

Adaptieve vaardigheden van jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een depressie

:

Naam student: Sandra Nootenboom

Studentnummer: 0827908

Differentiatie: Orthopedagogiek - Ontwikkelingsstoornissen

Begeleiders: Prof. Dr. E. M. Scholte & Dr K.B. van der Heijden

Datum: 19 september 2012

Inhoudsopgave

Abstract	3
1. Inleiding en theoretisch kader	4
2. Methode	15
3. Resultaten	20
4. Discussie	28
5. Literatuur	33

Abstract

Youth with an Autism Spectrum Disorder can also have an other clinical disorder, for example a depression. This depression could be a multiple disability for this youth with autism. The youth with an Autism Spectrum Disorder and depression can have more limits in daily functioning, in comparison to youth with only an Autism Spectrum Disorder. It's important to know at which aspects in daily functioning the youth with both disorders have the greatest limits. Because if these aspects are known, the youth can be supported at these aspects. This results in the following question: In which degree do Dutch children and youth from 4 to 18 years with an Autism Spectrum Disorder and an depression have limits in their adaptive skills? The level of the youth with both disorders are compared with the youth with autism, the youth with a depression and with the youth without psychopathology on four adaptive skills; contact with other children; contact with parents, adults and authority; school, work and future and the adaptive skill autonomy. This research with 635 participants shows that there's a difference between youth with both disorders and youth with an Autism Spectrum Disorder on the adaptive skill autonomy. Youth with both disorders and youth with only a depression differ on the adaptive skill contact with other children. These results indicate that youth with both disorders mainly have a multiple disability at the adaptive skill autonomy. Youth with both disorders need support to improve their level of this adaptive skill.

1. Inleiding en theoretisch kader

1.1 Inleiding

Bij veel jeugdigen met een autisme spectrum stoornis is sprake van een bijkomende andere of comorbide stoornis. Veelvoorkomende comorbide stoornissen bij jeugdigen met een autisme spectrum stoornis zijn een depressie of een angststoornis (McPheeters, Davis, Navarre II & Scott, 2011; Howlin, 2007; Scholte & van der Ploeg, 2008). Aangezien de symptomen van een autisme spectrum stoornis en een depressie kunnen overlappen, is het lastig om bij deze jeugdigen een depressie te diagnosticeren en om een juiste prevalentie te geven. Uit een review van Stewart, Barnard, Pearson, Hasan en O'Brien (2006) blijkt dat de prevalentie van kinderen met een autisme spectrum stoornis en een depressie varieert per onderzoek. Deze onderzoeken verschillen echter van elkaar wat betreft de opzet en participanten, waardoor deze onderzoeken niet goed met elkaar te vergelijken zijn. Het hoogst genoemde percentage van jeugdigen met beide stoornissen dat in een onderzoek gevonden werd is 34%.

Een autisme spectrum stoornis heeft invloed op het adaptief functioneren van jeugdigen, in vergelijking tot dat van jeugdigen zonder psychopathologie. Zo is bij jeugdigen met een autisme spectrum stoornis sprake van beperkingen in de sociale interactie en communicatie (American Psychiatric Association, 2000). Samen met de intelligentie blijken deze adaptieve vaardigheden de belangrijkste voorspellers te zijn voor het functioneren van een persoon met een autisme spectrum stoornis op de volwassen leeftijd. Jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en met een grotere achterstand in adaptieve vaardigheden en intelligentie ten opzichte van leeftijdsgenoten, hebben op volwassen leeftijd de meeste kans om ernstige beperkingen te hebben in het dagelijks leven en hierdoor veel afhankelijk te zijn van anderen (Volkmar, Lord, Klin, Schultz & Cook, 2007).

Een jeugdige met een autisme spectrum stoornis en een depressie heeft een dubbele beperking, waardoor deze jeugdige mogelijk meer beperkingen in het dagelijks functioneren ervaart. Om deze jeugdigen zo goed mogelijk te begeleiden en deze beperkingen zoveel mogelijk te verhelpen, is het belangrijk om te weten op welke aspecten in het dagelijks functioneren deze jeugdigen vooral beperkingen hebben. Er is echter weinig onderzoek verricht naar de specifieke adaptieve beperkingen van kinderen met een autisme spectrum stoornis en een depressie. De hoofdvraag van dit onderzoek is daarom als volgt: In hoeverre is er sprake van tekorten in algemene adaptieve vaardigheden bij kinderen en jeugdigen van 4 tot 18 jaar uit Nederland met zowel een autisme spectrum stoornis als een depressie? Deze vraagstelling zal worden beantwoord door een literatuuronderzoek en een empirisch onderzoek. In het literatuuronderzoek worden de centrale begrippen autisme spectrum

stoornis, depressie en adaptieve vaardigheden gedefinieerd. Ook zal hier worden nagegaan wat er bekend is over adaptieve vaardigheden bij jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een depressie. In het empirisch onderzoek zal in een steekproef uit de algemene jeugdbevolking worden onderzocht op welke gebieden jeugdigen met zowel een autisme spectrum stoornis als een depressieve stoornis meer beperkingen hebben in het dagelijks leven, vergeleken met jeugdigen met enkel een autisme spectrum stoornis of een depressie en normale jeugdigen. Aangezien de intelligentie, sekse en leeftijd van jeugdigen van invloed kunnen zijn op het adaptief functioneren, wordt ook aandacht besteed aan deze factoren.

1.2 Theoretisch kader

In dit theoretisch kader zullen allereerst de begrippen adaptieve vaardigheden, autisme spectrum stoornis en depressieve stoornis toegelicht worden. Vervolgens zal uitgewerkt worden in hoeverre jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een depressieve stoornis of slechts een van deze stoornissen tekorten hebben in adaptieve vaardigheden ten opzichte van leeftijdsgenoten. Als laatste onderdeel van dit gedeelte zal de literatuur betreffende de relatie tussen de intelligentie, sekse en leeftijd van een jeugdige met een autisme spectrum stoornis en/of een depressie en de adaptieve vaardigheden van een jeugdige worden besproken.

Adaptieve vaardigheden.

Een jeugdige ontwikkelt tijdens de kindertijd en adolescentie spelenderwijs vaardigheden om in een latere levensfase adequaat te kunnen functioneren (Slot & Spanjaard, 2009). Sparrow, Cichetti en Balla (2005, zoals beschreven in Scholte & van der Ploeg, 2011) definiëren adaptief gedrag als de mate waarin een individu in staat is om de dagelijkse activiteiten uit te kunnen voeren om adequaat te kunnen functioneren (op persoonlijk en sociaal gebied). Voor kinderen tot en met twaalf jaar is het belangrijk dat ze hun eigen fysiologische signalen en gevoelens kunnen herkennen en leren omgaan met emoties (Slot & Spanjaard, 2009). Daarnaast dienen de jongeren veilige gehechtheidsrelaties met een opvoeder te ontwikkelen, zodat ze nabijheid kunnen zoeken als ze angstig zijn. De kinderen dienen ook vaardigheden te ontwikkelen om relaties aan te gaan met anderen. Zo ontwikkelen kinderen het vermogen om de bedoelingen en belangen van anderen in te schatten en leren ze eenvoudige conflicten op te lossen met leeftijdsgenootjes en aan te geven dat ze een ander aardig vinden. Tevens is het belangrijk dat een kind op school kan functioneren en autonomie ontwikkelt. Om te

functioneren op school dient een kind te kunnen luisteren, zich kunnen concentreren en regels en feedback kunnen hanteren (Slot & Spanjaard, 2009; Goudena, 1994).

Net als kinderen dienen jongeren vanaf twaalf jaar ook de adaptieve vaardigheden omgang met leeftijdsgenoten en volwassenen, school, werk en toekomst en autonomie en zelfsturing te ontwikkelen (Slot & Spanjaard, 2009; Goudena, 1994). Deze jongeren dienen contact te leggen met anderen en deze contacten te onderhouden. Wat betreft intimiteit en seksualiteit dienen jongeren hun mogelijkheden, wensen en grenzen te onderzoeken. De adaptieve vaardigheden betreffende de omgang met volwassenen houden in dat de jongeren minder afhankelijk worden van de ouders. Daarnaast dienen jongeren regels te accepteren, maar ook op te kunnen komen voor hun eigen wensen. Voor jongeren is het ook belangrijk dat zij leren hoe ze een beroep kunnen uitoefenen en hun vrije tijd zinvol kunnen doorbrengen. Tevens dienen jongeren een eigen woonsituatie te creëren en kunnen zorgen voor een goede lichamelijke conditie.

Stressoren en psychische of ontwikkelingsstoornissen kunnen een negatieve invloed hebben op de ontwikkeling van de adaptieve vaardigheden van een jeugdige (Slot & Spanjaard, 2009; Combrinck-Graham & Fox, 2007). Voorbeelden van stressoren zijn het zakken voor een examen of het krijgen van een verkeersongeluk. Stressoren leiden tot problemen als de opeenstapeling van meerdere stressoren tot een situatie leidt die de jeugdigen niet meer aankunnen. Een psychische of ontwikkelingsstoornis kan tot gevolg hebben dat jeugdigen minder mogelijkheden hebben om hun adaptieve vaardigheden te ontwikkelen. Als een jeugdige bijvoorbeeld hyperactief is, is het voor deze jeugdige lastig om onderwijs te volgen (Slot & Spanjaard, 2009), waardoor de jeugdige bijvoorbeeld minder kennis en vaardigheden leert om in de toekomst een beroep uit te voeren.

Autisme spectrum stoornis.

Een autisme spectrum stoornis is een relatief bekende ontwikkelingsstoornis bij jeugdigen tussen de vier en achttien jaar. Als een jeugdige gediagnosticeerd wordt met een autisme spectrum stoornis, houdt dit in dat het kind vaak beperkingen heeft op drie gebieden, namelijk de sociale interactie, communicatie en verbeelding (American Psychiatric Association, 2000). Als gevolg van de moeite met de verbeelding, vertoont een jeugdige met een autisme spectrum stoornis doorgaans tevens stereotiepe gedragingen en/of stereotiepe interesses. Om een autisme spectrum stoornis te kunnen diagnosticeren, dient er een diagnostisch onderzoek plaats te vinden (Minderaa, 2009). Hiervoor zijn een aantal scorings- en observatie-instrumenten ontwikkeld. Een van de mogelijke scoringsinstrumenten die gebruikt kan

worden is de Childhood Autism Rating Scale (CARS). Door het gedrag van een kind te observeren en te scoren op een zevenpuntsschaal kan onderzocht worden of er aanwijzingen zijn voor een autisme spectrum stoornis. Andere scoringsinstrumenten zijn de in Nederland veelgebruikte Autism Behavior Checklist (ABC), de Vragenlijst Inventarisatie van Sociaal gedrag bij Kinderen (VISK), de AUTI-R en de Autisme- en Verwante stoornissenschaal voor Zwakzinnigen-revisie (AVZ-R) (Minderaa, 2009). De Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G) is een gestructureerd observatie-instrument, dat gebruikt kan worden bij het vaststellen van een autisme spectrum stoornis. Daarnaast kan er aanvullend ook naar informatie gevraagd worden aan de ouders en andere verzorgers van de jeugdige. Met behulp van de Handicap Behavior and Skills Schedule (HBS) en het Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) kan eventueel een gestandaardiseerd interview met de ouders worden afgenomen (Minderaa, 2009).

