

Masterscriptie

Algemene adaptieve vaardigheden bij adolescenten met de
gedragsstoornissen ODD en CD

Begeleider: Prof. dr. E. M. Scholte

Student: Melissa Hendriks

Studentennummer: 0721948

Differentiatie: Education and Child studies

Specialisatie: Clinical Child and Adolescent studies

Datum: 6 juni 2012

Voorwoord

Een onderdeel van de master Orthopedagogiek is het schrijven van een scriptie. Het masterproject dat bij mij het meeste aansloot was het project van Prof. dr. E. M. Scholte: adaptieve vaardigheden bij kinderen en adolescenten met ontwikkelingsstoornissen. Dit onderwerp sloot aan bij mijn interesses voor het vakgebied Orthopedagogiek. Ik weet vanaf het begin van mijn studie al dat ik wil gaan werken met kinderen en adolescenten met ontwikkelingsstoornissen en heb daar gedurende mijn studie veel over geleerd. Het was voor mij belangrijk mijn scriptie te schrijven over een onderwerp waar ik nog meer over te weten wilde komen. Tijdens het project waren de studenten vrij in de onderwerpkeuze van de scriptie. Eerder in mijn studieloopbaan heb ik al veel kennis gemaakt met de ontwikkelingsstoornissen autisme, ADHD en angststoornissen, maar nog niet zoveel met de gedragsstoornissen Oppositional Defiant Disorder en Conduct Disorder. Deze gedragsstoornissen worden ook wel ODD en CD genoemd.

Bij de start van het project zijn we met een groep studenten begonnen met het verzamelen van de data. Hierbij moesten er scholen worden gezocht die bereid waren om de brieven met het verzoek tot deelname aan het onderzoek te verspreiden onder de leerlingen. Dit bleek een moeilijker opgave te zijn dan gedacht. In december begon ik met het schrijven van mijn scriptie. Gedurende het jaar heb ik veel artikelen gelezen over de gedragsstoornissen ODD en CD en heb ik geleerd dit adequaat op papier te zetten. Door de feedback van Prof. dr. E. M. Scholte zag ik mijn scriptie veranderen in een stuk waar ik trots op kan zijn. Na een hoop uren door te hebben gebracht in het scriptieatelier is het traject vlot verlopen. Ik vond het erg leuk en leerzaam om mijn masterscriptie te schrijven en ben zeer tevreden met het eindresultaat.

Inhoudsopgave

Abstract	4
1. Inleiding	4-6
2. Theoretisch kader	7
2.1 Inleiding	7
2.2 Klinisch kenmerken van ODD/CD	7-10
2.3 Definitie van algemene adaptieve vaardigheden	10, 11
2.4 Aanpassingsproblemen bij ODD/CD	11-14
3. Methode	15
3.1 Onderzoeksvragen	15
3.2 Procedure	15
3.3 Onderzoeksgroep	16
3.4 Meetinstrumenten	16, 17
3.5 Data-inspectie	17, 18
3.6 Statistische analyse	18
4. Resultaten	19
4.1 Beschrijvende data	19, 20
4.2 Data analyse	20
4.2.1 Omgang met leeftijdsgenoten	20, 21
4.2.2 Omgang met ouders, volwassenen en gezag	22, 23
4.2.3 School, werk en toekomst	23-25
4.2.4 Autonomie en zelfsturing	25, 26
4.2.5 Sekse en leeftijd	26
5. Conclusie en discussie	27
5.1 Conclusie en discussie van de onderzoeksresultaten	27-30
5.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek	30, 31
5.3 Implicaties voor praktijk en wetenschap	31
Referenties	32-35

Abstract

This study examined similarities and differences in general adaptive skills of typical adolescents and adolescents with ODD, CD and co-morbid ODD-CD. Also the effects of gender and age were studied. Participants were recruited via regular/special primary and secondary schools in the Netherlands. The sample consists of 374 adolescents between 12 and 18 years old. The disorders of the children were classified by the ODD/CD-symptoms ratings of parents. Parents further were asked to fill in an experimental questionnaire measuring general adaptive skills in youth. Results show that adolescents with ODD and CD have fewer adaptive skills than their typical peers, in the following areas: contact with peers, contact with parents, adults and authority, school/work and future, autonomy and self-directedness. The adaptive skills of youth with co-morbid ODD and CD were the least developed. The adaptive skills of adolescents with only ODD and only CD did not differ significantly. Here the least developed skills related to 'autonomy and self-directedness'. Gender and age do not affect the levels of adaptive skills

1. Inleiding

Het aantal kinderen en jongeren met de gedragsstoornis Oppositional Defiant Disorder (ODD) in Nederland is ongeveer 3% en met Conduct Disorder (CD) 2% (Landelijk kenniscentrum kinderen en jeugdpsychiatrie, 2009). Deze stoornissen worden ook wel aangeduid als 'disruptieve gedragsstoornissen' (Barrickmann, 2003). Adolescenten met deze gedragsstoornissen hebben doorgaans meer moeite met het functioneren in de maatschappij. Ze worden vaak gezien als de 'lastige, agressieve jongeren'. Jeugdigen die zich disruptief gedragen, vertonen doorgaans tevens tekorten op het gebied van de sociaal-adaptieve vaardigheden; het gaat hierbij om de mogelijkheid van een individu om aan de eisen van het dagelijks leven te voldoen (Slot & Spanjaard, 2009). Hierbij wordt gekeken naar de vaardigheden om als individu goed te kunnen functioneren in de samenleving, zoals passend omgaan met leeftijdsgenoten, volwassenen en autoriteiten en andere patronen van het adaptief functioneren thuis, op school en in de vrije tijd. Dit geheel aan vaardigheden wordt ook wel de sociale competentie genoemd (Volkmar, 2003; Clark, Prior, & Kinsella, 2002). Wanneer kinderen in de adolescentie komen, worden de adaptieve vaardigheden steeds belangrijker: ze moeten zelfstandiger worden, hebben meer sociale contacten en krijgen op school en in de samenleving in toenemende mate te maken met het gezag van andere autoriteitsfiguren dan hun ouders (Zimmer-Gembeck, Geiger, & Crick, 2005).

Veranderingen van de kindertijd naar de adolescentie zijn vaak ingrijpend, ook voor kinderen met een stoornis. Adolescenten moeten zich meer individualiseren en krijgen te maken

met zelfreflectie (Wenar & Kerig, 2005). Daarnaast zetten adolescenten zich meer af tegen hun ouders dan in de kindertijd, omdat ze zich moeten losmaken van hun ouders. Ze gaan in deze periode een eigen identiteit vormen en een zelfstandig leven leiden. Voor adolescenten die daarbij nog een gedragsstoornis hebben, kan het extra moeilijk zijn te leren omgaan met al deze veranderingen. Zo is één van de kenmerken van ODD/CD het niet adequaat reageren op het gezag van bijvoorbeeld ouders of leraren (American Psychiatric Association, 2000). Adolescenten met ODD hebben veelal problemen met alle soorten gezag: ouders, leraren, politie en dergelijke. Volgens de DSM-IV is dit ook één van de belangrijkste kenmerken van ODD (APA, 2000). De eerste stap betreft de problemen met gezag is het hebben van conflicten met gezag: voornamelijk koppig gedrag naar ouders. Uitdagend gedrag is vaak de tweede stap en het vermijden van gezag is vanaf 12 jaar aan de orde (Loeber et al., 1993). Bij het bereiken van de adolescentie is dit gedrag al op het niveau van het ontduiken van gezag, waardoor er grote persoonlijke en sociale problemen kunnen ontstaan.

Adolescenten met een disruptieve gedragsstoornis hebben naast de gezagsproblemen waarschijnlijk eveneens een afwijkende manier van mentaliseren (Ha, Sharp, & Gooyer, 2011). Mentaliseren is het hebben van goed zicht op de eigen mentale toestand of die van een ander. Hierbij is verbeeldingskracht met inlevingsvermogen een belangrijke factor. Er is bij adolescenten met ODD en CD sprake van ‘vervormd mentaliseren’ door middel van het opblazen van eigen competentie en vervolgens geconfronteerd worden met realistische feedback die dit tegenspreekt. Deze confrontatie kan leiden tot agressief gedrag (Ha, Sharp, & Goodyer, 2011). Ze hebben wel een Theory of Mind, maar laten hier minder vaardigheden in zien dan normale kinderen (Happé & Frith, 1996). De Theory of Mind is dus wel intact, maar kan ‘scheef’ gevormd zijn. Onderzoeken naar adaptieve vaardigheden (door middel van de VABS) lieten zien dat de kinderen met CD significant lager scoorden dan de normale populatie op het onderdeel communicatie en socialisatie. Ze hebben pragmatische taalproblemen: ook wel het moeite hebben van het juist gebruiken van de taal in bepaalde contexten. (Gilmour, Bill, Plase, & Skuse, 2004). Dit kan verwarring met zich meebrengen voor het kind en de autoriteit.

De stoornissen ODD en CD hebben een hoge mate van comorbiditeit met angststoornissen, stemmingsstoornissen en ADHD. Vooral de comorbiditeit met ADHD is hoog (APA, 2000). De stoornissen hebben vaak dezelfde neuro-cognitieve beperkingen en dezelfde temperamentkenmerken (Maughan, Rowe, Messer, Goodman, & Meltzer, 2004). ODD in combinatie met CD komt ook regelmatig voor (Biederman et al., 1996). Kinderen met ODD en CD hebben doorgaans meer problemen dan kinderen met alleen ODD.

Door de vele persoonlijke en sociale problemen die de gedragsstoornissen met zich mee

brengen is het van belang dat er een vroege signalering plaatsvindt van de eerste symptomen van ODD en CD of problemen in de adaptieve vaardigheden. Als signalen op deze gebieden vroeg worden waargenomen kan er snel en gericht worden ingegrepen, zodat de problemen hopelijk kunnen worden gereduceerd of voorkomen. Deze signalen kunnen bestaan uit het hebben van een moeilijk temperament, problemen met sociale contacten, problemen met autoriteit en problemen in het dagelijks leven (Kimonis & Frick, 2010). Signalering kan ook plaatsvinden wanneer een kind in de adolescentie komt en er blijk van geeft er moeite mee te hebben de adaptieve vaardigheden onder de knie te krijgen. Vervolgens kan ook dan snelle interventie plaatsvinden en kunnen de adolescenten worden geholpen met het aanleren van passendere adaptieve vaardigheden. Daarnaast is het voor ouders soms erg moeilijk om te gaan met een tiener met ODD of CD. Ook daarvoor is extra hulp en kennis noodzakelijk. Ouders hebben vaak zelf ook problemen zoals het hebben van stress en ze zijn vaak minder efficiënt in ouderlijke vaardigheden wanneer hun kind agressief is (Shelton et al., 1998).

