Hoofdstuk 3: Onderzoeksopzet</b>	
<i>Inleiding</i>	14
3.1 <i>Onderzoeksvragen</i>	14
3.2 <i>Procedure van dataverzameling</i>	14
3.3 <i>Onderzoeksinstrumenten</i>	15
3.3.1 <i>Vragenlijst Adaptieve Vaardigheden Jeugdigen (AVJ)</i>	15
3.3.2 <i>Sociaal-Emotionele Vragenlijst (SEV)</i>	16
3.4 <i>Methode van dataverwerking</i>	16
<b>Hoofdstuk 4: Resultaten</b>	
<i>Inleiding</i>	18
4.1 <i>Onderzoeksgroep</i>	18
4.2 <i>Resultaten van data-inspectie</i>	19
4.3 <i>Betrouwbaarheidsanalyse AVJ</i>	20
4.4 <i>Resultaten onderzoeksvragen</i>	20
<b>Hoofdstuk 5: Conclusie</b>	
<i>Inleiding</i>	24
5.1 <i>Bespreking van de onderzoeksvragen</i>	24
5.2 <i>Samenvattende conclusie en aanbevelingen voor de praktijk</i>	26
5.3 <i>Beperkingen en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek</i>	27
Literatuurlijst	29
Bijlagen	32

## **Samenvatting**

De algemene vraagstelling die binnen dit onderzoek centraal staat is: zijn er verschillen in adaptieve vaardigheden tussen kinderen met ADHD gecombineerd type, kinderen met ADHD overwegend onoplettendheid type en kinderen met ADHD overwegend hyperactief-impulsief type, hoe verhouden de vaardigheden van deze kinderen zich ten opzichte van kinderen zonder ontwikkelingsstoornis en wat is de rol van sekse en leeftijd daarbij? Aan de hand van de experimentele vragenlijst Algemene Vaardigheden Jeugdigen (AVJ) werden de volgende adaptieve vaardigheden onderzocht: omgang met leeftijdsgenoten, omgang met ouders, volwassenen en gezag, aandacht voor school, werk en de toekomst evenals autonomie en zelfsturing, zelfredzaamheid, zelfverzorging en de besteding van vrije tijd. In hoeverre er bij kinderen sprake was van ADHD werd bepaald met de Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV). De vragenlijsten werden ingevuld door 342 ouders/opvoeders. Naar voren is gekomen dat adolescenten met ADHD in dit onderzoek meer problemen vertonen in het adaptief functioneren dan adolescenten zonder ADHD, wat een bevestiging vormt van voorgaande onderzoeken. De drie subtypen ADHD vertonen in gelijke mate vaardigheidstekorten ten opzichte van adolescenten zonder ADHD op het gebied van omgang met leeftijdsgenoten, aandacht voor school/werk en de toekomst, autonomie en zelfsturing, zelfverzorging en zelfredzaamheid en de vrije tijdsbesteding. Op het gebied van omgang met ouders, volwassenen en gezag blijken er in dit onderzoek verschillen te bestaan voor de drie subtypen ADHD betreffende de tekorten in vaardigheden. De groep adolescenten met het subtype ADHD overwegend onoplettendheid blijkt het op het gebied van omgang met ouders, volwassenen en gezag significant beter te doen dan de andere twee subtypen. Voor het toekomstige behandelaanbod aan jeugdigen met ADHD betekent dit dat het wenselijk is een sterkere nadruk te leggen op de ontwikkeling van deze adaptieve vaardigheden. Uit de resultaten blijkt dat het behandelaanbod voor adolescenten met ADHD niet sterk gedifferentieerd hoeft te worden naar het ADHD-subtype. Aan de adaptieve vaardigheden op het gebied van de omgang met ouders, volwassenen en gezag dienen in het toekomstig behandelaanbod echter meer specifiek aandacht te worden besteed omdat hier wel sprake is van grote verschillen per subtype.

## Hoofdstuk 1: Inleiding

Tijdens de ontwikkeling naar volwassenheid krijgen kinderen te maken met verschillende ontwikkelingstaken. Deze hangen samen met veranderingen die op biologisch, psychisch en sociaal gebied plaats vinden naarmate de leeftijd vordert (Slot & Spanjaard, 2009). In elk van de verschillende stadia ligt de nadruk op andere ontwikkelingstaken (Slot, Spanjaard & Berger, 1998). In de adolescentie staan ontwikkelingstaken als sociale contacten, vriendschappen, positie ten opzichte van ouders, gezag en instanties, aandacht voor school, werk en de toekomst alsmede autonomie, zelfsturing en sociale redzaamheid centraal (Slot & Spanjaard, 2009; DeHart, Sroufe & Cooper, 2004). De competenties die adolescenten nodig hebben om de ontwikkelingstaken te vervullen worden adaptieve vaardigheden genoemd (Slot & Spanjaard, 2009; Liss, Harel, Fein, Allen, Dunn, Feinstein, ... Rapin, 2001).

Dit onderzoek richt zich op adaptieve vaardigheden bij jeugdigen met een kinderpsychiatrische stoornis. Volgens Slot en Spanjaard (2009) lopen kinderen met een psychiatrische stoornis het risico bepaalde beperkingen op vaardigheidsniveau te ontwikkelen. Ze zijn daardoor niet in staat om zich alle vaardigheden eigen te maken die van belang zijn voor het adaptief functioneren. Daarom is het belangrijk om al vroeg in de ontwikkeling vast te kunnen stellen op welke gebieden kinderen met een stoornis beperkingen ervaren, zodat zij daar in de adolescentie mogelijk minder problemen van zullen ondervinden.

Één van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen in de kinderleeftijd is de aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis ('attention-deficit hyperactivity disorder'; ADHD). Kinderen met ADHD kunnen problemen hebben op drie verschillende gebieden: aandacht, hyperactiviteit en impulsiviteit (Gunning, 2006). ADHD kent volgens de DSM-IV drie verschillende subtypen: een subtype met zowel aandachtstekort als hyperactiviteit-impulsiviteit, een subtype met overwegend een aandachtstekort en een subtype met overwegend hyperactiviteit-impulsiviteit.

Onderzoeken uit het verleden wijzen inderdaad op beperkingen in het adaptief functioneren bij kinderen met ADHD (Barkley, DuPaul & McMurray, 1990; Roizen, Blondis, Irwin & Stein, 1995). Echter in het merendeel van het onderzoek naar adaptieve vaardigheden bij kinderen met ADHD wordt weinig onderscheid gemaakt tussen de eerder genoemde verschillende subtypes. Om kinderen met ADHD gericht te kunnen behandelen is het van belang inzicht te hebben in welke vaardigheden bij deze kinderen precies ontbreken (Slot & Spanjaard, 2009). Door de verschillen in adaptieve vaardigheden van kinderen met ADHD per subtype in kaart te brengen zou behandeling van deze groepen in de toekomst beter

gespecificeerd kunnen worden. Psycho-educatie en behandelingen voor de verschillende types ADHD zullen zo beter kunnen aansluiten op de behoeften van kinderen.

Het huidige onderzoek beoogt daarom de verschillen in adaptieve vaardigheden tussen kinderen met ADHD en kinderen zonder ADHD in beeld te brengen. Centraal staat daarbij het verschil in adaptieve vaardigheden tussen de drie verschillende subtypes van ADHD: aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit; het overwegend onoplettendheid type, aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit; het overwegend hyperactief-impulsief type alsmede aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, het gecombineerde type.

Binnen het huidige onderzoek is de centrale onderzoeksvraag: zijn er verschillen in adaptieve vaardigheden tussen kinderen met ADHD gecombineerd type, kinderen met ADHD overwegend onoplettendheid type en kinderen met ADHD overwegend hyperactief-impulsief type, hoe verhouden de vaardigheden van deze kinderen zich ten opzichte van kinderen zonder ontwikkelingsstoornis en wat is de rol van sekse en leeftijd daarbij? Het onderzoek richt zich op kinderen tussen de negen en achttien jaar. De ontwikkelingstaken die centraal zullen staan in het onderzoek zijn: omgang met leeftijdsgenoten, omgang met ouders, volwassenen en gezag, aandacht voor school, werk en de toekomst evenals autonomie en zelfsturing, zelfredzaamheid, zelfverzorging en de besteding van vrije tijd.

## **Hoofdstuk 2: Theoretische inleiding**

### *Inleiding*

In dit hoofdstuk zal allereerst worden ingegaan op het begrip adaptieve vaardigheden en zal omschreven worden welke adaptieve vaardigheden tot ontwikkeling behoren te komen. Daaropvolgend wordt de aandachtstekort-/hyperactiviteitstoornis (ADHD) besproken. Hierna worden de verwachte tekorten op het gebied van adaptieve vaardigheden bij kinderen met ADHD omschreven. Tot slot worden de hypothesen en verwachtingen van het onderzoek toegelicht.

### *2.1 Adaptieve vaardigheden*

De *American Association on Mental Retardation* (AAMR, 2002) definieert adaptief gedrag als “de verzameling van conceptuele, sociale en praktische vaardigheden die door mensen geleerd moet worden om te kunnen functioneren in het dagelijkse leven” (p.73). Adaptief gedrag is een breed begrip. Satler en Hoge (2006) definiëren adaptief gedrag als de mate waarin een individu in staat is de dagelijkse activiteiten uit te voeren die nodig zijn om persoonlijk en sociaal adequaat te kunnen functioneren. De definitie van Slot en Spanjaard (2009) van adaptieve vaardigheden staat centraal binnen dit onderzoek. Zij plaatsen adaptieve vaardigheden binnen het competentiemodel en stellen in dit verband het volgende: “competentie is het beschikken over en aanwenden van vaardigheden om de aan de orde zijnde ontwikkelingstaken op een adequate manier uit te voeren” (p. 40). Tijdens de ontwikkeling naar volwassenheid behoren kinderen zich ontwikkelingsvaardigheden eigen te maken. Elke levensfase vraagt om andere ontwikkelingstaken en de daar bij behorende ontwikkelingsvaardigheden doordat er bij kinderen veranderingen plaatsvinden op biologisch, psychisch en sociaal gebied (Slot & Spanjaard, 2009). Er wordt van uit gegaan dat een bepaalde ontwikkelingsopgave in een bepaalde periode verschijnt. Sommige ontwikkelingsstaken zijn cultuurbepaald (bijvoorbeeld leren lezen). Tevens wordt er van uit gegaan dat het niet leren beheersen van een taak tot negatieve effecten later in de ontwikkeling zal leiden (Goudena, 1994).