Jeugdigen met een autisme spectrum stoornis kunnen wat betreft hun adaptieve vaardigheden een speciaal autisme profiel vertonen (Kanne et al., 2011), gemeten met de Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS). Het autisme profiel houdt in dat deze jeugdigen ten opzichte van leeftijdsgenoten zonder deze stoornis vooral beperkingen hebben in de sociale vaardigheden. Deze jeugdigen hebben vooral moeite met het aangaan en onderhouden van relaties met anderen, het invullen van hun vrije tijd en het kunnen opvolgen van sociale regels (Scholte, van Duin, Dijkxhoorn, Noens & van Berckelaer-Onnes, 2008). De jeugdigen met een autisme spectrum stoornis hebben ook beperkingen in de communicatie, maar hebben relatief goede dagelijkse vaardigheden. Dit houdt in dat onder andere de vaardigheden wat betreft zelfverzorging en huishoudelijke klusjes van deze jeugdigen in vergelijking tot de overige adaptieve vaardigheden relatief goed ontwikkeld zijn (Scholte et al., 2008).

Er zijn een aantal cognitieve theorieën die de aanpassingsproblemen van jeugdigen met een autisme spectrum stoornis kunnen verklaren. Een van deze theorieën houdt in dat een jeugdige met een autisme spectrum stoornis een gebrekkige 'theory of mind' hebben (Hill & Frith, 2003). Als gevolg hiervan vinden de jeugdigen met een autisme spectrum stoornis het lastig om gedachten van anderen te begrijpen en zichzelf in anderen te verplaatsen. Ook vinden ze het lastig om ironie of niet-geschreven taal te begrijpen. Het kunnen verplaatsen in anderen is een belangrijke vaardigheid om te kunnen communiceren. Bij kinderen zonder psychopathologie ontwikkelt dit vermogen zich automatisch.

Een andere cognitieve theorie is de centrale coherentie theorie. Jeugdigen met een autisme spectrum stoornis hebben een zwakke centrale coherentie, waardoor deze jeugdigen moeilijkheden hebben met het concentreren op een groter geheel (Hill & Frith, 2003). Deze

jeugdigen richten hun aandacht vooral op details, zoals bepaalde objecten of sensaties. Jeugdigen zonder psychopathologie geven vaak weinig aandacht aan deze detailsaspecten.

De aanpassingsproblemen van jeugdigen met een autisme spectrum stoornis kunnen daarnaast ook verklaard worden door een beperking in de executieve functies (Hill & Frith, 2003). Onder de verzamelterm executieve functies vallen meerdere functies, zoals kunnen plannen, impulscontrole en het monitoren van een actie. Als gevolg van beperkingen in deze executieve functies vinden jeugdigen met een autisme spectrum stoornis het doorgaan moeilijk om nieuwe acties te initiëren en hebben ze een behoefte aan vaste routines en repetitief gedrag.

Depressieve stoornis.

Als een jeugdige depressief is, houdt dit in dat een jeugdige minimaal twee weken gedurende een groot gedeelte van een dag een depressieve stemming heeft of veel minder interesse of plezier in activiteiten heeft (American Psychiatric Association, 2000). Bij kinderen en adolescenten kan de depressieve stemming ook tot uiting komen in een geïrriteerde stemming. Andere symptomen kunnen zijn dat een jeugdige moeite heeft met inslapen of erg veel slaapt, erg uitgeput is, gevoelens heeft van waardeloosheid of schuld, minder geconcentreerd en meer besluiteloos is, terugkerende zelfmoordgedachten heeft of een forse afname of toename in het gewicht heeft. Bij kinderen kan een symptoom ook zijn dat het kind niet de verwachte gewichtstoename heeft. De vertoonde gedragingen zijn veranderingen of verergeringen van het gedrag.

Om bij jeugdigen een depressie te diagnosticeren kan er gebruik worden gemaakt van een klinisch (semi-)gestructureerd interview (American Psychiatric Association, 2000; Reichart, 2009). Hierbij kan de informatie van andere informanten erg nuttig zijn om te bepalen wat bijvoorbeeld het verloop van een depressieve periode bij de jeugdige is. Mogelijke semi-gestructureerde interviews die gebruikt kunnen worden bij jeugdigen zijn de Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (K-SADS) en de Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA) (Reichart, 2009). Met behulp van de K-SADS kan onderzocht worden of een jeugdige voldoet aan de criteria van een depressieve stoornis volgens de DSM IV. De SCICA is daarentegen niet gebaseerd op de DSM IV, maar op empirisch onderzoek. De Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) en de Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA-R) zijn gestructureerde interviews. De DICA-R wordt echter in Nederland vrijwel niet gebruikt (Reichart, 2009). Naast deze interviews bestaan er beoordelingsschalen die gebruikt kunnen

worden als screening of om de ernst van de depressie te bepalen. De Beck Depression Inventory (BDI) en de Childhood Depression Inventory (CDI) zijn zelfinvulschalen voor jeugdigen. De BDI is geschikt voor jongeren vanaf twaalf jaar en de CDI is geschikt voor jeugdigen tussen de acht en zestien jaar. De Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) en de Inventory for Depressive Symptomatology (IDS) kan gebruikt worden voor jongeren vanaf zestien jaar. De IDS heeft een versie voor zowel een clinicus als een jongere. De HDRS wordt daarentegen alleen door een clinicus ingevuld (Reichart, 2009).

Door een depressieve stoornis kan een jeugdige bepaalde beperkingen hebben. Als gevolg van de een depressie leggen deze jeugdigen minder snel nieuwe contacten of zoeken ze minder snel activiteiten op om in de vrije tijd te doen (Slot & Spanjaard, 2009). Daarnaast hebben deze jeugdigen minder zelfvertrouwen dan jeugdigen zonder psychopathologie en beschouwen zij zichzelf als minder sociaal en academisch competent (Kennedy, Spence & Hensley, 1989; Levendosky, Okun & Parker, 1995). De jeugdigen met een depressie werden ook door hun klasgenoten als minder populair en assertief gezien dan hun leeftijdsgenoten. Het eventuele agressieve gedrag van deze jeugdigen kan het opbouwen en onderhouden van relaties met leeftijdsgenoten of volwassenen ook lastiger maken (Ghaziuddin, Ghaziuddin & Greden, 2002). Naast deze sociale beperkingen kunnen jeugdigen met een depressieve stoornis ook een verminderde concentratie hebben (Reichart, 2009), wat een negatieve invloed kan hebben op hun functioneren op school. Als een jeugdige ook catatoon gedrag vertoont, wordt de jeugdige erg langzaam in zijn bewegingen en laat deze jeugdige ook een afname zien in de vaardigheden tot zelfverzorging (Ghaziuddin et al., 2002).

De aanpassingsproblemen van een jeugdige met een depressie kunnen verklaard worden door de cognitieve diathese-stress theorie van Beck. Deze theorie is vaak onderzocht en blijkt ook op kinderen in de basisschoolleeftijd en adolescenten toepasbaar te zijn (D'Allessandro & Burton, 2006; Wenar & Kerig, 2005). Jeugdigen met een depressie ervaren gevoelens van waardeloosheid, hulpeloosheid en hopeloosheid. Doordat deze jeugdigen negatiever over zichzelf denken, interpreteren ze informatie op een manier waarop hun eigen gedachten bevestigd worden. Daarnaast hebben jeugdigen met een depressie niet het idee dat ze door middel van actie te ondernemen effecten kunnen bereiken.

Jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een depressieve stoornis.

De autisme spectrum stoornis kan invloed hebben op de symptomen van de depressie van een jeugdige. Net als jeugdigen zonder een autisme spectrum stoornis kunnen jeugdigen met een autisme spectrum stoornis een depressieve stemming of een gebrek aan interesse in bepaalde

activiteiten hebben (Magnuson & Constantino, 2011). Deze symptomen worden echter niet door de jeugdigen zelf aangegeven, maar zijn vaak door ouders of andere verzorgers gerapporteerd. Een ander symptoom kan zijn dat de jeugdigen sociaal teruggetrokken gedrag vertonen. Dit is een voorbeeld van een symptoom dat secundair veroorzaakt kan worden door de autisme spectrum stoornis of primair veroorzaakt kan worden door een depressie. De symptomen waardeloosheid, schuld of zelfmoordgedachten worden niet vaak gerapporteerd. Aangezien de symptomen van een autisme spectrum stoornis en een depressieve stoornis deels overlappen, is het lastig om te bepalen of er sprake is van twee stoornissen of dat de symptomen veroorzaakt worden door enkel de autisme spectrum stoornis of enkel de depressieve stoornis (Magnuson & Constantino, 2011). Doordat veel jeugdigen met een autisme spectrum stoornis onder andere moeite hebben met communiceren en vaak minder goed ontwikkelde taalvaardigheden hebben, zou het lastig kunnen zijn om hun emoties of desinteresse aan te geven (Stewart et al., 2006).

Aangezien jeugdigen met een autisme spectrum stoornis hun depressieve gevoelens en/of gedachten slecht kunnen uiten of vertellen, dienen ouders of andere verzorgers alert te zijn op gedragsveranderingen. Als er namelijk sprake is van meer agressie, zelfverwondend gedrag, prikkelbaarheid of labiliteit, zou er mogelijk sprake kunnen zijn van een depressie (Magnuson & Constantino, 2011; Stewart et al., 2006). De diagnose van een depressieve stoornis bij jeugdigen met een autisme spectrum stoornis wordt met behulp van de informatie van de ouders door een clinicus gesteld. Er is geen specifiek instrument beschikbaar om een depressie vast te kunnen stellen bij jeugdigen met een autisme spectrum stoornis (Stewart et al., 2006). Doordat bepaalde symptomen gemaskeerd kunnen worden door de autisme spectrum stoornis, kunnen bestaande instrumenten niet goed gebruikt worden om een depressie vast te kunnen stellen bij jeugdigen met een autisme spectrum stoornis. Daarnaast wordt er in een vragenlijst vaak niet gevraagd of er een verandering is in de symptomen die gerelateerd zijn aan autisme.