Alhoewel er al onderzoek voorhanden is naar adaptieve vaardigheden bij adolescenten van 12-18 jaar met ODD en CD, hebben deze onderzoeken zich voornamelijk gericht op CD. Er is slechts beperkt gekeken naar het verschil tussen ODD en CD en de combinatie van deze beide stoornissen. Het beloop en de prognose van CD is doorgaans slechter dan bij ODD (Biederman et al., 1996). Wanneer een adolescent beide stoornissen heeft, zal de prognose waarschijnlijk nog minder gunstig zijn. Dit geldt ook wanneer de ODD uit de kindertijd in de adolescentie overgaat in CD. Dit onderzoek beoogt op dit gebied een bijdrage te leveren over welke algemene adaptieve vaardigheden adolescenten met ODD, CD en ODD/CD wel en niet hebben. Wanneer deze vaardigheden in kaart worden gebracht, kunnen signalen vroeg worden opgepikt. Kennis over tekorten in adaptieve vaardigheden bij jeugdigen met ODD en CD kan ook worden gebruikt om voor deze jeugdigen gericht interventies te ontwikkelen om de tekorten aan te pakken. De algemene vraagstelling van dit onderzoek luidt daarom: *Welke verschillen in adaptieve vaardigheden vertonen adolescenten van 12-18 jaar met de ontwikkelingsstoornissen ODD, CD en ODD in combinatie met CD?* Deze vraagstelling zal worden beantwoord door in een steekproef van adolescenten tussen de 12 en 18 jaar uit de algemene jeugdbevolking van Nederland te onderzoeken op welke gebieden jeugdigen met ODD, CD en ODD/CD tekorten hebben in de adaptieve vaardigheden in vergelijking met normale adolescenten. Omdat leeftijd en sekse van invloed kunnen zijn op deze ontwikkeling, zal met deze factoren eveneens rekening worden gehouden vaardigheden (Sørli, Hagen, & Ogden, 2008; Maughan et al., 2004).

2. Theoretisch kader

2.1 Inleiding

In het theoretisch kader zullen de in het onderzoek gebruikte begrippen worden uitgelegd. Eerder gedane onderzoeken zullen worden toegelicht en de bestaande theorieën over het ODD, CD en de algemene adaptieve vaardigheden zullen worden beschreven. Tot slot wordt er uitgelegd wat er al bekend is over het onderwerp en worden de belangrijkste bevindingen samengevat.

2.2 Klinische kenmerken van ODD/CD

Het belangrijkste kenmerk van Conduct Disorder is een herhalend en aanhoudend gedragspatroon, waarbij de fundamentele rechten van anderen of leeftijdspassende normen worden overtreden (eerste criterium) (APA, 2000). Dit gedrag is onderverdeeld in vier hoofdgroepen: agressief gedrag dat fysieke schade toebrengt aan mensen of dieren, niet-agressief gedrag dat materiële schade of beschadiging veroorzaakt, diefstal en ernstige schending van de regels. Drie van deze gedragingen moet gedurende 12 maanden aanwezig zijn, waarvan tenminste 1 in de afgelopen 6 maanden. Het tweede criterium houdt in dat het gedrag significante beperkingen in sociaal, academisch of beroepsfunctioneren problemen met zich mee brengt. Het derde criterium is dat het wel na het 18^e levensjaar mag worden gediagnosticeerd, maar alleen wanneer er geen sprake is van een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Het probleemgedrag doet zich voornamelijk thuis, op school of in de gemeenschap voor. Verder zijn er twee types van Conduct Disorder: childhood-onset type en adolescent-onset type. De symptomen van CD lopen vanaf de kindertijd door in de adolescentie (Burke, Lahey, & Waldman, 2010).

De kenmerken van Oppositional Defiant Disorder is een patroon van negatief, uitdagend, ongehoorzaam en vijandig gedrag tegen autoriteitsfiguren dat gedurende 6 maanden aanwezig is. Het eerste criterium bestaat uit onder andere gedragingen zoals: discussiëren met volwassenen, het actief uitdagen en weigeren te voldoen aan de eisen en regels van de volwassenen, het opzettelijk dingen doen die andere mensen irriteert en anderen schuld geven van eigen fouten. Het tweede criterium is dat het vaker voor moet komen dan gebruikelijk is bij personen van dezelfde leeftijd of ontwikkelingsniveau. Het moet ook significante beperking in sociaal, academisch of beroepsfunctioneren met zich mee brengen. Het laatste criterium is dat het niet tegelijk mag worden gediagnosticeerd met een stemmings- of psychotische stoornis.

Sekse

Er is veel onderzoek gedaan naar het verschil in voorkomen van de stoornissen ODD en CD tussen jongens en meisjes. Hierin worden uiteenlopende resultaten gevonden over de invloed van

seks. Sommige onderzoeken tonen geen verschillen, anderen wel. Het verschil in seks lijkt in ODD minder aanwezig te zijn dan bij CD (Maughan, Rowe, Messer, Goodman, & Meltzer, 2004). De antisociale problemen die zich voordoen bij jongens met CD zijn groter dan bij ODD. Uit een meta-analyse van Loeber et al. (2000) werd duidelijk dat er meer jongens dan meisjes CD hadden en dat dit verschil binnen ODD niet duidelijk terug te vinden was. Jongens zijn frequenter betrokken bij fysieke agressie zoals verkrachting, stelen en brandstichting (Maughan et al., 2004). Meisjes hebben minder niet-agressieve 'conduct problemen' zoals spijbelen of weglopen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat meisjes sociaal competent zijn dan jongens, wat tot minder problemen kan leiden (Sørlie, Hagen, & Ogden, 2008). De ontwikkelingspaden van adolescenten met CD zijn eveneens verschillend tussen jongens en meisjes: de start van de stoornis bij meisjes is vaker in de adolescentie en van jongens vaker in de kindertijd (Lehto-Salo, Närhi, Ahonen, & Marttunen, 2009). Het grote verschil van ontwikkelingspaden voor meisjes is voornamelijk te verklaren vanuit de comorbiditeit, wat later in het theoretisch kader wordt uitgelegd (Rowe, Maughan, Costello, Angold, & Copeland, 2010). Meisjes hebben vaker een disfunctionerend familieachtergrond dan jongens met ODD of CD (Lehto-Salo, Närhi, Ahonen, & Marttunen, 2009). Bij meisjes was er meer sprake van huiselijk geweld en ze hadden vaker een slechtere relatie met hun vader.

In tegenstelling tot de hierboven beschreven onderzoeken vonden Meier, Slutske, Heath & Martin (2011) andere resultaten. Ze hebben onderzoek gedaan naar de genetische- en omgevingsfactoren die invloed hebben op de kindertijd en adolescentie van Conduct Disorder. Ze vonden dat de genetische en de gedeelde omgevingsfactoren die antisociaal gedrag beïnvloeden verschillend waren tussen mannen en vrouwen gedurende de kindertijd, maar niet gedurende de adolescentie. Er werd geen kwantitatief seksverschil gevonden: beide seks lieten evenveel kenmerken van antisociaal gedrag zien. De gezinstabiliteit had meer invloed op de mannen dan op de vrouwen. De genetische invloed op de adolescent bleek volledig te overlappen met de genetische invloed tijdens de kindertijd voor beide seks.

Onset CD en ODD

Symptomen die zich voordoen bij ODD starten vaker op jongere leeftijd dan symptomen van CD. Bij ODD is de gemiddelde leeftijd 2,5 jaar en bij CD is het 5,5 jaar wanneer de eerste symptomen worden gesignaleerd. De gemiddelde aanvangsleeftijd ligt bij ODD dus lager dan bij CD (Loeber et al., 2000). De symptomen van CD lopen vaak door tot in de volwassenheid, terwijl de symptomen van ODD voornamelijk voorkomen tot aan het begin van de adolescentie (Loeber & Keenan, 1994). Het onderscheid tussen 'childhood-onset' of 'adolescent-onset' wordt

gemaakt door te kijken of er al ernstig probleemgedrag wordt vertoond voor het 10^e levensjaar (Kimonis & Frick, 2010). Er zijn aanwijzingen dat wanneer de start van CD in de adolescentie is, er minder problemen zullen volgen na de adolescentie dan wanneer het start in de kindertijd (Dandreaux & Frick, 2009). Dit kan verklaard worden door het feit dat dan het antisociaal gedrag minder het gevolg is van temperament en kwetsbaarheid. Leeftijdsgenoten en het milieu hebben veel invloed op het gedrag van de adolescent. Wanneer CD start in de kindertijd zijn er andere factoren in het spel zoals executieve functies, impulsiviteit, emotionele kwetsbaarheid en tekorten in verbale vaardigheden (Dandreaux & Frick, 2009). Ook voor ODD geldt dat hoe eerder de symptomen zich voordoen, hoe slechter de diagnose is op latere leeftijd (Barrickman, 2003).

Uit onderzoek blijkt verder dat hoe hoger de leeftijd, hoe meer probleemgedrag de adolescenten vertonen (Maughan et al., 2004). Rond de leeftijd van 13-15 jaar is er een piek in het aantal symptomen van CD (echter is dit onderzoek wel uitgevoerd bij jeugdigen van 5-15 jaar). Rond de leeftijd van 15 jaar wordt het gedrag extremer. Het meest voorkomende probleemgedrag rond 8-10 jaar is vechten, liegen en pesten, terwijl dit rond 13-15 jaar stelen is. Wanneer ouders de hoeveelheid agressie moeten aangeven, is er een piek te zien op de leeftijden 13, 15 en 18 jaar (Moffit, Caspi, Dickson, Silva, & Stanton, 1996). Bij meisjes wordt de emotionele kwetsbaarheid groter bij een leeftijd van 13 jaar en daardoor laten ze ook meer probleemgedrag zien (Barker, Oliver, & Maughan, 2010).

Comorbiditeit

Comorbiditeit of het tegelijkertijd voordoen van meerdere ontwikkelingsproblemen komt regelmatig voor bij kinderen en jongeren met een disruptieve gedragsstoornis. ODD en CD komen vaak voor in combinatie met ADHD, depressie of een angststoornis (Maughan et al., 2004). ODD wordt vaak een subsyndroom van CD genoemd, echter volgens de DSM-IV betreft het 2 aparte stoornissen (Biederman et al., 1996). Er is veel onderzoek gedaan naar de vraag of ODD een voorspeller is voor CD op latere leeftijd. Hier komen echter nog verschillende resultaten uit. Er wordt een verschil gemaakt in de kenmerken van ODD op jonge leeftijd wat later wordt geclassificeerd als CD en kinderen met de stoornis CD waar door middel van retrospectie wordt teruggekeken naar de symptomen van ODD op jongere leeftijd. Verscheidene onderzoeken laten zien dat ODD een voorspeller/risicofactor is voor het krijgen van CD (Rowe, Maughan, Costello, Angold, & Copeland, 2010; Burke, Lahey, & Waldman, 2010). Wanneer er werd gekeken naar de probleemschalen van de CBCL (teruggetrokken gedrag, angst, depressie e.d.) bleek de combinatie ODD/CD op alle schalen hogere scores te behalen dan alleen ODD

(Biederman et al., 1996). Dit betekent dat er meer problemen zijn wanneer er sprake is van comorbiditeit.