DeHart et al. (2004) omschrijven vier belangrijke ontwikkelingstaken. De eerste ontwikkelingstaak is het bereiken van een persoonlijke identiteit. Het ontwikkelen van een persoonlijke identiteit is een complex proces, waarbij men zichzelf, zijn of haar relaties met anderen en zijn of haar rol in de samenleving moet leren begrijpen. De tweede ontwikkelingstaak is het bereiken van een nieuw niveau van intimiteit en vertrouwen met

leeftijdsgenoten. Vaak wordt dit eerst bereikt met leeftijdsgenoten van de dezelfde sekse en vervolgens met de andere sekse. Een derde belangrijke ontwikkelingstaak is het verwerven van een nieuwe rol binnen de familie. In blanke gezinnen uit de middenklasse worden relaties met ouders vaak gelijkwaardiger wanneer adolescenten meer onafhankelijk en verantwoordelijk worden (DeHart et al., 2004). De laatste belangrijke ontwikkelingstaak is het verwerven van een meer autonome houding ten opzichte van de wereld. Dit houdt in dat men leert verantwoordelijkheid te nemen voor school en meer financieel onafhankelijk wordt.

Slot en Spanjaard (2009) geven aan dat het omschrijven van ontwikkelingstaken meestal gebonden is aan een theoretische visie. Waar de ontwikkelingstaken van DeHart et al. (2004) vanuit een bredere visie omschreven worden, omschrijven Slot en Spanjaard ontwikkelingstaken voor adolescenten op een wijze die aanknopingspunten biedt voor gerichte hulpverlening in de jeugdzorg. Zij noemen net als DeHart et al. (2004) het belang van een onafhankelijker rol ten opzichte van de ouders in de adolescentie. Het bereiken van een nieuw niveau van intimiteit en vertrouwen met leeftijdsgenoten splitsten Slot en Spanjaard. Het opbouwen en onderhouden van sociale contacten en vriendschappen en tevens het vorm geven aan intieme relaties en seksualiteit worden door hen als twee aparte ontwikkelingstaken omschreven. Slot en Spanjaard (2009) omschrijven nog vijf andere ontwikkelingstaken voor adolescenten. Ten eerste is het verwerven van voldoende vaardigheden en kennis voor een toekomstig beroep een ontwikkelingstaak. Daarnaast is het belangrijk dat adolescenten hun vrije tijd zinvol kunnen besteden. De derde ontwikkelingstaak is gericht op het zoeken en creëren van een eigen plek waar adolescenten goed kunnen wonen en leren omgaan met huisgenoten. Verder leren adolescenten om goed voor zichzelf te zorgen qua gezondheid en uiterlijk. Daarbij horen onder andere zorg voor lichamelijke conditie en gezonde voeding. Tot slot wordt het accepteren van autoriteit en leren omgaan met instanties als een ontwikkelingstaak gezien (Slot & Spanjaard, 2009). Binnen dit onderzoek staan de ontwikkelingstaken zoals omschreven door Slot en Spanjaard centraal. Zoals eerder genoemd wordt er van uit gegaan dat een bepaalde ontwikkelingsopgave in een bepaalde periode verschijnt. Slot en Spanjaard (2009) plaatsen de eerder genoemde ontwikkelingstaken voor adolescenten tussen de 12 en 21 jaar. Volgens Dekovic, Noom en Meeus, (1997) hangt het werven van ontwikkelingstaken ook samen met de fysieke ontwikkeling. Jongeren die vroeg rijp zijn, lijken over het algemeen sneller in het verwerven van ontwikkelingstaken. De verwachtingen die ouders van hun kinderen hebben betreffende de ontwikkelingstaken liggen hoger naarmate adolescenten er meer volwassen uitzien. Daarnaast speelt sekse een belangrijke rol. Er is in de adolescentie sprake van sekseverschillen in het voltooien van

ontwikkelingstaken. Meisjes lijken over het algemeen sneller ontwikkelingstaken te voltooien. Het is mogelijk dat dit is gerelateerd aan het feit dat meisjes veelal eerder volwassen worden dan jongens. Ze lijken voornamelijk de ontwikkelingstaken gericht op relaties belangrijker te vinden dan jongens (Seiffge-Krenke, Kiuru & Nurmi, 2010; Dekovic, Noom & Meeus, 1997). Uit onderzoek blijkt dat ouders hogere verwachtingen betreffende ontwikkelingstaken hebben voor hun dochters dan voor hun zonen (Dekovic, Noom & Meeus, 1997).

## 2.2 *ADHD*

Kenmerkend voor ADHD is dat er sprake is van tekorten op het gebied van aandacht, hyperactiviteit en impulsiviteit (Barkley, 2006; Barkley et al., 1990; Buitenlaar & Kooij, 2000; Gunning, 2006). Diagnostische criteria voor ADHD volgens de DSM-IV houden in dat er tenminste zes symptomen van aandachtstekort of tenminste zes symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit gedurende zes maanden, in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau aanwezig zijn. Enkele van deze symptomen dienen voor het zevende levensjaar en op twee of meer terreinen (school, thuis en/of werk) aanwezig te zijn. Verder mogen de problemen niet het gevolg zijn van een andere psychiatrische stoornis en tenslotte moeten er duidelijke aanwijzingen van significante beperkingen zijn van het sociale-, schoolse- of beroepsmatige functioneren (APA, 1994).

De huidige DSM-IV onderscheidt drie subtypen ADHD: een subtype met zowel aandachtstekort als hyperactiviteit-impulsiviteit, een subtype met overwegend aandachtstekort en een subtype met overwegend hyperactiviteit-impulsiviteit (APA, 1994). De DSM-IV kent een restcategorie ADHD Niet Anderszins Omschreven voor kinderen bij wie wel sprake is van symptomen van ADHD, maar die niet zo ernstig zijn dat wordt voldaan aan de criteria voor ADHD (Gunning, 2006). Naar kinderen die binnen deze laatste categorie vallen is weinig onderzoek gedaan, daarom wordt deze categorie ook buiten beschouwing gelaten in dit onderzoek. In tweederde van de gediagnosticeerde kinderen met ADHD is sprake van het gecombineerde type, bij ongeveer een kwart van overwegend aandachtstekort en bij ongeveer zeven procent van overwegend hyperactiviteit-impulsiviteit. Deze verdeling geldt voor zowel jongens als meisjes (McBurnett, Pfiffner, Willcutt, Tamm, Lerner, Loebig Ottolini & Bender Furman, 1999).

De prevalentie van ADHD bij kinderen in de basisschoolleeftijd ligt rond de 4,2 procent. De meeste kinderen met ADHD blijven met problemen worstelen in de adolescentie: in 80 procent van de gevallen is ADHD persistent in de adolescentie (Barkley, 2006). De prevalentie bij adolescenten lijkt lager te liggen, rond de 2 procent (Barkley, 2006; Buitenlaar



& Kooij, 2000). Volgens Barkley (2006) is het echter onzeker of er in de adolescentie werkelijk minder ADHD voorkomt. Het is mogelijk dat de diagnostische criteria meer gericht zijn op jongere kinderen en minder geschikt zijn voor adolescenten.

ADHD komt in de kinderleeftijd bij jongens circa vier à vijf keer zo vaak voor als bij meisjes. In de adolescentie wordt dit verschil steeds kleiner (Spetie & Arnold, 2007). Dit komt onder andere doordat meisjes later verwezen worden, omdat er minder vaak sprake is van agressief gedrag. Zowel bij jongens als bij meisjes in de kinderleeftijd is in de helft van de gevallen sprake van psychiatrische comorbiditeit (Gunning, 2006). Comorbiditeit komt meer voor bij adolescenten dan bij jongere kinderen. Bij adolescenten manifesteert ADHD zich in aandachtsproblemen, een zwakke impulscontrole, slecht prioriteiten kunnen stellen en zwakke probleemoplossings-vaardigheden. De hyperactiviteit van de kindertijd heeft meestal plaats gemaakt voor minder goed zichtbare rusteloosheid (Biederman, Faraone, Taylor, Sienna, Williamson & Fine, 1998; Spetie & Arnold, 2007).

Er zijn verschillende modellen die ADHD proberen te verklaren. Zo zijn er de neurobiologische modellen die vooral de genetische invloeden behandelen en ook de cognitieve theorieën die zich meer concentreren op de informatieverwerking (Tannock, 1998). Yeschin (2000) geeft aan dat over de oorsprong van ADHD nog geen consensus is bereikt in de internationale wetenschap. Onderzoeken richten zich vooralsnog op de belangrijke zoektocht naar het begrijpen van de oorsprong van ADHD, maar het is daarnaast van belang om de nadruk in onderzoek te leggen op de vele problemen waar mensen met ADHD in het dagelijkse leven mee om moeten gaan.