Het is bekend op welke gebieden jeugdigen met een autisme spectrum stoornis of een depressie een achterstand hebben wat betreft hun adaptieve vaardigheden ten opzichte van leeftijdsgenoten zonder psychopathologie. Er is echter geen eerder onderzoek verricht naar de adaptieve vaardigheden omgang met leeftijdsgenoten en volwassenen, school, werk en toekomst en autonomie en zelfsturing van jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een depressie. Aangezien adaptieve vaardigheden een belangrijke voorspeller zijn voor het dagelijks functioneren van een jeugdige met een autisme spectrum stoornis (Volkmar et al., 2007), roept dit de vraag op op welke specifieke adaptieve vaardigheden jeugdigen met een

autisme spectrum stoornis en een depressie tekorten hebben. In hoeverre verschillen Nederlandse jeugdigen van vier tot achttien jaar met een autisme spectrum stoornis en een depressie van Nederlandse jeugdigen van vier tot achttien jaar met enkel een autisme spectrum stoornis of een depressie en met kinderen zonder psychopathologie wat betreft de adaptieve vaardigheden omgang met leeftijdsgenoten en volwassenen, school, werk en toekomst en autonomie en zelfsturing? Een ontwikkelingsstoornis kan een negatieve invloed hebben op zowel de ontwikkeling van de sociale en schoolse vaardigheden als de autonomie van een kind (Combrinck-Graham & Fox, 2007). Aangezien jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een depressie een dubbele beperking hebben, is het te verwachten dat jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een depressie een grotere achterstand zullen hebben wat betreft alle adaptieve vaardigheidsgebieden dan andere jeugdigen met slechts een van deze stoornissen of geen psychopathologie. Een jeugdige met enkel een autisme spectrum stoornis of een depressieve stoornis zal op alle adaptieve vaardigheidsgebieden ook een grotere achterstand hebben dan jeugdigen zonder psychopathologie.

De tekorten in adaptieve vaardigheden bij jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een depressie kunnen verklaard worden doordat deze jeugdigen een dubbele handicap hebben. Als gevolg van hun autisme spectrum stoornis hebben de jeugdigen beperkingen in het sociaal functioneren, communicatie en vertoont de jeugdige stereotiepe gedragingen. De jeugdigen die hiernaast ook een depressie hebben, kunnen voornamelijk een depressieve stemming hebben of willen zich sociaal terugtrekken (Stewart et al., 2006).

IQ.

De adaptieve vaardigheden van jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een depressie kunnen eventueel beïnvloed worden door hun intelligentieniveau. Jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een hoger IQ, hebben meer kans om een depressie te ontwikkelen (Kanne et al., 2011; Magnuson & Constantino, 2011). Deze jeugdigen zijn namelijk meer zelfbewust, zich meer bewust van hun (sociale) beperkingen en zijn meer geïnteresseerd in sociale relaties dan jeugdigen met een lager IQ. Jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een lager IQ kunnen echter ook een depressie hebben (Ghaziuddin et al., 2002). De symptomen van de depressie kunnen zich echter anders uiten dan bij jeugdigen met een hoger IQ, aangezien de jeugdigen met een lager IQ vaak onvoldoende verbale vaardigheden hebben om zich goed te kunnen uiten. De jeugdigen met een lager IQ en een depressie kunnen een verandering ervaren in hun intellectuele vaardigheden en een terugval hebben in hun vaardigheden als incontinentie, eetlust en slaapstoornissen. Deze gegevens roepen de vraag op

of de adaptieve vaardigheden van jeugdigen met een verstandelijke beperking ook verschillend zijn. In welke mate verschillen de adaptieve vaardigheden van Nederlandse jeugdigen met een autisme spectrum stoornis, depressie en een verstandelijke beperking van Nederlandse jeugdigen met een autisme spectrum stoornis, een depressie en zonder een verstandelijke beperking?

Een verstandelijke beperking houdt in dat een jeugdige naast intellectuele beperkingen ook beperkingen heeft in adaptieve vaardigheden, wat zich uit in beperkingen in het alledaags functioneren (AAIDD, 2012). De jeugdige heeft een achterstand in de cognitieve, sociale en praktische vaardigheden, ten opzichte van leeftijdsgenoten zonder een verstandelijke beperking. Uit een onderzoek van Kanne et al. (2011) blijkt dat de intelligentie van een jeugdige een sterkere voorspeller is voor de adaptieve vaardigheden dan de leeftijd van de jeugdige en de ernst van het autisme. Jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een hoger IQ hebben vaak betere adaptieve vaardigheden dan jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een lager IQ. Voor de adaptieve vaardigheid 'interpersoonlijke relaties' is de intelligentie van een jeugdige echter een minder goede voorspeller dan voor de andere adaptieve vaardigheden. Daarnaast blijkt dat jeugdigen met een autisme spectrum stoornis vaak relatief meer beperkingen hebben in de sociale vaardigheden dan in bijvoorbeeld de dagelijkse vaardigheden. Als de jeugdigen met een autisme spectrum stoornis echter een grote discrepantie hebben tussen hun chronologische leeftijd en hun mentale leeftijd, is er geen specifiek autisme profiel terug te vinden in hun adaptieve vaardigheden. Alle adaptieve vaardigheden van deze jeugdigen zijn dan ongeveer in gelijke mate ontwikkeld. Aan de hand van deze gegevens kan voor dit onderzoek verwacht worden dat jeugdigen die naast een autisme spectrum stoornis en een verstandelijke beperking ook een depressie hebben, een grotere achterstand zullen hebben op de adaptieve vaardigheden omgang met leeftijdsgenoten en volwassenen, school, werk en toekomst en autonomie en zelfsturing dan deze jeugdigen zonder een verstandelijke beperking.

Sekse.

Om goed te kunnen bepalen wat de specifieke tekorten zijn in de adaptieve vaardigheden van jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een depressie, is het tevens belangrijk te bepalen of er een verschil is in adaptieve vaardigheden van jongens en meisjes met een autisme spectrum stoornis en een depressie. Er zijn meer jongens dan meisjes die een autisme spectrum stoornis hebben (Klinger et al., 2003, zoals beschreven in Scholte & van der Ploeg, 2008; McPheeters et al., 2011). Ook komt de dubbele diagnose van een autisme spectrum

stoornis en een depressie vaker voor bij jongens dan bij meisjes (McPheeters et al., 2011). Het is echter niet bekend of er een verschil is in de adaptieve vaardigheden tussen deze jongens en meisjes. Bij onderzoeken naar de sociale competentie van jeugdigen met een depressieve stoornis wordt geen verschil gevonden tussen jongens en meisjes (Levendosky et al., 1995; Kennedy et al., 1989). Als een meisje een autisme spectrum stoornis heeft, gaat het echter vaak om een ernstige vorm. Bij jeugdigen met een ernstige vorm van een autisme spectrum stoornis, zijn de adaptieve vaardigheden van deze jeugdigen vaak minder goed ontwikkeld dan jeugdigen met een mildere vorm van een autisme spectrum stoornis (Kanne et al., 2011). Aangezien meisjes vaak ernstige vormen van een autisme spectrum stoornis hebben, wordt er in dit onderzoek verwacht dat er een verschil is in geslacht wat betreft alle adaptieve vaardigheidsgebieden.

Leeftijd.

Adolescenten met een autisme spectrum stoornis hebben meer kans hebben om een depressie te ontwikkelen dan kinderen met een autisme spectrum stoornis (McPheeters et al., 2011; Magnuson & Constantino, 2011). Dit komt doordat zij net als adolescenten zonder een autisme spectrum stoornis veranderingen ervaren in relaties, zich fysiek ontwikkelen en ze worden voorbereid op de volwassenheid. Adolescenten met een autisme spectrum stoornis worden er in de adolescentie ook meer bewust van hun sociale beperkingen en ervaren hierdoor meer stress en angst (Loveland and Tunali-Kotoski 2005; Shea and Mesibov 2005; Seltzer et al., zoals beschreven in Foley Nicpon, Doobay & Assouline, 2010). Naarmate een jeugdige ouder wordt, behoort een jeugdige over meer en complexere adaptieve vaardigheden te beschikken (Scholte et al., 2008). Ook de eisen wat betreft adaptieve vaardigheden die aan een jeugdige gesteld worden verschillen per leeftijdsfase (Combrinck-Graham & Fox, 2007; Scholte et al., 2008). Een van de ontwikkelingstaken die een kind in de basisschoolleeftijd dient te ontwikkelen is de acceptatie door leeftijdsgenoten. In de adolescentie wordt van een jongere verwacht dat hij of zij emotionele zelfstandigheid gaat ontwikkelen (Goudena, 1994). Uit een onderzoek naar de adaptieve vaardigheden van jeugdigen met een autisme spectrum stoornis blijkt dat hoe ouder de jeugdigen werden, des te groter de achterstand in adaptieve vaardigheden ten opzichte van hun kalenderleeftijd was (Kanne et al., 2011). Naar aanleiding van dit gegeven wordt verwacht dat oudere jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een depressie meer tekorten hebben wat betreft adaptieve vaardigheden in vergelijking tot leeftijdsgenoten, dan jongere jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een depressie.

Samenvattend blijkt dat zowel een autisme spectrum stoornis als een depressieve stoornis een negatieve invloed kan hebben op de adaptieve vaardigheden van een jeugdige. Een jeugdige met een autisme spectrum stoornis kan met name moeilijkheden ondervinden bij het aangaan en onderhouden van relaties, het opvolgen van sociale regels en het zinvol invullen van de vrije tijd. Jeugdigen met een depressieve stoornis kunnen vooral moeilijkheden hebben bij het aangaan van nieuwe contacten. Ook hebben zij minder zelfvertrouwen en worden zij door anderen als minder sociaal competent en populair beschouwd. Jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een depressieve stoornis zullen wat betreft hun adaptieve vaardigheden een grotere achterstand hebben dan leeftijdsgenoten, aangezien zij een dubbele handicap hebben en zodoende de beperkingen van beide stoornissen kunnen hebben. Verder blijkt dat als een jeugdige ook een verstandelijke beperking heeft, deze jeugdige op alle adaptieve vaardigheidsgebieden een achterstand heeft ten opzichte van leeftijdsgenoten. Tevens hebben oudere jeugdigen vaak een grotere achterstand in adaptieve vaardigheden ten opzichte van leeftijdsgenoten dan jongere jeugdigen. In het volgende hoofdstuk zullen deze aspecten met behulp van een empirisch onderzoek onderzocht worden.