Volgens Burke, Lahey & Waldman (2010) lieten adolescenten die aan de criteria van CD voldeden, tijdens de kindertijd significant meer symptomen van ODD zien. Hieruit kan worden geconcludeerd dat ODD in de kindertijd kan overgaan in CD in de adolescentie. Echter Rowe et al. (2010) vonden dat niet alle adolescenten met CD ook aspecten van ODD hadden op jongere leeftijd. ODD symptomen gingen in maar 56% van de gevallen over in CD symptomen (Rowe et al., 2010). ODD bleek wel een significante voorspeller te zijn voor CD bij jongens, maar niet voor meisjes wanneer er werd gecontroleerd voor comorbiditeit van CD. Ook bleek dat 55% van de adolescenten met CD op jonge leeftijd nooit te hebben voldaan aan de diagnose ODD. In de literatuur lijkt het vaak een sterk verband, dat echter met voorzichtigheid dient te worden geïnterpreteerd.

Wat betreft comorbiditeit komt naar voren dat ODD en CD een overlap hebben van 62 procent bij jongens en 65 procent bij meisjes (9-16 jaar). Wat betreft de comorbiditeit lijkt er derhalve bij de meisjes een sterkere relatie te zijn in overlap van de symptomen van beide stoornissen (Rowe, Maughan, Pickles, Costello, & Angold, 2002). Het verschil is in percentages echter zeer klein. Volgens Burke, Lahey & Waldman (2010) is de prevalentie van gelijktijdige ODD en CD in de adolescentie lager dan in de kindertijd. Dit kan een gevolg zijn van een algemeen dalende prevalentie van ODD met het stijgen van de leeftijd of juist een toename van 'late onset' gevallen van CD. Nader onderzoek zal hierover nog uitsluitsel moeten geven. Er zijn sterke associaties gevonden tussen adolescenten met CD die op latere leeftijd antisocial developmental disorder (ADP) ontwikkelen (Rowe, Maughan & Angold, 2010) Ongeveer een derde van de adolescenten ontwikkelde ADP.

Verder blijkt dat kinderen met ODD en CD veel meer kans hebben op aanwezigheid van nog andere comorbide stoornissen, zoals ADHD, depressie en angststoornissen (Stringaris, Maughan, & Goodman, 2010). Hiernaast is er onderzoek gedaan naar de temperamentstrekken emotionaaliteit, socialiteit en activiteit als voorspeller van comorbide stoornissen. Er bleken 2 patronen te bestaan: emotionaaliteit bleek sterk verbonden met emotionele stoornissen bij jongeren met ODD en activiteit was juist een voorspeller van ADHD (Stringaris, Maughan, & Goodman, 2010).

2.3 Definitie van algemene adaptieve vaardigheden

Dit onderzoek richt zich op de adaptieve vaardigheden van de adolescenten met ODD of CD. Adaptief gedrag is 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 (Sparrow et al., 2005; Satler & Hoge, 2006). Volgens Sparrow et al. (2005) is adaptief gedrag leeftijdgerelateerd. Normaal gesproken nemen deze vaardigheden toe naarmate het kind ouder wordt. Het adaptief gedrag wordt bepaald door de verwachtingen en eisen van andere mensen. Als laatste wordt het gedefinieerd door alledaags gedrag, niet door mogelijkheden. Bij het adaptief functioneren gaat het om de competenties en vaardigheden om leeftijdsgebonden dagelijkse ontwikkelingstaken adequaat uit te kunnen voeren (Slot & Spanjaard, 2009). Het zijn de vaardigheden die jeugdigen zich in de kindertijd en tijdens de adolescentie eigen dienen te maken om als volwassene actief en constructief aan de samenleving deel te kunnen nemen. De vaardigheden die een adolescent tussen de 12 en 21 jaar eigen moeten maken zijn het minder afhankelijk worden van ouders en het bepalen van een eigen plaats, kennis en vaardigheden opdoen om een keuze te maken ten aanzien van werk/school, het ondernemen van activiteiten zonder verplichtingen, het creëren van een eigen woon- en leerplek met huisgenoten, het accepteren van autoriteiten en instanties, het zorgen voor eigen gezondheid en uiterlijk, het aangaan en onderhouden van vriendschappen en grenzen en relaties met intimiteit en seksualiteit (Slot & Spanjaard, 2009).

2.4 Aanpassingsproblemen bij ODD/CD

We beperken ons in dit onderzoek tot vier hoofdgebieden van de hiervoor genoemde algemene adaptieve vaardigheden: omgang met leeftijdsgenoten, omgang met ouders, volwassenen en gezag, school/werk en toekomst en autonomie en zelfsturing. Deze zijn gericht op het sociaal en persoonlijk functioneren. Met de Vineland Screener (VABS) is al eerder onderzoek gedaan naar adaptief gedrag bij kinderen/jeugdigen met ODD/CD. De VABS onderzoekt de vaardigheden echter op alle gebieden, inclusief motoriek. Adolescenten met ODD en CD hebben meer tekorten in adaptieve vaardigheden dan adolescenten zonder stoornis (Clark, Prior, & Kinsella, 2002).

Wat betreft de *omgang met leeftijdsgenoten* is bekend dat er bij jongeren met CD weinig empathie of zorgen aanwezig zijn en dat ze daardoor minder gevoelens hebben voor het welbevinden van anderen (APA, 2000). Hierdoor hebben ze soms moeite met de omgang met leeftijdsgenoten. Het blijkt dat agressieve jongeren vaker negatieve interacties hebben (Clark, Prior, & Kinsella, 2002). Zoals al eerder besproken in de inleiding hebben deze jongeren een ‘verstoorde’ mentalisatie (Ha, Sharp, & Gooyer, 2011). Hierdoor zullen ze situaties anders opvatten en op een agressievere manier reageren (Coy, Speltz, deKlyen, & Jones, 2002). Ze hebben minder probleemoplossingsvaardigheden dan normale kinderen. Ze laten minder vaardigheden zien in testen die de Theory of Mind meten en hebben meer moeite met communicatie en socialisatie (Happe & Frith, 1996; Ha, Sharp, & Gooyer, 2011). Wat betreft de

communicatie gaat het om het receptieve proces: ze begrijpen situaties vaak verkeerd, maar kunnen wel adequaat taal produceren. Ze interpreteren situaties vaker als negatief en bedreigend met als gevolg dat ze minder sociaal adequaat reageren. Een verklaring voor het verkeerd interpreteren en reageren op een situatie kan worden verklaard aan de hand van het Social Information Processing model (Dogde & Tomlin, 1987). Wanneer een kind wordt geconfronteerd met een sociale situatie ontstaan er een aantal stappen voordat de reactie plaatsvindt. Deze stappen zijn: 1 het coderen van interne en externe signalen (sensatie, perceptie, aandacht), 2 de interpretatie en mentale representatie van het signaal, 3 doel bepalen, 4 toegang tot verschillende reacties, 5 keuze van reactie en 6 het uiteindelijke gedrag (evaluatie van reactie van peers). Kinderen komen tot een sociale interpretatie bij de eerste twee stappen. Ze focussen zich op bepaalde signalen in deze sociale situatie. Dit staat al in hun sociale schema's van eerdere ervaringen (mentale structuur aan de hand van eerder ervaringen). De biologische kenmerken, regels, sociale kennis en een 'database' van herinneringen en ervaringen uit het verleden hebben invloed op de keuze van een reactie. Bij kinderen met ODD/CD zijn deze ervaringen vaak negatief en pikken ze ook de negatieve signalen op van hun leeftijdsgenoten. Dodge & Tomlin (1987) toonden aan dat agressieve kinderen vaker hun reacties baseren op hun cognitieve schema's (dat wil zeggen dat de informatie die niet gebaseerd was op de signalen die er in de situatie waren, maar echter op hun eigen schema's en ervaringen). Ze zien situaties eerder negatief in en ze hebben een selectieve aandacht. Het doel zal ook sneller negatief worden vastgesteld en zal eerder op agressie aankomen. De evaluatie van de reactie zal ook gunstig worden beoordeeld wanneer het werd opgelost door middel van agressie. Leeftijdsgenoten hebben dus ook veel invloed op de adolescent (Loeber & Hay, 1997).

Wat geldt voor de omgang met leeftijdsgenoten, geldt ook voor de *omgang met ouders, volwassenen en gezag*. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de invloed van ouders op een kind met een disruptieve gedragsstoornis (Semke, Garbacz, Kwon, Sheridan, & Woods, 2010). Een aantal factoren die de agressie in stand kunnen houden zijn: relatie met de moeder, manier van disciplineren, familiestructuur en de risicofactoren (Loeber & Hay, 1997). Ouders ervaren veel stress bij de opvoeding van een kind met ODD of CD. Hierdoor hebben ouders steeds minder vertrouwen in het vermogen van hun kind om goed mee te kunnen komen op school en adequaat te reageren in sociale situaties. Er is voornamelijk veel stress vanwege het gevoel van gemis van gezag over de kinderen (Semke, Garbacz, Kwon, Sheridan, & Woods, 2010). Het verschil in omgangsproblemen tussen leeftijdsgenoten en ouders hangt voornamelijk samen met de gezagsrelatie van de ouders. Adolescenten met ODD of CD hebben moeite met gezag, zoals beschreven in de inleiding. Wanneer het gaat om agressieve situaties, dan hebben de

adolescenten met CD vaak misvattingen over de intenties van anderen (Ha, Sharp, & Gooyer, 2011). Vaak hebben ze geen gevoel van schuld en willen ze anderen de schuld geven van hun daden. Het is ook bekend dat jeugdigen met ODD veel conflicten hebben met hun ouders (Loeber et al., 1993). Ouder en kind komen vaak in een vicieuze cirkel terecht van conflicten en discussies.