### 2.3 *Adaptieve vaardigheden en ADHD*

Stein, Szumowski, Blondis en Roizen (1995) geven aan dat het bij het begrip adaptieve vaardigheden draait om het feitelijk toepassen (*performance*) van vaardigheden en niet om het hebben van de mogelijkheid tot uitvoeren (*ability*). Er is bij kinderen met ADHD sprake van een discrepantie tussen weten en doen. Ondanks dat kinderen voldoende kennis over adaptieve vaardigheden beschikken en de mogelijkheid hebben om ze uit te voeren, is er toch sprake van adaptieve tekorten wanneer kinderen deze vaardigheden in de praktijk niet consequent uit kunnen voeren. Er lijkt een grotere discrepantie te zijn tussen hun cognitieve ontwikkeling en de adaptieve vaardigheden dan bij kinderen met een andere psychiatrische stoornis (Barkley, 2006). Hetgeen indiceert dat ADHD van grotere invloed is op adaptieve vaardigheden dan andere psychiatrische stoornissen (Barkley, 2006). Dit lijkt te maken te hebben met de aandachtsproblemen, tekorten aan zelfsturing en motivatie en andere

kenmerken die geassocieerd worden met ADHD. Kinderen met ADHD zijn inconsistent in hun gedrag, het gedrag verschilt per situatie en is niet aan tijd gebonden (Stein et al., 1995). In het onderzoek van Stein et al. (1995) komt naar voren dat kinderen met ADHD op het gebied van communicatie en dagelijkse vaardigheden significante tekorten vertonen in verhouding tot hun intelligentie. Op het gebied van socialisatie blijken kinderen met ADHD geen tekorten te vertonen wanneer kinderen die naast ADHD ook externaliserend probleemgedrag vertonen, buiten beschouwing worden gelaten. De factor externaliserend probleemgedrag lijkt een bepalende rol te spelen op het gebied van socialisatie, niet de ADHD symptomen. (Stein et al., 1995). Ook Roizen, Blondis, Irwin en Stein (1995) geven aan dat er sprake is van tekorten in adaptieve vaardigheden bij kinderen met ADHD. Zij bevestigen dat er bij kinderen met ADHD een grote discrepantie is tussen intelligentie en adaptieve vaardigheden. Leerproblemen of antisociale gedragsstoornissen hebben volgens Roizen et al. (1995) geen invloed op deze ongelijkheid tussen intelligentie en adaptieve vaardigheden.

Zoals eerder beschreven is het aangaan van intieme en vertrouwelijke vriendschappen een belangrijke ontwikkelingstaak in de adolescentie (DeHart et al., 2004). Het is echter zo dat meer dan 50 procent van de kinderen met ADHD significante problemen hebben in sociale relaties met andere kinderen. Dit probleem zet zich voort in de adolescentie. Zelfs wanneer adolescenten niet meer voldoen aan de diagnostische criteria van ADHD blijken ze meer afgewezen te worden door hun leeftijdsgenoten dan kinderen zonder ADHD (Bagwell, Molina, Pelham & Hoza, 2001). Daarnaast lijken kinderen met ADHD meer problemen in de communicatie te hebben. Ze praten in verhouding meer, maar zijn minder effectief in het organiseren en overbrengen van informatie naar hun leeftijdsgenoten (Barkley, 2006).

Problemen in de communicatie zijn niet alleen van invloed op de relaties met leeftijdsgenoten, maar spelen ook een rol op andere gebieden, zoals de omgang met ouders. In gezinnen met een kind met ADHD lijkt sprake te zijn van een overdreven disciplinaire opvoedingsstijl: ouders laten meer maladaptieve coping-stijlen zien en hanteren meer dwingende opvoedingsstrategieën (Barkley, 2006). Niet alleen met ouders, maar ook met andere volwassenen zoals leerkrachten is de relatie veelal slecht. Door hun ongeremde gedrag komen kinderen met ADHD vaak in conflict met anderen. Daarnaast vormt hun gedrag op school een probleem en roept irritatie, maar ook onbegrip op bij leerkrachten (Van der Ploeg, 1997). De verwachting is dat deze beperkingen en de daarbij horende effecten van invloed zijn op de ontwikkeling van adaptieve vaardigheden, waardoor tekorten ontstaan in ontwikkelingstaken gericht op omgang met ouders, volwassenen, autoriteit en instanties.

Niet alleen de relatie met leerkrachten is lastig voor kinderen met ADHD, er spelen ook andere facetten mee in het schoolse functioneren. Om goed te kunnen functioneren op school zijn individuele aspecten als aandachtsspanne en concentratie zeer van belang. Wanneer een leerling, ongeacht zijn intelligentie, op kan letten, volhouden, luisteren en taakgericht kan werken, zijn er al heel wat voorwaarden aanwezig om de regels in de klas te volgen. In essentie is een van de meest basale voorwaarde voor leren en dus vooruitgaan: concentratie. Een voorwaarde die bij kinderen met ADHD niet aanwezig is (Wilkinson & Lagendijk, 2007). Kinderen met ADHD hebben dan ook meer kans om te blijven zitten en gaan vaker naar het speciaal onderwijs. De problemen met leeftijdsgenoten, leerkrachten en rondom het verder schoolse functioneren die kinderen met ADHD ondervinden, zorgen er daarnaast voor dat ze meer kans lopen om voortijdig met school te stoppen, wat geen goede indicator is voor de toekomst (Barkley, 2006). Hyperactieve jongeren ondervinden meer problemen in de werksfeer. Ze worden vaker ontslagen en presteren minder goed op het werk (Barkley, Fischer, Smallish & Fletcher, 2006).

De problemen die ontstaan op gebied van school en werk staan haaks op een belangrijke ontwikkelingstaak in de adolescentie, namelijk het ontwikkelen van een meer autonome houding ten opzichte van de wereld (DeHart et al., 2004). Gezien het voorgaande lijkt het voor adolescenten met ADHD moeilijker om meer verantwoordelijkheid voor school te nemen en moeilijker om financieel onafhankelijker te worden. Zelfsturing speelt bij deze ontwikkelingstaak ook een belangrijke rol. Door problemen op het gebied van de executieve functies zijn kinderen met ADHD minder goed in staat om hun gedrag effectief aan te sturen. Executieve functies zijn psychologische processen die van invloed zijn op het reguleren van gedrag en het coördineren van handelingen. Deze processen omvatten onder anderen het vermogen om vooruit te denken, problemen op te lossen, strategieën te bepalen, selectief de aandacht op iets te richten en automatisch reacties te inhiberen (Smidts, 2003). Er is bij kinderen met ADHD door problemen in de executieve functies sprake van een verminderd empathisch vermogen, een zwakkere emotie- en impulsregulatie en ze hebben moeite met het verwerken van frustraties (Barkley, 2006).

Naar de ontwikkelingsvaardigheden rondom zelfverzorging en zelfredzaamheid bij kinderen met ADHD is nog weinig specifiek onderzoek gedaan. Barkley (2006) geeft aan dat kinderen met ADHD het moeilijker vinden om taakgericht te werken. Ze hebben meer behoefte aan externe sturing en de taakgerichtheid wordt beter naarmate ze directer beloond worden. In de praktijk betekent dit waarschijnlijk dat kinderen met ADHD het moeilijker vinden om in de adolescentie meer zelfstandigheid te ontwikkelen op het gebied van

zelfverzorging. Het vergt bijvoorbeeld al heel wat organisatie om geheel zelfstandig 's ochtends op tijd, verzorgd en met de juiste spullen op school te komen. Moeite met organiseren en het beperkte overzicht dat kinderen met ADHD hebben in verschillende situaties kan voor problemen zorgen in de zelfredzaamheid van deze kinderen (Goldstein & Brooks, 2007).

Een andere ontwikkelingstaak die van belang is in de adolescentie is het nuttig besteden van vrije tijd. Uit een recent onderzoek blijkt dat jongens met ADHD in hun vrije tijd minder graag deelnemen aan activiteiten dan jongens zonder stoornis. De groep met voornamelijk aandachtsproblemen wil het minst graag deelnemen aan vrijetijdsactiviteiten ten opzichte van de jongens met voornamelijk hyperactiviteit (Engel-Yeger & Ziv-On, 2011). Adolescenten met ADHD spenderen meer tijd aan het spelen van computerspelletjes en lopen zelfs meer kans op het ontwikkelen van een internetverslaving (Chan & Rabinowitz, 2006). Over de vrijetijds-regulering bij kinderen met ADHD is weinig bekend, maar over het algemeen hebben kinderen met ADHD moeite met tijdsplanning en doseren (Barkley, 2006). In de vrije tijd en in de omgang met leeftijdsgenoten kunnen adolescenten in aanraking komen met middelen als alcohol, nicotine en drugs. Uit een recent meta-analytisch onderzoek blijkt dat kinderen met ADHD vaker nicotine en andere middelen gebruiken. Alcohol wordt niet vaker genuttigd. Daarnaast lopen kinderen met ADHD meer kans op het ontwikkelen van een verslaving (Lee, Humphreys, Flory, Liu & Glass, 2011). Het is van belang dat in de toekomst duidelijk wordt welke specifieke factoren bij kinderen met ADHD leiden tot middelenmisbruik of een middelenverslaving, zodat preventie verbeterd kan worden (Wilens, 2011).

Het bovenstaande maakt duidelijk dat adolescenten met ADHD tekorten lijken te vertonen betreffende een adequate uitvoering van ontwikkelingstaken ten opzichte van jongeren zonder ADHD. Er is echter weinig onderzoek gedaan naar de verschillen op deze gebieden tussen de drie subtypen ADHD. Daarom beoogt het huidige onderzoek daar een duidelijker beeld van te krijgen. Met die informatie kunnen adolescenten met ADHD wellicht beter geholpen worden in de toekomst. Er wordt namelijk getracht duidelijk in kaart te brengen wat adolescenten per subtypen wel goed kunnen en wat ze minder goed kunnen, waardoor het behandelaanbod wellicht beter aansluit op de verschillende doelgroepen.

