

Sociale competenties bij kinderen met ADHD en ASS

Angela Scheepers
Universiteit Leiden

Gegevens student

Naam	Angela Scheepers
Universitaire email	j.c.m.scheepers@umail.leidenuniv.nl
Afstudeerrichting	Orthopedagogiek, ontwikkelingsstoornissen
Studiejaar	2012

Gegevens begeleider

1^e Begeleider

Naam	Dhr. Prof. dr. E.M. Scholte
Email	scholte@fsw.leidenuniv.nl

2^e Beoordelaar

Naam	Dhr. Dr. K.B. v.d. Heijden
Email	kbheijden@fsw.leidenuniv.nl

Inhoudsopgave

Abstract	4
Inleiding	5
1. Theoretisch kader	7
1.1 Sociale competentie in de middenkindertijd	7
1.2 Attention Deficit Hyperactivity Disorder	9
1.3 Autisme spectrum stoornis	11
2. Methode	16
2.1 Onderzoeksvraag	16
2.2 Procedure	16
2.3 Onderzoeksgroep	17
2.4 Onderzoeksinstrumenten	17
2.5 Data-analyse	19
3. Resultaten	21
3.1 Introductie	21
3.2 Data inspectie	21
3.3 Betrouwbaarheidsanalyse	22
3.4 Analyses	23
3.5 Belangrijkste resultaten	28
4. Conclusie en discussie	29
4.1 Introductie	29
4.2 Conclusie	29
4.3 Beperkingen van het onderzoek	33
4.4 Aanbevelingen voor de praktijk	35
4.5 Tot slot	35
5. Literatuurlijst	37

Storm in mijn hoofd

Soms gaat het heel moeizaam
Loopt er weer van alles mis
En is het duidelijk merkbaar
Dat hij toch echt heel anders is

Soms gedraagt hij zich voorbeeldig
Is hij aardig en sociaal
Dan slaat direct de twijfel toe
Overdrijven we het allemaal?

Is het niet gewoon een fase?
Of de leeftijd of zo iets?
Zijn we wel verstandig bezig?
Of mankeert hij misschien iets?

Ik weet wel dat hij anders is
Maar mijn hart wil er niet aan
Hoe zeker ik het ook weet
De twijfel blijft bestaan

Uit *Storm in mijn hoofd* van Arwin Wels, gedichten over ADHD en autisme

Abstract

The present study investigated to what extent children with ADHD, ASD, and children with a combination of ADHD and ASD possess age-appropriate social competencies, whether there are differences or similarities between these groups of children, and whether age and sex have an influence on these differences or similarities. Parents were asked to complete two online questionnaires: the 'Sociaal Emotionele Vragenlijst' and the 'vragenlijst Adaptieve Vaardigheden Jeugdigen'. Social competencies that were analyzed were 'interaction with peers', 'interaction with parents, adults and authority', and 'autonomy and self-steering'. Results indicated that children diagnosed with developmental psychopathology differed significantly from the children without any disorders. Children with ADHD, and children with ASD scored significantly different on social competencies 'interaction with peers' and 'autonomy', but were similar on 'interactions with parents, adults and authority' and 'self-steering'. No significant differences based on age and sex were found among the groups. Children with ADHD, and children with ASD benefit from interventions aimed at the development of social competencies, since these competencies lead to a better quality of life.

Inleiding

ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder) is één van de meest voorkomende stoornissen in de kindertijd. Geschat wordt dat deze stoornis wereldwijd voorkomt bij drie tot vijf procent van de kinderen (DSM-IV, 2000; American Psychiatric Association, 2000; Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rhode, 2007). ADHD uit zich onder andere in het hebben van moeite met het vasthouden van aandacht, met het zich kunnen concentreren, alsmede met hyperactief en impulsief gedrag (DSM-IV, 2000; Barkley, 2003). Ook na de kindertijd manifesteert ADHD zich tot in de adolescentie en volwassenheid, hoewel de symptomen dan wel af kunnen nemen (Biederman & Faraone, 2005). ADHD beïnvloedt de ontwikkeling van kinderen op verschillende domeinen, zoals cognitief, emotioneel en sociaal. Zo hebben kinderen met ADHD moeite om zich te concentreren en zijn ze sneller afgeleid (Biederman, 2005). Hierdoor is het denkbaar dat deze kinderen minder profijt hebben van het aangeboden onderwijs. Tevens zijn kinderen met ADHD meer vatbaar voor ongelukjes en zijn zij vaak een storende factor voor hun omgeving, waardoor relaties met anderen onder druk kunnen komen te staan. Kinderen met ADHD ondervinden bovendien vaak moeilijkheden op het gebied van sociale competentie. Deze kinderen kunnen bijvoorbeeld veelvuldig in conflict komen met leeftijdgenoten doordat zij als opdringerig, vervelend, sociaal onhandig, druk en luidruchtig worden ervaren (Minderaa, 2008; Henker & Wahlen, 1999; Wehmeier, 2010). Evenzeer gaat de relatie tussen ouders en kinderen met ADHD doorgaans gepaard met meer conflict en is deze meer stressvol dan de ouder-kind relatie in gezinnen zonder ADHD (Barkley, 2006). Kortom: de combinatie van hyperactiviteit, impulsiviteit en aandachtsproblemen heeft een negatieve invloed op het afstemmen van het sociaal gedrag op de omgeving (Minderaa, 2008).

Huidig onderzoek richt zich op de ontwikkeling van sociale competentie. Het begrip ‘sociale competentie’ verwijst naar de vaardigheden om op een leeftijdsadequate wijze ontwikkelingstaken thuis, op school en in de vrije tijd te kunnen vervullen. Dit begrip omvat vaardigheden als het kunnen aangaan en onderhouden van vriendschappen, soepel omgaan met ouders, volwassenen, autoriteit en gezag evenals autonomie en zelfsturing (DeHart et al., 2004; Goudena, 1994; Slot & Spanjaard, 2009). Het verwerven van sociale competenties draagt er toe bij dat men in de volwassenheid actief en constructief aan de moderne samenleving kan deelnemen en bijdragen (Slot & Spanjaard, 2009). Het verwerven van sociale

competentie is dan ook een van de kerntaken van kinderen in de basisschoolleeftijd die een basis legt voor de verdere sociaal-emotionele ontwikkeling en de ontwikkeling tot volwassenheid. Daarnaast zijn vriendschap en de kwaliteit van vriendschappen belangrijke voorspellers van het emotioneel welbevinden van kinderen (Parker & Asher, 1993).

Ook kinderen met een autismespectrumstoornis (ASS) hebben moeite met het verwerven van sociale competenties. ASS wordt gekenmerkt door problemen in sociale interactie, communicatie en door beperkte interesses en activiteiten (DSM-IV, 2000, Volkmar et al., 2007). Als gevolg van deze beperkingen hebben kinderen met ASS meer moeite om vriendschappen aan te gaan en te onderhouden. Ze zijn hiervoor sterk afhankelijk van de ondersteuning van hun ouders (Gezondheidsraad, 2009). Daarbij zijn de relaties minder duurzaam, is het contact minder frequent, zijn de activiteiten meer gestructureerd en vindt er minder sociale interactie plaats dan het geval is bij leeftijdgenoten zonder autisme (Gezondheidsraad, 2009). Verder behalen kinderen met ASS significant lagere scores op adaptieve vaardigheden wanneer deze worden vergeleken met niet-autistische controlegroepen die gematcht zijn op basis van IQ (Lord & Schopler, 1989).

Onderzoek toont aan dat zowel kinderen met ADHD als kinderen met ASS problemen ondervinden op het gebied van sociale vaardigheden en dat deze problemen ernstiger zijn wanneer sprake is van zowel ADHD als ASS (Minderaa, 2008). Om deze kinderen gericht in hun sociale ontwikkeling te kunnen helpen is het belangrijk te weten op welke gebieden van sociale vaardigheden deze kinderen precies tekorten ervaren, en na te gaan op welke competenties er overeenkomsten dan wel verschillen bestaan.

Dit onderzoek beoogt hieraan een bijdrage te leveren door zowel de sterke als de zwakke kanten in beeld te brengen op het gebied van sociale competentie bij kinderen met ADHD en/of een ASS. Er zal worden onderzocht in hoeverre de sociale competenties bij kinderen met deze ontwikkelingsproblemen verschillen van kinderen zonder ontwikkelingsstoornis. Vervolgens zal worden onderzocht in hoeverre er verschillen dan wel overeenkomsten bestaan op het gebied van sociale competentie tussen kinderen met ADHD en ASS. Tot slot zal er worden gekeken of leeftijd en sekse van invloed zijn op de gevonden verschillen en overeenkomsten. Om deze vraagstellingen te kunnen beantwoorden zal gebruik worden gemaakt van een literatuuronderzoek en een empirisch onderzoek.

Kennis van sociale competentie bij kinderen met ADHD en/of ASS is belangrijk voor de begeleiding van deze kinderen binnen de opvoeding, het onderwijs of de hulpverlening (Slot & Van Aken, 2010). Tevens is dergelijk onderzoek van belang omdat bij diagnostiek en behandeling veel aandacht wordt besteed aan sociale competentie. Mochten de problemen op het gebied van sociale competenties tussen deze groepen overeenkomsten vertonen is het denkbaar dat eenzelfde soort training voor beide groepen effectief kan zijn.

1. Theoretisch kader

In dit theoretisch kader zal eerst het begrip sociale competentie worden besproken en wat de gevolgen zijn van tekorten op het gebied van sociale competentie. Vervolgens wordt beschreven wat de kenmerken zijn van ADHD volgens de DMS-IV en wordt een beschrijving gegeven van de stoornis waarbij aandacht wordt besteed aan de *klinische kenmerken, de prevalentie, de etiologie en het beloop*. Vervolgens wordt de *theorie* van inhibitiezwakke beschreven, die ten grondslag ligt aan ADHD. Tevens zal de stoornis autisme worden besproken, waarbij wederom aandacht is voor de *klinische kenmerken, de prevalentie, de etiologie en het beloop*. Ook hierbij worden theorieën besproken die een verklaring kunnen vormen voor autisme.

1.1 Sociale competenties in de middenkindertijd

De leeftijd tussen 6 en 12 jaar, ook wel de middenkindertijd genoemd, staat in het teken van belangrijke cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkelingen. De veranderingen die in de middenkindertijd plaatsvinden vragen om het verwerven van nieuwe competenties, ook wel ontwikkelingstaken genoemd. De kwaliteit van het functioneren van een persoon wordt immers beoordeeld naar de mate waarin ontwikkelingsopgaven beheerst worden (Goudena, 1994). De ontwikkelingstaken die centraal staan in een bepaalde periode van het leven van een kind worden bepaald door biologische, psychische en sociale veranderingen (Slot & Spanjaard, 2009).

De ontwikkeling van sociale competenties wordt onder andere beïnvloedt door de interactie met volwassenen en leeftijdgenoten (DeHart, Sroufe & Cooper, 2004). Kinderen in de middenkindertijd boeken veel vooruitgang op cognitieve gebieden als informatieverwerking en metacognitie. Maar ook op het gebied van sociaal-emotionele ontwikkeling maken kinderen groei door. De middenkindertijd kenmerkt

zich door ontwikkelingen in de omgang met leeftijdgenoten, zoals het vormen van vriendschappen en ervaren hoe het voelt om deel uit te maken van een groep.