Er zijn een aantal factoren die agressie gedurende de leeftijd in stand kunnen houden: cognitie, emoties en temperament (Loeber & Hay, 1997). Binnen de cognitieve factoren wordt gedacht aan lage intelligentie, aandachtsproblemen, beperkt probleemoplossend vermogen en een onevenwichtig gevoel van eigenwaarde. Deze vaardigheden komen ook terug bij het functioneren op school. Wat betreft *school* hebben jeugdigen met ODD en CD vaker achterstanden in de academische vaardigheden (Kuhne, Schachar, & Tannock, 1997). Deze vaardigheden bestaan uit lezen, spelling en rekenen. Voornamelijk de comorbiditeit met ADHD geeft meer problemen op de academische vaardigheden. Kinderen met CD hebben lagere scores op de academische vaardigheden dan kinderen met ODD (Kuhne, Schachar, Tannock, 1997). Verder lijken delinquenten iets lager te scoren op intelligentietesten. Dit is ongeveer 8 punten lager op het IQ, in vergelijking met niet-delinquenten (Lynam, Moffit, & Stouthamer-Loeber, 1993). Het lagere IQ is vooral terug te vinden bij het verbale IQ (VIQ) en het totale IQ (TIQ). Adolescenten spijbelen vaker van school, waardoor ze meer achterop raken. Ze hebben slechtere verbale vaardigheden wat negatief kan zijn voor de schoolse vaardigheden (Gilmour, Hill, Place, & Skuse, 2004). Ongeveer een derde van de adolescenten met CD heeft moeite met het plannen en organiseren van hun schoolwerk: ook wel het executief functioneren genoemd (Närhi, Lehto-Salo, Ahonen, & Marttunen, 2010). Door problemen op deze gebieden ontstaat er vaak een ontevreden gevoel over school (Cornwall & Bawden, 1992). Zo kunnen er problemen in de zelfbeheersing ontstaan met als gevolg het falen op school. Ook blijkt dat de sociale problemen effecten hebben op de motivatie van het naar school gaan. Onderzoek naar antisociaal/agressief gedrag toont aan dat juist hun gedrag leidt tot het onderpresteren op school. Het mislukken in maken van huiswerk en het missen van interesse in school zorgt voor meer negatieve gedachten en verminderde motivatie (Cornwall & Bawden, 1992). Adolescenten met ODD hebben gedurende hun schooljaren last van een laag zelfwaarde en een lage frustratietolerantie dat voor veel problemen kan zorgen (Cornwall & Bawden, 1992).

Naast school kunnen de *toekomstplannen* van deze adolescenten heel anders uitpakken dan van normale adolescenten. Doordat adolescenten met ODD of CD door hun agressieve gedrag en gemis aan adaptieve vaardigheden eerder in contact komen met andere delinquente jeugdigen en sneller het ‘verkeerde’ of criminele pad op opgaan (Pardini & Paula, 2010), is er

tevens een groter risico dat ze daarmee geassocieerd probleemgedrag vertonen, zoals overmatig roken, drinken en drugs gaan gebruiken (APA, 2000). Daarnaast ontwikkelen ze vaker internaliserende/sociale problemen, waardoor ze meer risico lopen om sociaal geïsoleerd te raken en afgewezen te worden door de maatschappij (Pardini & Paula, 2010).

Naar verwachting van de andere gebieden van adaptieve vaardigheden zullen er ook tekorten zijn op de *autonomie en zelfsturing*. Adolescenten met ODD of CD zullen meer moeite hebben met het correct aansturen van zichzelf en het hebben van autonomie. Door het gebruik van hun negatieve schema's zullen ze situaties niet goed overdenken en eerder een negatief doel voor ogen hebben (Crick & Dogde, 1994). Daardoor is het voor hen minder vanzelfsprekend om rekening te houden met anderen en hebben ze niet echt een beeld van wat ze wel of niet kunnen. Hier moet nog meer onderzoek naar worden gedaan.

Samenvattend kan het volgende worden geconcludeerd:

Er is in enige mate onderzoek gedaan naar de adaptieve vaardigheden van adolescenten met ODD en CD. Daarbij komen aanwijzingen naar voren dat er op een aantal belangrijke ontwikkelingsgebieden tekorten in de adaptieve vaardigheden kunnen voordoen, zoals disruptieve stoornissen in de relaties met leeftijdsgenoten, problemen op het gebied van gezag, de school/werkhouding, de toekomstgerichtheid, evenals op het gebied van autonomie en zelfsturing. Deze aspecten zijn echter nog niet systematisch in hun onderlinge samenhang onderzocht en ook niet expliciet uitgesplitst onderzocht naar ODD, CD en ODD/CD.

De adolescenten leiden vaak onder het gemist van deze vaardigheden en daarom is het van belang dat er vroegtijdig wordt onderzocht en gesignaleerd, zodat deze vaardigheden op jonge leeftijd kunnen worden aangepakt. In de volgende hoofdstukken zullen we aan de hand van het empirisch onderzoek een beeld trachten te schetsen van welke vaardigheidstekorten het precies betreft.

3. Methode

3.1 Onderzoeksvragen

De algemene onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt: *Welke verschillen in adaptieve vaardigheden vertonen adolescenten van 12-18 jaar met de ontwikkelingsstoornissen ODD, CD en ODD in combinatie met CD?*

Deze algemene vraag zal worden beantwoord door de volgende vijf deelvragen te beantwoorden door middel van cross-sectioneel onderzoek:

1. Welke verschillen zijn er tussen adolescenten met ODD, CD, ODD/CD en adolescenten zonder ontwikkelingsstoornissen wat betreft hun omgangsvaardigheden met leeftijdgenoten?
2. Welke verschillen zijn er tussen adolescenten met ODD, CD, ODD/CD en adolescenten zonder ontwikkelingsstoornissen wat betreft hun omgangsvaardigheden met ouders, volwassenen en gezag?
3. Welke verschillen zijn er tussen adolescenten met ODD, CD, ODD/CD en adolescenten zonder ontwikkelingsstoornissen wat betreft school/werkhouding en toekomstgerichtheid?
4. Welke verschillen zijn er tussen adolescenten met ODD, CD, ODD/CD en adolescenten zonder ontwikkelingsstoornissen wat betreft autonomie en zelfsturing?
5. In hoeverre spelen leeftijd en sekse bij het bovenstaande een rol?

3.2 Procedure

De data is verzameld bij het regulier/speciaal basis- en voortgezet onderwijs in alle provincies in Nederland. De scholen werden telefonisch of via e-mail benaderd met het verzoek of brieven betreffende het onderzoek mochten worden verspreid onder de leerlingen. De brieven waren gericht aan ouders. Hierin werden ze verzocht mee te doen aan een onderzoek waarbij de sterke en zwakke kanten van het kind in beeld werden gebracht. Er werd gevraagd of beide partners en het kind, indien 9 jaar oud, de vragenlijsten onafhankelijk van elkaar konden invullen. Daarbij werd ook gevraagd deze lijst twee weken later weer in te vullen, voor de betrouwbaarheid van het onderzoek. De vragenlijst werd vervolgens via internet ingevuld, waarbij de instructies voor het invullen in de brief werden aangegeven. De ouders werden op de hoogte gesteld dat de deelname vrijwillig was en dat de gegevens anoniem en vertrouwelijk werden verwerkt. Bij vragen of opmerkingen konden ouders terecht bij de coördinator van het onderzoek aan de Universiteit.

3.3 Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit een steekproef van 374 adolescenten tussen de 12-18 jaar oud wonend in Nederland (alle regio's zijn vertegenwoordigd behalve Groningen en Friesland) met hun ouders als respondenten. Aan het onderzoek doen 174 meisjes (46,5%) en 200 jongens (53,5%) mee. De gemiddelde leeftijd van de jeugdigen is 14,2 ($SD=1.51$). Van hen zit 30 (8%) op het basisonderwijs, 87 (23,3%) op het V(MBO), 216 (57,8%) op havo/VWO, 10 (2,7%) op het praktijkonderwijs en 31 (8,3%) elders op school. In de onderzoeksgroep hebben 25 jeugdigen ODD (6,7%). 11 jeugdigen CD (2,9%) en 43 jeugdigen ODD en CD (11,5%). 295 (78,5%) jeugdigen hebben geen ontwikkelingsstoornis.

3.4 Meetinstrumenten

Adaptieve Vragenlijst voor Jeugdigen

Om de adaptieve vaardigheden te onderzoeken wordt gebruik gemaakt van de Adaptieve Vragenlijst voor Jeugdigen (AVJ). Dit is een experimentele vragenlijst om het niveau van de algemene adaptieve vaardigheden bij jeugdigen te bepalen (Scholte & van de Ploeg, 2010). Er zijn twee vragenlijsten: voor ouders en voor de jeugdige zelf, indien 9 jaar of ouder. De vragenlijsten worden via internet ingevuld. De AVJ bevat 40 vragen over het gedrag van kinderen en jongeren op vier gebieden: omgang met leeftijdsgenoten, omgang met ouders, volwassenen en gezag, school/werk en toekomst en autonomie en zelfsturing. De vragen worden 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 verwijzen naar adequatere algemene vaardigheden. In dit onderzoek is alleen gebruik gemaakt van de rapportages van ouders. Omdat het een experimenteel instrument is, zijn er nog geen gegevens bekend over betrouwbaarheid of validiteit. Een indruk van de betrouwbaarheid van de schalen wordt in dit onderzoek verkregen door de Cronbach Alpha van de schalen te berekenen.

Sociaal-Emotionele Vragenlijst

Voor het meten van de sociaal-emotionele ontwikkeling en het vaststellen van een eventuele ontwikkelingsstoornis is de Sociaal-Emotionele Vragenlijst (SEV) afgenomen. De SEV is een gedragsbeoordelingslijst om te bepalen in hoeverre kinderen in de leeftijd van 4-18 problemen vertonen in hun sociaal-emotionele ontwikkeling (Scholte & van der Ploeg, 2007). De specifieke vormen die worden onderscheiden zijn: aandachtstekort en hyperactiviteit, sociale gedragsproblematiek, angst en stemmingsverstoord gedrag en autistisch gedrag. De SEV bestaat uit 72 vragen over gedragsproblemen op deze vier gebieden. De subschaal aandachtstekort en

hyperactiviteit wordt opgedeeld in: aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit. De subschaal sociale gedragsproblemen wordt opgedeeld in: oppositioneel-opstandig gedrag, agressief gedrag en antisociaal gedrag. De subschaal angstig en stemmingsverstoring gedrag wordt opgedeeld in: angstig gedrag in het algemeen, sociaal-angstig gedrag en angstig-depressief gedrag. De subschaal autistisch gedrag wordt niet opgedeeld. De SEV wordt ingevuld door ouders of door leerkrachten. De vragenlijst bestaat uit een vijfpunts Likert-schaal van (0) het gedrag komt niet voor tot (4) het gedrag komt zeer vaak of dagelijks voor. De scores van de subschalen worden verkregen door de scores van de subvragen op te tellen.

Om de testcores met een empirische norm te vergelijken zijn er normtabellen opgesteld op basis van aselechte steekproeven van kinderen uit de algemene jeugdbevolking. De interne consistentie van de verschillende schalen ligt rond de .80 en hoger, wat betekent dat de betrouwbaarheid goed is (Leary, 2008; Scholte & van der Ploeg, 2007). Ook de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen moeder en vader en duo's van leerkrachten ligt tussen de .70 en de .80, wat een goede betrouwbaarheid weergeeft. De test-hertestbetrouwbaarheid is na 4-5 weken goed met een score van .80. De betrouwbaarheid is door de COTAN beoordeeld als goed. Ook de criteriumvaliditeit en de constructvaliditeit zijn volgens de COTAN goed.