2. Methode

Onderzoeksvragen

De algemene vraagstelling van het onderzoek is vertaald in de volgende onderzoeksvragen:

1. In hoeverre verschillen Nederlandse jeugdigen van vier tot achttien jaar met een autisme spectrum stoornis en een depressie van Nederlandse jeugdigen van vier tot achttien jaar met enkel een autisme spectrum stoornis of een depressie en met jeugdigen zonder psychopathologie wat betreft adaptieve vaardigheden op het gebied van de omgang met leeftijdsgenoten en volwassenen, school, werk en toekomst en autonomie en zelfsturing?
2. In hoeverre verschillen de adaptieve vaardigheden van Nederlandse jeugdigen met een autisme spectrum stoornis, depressie en een verstandelijke beperking van Nederlandse jeugdigen met een autisme spectrum stoornis, een depressie en zonder een verstandelijke beperking? Geldt dit eventuele verschil ook voor jeugdigen met enkel een autisme spectrum stoornis of een depressie of voor jeugdigen zonder psychopathologie?
3. In hoeverre is er een verschil in adaptieve vaardigheden tussen jongens en meisjes met een autisme spectrum stoornis en een depressie? Geldt dit eventuele verschil ook voor jeugdigen met enkel een autisme spectrum stoornis of een depressie of voor jeugdigen zonder psychopathologie?
4. In hoeverre is er een verschil in adaptieve vaardigheden tussen adolescenten en kinderen met een autisme spectrum stoornis en een depressie, in vergelijking met leeftijdsgenoten met enkel een autisme spectrum stoornis of een depressie en leeftijdsgenoten zonder psychopathologie? Geldt dit eventuele verschil ook voor jeugdigen met enkel een autisme spectrum stoornis of een depressie of voor jeugdigen zonder psychopathologie?

Onderzoeksdesign

Het onderzoek is een beschrijvend cross-sectioneel onderzoek. Bij dit onderzoeksdesign worden bepaalde kenmerken of gedrag van een bepaalde populatie op een bepaald moment in de tijd beschreven (Leary, 2008). Dit onderzoek is een beschrijvend onderzoek, aangezien met behulp van verkregen informatie over jeugdigen gezocht zal worden naar kenmerken van kinderen met een autisme spectrum stoornis en een depressie. Deze sociaal-emotionele competenties zullen vergeleken worden met de competenties van kinderen die enkel een autisme spectrum stoornis of een depressie hebben en met kinderen zonder psychopathologie.

Onderzoeksgroep

Het onderzoek richt zich op Nederlandse kinderen en jongeren tussen de vier en achttien jaar. Er zullen vier hoofdgroepen met elkaar worden vergeleken. De eerste groep jeugdigen hebben een dubbele diagnose, namelijk een autisme spectrum stoornis en een depressie. De tweede groep jeugdigen heeft alleen de diagnose autisme spectrum stoornis. De derde groep jeugdigen heeft alleen de diagnose depressie. En bij de laatste groep jeugdigen is geen sprake van psychopathologie. Aangezien de symptomen van een autisme spectrum stoornis en een depressie bij jeugdigen kunnen overlappen, zullen slechts de jeugdigen die de diagnose gesteld hebben gekregen en/of op de (sub)schalen angstig-depressief en Autistisch gedrag in de klinische range van de SEV scoren participeren in dit onderzoek. De jeugdigen waarbij slechts een vermoeden is van een bepaalde diagnose of die in een subklinische range scoren, behoren niet tot de groep met een bepaalde diagnose.

Na verwijdering van de participanten die niet aan de criteria voldoen, zijn er in totaal 635 participanten. Hiervan zijn er 358 jongens en 278 meisjes. De gemiddelde leeftijd van deze participanten is 11,9 jaar. De verdeling van de participanten in de klinische groepen is als volgt. 97 participanten hebben een autisme spectrum stoornis, 15 participanten een depressie en 14 participanten beide stoornissen. Bij 509 participanten is geen sprake van psychopathologie. De meeste jeugdigen volgen regulier onderwijs. Er gaan namelijk 487 participanten naar het regulier onderwijs. De overige participanten volgen Speciaal Basisonderwijs, LGF-onderwijs, Speciaal onderwijs of praktijkonderwijs.

Procedure

De respondenten van dit onderzoek zijn ouders die het gedrag van hun kinderen in de leeftijd van vier tot en met achttien jaar beoordelen. Om zoveel mogelijk respondenten te verzamelen, is er per telefoon, brief of email contact opgenomen met verschillende typen scholen, verspreid over heel Nederland. Aangezien het onderzoek zich richt op kinderen tussen de vier en achttien jaar, zijn zowel basisscholen als middelbare scholen benaderd. Er is doorgedaan met het benaderen van scholen totdat er ongeveer 10000 uitnodigingsbrieven zijn verspreid.

Bij instemming van de directie, heeft de directie de uitnodigingsbrieven voor de ouders via de leerlingen of via de email verspreid. In de uitnodigingsbrieven wordt aan de ouders uitgelegd dat de gegevens anoniem verwerkt zullen worden en staat kort vermeld wat het doel van het onderzoek is en hoe de respondenten de vragenlijst via een website kunnen invullen. Daar dienen de ouders bij de eerste vraag aan te geven dat zij instemmen met het onderzoek. Vervolgens beantwoorden ze een aantal algemene vragen, zoals leeftijd en sekse

van het kind. Dan vullen de respondenten de bijbehorende digitale versie van de AVJ en de SEV in. Als laatste wordt aan de ouders gevraagd of hun kind wel of geen officiële diagnose heeft van een bepaalde ontwikkelingsstoornis.

Meetinstrumenten

AVJ.

Met behulp van de experimentele vragenlijst 'Algemene Vaardigheden Jeugdigen' (AVJ) wordt gemeten in welke mate een jeugdige in het dagelijks leven persoonlijk en sociaal adequaat kan functioneren (Scholte & van der Ploeg, 2011). De vragenlijst bevat 40 vragen over deze sociale en emotionele vaardigheden van de jeugdige, zoals het kunnen onderhouden van vriendschappen, de omgang met volwassenen, positieve gerichtheid op school, werk en toekomst en autonomie en zelfsturing. De ouders geven hun antwoord aan op een vijfpunts Likert-schaal. De 40 vragen zijn geclusterd in vier basisschalen, namelijk 'Omgang met leeftijdsgenoten', 'Omgang met ouders, volwassenen en gezag', 'Gerichtheid op school, werk en toekomst' en 'Autonomie en zelfsturing'. De interne consistentie van dit instrument is hoog, de Cronbach's Alpha is namelijk .97. De validiteit is nog niet bekend.

De AVJ zal in dit onderzoek worden gebruikt om de adaptieve vaardigheden van de jeugdigen in kaart te brengen.

SEV.

Met behulp van de Sociaal-Emotionele Vragenlijst (SEV) kan onderzocht worden in welke mate jeugdigen sociaal-emotionele problematiek vertonen (Scholte & van der Ploeg, 2008). De gedragsbeoordelingslijst is bestemd voor jeugdigen van vier tot achttien jaar. De vragenlijst bestaat uit 72 vragen over de kernsymptomen van bepaalde gedragsproblemen. Deze kernsymptomen zijn onder te verdelen in vier vormen van gedragsproblematiek, namelijk aandachtstekort met hyperactiviteit, sociale gedragsproblematiek, angstig en stemmingsverstoord gedrag en autistisch gedrag. De drie eerstgenoemde basisschalen zijn onder te verdelen in subschalen. In dit onderzoek zullen de basisschaal Autistisch gedrag en de subschaal Angstig-depressief gedrag van de basisschaal Angstig en stemmingsverstoord gedrag worden gebruikt. De betrouwbaarheid en validiteit van de SEV is voldoende tot goed. De interne consistentie van de schalen is boven de .80. Daarnaast heeft het merendeel van de schalen heeft ook een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen vaders en moeders. De Cronbach's alpha van de test-hertestbetrouwbaarheid van alle schalen liggen boven de .80.

Daarnaast zijn zowel de inhouds-, convergente als divergente validiteit van de hoofd- en subschalen van de SEV voldoende.

In dit onderzoek zal met behulp van de SEV bepaald worden tot welke klinische groep de jeugdige behoort. Door middel van cut-off scores zal bepaald worden of een jeugdige wel of niet in een klinische groep behoort. Als een jeugdige een hogere score behaalt dan de cut-off scores voor de (sub)schalen Autistisch gedrag en/of Angstig-depressief gedrag, behoort de jeugdige tot de desbetreffende klinische groep. Daarnaast zal aan de ouders ook gevraagd worden of hun kind een bepaalde diagnose heeft. Indien de ouders aangeven dat dit zo is, worden de jeugdigen ook in de desbetreffende klinische groep ingedeeld.

Data-analyse/methoden

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, zullen er meerdere ANOVA's worden uitgevoerd. Deze toetsen hebben een aantal aannames waaraan moet worden voldaan. Om een ANOVA te mogen uitvoeren moet de steekproef normaal verdeeld zijn, moet de responsvariabele op minstens een intervalniveau worden gemeten, moeten de scores onafhankelijk van elkaar zijn en moet de variantie in scores op de responsvariabele bij de verschillende groepen gelijk zijn (Field, 2009). Deze aannames kunnen worden onderzocht door middel van univariate en bivariate data-inspectie.

Bij de univariate data-inspectie zal de normaliteit van de numerieke variabelen worden onderzocht. Door de gestandaardiseerde kurtosis en skewness te berekenen, kan worden bekeken of de variabelen gepiekt en/of scheef verdeeld zijn. Als de gestandaardiseerde kurtosis of skewness bij grote steekproeven tussen de -2.58 en 2.58 ligt, benadert de verdeling van die variabele waarschijnlijk de normaalverdeling (Field, 2009). Daarnaast zal er ook een Kolmogorov-Smirnov test worden uitgevoerd en zal er een histogram worden gemaakt. Als de uitkomst van Kolmogorov-Smirnov test significant is, is de data niet normaal verdeeld.

Vervolgens zal met behulp van de optie Frequencies worden bekeken of er missende waarden zijn. Eventueel zou er ook een Missing Value Analysis kunnen worden uitgevoerd om te onderzoeken of de missende waarden een patroon vormen. Als de responsvariabele missende waarden heeft, zullen deze personen worden verwijderd voor de analyses. Verder zal een participant die veel missende waarden heeft ook verwijderd worden voor de analyses, aangezien veel informatie over deze persoon ontbreekt.

Met behulp van boxplots zal worden bekeken of er sprake is van uitbijters. Als de uitbijter een extreme waarde is, zal er in de dataset worden bekeken waarom deze uitbijter een extreme waarde is. Als een eventueel patroon niet wordt vertrouwd, zal deze persoon

verwijderd worden. In andere gevallen zullen de personen waarschijnlijk wel meegenomen worden in de analyses.