In de middenkindertijd worden vriendschappen met leeftijdgenoten steeds belangrijker. Dit komt doordat kinderen naarmate ze ouder worden meer tijd met hun vrienden besteden dan met hun familie. Daarbij zijn relaties met leeftijdgenoten ook meer gelijkwaardig dan de ouder-kind relatie waardoor kinderen kunnen oefenen met principes als delen, loyaliteit en eerlijkheid (Rubin, Daniels-Beirness & Bream, 1984). Ook leren kinderen in vriendschappen en spelactiviteiten hun agressieve gevoelens te reguleren en worden interactie- en onderhandelingsvaardigheden uitgelokt (Hartup, 1984; Ladd & Hart, 1992).

Sommige kinderen maken een vertraagde of deviante ontwikkeling door op het gebied van sociale competentie. Dit geldt in het bijzonder voor kinderen met internaliserende of externaliserende gedragsproblemen (Keane & Calkins, 2004), zoals ADHD of ASS. Uit onderzoek kwam naar voren dat zowel kinderen die agressief gedrag vertoonden als kinderen die teruggetrokken gedrag vertoonden meer kans hadden om te worden afgewezen door hun leeftijdgenoten (Bierman et al., 1993). Problemen op het gebied van sociale competentie kunnen leiden tot eenzaamheid, academische problemen, moeite om een baan te behouden, financiële moeilijkheden, relatieproblemen, psychiatrische stoornissen, en middelengebruik (Nijmeijer et al., 2008; Biederman, 2005; Harpin, 2005).

Sociale competentie neemt toe en wordt meer complex naarmate een kind ouder wordt (Scholte et al., 2008; Berry & O' Connor, 2010). Daarom worden gedragsproblemen ook minder geaccepteerd naarmate kinderen ouder worden. Kinderen die gedragsproblemen vertonen worden niet geaccepteerd door hun leeftijdgenoten (Rubin, Daniels-Beirness & Bream, 1984) Als gevolg van deze afwijzing krijgen deze kinderen ook minder kansen om hun sociale competenties te ontwikkelen, waardoor het verschil met kinderen zonder ontwikkelingsstoornis steeds groter wordt.

Tijdens de vroege kindertijd worden geslachtsverschillen in probleemgedrag zichtbaar. Volgens Keenan en Shaw (1997) is dit verschil te wijten aan het feit dat het patroon van probleemgedrag bij meisjes minder continu verloopt dan het probleemgedrag bij jongens. Jongens vertonen vooral agressie en meisjes vertonen een breder scala aan probleemgedrag.

1.2 Attention Deficit Hyperactivity Disorder

ADHD (attention-deficit hyperactivity disorder) is een stoornis die zich uit in aandachtttekort, impulsiviteit en hyperactiviteit (DSM-IV, 2000; Biederman & Faraone, 2005; Spencer, Biederman & Mick, 2007). Om van ADHD te kunnen spreken moeten de symptomen zich al voor het zevende levensjaar hebben gemanifesteerd en moeten de symptomen zich minimaal zes maanden voordoen in twee of meer verschillende contexten (Wenar & Kerig, 2005). Gebaseerd op de symptomen kunnen er drie subtypen van ADHD worden onderscheiden; voornamelijk aandachttstekort, voornamelijk hyperactief-impulsief en een combinatie van de twee voorgaande typen (DSM-IV, 2000; Spencer, Biederman & Mick, 2007). Kinderen met het type van voornamelijk aandachttstekort kunnen hun aandacht niet vasthouden zoals voor hun leeftijd verwacht zou mogen worden. Deze kinderen zijn snel afgeleid, springen van de hak op de tak, zijn rommelig, vergeetachtig en vatbaar voor dagdromen (DSM-IV, 2000; Wenar & Kerig, 2005). Hyperactiviteit uit zich onder andere in motorische beweeglijkheid, excessief praten en het voortdurend ongeoorloofd opstaan van een stoel. Kinderen laten impulsief gedrag zien wanneer zij niet nadenken voordat zij iets doen, niet op hun beurt kunnen wachten en andere mensen onderbreken bij hun bezigheden.

In de Diagnostic Statistic Manual wordt de prevalentie van ADHD geschat tussen de drie en vijf procent wereldwijd (DSM-IV, 2000). Het is mogelijk dat de werkelijke prevalentie hoger ligt doordat ADHD minder vaak onderkend wordt bij meisjes en doordat het type aandachttstekort vaak onopgemerkt blijft (Spetie & Arnold, 2007). Er wordt geschat dat ADHD ongeveer twee keer zo vaak voorkomt bij jongens dan bij meisjes (Barkley, 2003). Wederom is het mogelijk dat ADHD bij meisjes minder vaak onderkend wordt dan bij jongens. Dit is mogelijk te wijten aan het feit dat meisjes vaker last hebben van het aandachttstekorttype, wat minder goed waarneembaar is dan hyperactiviteit.

Er zijn verschillende theorieën geopperd die een verklaring zouden vormen voor het ontstaan van ADHD, zoals hersenbeschadiging, dieet en verhoogde waarden van lood in het bloed. Deze theorieën waren echter niet bestand tegen objectief onderzoek (Wenar & Kerig, 2005). Wel is aangetoond dat erfelijkheid een belangrijke factor is voor het ontstaan van ADHD. Maar ook omgevingsinvloeden zoals complicaties tijdens de bevalling en roken of alcoholgebruik tijdens de zwangerschap zorgen voor een verhoogde kans op hyperactiviteit (Biederman & Faraone, 2005).

Momenteel wordt er verondersteld dat ADHD veroorzaakt wordt door een combinatie van genetische factoren en omgevingsinvloeden.

Zoals eerder beschreven moeten de symptomen van ADHD zich al voor het zevende levensjaar manifesteren om de diagnose ADHD te kunnen stellen, maar vaak zijn de signalen van ADHD veel eerder waarneembaar. Zo manifesteert het hyperactiviteit-impulsiviteits type vaak al in de leeftijd van één tot vier jaar. Het gecombineerde type openbaart zich meestal iets later, in de leeftijd van vijf tot 8 jaar. Het aandachtstekort type is nog later waarneembaar, doorgaans in de leeftijd van acht tot twaalf jaar (Barkley, 2003). Het drukke en impulsieve gedrag van het kind kan thuis ervaren worden als normaal, maar wanneer het kind dit gedrag op school vertoont wordt het als ongepast ervaren (Frederick & Olmi, 1994). Hierdoor wordt de diagnose ADHD gemiddeld gesteld op een leeftijd van zes à zeven jaar. Naarmate jongeren met ADHD ouder worden nemen de symptomen van hyperactiviteit en impulsiviteit af (Biederman & Faraone, 2005) maar aandachtstekort en innerlijke onrust blijven bestaan (Harpin, 2005). Uit een meta-analyse door Faraone, Biederman & Mick (2006) naar follow-up studies van ADHD is gebleken dat de symptomen van ADHD in minstens 50 procent van de gevallen aanhouden tot in de volwassenheid. ADHD is dus een chronische, soms levenslange stoornis. In diverse studies worden er vergelijkingen gemaakt tussen volwassenen met ADHD en volwassenen zonder ADHD. Hieruit is gebleken dat volwassenen met ADHD vaker een lagere sociaaleconomische status hebben, vaker van baan wisselen, vaker verdovende middelen gebruiken en op relationeel gebied vaker scheidingen doormaken (Spencer, Biederman & Mick, 2007).

Ten grondslag aan ADHD ligt de theorie van inhibitiezwakte. Deze theorie stelt dat kinderen met ADHD de vaardigheden missen om hun eerste impulsen te beheersen. Hierdoor hebben ze onder andere moeite om hun impulsieve gedag te reguleren, met druk en impulsief gedrag tot gevolg. Tevens hebben ze moeite om weerstand te bieden aan afleiding, waardoor kinderen met ADHD last hebben van een sterke afleidbaarheid (Barkley, 1997).

Vanwege de karakteristieken van ADHD wordt deze stoornis geassocieerd met verscheidene problemen op het gebied van sociale competentie. Zo ervaren kinderen met ADHD meer moeite in de omgang met leeftijdgenoten (Faraone & Biederman, 2005) en hebben ze vaak te maken met afwijzing door leeftijdgenoten waardoor ze minder vriendschappen sluiten. Dit gaat zelfs door tot in de adolescentie

(Bagwell, Molina, Pelham & Hoza, 2001). Tevens zijn kinderen met ADHD in contact met leeftijdgenoten meer agressief, storend, dominant, intrusief en luidruchtig dan kinderen zonder ADHD (Wehmeier, Schacht & Barkley, 2010). Hierdoor worden kinderen met ADHD door hun leeftijdgenoten als “anders” ervaren, wat hun zelfvertrouwen kan beschadigen (Harpin, 2005). Problemen in de relatie met leeftijdgenoten worden tevens veroorzaakt doordat kinderen met ADHD onbekwaam zijn om deel te nemen aan sociale gebeurtenissen zoals delen, samenwerken en omstebeurt spelen (Barkley, 2006). De aanwezigheid van een kind met ADHD in de klas kan stressvol zijn voor de leerkracht. Doordat kinderen met ADHD regelmatig ongepast gedrag vertonen zoals, rondrennen, voor hun beurt praten en anderen onderbreken, kunnen ze niet of nauwelijks voldoen aan de eisen die gezagsfiguren aan ze stellen. Dit vormt een bodem voor onbegrip en conflicten. Ook de relatie tussen ouders en kinderen met ADHD wordt gekenmerkt door meer conflict en meer stress dan de ouder-kind relatie in een gezin zonder kind met ADHD (Barkley, 2006). Tot slot kan worden opgemerkt dat dysfunctioneren op het gebied van sociale competentie van essentieel belang is voor de korte- en langetermijn prognose van kinderen met ADHD (Greene et al., 1996).

1.3 Autisme spectrum stoornis

In de DSM-IV valt autisme in de categorie Pervasive Developmental Disorder (PDD). Naast autisme vallen ook het syndroom van Asperger, het syndroom van Rett, desintegratiestoornis en PDD-nos in de categorie pervasieve ontwikkelingsstoornis (DSM-IV, 2000). Autisme werd voor het eerst beschreven door een Amerikaanse psychiater, Leo Kanner, in 1943. Autisme is een levenslange stoornis en houdt in dat een persoon beperkingen heeft op drie kerngebieden, namelijk: sociale interactie, communicatie en interesses en activiteiten (American Psychiatric Association, 2000; DSM-IV, 2000; Wenar & Kerig, 2005; Hill & Frith, 2003).

Beperkingen in de sociale interactie houden in dat een persoon met autisme moeite heeft om sociale relaties aan te gaan met anderen wat kan leiden tot sociale isolatie. Wing en Gould (1979) hebben een indeling gemaakt voor de beperkingen op het gebied van sociale interactie bij mensen met autisme. Het eerste type wordt *aloof* genoemd. Deze kinderen leven als het ware in hun eigen bubbel. Ze laten teruggetrokken gedrag zien en reageren niet op toenadering van anderen. Ze maken geen oogcontact en houden niet van lichamelijk contact. Het volgende type bestaat uit

kinderen die *passive* zijn. Deze kinderen accepteren toenadering van anderen, maar ze nemen niet zelf het initiatief en zijn erg afwachtend. Ze zijn te meegaand en gewillig waardoor er eenvoudig misbruik kan worden gemaakt van deze kinderen. Het laatste type beschrijft kinderen met autisme als *odd*. Dit type omvat kinderen die interesse tonen voor andere mensen, maar geen of weinig kennis hebben van sociale omgangsregels. Deze kinderen spreken onbekenden aan en stellen ongepaste vragen.