#### *2.4 Hypothesen en verwachtingen*

Naar aanleiding van het voorgaande wordt verwacht dat jongeren met een vorm van ADHD tekorten zullen vertonen betreffende de ontwikkelingstaken gericht op omgang met leeftijds-

genoten, omgang met ouders, volwassenen en gezag, aandacht voor school, werk en de toekomst evenals autonomie, zelfsturing, zelfredzaamheid en middelengebruik ten opzichte van jongeren zonder ADHD. Hoe deze eventuele verschillen in adaptieve vaardigheden zich zullen verhouden tussen de drie subtypen ADHD is echter onduidelijk, omdat hier in het verleden nog vrijwel geen onderzoek naar is gedaan.

## Hoofdstuk 3: Onderzoeksopzet

### *Inleiding*

In dit hoofdstuk wordt de opzet van het onderzoek beschreven. Allereerst komen de onderzoeksvragen aan bod en daaropvolgend de procedure van dataverzameling. Hierna volgt een beschrijving van de gebruikte onderzoeksinstrumenten. Het hoofdstuk wordt afgesloten door een beschrijving van de dataverwerking.

### *3.1 Onderzoeksvragen*

Het onderzoek beoogt het verschil tussen adaptieve vaardigheden van kinderen met ADHD en kinderen zonder een ontwikkelingsstoornis te omschrijven. Centraal staat het verschil tussen de drie subtypes van ADHD. De algemene vraagstelling is: zijn er verschillen in adaptieve vaardigheden tussen kinderen met ADHD gecombineerd type, kinderen met ADHD overwegend onoplettendheid type en kinderen met ADHD overwegend hyperactief-impulsief type, hoe verhouden de vaardigheden van deze kinderen zich ten opzichte van kinderen zonder ontwikkelingsstoornis en wat is de rol van sekse en leeftijd daarbij? Deze vraagstelling is vertaald in de volgende onderzoeksvragen:

1. Vertonen kinderen met ADHD; gecombineerd type tekorten in adaptieve vaardigheden in vergelijking tot kinderen zonder een ontwikkelingsstoornis en wat is de rol van sekse en leeftijd daarbij?
2. Vertonen kinderen met ADHD; overwegend onoplettendheid type tekorten in adaptieve vaardigheden in vergelijking tot kinderen zonder een ontwikkelingsstoornis en wat is de rol van sekse en leeftijd daarbij?
3. Vertonen kinderen met ADHD; overwegend hyperactief-impulsief type tekorten in adaptieve vaardigheden in vergelijking tot kinderen zonder een ontwikkelingsstoornis en wat is de rol van sekse en leeftijd daarbij?
4. Hoe verhouden deze eventuele verschillen in adaptieve vaardigheden bij de drie subtypes zich tot elkaar en wat is de rol van sekse en leeftijd daarbij?

### *3.2 Procedure van dataverzameling*

In februari 2011 is een start gemaakt met het verzamelen van data. In eerste instantie is de Vragenlijst Algemene Vaardigheden Jeugdigen (versie voor jongeren) nog eens nader onderzocht en aangepast aan het niveau van jongeren. De doelgroep waarop het onderzoek is

gericht zijn jongeren van negen tot en met achttien jaar. Via at random gekozen scholen kregen jongeren een uitnodigingsbrief met het verzoek om samen met één ouder of verzorger deel te nemen aan het onderzoek.

Wanneer een school toestemming verleende voor de verspreiding van de brieven zijn deze door middel van e-mail of op papier verspreid. Via de jongeren ontvingen ouders een brief met een persoonlijke inlogcode. Op deze manier konden de vragenlijsten op internet ingevuld worden. Ouders vulden de AVJ (versie voor ouders) en de Sociaal-Emotionele Vragenlijst (SEV) in. Jongeren vulden de AVJ (versie voor jongeren) en de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ, Sterke Kanten en Moeilijkheden Vragenlijst voor Jongeren) in. In dit onderzoek wordt alleen de informatie die verkregen werd van de ouders verwerkt.

### *3.3 Onderzoeksinstrumenten*

Binnen dit onderzoek is gebruik gemaakt van twee verschillende instrumenten. Hieronder volgt een beschrijving van de vragenlijst Adaptieve Vaardigheden Jeugdigen (AVJ) en een beschrijving van de Sociaal-Emotionele Vragenlijst (SEV).

#### *3.3.1 Vragenlijst Adaptieve Vaardigheden Jeugdigen (AVJ)*

Deze vragenlijst is een experimentele vragenlijst ontwikkeld om het niveau van adaptieve vaardigheden bij adolescenten te bepalen. Er bestaan twee verschillende versies van de vragenlijst: één voor jongeren en één voor ouders. De inhoud van beide vragenlijsten komt overeen, alleen de vorm van de vraagstelling is verschillend (voorbeelditem vragenlijst ouders: ‘Blijft goed zijn/haar best doen, ook na slechte prestaties’, voorbeelditem vragenlijst jongeren: ‘Ik blijf goed mijn best doen, ook na slechte prestaties’). De AVJ bevat 60 vragen over het gedrag van adolescenten. De vragen worden door ouders en jeugdigen beantwoord op een vijfpunts Likert-schaal, variërend van (1) helemaal niet mee eens tot (5) helemaal mee eens. Het instrument bestaat uit tien subschalen verdeeld over zes hoofdschalen. De tien verschillende schalen zijn achtereenvolgens: vriendschappen, contact leggen, communicatie (omgang met leeftijdgenoten), ouders, volwassenen, gezag (omgang met ouders, volwassenen en gezag), school/werk, werk, toekomst (school/werk en toekomst), autonomie, zelfsturing (autonomie en zelfsturing), zelfverzorging, sociale redzaamheid (zelfverzorging en sociale redzaamheid), middelengebruik, besteding en regulering (vrije tijd). Er zijn nog geen gegevens over de validiteit en betrouwbaarheid voorhanden omdat de AVJ een experimentele vragenlijst is. Door de Cronbach’s Alpha te berekenen zal een eerste indruk van de betrouwbaarheid van de schalen verkregen worden.

### *3.3.2 Sociaal-Emotionele Vragenlijst (SEV)*

De SEV is een instrument waarmee aan de hand van een gedragsbeoordelingslijst kan worden nagegaan in hoeverre kinderen in de leeftijd van vier tot achttien jaar kernsymptomen van kinderpsychiatrische problematiek vertonen. De vier clusters die in de SEV onderscheiden worden zijn: aandachtstekort met hyperactiviteit (snel afgeleid, druk en ongeremd), sociale gedragsproblematiek (opstandig gedrag, agressie en overtreden van regels), angstig en stemmingsverstoord gedrag (piekeren, sociaal teruggetrokken zijn en somberheid) en autistisch gedrag (discommunicatief en stereotiep gedrag). De informanten zijn in het huidige onderzoek de ouders/verzorgers. De vragenlijst bestaat uit 72 specifieke items die beantwoord worden aan de hand van een vijfpunts Likert-schaal variërend van (0) 'het gedrag komt niet voor' tot (4) 'het gedrag komt zeer vaak of dagelijks voor'. Aan de hand van de items kunnen scores op de vier hoofdschalen worden berekend. De eerste hoofdschaal 'aandachtstekort met hyperactiviteit' is in het huidige onderzoek de belangrijkste. Deze schaal (18 items) is opgedeeld in drie subschalen: aandachtstekort (6 items, voorbeelditem: 'is vergeetachtig'), hyperactiviteit (6 items, voorbeelditem: 'praat aan één stuk door') en impulsiviteit (6 items, voorbeelditem: 'onderneemt fysiek gevaarlijke activiteiten zonder de gevolgen te overzien'). De hoofdschalen sociale gedragsproblematiek, angstig en stemmingsverstoord gedrag worden elk ook opgedeeld in drie subschalen. De COTAN beoordeelt de kwaliteit van de handleiding en de uitgangspunten bij de testconstructie als voldoende bij deze vragenlijst. Kwaliteit van het testmateriaal, normen, betrouwbaarheid, begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit worden als goed beoordeeld.

### *3.4 Methode van dataverwerking*

Voorafgaand aan de data-analyse worden alle data geïnspecteerd. Missende en extreme waarden worden geanalyseerd. Extreme waarden worden niet verwijderd omdat dit onderzoek een exploratief karakter heeft en gericht is op respondenten die afwijken van de norm.

De losse items van de VAVJ worden samengevoegd tot subschalen en hoofdschalen. Binnen dit onderzoek zijn de zes hoofdschalen van belang: 'Omgang leeftijdsgenoten', 'Omgang met ouders, volwassenen en gezag', 'School / werk en toekomst', 'Autonomie en zelfsturing', 'Zelfverzorging en sociale redzaamheid' en tot slot 'Vrije tijd'. In dit onderzoek zal de SEV worden gebruikt om de vier centrale onderzoeksgroepen te vormen: adolescenten zonder ADHD, adolescenten met ADHD overwegend onoplettendheid type, adolescenten met ADHD overwegend hyperactief-impulsief type en adolescenten met ADHD gecombineerd



type. Wanneer adolescenten op de subschaal 'Aandachtstekort' van de SEV 12 of hoger scoren, wordt een kind gerekend tot de groep waarbij sprake is van ADHD met overwegend aandachtsproblemen of een vermoeden hiervan. Bij de groep met ADHD overwegend hyperactief-impulsief type ligt het afkappunt op 13. Wanneer adolescenten bij in beide groepen vallen behoren ze tot de groep ADHD gecombineerd type.