In het onderzoek wordt de SEV gebruikt om de adolescenten te classificeren als jeugdigen met ODD, CD, ODD/CD en jeugdigen zonder stoornis. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de volgende SEV-subschalen: jeugdigen met oppositioneel-opstandig gedrag vallen in de categorie 'ODD', jeugdigen met agressief gedrag en antisociaal gedrag in de categorie 'CD' en wanneer op alle drie de schalen kenmerken aanwezig zijn vallen jeugdigen in de categorie 'ODD/CD'. De grens van de SEV-normgroep waarbij de adolescenten in de risicogroep vallen is bij dit onderzoek het 80^e percentiel

3.5 Data-inspectie

Bij de univariate data-inspectie wordt gekeken naar missende waarden, de verdeling van de normaliteit van de variabelen, de uitbijters en naar de beschrijvende waarden van de variabelen zoals gemiddelden, minimum, maximum (Moore & McCabe, 2006). De missende waarden kunnen worden verwijderd, indien ze weinig toevoegen aan de data. Ze kunnen ook in de data gehouden worden en niet worden meegenomen bij het toetsen. Bij de uitbijters wordt er bekeken wat de invloed is op het gemiddelde en of deze uitbijters interessant zijn om te onderzoeken. Toetsen zullen met en zonder uitbijters worden uitgevoerd. Uitbijters kunnen worden verwijderd indien ze niets toevoegen aan het onderzoek. Ook kunnen de uitbijters worden getransformeerd,

wanneer de data erg scheef is. De derde optie is de score van de uitbijter aanpassen. Aan de hand van histogrammen, Q-Q plots en boxplots zal gecheckt worden of de variabelen normaal verdeeld zijn. Daarnaast kan dit ook worden gedaan door te kijken naar de scheefheid en gepiektheid en de kolmogorov-smirnov test. Verder zal er worden gekeken naar de gelijkheid van varianties (homogeniteit) door middel van de Levene's test. Wanneer het aantal respondenten voldoende groot is (meer dan 100) zullen er parametrische toetsen worden uitgevoerd (Moore & McCabe, 2006).

3.6 Statistische analyse

Aan de hand van een *drieweg variantieanalyse* (ANOVA) worden de deelvragen beantwoord. De volgende drie onafhankelijke variabelen of factoren worden gebruikt: leeftijd (verdeeld in 2 categorieën: vroege adolescentie (12-15 jaar) en late adolescentie (15-18 jaar)), sekse (man/vrouw) en stoornis (normaal, ODD, CD en ODD/CD). De drieweg ANOVA zal 4 keer uitgevoerd worden: voor elke schaal van de AVJ apart. Daarbij zal gekeken worden naar de hoofdeffecten en de 1^e en 2^e orde interactie-effecten. Wanneer er sprake is van een hoofdeffect, zal aan de hand van Bonferroni post-hoc toets worden nagegaan door welke variabelen categorieën dit effect precies bepaald wordt. Ook zullen de effectgroottes worden berekend aan de hand van de partial eta squared. Deze geeft aan hoe sterk de relatie is tussen de afhankelijke en de onafhankelijke variabele, gecontroleerd voor andere onafhankelijke variabelen.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken van de analyses die zijn gedaan met betrekking tot de 5 onderzoeksvragen. Als eerst zal de data worden beschreven en daarna zal worden ingegaan op de statistische toetsen. Deze bestaat uit een drieweg-variantieanalyse.

4.1 Beschrijvende data

Numerieke variabelen

In tabel 1 staat de beschrijvende statistiek van de numerieke data die wordt gebruikt in het onderzoek. Het gemiddelde van de schaal autonomie en zelfsturing is het laagste ($M= 3.54$, $SD=0.73$) en het gemiddelde van de schaal omgang met ouders, volwassenen en gezag het hoogste ($M=3.76$, $SD= 0.66$). De gemiddeldes liggen echter dicht bij elkaar. In de data waren er verschillende missende waarden aanwezig op de SEV, waarvan ouders wel de AVJ hadden ingevuld. Deze zijn uit de data verwijderd, omdat er dan geen classificatie van de stoornis kon worden gemaakt. Daarnaast zijn de respondenten die een andere stoornis hadden ook uit de data verwijderd, omdat er binnen dit onderzoek wordt vergeleken met adolescenten zonder stoornis. Dit is gedaan voor autisme, ADHD, angst en depressie. Wanneer de respondenten met deze stoornissen ook ODD of CD hadden, zijn deze niet uit de data verwijderd.

Tabel 1. *Beschrijving van gegevens van de numerieke data*

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>Sd</i>	<i>ZSkewness</i>	<i>ZKurtosis</i>
Omgang leeftijdsgenoten	374	1.10	5.00	3.75	0.75	- 6.28	2.64
Omgang ouders, volwassenen en gezag	374	1.70	5.00	3.76	0.66	- 4.00	0.42
School, werk en toekomst	374	1.10	5.00	3.68	0.70	- 4.00	0.16
Autonomie en zelfsturing	374	1.20	5.00	3.54	0.73	- 3.85	0.13

Noot: $Z_{\text{scheefheid}} = \text{scheefheid/standaardmeetfout}$;

$Z_{\text{kurtosis}} = \text{kurtosis/standaardmeetfout}$

Om de toetsen uit te voeren is bij de numerieke variabelen gekeken naar de normaliteit. Dit is gedaan aan de hand van histogrammen/Q-Q plots, scheefheid, gepiekttheid en de Kolmogorov-smirnov test. In Tabel 1 is te zien dat de variabelen allemaal scheef verdeeld zijn. Echter geven de Q-Q plots en de histogrammen aan dat ze wel bij benadering normaal verdeeld zijn. De

Kolmogorov-smirnov test geeft op alle variabelen een significantie aan van $p < .001$. Echter is deze test heel gevoelig en geeft snel significante resultaten weer. Bij de vier schalen van de AVJ zijn uitbijters te zien. De uitbijters hebben weinig invloed op de normaliteit van de variabelen. De uitbijters zullen in de data blijven, omdat deze juist interessant zijn om te onderzoeken. Vanwege de grootte van de onderzoeksgroep ($N=374$), worden de parametrische toetsen uitgevoerd.

Categorische variabelen

Sekse, comorbiditeit en leeftijd zijn de categorische variabelen. Het aantal mannen is 200 (53,5%) en het aantal vrouwen is 174 (46,5%). Voor de variabele comorbiditeit is het aantal zonder stoornis 295 (78,9%), het aantal met ODD 25 (6,7%), het aantal met CD 11 (2,9%) en het aantal met ODD/CD 43 (11,5%). De numerieke variabele leeftijd is verdeeld in 2 groepen: groep 1 is 12-15 jaar oud (60,2%) en groep 2 is 15-18 jaar oud (39,8%). Het betreft hier dus de vroeg- en late adolescenten.

4.2 Data analyse

Voordat de toetsen kunnen worden uitgevoerd, wordt eerst de Bonferroni correctie toegepast om de kans op type 1 fout te verkleinen. De drieweg-variantieanalyse wordt vier keer uitgevoerd dus de alpha zal: $0.05/4 = 0.0125$ worden.

4.2.1 Omgang met leeftijdsgenoten

Welke verschillen zijn er tussen adolescenten met ODD, CD, ODD/CD en adolescenten zonder ontwikkelingsstoornissen wat betreft hun omgangsvaardigheden met leeftijdgenoten?

De Levene's test toont een significante uitkomst van $p = .002$ en dat betekent dat er verschillen zijn in variantie. Gelijkheid in variantie is een voorwaarde voor het uitvoeren van een ANOVA. Dit betekent dat de toetsuitslag met enig voorbehoud moet worden gezien. In Tabel 2 is te zien dat er een hoofdeffect is voor comorbiditeit: $F(3, 374) = 48.651$, $p < .001$. Leeftijd en sekse hebben geen significant effect wat betreft de adaptieve vaardigheden op het gebied van de omgang met leeftijdsgenoten. Er zijn ook geen interactie-effecten aanwezig. Het effect van comorbiditeit is groot met een partial eta squared van 0.289. Voor leeftijd is het effect klein namelijk 0.06 en voor sekse is het 0.01.

Tabel 2. *Drieweg-variantieanalyse omgang met leeftijdsgenoten*

	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Comorbiditeit	49.83	3	16.461	48.651	.000
Leeftijd	.703	1	.703	2.078	.150
Sekse	1.271	1	1.271	3.757	.053
Comor * Leeftijd	.802	3	.267	.790	.500
Comor * Sekse	1.265	3	.422	1.246	.293
Leeftijd * Sekse	.124	1	.124	.367	.545
Comor * Leeftijd * Sekse	1.593	2	.797	2.354	.096
Totaal	5472.231	374			

Aan de hand van de Bonferroni post-hoc toets wordt nagegaan door welke variabelen categorieën dit effect precies bepaald wordt. De variabelen ODD, CD en ODD/CD verschillen allemaal significant ($p < .001$) van de adolescenten zonder ontwikkelingsstoornis. Dit betekent dat adolescenten zonder een ontwikkelingsstoornis hogere scores behalen op de schaal dan adolescenten met een indicatie van symptomen ODD, CD of ODD/CD. Adolescenten zonder stoornis vertonen meer adaptieve vaardigheden in omgang met leeftijdsgenoten. ODD en CD verschillen onderling niet significant ($p = 1.0$). Het verschil tussen het hebben van ODD of CD heeft dus weinig invloed op deze adaptieve vaardigheden. Ook verschillen ODD en CD niet significant van ODD/CD met $p = .026$ en $p = 3.880$. Wanneer er wordt gekeken naar de gemiddeldes van variabelen is te zien in Tabel 3 dat de adolescenten zonder stoornis gemiddeld 3.99 scoren, waarmee de scores aan de positieve kant (mee eens) van het schaalgemiddelde van 3 van de vijfpuntsschaal van de AVJ vallen. Adolescenten met ODD/CD scoren gemiddeld 2.67. Bij hen vallen de scores gemiddeld aan de negatieve kant (niet mee eens) van het schaalgemiddelde van de AVJ. Bij de adolescenten met ODD, respectievelijk CD, vallen de scores gemiddeld rond het schaalgemiddelde van de AVJ (neutraal).

Tabel 3. *Gemiddelde scores op schaal omgang leeftijdsgenoten*

	Gemiddelde behaalde score op de schaal	N
Niet	3.99	295
ODD	3.09	25
CD	3.04	11
ODD/CD	2.67	43

4.2.2 Omgang met ouders, volwassenen en gezag

Welke verschillen zijn er tussen adolescenten met ODD, CD, ODD/CD en adolescenten zonder ontwikkelingsstoornissen wat betreft hun omgangsvaardigheden met ouders, volwassenen en gezag?