Bij de bivariate data-analyse zal bekeken worden of er sprake is van lineariteit, homoscedasticiteit of bivariate uitbijters. Lineariteit houdt in dat de gemiddelde scores van de responsvariabele een rechte lijn maken als de predictorvariabele steeds met een gelijke mate toeneemt (Field, 2009). Dit kan getoetst worden door een scatterplot met een regressielijn te maken. Homoscedasticiteit houdt in dat de variantie van de data op de responsvariabele op ieder niveau van de predictor gelijk is (Field, 2009). Homoscedasticiteit kan worden onderzocht door middel van een Levene's test. Als deze test niet significant is, is de variantie over de verschillende groepen gelijk. Door middel van boxplots en een scatterplot zal worden onderzocht of er sprake is van bivariate uitbijters.

Om te onderzoeken in welke mate en op welke adaptieve vaardigheidsgebieden jeugdigen met zowel autisme als een depressie verschillen van leeftijdsgenoten met enkel autisme of een depressie en met kinderen zonder psychopathologie, zal er een eenweg ANOVA worden uitgevoerd. Er wordt gebruik gemaakt van een ANOVA, aangezien de predictor meerdere categorieën heeft en de responsvariabele numeriek is. De scores van de vier verschillende klinische groepen zullen met elkaar vergeleken worden door hun gemiddelde scores op de vier schalen van de AVJ te vergelijken.

In dit onderzoek zal ook worden bekeken of er een verschil is in adaptieve vaardigheden tussen bovengenoemde groepen met en zonder een verstandelijke beperking en tussen jongens en meisjes. Voor de beantwoording van beide vragen zal er een tweeweg ANOVA worden uitgevoerd. Deze vraagstellingen hebben twee categorische predictoren en een numerieke responsvariabele. Per klinische groep zal op deze manier onderzocht kunnen worden of de adaptieve vaardigheden verschillen tussen jongens en meisjes en als een jeugdige wel of niet een verstandelijke beperking heeft. Bij een ANOVA met meerdere factoren kan er naast een hoofdeffect ook worden onderzocht of er sprake is van een interactie-effect (Moore, McGabe & Craig, 2009).

Met de laatste deelvraag zal worden onderzocht of er een verband is tussen de klinische groep, de leeftijd en de adaptieve vaardigheden van een jeugdige. De jeugdigen worden in twee groepen verdeeld; kinderen van vier tot en met elf jaar en adolescenten van twaalf tot en met achttien jaar. Vervolgens kan er een tweeweg ANOVA worden uitgevoerd, zodat de gemiddelde scores op de AVJ van de vier klinische groepen van kinderen vergeleken kan worden met de gemiddelden van de adolescenten.

3. Resultaten

Univariate en bivariate analyse

Als eerste stap van de data-analyse zijn de gemiddelden van alle numerieke variabelen bekeken. De gemiddelden en bijbehorende standaarddeviaties van deze variabelen zijn vermeld in Tabel 1.

Tabel 1

Overzicht van de karakteristieken van de numerieke variabelen

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Gest. Kurtosis	Gest. Skewness	Kolmogorov- Smirnov	Uitbijters	Missende waarden
Omgang leeftijdsgenoten	3.78	.73	3.44	-8.05	.00	11	0 (0%)
Omgang ouders, volwassenen en gezag	3.84	.57	0.40	-2.53	.00	7	0 (0%)
School, werk en toekomst	3.81	.60	-0.71	-3.94	.00	7	0 (0%)
Autonomie en zelfsturing	3.61	.63	1.04	-2.99	.00	4	0 (0%)

Enkel de variabele omgang met leeftijdsgenoten is gepiekt ($Z_{\text{kurtosis}} = 3.44$). Op de variabele omgang met ouders, volwassenen en gezag na zijn wel alle numerieke variabelen scheef verdeeld. Bovendien is de Kolmogorov-Smirnov test bij iedere variabele significant ($p < .001$). Deze test is echter erg streng en is niet nuttig bij grotere steekproeven (Field, 2009). De gepiekttheid van de variabele omgang met leeftijdsgenoten en de scheefheid van alle variabelen is te verklaren. De steekproef bestaat namelijk met name uit jeugdigen zonder psychopathologie. De verwachting is dat deze jeugdigen wat betreft hun adaptieve vaardigheden een redelijk hoge score zullen behalen, waardoor de variabele scheef naar rechts verdeeld is.

Bij de bivariate data-analyse is onderzocht of de variantie van een variabele per groep gelijk is. De Levene's test bij de variabele klinische groep en de variabelen omgang met leeftijdsgenoten en school, werk en toekomst is significant ($p = .001$; $p = .001$). Bij een grote steekproef kunnen kleine verschillen in varianties echter een significante Levene's test opleveren (Field, 2009). Om deze reden wordt de variantie ratio berekend. De bijbehorende variantie ratio's zijn $.79/.25 = 3.16$ en $.90/.24 = 3.75$ en de kritische waarde is 4. Aangezien de variantie ratio's minder zijn dan de kritische waarde, kunnen de analyses uitgevoerd worden. De bivariate uitbijters hebben geen extreme waarden.

Ook voor de variabelen verstandelijke beperking, geslacht en leeftijd zijn Levene's testen uitgevoerd tussen een van deze variabelen en de eerder benoemde numerieke variabelen. De meeste Levene's testen zijn niet significant. De Levene's test tussen de variabelen geslacht en omgang met leeftijdsgenoten is significant ($p = .01$). De variantie ratio is $.56/.44 = 1.27$. De bijbehorende kritische waarde is ongeveer 2, dus ook deze analyse kan uitgevoerd worden. De Levene's testen met de variabelen school, werk en toekomst en autonomie en zelfsturing zijn ook significant ($p = .01$; $p = .01$). De bijbehorende variantie ratio's zijn $.42/.25 = 1.68$ en $.44/.27 = 1.63$. De bijbehorende kritische waarde is ongeveer 2.

Alle variabelen hebben geen missende waarden. De variabelen hebben wel univariate en bivariate uitbijters, maar deze uitbijters zijn geen extreme waarden. Om deze reden zijn de bijbehorende participanten niet verwijderd voor de analyses.

Verschillen adaptieve vaardigheden per stoornis

Om te onderzoeken of er een verschil is tussen Nederlandse jeugdigen van vier tot achttien jaar met een autisme spectrum stoornis en een depressie van Nederlandse jeugdigen van vier tot achttien jaar met enkel een autisme spectrum stoornis of een depressie en met kinderen zonder psychopathologie wat betreft de adaptieve vaardigheden omgang met leeftijdsgenoten en volwassenen, school, werk en toekomst en autonomie en zelfsturing, is er een eenweg ANOVA uitgevoerd. Er is een significant verschil gevonden tussen de verschillende klinische groepen wat betreft de vaardigheid omgang met leeftijdsgenoten ($F(3, 631) = 130.82$, $p < .001$). Er is sprake van een groot effect ($\eta^2 = .38$, $r = .62$). De post-hoc Bonferroni toets wijst uit dat er een verschil is tussen de jeugdigen zonder psychopathologie en de jeugdigen met psychopathologie. De jeugdigen met een depressie verschillen van de jeugdigen zonder psychopathologie, met autisme of met autisme en depressie. Er is echter geen significant verschil tussen jeugdigen met beide stoornissen en jeugdigen met enkel een autisme spectrum stoornis. De gemiddelde score van de jeugdigen zonder stoornis is het hoogst ($M = 3.40$, $SD = .54$) en de gemiddelde score van de jeugdigen met zowel een autisme spectrum stoornis als een depressie is het laagst ($M = 2.54$, $SD = .89$) (zie Tabel 2). De verschillen tussen de gemiddelden van de groepen staan vermeld in Tabel 3.

Tabel 2

Overzicht van de gemiddelden en standaarddeviaties per adaptieve vaardigheid en klinische groep

	Klinische groep	N	M	SD
Omgang leeftijdsgenoten	Geen stoornis	509	4.00	.54
	Autisme	97	2.86	.70
	Depressie	15	3.42	.50
	Autisme en depressie	14	2.54	.89
Omgang ouders, volwassenen en gezag	Geen stoornis	509	3.96	.50
	Autisme	97	3.35	.53
	Depressie	15	3.46	.63
	Autisme en depressie	14	3.12	.65
School, werk en toekomst	Geen stoornis	509	3.90	.56
	Autisme	97	3.48	.54
	Depressie	15	3.44	.95
	Autisme en depressie	14	3.17	.49
Autonomie en zelfsturing	Geen stoornis	509	3.76	.55
	Autisme	97	3.04	.56
	Depressie	15	3.09	.69
	Autisme en depressie	14	2.59	.46

Er is ook een significant verschil tussen de verschillende klinische groepen wat betreft de omgang met ouders, volwassenen en gezag ($F(3, 631) = 51.66, p < .001$). Dit is een groot effect ($\eta^2 = .20, r = .45$). De post-hoc Bonferroni test wijst uit dat er een significant verschil is tussen jeugdigen met en zonder psychopathologie. Er is geen significant verschil tussen de overige klinische groepen. De jeugdigen zonder psychopathologie behalen de hoogste gemiddelde score ($M = 3.96, SD = .50$) en de jeugdigen die zowel autisme als een depressie hebben, behalen de laagste gemiddelde score ($M = 3.12, SD = .65$). De verschillende klinische groepen verschillen ook significant van elkaar wat betreft de adaptieve vaardigheid school, werk en toekomst ($F(3, 631) = 22.92, p < .001$). Er is sprake van een medium effect ($\eta^2 = .10, r = .32$). De post-hoc Bonferroni test geeft aan dat er een significant verschil is tussen jeugdigen met psychopathologie en jeugdigen zonder psychopathologie. De jeugdigen met zowel een autisme spectrum stoornis behalen de laagste gemiddelde score op deze vaardigheid ($M = 3.17, SD = .49$) en de jeugdigen zonder psychopathologie behalen de hoogste gemiddelde score op deze vaardigheid ($M = 3.90, SD = .56$).