De onderzoeksvragen worden beantwoord middels een twee-wegvariantieanalyse met hoofd en interactie-effecten met als factoren: groep (geen ADHD, ADHD-I, ADHD-HI en ADHD-C) en sekse (jongen, meisje). De factor leeftijd (9-12, 12-15, 15-18) is daarbij een covariaat. Indien effecten significant zijn wordt via een-wegvariantieanalyse nagegaan welke groepen van elkaar verschillen.

## Hoofdstuk 4: Resultaten

### *Inleiding*

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Allereerst zal de onderzoeksgroep omschreven worden en dan volgen de resultaten van de data-analyse. Vervolgens komen de uitkomsten van de betrouwbaarheidsanalyse van de AVJ aan bod en tenslotte zullen de resultaten van de onderzoeksvraag besproken worden.

### *4.1 Onderzoeksgroep*

In totaal hebben 341 ouders en verzorgers de vragenlijsten ingevuld. Er hebben meer vrouwen (268; 78,6%) dan mannen (73; 21,4%) meegedaan aan het onderzoek. De leeftijd van de ouders en verzorgers varieert, de jongste is 27 jaar en de oudste is 65 jaar ( $M = 44.86$ ,  $SD = 5.58$ ). Bij 328 van de respondenten is de relatie ten opzichte van het kind die van de biologische ouder. Negen pleeg- of stiefouders en één pedagogisch medewerker hebben de vragenlijst ingevuld. Daarnaast hebben drie respondenten een andere relatie ten opzichte van het kind.

De respondenten hebben de vragenlijsten ingevuld over 188 (55,1 %) jongens en 153 (44,9 %) meisjes. Het jongste kind is negen jaar en het oudste kind is 17 jaar ( $M = 12.25$ ,  $SD = 2.27$ ). Van de kinderen volgt 80,9 % regulier onderwijs en 19,1 % volgt speciaal onderwijs.

In Tabel 1 wordt weergegeven wat de gemiddelde scores en standaarddeviaties van de gehele onderzoeksgroep zijn op de zes hoofdschalen van de AVJ. In Tabel 2 worden de gemiddelde scores en standaarddeviaties weergegeven van de vier onderzoeksgroepen; kinderen zonder ADHD, kinderen met ADHD, DSM-IV subtype 1 (overwegend aandachtsproblemen), kinderen met ADHD DSM-IV subtype II (overwegend hyperactiviteit-impulsiviteit) en kinderen met het gecombineerde DSM-IV subtype.

Tabel 1. *Gemiddelden en standaardafwijkingen van de scores op de AVJ van de gehele onderzoeksgroep.*

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Omgang met leeftijdgenoten	341	3.70	0.79
Omgang ouders, volwassenen en gezag	341	3.92	0.72
School/werk en toekomst	341	3.59	0.82
Autonomie en zelfsturing	341	3.48	0.78
Zelfverzorging en sociale redzaamheid	341	3.72	0.78
Vrijtijdsbesteding	340	3.72	0.85

Tabel 2. Gemiddelde en standaardafwijkingen van de scores op de zes hoofdschalen van de AVJ van adolescenten zonder ADHD, met ADHD overwegend aandachtsproblemen (ADHD I), ADHD overwegend hyperactiviteitimpulsiviteit (ADHD II) en gecombineerd type (ADHD C).

	Zonder ADHD			ADHD I		
	N	M	SD	N	M	SD
Omgang leeftijdgenoten	239	3.95	0.60	44	3.23	0.88
Omgang ouder, volwassenen, gezag	239	4.16	0.53	44	3.64	0.69
School/werk en toekomst	239	3.89	0.63	44	2.80	0.61
Autonomie en zelfsturing	239	3.81	0.55	44	2.82	0.60
Zelfverzorging en sociale redzaamheid	239	4.02	0.52	44	3.12	0.77
Vrijtijdsbesteding	239	4.04	0.61	44	3.04	0.73

  

	ADHD II			ADHD C		
	N	M	SD	N	M	SD
Omgang leeftijdgenoten	11	2.92	0.87	47	3.03	0.86
Omgang ouder, volwassenen, gezag	11	3.08	0.93	47	3.17	0.77
School/werk en toekomst	11	3.19	0.97	47	3.85	0.81
Autonomie en zelfsturing	11	3.06	0.80	47	2.53	0.73
Zelfverzorging en sociale redzaamheid	11	3.16	0.72	47	2.85	0.90
Vrijtijdsbesteding	10	2.87	1.02	47	2.93	0.97

Uit de gemiddelde scores van de verschillende groepen blijkt dat de adolescenten zonder ADHD op alle schalen het hoogst scoren. Wanneer deze groep buiten beschouwing gelaten wordt behalen adolescenten met overwegend aandachtsproblemen op de schalen ‘Omgang met leeftijdsgenoten’ ( $M = 3.23$ ,  $SD = 0.88$ ) en ‘Vrije tijd’ ( $M = 3.04$ ,  $SD = 0.73$ ) de hoogste score. Adolescenten met overwegend hyperactiviteit-impulsiviteit behalen de hoogste score op de schalen ‘Autonomie en zelfsturing’ ( $M = 3.06$ ,  $SD = 0.80$ ) en ‘Zelf-verzorging en sociale redzaamheid’ ( $M = 3,16$ ,  $SD = 0,72$ ). Op de schalen ‘Omgang met ouders, volwassenen en gezag’ ( $M = 3,17$ ,  $SD = 0,77$ ) en ‘School/werk en toekomst’ ( $M = 3,85$ ,  $SD = 0,81$ ) behaalt de groep adolescenten met het gecombineerde type ADHD de hoogste score.

#### 4.2 Resultaten data-inspectie

Voor het uitvoeren van de parametrische toetsen voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is het van belang dat de afhankelijke variabelen normaal verdeeld zijn en dat de varianties gelijk zijn (Field, 2009). De verdeling van de afhankelijke variabelen is

geanalyseerd aan de hand van een histogram en een p-plot. Op het oog lijken de variabelen redelijk normaal verdeeld. Aan de hand van de Kolomogorov-Smirnov toets blijkt echter dat de zes afhankelijke variabelen allemaal niet optimaal normaal verdeeld zijn. De onderzoeksgroep is echter relatief groot, waardoor afwijkingen van de normaliteit weinig invloed hebben op de testuitslagen (More, McCabe & Graig, 2009).

De Levene's test wijst uit dat alleen de varianties voor de variabelen 'School/werk en toekomst' en 'Autonomie en zelfsturing' gelijk zijn. Bij de schalen 'Omgang met leeftijdgenoten', 'Omgang met ouders, volwassenen en gezag' en 'Vrije tijd' is dit niet zo. Dit betekent dat de uitslagen van de variantieanalyses bij deze schalen met voorbehoud geïnterpreteerd dienen te worden (Field, 2009).

#### 4.3 Betrouwbaarheidsanalyse AVJ

Om een indruk te krijgen van de betrouwbaarheid van de AVJ is de interne consistentie van de schalen berekend door middel van de Cronbach's Alpha (Field, 2009). In Tabel 3 worden de resultaten van het betrouwbaarheidsonderzoek weergegeven. Er kan geconcludeerd worden dat er sprake is van een goede betrouwbaarheid omdat de waarden op alle zes de schalen boven de .80 liggen (Field, 2009).

Tabel 3. Resultaten betrouwbaarheidsanalyse: Cronbach's Alpha per schaal.

	Cronbach's Alpha
Omgang leeftijdgenoten	.88
Omgang ouders, volwassenen en gezag	.91
School, werk en toekomst	.89
Autonomie en zelfsturing	.85
Zelfverzorging en sociale redzaamheid	.91
Vrijtijdsbesteding	.92

#### 4.4 Resultaten onderzoeksvragen

In Tabel 4 worden de resultaten van de variantieanalyses met de 6 hoofdschalen van AVJ weergegeven. De afhankelijke variabelen zijn de zes hoofdschalen van AVJ en de onafhankelijke variabelen zijn de factoren 'ADHD-type' en 'seks'. De mogelijke invloed van de factor 'leeftijd' is verdisconteerd door deze variabele als covariaat in de analyse op te nemen (Field, 2009).

Tabel 4. Resultaten van de variantieanalyses. 1 = omgang met leeftijdgenoten, 2 = omgang met ouders, volwassenen en gezag, 3 = school/werk en toekomst, 4 = autonomie en zelfsturing, 5 = zelfverzorging en sociale redzaamheid en 6 = vrije tijd.

Variantiebron	SS	df	MS	F	p	Partiële $\eta^2$
1 Leeftijd	.65	1	.65	1.35	.245	
Sekse	1.01	1	1.01	2.10	.148	
ADHD-type	37.08	3	12.36	25.63	<.000	0.18
Sekse*ADHD-type	.235	3	.07	.16		
Error	160.08	332	.48			
Totaal	4884.47	341				
2 Leeftijd	1.02	1	1.02	2.74	.098	
Sekse	.02	1	.02	.06	.805	
ADHD-type	42.31	3	14.10	37.94	<.000	0.25
Sekse*ADHD-type	1.014	3	.38	1.02	.381	
Error	123.42	332	.37			
Totaal	5436.97	341				
3 Leeftijd	.88	1	.88	2.00	.158	
Sekse	.01	1	.01	.02	.873	
ADHD-type	69.61	3	23.20	52.68	<.000	.32
Sekse*ADHD-type	3.10	3	1.03	0.34	.073	
Error	146.22	332	.44			
Totaal	4627.72	341				
4 Leeftijd	.78	1	.78	2.20	.138	
Sekse	.07	1	.07	.21	.640	
ADHD-type	76.36	3	25.45	71.89	<.000	.39
Sekse*ADHD-type	1.19	3	.39	1.12	.338	
Error	117.54	332	.35			
Totaal	4347.19	341				
5 Leeftijd	.14	1	.14	.35	.549	
Sekse	.64	1	.64	1.65	.200	
ADHD-type	62.64	3	20.88	53.69	<.000	.32
Sekse*ADHD-type	1.53	3	.51	1.31	.270	
Error	129.12	332	.38			
Totaal	4934.25	341				
6 Leeftijd	.47	1	.47	.98	.322	
Sekse	.22	1	.22	.46	.498	
ADHD-type	67.75	3	22.58	46.47	<.000	.29
Sekse*ADHD-type	1.66	3	.55	1.14	.332	
Error	160.86	332	.48			
Totaal	4975.85	341				

\*Significantieniveau < 0.05

Op alle schalen blijkt er alleen een significant effect te zijn voor de factor ‘ADHD-type’, wat aangeeft dat alleen betreffende deze factor er sprake is van significante verschillen tussen de groepen gebaseerd op het type ADHD indicatie. De factoren ‘Leeftijd’ en ‘Sekse’ zijn niet van invloed. Op alle zes de schalen ligt de Partiële  $\eta^2$  boven de .18. Vanaf .14 is er sprake van een groot effect (More, McCabe & Graig, 2009). Op alle zes de schalen is dus sprake van een groot effect voor de factor comorbiditeit.

