

Psychosociale vaardigheden bij jeugdigen met een angststoornis en/of depressie.

Renske Oomen, 1155873

Universiteit Leiden

Master: Education and Child Studies

Specialisatie: Clinical Child and Adolescent Studies

Scriptiebegeleider: Prof. Dr. E.M. Scholte

Tweede beoordelaar: Dr. K.B. van der Heijden

Datum: 19 juni 2013

Inhoudsopgave

Abstract	3
Inleiding	4
Theoretisch kader	5
<i>Angststoornis</i>	5
<i>Depressie</i>	9
<i>Psychosociale vaardigheden</i>	10
<i>Relatie tussen angststoornissen, depressie en psychosociale vaardigheden</i>	13
Methode	15
<i>Onderzoeksontwerp</i>	15
<i>Procedure</i>	15
<i>Onderzoeksgroep</i>	15
<i>Meetinstrumenten</i>	15
<i>Analyses</i>	17
Resultaten	18
<i>Algemene kenmerken onderzoeksgroep</i>	18
<i>Resultaten betrouwbaarheidsanalyse VPV</i>	19
<i>Resultaten data-inspectie</i>	19
<i>Resultaten statistische analyses</i>	20
<i>Belangrijkste bevindingen</i>	24
Discussie	24
<i>Beantwoording onderzoeksvragen</i>	25
<i>Beperkingen onderzoek en aanbevelingen voor de toekomst</i>	26
<i>Conclusies en aanbevelingen voor de praktijk</i>	26
Literatuurlijst	27

Abstract

Psychosocial functioning is important for the overall development of juveniles. When juveniles have psychosocial skill deficits this can lead to problems in school, peer relations and leisure activities. This study has examined if juveniles with an anxiety disorder and/or depression have psychosocial skill deficits and what role age and gender have on this. This study has a cross-sectional descriptive research design. Parents were asked to fill out the Social Emotional Questionnaire (SEV) and the Questionnaire Psychosocial Skills (VPV) about their child. The sample consisted of 584 Dutch juveniles in the age of 4 to 18 ($M = 11.73$, $sd = 3.55$), with 41% of them being girls and 59% boys. The findings show that juveniles with an anxiety disorder and/or depression have more psychosocial skill deficits in contrast to juveniles without these disorders. The interactive skills are the most impaired. Findings also show that there are no significant differences in psychosocial functioning between children with either an anxiety disorder, a depression, or children that have both an anxiety disorder and a depression. There is no effect on psychosocial skills, as a result of age and gender. The findings of this study suggest that an early detection of psychosocial skill deficits in juveniles is of great importance to prevent anxiety disorders and/or a depression. It's also important to detect and target psychosocial skill deficits in juveniles with an anxiety disorder and/or depression because this can define the course of their disorder and prevent relapses.

Inleiding

De psychosociale ontwikkeling van jeugdigen met een angststoornis wordt op verschillende vlakken verstoord. Deze jeugdigen ondervinden vaak problemen met betrekking tot schoolprestaties, vrijetijdsbesteding en het aangaan en onderhouden van sociale contacten met leeftijdsgenoten (Wittchen, Nelson, & Lachner, 1998). Uit onderzoeken van Ialongo, Edelsohn, Werthamer-Larson, Crockett en Kellam (1994; 1995) kwam naar voren dat angstsymptomen gerelateerd zijn aan slechtere prestaties op lees- en rekengebied. Daarnaast kunnen psychosociale problemen het verloop van de angststoornis negatief beïnvloeden (Rodriguez, Bruce, Pagano, & Keller, 2005). De psychosociale problemen bij jeugdigen hebben op de lange termijn gevolgen voor het functioneren als volwassenen, zoals het niet financieel onafhankelijk zijn, moeite met het vertrouwen van de partner en problemen met het aangaan en onderhouden van sociale contacten (Essau, Conradt, & Petermann, 2000). Ook jeugdigen met een depressie ervaren veel psychosociale problemen. Tijdens een depressieve episode worden het schoolwerk en de relaties met anderen negatief beïnvloed. Zelfs als de depressie beëindigd is laten jeugdigen nog problemen met het aangaan en onderhouden van relaties zien (Birmaher et al., 1996). Slechte (psycho)sociale vaardigheden kunnen er ook voor zorgen dat de symptomen van een depressie toenemen (Nilsen, Karevold, Røysamb, Gustavson, & Mathiesen, 2013) of dat de kans op een volgende episode groter wordt (Rodriguez, Bruce, Pagano, & Keller, 2005).

Er is vaak sprake van comorbiditeit van verschillende angststoornissen en/of een depressie (Verhulst, & Verheij, 2009). Bij 30 tot 80% van de jeugdigen met een depressie is er bijvoorbeeld sprake van een comorbide angststoornis. Deze comorbide angststoornis(sen) vergroten de kans op een volgende depressieve episode, langere duur van een episode, suïcide (poging) en psychosociale problemen (Birmaher et al., 1996).