Het volgende kerngebied waar mensen met autisme moeite mee hebben is communicatie. Sommige autisten praten helemaal niet, dit wordt mutisme genoemd. Wanneer de taalontwikkeling wel op gang is gekomen kan het zijn dat de persoon gebruik maakt van non-communicatieve taal. Dit wordt bijvoorbeeld gezien wanneer een persoon echolalie vertoont of zinnen uitspreekt die niet relevant zijn voor de situatie. Tevens is het mogelijk dat autisten erg formeel praten of over zichzelf praten in de derde persoonsvorm. Tot slot nemen autisten taal vaak heel letterlijk, waardoor ze geen begrip hebben van spreekwoorden.

Het laatste kerngebied waar mensen met autisme problemen mee hebben is het feit dat ze beperkte en stereotype interesses en gedrag laten zien. Dit houdt in dat autisten graag dezelfde activiteiten ondernemen. Vaak zijn deze activiteiten heel simpel, zoals heen en weer wiegen of aan het wiel van een autootje draaien. Het kan zelfs zo ver gaan dat een kind steeds hetzelfde wil eten of dezelfde kleding wil dragen en in paniek raakt wanneer de omgeving heeft besloten dat dit niet kan (Wenar & Kerig, 2005).

Momenteel wordt uitgegaan van een prevalentie van minimaal 0.6 procent van de bevolking (Hill & Frith, 2003). Aangezien er nog geen prevalentiecijfers beschikbaar zijn voor Nederland en er geen etnische of culturele verschillen zijn waargenomen in de prevalentie van ASS, is het aannemelijk dat de prevalentie in Nederland niet wezenlijk verschilt van de prevalentie in andere landen. In het rapport van de Gezondheidsraad (2009) gaat de commissie er van uit dat de prevalentie van ASS in Nederland tussen de 60 en 100 per 10 000 mensen ligt. De laatste jaren is de prevalentie van autisme enorm gestegen. Deze stijging is waarschijnlijk te wijten aan het feit dat de kennis over autisme is toegenomen bij psychologen en doordat de diagnostische criteria voor autisme zijn verbreed (Wenar & Kerig, 2005). Jongens hebben vaker een autismspectrumstoornis dan meisjes, met een ratio van 3.1:1. (Volkmar, Lord, Klin, Schultz & Cook, 2007; Nicholas, Charles, Carpenter, King, Jenner & Spratt, 2007).

Autisme is een ontwikkelingsstoornis met een neurologische basis in de hersenen (Hill & Frith, 2003). Tweelingstudies hebben uitgewezen dat autisme een belangrijke genetische component heeft, maar de exacte oorzaak en de biologische markers zijn nog onbekend (Maestrini, Paul, Monaco & Bailey, 2000).

Autisme kan verklaard worden door een drietal theorieën, ook wel de triade van Wing genoemd. Deze triade bestaat uit de theory of mind, de centrale coherentietheorie en de theorie van executieve functies. Theory of mind houdt in dat mensen met autisme moeite hebben om zich in te leven in de gedachten en gevoelens van anderen (Hill & Frith, 2003). De theorie van centrale coherentie stelt dat mensen met autisme niet goed in staat zijn om losse prikkels samen te voegen tot een betekenisvol geheel. Dit verklaart waarom kinderen met ASS zich vooral op details richten. Tot slot geeft de theorie van executieve functies een verklaring voor een deel van de gedragsproblemen van mensen met ASS. Deze theorie stelt namelijk dat mensen met autisme moeite hebben met plannen en flexibiliteit waardoor mogelijk rigide gedragspatronen ontstaan (Hill & Frith, 2003).

Wegens de kernproblemen van autisme (gebrekkige sociale interactie, communicatie en stereotiepe interesses en activiteiten) is het aannemelijk dat kinderen met ASS uitvallen op sociale competenties. Uit het onderzoek van Lord en Schopler (1989) is gebleken dat kinderen met ASS lagere scores behalen op sociaal adaptieve vaardigheden wanneer ze vergeleken worden met hun leeftijdgenoten. Onderzoek heeft uitgewezen dat er een zogenaamd autismeprofiel bestaat wat kenmerkend is voor mensen met ASS op het gebied van adaptieve vaardigheden (Fenton et al., 2003; Kraijer, 2000). Dit profiel geeft aan dat mensen met ASS een forse achterstand hebben op gebieden als socialisatie en communicatie, maar ook dat ze relatief sterk zijn op het gebied van zelfredzaamheid. Intelligentie heeft een grote invloed op adaptieve vaardigheden, in het onderzoek van Kanne et al. 2011 bleek dat IQ 55 procent van de variabiliteit verklaarde op het gebied van adaptieve vaardigheden.

Dit onderzoek besteedt aandacht aan sociale competenties die mogelijk niet volledig ontwikkeld zijn bij kinderen met ADHD en kinderen met ASS. Er zal gekeken worden hoe deze kinderen functioneren op gebieden als het aangaan en onderhouden van vriendschappen, het contact met ouders, omgaan met leerkrachten en gezag en sociale zelfredzaamheid. Vervolgens zal gekeken worden of er verschillen dan wel overeenkomsten bestaan tussen de sociale competenties van

kinderen met ADHD en die van kinderen met ASS. Er zal onderscheid gemaakt worden tussen de vroege middenkindertijd (6-9) en de late middenkindertijd (10-12), om te kijken of leeftijd van invloed is op de ontwikkeling van sociale competenties bij kinderen met ADHD en kinderen met ASS. Tot slot zal er gekeken worden of het geslacht van de kinderen invloed heeft op de ontwikkeling van sociale competenties.

Verwacht wordt dat de sociale competenties van zowel kinderen met een indicatie van ADHD als kinderen met een indicatie van ASS minder ontwikkeld zijn dan de sociale competenties van kinderen waarbij geen aanwijzingen zijn voor een ontwikkelingsstoornis.

ADHD en ASS zijn allebei neurologische stoornissen met een sterke erfelijke component. Er zijn verschillende studies gedaan naar de overlap tussen deze twee stoornissen (Rommelse, Franke, Geurts, Hartman & Buitelaar, 2010; Clarke, Barry, Irving, McCarthy & Selikowitz, 2011; Happé, Booth, Charlton & Hughes, 2006). Terwijl deze stoornissen weinig gemeenschappelijke kenmerken hebben, wordt in de klinische praktijk vaak gezien dat een kind met ADHD ook kenmerken heeft van ASS en andersom (Rommelse et al., 2010). Frazier et al. (2001) vonden in hun steekproef dat het merendeel (82 procent) van de kinderen met ASS ook voldeden aan de criteria van de DSM-IV voor ADHD. Ook worden er genen genoemd die mogelijk een rol spelen bij zowel ADHD als ASS en is er een overlap gevonden in EEG patronen (Clarke et al., 2011). Doordat ADHD en ASS een mogelijk gedeelde basis en achtergrond hebben valt het te verwachten dat kinderen met ADHD en kinderen met ASS overeenkomsten vertonen op het gebied van sociale competenties.

De kernproblemen van ADHD zijn aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit, terwijl ASS gekenmerkt wordt door beperkingen op het gebied van sociale interactie, communicatie en interesses en activiteiten. Het is mogelijk dat de kernproblemen van ADHD leiden tot beperkingen op het gebied van sociale interactie, communicatie en interesses (Nijmeijer et al., 2008), waardoor de stoornissen met moeite van elkaar te onderscheiden zijn. Volgens het autisme profiel hebben kinderen met ASS veel moeite met socialisatie, iets meer moeite met communicatie en zijn ze relatief sterk op het gebied van alledaagse vaardigheden (Fenton et al., 2003). Daarentegen ervaren kinderen met ADHD door inhibitieproblemen juist moeilijkheden bij het uitvoeren van alledaagse vaardigheden (Barkely, 1997).

Aangezien het gedrag van kinderen met een ontwikkelingsstoornis minder geaccepteerd wordt naarmate deze kinderen ouder worden, worden deze kinderen vaker afgewezen door hun leeftijdgenoten. Hierdoor krijgen ze minder gelegenheid om hun sociale competenties te ontwikkelen (Rubin, Daniels-Beirness & Bream, 1984). Daarom wordt er verwacht dat naarmate kinderen met een ontwikkelingsstoornis ouder worden, het verschil met hun leeftijdgenoten zonder ontwikkelingsstoornis toeneemt.

Omdat meisjes een ander patroon laten zien van probleemgedrag dan jongens (Keenan & Shaw, 1997) wordt er verwacht dat sekse van invloed is op de sociale competenties van kinderen met ADHD en ASS.

2. Methode

In dit hoofdstuk wordt uiteengezet op welke wijze het empirisch onderzoek is uitgevoerd. Allereerst zullen de onderzoeksvragen worden beschreven. Daarna zal de procedure van dataverzameling worden geschetst. Dan zal een beschrijving worden gegeven van de onderzoeksgroep. Vervolgens wordt een beschrijving gegeven van de instrumenten die gebruikt werden in het huidige onderzoek en ten slotte zal aandacht worden besteed aan de wijze van data-analyse.

2.1 Onderzoeksvraag

Het doel van dit onderzoek is meer inzicht te krijgen in sociale competenties bij kinderen met ADHD en ASS. In dit onderzoek staan de volgende vragen centraal: *In hoeverre beschikken kinderen met ADHD en/of een ASS over sociale competenties? Zijn er verschillen dan wel overeenkomsten tussen de sociale competenties van kinderen met ADHD, kinderen met ASS en kinderen met ASS en ADHD? In hoeverre spelen leeftijd en sekse hierbij een rol?* Deze vragen zullen beantwoord worden door de sociale competenties van kinderen met ADHD, kinderen met ASS en kinderen met ASS en ADHD te vergelijken met die van kinderen zonder ontwikkelingsstoornis. Daarbij staan de volgende sociale competenties centraal: de omgang met ouders, volwassenen en gezag, de omgang met leeftijdsgenoten, en autonomie en zelfsturing. Vervolgens zal worden gekeken of er verschillen dan wel overeenkomsten bestaan tussen de sociale competenties van kinderen met ADHD en kinderen met ASS. Tot slot wordt er gekeken in hoeverre leeftijd en sekse van invloed zijn op de gevonden verschillen of overeenkomsten.