Om te bepalen welke groepen specifiek van elkaar verschillen zijn vervolgens variantieanalyses uitgevoerd met ‘ADHD-type’ als factor en achtereenvolgens de zes AVJ-schalen als de afhankelijke variabele, met daarbij toepassing van een Bonferroni posthoc toets met significantieniveau van  $< 0.05$  (Field, 2009).

Dan blijkt dat er op de AVJ-schalen ‘Omgang met leeftijdsgenoten’, ‘School/werk en toekomst’, ‘Autonomie en zelfsturing’, ‘Zelfverzorging en sociale redzaamheid en ‘Vrije tijd’ significante verschillen bestaan tussen de groep zonder ADHD en de drie ADHD groepen. De drie ADHD groepen scoren op deze schalen allemaal significant lager dan de groep adolescenten zonder ADHD. Tussen de groepen met de drie subtypen van ADHD komen op deze schalen onderling echter geen significante verschillen naar voren.

Verder scoren de adolescenten in alle drie de ADHD-sybtypen op de schaal ‘Omgang met ouders, volwassenen en gezag’ eveneens significant ongunstiger dan de adolescenten zonder ontwikkelingsstoornis. De groep adolescenten met het ADHD-subtype I (overwegend aandachtstekort) scoort hier echter significant beter dan de groep adolescenten met ADHD-subtype II (overwegend hyperactiviteit-impulsiviteit) en het gecombineerde type ADHD (aandachtstekort met hyperactiviteit-impulsiviteit), die onderling niet van elkaar verschillen. In Tabel 5 is een overzicht van de posthoc toets af te lezen van de variabele ‘Omgang met ouders, volwassenen en gezag’. Van de overige vijf variabelen is geen tabel weergegeven omdat er betreffende deze variabelen geen significante verschillen naar voren komen tussen de drie groepen van ADHD subtypen.

Tabel 5. Resultaten Bonferroni toets voor de variabele 'Omgang met ouders, volwassenen en gezag'.

		MD	SE	<i>p</i>
Geen stoornis	ADHD I	.52456*	.10025	<.000
	ADHD II	1.08264*	.18846	<.000
	ADHD C	.98630*	.09751	<.000
ADHD I	Geen stoornis	-.52456*	.10025	<.000
	ADHD II	.55808*	.20601	<.043
	ADHD C	.46175*	.12820	<.002
ADHD II	Geen stoornis	-1.08264*	.18846	<.000
	ADHD I	-.55808*	.20601	<.043
	ADHDC	-.09634	.20469	1.000
ADHD C	Geen stoornis	-.98630*	.09751	<.000
	ADHD I	-.46175*	.12820	<.002
	ADHD II	.09634	.20469	1.000

\*Significantieniveau < 0.05

## Hoofdstuk 5: Conclusie

### *Inleiding*

In dit hoofdstuk worden allereerst de resultaten van de onderzoeksvragen besproken. De resultaten worden tevens gekoppeld aan de literatuur. Daaropvolgend komt de algemene conclusie van dit onderzoek aan bod. In de slotparagraaf worden de beperkingen van het onderzoek en de aanbevelingen voor de toekomst besproken.

### *5.1 Bespreking van de onderzoeksvragen*

Dit onderzoek beoogt inzicht te bieden in adaptieve vaardigheden van adolescenten zonder ADHD en adolescenten met ADHD. Centraal staat de vraag of er wat deze vaardigheden betreft verschillen zijn tussen de drie subtypes van ADHD volgens de DSM-IV: aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit; het overwegend onoplettendheid type, aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit; het overwegend hyperactief-impulsief type en aandachtstekortstoornis het gecombineerde type. Daarbij zijn de volgende adaptieve vaardigheden onderzocht: omgang met leeftijdgenoten, omgang met ouders, volwassenen en gezag, aandacht voor school, werk en de toekomst evenals autonomie en zelfsturing, zelfredzaamheid, zelfverzorging en vrije tijd.

Naar voren is gekomen dat adolescenten met ADHD in dit onderzoek meer problemen vertonen in het adaptief functioneren dan adolescenten zonder ADHD, wat een bevestiging vormt van voorgaande onderzoeken (Stein, Szumowski, Blondis & Roizen, 1995; Barkley, DuPaul & McMurray, 1990). Verder vertonen de drie subtypen ADHD in gelijke mate vaardigheidstekorten ten opzichte van adolescenten zonder ADHD op het gebied van omgang met leeftijdgenoten, aandacht voor school/werk en de toekomst, autonomie en zelfsturing, zelfverzorging en zelfredzaamheid en de vrije tijdsbesteding. In de omgang met ouders, volwassenen en gezag bestaan er echter verschillen voor de drie subtypen. De belangrijkste bevindingen zullen hieronder nader worden toegelicht.

Uit dit onderzoek blijkt dat adolescenten met ADHD significant meer problemen in de omgang met leeftijdgenoten hebben dan adolescenten zonder ADHD. Het gedrag passend bij de problemen rondom ADHD kan hiervoor een verklaring zijn. Kinderen met ADHD zijn meer agressief, storend, luidruchtig, opdringerig en dominant dan kinderen zonder ADHD, waardoor ze meer afgewezen worden door hun leeftijdgenoten. (Barkley, 2006). Volgens Barkley (2006) zou dit in sterkere mate voorkomen bij jongens. Uit dit onderzoek blijkt echter



dat sekse geen verschil maakt. Jongens en meisjes ervaren beide evenveel problemen in de omgang met leeftijdsgenoten.

Op het gebied van omgang met ouders, volwassenen en gezag blijken er in dit onderzoek verschillen te bestaan voor de drie subtypen ADHD betreffende de tekorten in vaardigheden. Alle drie de subtypen ADHD vertonen tekorten ten opzichte van adolescenten zonder ADHD, maar de groep adolescenten met het subtype ADHD overwegend aandachtsproblemen blijkt het op het gebied van omgang met ouders, volwassenen en gezag significant beter te doen dan de andere twee subtypen (ADHD het overwegend hyperactief-impulsief type en het gecombineerde type). Een verklaring hiervoor kan zijn dat voornamelijk de gedragingen die horen bij de hyperactiviteit en impulsiviteit irritaties oproepen bij volwassenen, waardoor er sprake is van problemen in de omgang (Van der Ploeg, 1997). Een andere verklaring zou kunnen liggen in de factor comorbiditeit. Uit een eerder onderzoek van Stein et al. (1995) bleek dat externaliserend probleemgedrag (oppositieel-opstandig en antisociale gedragsstoornissen) bepalend was voor kinderen met ADHD op het gebied van sociale vaardigheden. Het externaliserende gedrag was een specifieke factor die zorgde voor de problemen in de omgang. Binnen het huidige onderzoek zou dit gedeeltelijk een verklaring kunnen zijn voor het significante verschil tussen de subtypen ADHD. In de twee groepen adolescenten met het overwegend hyperactief-impulsief type ADHD en het gecombineerde type zouden relatief meer adolescenten kunnen zitten met naast ADHD, externaliserend probleemgedrag dan in de groep met overwegend aandachtsproblemen. De hyperactieve-impulsieve factor is namelijk sterker gelinkt aan externaliserend probleemgedrag (dominant, agressief, opdringerig). Er is minder sprake van externaliserend probleemgedrag wanneer er alleen sprake is van aandachtsproblemen (het onoplettendheid type).

Aandacht voor school en/of werk en de toekomst is tevens een belangrijke ontwikkelingstaak in de adolescentie (DeHart, Scroufe & Cooper, 2004; Slot & Spanjaard, 2009). Verschillende onderzoeken en ook het huidige onderzoek laten zien dat kinderen met ADHD op dit gebied tekorten vertonen. Adolescenten met ADHD ondervinden grote problemen in het schoolse functioneren (Wilkinson & Lagendijk, 2007). De terreinen waarop adolescenten met ADHD problemen kunnen hebben (zoals volgehouden aandacht, hyperactief en impulsief gedrag) vormen een belemmering voor het adequate schoolse functioneren. Het is dus niet verwonderlijk dat adolescenten met ADHD vaker speciaal onderwijs volgen en meer kans lopen om voortijdig te stoppen met school (Barkley, 2006).