Het is van belang om via nader onderzoek vast te stellen of er bij deze jeugdigen inderdaad sprake is van een tekort aan psychosociale vaardigheden, en om welke tekorten aan psychosociale vaardigheden het daarbij precies gaat. Wanneer dit bekend is kan er in de toekomst wellicht gericht ingezet worden op preventie en interventie, bijvoorbeeld door de ontwikkeling van psychosociale vaardigheden bij jeugdigen met angst- en stemmingsstoornissen via training gericht te stimuleren (van Leeuwen, & van Aarsen, 1994).

Deze studie beoogt hieraan een bijdrage te leveren. De vraag die centraal staat is 'In hoeverre hebben jeugdigen met een angststoornis en/of depressie een tekort aan psychosociale vaardigheden en wat is de rol van leeftijd en sekse daarbij?'.

Deze hoofdvraag kan onderverdeeld worden in de volgende subvragen:

-Is er een verschil in psychosociale vaardigheden tussen jeugdigen met een indicatie van een angststoornis en/of depressie en jeugdigen zonder een indicatie van deze diagnose(n)?

-Is er een verschil in psychosociale vaardigheden tussen jongens en meisjes en tussen verschillende leeftijdsgroepen bij jeugdigen met een indicatie van een angststoornis en/of depressie en is er sprake van een interactie-effect?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden is een steekproef ouders uit geheel Nederland gevraagd om voor hun kinderen een aantal vragen te beantwoorden over psychosociale vaardigheden en de aanwezigheid van kenmerken van angst- en stemmingsproblemen.

Theoretische oriëntatie

In de theoretische oriëntatie worden de begrippen psychosociale vaardigheden, angststoornis en depressie geoperationaliseerd. Verder wordt beschreven wat al bekend is uit eerder onderzoek over de relatie tussen psychosociale vaardigheden en angst en depressie bij jeugdigen.

Angststoornis

Angst is een functionele emotie; het waarschuwt voor gevaar en motiveert mensen (Kievit, Tak, & Bosch, 2009). Verhulst (2002) definieert angst als: *‘een onplezierig gevoel van beklemming of spanning, gepaard gaand met motorische en fysiologische verschijnselen als reactie op gewaarwording van gevaar.’* Angst bestaat uit drie componenten: psychologisch (gevoel van angst), motorisch (bijvoorbeeld bewegingsonrust) en fysiologisch (bijvoorbeeld zweten, sneller ademen en een verhoogde hartslag) (Verhulst, 2002). Wanneer de angst te overheersend wordt en ons belemmert in ons functioneren kan er sprake zijn van een angststoornis. Een angststoornis kan worden omschreven als: *‘vormen van psychopathologie waarbij manifeste angst voorop staat in de symptomatologie’* (APA, 2000). Vaak is er sprake van comorbiditeit met één of meer angststoornissen en/of depressie (Verhulst, & Verheij, 2009). De volgende angststoornissen worden onderscheiden in de DSM-IV: gegeneraliseerde angststoornis, separatieangststoornis, sociale angststoornis, specifieke fobie, paniekstoornis, agorafobie en posttraumatische stressstoornis (APA, 2000).

gegeneraliseerde angststoornis.

De gegeneraliseerde angststoornis is een ernstige en chronische stoornis. Meestal wordt geen hulp gezocht met de angstklachten als probleem, maar met somatische klachten of slaapproblemen. Later blijken deze voort te komen uit een gegeneraliseerde angststoornis. De gegeneraliseerde angststoornis kan onderscheiden worden van andere angststoornissen door de volgende kenmerken: de duur (6 maanden), het ongecontroleerd zorgen maken en de somatische uiting van angst (spanning, slapeloosheid en agitatie) (Nutt, Ballenger, Sheehan, & Wittchen, 2002). De prevalentie vastgesteld in een onderzoek van Wittchen et al. (2000) is 1,5% van de gehele bevolking. Volgens Nutt et al. (2002) begint de gegeneraliseerde angststoornis vaak pas op latere leeftijd (35-45 jaar) en komt ook veel voor bij oudere mensen. Net als bij andere angststoornissen is er een hoge comorbiditeit met depressie en andere angststoornissen. Meestal is er eerst sprake van een gegeneraliseerde angststoornis en pas later van een depressie. Wanneer deze twee stoornissen samengaan zorgt dit voor een grotere handicap. Een vroegtijdige behandeling van een gegeneraliseerde angststoornis is erg belangrijk om te voorkomen dat het chronisch wordt en dat ernaast een depressie ontstaat (Nutt, et al., 2002).

separatieangststoornis.