2.2 Procedure

Studenten van Universiteit Leiden hebben door heel Nederland (behalve de provincies Friesland en Groningen) scholen benaderd waarbij zij toestemming hebben gevraagd aan de betreffende directie voor het verspreiden van een deelnamebrief aan de ouders van hun leerlingen. Het ging hierbij om reguliere basisscholen, speciaal basisonderwijs, speciaal onderwijs, regulier voortgezet onderwijs en speciaal voortgezet onderwijs. In de betreffende brief werden de ouders gevraagd op vrijwillige basis een digitale vragenlijst in te vullen over het gedrag van hun kind(eren). Deze vragenlijst bestond uit de Sociaal Emotionele Vragenlijst (Scholte & van der Ploeg, 2009) en de vragenlijst Adaptieve Vaardigheden (Scholte & van der

Ploeg, 2010). In de brief werd verder aangegeven dat alle gegevens anoniem verwerkt en vertrouwelijk behandeld zouden worden. Bij de eerste vraag van de digitale vragenlijst dienden de ouders aan te geven dat zij geïnformeerd waren over het onderzoek en akkoord gingen met de deelname.

2.3 Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit een cross-sectionele steekproef van schoolgaande Nederlandse jongens en meisjes in de leeftijd van 6 tot en met 12 jaar. In totaal bestaat de onderzoeksgroep uit 280 kinderen. Er vielen 143 (51,1%) kinderen in de leeftijdsgroep 6 tot 9 jaar en er vielen 137 (48,9%) kinderen in de leeftijdsgroep 10 tot 12 jaar. De onderzoeksgroep is onderverdeeld in vier categorieën, namelijk kinderen met een indicatie ADHD, een indicatie ASS, een indicatie ADHD en ASS en kinderen zonder een ontwikkelingsstoornis. Van de onderzoeksgroep hebben 187 (66,8%) kinderen geen indicaties voor een ontwikkelingsstoornis, 15 (5,4%) kinderen hebben een indicatie van ADHD, 51 (18,2%) van de kinderen heeft een indicatie van ASS en 27 (9,6%) kinderen hebben een indicatie van ASS en ADHD. Er is hierbij geen onderscheid gemaakt in de subtypen van ADHD of ASS. De vragenlijst is in de meeste gevallen ingevuld door de biologische ouder en in enkele gevallen door de stiefouder, pleegouder of adoptieouder.

2.3 Onderzoeksinstrumenten

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de Sociaal Emotionele Vragenlijst (Scholte & Van der Ploeg, 2009) en de vragenlijst voor Adaptieve Vaardigheden Jeugdigen (Scholte & van der Ploeg, 2010).

Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV)

De SEV is een gedragsbeoordelingslijst waarmee kan worden nagegaan of en in hoeverre er bij kinderen in de leeftijd van vier tot achttien jaar sprake is van de symptomen van kinderpsychiatrische problematiek (Scholte & van der Ploeg, 2009). Dit meetinstrument is gebaseerd op de klinische kenmerken zoals beschreven in de DSM-IV en de ICD-10. Door middel van de SEV wordt een indicatie verkregen van de aanwezigheid van symptomen van de belangrijke ontwikkelingsstoornissen uit de kindertijd, namelijk attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), oppositional-

defiant disorder (ODD), conduct disorder (CD), gegeneraliseerde angststoornis (GAD), sociale fobie, depressie en autisme spectrum stoornissen (ASS).

De SEV bestaat uit 72 vragen over gedragsproblemen op de hiervoor genoemde gebieden. Deze vragenlijst kan worden ingevuld door beoordelaars die het kind goed kennen, zoals ouders en leerkrachten en is geschikt voor kinderen in het basisonderwijs, speciaal onderwijs en voortgezet onderwijs. De psychometrische eigenschappen van de SEV zijn in 2004 door de COTAN als goed beoordeeld (Evers, van Vliet-Mulder & Groot, 2004).

In het huidige onderzoek werd de vragenlijst ingevuld door de ouders, die door middel van een vijfpuntschaal aangaven in welke mate het gedrag zich heeft voorgedaan in de afgelopen zes maanden (0= het betreffende gedrag heeft zich niet voorgedaan, 1= af en toe, 2= regelmatig, 3= vaak en 4= zeer vaak. In dit onderzoek is de SEV gebruikt om een indicatie te kunnen geven van de aanwezigheid van ADHD of ASS en om kinderen zonder indicatie van een ontwikkelingsstoornis te kunnen onderscheiden.

Vragenlijst Adaptieve Vaardigheden Jeugdigen AVJ

De vragenlijst Adaptieve Vaardigheden (Scholte & van der Ploeg, 2010) beoogt adaptieve vaardigheden te meten door middel van ouderrapportages. De AVJ bevat de volgende hoofdschalen: omgang met leeftijdsgenoten; omgang met ouders, volwassenen en gezag; school/werk en toekomstbeeld; autonomie en zelfsturing; zelfverzorging en sociale redzaamheid en vrije tijd. Deze hoofdschalen zijn nog verder verdeeld in subschalen. De hoofdschaal 'omgang met leeftijdsgenoten' bestaat uit de subschalen vriendschappen, contact leggen en communicatie. De schaal 'omgang met ouders, volwassenen en gezag' bestaat uit ouders, volwassenen en gezag. De hoofdschaal 'school/werk' bestaat uit school, werk, stabiliteit en toekomst en de hoofdschaal 'autonomie en zelfsturing' omvat de subschalen autonomie en zelfsturing. De hoofdschaal 'zelfverzorging en sociale redzaamheid' bestaat uit de subschalen zelfverzorging en sociale redzaamheid en de hoofdschaal 'vrije tijd' omvat de subschalen middelengebruik, besteding en regulering.

Evenals de SEV kan deze vragenlijst ingevuld worden door beoordelaars die het kind goed kennen, zoals de ouders of de leerkracht. Zij kunnen aan de hand van een vijfpuntschaal aangeven of en in welke mate de omschrijving van toepassing is op het kind (1= helemaal niet mee eens, 2= niet mee eens, 3= neutraal, 4= mee eens en 5=

helemaal mee eens). De AVJ is toepasbaar voor kinderen en jongeren in de leeftijd van vier tot achttien jaar in het reguliere basisonderwijs en speciaal basisonderwijs. Aangezien deze vragenlijst momenteel nog verder ontwikkeld wordt zijn er nog geen gegevens bekend met betrekking tot de validiteit en betrouwbaarheid.

In het huidige onderzoek is er gebruik gemaakt van de hoofdschalen ‘omgang met leeftijdgenoten’, ‘omgang met ouders, volwassenen en gezag’ en ‘autonomie en zelfsturing’ omdat deze hoofdschalen een uitspraak doen over sociale competenties. Van de voorgaande drie hoofdschalen zullen de zes subschalen worden gebruikt. Een indruk van de betrouwbaarheid van deze schalen wordt in dit onderzoek verkregen door Cronbach’s alpha te berekenen (Field, 2009).

Vragenlijst demografische gegevens

Tot slot zijn er naast de SEV en de AVJ demografische gegevens verzameld over de onderzoeksgroep, zoals leeftijd en sekse van het kind, gezinssamenstelling, opleidingsniveau van de ouder, geboorteland van de moeder, type onderwijs dat het kind volgt, aanwezigheid van stoornissen en aanwezigheid van een eventuele leerachterstand.

2.5 Data-analyse

De hoofdvariabele ‘stoornistype’ bestaat uit vier categorieën, namelijk de groep kinderen zonder indicatie van een ontwikkelingsstoornis, kinderen met ADHD, kinderen met ASS en kinderen met zowel ADHD als ASS. De categorieën zijn gevormd naar aanleiding van de scores op de SEV, die er op wijzen dat het kind bepaalde trekken van een ontwikkelingsstoornis vertoont. De variabele ‘leeftijdsgroep kind’ bestaat uit twee categorieën, namelijk kinderen in de leeftijd van 6 tot 9 jaar (vroegge middenkindertijd) en kinderen in de leeftijd van 10 tot 12 jaar (late middenkindertijd). Tot slot bestaat de variabele ‘sekse’ uit twee categorieën, namelijk jongens en meisjes. Voorgaande variabelen zijn de onafhankelijke variabelen.

In het huidige onderzoek wordt er gebruik gemaakt van zes afhankelijke variabelen, bestaande uit verschillende subschalen van de AVJ, namelijk omgang leeftijdgenoten; omgang met ouders volwassenen en gezag; en autonomie en zelfsturing.

Allereerst zal aan de hand van een frequentietabel een overzicht worden gegeven van de algemene kenmerken van de kinderen uit de onderzoeksgroep,

namelijk de verdeling van sekse, leeftijd en de aanwezigheid van stoornissen. Tevens worden de scores weergegeven die de kinderen hebben behaald op de subschalen van de AVJ.

Aangezien de AVJ nog in ontwikkeling is en er geen gegevens bekend zijn met betrekking tot de betrouwbaarheid van deze vragenlijst zal voor de gebruikte schalen de betrouwbaarheid worden bepaald met behulp van Cronbach's alpha. Hiermee wordt getoetst of de schaalitems onderling voldoende correleren (Field, 2009).

Om te onderzoeken of er sprake is van een significant verschil tussen kinderen zonder ontwikkelingsstoornis, kinderen met ADHD, kinderen met ASS en kinderen met ADHD en ASS wordt een driewegsANOVA uitgevoerd met hoofdeffecten en interactie-effecten. Door middel van deze toets kan het effect van twee onafhankelijke variabelen op één afhankelijke variabele worden getoetst en kan er worden gekeken of er sprake is van interactie tussen de twee onafhankelijke variabelen. Hierbij vormen stoornistype, sekse en leeftijd de onafhankelijke factoren en vormen de subschalen van de AVJ de afhankelijke factoren. Alvorens deze variantieanalyse kan worden uitgevoerd, wordt door middel van de data-inspectie onderzocht of de data voldoet aan de voorwaarden van een ANOVA. De gestelde voorwaarden voor het uitvoeren van een variantieanalyse zijn een normaal verdeelde steekproef, homogeniteit en onafhankelijke data (Field, 2009).

Indien de resultaten van de variantieanalyses een significant verschil aangeven zal een post hoc test worden uitgevoerd. Door middel van deze toets wordt nagegaan welke groepsgemiddelden significant van elkaar verschillen (Field, 2009).

Tevens zal de effectgrootte (partial eta squared) worden berekend om de sterkte van de effecten te bepalen. Door middel van Cohen's D zal een interpretatie worden gegeven aan de gevonden effecten bij de post-hoc toets (Field, 2009).

3. Resultaten

3.1 Introductie

Voorafgaand aan de analyses is de data geïnspecteerd op de aanwezigheid van missende waarden en uitbijters. Daarna is onderzocht of de data voldeed aan de voorwaarden voor variantieanalyse. Vervolgens is gekeken hoe de verschillende groepen (op basis van stoornis, leeftijd en sekse) scoorden op schalen van de AVJ. Hierna is gekeken of de verschillende groepen significant van elkaar verschillen, welke groepen significant van elkaar verschillen en hoe groot het gevonden effect is.

3.2 Data inspectie

Tijdens de data inspectie bleek dat er op ieder van de schalen ‘communicatie’, ‘omgang gezag’ en ‘zelfsturing’ twaalf waarden ontbraken. Aangezien dit twaalf dezelfde respondenten betrof is besloten deze proefpersonen te verwijderen uit de dataset. Op de variabele ‘stoornistype’ bleken nog 42 waarden te ontbreken. Aangezien het voor deze variabele niet mogelijk was om te ontbrekende waarden te schatten zijn ook deze proefpersonen uit de dataset verwijderd.