De Levene's test toont een niet significante uitkomst van $p = .438$. Er is dus sprake van gelijkheid van varianties. Er is een significant hoofdeffect gevonden voor comorbiditeit $F(3, 374) = 84.661, p < .001$. Dit effect is groot met een partial eta squared van .406. Zoals te zien is in Tabel 4 hebben leeftijd en sekse geen significante effect bij de AVJ-schaal 'omgang met ouders, volwassenen en gezag'. De effectgroottes waren beide klein namelijk .007 voor leeftijd en .000 voor sekse. Ook zijn er geen interactie-effecten aanwezig.

Tabel 4. *Drieweg-variantieanalyse omgang met ouders, volwassenen en gezag*

	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Comorbiditeit	58.178	3	19.393	84.661	.000
Leeftijd	.638	1	.638	2.685	.102
Sekse	.009	1	.009	.038	.847
Comor * Leeftijd	1.143	3	.381	1.605	.188
Comor * Sekse	.064	3	.021	.090	.966
Leeftijd * Sekse	.048	1	.048	.203	.653
Comor * Leeftijd * Sekse	.268	2	.134	.565	.569
Totaal	5464.361	374			

Ook hier wordt de Bonferroni post-hoc toets uitgevoerd voor de variabele comorbiditeit. Hieruit blijkt dat de adolescenten zonder stoornis significant verschillen van ODD, CD en van ODD/CD met $p < .001$. Dit betekent dat adolescenten zonder een ontwikkelingsstoornis hogere scores behalen dan adolescenten met een indicatie van symptomen ODD, CD of ODD/CD. Ze vertonen dus meer adaptieve vaardigheden in omgang met ouders, volwassenen en gezag. ODD verschilt significant van ODD/CD met $p < .001$. CD verschilt niet significant van ODD ($p = .920$) en niet van ODD/CD ($p = .092$). Het verschil in omgangsvaardigheden met ouders bij jeugdigen ODD of CD lijkt dus niet groot te zijn. Het verschil tussen adolescenten met ODD en de comorbide stoornis ODD/CD is echter wel groot. Dit is ook terug te zien in Tabel 5 waarbij adolescenten met ODD/CD gemiddeldes behalen aan de negatieve kant (niet mee eens) en de adolescenten zonder stoornis gemiddeldes behalen aan de positieve kant (mee eens). Bij de adolescenten met

ODD, respectievelijk CD, vallen de scores gemiddeld rond het schaalgemiddelde van de AVJ (neutraal).

Tabel 5. *Gemiddelde scores op schaal omgang ouders, volwassenen en gezag*

	Gemiddelde behaalde score op de schaal	N
Niet	3.99	295
ODD	3.32	25
CD	3.06	11
ODD/CD	2.66	43

4.2.3 School, werk en toekomst

Welke verschillen zijn er tussen adolescenten met ODD, CD, ODD/CD en adolescenten zonder ontwikkelingsstoornissen wat betreft school/werkhouding en toekomstgerichtheid?

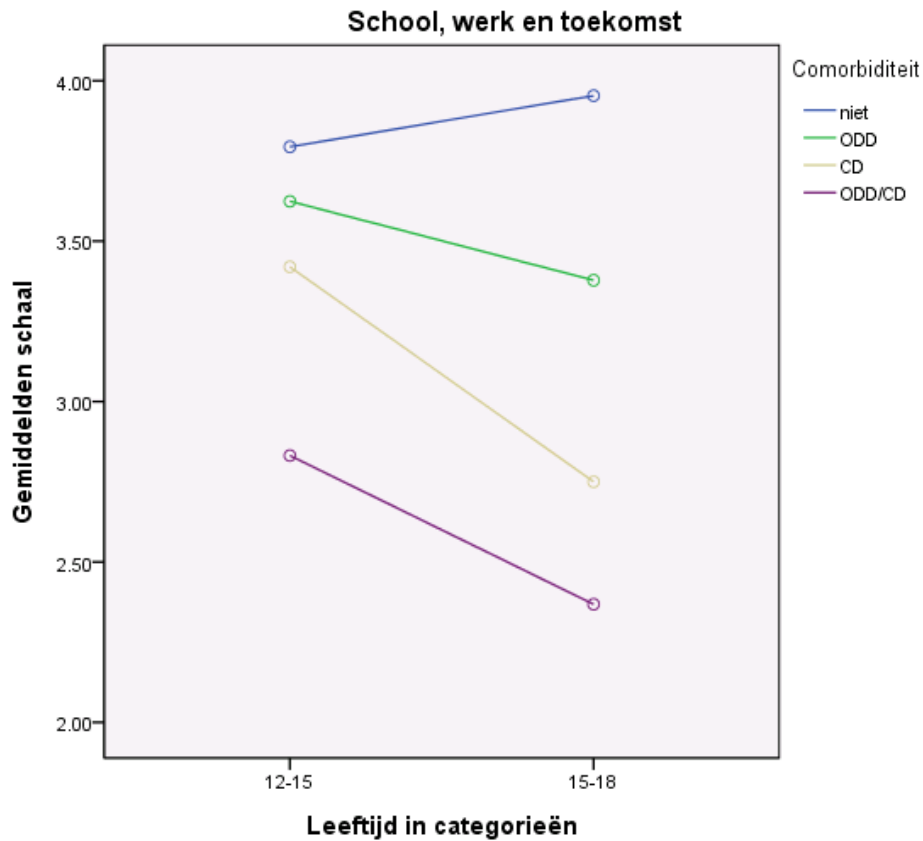
De Levene's test toont een niet significante uitkomst van $p = .824$. Er is dus sprake van gelijkheid van varianties. Er is een significant hoofdeffect gevonden voor comorbiditeit $F(3, 374) = 45.908, p < .001$. Dit effect is groot met een partial eta squared van .277. Zoals te zien in Tabel 6 hebben leeftijd en sekse geen invloed de adaptieve vaardigheden wat betreft school, werk en toekomst. De effectgrootte van leeftijd is .011 en van sekse is het .000, wat zeer klein is.

Tabel 6. *Drieweg-variantieanalyse school, werk en toekomst*

	SS	df	MS	F	P
Comorbiditeit	46.511	3	15.504	45.908	.000
Leeftijd	1.314	1	1.314	3.89	.049
Sekse	.028	1	.028	.083	.774
Comor * Leeftijd	3.417	3	1.139	3.373	.019
Comor * Sekse	1.528	3	.509	1.508	.212
Leeftijd * Sekse	.007	1	.007	.020	.888
Comor * Leeftijd * Sekse	1.314	2	.657	1.946	.144
Totaal	5264.317	374			

Er lijkt een interactie-effect te zijn tussen de variabelen comorbiditeit en leeftijd, echter na de Bonferroni correctie resulterend in een alpha van $p < .0125$ is deze niet meer significant ($p = .019$). In Grafiek 1 is te zien dat er een hoofdeffect is voor comorbiditeit: de lijnen liggen boven

elkaar. Verder toont het figuur dat hoe hoger de leeftijd, hoe sterker de gemiddeldes dalen voor de adolescenten met stoornis (ODD, CD en ODD/CD). Voor adolescenten zonder stoornis is dit precies het tegenovergestelde en stijgt de lijn, bij een toename van de leeftijd. Dit betekent dat de oudere adolescenten zonder stoornis over meer adaptieve vaardigheden beschikken op het gebied van school, werk en toekomst dan de jongere. Bij oudere adolescenten met een stoornis blijken deze adaptieve vaardigheden juist minder te zijn dan bij de jongere adolescenten.



Figuur 1. Interactie-effect comorbiditeit en leeftijd

Na het uitvoeren van de Bonferroni post-hoc toets voor de variabele comorbiditeit is te zien dat de adolescenten zonder stoornis significant verschillen van CD en van ODD/CD ($p < .001$). Voor adolescenten met de indicatie van symptomen van ODD was hier geen significant verschil aanwezig ($p = .063$). Adolescenten met ODD vertonen dus in ongeveer gelijke mate adaptieve vaardigheden wat betreft school, werk en toekomst als adolescenten zonder stoornis. ODD verschilt alleen significant van ODD/CD met $p < .001$. Dit is ook terug te zien in de verschillen van de gemiddeldes in Tabel 7 waarbij ODD een stuk hoger gemiddelde heeft dan CD of ODD/CD. ODD behaalt een gemiddelde score aan de positieve kant van de schaal.

Tabel 7. *Gemiddelde scores op schaal school, werk en toekomst*

	Gemiddelde behaalde score op de schaal	N
Niet	3.86	295
ODD	3.55	25
CD	3.05	11
ODD/CD	2.71	43

4.2.4 Autonomie en zelfsturing

Welke verschillen zijn er tussen adolescenten met ODD, CD, ODD/CD en adolescenten zonder ontwikkelingsstoornissen wat betreft autonomie en zelfsturing?

De Levene's test toont een niet significante uitkomst van $p = .452$. Er is dus sprake van gelijkheid van varianties. Er is een significant hoofdeffect gevonden voor comorbiditeit $F(3, 374) = 76.555, p < .001$. Dit effect is groot met een partial eta squared van .390. In Tabel 8 is te zien dat leeftijd en sekse weer geen invloed hebben op de adaptieve vaardigheden wat betreft autonomie en zelfsturing. De effectgroottes zijn zeer klein, beide zijn .001. Er is geen interactie-effect voor comorbiditeit, leeftijd en sekse.

Tabel 8. *Drieweg-variantieanalyse autonomie en zelfsturing*

	SS	df	MS	F	P
Comorbiditeit	67.512	3	22.504	76.555	.000
Leeftijd	.068	1	.068	.231	.631
Sekse	.074	1	.074	.252	.616
Comor * Leeftijd	.634	3	.211	.719	.541
Comor * Sekse	.655	3	.218	.743	.527
Leeftijd * Sekse	.027	1	.027	.091	.763
Comor * Leeftijd * Sekse	.453	2	.226	.464	.464
Totaal	4889.874	374			

Na het uitvoeren van de Bonferroni post-hoc toets voor de variabele comorbiditeit is te zien dat adolescenten zonder ontwikkelingsstoornis significant verschillen van adolescenten met indicatie van symptomen ODD, CD en ODD/CD (allen $p < .001$). ODD en CD verschillen niet significant van elkaar met $p = .407$. ODD en ODD/CD verschillen wel significant van elkaar met $p < .001$. Dit is terug te zien in Tabel 9, waarbij CD en ODD/CD een lager gemiddelde heeft dan ODD en zonder stoornis.

Tabel 9. *Gemiddelde scores op autonomie en zelfsturing*

	Gemiddelde behaalde score op de schaal	N
Niet	3.78	295
ODD	3.13	25
CD	2.77	11
ODD/CD	2.35	43

4.2.5 Sekse en leeftijd

Uit de voorgaande drieweg-variantieanalyses blijkt dat de variabelen leeftijd en sekse bij geen van de adaptieve vaardigheidsschalen significante hoofd- en/of interactie-effecten hebben. Jongens behalen ongeveer dezelfde gemiddeldes als meisjes en of de jeugdige zich in de fase van de vroege- of late adolescentie bevindt, heeft ook geen invloed op het niveau van de algemene adaptieve vaardigheden.