De separatieangststoornis wordt gediagnosticeerd bij zuigelingen, kinderen en adolescenten. De angst om gescheiden te worden van belangrijke personen aan wie het kind gehecht is uit zich meestal in lichamelijke symptomen, moeite met alleen inslapen en soms in schoolweigering (Verhulst, 2002; Verhulst, & Verheij, 2009). Diagnostische criteria zijn o.a. angstige gedachten, ontwijkinggedrag en somatische symptomen (APA, 2000). Om de diagnose te kunnen stellen moet het ontwikkelingsniveau van het kind in ogenschouw genomen worden. Wat bij een 3 jarige een adequate reactie is op een scheiding met de primaire hechtingsfiguur is bij een 16 jarige niet adequaat meer (Verhulst, 2002). Verder moet de duur van de stoornis ten minste vier weken zijn en beginnen voor de leeftijd van 18 jaar (APA, 2000). De prevalentie van de separatieangststoornis ligt tussen de 1% en 4% bij kinderen van vijf tot elf jaar (Lavalley et al., 2011). Er worden verschillende resultaten gevonden in onderzoeken die de prevalentie bij meisjes en jongens vergelijken. Sommige onderzoeken rapporteren een hogere prevalentie bij meisjes, andere onderzoeken een hogere prevalentie bij jongens en weer andere een vergelijkbare prevalentie bij jongens en meisjes (Allen, Lavalley, Herren, Ruhe, & Schneider, 2010). Een separatieangststoornis op jonge leeftijd is een goede voorspeller voor angststoornissen en/of depressies (Lavalley et al., 2011).

sociale angststoornis.

Jeugdigen met een sociale angststoornis neigen ertoe om sociale situaties met onbekende personen te vermijden uit angst om negatief beoordeeld te worden (Verhulst, & Verheij, 2009). De prevalentie is 4.4% (Ohayon, & Schatzberg, 2010) en meisjes lijken meer last te hebben van een sociale angststoornis dan jongens (La Greca, & Lopez, 1998; Ohayon, & Schatzberg, 2010). De comorbiditeit met een depressie of andere angststoornissen is hoog (Ohayon, & Schatzberg, 2010). Uit het onderzoek van La Greca en Lopez (1998) bleek dat jeugdigen die hoger scoorden op sociale angst het idee hadden minder geaccepteerd te worden door hun klasgenoten en zich minder romantisch aangetrokken voelden tot anderen. Dit was zo voor jongens en meisjes, maar in hogere mate voor meisjes. Voor meisjes is er ook een relatie tussen hun score op sociale angst en hechte vriendschappen. Ze blijken minder hechte vriendschappen te hebben en degene die ze wel hebben zijn minder hecht dan bij meisjes zonder sociale angststoornis. La Greca en Lopez (1998) vermoeden dat deze uitkomsten impliceren dat deze jeugdigen kansen mislopen om te socialiseren wat uiteindelijk zou kunnen leiden tot problemen in het sociale functioneren.

specifieke fobie.

De specifieke fobie wordt gekenmerkt door de vrees voor een niet bestaande bedreiging of een overdreven vrees voor een reële dreiging. Er zijn drie types te onderscheiden: het diertype, het bloed-injectie-verwondings type en het omgevings-situationeel type. Een op zichzelf staande specifieke fobie is zelden reden voor verwijzing (Verhulst, & Verheij, 2009). Er is echter een hoge comorbiditeit met andere angststoornissen en depressie (Trumpf, Margraf, Vriends, Meyer, & Becker, 2010). De prevalentie van de specifieke fobie wordt geschat rond de 7-8% (Kim et al., 2010) en ligt twee keer zo hoog bij vrouwen als bij mannen (Trumpf et al., 2010). De specifieke fobie begint vaak in de kindertijd of adolescentie. Wanneer er sprake is van comorbiditeit ontwikkeld de specifieke fobie vaak als eerste (Trumpf et al., 2010).

paniekstoornis (met of zonder agorafobie).

De DSM-IV maakt een onderscheid tussen een paniekstoornis zonder agorafobie, een paniekstoornis met agorafobie en agorafobie zonder voorafgaande paniekstoornis (APA, 2000). Een paniekstoornis wordt gekenmerkt door lichamelijke klachten, zoals hartkloppingen en tachycardie, trillen, dyspnoe, duizeligheid en transpireren (Verhulst, & Verheij, 2009). Een paniekaanval is een korte periode van extreme angst met een piek in lichamelijke

klachten binnen tien minuten. Wanneer er sprake is van terugkerende paniekaanvallen, angst voor toekomstige aanvallen en verandering in gedrag of vermijding van situaties is er sprake van een paniekstoornis (APA, 2000). De paniekstoornis komt meer dan twee keer zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen (Dick, Bland, & Newman, 1994) en begint meestal in de late adolescentie of vroege volwassenheid (Roy-Byrne, Craske, & Stein, 2006). Andere angststoornissen en depressie zijn veel voorkomende comorbide stoornissen (Dick, Bland, & Newman, 1994; Roy-Byrne, Craske, & Stein, 2006; Taylor, 2006).