Tevens was er bij bijna alle subschalen sprake van uitbijters, namelijk op de subschalen interacties (4), communicatie (1), omgang ouders en volwassenen (3), omgang gezag (4) en autonomie (2). Aangezien de steekproef bestaat uit kinderen zonder ontwikkelingsstoornis, kinderen met ADHD, kinderen met ASS en kinderen met zowel ADHD als ASS is het vanzelfsprekend dat de scores op de subschalen sterk uiteenlopen. Omdat uitbijters relevant zijn voor dit onderzoek is besloten om deze proefpersonen niet te verwijderen uit de dataset.

Ter bepaling van de normaliteit van de verdelingen is ten eerste gekeken naar de verschillende boxplots. Hier is voor de meeste subschalen al waargenomen dat er geen sprake was van een normale verdeling. Om nauwkeuriger te kunnen bepalen of er sprake is van een normale verdeling is er vervolgens gekeken naar de scheefheid en de gepiektheid. Wanneer deze waarden tussen -3 en 3 vallen mag de variabele als normaal verdeeld worden beschouwd (Field, 2009). Aan de verdelingen is te zien dat alle subschalen een lichte afwijking hebben naar links, maar de verdelingen mogen wel als normaal verdeeld beschouwd worden. De gepiektheid van de subschalen ‘interacties’, ‘omgang ouders en volwassenen’ en ‘omgang met gezag’ is licht positief

en de gepiektheid van de subschalen ‘communicatie’, ‘autonomie’ en ‘zelfsturing’ is licht negatief. Alle subschalen benaderen een normale verdeling.

Tot slot is door middel van Levene’s test onderzocht of er sprake is van gelijke varianties bij de onafhankelijke variabelen stoornistype, leeftijd en sekse. De Levene’s test bleek voor de factor ‘stoornistype’ niet significant op de subschalen ‘autonomie’ ($F(3,276) = 1.60, p = .19$) en ‘zelfsturing’ ($F(3,276) = 1.09, p = .36$). Dit betekent dat de varianties van deze groepen aan elkaar gelijk zijn. Bij de overige subschalen waren de varianties niet gelijk verdeeld. Voor de factor ‘leeftijdsgroep kind’ bleek Levene’s test niet significant op alle subschalen: ‘interacties’ ($F(1,278) = .09, p = 0.76$), ‘communicatie’ ($F(1,278) = .29, p = .59$), ‘omgang ouders en volwassenen’ ($F(1,278) = 1.51, p = .22$), ‘omgang gezag’ ($F(1,278) = .96, p = .33$), ‘autonomie’ ($F(1,278) = .74, p = .39$) en ‘zelfsturing’ ($F(1,278) = .90, p = .34$). Dit betekent dat ook voor deze factor de varianties van de groepen aan elkaar gelijk zijn. Voor de factor ‘sekse kind’ bleek Levene’s test niet significant op de subschalen ‘omgang ouders en volwassenen’ ($F(1,278) = 3.44, p = .07$), ‘omgang gezag’ ($F(1,278) = .00, p = 1.00$), ‘autonomie’ ($F(1,278) = 3.42, p = .07$) en ‘zelfsturing’ ($F(1,278) = .90, p = .34$). Dit betekent dat de varianties van de groepen sekse kind op bovenstaande subschalen aan elkaar gelijk zijn. Bij de overige schalen was er geen sprake van gelijke varianties.

Tijdens de data-inspectie is geconcludeerd dat de data niet volledig aan de voorwaarden voldoet die gesteld worden voor het uitvoeren van een variantieanalyse. De data is wel onafhankelijk en benadert een normale verdeling, maar voldoet niet volledig aan de eisen van homogeniteit. Een ongelijke verdeling van de data is in lijn met de verwachting dat er veel variëteit is tussen de verschillende stoornistypen. Aangezien de steekproef voldoende groot is, is besloten de variantieanalyse alsnog uit te voeren. De resultaten van de schalen met ongelijke varianties zullen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

3.3 Betrouwbaarheidsanalyse

Tabel 1 geeft de uitslagen van de betrouwbaarheidsanalyse voor de hoofdschaal en de zes subschalen van de SVJ. Uit de betrouwbaarheidsanalyse kwam een Cronbach’s Alpha naar voren van .94 voor de totale schaal, wat betekent dat de interne consistentie van het totale instrument uitstekend is (Field, 2009). In Tabel 1 is verder te zien dat de betrouwbaarheid bij alle vier subschalen groter is dan 0.70, wat betekent

dat deze schalen voldoende betrouwbaar zijn voor onderzoeksdoeleinden (Field, 2009).

Tabel 1. Betrouwbaarheid van de subschalen van de AVJ (N=280).

Schalen	α
Interacties	.85
Communicatie	.89
Omgang ouders/volwassenen	.80
Omgang gezag	.83
Autonomie	.82
Zelfsturing	.80
Totale schaal	.94

3.4 Analyses

In Tabel 2 zijn de gemiddelden en standaarddeviaties weergegeven van de scores op de schalen van de AVJ per stoornistype, leeftijd en sekse. Gemiddeld genomen scoorden de verschillende groepen het hoogst op de schaal ‘interacties’ en het laagst op de schaal ‘zelfsturing’, maar de gemiddelde scores van alle schalen lagen vrij dicht bij elkaar.

Tabel 2. Gemiddelde en standaarddeviatie op de schalen van de AVJ per stoornistype, leeftijd en sekse (N=280).

	Geen	ADHD	ASS	ADHD ASS	6-9 jaar	10-12 jaar	Jongen	Meisje
N	187	15	51	27	143	137	176	104
Interacties	4.12 (.57)	3.64 (.67)	2.71 (.92)	2.91 (.73)	3.75 (.94)	3.68 (.85)	3.53 (.91)	4.04 (.77)
Communicatie	4.0 (.56)	3.25 (.61)	2.78 (.75)	2.40 (.74)	3.52 (.89)	3.64 (.85)	3.39 (.89)	3.90 (.74)
Omgang ouders/volwassenen	4.02 (.48)	3.29 (.53)	2.94 (.65)	2.54 (.63)	3.62 (.83)	3.67 (.71)	3.48 (.78)	3.93 (.66)
Omgang gezag	3.95 (.52)	3.19 (.86)	3.19 (.68)	2.64 (.76)	3.59 (.74)	3.71 (.77)	3.51 (.74)	3.88 (.73)
Autonomie	3.80 (.53)	3.19 (.69)	2.72 (.61)	2.34 (.62)	3.41 (.78)	3.45 (.80)	3.27 (.78)	3.71 (.72)
Zelfsturing	3.76 (.58)	2.59 (.56)	2.94 (.66)	2.15 (.60)	3.37 (.78)	3.42 (.84)	3.26 (.78)	3.63 (.82)

Op de subschaal ‘interacties’ is een significant verschil gevonden bij de factor stoornistype ($F(3,264)=55.61, p=.00$) (zie Tabel 3). De factor stoornistype verklaart 39% van de verschillen in de scores op interacties, wat geïnterpreteerd kan worden als een groot effect (Cohen, 1988). Uit de post-hoc analyse bleek dat de kinderen in alle stoornisgroepen significant lager scoorden dan de normale kinderen. Bij de stoornisgroepen scoorden kinderen met ADHD significant hoger dan de kinderen met autisme en het gecombineerde type autisme en ADHD. Laatstgenoemde groepen kinderen verschilden niet significant van elkaar.

Op deze schaal is er verder geen significant verschil gevonden tussen de groepen gebaseerd op leeftijd ($F(1,264)=.06, p=.81$) en sekse ($F(1,264)=1.5, p=.22$). Tevens is er geen interactie-effect gevonden tussen stoornistype en leeftijd ($F(3,264)=1.26, p=.29$) en tussen stoornistype en sekse ($F(3,264)=.18, p=.91$).

Tabel 3. Variantieanalyse van de subschaal ‘interacties’ (N=280).

Interacties	SS	df	dfe	MS	F	P	η^2
Stoornistype	71.41	3	264	23.80	55.61	.00	.39
Leeftijd	.03	1	264	.03	.06	.81	.00
Sekse	.64	1	264	.64	1.50	.22	.01
Stoornistype *	1.61	3	264	.54	1.26	.29	.01
Leeftijd							
Stoornistype *	.23	3	264	.08	.18	.91	.00
Sekse							

Ook op de subschaal ‘communicatie’ is een significant verschil gevonden op basis van de factor stoornistype ($F(3,264)=56.16, p=.00$) (zie tabel 4). Deze factor verklaart 39% van de verschillen in de scores op de schaal communicatie, wat een groot effect is (Cohen, 1988). Uit de post-hoc analyse bleek dat de kinderen in alle stoornisgroepen significant lager scoorden dan de normale kinderen. Bij de stoornisgroepen scoorden kinderen met ADHD significant hoger dan kinderen met ASS en het gecombineerde type autisme en ADHD. Tevens scoorden kinderen met ASS significant hoger dan kinderen met het gecombineerde stoornistype.

Op deze schaal is er geen significant verschil gevonden tussen de groepen gebaseerd op leeftijd ($F(1,264)=.02, p=.9$) en sekse ($F(1,264)= 3.86, p=.05$). Tot slot is er is geen interactie-effect gevonden tussen stoornistype en leeftijd ($F(3, 264)=.60, p=.62$) en tussen stoornistype en sekse ($F(3,264)=2.03, p=.11$).

Tabel 4. Variantieanalyse van de subschaal 'communicatie' (N=280).

Communicatie	SS	df	dfe	MS	F	P	η^2
Stoornistype	60.74	3	264	20.25	56.16	.00	.39
Leeftijd	.01	1	264	.01	.02	.90	.00
Sekse	1.4	1	264	1.4	3.86	.05	.01
Stoornistype*	.64	3	264	.21	.60	.62	.01
Leeftijd							
Stoornistype*	2.19	3	264	.73	2.03	.11	.02
Sekse							

Op de subschaal 'omgang met ouders en volwassenen' is wederom een significant verschil aangetroffen tussen de verschillende stoornistypen ($F(3,264)=69.7$, $p=.00$) (zie tabel 5). Deze factor verklaart 44% van de verschillen op de schaal 'omgang met ouders en volwassenen', wat een groot effect is (Cohen, 1988). Uit de post-hoc analyse bleek dat de kinderen in alle stoornisgroepen significant lager scoorden dan de normale kinderen. Bij de stoornisgroepen bleken kinderen met ADHD niet significant te verschillen van kinderen met ASS. Kinderen met ADHD en kinderen met ASS scoorden significant hoger dan kinderen met het gecombineerde stoornistype.

Op deze schaal is er geen significant verschil gevonden tussen de groepen gebaseerd op leeftijd ($F(1,264)=.05$, $p=.83$) en sekse ($F(1,264)=.31$, $p=.58$). Er is geen interactie-effect gevonden tussen stoornistype en leeftijd ($F(3,264)=.59$, $p=.62$) en tussen stoornistype en sekse ($F(3,264)=1.38$, $p=.25$).

Tabel 5. Variantieanalyse van de subschaal 'omgang met ouders en volwassenen' (N=280).