Uit dit onderzoek komt ook naar voren dat kinderen met ADHD meer problemen hebben met betrekking tot autonomie en zelfsturing. Twee ontwikkelingstaken die met elkaar

samenhangen, want bij het ontwikkelen van een meer autonome houding ten opzichte van de wereld (DeHart et al., 2004) speelt zelfsturing een belangrijke rol. Het lijkt erop dat kinderen met ADHD het moeilijk vinden om hun gedrag effectief aan de sturen. De oorzaak hiervan lijkt te liggen bij tekorten op het gebied van executieve functies die de impulshuishouding reguleren (Barkley, 2006) waardoor kinderen met ADHD meer moeite hebben het verwerken van frustraties, er sprake is van een verminderd empathisch vermogen en een zwakkere emotie- en impulsregulatie (Barkley, 2006).

Naar de ontwikkelingstaken zelfverzorging en zelfredzaamheid is in het verleden nog weinig onderzoek gedaan, maar binnen dit onderzoek blijken adolescenten met ADHD tekorten te vertonen ten opzichte van adolescenten zonder ADHD. Dit kan voortkomen uit het feit dat kinderen met ADHD meer behoefte hebben aan externe sturing, moeite hebben met planning en organiseren (Barkley, 2006).

Tot slot blijkt dat ook in de besteding van vrije tijd adolescenten met ADHD meer problemen hebben dan adolescenten zonder ADHD. Op basis van eerder onderzoek van Engel-Yeger en Ziv-On (2011) zou verwacht kunnen worden dat jongens met overwegend aandachtsproblemen de meeste problemen ervaren op het gebied van vrijetijdsbesteding omdat zij het minst graag deelnemen aan vrijetijdsactiviteiten. Uit dit onderzoek blijkt echter dat alle drie de subtypen in even sterke mate tekorten vertonen. Het maakt ook niet uit of men een jongen of een meisje is.

Uit de resultaten blijkt verder dat de leeftijd of sekse van adolescenten niet van invloed is op het adaptief functioneren. Dat sekse binnen dit onderzoek geen invloed lijkt te hebben staat haaks op eerder gedaan onderzoek door Seiffge-Krenke, Kiuru en Nurmi (2010). Naar aanleiding van dit onderzoek was de verwachting dat meisjes in verhouding tot jongens beter adaptief zouden functioneren, omdat zij in verhouding eerder volwassen lijken te zijn dan jongens (Seiffge-Krenke, Kiuru & Nurmi (2010)). Het feit dat leeftijd niet van invloed is, is ook opmerkelijk te noemen omdat het basisprincipe van de ontwikkelingstaken is, dat er gedurende ontwikkeling sprake is van het steeds beter beheersen van ontwikkelingstaken en dus ook van de daaraan gebonden adaptieve vaardigheden (Slot & Spanjaard, 2009).

## *5.2 Samenvattende conclusie en aanbevelingen voor de praktijk*

De meest voorkomende vormen van behandeling voor ADHD zijn momenteel medicatie (farmacotherapie) en behandeling die meer gericht is op het vergemakkelijken van de omgang met anderen zonder medicijnen (psychosociale interventies) (Foolen, Kalsbeek & Boedermaker, 2011). Psychosociale interventies zijn gedragstherapie, oudertrainingen en

behandelingen gebaseerd op het oefenen van vaardigheden zoals sociale vaardigheidstrainingen, hulp bij motorische problemen, daghulp en creatieve therapie. Het lijkt erop dat medicatie tot nu toe het meeste effect heeft (Foolen, Kalsbeek & Boendermaker, 2011). In hoeverre deze therapieën van invloed zijn op de adaptieve vaardigheden bij kinderen met ADHD is nog onduidelijk.

Uit dit onderzoek blijkt dat adolescenten met ADHD inderdaad aanzienlijke tekorten op het gebied van de algemene adaptieve vaardigheden vertonen. Voor het toekomstige behandelaanbod aan deze jeugdigen betekent dit dat het wenselijk is een sterkere nadruk te leggen op de ontwikkeling van deze adaptieve vaardigheden. Dit wordt ook door Stein et al. (1995) bepleit. Deze geven aan dat de slechte lange termijn prognoses die voor personen met ADHD worden gevonden wellicht mede verbeterd zouden kunnen worden door in de huidige behandelingen voor ADHD ook de aanpak van tekorten op het gebied van de algemene adaptieve vaardigheden een centrale plek te geven.

Verder is naar voren gekomen dat de tekorten voor de verschillende subtypen ADHD merendeels betrekking hebben op dezelfde adaptieve vaardigheidsgebieden. Dit betekent dat in het behandelaanbod voor adolescenten met ADHD niet sterk gedifferentieerd hoeft te worden naar het ADHD-subtype. Aan de adaptieve vaardigheden op het gebied van de omgang met ouders, volwassenen en gezag dienen in het toekomstig behandelaanbod echter meer specifiek aandacht te worden besteed, omdat hier wel sprake is van grote verschillen per subtype. Adolescenten met ADHD het overwegend hyperactieve-impulsieve type en het gecombineerde type lijken op het genoemde gebied meer extra begeleiding nodig te hebben dan adolescenten met ADHD het overwegend onoplettende type. Tevens blijft het van belang om per adolescent te onderzoeken welke specifieke individuele zorgbehoefte op het gebied van adaptieve vaardigheden aanwezig is, zodat een kind gericht geholpen kan worden. Het gebruik van een vragenlijst als de AVJ zou hierbij een goed hulpmiddel kunnen zijn.

### *5.3 Beperkingen en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek*

Bij deze studie dienen de volgende beperkingen in ogenschouw te worden genomen.

Allereerst is er gebruik gemaakt van een beperkte onderzoeksgroep. De respondenten die meegedaan hebben aan het onderzoek komen grotendeels uit het westen van Nederland. De resultaten kunnen daarom niet over de Nederlandse bevolking in zijn algemeenheid gegeneraliseerd worden. Tevens zijn er om de onderzoeksvragen te beantwoorden parametrische toetsen gebruikt terwijl niet aan alle aannames hiervoor wordt voldaan. Dat betekent dat de resultaten van het onderzoek met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten

worden. Met betrekking tot het samenstellen van de onderzoeksgroep is het van belang om in een volgend onderzoek een grotere onderzoeksgroep samen te stellen. Dit zal de statistische power van de resultaten ten goede komen. Daarnaast is het van belang dat de onderzoeksgroep representatief zal zijn voor heel Nederland.

Verder is ten behoeve van het onderzoek gebruik gemaakt van de Sociaal-Emotionele Vragenlijst (SEV). Aan de hand van de testscore op deze vragenlijst is vastgesteld of er sprake is van ADHD (en welk subtype) bij de adolescenten die meededen aan het onderzoek. De SEV is echter een instrument waarmee nagegaan kan worden of kinderen kernsymptomen van de belangrijkste sociaal-emotionele problematieken (waaronder ADHD) vertonen (Scholte & Van der Ploeg, 2007). Er is geen sprake van een officiële diagnose van ADHD. In vervolgonderzoek zou het een verbetering kunnen zijn om kinderen met een officiële diagnose ADHD deel te laten nemen. Daarnaast is de SEV een vragenlijst met als basis de diagnostische criteria van de DSM-IV. Het is echter de vraag of deze diagnostische criteria goed aansluiten op het diagnosticeren van ADHD bij adolescenten (Spetie & Arnold, 2007).

Naast de SEV is er in het onderzoek gebruik gemaakt van de experimentele vragenlijst Algemene Vaardigheden Jeugdigen (AVJ). In dit onderzoek is er een begin gemaakt met het analyseren van de betrouwbaarheid van deze vragenlijst. Het blijkt dat de betrouwbaarheid meer dan voldoende is. Uitgebreider onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit zal echter nog plaats moeten vinden voor een beter beeld van beiden.

Tevens verdient het een aanbeveling om in toekomstig onderzoek niet alleen de ouders de vragenlijsten in te laten vullen. Uit eerder onderzoek blijkt dat ouders van psychiatrische patiënten de adaptieve vaardigheden van hun kinderen lager beoordelen dan leraren (Stein et al., 1995). Dit wekt de suggestie dat er sprake kan zijn van discrepantie tussen de verschillende beoordelaars. Een interessant gegeven waar in toekomstig onderzoek aandacht aan besteed zou kunnen worden.

In dit onderzoek waren de effecten van leeftijd en sekse in tegenspraak met de literatuur. Om een goed beeld te kunnen vormen van de effecten van deze factoren dienen ze in toekomstig onderzoek uitgebreid aan bod te komen.

## Literatuurlijst

- American Association on Mental Retardation (AAMR) (2002) Mental Retardation. Definition, Classification and Systems of Supports. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington D.C.: Author.
- Bagwell, C.L., Molina, B.S.G., Pelham, W.E. & Hoza, B. (2001). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Problems in Peer Relations: Predictions From Childhood to Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 11, 1285-1292.
- Barkley, R.A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R.A., DuPaul, G.J., & McMurray, M.B. (1990). A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 775-789.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Smallisch, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 45, 192-202.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Taylor, A., Sienna, M., Williamson, S., & Fine, S. (1998). Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: Findings from a longitudinal clinical study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 305-313.
- Buitelaar, J.K. & Kooij, J.J.S. (2000). Aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD), achtergronden, diagnostiek en behandeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 144, 1716-23.
- Chan, P. A. & Rabinowitz, T. (2006). A cross-sectional analysis of video games and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adolescents. *Annals of General Psychiatry*, 5, 1-11.
- DeHart, G.B., Scroufe, L.A., & Cooper, R.G. (2004). *Child development: Its nature and course*. Boston: McGraw-Hill.
- Dekovic, M., Noom, M.J., & Meeus, W. (1997). Expectations regarding development during adolescence: Parental and adolescent perceptions. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 253-272.