Tabel 3

Overzicht van de verschillen tussen de gemiddelden van de groepen bij toepassing van Bonferroni post-hoc toets

		Geen psychopathologie	Autisme spectrum stoornis	Depressie	Autisme spectrum stoornis en depressie
Omgang met leeftijdsgenoten	Geen psychopathologie		1.14*	.58*	1.46*
	Autisme spectrum stoornis	-1.14*		-.56*	.32
	Depressie	-.58*	.56*		.88*
	Autisme spectrum stoornis en depressie	-1.46*	-.32	-.88*	
Omgang met ouders, volwassenen en gezag	Geen psychopathologie		.61*	.50*	.84*
	Autisme spectrum stoornis	-.61*		-.11	.23
	Depressie	-.50*	.11		.34
	Autisme spectrum stoornis en depressie	-.84*	-.23	-.34	
School, werk en toekomst	Geen psychopathologie		.42*	.46*	.73*
	Autisme spectrum stoornis	-.42*		.04	.31
	Depressie	-.46*	-.04		.27
	Autisme spectrum stoornis en depressie	-.73*	-.31	-.27	
Autonomie en gezag	Geen psychopathologie		.71*	.66*	1.16*
	Autisme spectrum stoornis	-.71*		-.05	.45*
	Depressie	-.66*	.05		.50
	Autisme spectrum stoornis en depressie	-1.16*	-.45*	-.50	

* = significant bij $p < .05$.

De laatste adaptieve vaardigheid die gemeten is, is de vaardigheid autonomie en zelfsturing. Er is een significant verschil tussen de gemiddelde scores van de klinische groepen wat betreft deze vaardigheid ($F(3, 631) = 66.83, p < .001$). Dit is ook een medium effect ($\eta^2 = .24, r = .49$). De post-hoc Bonferroni test wijst aan dat er een significant verschil is tussen jeugdigen met en zonder psychopathologie. Daarnaast is er ook een significant verschil tussen jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en jeugdigen met zowel een autisme spectrum stoornis als een depressie. De jeugdigen zonder psychopathologie behalen de hoogste gemiddelde score ($M = 3.76, SD = .55$). Jeugdigen met een autisme spectrum stoornis behalen een hogere gemiddelde score ($M = 3.04, SD = .56$) dan de jeugdigen met zowel een autisme spectrum stoornis als een depressie ($M = 2.59, SD = .46$).

Verstandelijke beperking

Er zijn te weinig participanten die naast een depressie of een depressie en een autisme spectrum stoornis ook een verstandelijke beperking hebben. Om deze reden zal enkel worden onderzocht in hoeverre de adaptieve vaardigheden van jeugdigen met een autisme spectrum

stoornis en een verstandelijke beperking verschillen met deze jeugdigen zonder een verstandelijke beperking. De participanten waarbij het vermoeden bestaat dat zij een verstandelijke beperking hebben, zijn verwijderd voor deze analyse, omdat het niet zeker is of zij wel of niet een verstandelijke beperking hebben.

Om deze deelvraag te beantwoorden is een tweeweg ANOVA uitgevoerd. De gemiddelden en standaarddeviaties staan vermeld in Tabel 4. Er is een significant verschil gevonden voor verstandelijke beperking ($F(1, 598) = 12.39, p < .001$) op de adaptieve vaardigheid omgang met leeftijdsgenoten. Dit houdt in dat de mate waarin deze vaardigheid ontwikkeld is bij jeugdigen met een verstandelijke beperking significant verschilt van de mate waarin deze vaardigheid ontwikkeld is bij jeugdigen zonder een verstandelijke beperking (zie Tabel 4). Er is echter sprake van een klein effect ($\eta^2 = .02, r = .14$). Er is ook een significant interactie-effect gevonden ($F(1, 598) = 9.18, p = .003$). Dit effect is echter klein ($\eta^2 = .02, r = .14$). Het interactie-effect geeft aan dat de omgang met leeftijdsgenoten door jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een verstandelijke beperking even goed is ontwikkeld als bij deze jeugdigen zonder verstandelijke beperking. De vaardigheid is echter beter ontwikkeld bij jeugdigen zonder psychopathologie en zonder een verstandelijke beperking, in vergelijking met deze jeugdigen met een verstandelijke beperking.

Tabel 4

Overzicht van de gemiddelden en standaarddeviaties voor de adaptieve vaardigheden

	Verstandelijke beperking (VB)	Klinische stoornis	N	M	SD
Omgang met leeftijdsgenoten	Geen VB	Geen stoornis	494	4.01	.52
		Autisme spectrum stoornis	79	2.87	.72
	Wel VB	Geen stoornis	12	3.29	.65
		Autisme spectrum stoornis	17	2.82	.63
Omgang met ouders, volwassenen en gezag	Geen VB	Geen stoornis	494	3.98	.49
		Autisme spectrum stoornis	79	3.36	.56
	Wel VB	Geen stoornis	12	3.50	.67
		Autisme spectrum stoornis	17	3.29	.44
School, werk en toekomst	Geen VB	Geen stoornis	494	3.91	.56
		Autisme spectrum stoornis	79	3.54	.52
	Wel VB	Geen stoornis	12	3.43	.56
		Autisme spectrum stoornis	17	3.23	.58
Autonomie en zelfsturing	Geen VB	Geen stoornis	494	3.78	.53
		Autisme spectrum stoornis	79	3.10	.58
	Wel VB	Geen stoornis	12	3.11	.71
		Autisme spectrum stoornis	17	2.84	.49

Er is ook een significant verschil tussen jeugdigen met en zonder een verstandelijke beperking wat betreft de mate waarin de adaptieve vaardigheid omgang met ouders, volwassenen en gezag is ontwikkeld ($F(1, 598) = 7.73, p = .01$). De vaardigheid is beter ontwikkeld bij jeugdigen zonder verstandelijke beperking (zie Tabel 4). De bijbehorende effectgrootte is .01 ($r = .10$), dit is een klein effect. Het interactie-effect tussen het wel of niet hebben van een verstandelijke beperking en de klinische groep is ook significant ($F(1, 598) = 4.23, p = .04$). De effectgrootte is echter klein ($\eta^2 = .01, r = .10$). Dit interactie-effect houdt in dat jeugdigen zonder psychopathologie en zonder verstandelijke beperking een hogere score behalen dan deze jeugdigen met een verstandelijke beperking. Het verschil tussen jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een verstandelijke beperking en deze jeugdigen zonder een verstandelijke beperking is minder groot.

Ook bij de vaardigheid school, werk en toekomst is een significant verschil gevonden tussen jeugdigen met en zonder een verstandelijke beperking ($F(1, 598) = 12.94, p < .001$). Dit geeft aan dat jeugdigen met een verstandelijke beperking de vaardigheid school, werk en toekomst minder goed hebben ontwikkeld dan jeugdigen zonder een verstandelijke beperking (zie Tabel 4). Dit is echter een klein effect ($\eta^2 = .02, r = .14$). Het interactie-effect is niet significant ($F(1, 598) = .58, p = .45$).

Er is een verschil tussen jeugdigen met een verstandelijke beperking en jeugdigen zonder een verstandelijke beperking ($F(1,598) = 18.94, p < .001$) op de vaardigheid autonomie en zelfsturing. Jeugdigen zonder een verstandelijke beperking behalen een hogere score ($M = 3.44, SD = .03$) dan jeugdigen met een verstandelijke beperking ($M = 2.97, SD = .07$). Er is sprake van een klein effect ($\eta^2 = .03, r = .17$). Er is geen significant interactie-effect tussen het hebben van een verstandelijke beperking en de klinische groep ($F(1,598) = 3.63, p = .06$).

Geslacht

Door middel van de tweede deelvraag wordt onderzocht of er een verschil is tussen jongens en meisjes uit dezelfde klinische groep in de mate waarin de adaptieve vaardigheden zijn ontwikkeld. Er is geen significant verschil tussen jongens en meisjes in de mate waarin de adaptieve vaardigheid omgang met leeftijdsgenoten is ontwikkeld ($F(1,627) = .01, p = .91$). Er is ook geen significant interactie-effect tussen de variabelen geslacht en klinische groep ($F(3,627) = .90, p = .44$). In overeenstemming met de adaptieve vaardigheid omgang met leeftijdsgenoten, is er geen hoofdeffect en interactie-effect gevonden wat betreft de omgang met ouders, volwassenen en gezag ($F(1,627) = .51, p = .48; F(3,627) = .76, p = .52$).

Er is wel een significant verschil gevonden tussen jongens en meisjes op de variabele school, werk en toekomst ($F(1,627) = 6.60, p = .01$). Er is sprake van een klein effect ($\eta^2 = .01, r = .10$). De totale score van de jongens is lager dan de totale score van de meisjes (zie Tabel 5). Dit houdt in dat deze vaardigheid bij de meisjes beter ontwikkeld is dan bij de jongens. Er is ook sprake van een interactie-effect tussen geslacht en klinische groep ($F(3,627) = 2.85, p = .04$). Dit is echter ook een klein effect ($\eta^2 = .01, r = .10$). Het interactie-effect geeft aan dat er met name een groot verschil is in de mate waarin de vaardigheid ontwikkeld is tussen jongens en meisjes met een depressie. De vaardigheid bij meisjes met een depressie is beter ontwikkeld dan bij jongens met een depressie (zie Tabel 5).

Tabel 5

Overzicht van de gemiddelden en standaarddeviaties per sekse en klinische groep voor de adaptieve vaardigheden school, werk en toekomst

	Klinische groep	N	M	SD
Jongen	Geen stoornis	257	3.80	.54
	Autisme	80	3.48	.53
	Depressie	10	3.12	.92
	Autisme en depressie	10	3.14	.51
	Totaal	357	3.69	.58
Meisje	Geen stoornis	252	4.00	.57
	Autisme	17	3.46	.59
	Depressie	5	4.08	.67
	Autisme en depressie	4	3.23	.51
	Totaal	278	3.96	.59

Er is geen significant verschil tussen de gemiddelde scores van de jongens en meisjes wat betreft de adaptieve vaardigheid autonomie en zelfsturing ($F(1,627) = 2.24, p = .14$). Het interactie-effect is echter wel significant ($F(3,627) = 3.98, p = .01$), maar de effectgrootte is klein ($\eta^2 = .02, r = .14$). Er is een groot verschil tussen de gemiddelde scores van de jongens en meisjes met een depressie, terwijl de gemiddelden van de jeugdigen uit de andere klinische groepen minder van elkaar verschillen. Vergeleken met de jongens uit dezelfde klinische groepen hebben de meisjes met een depressie een hogere gemiddelde score behaald op deze vaardigheid ($M = 2.80, SD = .50; M = 3.68, SD = .66$).

Leeftijd

Om te onderzoeken of er een verband is tussen de leeftijd, klinische groep en de mate waarin een adaptieve vaardigheid is ontwikkeld, is een tweeweg ANOVA uitgevoerd. Er is geen significant verschil tussen jeugdigen van de verschillende leeftijdsgroepen wat betreft de adaptieve vaardigheid omgang met leeftijdsgenoten ($F(1,627) = 2.97, p = .09$). Er is wel een interactie-effect tussen de leeftijd en klinische groep van een jeugdige op deze adaptieve vaardigheid ($F(3,627) = 2.91, p = .03$). Dit is echter een klein effect ($\eta^2 = .01, r = .10$). Dit interactie-effect geeft aan dat kinderen met beide stoornissen een hogere score behalen dan de adolescenten met beide stoornissen. Bij de andere klinische groepen zijn de verschillen tussen de kinderen en de adolescenten kleiner (zie Tabel 6).