Omgang ouders/ volwassenen	SS	df	dfe	MS	F	P	η^2
Stoornistype	57.76	3	264	19.25	69.70	.00	.44
Leeftijd	.01	1	264	.01	.05	.83	.00
Sekse	.08	1	264	.08	.31	.58	.00
Stoornistype*	.49	3	264	.16	.59	.62	.01
Leeftijd							
Stoornistype*	1.15	3	264	.38	1.38	.25	.02
Sekse							

Ook op de schaal ‘omgang met gezag’ is een significant verschil aangetroffen tussen de verschillende stoornistypen ($F(3,264)=41.66, p=.00$) (zie tabel 6), met een verklaarde variantie van 32%. Dit kan geïnterpreteerd worden als een groot effect (Cohen, 1988). Uit de post-hoc analyse bleek dat de kinderen in alle stoornisgroepen significant lager scoorden dan de normale kinderen. Bij de stoornisgroepen bleken kinderen met ADHD niet significant te verschillen van kinderen met ASS. Kinderen met ADHD en kinderen met ASS scoorden significant hoger dan kinderen met het gecombineerde stoornistype.

Tevens bleek er geen significant verschil te bestaan voor deze sociale competentie tussen de groepen op basis van leeftijd ($F(1,264)=.44, p=.51$) en sekse ($F(1,264)=.71, p=.4$). Tot slot is er geen interactie-effect gevonden tussen stoornistype en leeftijd ($F(3,264)=.22, p=.89$) maar wel tussen stoornistype en sekse ($F(3,264)=2.88, p=.04$). Dit betekent dat er binnen de stoornistypen een significant verschil bestaat op basis van sekse voor omgang met gezag. De omvang van dit effect is echter met een verklaarde variantie van 0.03 zeer klein.

Tabel 6. Variantieanalyse van de subschaal ‘omgang met gezag’ (N=280).

Omgang gezag	SS	df	dfe	MS	F	P	η^2
Stoornistype	44.13	3	264	14.71	41.66	.00	.32
Leeftijd	.16	1	264	.16	.44	.51	.00
Sekse	.25	1	264	.25	.71	.40	.00
Stoornistype*	.23	3	264	.08	.22	.89	.00
leeftijd							
Stoornistype	* 3.05	3	264	1.02	2.88	.04	.03
sekse							

Op de schaal ‘autonomie’ is eveneens een significant verschil gevonden op basis van de verschillende stoornistypen ($F(3,264)=58.19, p=.00$) (zie tabel 7), met 40% verklaarde variantie. Dit is een groot effect (Field, 2009). Uit de post-hoc analyse bleek dat de kinderen in alle stoornisgroepen significant verschillen van de kinderen zonder stoornistype. Kinderen in alle stoornisgroepen scoorden significant lager dan kinderen zonder stoornistype. Kinderen met ADHD scoorden significant hoger dan kinderen met ASS en kinderen met het gecombineerde stoornistype. Kinderen met ASS scoorden ook hoger dan kinderen met het gecombineerde stoornistype. Dit

betekent dat kinderen met het gecombineerde stoornistype gemiddeld het laagst scoorden op de subschaal ‘autonomie’.

Daarnaast was er geen sprake van een significant effect voor de factoren leeftijd ($F(1,264)=.10$, $p=.75$) en sekse ($F(1,264)=.12$, $p=.73$) en is er ook geen interactie-effect gevonden tussen stoornistype en leeftijd ($F(3,264)=.76$, $p=.52$) en tussen stoornistype en sekse ($F(3,264)=2.02$, $p=.11$).

Tabel 7. Variantieanalyse van de subschaal ‘autonomie’ (N=280).

Autonomie	SS	df	dfe	MS	F	P	η^2
Stoornistype	54.41	3	264	18.14	58.19	.00	.40
Leeftijd	.03	1	264	.03	.10	.75	.00
Sekse	.04	1	264	.04	.12	.73	.00
Stoornistype*	.71	3	264	.24	.76	.52	.01
leeftijd							
Stoornistype*	1.90	3	264	.63	2.02	.11	.02
Sekse							

Op de schaal ‘zelfsturing’ is evenzeer een significant verschil gevonden op basis van de verschillende stoornistypen ($F(3,264)=62.15$, $p=.00$) (zie tabel 8). Dit verschil verklaard 41% van de variantie op de scores van deze schaal en kan beschouwd worden als een groot effect (Cohen, 1988). Uit de post-hoc analyse bleek dat de kinderen in alle stoornisgroepen significant verschillen van de kinderen zonder stoornistype. De kinderen in alle stoornisgroepen scoorden gemiddeld lager dan kinderen zonder stoornistype. Kinderen met ADHD verschilden niet significant van kinderen met ASS. Ook is er geen significant verschil aangetroffen tussen kinderen met ADHD en kinderen met het gecombineerde stoornistype ADHD en ASS. Wederom scoorden kinderen met het gecombineerde stoornistype het laagst op de subschaal ‘zelfsturing’.

Verder bleek het verschil in de groepen gebaseerd op leeftijd en sekse wederom niet significant te zijn. Tot slot is geen interactie-effect gevonden tussen stoornistype en leeftijd ($F(3, 264)=.68$, $p=.56$), maar wel tussen stoornistype en sekse ($F(3, 264)=2.87$, $p=.04$).

Tabel 8. Variantieanalyse van de subschaal 'zelfsturing' (N=280).

Zelfsturing	SS	df	dfe	MS	F	P	η^2
Stoornistype	64.49	3	264	21.50	62.15	.00	.41
Leeftijd	.00	1	264	.00	.00	.98	.00
Sekse	.03	1	264	.03	.07	.79	.00
Stoornistype*	.71	3	264	.24	.68	.56	.01
leeftijd							
Stoornistype*	2.98	3	264	.99	2.87	.04	.03
seks							

3.5 Belangrijkste resultaten

Uit de analyses is gebleken er aanzienlijke verschillen bestaan in sociale competenties die samenhangen met de verschillende ontwikkelingsstoornissen. De groep kinderen zonder ontwikkelingsstoornis scoorde gemiddeld het gunstigst op de verschillende sociale competenties. De groep kinderen met zowel ADHD als ASS scoorde gemiddeld het minst gunstig. Op de sociale competentie 'interacties' bleek het verschil tussen kinderen met ADHD en met het gecombineerde stoornistype niet significant. Op de sociale competenties 'omgang ouders en volwassenen' en 'omgang met gezag' bleken de kinderen met ADHD en de kinderen met ASS niet significant van elkaar te verschillen. Ook op het gebied van 'zelfsturing' is een overeenkomst gevonden: kinderen met ADHD en kinderen met ASS verschilden niet significant van elkaar, evenals kinderen met ADHD en kinderen met het gecombineerde subtype. De invloed van leeftijd en sekse bleek op geen enkele competentie significant.

4. Conclusie en discussie

4.1 Introductie

In deze studie is onderzocht in hoeverre kinderen met ADHD, kinderen met ASS en kinderen met ADHD én ASS over sociale competenties beschikken. Er is gekeken naar verschillen en overeenkomsten tussen de groepen. Hierbij is ook de invloed van leeftijd en sekse meegenomen. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies gegeven met een terugkoppeling naar eerder genoemde onderzoeksliteratuur. Daaropvolgend worden de beperkingen van het onderzoek van het onderzoek genoemd, evenals richtlijnen voor verder onderzoek en aanbevelingen voor de praktijk.

4.2 Conclusie

De bevindingen van de huidige studie kunnen als volgt worden samengevat: Ten eerste beschikken kinderen zonder ontwikkelingsstoornis over meer sociale competenties dan kinderen met een ontwikkelingsstoornis op de zes verschillende sociale competenties uit de Algemene Vaardighedenvragenlijst voor Jeugdigen (interacties, communicatie, omgang met ouders en volwassenen, omgang met gezag, autonomie en zelfsturing). Ten tweede zijn er aanzienlijke verschillen in sociale competenties die samenhangen met de hier onderzochte typen ontwikkelingsstoornissen. De kinderen met zowel ADHD als ASS scoorde op vrijwel alle competenties gemiddeld het laagst, de competenties van de kinderen met alleen ADHD of autisme lagen tussen die van de comorbide groep en die van de kinderen zonder stoornissen in. Ten derde zijn er op een aantal competenties overeenkomsten gevonden tussen verschillende groepen kinderen met ontwikkelingsstoornissen. Zo bleek op de sociale competentie ‘interacties’ het verschil tussen kinderen met ADHD en met het gecombineerde stoornistype niet significant. Op de sociale competenties ‘omgang ouders en volwassenen’ en ‘omgang met gezag’ bleken de kinderen met ADHD en de kinderen met ASS niet significant van elkaar te verschillen. Ook op het gebied van ‘zelfsturing’ is een overeenkomst gevonden: kinderen met ADHD en kinderen met ASS verschilden niet significant van elkaar, evenals kinderen met ADHD en kinderen met het gecombineerde subtype. Tot slot bleek is er geen invloed van leeftijd en sekse gevonden op de subschalen van de AVJ.

Verschillen in sociale competenties tussen kinderen met een ontwikkelingsstoornis en kinderen zonder een ontwikkelingsstoornis

In de huidige studie staan verschillende sociale competenties centraal: omgang met leeftijdgenoten, omgang met volwassenen en gezag, autonomie en zelfsturing. Wanneer gekeken wordt naar de verschillen tussen kinderen waarbij geen ontwikkelingsstoornis is vastgesteld en de kinderen met ADHD, ASS of ADHD én ASS kan daaruit afgeleid worden dat kinderen zonder stoornis gemiddeld hoger scoren op alle onderzochte sociale competenties in vergelijking met kinderen met een van de ontwikkelingsstoornissen. Dit is consistent met de bevindingen van Keane en Calkins (2004) die stelden dat kinderen met ontwikkelingsstoornissen zoals ADHD en ASS een vertraagde of deviante ontwikkeling doormaken op het gebied van sociale competentie. Tussen de stoornisgroepen zijn er verschillen aangetroffen. Op het gebied van interacties is er een significant verschil gevonden tussen de groep kinderen met ASS en kinderen met het gecombineerde stoornistype. Ook verschilden de kinderen met ASS significant van kinderen met ADHD. Ze haalden significant lagere scores op vragen als *'Ik heb vrienden/vriendinnen waar ik mee omga'*, *'Met leeftijdgenoten die ik aardig vind zoek ik contact'* en *'Ik praat met vrienden/vriendinnen over dingen die mij bezighouden'*. Dit betekent dat de groepen kinderen met autisme op een andere manier omgaan met leeftijdgenoten dan kinderen met ADHD. Ook op het gebied van communicatie verschilden de stoornisgroepen van elkaar. Elke stoornisgroep scoorde significant anders op vragen als *'Ik herken bij anderen hoe zij zich voelen of wat zij denken'*, *'Ik voel het aan als een vriend of vriendin hulp nodig heeft'* en *'Ik houd rekening met de gevoelens van anderen'*. Hierbij is het denkbaar dat kinderen met ADHD wel herkennen hoe anderen zich voelen maar hier niet altijd adequaat op kunnen reageren. Kinderen met ASS hebben moeite met het 'sociale snapvermogen' waardoor ze niet aanvoelen hoe andere mensen zich voelen of wat ze denken. Kinderen met het gecombineerde stoornistype kunnen een combinatie van deze problematiek laten zien. Op het gebied van omgang met ouders, volwassenen en gezag verschillen de kinderen met ADHD en de kinderen met ASS significant met het gecombineerde stoornistype. Op het gebied van autonomie verschilden alle groepen significant van elkaar, wat betekent dat kinderen met de verschillende ontwikkelingsstoornissen significant van elkaar afweken op vragen als *'Ik weet wat ik goed kan en niet zo goed kan'*, *'Ik houd altijd rekening met eigen en andermans belangen'* en *'Als anderen kritiek hebben reageer ik daar rustig'*.

op'. Bij kinderen met ASS is vaak het zelfinzicht beperkt, waardoor zij moeilijk kunnen aangegeven wat hun sterke en zwakke punten zijn. Bij kinderen met ADHD schuilt het gevaar dat zij te impulsief en wellicht agressief kunnen reageren op kritiek en conflicten. Wederom is het bij kinderen met het gecombineerde stoornistype denkbaar dat zij een combinatie van bovenstaande problematiek vertonen. Op het gebied van zelfsturing is tot slot een verschil aangetroffen tussen kinderen met ASS en kinderen met het gecombineerde stoornistype. Dit klopt met de bevindingen van Fenton et al. (2003) die aangeeft dat mensen met ASS relatief sterk zijn op het gebied van zelfredzaamheid. Concluderend kan er gezegd worden dat de stoornisgroepen vaak van elkaar verschillen en daarmee redelijk goed te onderscheiden zijn. De problematiek die ten grondslag ligt aan ADHD (aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit) en ASS (beperkingen in sociale interactie, beperkingen in contact en beperkte interesses) zorgt voor verschillende uitkomsten op het gebied van sociale competenties.