Agorafobie is de angst om op plaatsen te zijn waar het lastig of vernederend is om te ontsnappen of waarin er geen hulp voorhanden is. Deze plaatsen worden vermeden of brengen een erge angst voor een paniekaanval met zich mee (APA, 2000). De angst is vaak minder heftig wanneer een bekende en vertrouwde persoon aanwezig is (Franklin, 1991). Agorafobie wordt meestal veroorzaakt door heftige levensgebeurtenissen, ouderkenmerken en/of persoonlijkheidskenmerken. Er is een grote kans op comorbiditeit met andere angststoornissen (Franklin, 1991). Agorafobie komt voornamelijk voor bij vrouwen (Bekker, 1996).

posttraumatische stressstoornis (PTSS).

Wanneer iemand getuige of slachtoffer is geweest van één of meerdere gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht of een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van de betrokkene of anderen kan een posttraumatische stressstoornis ontstaan. Er worden twee verschillende typen onderscheiden:

-Type 1: voortvloeiend uit een eenmalige, niet voorziene gebeurtenis

-Type 2: gevolg van lang bestaande of herhaalde blootstelling aan extreme gebeurtenissen, waarop het kind kan anticiperen.

-Mengvorm (Verhulst, & Verheij, 2009).

De DSM-IV onderscheidt drie hoofdtypen symptomen: herbeleving van de traumatische gebeurtenis, vermijding van prikkels die bij het trauma behoorden of afstomping van de algemene reactiviteit en aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (APA, 2000).

Depressie

Er is sprake van een depressie wanneer er sprake is van een gedeprimeerde stemming en/of het verlies van belangstelling of genoeg. Wanneer één van de voorgaande symptomen aanwezig is moet deze gepaard gaan met minsten vier van de volgende symptomen:

- gedeprimeerde stemming gedurende het grootste deel van de dag;
- duidelijke daling van belangstelling in aangename activiteiten;
- veranderende eetlust en duidelijke gewichtstoename of gewichtsverlies;
- verstoord slaappatroon of slapeloosheid of meer slapen dan normaal;
- veranderingen in activiteitsniveaus, rusteloosheid of zich beduidend langzamer bewegen dan normaal;
- vrijwel alle dagen vermoeidheid of energieverlies;
- gevoel van schuld, hulpeloosheid, bezorgdheid, en/of vrees;
- verminderde capaciteit om zich te concentreren of besluiten te nemen.
- suïcidale gedachten.

De symptomen moeten ernstig lijden of belemmering in sociale, beroepsmatige of andere belangrijke omstandigheden veroorzaken (APA, 2000). Er wordt in de DSM-IV onderscheid gemaakt tussen een depressieve stoornis eenmalige episode, depressieve stoornis recidiverend en depressieve stoornis niet anderszins omschreven (APA, 2000).

De prevalentie van depressie wordt geschat tussen 0.4% en 2.5% bij kinderen en tussen 0.4% en 8.3% bij adolescenten (Fleming, & Offord, 1990; Lewinsohn, Clarke, Seeley, & Rohde, 1994). Bij kinderen komt depressie ongeveer evenveel voor bij meisjes als bij jongens. In de adolescentie komt een depressie twee keer zo vaak voor bij meisjes dan bij jongens (Fleming and Offord, 1990; Lewinsohn et al., 1994). De gemiddelde duur van een depressieve episode is zeven tot negen maanden (Lewinsohn et al., 1994; Strober, Lampert, Schmidt, & Morrel, 1993). Wanneer iemand eenmaal een depressieve episode heeft gehad is de kans zeer groot dat hij er in de toekomst nog één of meer heeft. Na 2 jaar heeft 40% een volgende depressieve episode en na 5 jaar is dit gestegen tot 70% (Fleming, Boyle, & Offord, 1993; Lewinsohn et al., 1994). Verschillende factoren worden geassocieerd met begin, duur en terugkeer van depressie, waaronder demografische factoren (o.a. leeftijd, sekse, SES), psychopathologie (comorbiditeit), gezinsfactoren en psychosociale factoren (Kovacs, Feinberg, Crouse-Novak, Paulauskas, & Finkelstein, 1984; Reinherz et al., 1993; Sanford et al., 1995).

De kans dat een jeugdige met een depressie een comorbide stoornis heeft is 40% tot 70%. In 20% tot 50% van de gevallen is er zelfs sprake van twee of meer comorbide stoornissen.

Angststoornissen zijn een van de meest voorkomende comorbide stoornissen bij 30% tot 80%

van de jeugdigen met een depressie. Meestal volgt de depressie op de comorbide stoornis. De comorbide angststoornis(sen) vergroten de kans op een volgende depressieve episode, langere duur van een episode, suïcide (pogingen) en meer psychosociale problemen (Brent et al., 1988; Clarke et al., 1992). Tijdens een depressieve episode worden schoolwerk en relaties met anderen negatief beïnvloed (Puig-Antich et al., 1985b; Strober et al., 1993). Zelfs na een depressie laten jeugdigen nog problemen met het aangaan en onderhouden van relaties zien (Nolen-Hoeksema, Girgus, & Seligman, 1992; Puig-Antich et al., 1985b; Rohde, Lewisohn, & Seeley, 1994).