5. Conclusie en discussie

5.1 Conclusie en discussie van de onderzoeksresultaten

In deze studie is onderzoek gedaan naar de algemene adaptieve vaardigheden van adolescenten van 12-18 jaar met ODD, CD of ODD gecombineerd met CD in vergelijking met adolescenten zonder een ontwikkelingsstoornis. Naar voren kwam dat adolescenten met een indicatie van symptomen van ODD, CD of ODD/CD minder algemene adaptieve vaardigheden hebben. Dit effect was het meest uitgesproken bij adolescenten met ODD gecombineerd met CD.

In de eerste deelvraag werden de adaptieve vaardigheden op het gebied van contact met leeftijdsgenoten onderzocht. Adolescenten met een ontwikkelingsstoornis (ODD, CD of ODD/CD) waren op dit gebied minder vaardig dan adolescenten zonder stoornis. Er is geen verschil gevonden in het hebben van ODD of CD, beiden behaalden scores rond het schaalgemiddelde van de AVJ (neutraal). Dit laatste is in contrast met het idee dat de prognose en beloop van CD doorgaans slechter is dan ODD (Biederman et al., 1996). Ook werd verwacht dat adolescenten met CD minder adaptieve vaardigheden zouden hebben wat betreft het interpreteren van sociale situaties, communicatie en socialisatie. Dit zou komen door hun ‘verstoorde mentalisatie’ en de verminderde vaardigheden in de Theory of Mind (Ha, Sharp & Gooyer, 2011). Ze hebben wel significant minder vaardigheden dan adolescenten zonder stoornis, maar zitten echter nog wel rond het schaalgemiddelde. Dit duidt erop dat de sociale en cognitieve schema’s van ervaringen waarschijnlijk positief zijn, waardoor de reactie van deze jongeren gebaseerd is op positievere ervaringen en minder snel op een negatieve of agressieve manier zal worden opgelost. Deze bevinding lijkt in tegenspraak te zijn met de theorie van sociale schema’s (Dodge & Tomlin, 1987). De resultaten kunnen echter wellicht verklaard worden doordat er gebruik is gemaakt van de risicogroep in het 80^e percentiel, waardoor de onderzochte adolescenten niet als klinisch geïdentificeerd konden worden. De adolescenten vertonen hierdoor waarschijnlijk minder probleemgedrag. Er was wel een groot verschil in adaptieve vaardigheden bij ODD/CD in vergelijking met ODD of CD afzonderlijk. Adolescenten zonder stoornis hadden een positief schaalgemiddelde op de AVJ en de adolescenten met ODD/CD hadden een negatief schaalgemiddelde. Eerdere publicaties vermeldden al wel dezelfde resultaten, waarbij op de CBCL op alle schalen hogere scores werden behaald wanneer er sprake was van ODD in combinatie met CD (Biederman et al., 1996).

De tweede deelvraag onderzocht de adaptieve vaardigheden op het gebied van de omgang met ouders, volwassenen en gezag. De vaardigheden op de schalen contact met leeftijdsgenoten en contact met ouders, volwassenen en gezag bleken een sterk overeenkomstig beeld te hebben. Tussen adolescenten met ODD of CD was geen verschil in vaardigheden, terwijl de adolescenten met comorbide ODD/CD over de minste adaptieve vaardigheden beschikten. Er werd verwacht dat adolescenten met ODD en CD veel moeite zouden hebben met alle vormen van gezag (Loeber et al., 1993). Voor ODD is dit een van de belangrijkste kenmerken van de stoornis (APA, 2000). Dit is echter niet volledig terug te zien in de resultaten, waarbij adolescenten met alleen ODD of alleen CD rond het schaalgemiddelde van de AVJ scoren (neutraal). Wel laten ze significant minder adaptieve vaardigheden zien dan adolescenten zonder stoornis, die positief scoren op de schaal. Ze hebben dus wel meer moeite met het contact dan adolescenten zonder stoornis, maar scoren hier niet negatief op de schaal. Zoals hiervoor aangegeven werd, zijn de adolescenten met alleen ODD en CD voor een groot deel niet klinisch, waardoor ze minder probleemgedrag laten zien. Wanneer er sprake is van ODD in combinatie met CD zijn de symptomen van beide stoornissen wel in grote mate aanwezig, waardoor ze negatief scoren op de schaal. Wanneer de symptomen van beide stoornissen aanwezig zijn, hebben de adolescenten meer omgangsproblemen, wat kan worden veroorzaakt door de bemoeilijkte gezagsrelatie van ouders of leerkrachten (Semke et al., 2010). De adolescenten hebben vaak misvattingen over de intenties van anderen waardoor ze negatief kunnen reageren (Ha, Sharp, & Gooyer, 2011). Vanaf 12 jaar is er voornamelijk sprake van vermijden van gezag en hier kunnen grote sociale problemen bij ontstaan aangezien ze regelmatig in contact komen met gezag (Loeber et al., 1993).

De derde deelvraag onderzocht de adaptieve vaardigheden op het gebied van school/werk en toekomst. Ook hier bleken de adolescenten met ODD/CD de laagste scores te behalen op de AVJ met een significant verschil met adolescenten zonder stoornis. De adolescenten met CD scoorden gemiddeld, maar wel significant verschillend van de adolescenten zonder stoornis. Het was opvallend dat hier de adolescenten met ODD niet significant verschilden van adolescenten zonder stoornis, maar juist aan de positieve kant van de schaal scoorden. Het is bekend dat adolescenten met ODD en CD vaker academische achterstanden hebben. Hierbij behalen adolescenten met CD vaker lagere scores dan adolescenten met ODD (Kuhne, Schachar, & Tannock, 1997). Dit is terug te zien in de resultaten van het onderzoek. De verklaring voor de positieve resultaten van adolescenten met ODD moet in lijn worden gezien met de vorige resultaten waarbij de adolescenten met ODD vaak het dichtst bij de score van de adolescenten

zonder stoornis scoorden. De adolescenten met ODD hebben dus betere adaptieve vaardigheden wanneer het gaat om school/werk en toekomst dan adolescenten met CD en ODD/CD. Ze zijn in staat om goede schoolprestaties te leveren en zijn meer gericht op hun toekomst.

Er leek een interactie-effect te zijn tussen leeftijd en stoornis, echter was deze niet significant. Dit werd veroorzaakt doordat de alpha verkleind werd. Er kan worden gesproken over een trend, namelijk dat oudere adolescenten met een stoornis beschikken over minder adaptieve vaardigheden dan de jonge adolescenten met een stoornis. Voor adolescenten zonder stoornis was er sprake van het omgekeerde, hoe ouder de adolescent hoe meer vaardigheden deze beschikt. Dit kan worden verklaard doordat oudere adolescenten meer spijbelen en minder gemotiveerd zijn om te werken (Cornwall & Bawden, 1992). Daarnaast zijn ze meer beïnvloedbaar door leeftijdsgenoten, wat negatief kan zijn voor de adaptieve vaardigheden op school en werk. Ook hebben ze een groter risico om afgewezen te worden door de maatschappij, wat negatief kan uitpakken voor het toekomstbeeld van de jongere (Pardini & Paula, 2010).

De vierde deelvraag onderzocht de adaptieve vaardigheden op het gebied autonomie en zelfsturing. De adolescenten met een stoornis behaalden de laagste scores op de adaptieve vaardigheden op dit gebied. Hier bleken ODD/CD en CD beide aan de negatieve kant van de schaal te scoren. Ook hier verschilden ze allen significant van de adolescenten zonder stoornis. Autonomie en zelfsturing zijn blijkbaar een van de lastigste adaptieve vaardigheden die de adolescent eigen moet maken. Het hebben van autonomie en het aansturen van jezelf vereist veel zelfdiscipline waarover deze adolescenten in mindere mate beschikken. Ze missen waarschijnlijk het beeld en het zelfvertrouwen over wat ze wel of niet kunnen (Crick & Dodge, 1994). Dit kan komen door eerdere negatieve ervaringen of negatief commentaar van gezag.

De vijfde deelvraag onderzocht de invloed van leeftijd en sekse op de algemene adaptieve vaardigheden. Leeftijd en sekse bleken geen invloed te hebben op de algemene adaptieve vaardigheden bij adolescenten met ODD, CD of ODD/CD. Ook werden er geen significante hoofd- en/of interactie-effecten gevonden op alle vier de gebieden. Eerdere onderzoeken laten veel verschillende resultaten zien wat betreft sekse. Één van deze resultaten is dat jongens vaak meer problemen vertonen dan meisjes omdat ze frequenter betrokken raken met fysieke agressie en meisjes minder 'conduct problemen' hebben (Maughan et al., 2004). Rond de leeftijd van 13-15 zou er een piek van symptomen van CD moeten zijn volgens Maughan et al. (2004). Toch worden er ook vaak pieken van agressie gevonden rond de leeftijden 13, 15 en 18, wat dus

al meer spreiding laat zien. Een verklaring voor de resultaten wat betreft leeftijd en sekse zijn de genetische- en omgevingsfactoren die het antisociaal gedrag beïnvloeden. Deze factoren zijn verschillend tussen mannen en vrouwen gedurende de kindertijd, maar niet gedurende de adolescentie. Zodra de mannen en vrouwen in de adolescentie komen is de hoeveelheid genetische- en omgevingsinvloeden op hetzelfde niveau, waardoor dit geen invloed meer heeft op het antisociale gedrag. Er is geen kwantitatief sekseverschil in de adolescentie: beide sekse laten evenveel kenmerken van antisociaal gedrag zien. Wanneer er zou worden gekeken naar het verschil in adaptieve vaardigheden in de kindertijd en adolescentie, zal leeftijd waarschijnlijk wel invloed hebben.

In dit onderzoek is een indicatie van invloed van leeftijd gevonden bij de schaal school, werk en toekomst. Dit kan worden verklaard doordat er dan veel invloed is van buitenaf zoals leerkrachten, leerlingen en succeservaringen.

5.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Dit onderzoek is gestart vanuit de ontwikkeling van het nieuwe onderzoeksinstrument de AVJ. De noviteit van het onderzoek is een sterk punt, omdat dit onderzoeksinstrument nog nooit is gebruikt. Hierdoor ontstaan er unieke resultaten en vernieuwende informatie. Ook is de combinatie van beide stoornissen nog niet eerder onderzocht op deze specifieke vaardigheden. Het onderzoek is generaliseerbaar, omdat er gebruik is gemaakt van data uit heel Nederland (met uitzondering van 2 provincies). Daarnaast is er bij de statistische procedures rekening gehouden met de alpha, om de type 1 fout zo klein mogelijk te houden. Er is ook bij elke analyse gecontroleerd voor de variabele sekse en leeftijd, waardoor eventuele invloed daarvan meteen wordt opgemerkt.