Overeenkomsten op het gebied van sociale competenties tussen kinderen met een ontwikkelingsstoornis en kinderen zonder een ontwikkelingsstoornis

Wanneer er gekeken wordt naar de overeenkomsten tussen kinderen met ADHD, kinderen met ASS en kinderen met het gecombineerde stoornistype kan geconcludeerd worden dat er op een aantal sociale competenties overeenkomsten zijn gevonden. Op de schaal interacties is er een overeenkomst gevonden tussen kinderen met ADHD en kinderen met het gecombineerde stoornistype. Op de schalen communicatie en autonomie zijn er geen overeenkomsten gevonden. Op de schaal omgang met ouders en volwassenen kwamen kinderen met ADHD en kinderen met ASS overeen. Dat betekent dat kinderen met ADHD en ASS hetzelfde scoorden op vragen als *'Ik houd rekening met de wensen en gevoelens van mijn ouders'*, *'Ik kan goed overweg met verschillende soorten mensen'* en *'Ik ben vriendelijk en beleefd tegen volwassenen'*. Kinderen met ADHD en kinderen met ASS kwamen ook overeen op het gebied van omgang met gezag. Hier haalden zij ongeveer dezelfde scores op vragen als *'Als volwassenen mij aanwijzingen geven dan volg ik die op'*, *'Ik vind het normaal dat ouders en leerkrachten de leiding hebben'* en *'ik weet wat er wel en niet gezegd kan worden tegen andere mensen'*. Ook op het gebied van zelfsturing weken de scores van kinderen met ADHD en kinderen met ASS niet significant van elkaar af, evenals de scores van kinderen met ADHD en kinderen met het gecombineerde

stoornistype. Dit betekent dat deze groepen hetzelfde scoorden op vragen als *'Ik kan goed met geld omgaan'*, *'Ik breng orde en regelmaat aan in mijn leven'* en *'Ik besteed mijn vrije tijd nuttig en zinvol'*.

Concluderend kan gezegd worden dat kinderen met de gedragskenmerken van ADHD en ASS blijken te geven van minder goede sociale competenties in de middenkindertijd. Kinderen met deze stoornissen vertonen overeenkomsten op het gebied van omgang met ouders, volwassenen en gezag en op het gebied van zelfsturing.

De gevonden overeenkomsten tussen kinderen met ADHD en kinderen met ASS kan verklaard worden doordat ADHD en ASS mogelijk een gedeelde basis en achtergrond hebben (Clarke et al., 2011). Tevens is het denkbaar dat de kernproblemen van ADHD leiden tot beperkingen op het gebied van sociale interactie, communicatie en interesses, waardoor het afstemmen van sociaal gedrag op de omgeving negatief beïnvloed wordt (Minderaa, 2008). Als er sprake is van zowel ADHD als ASS heeft dit nog sterker een negatieve invloed op de ontwikkeling van sociale competenties. Dit is consistent met de bevindingen van Minderaa (2008).

Invloed van leeftijd en sekse op de ontwikkeling van sociale competenties

In tegenstelling tot de verwachtingen gebaseerd op de onderzoeksliteratuur uit de theoretische oriëntatie is er geen effect van leeftijd gevonden op de ontwikkeling van sociale competenties. De verwachting was dat sociale competenties bij kinderen zonder ontwikkelingsstoornis zouden toenemen (Sparrow et al., 1984), en dat de kloof tussen deze kinderen en kinderen met een ontwikkelingsstoornis groter zou worden. Rubin, Daniels-Beirness & Bream (1984) hadden namelijk aangegeven dat kinderen met gedragsproblemen niet geaccepteerd worden door hun leeftijdgenoten en daardoor ook minder kans krijgen om sociale competenties te verwerven. Dit zou er toe leiden dat het verschil in de ontwikkeling van sociale competenties zou oplopen naarmate de kinderen ouder worden. Een mogelijke verklaring waardoor het effect van leeftijd in de huidige studie niet significant is gebleken is dat de leeftijdsgroepen te dicht bij elkaar liggen (6-9, 10-12) waardoor het effect onopgemerkt is gebleven. Ook maakt de AVJ geen onderscheid in welke ontwikkelingsstaken passend zijn voor welke leeftijd. Zo wordt er gevraagd of het kind goed met geld om kan gaan, terwijl dit nog niet, of op een andere wijze, aan de orde is voor veel kinderen in de leeftijd van zes tot negen jaar. Indien hier meer aandacht voor was geweest was het effect van leeftijd wellicht wel teruggevonden in de resultaten.

De statistische analyses hebben tevens geen noemenswaardige verschillen opgeleverd tussen jongens en meisjes op de ontwikkeling van sociale competenties. Dit is in tegenstelling met de bevindingen van Keenan en Shaw (1997) die aangaven dat geslachtsverschillen in probleemgedrag vanaf de vroege kindertijd zichtbaar worden. Maar het feit dat er kwalitatieve geslachtsverschillen bestaan op het gebied van probleemgedrag wil niet zeggen dat deze ook tot uiting komen in een kwantitatief onderzoek zoals de huidige studie. Indien er kwalitatief geanalyseerd zou worden op welke manier het probleemgedrag zichtbaar is bij de verschillende seksen worden er ongetwijfeld wel verschillen gevonden. Er is wel een interactie-effect gevonden voor stoornistype en sekse op de schalen omgang met gezag en zelfsturing, wat betekent dat er binnen de stoornistypen een significant verschil bestaat op basis van sekse. De omvang van dit verschil was echter volgens de criteria van Cohen (1988) klein.

Jongens en meisjes met ADHD, ASS of ADHD én ASS vertonen dus wel verschillen in de omgang met ouders, volwassenen en gezag en op het gebied van zelfsturing, maar die verschillen zijn niet opvallend groot. Concluderend kan gezegd worden dat sekse in tegenstelling tot de verwachtingen geen invloedrijke factor is gebleken voor de ontwikkeling van sociale competenties bij kinderen in de middenkindertijd. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de groepsgrootte van jongens en meisjes onevenredig was verdeeld.

4.3 Beperkingen van het onderzoek

Ten aanzien van de onderzoeksopzet moeten de volgende beperkingen in acht worden genomen:

De vragenlijsten die gebruikt zijn bij het huidige onderzoek zijn ingevuld door de ouders van de onderzoekssubjecten. Wellicht zijn ouders niet de meest objectieve beoordelaars als het gaat om het gedrag van hun kind en dit zou kunnen leiden tot een vertekend beeld (Meyers & Winters, 2002). Zo rapporteren ouders vaak minder vriendschappen van kinderen met ADHD dan dat deze kinderen zelf aangeven. Dit kan veroorzaakt worden door verschillende omschrijvingen van het begrip vriendschap, of door een te positief gekleurd zelfbeeld van deze kinderen. Door ouders te laten fungeren als informanten wordt de meting meer subjectief dan wanneer er bijvoorbeeld gebruik wordt gemaakt van observaties door getrainde observatoren. Aangezien dit erg intensief en tijdrovend is, is het ook denkbaar dat

naast de ouders een extra informant wordt gevraagd om de vragenlijst in te vullen, zoals de leerkracht.

Tijdens dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een screeningsvragenlijst om te bepalen of er sprake was van een ontwikkelingsstoornis en van welke stoornis. Het is mogelijk dat niet alle kinderen met symptomen van ADHD en ASS ook daadwerkelijk voldoen aan de DSM-criteria waardoor geen officiële diagnose gesteld kan worden. Dit leidt er toe dat de gevonden resultaten wellicht niet generaliseerbaar zijn naar de populatie kinderen met een diagnose van ADHD, ASS of ADHD én ASS. Om te kunnen bepalen of de huidige resultaten generaliseerbaar zijn naar de populatie zal eerst moeten worden onderzocht of de kinderen uit dit onderzoek verschillen van kinderen met een diagnose op het gebied van sociale competenties. In het kader van vervolgonderzoek wordt aangeraden om alleen kinderen bij het onderzoek te betrekken met een diagnose van een ontwikkelingsstoornis. Dit bemoeilijkt weliswaar de dataverzameling maar komt wel de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van het onderzoek ten goede.

Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat kinderen uit de hier onderzochte stoornisgroepen kwantitatief van elkaar verschillen of met elkaar overeenkomen. De grote vraag blijft echter hoe deze verschillen er kwalitatief uit zien. Om deze vraag te beantwoorden kan kwalitatief onderzoek een uitkomst bieden.

Tot slot bestaan de stoornissen ADHD en ASS uit verschillende subtypen. Zo bestaat ADHD uit de typen voornamelijk aandachtstekort, voornamelijk hyperactief en een combinatie van deze twee typen (DSM-IV, 2000). ASS kan worden onderscheiden in *aloof*, *passive* en *odd*. ADHD en ASS zijn dus eigenlijk verzamelnamen voor een aantal specifieke gedragskenmerken. Hierdoor is het denkbaar dat binnen de groepen ADHD, ASS en ADHD én ASS grote verschillen bestaan in de ontwikkeling van sociale competenties. Nader onderzoek naar de ontwikkeling van sociale competenties bij kinderen met verschillende subtypen van ADHD en ASS moet uitwijzen of deze verschillen bestaan en of onderscheid noodzakelijk is voor degelijk onderzoek, begeleiding en behandeling.

Ten aanzien van de analyses moeten de volgende beperkingen in acht genomen worden:

De verdeling van de groepsgrootte over de vier verschillende stoornisgroepen was niet evenredig. De groep kinderen zonder stoornis bestaat uit 187 kinderen,

tegenover 15 kinderen met ADHD, 51 kinderen met ASS en 27 kinderen met het gecombineerde stoornistype. Ook de groepen die samengesteld zijn op basis van sekse kwamen niet overeen qua groepsgrootte: in dit onderzoek zijn 176 jongens betrokken tegenover 104 meisjes. De verdeling op basis van leeftijd was wel in balans. Dit heeft gevolgen voor de generaliseerbaarheid van naar de gehele kindpopulatie. Daarom is het in het vervolg raadzaam om meer gelijkmatige groepen samen te stellen.