Psychosociale vaardigheden

Psychosociale vaardigheden zijn onder te verdelen in interpersoonlijke en intrapersoonlijke vaardigheden. Interpersoonlijke vaardigheden zijn vaardigheden die het mogelijk maken om relaties te onderhouden en sociale situaties goed in te kunnen schatten. Deze zijn onder te verdelen in relationele vaardigheden en affectieve vaardigheden. Intrapersoonlijke vaardigheden zijn vaardigheden die iemand in staat stellen zijn eigen leven richting te geven. Deze zijn onder te verdelen in zelfsturing en zelfbewustzijn (van der Ploeg, & Scholte, te verschijnen).

Onder relationele vaardigheden vallen communicatie, luisteren en onderhandelingsvaardigheden om relaties aan te kunnen gaan en te onderhouden (Reicher, 2010). Dit uit zich in de wijze waarop jeugdigen met hun leeftijdsgenoten en volwassenen omgaan, of ze in staat zijn om goed om te gaan met verschillende soorten mensen, duidelijk te communiceren en bij een conflict voor zichzelf op te komen (van der Ploeg, & Scholte, te verschijnen). Wanneer een jeugdige onvoldoende over deze vaardigheden beschikt kan dit leiden tot conflicten in de omgang met anderen. Jeugdigen kunnen hierdoor externaliserende of internaliserende problemen laten zien (Fine, Trentacosta, Izard, Mostov & Campbell, 2004).

Onder affectieve vaardigheden valt het begrijpen van de behoeften en gevoelens van anderen, respect tonen en verschillen en overeenkomsten tussen individuen en groepen begrijpen (Reicher, 2010). De jeugdige moet in staat zijn zich te verplaatsen in de situatie van een ander en aan te voelen wat deze beweegt. Daarnaast moeten ze in staat zijn hun gedrag af te stemmen op een situatie, weten wat ze wel en niet kunnen zeggen, in staat zijn om rekening te houden met anderen en te leren van kritiek (van der Ploeg, & Scholte, te verschijnen). Wanneer jeugdigen een tekort aan affectieve vaardigheden hebben doorzien ze sociale situaties niet goed, waardoor ze ongepast reageren. Andere jeugdigen reageren hier vaak negatief op. Dit draagt bij aan de ontwikkeling en het in stand houden van depressieve

gevoelens en angsten van jeugdigen met een tekort aan affectieve vaardigheden (McCuire & Nowicki, 2001; Trentacosta & Fine, 2009).

Onder zelfsturing valt het kunnen controleren van emoties en gedrag om impulsen te kunnen controleren en het nastreven van persoonlijke en academische doelen (Reicher, 2010). Door zelfsturing kunnen jeugdigen hun (school)werk zo goed mogelijk uitvoeren, constante prestaties leveren, hun best blijven doen wanneer prestaties tegenvallen, hun vrije tijd nuttig besteden, zelf orde en regelmaat aanbrengen, verstandig met geld omgaan en een goede ballans vinden tussen (school)werk en vrije tijd (van der Ploeg, & Scholte, te verschijnen). Wanneer een jeugdige over onvoldoende zelfsturing beschikt heeft hij te weinig controle over zijn gevoelens, gedachten en gedrag (Briere & Rickards, 2007; Morin, 2011). Dit kan leiden tot een depressie of angst (Mezo & Short, 2011).

Onder zelfbewustzijn valt het herkennen van je eigen gedachten, gevoelens en sterke kanten en inzien hoe deze zaken je keuzes en gedrag kunnen beïnvloeden (Reicher, 2010). Jeugdigen met een goed zelfbewustzijn zijn rustig en gelijkmatig in de omgang met anderen. Ze denken eerst na voor ze handelen, kunnen goed met volwassenen omgaan en accepteren hun gezag, ze staan open voor commentaar en kritiek en reageren hier rustig op zonder boos te worden of zich aangevallen te voelen (van der Ploeg, & Scholte, te verschijnen). Wanneer het zelfbewustzijn (nog) niet voldoende ontwikkeld is uit zich dit in het niet goed nadenken en het vaak nemen van verkeerde beslissingen. Ze hebben moeite met het inschatten hoe anderen hen zien en hebben zelf ook een verkeerd beeld van zichzelf. Dit kan leiden tot problemen met anderen en het buitensluiten van deze jeugdige (Briere & Rickards, 2007; Morin, 2011).