Tabel 6

Overzicht van de gemiddelden en standaarddeviaties per leeftijdsgroep en klinische groep voor de adaptieve vaardigheid omgang met leeftijdsgenoten

	Klinische groep	N	M	SD
Kinderen (4 t/m 11 jaar)	Geen stoornis	188	4.02	.51
	Autisme	42	2.88	.81
	Depressie	7	3.29	.50
	Autisme en depressie	5	3.14	1.12
Adolescenten (12 t/m 18 jaar)	Geen stoornis	321	3.98	.56
	Autisme	55	2.84	.61
	Depressie	8	3.53	.52
	Autisme en depressie	9	2.20	.55

Er is geen verschil tussen de gemiddelde scores van de kinderen en de adolescenten op de vaardigheid omgang met ouders, volwassenen en gezag ($F(1,627) = .45, p = .50$). Het interactie-effect is ook niet significant ($F(3,627) = .22, p = .89$). Bij de vaardigheid autonomie en zelfsturing is ook geen verschil gevonden tussen kinderen en adolescenten ($F(1,627) = .06, p = .81$). Ook bij deze vaardigheid is het interactie-effect niet significant ($F(3,627) = .08, p = .97$).

Bij de adaptieve vaardigheid school, werk en toekomst is wel een verschil gevonden tussen de gemiddelde scores van kinderen en adolescenten ($F(1,627) = 4.83, p = .03$). De effectgrootte is echter klein ($\eta^2 = .01, r = .10$). Het verschil geeft aan dat de vaardigheid beter ontwikkeld is bij kinderen dan bij de adolescenten, aangezien de kinderen een hogere totale score hebben behaald dan de adolescenten ($M = 3.87, SD = .55; M = 3.77, SD = .62$). Er is geen interactie-effect ($F(3,627) = 2.13, p = .10$).

4. Discussie

Beantwoording van de onderzoeksvragen

Dit onderzoek beoogt de adaptieve vaardigheden van 4 tot 18 jarige jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een depressie in kaart te brengen. Als bekend is welke beperkingen deze jeugdigen hebben, kunnen deze jeugdigen zo goed mogelijk begeleid worden. De adaptieve vaardigheden die gemeten zijn, zijn als volgt: omgang met leeftijdsgenoten, omgang met ouders, volwassenen en gezag, gerichtheid op school, werk en toekomst en autonomie en zelfsturing. De belangrijkste bevinding van het onderzoek houdt in dat jeugdigen zonder psychopathologie op alle adaptieve vaardigheden een gunstigere score behalen dan jeugdigen met psychopathologie. Daarnaast zijn er slechts bij twee adaptieve vaardigheden verschillen tussen de jeugdigen met psychopathologie gevonden. Bij de vaardigheid autonomie en zelfsturing hebben jeugdigen met beide stoornissen een grotere achterstand op jeugdigen zonder psychopathologie dan jeugdigen met enkel een autisme spectrum stoornis. Bij de vaardigheid omgang met leeftijdsgenootjes hebben jeugdigen met beide stoornissen een grotere achterstand ten opzichte van jeugdigen zonder psychopathologie dan jeugdigen met enkel een depressie.

Alle adaptieve vaardigheidsgebieden zijn beter ontwikkeld bij jeugdigen zonder een verstandelijke beperking dan bij jeugdigen met een verstandelijke beperking. Verder zijn de adaptieve vaardigheden m.b.t. school, werk en toekomst, en m.b.t. autonomie en zelfsturing beter ontwikkeld bij meisjes met een depressie dan bij jongens met een depressie. De laatste bevinding houdt in dat er een verschil is tussen kinderen en adolescenten bij de adaptieve vaardigheid school, werk en toekomst. Kinderen behalen een gunstigere score dan de adolescenten. De vaardigheid omgang met leeftijdsgenoten is beter ontwikkeld bij kinderen met zowel autisme als een depressie dan bij adolescenten met beide stoornissen.

Vergelijking van de resultaten met de literatuur

De gevonden resultaten komen deels overeen met de verwachtingen. Aangezien een ontwikkelingsstoornis een negatieve invloed kan hebben op de ontwikkeling van een kind (Slot & Spanjaard, 2009; Combrinck-Graham & Fox, 2007), was de verwachting dat jeugdigen met zowel een autisme spectrum stoornis als een depressie een grotere achterstand zullen hebben wat betreft alle adaptieve vaardigheidsgebieden dan andere jeugdigen met slechts een van deze stoornissen ten opzichte van jeugdigen zonder psychopathologie. Zoals verwacht zijn de adaptieve vaardigheden van jeugdigen met psychopathologie minder goed ontwikkeld dan bij jeugdigen zonder psychopathologie. Dit onderstreept het eerder gevonden

resultaat dat een ontwikkelingsstoornis een negatieve invloed kan hebben op de sociale vaardigheden, schoolse vaardigheden en de zelfsturing van een jeugdige.

De jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een depressie behalen zoals verwacht bij alle adaptieve vaardigheden de laagste score. Ze verschillen echter bij geen enkele vaardigheid van alle klinische groepen. Bij de vaardigheid omgang met leeftijdsgenoten is er namelijk alleen een verschil tussen jeugdigen met een depressie en jeugdigen met zowel autisme als een depressie.. Bij de adaptieve vaardigheid autonomie en zelfsturing is er daarentegen een verschil tussen jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en jeugdigen met beide stoornissen. Dit geeft aan dat jeugdigen met beide stoornissen ten opzichte van jeugdigen met enkel een autisme spectrum stoornis vooral een dubbele beperking hebben wat betreft de adaptieve vaardigheid autonomie en zelfsturing. Dit kan wellicht als volgt verklaard worden. Door de depressie hebben de jeugdigen met beide stoornissen minder interesse om deel te nemen aan activiteiten (Magnuson & Constantino, 2011) en zijn zij zich mogelijk minder bewust van hun eigen grenzen en mogelijkheden, waardoor zij minder mogelijkheden hebben om deze vaardigheid te ontwikkelen.

Dit onderzoek bevat te weinig jeugdigen die naast de dubbele stoornis ook een verstandelijke beperking hebben. Dit komt overeen met eerder onderzoek dat jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een hoger IQ meer kans hebben om een depressie te ontwikkelen (Kanne et al., 2011; Magnuson & Constantino, 2011). Aan de hand van onderzoek van Kanne et al. (2011) is de verwachting dat jeugdigen met autisme en een verstandelijke beperking een grotere achterstand zullen hebben op leeftijdsgenootjes dan jeugdigen met enkel een autisme spectrum stoornis. Bij de adaptieve vaardigheden omgang met leeftijdsgenoten en omgang met ouders, volwassenen en gezag zijn er verschillen gevonden tussen jeugdigen met en zonder een verstandelijke beperking. Deze verschillen gelden echter alleen voor jeugdigen zonder psychopathologie en niet voor de jeugdigen met autisme. Dit resultaat komt overeen met het onderzoek van Kanne et al. (2011). Bij dit onderzoek werd namelijk gevonden dat de intelligentie van de jeugdigen met autisme een minder goede voorspeller is voor de adaptieve vaardigheid interpersoonlijke relaties.

Bij de adaptieve vaardigheden school, werk en toekomst en autonomie en zelfsturing zijn er enkel verschillen gevonden tussen jeugdigen met en zonder een verstandelijke beperking. De jeugdigen zonder een verstandelijke beperking hebben beter ontwikkelde vaardigheden dan jeugdigen met een verstandelijke beperking. Dit komt overeen met de verwachting, aangezien jeugdigen met een verstandelijke beperking zowel intellectuele beperkingen als beperkingen in adaptieve vaardigheden hebben (AAIDD, 2012). Deze

resultaten geven echter ook aan dat de jeugdigen met zowel autisme als een verstandelijke beperking geen grotere achterstand hebben wat betreft de adaptieve vaardigheden dan de jeugdigen met enkel autisme. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat er in het huidige onderzoek niet dezelfde adaptieve vaardigheden zijn onderzocht als in het onderzoek van Kanne et al. (2011). In dat onderzoek zijn namelijk de adaptieve vaardigheden communicatie, dagelijkse vaardigheden en sociale vaardigheden onderzocht.

Ook de hypothese betreffende de sekse van de jeugdigen komt slechts voor een gedeelte overeen met de resultaten. Wat betreft de adaptieve vaardigheden omgang met leeftijdsgenoten en omgang met ouders, volwassenen en gezag zijn er geen verschillen gevonden tussen jongens en meisjes. Er zijn wel verschillen tussen klinische groepen bij de overige adaptieve vaardigheden. De adaptieve vaardigheden school, werk en toekomst en autonomie en zelfsturing zijn namelijk beter ontwikkeld bij meisjes met een depressie dan bij jongens met deze stoornis. Dit verschil is niet gevonden bij de jeugdigen met beide stoornissen. Aangezien meisjes vaak een ernstige vorm van autisme hebben, was de verwachting dat er een verschil zou zijn tussen de jongens en meisjes. Mogelijk is ook bij dit resultaat de verklaring dat jeugdigen met autisme en een hoger IQ meer kans hebben om een depressie te ontwikkelen (Kanne et al., 2011; Magnuson & Constantino, 2011). De meisjes die beide stoornissen hebben, hebben mogelijk een hoger IQ dan andere meisjes met autisme.

Wat betreft de leeftijd van de jeugdigen is de verwachting dat oudere jeugdigen met beide stoornissen meer tekorten hebben in vergelijking tot leeftijdsgenoten, dan jongere jeugdigen met beide stoornissen. Deze verwachting komt enkel overeen met de resultaten bij de vaardigheid omgang met leeftijdsgenoten. Bij deze vaardigheid behalen de kinderen met beide stoornissen namelijk een hogere score dan de adolescenten. Bij de andere klinische groepen is dit verschil kleiner. Bij de vaardigheid school, werk en toekomst geldt voor alle klinische groepen dat de vaardigheid beter ontwikkeld is door kinderen dan door adolescenten. Deze resultaten geven aan dat de adolescenten met beide stoornissen het lastiger vinden om aan de ontwikkelingseisen wat betreft de omgang met leeftijdsgenoten te voldoen, dan de kinderen met beide stoornissen. De impact van de stoornis wordt niet groter als de jeugdigen ouder worden. Een uitleg voor dit resultaat zou kunnen zijn dat de jongste jeugdige met beide stoornissen negen jaar is. De depressie ontstaat mogelijk pas als de jeugdigen iets ouder zijn, waardoor zij nog geen grote achterstand in adaptieve vaardigheden hebben ten opzichte van jeugdigen met slechts een klinische stoornis. Zij hebben mogelijk enkel een achterstand op de vaardigheid omgang met leeftijdsgenoten, omdat jeugdigen met beide stoornissen door hun dubbele handicap geneigd zijn om zich bijvoorbeeld sociaal terug te trekken en niet mee te

doen aan activiteiten (Magnuson & Constantino, 2011). Hierdoor leren zij bijvoorbeeld niet goed hoe zij contact kunnen leggen met anderen en hoe zij deze contacten kunnen onderhouden, terwijl dit voor de ontwikkeling van de adolescent wel belangrijk is.