Het onderzoek brengt ook beperkingen met zich mee, waar rekening mee moet worden gehouden bij de interpretatie van de resultaten. Een beperking van het onderzoek op de interne validiteit is dat er maar weinig adolescenten klinisch scoorden op de SEV. Hierdoor is gekozen om het 80^e percentiel als grens te nemen waarbij de adolescenten een indicatie van ‘normaal-hoog’ kregen. Hierdoor mag er niet gesproken worden van een stoornis, maar van een indicatie van symptomen. De resultaten van het onderzoek zijn daardoor minder uitgesproken. Ondanks de verschuiving van het percentiel, is de groep met een stoornis nog steeds klein. Door het vergroten van deze groep wordt de power groter en zouden er meer significante resultaten worden gevonden. Daarnaast is er gebruik gemaakt van vragenlijsten die ouders hebben ingevuld. Het gaat hierbij dus om de perceptie van de ouders. Het kan zijn dat ouders een ander

beeld hebben van de vaardigheden van de jongeren, zeker wanneer het gaat om school, werk en toekomst. De adolescenten kunnen zelf het best over zichzelf oordelen, omdat ouders niet overal meer bij zijn op deze leeftijd.

5.3 Implicaties voor praktijk en wetenschap

Met meer informatie over de adaptieve vaardigheden van de adolescenten met ODD of CD kunnen er gerichte interventies worden ontwikkeld om deze tekorten aan te pakken. Naar voren kwam dat adolescenten met de comorbide stoornis ODD/CD de meeste tekorten in adaptieve vaardigheden hebben. Het is daarom van groot belang de aandacht vooral op deze groep te richten om gericht via passende hulpverlening de gesignaleerde vaardigheidstekorten weg te nemen. Voor de wetenschap is het belangrijk dat deze vragenlijst uit de experimentele fase komt en daadwerkelijk in de praktijk gebruikt gaat worden. Hierdoor komt er gericht kennis vrij met betrekking tot de adaptieve vaardigheidstekorten van de jongeren met ODD/CD. Jongeren met andere stoornissen zullen ook baat hebben bij een breder gebruik van de vragenlijst adaptieve vaardigheden, omdat hierdoor ook bij hen duidelijk kan worden of zij vaardigheidstekorten hebben en op welke gebieden. Het is voor de toekomst ook interessant om te onderzoeken wat de start van de stoornis is bij deze adolescenten. Dit kan namelijk invloed hebben op het verloop van de stoornis en de ontwikkeling van de adaptieve vaardigheden. Daarnaast is het goed om te kijken naar de gezagsrelaties van deze jongeren en hoe ouders/leerkrachten met de jongeren omgaan. Deze kunnen ook invloed hebben op de ontwikkeling van de adaptieve vaardigheden. Om een eenduidig beeld te krijgen over de adaptieve vaardigheden van de adolescent kunnen de ouders en de adolescent beide de vragenlijst invullen en deze met elkaar vergelijken. Het aanpakken van de algemene adaptieve vaardigheden kan voor deze adolescenten een goede stap zijn naar een betere toekomst.

Referenties

- American Psychiatric Association. (2000, 4th edition). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barrickmann, L. (2003). Disruptive behavioral disorders. *Pediatric Clinics of North America*, 50, 1005-1017.
- Biederman, J., van Faraone, S., Milberger, S., Jetton, J. G., Chen, L., Mick, E., Greene, R. W., & Rusell, R. L. (1996). Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *Child adolescent Psychiatry*, 35(9), 1193-1204.
- Burke, J. D., Lahey, B. B., & Waldman, I. (2010). Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: implications for the DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 739-751.
- Clark, C., Prior, M., & Kinsella, G. (2002). The relationship between executive function abilities, adaptive behaviour, and academic achievement in children with externalizing behaviour problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(6), 785-796.
- Cornwall, A. & Bawden, N. (1992). Reading disabilities and aggression: a critical review. *Journal of Learning Disabilities*, 25(5), 281-288.
- Coy, K., Speltz, M. L., DeKlyen, M., & Jones, K. (2001). Social-cognitive process in preschool boys with and without oppositional defiant disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(2), 107-119.
- Crick, N. R. & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115(1), 74-101.
- Dandreaux, D. M. & Frick, P. J. (2009). Developmental pathways to conduct problems: a further test of the childhood and adolescent-onset distinction. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 375-385.
- Dodge, K. A. & Tomlin, A. M. (1997). Utilization of self-schemas as a mechanism of interpretational bias in aggressive children. *Social Cognition*, 5, 280-300.
- Field, A. (2009). *Discovering using SPSS*. Londen: Sage.
- Gilmour, J., Hill, B., Place, M., & Skuse, D. H. (2004). Social communication deficits in conduct disorder: a clinical and community survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(5), 967-978.

- Ha, C., Sharp, C., & Goodyer, I. (2011). The role of child and parenting mentalizing for the development of conduct problems over time. *European Child and Adolescent Psychiatry, 20*, 291-300.
- Happé, F. & Frith, U. (1996). Theory of mind and social impairment in children with conduct disorder. *British Journal of Developmental Psychology, 14*, 385-398.
- Hinshaw, S. P. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: causal relationships and underlying mechanisms. *Psychology Bulletin, 111*(1), 127-155.
- Kerig, P. K. & Wenar, C. (2006). *Developmental Psychopathologie: From infancy through Adolescence*. New York: Mc Graw-Hill Companies.
- Kimonis, E. & Frick, P. J. (2010). Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder grown-up. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 31*(3), 244-254.
- Kuhne, M., Schachar, R., & Tannock, R. (1997). Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attentional-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(12), 1715-1725.
- Lahey, B. B., Loeber, R., Herbert, C. Q., Frick, P. J., & Grimm, J. (1992). Oppositional Defiant and Conduct Disorders: Issues to be resolved for DSM-IV. *Journal American Academic Children Adolescents Psychiatry, 31*(3), 539-546.
- Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. (2009). ODD/CD. Verkregen op 10 november, 2011 van http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/clienten/thema_s/odd_cd.
- Leary, M. R. (2008). *Introduction to behavioral research methods*. United States, US: Pearsons Education.
- Lehto-Salo, P., Närhi, V., Ahonen, T., & Marttunen, M. (2009). Psychiatric comorbidity more common among adolescents females with CD/ODD than among males. *Nordic Journal Psychiatry, 63*, 308-315.
- Loeber, W., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zebra, M. (2000). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part 1. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry, 39*(12), 1468-1484.
- Loeber, W. & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Reviews Psychologie, 48*, 371-410.
- Loeber, W. & Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: effects of age and gender. *Clinical Psychology Review, 14*(6), 497-523.

- Loeber, W., Keenan, K., Giroux, B., Stouthamer-Loeber, M., van Kammen, W., & Maughan, B. (1993). Developmental pathways in disruptive child behavior. *Developmental and Psychopathology, 5*, 103-133.
- Lynam, D., Moffit, T., & Stouthamer-Loeber, M. (1993). Explaining the relation between IQ and delinquency: class, race, test, motivation, school failure, or self-control? *Journal of Abnormal Psychology, 102*(2), 187-196.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(3), 609-621
- Meier, M. H., Slutske, W. S., Heath, A. C., & Martin, N. G. (2011). Sex differences in the genetic and environmental influences on childhood Conduct Disorder and adult antisocial behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(2), 377-388.
- Moffit, T. E., Caspi, A., Dickson, N., Silva, P., & Stanton, W. (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: Natural history from ages 3 to 18 years. *Developmental Psychopathology, 8*, 399-424.
- Moore, D. S. & McCabe, G. P. (2006). *Introduction to the practice of statistics*. New York, NY: W. H. Freeman and Company.
- Närhi, V., Lehto-Salo, P., Ahonen, T., & Marttunen, M. (2010). Health and Disability. Neuropsychological subgroups of adolescents with conduct disorder. *Scandinavian Journal of Psychology, 51*, 278-284.
- Pardini, D. A. & Paula, J. F. (2010). Symptoms of Conduct Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and callous-unemotional traits as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys: advancing an evidence base for DSM-V. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(11), 1134-1144.
- Rowe, R., Maughan, B., Costello, J., & Angold, A. (2005). Defining oppositional defiant disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*(12), 1309-1316.
- Rowe, R., Maughan, B., Costello, J., Angold, A., & Copeland, W. E. (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of abnormal Psychology, 119*(4), 726-738.
- Rowe, R., Maughan, B., Pickles, A., Costello, J., & Angold, A. (2002). The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*(3), 365-373.

- Satler, J. M. & Hoge, R. D. (2006). Adaptive behavior. In J. M. Satler & R. D. Hoge (Eds.), *Assessment of Children. Behavioral, Social, and Clinical Foundations* (pp. 303-320). LaMesa, CA: Sattler.
- Scholte, E. M. & van der Ploeg, J. D. (2007). *Handleiding Sociaal-Emotionele Vragenlijst (SEV)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Scholte, E. M. & van der Ploeg, J. D. (2011). *Toelichting op de vragenlijst 'Adaptieve Vaardigheden Jeugdigen (AVJ)'*. Houten/Amsterdam: Bohn Stafleu van Loghum (in ontwikkeling).
- Semke, C. A., Garbacz, S. A., Kwon, K., Sheridan, S. M., & Woods, K. E. (2010). Family involvement for children with disruptive behaviors: The role of parenting stress and motivational beliefs. *Journal of School Psychology, 48*, 293-312.
- Shelton, T., Barkley, R. A., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Baret, S., Jenkins, L., & Metevia, L. (1998). Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive-impulsive-inattentive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*(6), 475-494.
- Slot, N. W. & Spanjaard, H. J. M. (2009). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: HB uitgevers.
- Sørli, M., Hagen, K. A., & Ogden, T. (2008). Social competence and antisocial behavior: continuity and distinctiveness across early adolescence. *Journal of research on adolescence, 18*(1), 121-144.
- Sparrow, S. S., Cichetti, D. V., & Balla, D. A. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales: Second Edition*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Stringaris, A., Maughan, B., & Goodman, R. (2010). What's in a disruptive disorder? Temperamental antecedents of oppositional defiant disorder: findings from the Avon longitudinaal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(5), 474-483.
- Volkmar, F. (2003). Adaptive Skills. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 33*(1), 109.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1998). Conduct problems and level of social competence in head start children: prevalence, pervasiveness, and associated risk factors. *Clinical Child and Family Psychology review, 1*(2), 101-124.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Geiger, T. C., & Crick, N. R. (2005). Relational and physical aggression, prosocial behavior, and peer relations: gender moderation and bidirectional associations. *Journal of Early Adolescence, 25*(4), 421-452.