De ontwikkeling van de psychosociale vaardigheden wordt beïnvloed door de drie (opvoedings)milieus en de biologische make-up. Bij jonge kinderen speelt het eerste (opvoedings)milieu, het gezin, de grootste rol in de ontwikkeling van de psychosociale vaardigheden. Wanneer het kind naar school gaat, het tweede (opvoedings)milieu, wordt de ontwikkeling ook hierdoor beïnvloed. De invloed van school neemt toe naarmate kinderen ouder worden en ook in hun vrije tijd, het derde (opvoedings)milieu, ontwikkelen ze hun psychosociale vaardigheden wanneer ze met leeftijdsgenoten spelen en naar clubjes gaan (van der Ploeg, & Scholte, te verschijnen). Wanneer de jeugdige in één of meerdere (opvoedings)milieus problemen ondervindt kan dit negatieve gevolgen hebben voor de ontwikkeling van de psychosociale vaardigheden. Binnen het gezin zijn een vijandige manier van omgaan met jeugdigen, opvoedgedrag van ouders dat gekenmerkt wordt door toegevendheid en onmacht, het ontbreken van warmte en waardering door ouders en

kindermishandeling slecht voor de ontwikkeling van de psychosociale vaardigheden. Op school kan de ontwikkeling van de psychosociale vaardigheden van een jeugdige worden afgeremd door buitengesloten of gepest te worden door zijn leeftijdsgenoten en door een slechte relatie tussen de jeugdige en zijn leerkracht. In de vrije tijd kan het hebben van geen of ‘foute’ vrienden de jeugdige beperken in zijn ontwikkeling van psychosociale vaardigheden (van der Ploeg, & Scholte, te verschijnen). Wanneer de ontwikkeling van één of meer onderdelen van de psychosociale ontwikkeling achterblijft verhoogt dit het risico op problematisch functioneren van een jeugdige. Welke problemen de jeugdige ontwikkeld is mede afhankelijk van de omstandigheden waarin de jeugdige verkeert (van der Ploeg, & Scholte, te verschijnen).

Er zijn geen eenduidige resultaten gevonden op de vraag of er een verschil is in psychosociale vaardigheden tussen jongens en meisjes. Epstein, Ryser en Pearson (2002) vonden wel significante verschillen tussen de seksen, maar Gilman en Hubner (2006) niet. Uit het onderzoek van Romer, Ravitch, Tom, Merrell en Wesley (2011) kwamen ook geen noemenswaardige verschillen tussen jongens en meisjes.

De ontwikkeling van de psychosociale vaardigheden verloopt volgens Erikson (1995) in acht fasen. Deze fasen zijn terug te vinden in tabel 1 met een korte beschrijving per fase. In elke fase krijgt een persoon te maken met verschillende conflicten. Het op een juiste manier doorlopen van de conflicten in een fase is van belang voor de volgende fase, omdat een eerdere fase de basis vormt voor de volgende fase.

Tabel 1:

Ontwikkelingsfasen Erikson (Erikson, 1995).

Leeftijd	Fase
0-1 jaar	<p>Basaal vertrouwen vs wantrouwen</p> <p>In het eerste levensjaar is een baby volledig afhankelijk van de zorg van anderen. Hij moet er op leren vertrouwen dat zijn verzorgers voorzien in zijn behoeften. Naast deze zorg is de ouderlijke relatie met de baby belangrijk voor het ontstaan van basaal vertrouwen. Wanneer er geen veilige basis is kan dit leiden tot wantrouwen.</p>
1-3 jaar	<p>Autonomie vs schaamte en twijfel</p> <p>Wanneer een kind ouder wordt wordt het in staat om dingen vast te pakken en los te laten. Deze ontwikkeling gaat samen met het figuurlijk leren loslaten en het autonoom worden. Hierbij is de nabijheid en zorg van de ouders belangrijk, zodat het kind dit vanuit een veilige situatie kan doen. Wanneer de ouders niet op de juiste wijze op het autonoom willen worden van hun kind reageren kan dit leiden tot gevoelens van schaamte en twijfel.</p>

3-6 jaar	Initiatief vs schuld Kinderen leren, vanuit een veilige basis, om initiatief te nemen. Ze plannen en gaan een taak aan gewoon om iets te doen. Het is belangrijk dat ouders dit stimuleren. Kinderen gaan meer contact zoeken met leeftijdsgenoten en nemen volwassen rollen op zich. Wanneer ouders kinderen hier niet voldoende in steunen kan dit leiden tot overmatige controle en gevoelens van schuld.
6-12 jaar	Vlijt vs minderwaardigheid Kinderen gaan naar school en doen daar sociale en academische vaardigheden op die belangrijk zijn voor het leven als een volwassene. Wanneer ze merken dat ze ergens goed in zijn zullen ze hier meer hun best voor gaan doen. Wanneer ze iets niet goed kunnen kan dit leiden tot gevoelens van minderwaardigheid.
12-20 jaar	Identiteit vs rolverwarring In de adolescentie staat het ontwikkelen van een eigen identiteit centraal. Ze zetten hoe ze zichzelf zien af tegen hoe anderen hen zien. Wanneer dit niet goed verloopt kan rolverwarring ontstaan.
20-40 jaar	Intimiteit vs isolatie In deze fase staat het opbouwen van een liefdevolle en intieme relatie centraal. Wanneer iemand hier niet toe in staat is leidt dit tot gevoelens van isolatie en vervreemding.
40-65 jaar	Generativiteit vs stagnatie In deze fase staat het zorgen voor nakomelingen centraal. Daarnaast zijn productiviteit en creativiteit belangrijk. Wanneer mensen het gevoel hebben niet productief te zijn voor de maatschappij kan dit gevoelens van stagnatie veroorzaken.
>65 jaar	Integriteit vs wanhoop In deze fase wordt teruggekeken op het leven en de voorgaande fases. Wanneer men tevreden is over het voorgaande kan er een gevoel van integriteit ontstaan. Wanneer er ontevredenheid is over het geleefde leven kan dit wanhoop tot gevolg hebben.