- Engel-Yeger, B. & Ziv-On, D. (2011). The relationship between sensory processing difficulties and leisure activity preference of children with different types of ADHD. *Research Developmental Disabilities, 32*, 1154-1162.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage.
- Foolen, N., Kalsbeek, A. & Boendermaker, L. (2011) Wat werkt bij jeugdigen met ADHD? Verkregen op 10 juni 2011 via <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/06/743.html>
- Goldstein, S., & Brooks, R. (2007). Psychosocial Treatments for Adults with ADHD. In M. Fitzgerald, M. Bellgrove & M. Gill (Eds.), *Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (pp. 415-439). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Goudena, P.P. (1994). Ontwikkelingstaken en opvoedingsopgaven. In J. Rispens, P.P. Goudena, & J.J.M. Groenendaal (Eds.), *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen* (pp. 59-70). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Gunning, W.B. (2006). Aandachtstekort-/hyperactiviteitsstoornissen. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Eds.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Onderzoek en diagnostiek* (pp. 367-379). Assen: Van Gorcum.
- Lee, S.S., Humphreys, K.L., Flory, K., Liu, R., & Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse /dependence: A meta -analytic review. *Clinical Psychology Review, 31*, 328-341.
- Liss, M., Harel, B., Fein, D., Allen, D., Dunn, M., Feinstein, C., Morris, R., Waterhouse, L., & Rapin, I. (2001). Predictors and Correlates of Adaptive Functioning with Developmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 31*, 2, 219-230.
- McBurnett, K., Pfiffner, L.J., Willcutt, E., Tamm, L., Lerner, M., Loebig Ottolini, Y., & Bender Furman, M. (1999). Experimental cross-validation of DSM-IV types of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 17-24.
- Moore, D.S., McCabe, G.P., & Craig, B.A. (2009). *Introduction to the practice of statistics*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Ploeg, J.D., van der, (1997). Gedragsproblemen. Ontwikkelingen en risico's. Rotterdam: Lemniscaat.
- Roizen, N.J., Blondis, T.A., Irwin, M. & Stein, M.A. (1994). Adaptive functioning in children with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Pediatric and Adolescent Medicine, 148*, 1137-1141.

- Satler, J.M. & Hoge, R.D. (2006). Adaptive behavior. In J.M. Satler & R.D. Hoge (Eds.), *Assesment of Children. Behavioral, Social, and Clinical Foundations* (pp. 303-320). LaMesa, CA: Sattler.
- Seiffge-Krenke, I., Kiuru, N., & Nurmi, J. (2010). Adolescents as “producers of their own development”: Correlates and consequences of the importance and attainment of developmental tasks. *European Journal of Developmental Psychology*, 2010, 7, (4), 479-510.
- Slot, N.W., & Spanjaard, H.J.M. (2009). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg*. Baarn: HB uitgevers.
- Slot, N.W., Spanjaard, H.J.M., & Berger, M.A. (1998). Competentievergroting in het gezin: Ontwikkelingstaken voor ouders en kinderen. In W. Hellinckx (Ed.), *Pedagogische thuishulp in problematische opvoedingssituaties* (pp. 113-136). Leuven-Apeldoorn: Garant.
- Smidts, P.D. (2003). Executieve functies van geboorte tot adolescentie: een literatuur-overzicht. *Neuropraxis*, 7, 113-119.
- Spetie, L. & Arnold, E.L. (2007). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. In A. Martin & F.R. Volkmar (Eds.), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook*. (pp. 430-454). London: Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins.
- Stein, M.A., Szumowski, E., Blondis, T.A. & Roizen, N.J. (1995). *Adaptive Skills Dysfunction in ADD and ADHD Children*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 4, 663-670.
- Tannock, R. (1998). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 65-99.
- Yeschin, N.J. (2000). A new Understanding of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Alernate Concepts an Interventions. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 17, 3, 227-245.
- Wilens, T.E. (2011) A sobering fact: ADHD leads to substance abuse. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 50, 1, 6-8.
- Wilkinson, W. & Lagendijk, M. (2007). ADHD in the Classroom: Symptoms and Treatment. In M. Fitzgerald, M. Bellgrove & M. Gill (Eds.), *Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (pp. 395-413). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

## Bijlagen



Universiteit Leiden

Faculteit der Sociale Wetenschappen  
Instituut Pedagogische Wetenschappen  
Afdeling Orthopedagogiek

Leiden, voorjaar 2011

Geachte heer of mevrouw,

Het ene kind heeft het gemakkelijker dan het andere. Dit hangt met een groot aantal factoren samen. Niet alleen de zelfredzaamheid en het zelfbeeld van het kind spelen een rol, ook de relaties met leeftijdgenoten en volwassenen zijn van belang. Om te voorkomen dat kinderen in moeilijkheden raken en vastlopen is het belangrijk zo vroeg mogelijk vast te stellen of een kind op de genoemde gebieden problemen heeft. Er kan dan op tijd passende begeleiding worden geboden.

De Universiteit Leiden heeft op verzoek van meerdere instellingen besloten een onderzoek uit te voeren om de sterke en zwakke kanten bij kinderen in beeld te brengen en na te gaan hoe daar mee om te gaan. Onder leiding van prof. Dr. E.M. Scholte (ontwikkelde eerder de Sociaal-Emotionele Vragenlijst) neem ik deel aan een project gericht op het ontwikkelen van de Vragenlijst Adaptieve Vaardigheden Jeugdigen. Hiervoor is het nodig dat een groot aantal ouders en jongeren meewerken en de vragenlijst invullen. Dit neemt circa 30 minuten in beslag en verloopt via het internet. De gegevens worden uiteraard volstrekt anoniem verwerkt en vertrouwelijk behandeld.

*Wat vragen wij van u?*

Ziet u als school het belang van dit onderzoek in, dan vragen wij uw toestemming om via uw school ouders en jongeren te vragen deel te nemen aan het onderzoek. Van de school wordt verwacht dat een uitnodigingsbrief voor de ouders aan de leerlingen meegegeven mag worden. Ik kan dat zelf komen doen of in overleg met u op een andere passende wijze. Op de brieven staat een persoonlijke inlogcode waarmee ouders en jongeren in kunnen loggen op de website [www.onderzoekleiden.nl](http://www.onderzoekleiden.nl). Zo kunnen ze via internet de vragenlijst invullen. Daarnaast staat ook mijn e-mailadres vermeld zodat ouders en leerlingen eventuele vragen kunnen e-mailen. De deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig. Van de school wordt alleen gevraagd de uitnodigingsbrieven te verspreiden.

Indien u wilt meewerken verzoek ik u mij per e-mail te laten weten voor hoeveel leerlingen u brieven wenst te ontvangen: [m.van.mullekom@umail.leidenuniv.nl](mailto:m.van.mullekom@umail.leidenuniv.nl).

Mocht u nog vragen hebben dan kunt mij daarover e-mailen en dan neem ik contact met u op.

U dank zeggend voor uw aandacht en hopen op uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Marjolein van Mullekom

Masterstudente Orthopedagogiek  
Universiteit Leiden





Leiden, voorjaar 2011

Beste ouder(s) en jongere,

Het ene kind heeft het gemakkelijker dan het andere. Dit hangt met een groot aantal factoren samen. Niet alleen de zelfredzaamheid van het kind speelt een rol, ook de relaties met leeftijdgenoten en volwassenen zijn van belang. Om te voorkomen dat kinderen in moeilijkheden raken en vastlopen is het belangrijk zo vroeg mogelijk vast te stellen of kinderen aanpassingsmoeilijkheden hebben. Er kan dan op tijd passende begeleiding worden geboden.

De Universiteit Leiden heeft op verzoek van meerdere instellingen besloten een onderzoek uit te voeren om sterke en zwakke kanten van kinderen in beeld te brengen. Hiervoor is het nodig dat een groot aantal ouders en kinderen een vragenlijst invult.

Uw school heeft toestemming gegeven om u en uw kind voor dit onderzoek te benaderen. Graag vragen wij aan u, uw eventuele partner en uw kind om de vragenlijst onafhankelijk van elkaar in te vullen. Tot slot verzoeken we u, uw partner en uw kind de lijst over twee weken weer in te vullen. Hierdoor krijgen we een indruk van de betrouwbaarheid van het onderzoek. Het beantwoorden van de vragen duurt circa 30 minuten. Alle gegevens worden anoniem verwerkt en uiteraard vertrouwelijk behandeld. Met uw deelname geeft u automatisch toestemming voor de deelname van uw kind.

De vragenlijst wordt ingevuld via het internet. U gaat daarbij als volgt te werk:

1. Ga naar de website: [www.onderzoekleiden.nl](http://www.onderzoekleiden.nl)
2. Klik bij 'ONDERZOEK ADAPTIEVE VAARDIGHEDEN op ► Starten'
3. Bij password vult u in (kleine letters): avj
4. Klik daarna op het vakje 'login'
5. Vervolgens ziet u een introductie van de vragenlijst. Vul bij 'deelnamenummer' het nummer in dat onderaan de brief staat; hetzelfde nummer moet worden gebruikt door u, uw partner en uw kind; vult u dit nummer ook in als u de enquête over twee weken weer invult voor dit kind.
6. U dient alle vragen achter elkaar te beantwoorden. Kiest u voor het invullen daarom een moment dat u even de tijd hebt.

Mocht u nog vragen hebben over het onderzoek, dan kunt u contact opnemen via het volgende e-mailadres: [m.van.mullekom@umail.leidenuniv.nl](mailto:m.van.mullekom@umail.leidenuniv.nl).

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking,

*Marjolein van Mullekom*

Mevrouw M. van Mullekom  
Masterstudente Orthopedagogiek  
Universiteit Leiden

*E. M. Scholte*

Prof. Dr. E.M. Scholte  
Coördinator onderzoek Orthopedagogiek  
Universiteit Leiden

Deelnamenummer: 0000