Relevantie van het onderzoek

De wetenschappelijke relevantie houdt in dat dit onderzoek nieuwe informatie biedt over de adaptieve vaardigheden van jeugdigen met zowel een autisme spectrum stoornis als een depressie. Er is niet eerder een onderzoek uitgevoerd naar de specifieke adaptieve vaardigheden van deze jeugdigen. Bij eerder onderzoek wordt voornamelijk onderzocht hoe vaak jeugdigen en volwassenen met een autisme spectrum stoornis een comorbide depressie hebben. Een ander sterk punt van dit onderzoek is dat in het huidige onderzoek deze jeugdigen vergeleken worden met jeugdigen met enkel een autisme spectrum stoornis of een depressie en met jeugdigen zonder psychopathologie. Op deze manier kunnen de adaptieve vaardigheden van de jeugdigen met beide stoornissen goed vergeleken worden.

Het huidige onderzoek heeft ook een maatschappelijke relevantie. De resultaten van dit onderzoek kunnen namelijk een aanvulling zijn op de huidige hulpverlening. Alleen bij de adaptieve vaardigheid autonomie en zelfsturing hebben jeugdigen met beide stoornissen een dubbele beperking ten opzichte van de jeugdigen met autisme. De huidige hulpverlening zou rekening kunnen houden met dit resultaat door jeugdigen met beide stoornissen bij de ontwikkeling van autonomie en zelfsturing extra te ondersteunen en te begeleiden.

Beperkingen van het onderzoek

Een beperking van het huidige onderzoek is dat er weinig participanten zijn met een depressie of met een autisme spectrum stoornis en een depressie. Als gevolg hiervan kon er niet worden onderzocht in hoeverre de adaptieve vaardigheden van jeugdigen met beide stoornissen of een depressie en een verstandelijke beperking verschillen van deze jeugdigen zonder een verstandelijke beperking. De andere deelvragen zijn wel beantwoord, maar ook bij deze analyses zijn er weinig participanten die een depressie of beide stoornissen hebben. Als er meer participanten in elke groep zouden zijn, zouden er mogelijk andere resultaten gevonden worden. Een oplossing voor het lage aantal participanten in de klinische groepen zou kunnen zijn dat de cut-off score van de SEV van 95% wordt verplaatst naar de subklinische cut-off score van 90%. Toen deze jeugdigen echter werden toegevoegd, werden de groepen nog kleiner. Deze jeugdigen hebben namelijk naast een eventuele autisme spectrum stoornis of depressie ook nog andere problematiek in de subklinische range, waardoor zij verwijderd

worden voor de analyses. Bij een verplaatsing van de cut-off score naar 80% zijn er zestien participanten die beide stoornissen hebben. Om deze reden is gekozen om de cut-off score van 95% te behouden, aangezien deze cut-off score de klinische range aangeeft. Met deze cut-off score is het nog steeds niet vastgesteld dat de participanten uit een klinische groep echt die stoornis hebben, maar ze vertonen wel in voldoende mate het bijbehorende gedrag.

Een andere beperking van dit onderzoek is het instrument om de depressie bij jeugdigen met autisme te meten. Allereerst is de gebruikte vragenlijst nog een experimenteel instrument. Daarnaast kunnen de ouders naast de gebruikte vragenlijst aangeven of hun kind de officiële diagnose heeft. Slechts een jeugdige is officieel gediagnosticeerd met beide stoornissen. De overige jeugdigen uit deze klinische groep behalen een klinische score op de schalen autisme en depressie. Er bestaat echter geen goed meetinstrument om een depressie bij jeugdigen met een autisme spectrum stoornis te meten (Stewart et al., 2006). Mogelijk zijn er in de huidige onderzoeksgroep toch meer of minder jeugdigen met beide stoornissen.

In dit onderzoek zijn jeugdigen die eventueel naast een autisme spectrum stoornis of een depressie ook een andere stoornis hebben verwijderd voor de analyses. De jeugdigen die volgens een officiële diagnose of een klinische score op de SEV ook een angststoornis hebben zijn echter niet verwijderd voor de analyses. Bij bestudering van de gegevens bleek namelijk dat veel jeugdigen die zowel autisme als een depressie hebben, ook een angststoornis hebben. Het gevolg hiervan is dat er niet met zekerheid gesteld kan worden dat de gevonden resultaten verklaard kunnen worden door de comorbide depressie of door de comorbide angststoornis. Mogelijk zou een combinatie van beide comorbide stoornissen ook een verklaring kunnen zijn.

Aanbevelingen

Dit onderzoek heeft een bijdrage geleverd aan het onderzoek naar de adaptieve vaardigheden van jeugdigen met een autisme spectrum stoornis en een depressie. Toch zou er in de toekomst nog meer onderzoek gedaan moeten worden naar de adaptieve vaardigheden van deze jeugdigen. Bij toekomstige onderzoeken is het belangrijk dat er voldoende participanten zijn in alle klinische groepen. Er zullen meer jeugdigen met beide stoornissen of enkel een depressie moeten worden benaderd. Mogelijk zijn er meer verschillen te vinden tussen jeugdigen met beide stoornissen en jeugdigen met slechts een stoornis als er meer jeugdigen zijn met beide stoornissen. Er zouden bijvoorbeeld meer jeugdigen benaderd kunnen worden bij het cluster vier onderwijs voor jeugdigen met autisme of een stemmingsstoornis. Daarnaast is het zowel voor onderzoek als voor de praktijk belangrijk om een goed meetinstrument te hebben, waarbij een depressie bij jeugdigen met autisme beter kan worden vastgesteld.

5. Literatuur

- American Association on Intellectual and Development Disabilities (2011). *Definition of Intellectual Disability*. Verkregen op 28 februari, 2012, van: http://www.aamr.org/content_100.cfm?navID=21.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Combrinck-Graham, L. & Fox, G. S. (2007). Development of school-age children. In: A. Martin & F. R. Volkmar (Eds.), *Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (p. 267-278). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- D'Allessandro, D. U. & Burton, K. D. (2006). Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale for Children: Tests of Beck's Cognitive Diathesis-stress Theory of depression, of its causal mediation component, and of developmental effects. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 335-353.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Londen, Verenigd Koninkrijk: SAGE Publications Ltd.
- Foley Nicpon, M., Doobay, A. F. & Assouline, S. G. (2010). Parent, teacher and self perceptions of psychosocial functioning in intellectually gifted children and adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1028-1038.
- Ghaziuddin, M., Ghaziuddin, N. & Greden, J. (2002). Depression in persons with Autism: Implications for research and clinical care. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32 (4), 299-306.
- Goudena, P. P. (1994). Ontwikkelingsopgaven en opvoedingsopgaven. In: J. Rispens, P. P. Goudena & J. J. M. Groenendaal (red.), *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen* (p. 59-70). Houten, Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hill, E. L. & Frith, U. (2003). Understanding autism: insights from mind and brain. *Philosophical transactions of the royal society*, 358, 281-289.
- Howlin, P. (2007). The outcome in adult life for people with ASD. In: F. R. Volkmar (ed.), *Autism and Pervasive Developmental Disorders* (p. 269-306). New York, NY: Cambridge University Press.
- Kanne, S. M., Gerber, A. J., Quirnbach, A. 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.

- Kennedy, E. Spence, S. H. & Hensley, R. (1989). An examination of the relationship between childhood depression and social competence amongst primary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(4), 561-573.
- Leary, M. R. (2008). *Introduction to behavioral research methods*. Boston, MA: Pearson Education, Inc..
- Levendosky, A. A., Okun, A. & Parker, J. G. (1995). Depression and maltreatment as predictors of social competence and social problem-solving skills in school-age children. *Child abuse & neglect*, 19(10), 1183-1195.
- Magnuson, K. M. & Constantino, J. N. (2011). Characterization of depression in children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of developmental and behavioural pediatrics*, 32(4), 332-340.
- McPheeters, M. L., Davis, A., Navarre II, J. R. & Scott, T. A. (2011). Family report of ASD concomitant with depression or anxiety among US children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 646-653.
- Minderaa, R. B. (2009). Pervasieve ontwikkelingsstoornissen. In: F. C. Verhulst & F. Verheij (red.), *Kinder- en Jeugdpsychiatrie: Onderzoek en diagnostiek* (p. 278-295). Assen, Nederland: Koninklijke Van Gorcum.
- Moore, D. S., McCabe, G. P. & Craig, B. A. (2009). *Introduction to the practice of statistics*. New York, NY: W. H. Freeman and Company.
- Reichart, C. G. (2009). *Stemmingsstoornissen*. In: F. C. Verhulst & F. Verheij (red.), *Kinder- en Jeugdpsychiatrie: Onderzoek en diagnostiek* (p. 311-328). Assen, Nederland: Koninklijke Van Gorcum.
- Scholte, E. M., Duin, G. van, Dijkxhoorn, Y., Noens, I. & Berckelaer-Onnes, I. A. van (2008). *Vineland Screener 0-6 jaar: Handleiding*. Leiden, Nederland: PITS B.V..
- Scholte, E. M. & Ploeg, J. D. van der (2008). *Sociaal-Emotionele Vragenlijst (SEV): handleiding*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Scholte, E. M. & Ploeg, J. D. van der (2011). *Toelichting op de vragenlijst 'Adaptieve Vaardigheden Jeugdigen (AVJ)'*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum (in ontwikkeling).
- Slot, N. W. & Spanjaard, H. (2009). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg: hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn, Nederland: HBuitgevers.
- Stewart, M. E., Barnard, L., Pearson, J., Hasan, R. & O'Brien, G. (2006). Presentation of depression in autism and Asperger syndrome: A review. *Autism*, 10(1), 103-116.

- Volkmar, F. R., Lord, C. Klin, K., 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* (p. 267-278). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Wenar, C. & Kerig, P. (2005). *Developmental psychopathology: From infancy through adolescence*. New York, NY: The McGraw-Hill Companies.