Relatie tussen angststoornissen, depressie en psychosociale vaardigheden

Onderzoek heeft uitgewezen dat mensen met een depressie beperkingen hebben met betrekking tot psychosociale vaardigheden. Ze hebben meer te maken met negatieve interacties, rapporteren minder sociale omgang en laten minder sociaal aangepast gedrag zien (Rice, Grealy, Javaid, & Serrano, 2011). De vaardigheid om emoties te lezen en te beoordelen is niet beperkt bij mensen met een depressie. De gezichtsuitdrukkingen van mensen met een depressie zijn echter anders dan bij mensen zonder depressie (Rice, Grealy, Javaid, & Serrano, 2011). Dit zou de sociale interactie negatief kunnen beïnvloeden. Onderzoek heeft verder laten zien dat depressieve mensen een kleiner sociaal netwerk en minder hechte vriendschappen hebben. Verder waarderen zij sociale interacties als minder bevredigend

(Rice, Grealy, Javaid, & Serrano, 2011). Problemen met betrekking tot psychosociale vaardigheden kunnen zowel een risicofactor zijn voor het ontwikkelen van een depressie als het in stand houden van een depressie. Verder kan een depressie lijden tot gebrekkige psychosociale vaardigheden (Segrin, 2000). Daarnaast hebben Rodriguez, Bruce, Pagano en Keller (2005) aangetoond dat de mate van psychosociale problemen het verloop van een depressie kan voorspellen.

Uit onderzoek van La Greca en Lopez (1998) blijkt dat adolescenten die hogere niveaus van sociale angst rapporteren zich minder geaccepteerd en ondersteund voelen door hun klasgenoten en zich minder romantisch aangetrokken voelen tot anderen. Dit geldt zowel voor jongens als meisjes, maar in een hogere mate voor meisjes. Deze gevoelens zouden er toe kunnen leiden dat deze jeugdigen belangrijke mogelijkheden mislopen om sociale vaardigheden te oefenen, wat uiteindelijk zou kunnen leiden tot problemen in het psychosociaal functioneren. Daarnaast rapporteren sociaal angstige meisjes minder vriendschappen en deze vriendschappen worden als minder hecht ervaren. Bij jongens werd er geen link gevonden tussen sociale angst en de kwaliteit van vriendschappen (La Greca, & Lopez, 1998). Calkins et al. (2009) stellen dat psychosociale vaardigheden een belangrijke rol kunnen spelen in het identificeren van jeugdigen die risico lopen op het ontwikkelen van een angststoornis. Een groot deel van de jeugdigen met een angststoornis ondervinden psychosociale problemen (Essau, Conradt, & Petermann, 2000; Ormel et al., 1994; Wittchen, Nelson, & Lachner, 1998). Het psychosociaal functioneren kan het verloop van een angststoornis beïnvloeden (Rodriguez, Bruce, Pagano, & Keller, 2005). Wanneer er sprake is van comorbiditeit zijn de psychosociale problemen vaak ernstiger en is er sprake van een grotere impact op het dagelijks functioneren (Wittchen, Nelson, & Lachner, 1998).

Op grond van het voorafgaande is de verwachting dat er in dit onderzoek eveneens een verschil gevonden zal worden tussen het psychosociaal functioneren van jeugdigen met en jeugdigen zonder een angststoornis en/of depressie. Meer in het bijzonder is de verwachting dat jeugdigen met een angststoornis of depressie minder beperkt zijn op alle psychosociale vaardigheidsgebieden dan jeugdigen met comorbide angst en depressie. Met betrekking tot deelvraag twee is de verwachting dat er verschillen in psychosociale vaardigheden gevonden zullen worden tussen de verschillende leeftijdsgroepen, omdat het model van Erikson (1995) uitgaat van een ontwikkeling in psychosociale vaardigheden die zich gedurende de jeugd voltrekt. Daarnaast wordt verwacht dat er geen verschil gevonden wordt tussen jongens en meisjes.

Methode

Hieronder worden achtereenvolgend het onderzoeksontwerp, de procedure van het onderzoek, de onderzoeksgroep, de meetinstrumenten en de data-analyse methoden beschreven.

Onderzoeksontwerp

Het huidige onderzoek is cross-sectioneel en beschrijvend van aard. Dit betekent dat per respondent alle gegevens op hetzelfde moment gemeten zijn en de samenhang die tussen deze gegevens wordt geanalyseerd betrekking heeft op hetzelfde moment in de tijd (Burns, & Bush, 2006).