Uit de controle op normaliteit is gebleken dat de steekproef niet voldeed aan de voorwaarden die gesteld zijn voor een normaalverdeling. Gezien de omvang van de steekproef zal de invloed hiervan op de parametrische toetsen beperkt zijn gebleven (Field, 2009). Voor vervolgonderzoek is het wenselijk om non-parametrische toetsen te gebruiken voor het analyseren van niet-normaal verdeelde datagegevens.

4.4 Aanbevelingen voor de praktijk

Dit onderzoek heeft beoogd een bijdrage te leveren aan het in kaart brengen van de sociale competenties van kinderen met ADHD en ASS en hierbij aandacht te besteden aan de overeenkomsten en verschillen tussen deze stoornisgroepen. Uit dit onderzoek is gebleken dat kinderen met een ontwikkelingsstoornis een deviante of vertraagde ontwikkeling doormaken op het gebied van sociale competenties. Het is daarom raadzaam om vroegtijdig te starten met vaardigheidstrainingen gericht op de ontwikkeling van sociale competenties. Op basis van dit onderzoek is gebleken dat kinderen met ADHD en kinderen met ASS op een aantal sociale competenties verschillen, maar ook op bepaalde competenties overeenkomen. Er zou daarom een proefbehandeling ontwikkeld kunnen worden die gericht is op beide stoornisgroepen. Het is nog onduidelijk of kinderen met ADHD en kinderen met ASS ook daadwerkelijk tegelijk kunnen deelnemen aan een training ter ontwikkeling van sociale competenties, aangezien iedere groep wellicht baat heeft bij een andere wijze van cursusaanbod. Tot slot kan op basis van dit onderzoek geconcludeerd worden dat interventies geen onderscheid hoeven te maken in geslacht en leeftijd van de kinderen, maar dat het wel raadzaam is om competenties te stimuleren die passend zijn bij de ontwikkelingsleeftijd.

Tot slot

Het ontbreken van leeftijdsadequate sociale competenties in de kindertijd kan een verklaring zijn voor de sociale problemen die kinderen met een

ontwikkelingsstoornis ondervinden. Dit onderzoek bevestigt dat de problemen van kinderen met ADHD en ASS niet beperkt blijven tot de direct stoornisgebonden deficieten maar zich uitbreiden naar het gebied van sociale ontwikkeling en zeer waarschijnlijk ook naar andere ontwikkelingsgebieden.

Het is belangrijk om te investeren in de ontwikkeling van sociale competenties bij kinderen met een ontwikkelingsstoornis omdat dit er toe bijdraagt dat deze kinderen in de volwassenheid actief en constructief deelnemen aan de maatschappij (Slot & Spanjaard, 2009). Tevens draagt de ontwikkeling van sociale competenties bij aan het sociaal en emotioneel welbevinden (Parker & Asher, 1993) en daarmee aan de kwaliteit van leven. Deze kinderen verdienen het.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-IV-TR]*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 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 and Adolescent Psychiatry*, 40, 1285-1292.
- Berry, D. & O' Connor, E. (2010). Behavioral risk, teacher-child relationships, and social skill development across middle childhood: A child-by-environment analysis of change. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31, 1-14.
- Barkley, R.A. (2003). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child Psychopathology*. In Mash, E.J. & Barkley, R.A. (red.). NY: The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2006). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 3rd Edition. New York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Biederman, J. & Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 366, 237-248.
- Bierman, K.L., Smoot, D.L. & Aumiller, K. (1993). Characteristics of Aggressive-Rejected, Aggressive (Nonrejected), and Rejected (Nonaggressive) Boys. *Child Development*, 64, 139-151.
- Clarke, A.R., Barry, R.J., Irving, A.M., McCarthy, R. & Selikowitz, M. (2011). Children with attention-deficit/hyperactivity disorder and autistic features: EEG evidence for comorbid disorders, *Psychiatry Research*, 185, 225-231.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences, second edition*. New York: Academic Press.
- DeHart, G.B., Sroufe, L.A. & Cooper, R. G. (2004). *Child development: its nature and course*. Boston: McGraw-Hill.
- Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders IV-TR (2000). *American Psychiatric Association*.
- Evers, A., Van Vliet-Mulder, J.C., & Groot, C.J. (2004). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland*. Assen: Van Gorcum.

- Faraone, S.V., Biederman, J. & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36, 159-165.
- Fenton, G., D'ardia, C., Valente, D., Del Vecchio, I., Fabrizi, A. & Bernabei, P. (2003). Vineland adaptive behavior profiles in children with autism and moderate to severe developmental delay. *SAGE publications and The National Autistic Society*, 7, 269-287.
- Frazier, J.A., Biederman, J., Bellordre, C.A., Garfield, S.B., Geller, D.A., Coffey, B.J. & Faraone, S.V. (2001). Should the diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity disorder be considered in children with Pervasive Developmental Disorder? *Journal of Attention Disorders*, 4, 203-211.
- Frederick, B.P. & Olmi, D.J. (1994). Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review of the Literature on Social Skills Deficits. *Psychology in the Schools*, 31, 288-296.
- Goudena, P.P (1994). Ontwikkelingstaken en opvoedingsopgaven. In J.P. Rispen, P.P. Goudena & J.J.M. Groenendaal (red.). *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Greene, R.W., Biederman, J., Faraone, S.V., Ouellette, C.A., Penn, C. & Griffin, S.M. (1996). Toward a New Psychometric Definition of Social Disability in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 571-578.
- Happé, F., Booth, R., Charlton, R. & Hughes, C. (2006). Executive function deficits in autism spectrum disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder: Examining profiles across domains and ages. *Brain and Cognition*, 61, 25-39.
- Harpin, V.A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90, 2-7.
- Hartup, W.W. (1984). The Peer Context in Middle Childhood. In W. A. Collins (Ed.), *Development During Middle Childhood: The Years From Six to Twelve* (pp. 240-282). Washington D.C.: National Academy Press.
- Henker, B. & Wahlen, C.K. (1999). The Child with ADHD in school and peer settings. In Quay, H.C. & Hogan, A.E. (Eds.), *Handbook of Disruptive Behavior Disorders* (pp. 157-178). NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Hill, E.L. & Frith, U. (2003). Understanding autism: insights from mind and brain. *Philosophical Transactions of the Royal Society London B*, 358, 281-289.
- Kanne, S.M., Gerber, A.J., Qiu, L.M., Sparrow, S.S., Cicchetti, D.V. & Saulnier, C.A. (2011). The Role of Adaptive Behavior in Autism Spectrum Disorders: Implications for Functional Outcome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 1007-1018.
- Keane, S.P. & Calkins, S.D. (2004). Predicting Kindergarten Peer Social Status From Toddler and Preschool Problem Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 409-423.
- Keenan, K. & Shaw, D. (1997). Developmental and Social Influences on Young Girls' Early Problem Behavior. *Psychological Bulletin*, 121, 95-113.
- Kraijer, D. (2000). Review of Adaptive Behavior Studies in Mentally Retarded Persons with Autism/Pervasive Developmental Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 39-47.
- Ladd, G.W. & Hart, C.H. (1992). Creating informal play opportunities: Are Parents' and Preschoolers' Initiations Related to Children's Competence With Peers? *Developmental Psychology*, 28, 1179-1187.
- Lord, C. & Schopler, E. (1989). Stability of Assessment Results of Autistic and Non Autistic Language Impaired Children from Preschool Years to Early School Age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 575-90.
- Maestrini, E., Paul, A., Monaco, A.P. & Bailey, A. (2000). Identifying Autism Susceptibility Genes. *Neuron*, 28, 19-24.
- Meyers, K.M. & Winters N.C. (2002) Ten-years review of rating scales: Overview of scale functioning, psychometric properties and selection. *American Academy Child Adolesc Psychiatry*, 41, 114-122.
- Minderaa, R. (2008). Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) en problemen in het sociale functioneren. In Noens, I. & Van IJzendoorn, R. (Eds), *Autisme in orthopedagogisch perspectief*. (pp. 46-59). Amsterdam: Boom Academic.
- Nicholas, J.S., Charles, J.M., Carpenter, L.A., King, L.B., Jenner, W. & Spratt, E.G. (2007). Prevalence and Characteristics of Children With Autism-Spectrum Disorders. *Annals of Epidemiology*, 18, 130-136.

- Nijmeijer, J.S., Minderaa, R.B., Buitelaar, J.K., Mulligan, A., Hartman, C.A. & Hoekstra, P.J. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review*, 28, 692-708.
- Parker, J.G. & Asher, S.R. (1993). Friendship and Friendship Quality in Middle Childhood: Links With Peer Group Acceptance and Feelings of Loneliness and Social Dissatisfaction. *Developmental Psychology*, 29, 611-621.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942-948.
- Rommelse, N.J., Franke, B., Geurts, H.M., Hartman, C.A. & Buitelaar, J.K. (2010). Shared heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 281-295.
- Rubin, K.H., Daniels-Beirness, T. & Bream, L. (1984). Social Isolation and Social Problem Solving: A Longitudinal Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 15-25.
- Scholte, E. M., Van Duijn, G., Dijxhoorn, Y. M., Noens, I. L. J. & Van Berckelaer-Onnes, I. A. (2008). *Handleiding Vineland Screener 0-6*. Leiden: PITS.
- Scholte, E.M. & Van der Ploeg, J.D. (2009). *Sociaal Emotionele Vragenlijst/Handleiding*. Houten: Bohn van Stafleu van Loghum.
- Scholte, E.M. & Van der Ploeg, J.D. (2010). *Toelichting op de vragenlijst 'Adaptieve Vaardigheden Jeugdigen' (AVJ)*. In ontwikkeling.
- Slot, N.W. & Spanjaard, H.J.M. (2009). Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Baarn: HB uitgevers.
- Slot, N.W. & Van Aken, M. (2010). *Psychologie van de adolescentie; basisboek*. Amersfoort: Thieme Meulenhoff.
- Sparrow, S. S., Balla, D., & Cicchetti, D. V. (1984). Vineland Adaptive Behavior Scales (Survey Form). Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Spencer, T.J., Biederman, J. & Mick, E. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *Ambulatory Pediatrics*, 7, 73- 81.
- 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.

- Volkmar, F.R., Lord, C., Klin, A., Schultz, R. & Cook, E.H. (2007). Autism and the Pervasive Developmental Disorders. In A. Martin & F.R. Volkmar (Eds.) *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook*. (384-400). London: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins.
- Wehmeier, P.M., Schacht, A. & Barkley, R.A. (2010). Social and Emotional Impairment in Children and Adolescents with ADHD and the Impact on Quality of Life. *Journal of Adolescent Health*, 46, 209-217.
- Wenar, C. & Kerig, P. K. (2005). *Developmental Psychopathology: From Infancy through Adolescence*. New York, NY, V.S.:McGraw-Hill.
- Wing, L. & Gould, J. (1979). Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 9, 11-29.
- Wing, L. & Potter, D. (2002). The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising? *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8, 151-161.