Procedure

De participanten zijn geworven door tien studenten van de universiteit Leiden. Elke student was verantwoordelijk voor de werving van scholen in één (of twee) provincies in Nederland. Gegevens van de basis- en middelbare scholen per provincie zijn gedownload van de website van DUO. Aan de hand van deze lijst is een random selectie genomen van 20% van de scholen per provincie. Deze scholen zijn per mail benaderd met het verzoek om brieven met een verzoek voor deelname aan het onderzoek onder ouders/leerlingen te verspreiden. In deze brief werd het doel en werkwijze van onderzoek nader toegelicht. Verder werd uitgelegd dat deelname geheel vrijwillig was, dat de deelname op elk moment kon worden beëindigd en dat de gegevens anoniem verzameld werden. Daarnaast werd in de brief uitgelegd dat het onderzoek via het internet zou verlopen door daar een aantal vragenlijsten in te vullen. Verder werd uitgelegd hoe men aan het onderzoek deel kon nemen.

Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit een aselechte steekproef van jeugdigen in de leeftijd van 4 t/m 18 jaar op basisscholen en middelbare scholen door heel Nederland. De vragenlijst is ingevuld door hun ouders. Naast ouders van jeugdigen in het regulier onderwijs zijn ook ouders van jeugdigen in het speciaal (basis)onderwijs benaderd.

Meetinstrumenten

In het onderzoek zijn de volgende onderzoeksinstrumenten gebruikt.

vragenlijst Psychosociale Vaardigheden (VPV).

De VPV meet psychosociale vaardigheden bij kinderen van 4 tot en met 18 jaar door middel van informantrapportage door de ouders. De vragenlijst bestaat uit 36 stellingen over psychosociale vaardigheden die gescoord worden op een 5-puntschaal lopend van ‘helemaal niet eens’ tot ‘helemaal mee eens’. In de VPV worden de psychosociale vaardigheden onderverdeeld in interpersoonlijke- en intrapersoonlijke vaardigheden. Deze schalen zijn elk weer onderverdeeld in twee subschalen. Onder interpersoonlijke vaardigheden vallen de subschalen interactieve vaardigheden en affectieve vaardigheden. Onder de schaal intrapersoonlijke vaardigheden vallen de subschalen zelfsturing en zelfbewustzijn (van der Ploeg, & Scholte, 2013). De functie van de VPV in dit onderzoek is het bepalen van het niveau van de psychosociale vaardigheden van de jeugdigen.

De betrouwbaarheid en validiteit van de informantversie werd onderzocht in een aselechte steekproef uit de algemene bevolking (Van der Ploeg en Scholte, 2013). Daarbij bleek bij de vier VPV-basisschalen gemiddeld een interne consistentie van 0.89 (range 0.88-.90) en een test-hertest betrouwbaarheid 0.86 (range 0.85-0.88). Dit duidt op een goede betrouwbaarheid (Nunnally & Bernstein, 1994). Hiernaast werd de validiteit van het factormodel onderzocht met confirmatieve factoranalyse. De RCFI was 0.98 en de RMSEA 0.05. Dit duidt erop dat het dimensionele model van de VPV met haar vier schalen goed bij de werkelijkheid past (Byrne, 2006).

sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV).

De SEV kan worden gebruikt om sociaal-emotionele problemen op te sporen bij jeugdigen van 4 tot 18 jaar en kan o.a. door leerkrachten en ouders ingevuld worden. De SEV bestaat uit 72 items verdeeld over vier schalen: aandachtstekort met hyperactiviteit, sociale gedragsproblematiek, angstig en stemmingsverstoord gedrag en autistisch gedrag. Deze schalen kunnen onderverdeeld worden in subschalen. Aandachtstekort met hyperactiviteit kan onderverdeeld worden in aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit. De schaal sociale gedragsproblematiek bestaat uit de subschalen oppositioneel-opstandig gedrag, agressief gedrag en antisociaal gedrag. Angstig en stemmingsverstoord gedrag kan onderverdeeld worden in angstig gedrag in het algemeen, sociaal-angstig gedrag en angstig-depressief gedrag. De schaal autistisch gedrag wordt niet onderverdeeld in subschalen.

Het gedrag wordt beoordeeld op een 5-puntschaal lopend van ‘het gedrag komt niet voor’ tot ‘het gedrag komt zeer vaak of dagelijks voor’. Aan de hand van de antwoorden worden ruwe scores berekend per schaal en subschaal. Deze ruwe scores worden vergeleken met de

normgroep. Met behulp van de normtabel kan de ruwe score omgezet worden in een percentielscore met bijbehorende kwalificatie: normale-/subklinische-/klinische score (Scholte, & van der Ploeg, 2007). In dit onderzoek wordt de SEV gebruikt om de jeugdigen in te delen in vier categorieën: geen stoornis/ angst/ depressie/ angst en depressie.

De betrouwbaarheid van de SEV is op verschillende manieren onderzocht. De interne consistentie van de verschillende schalen is rond de .80 en hoger. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen vaders en moeders en tussen leerkrachtenduo's varieert tussen de .70 en .88. Bij de leerkrachten is er gemiddeld iets meer overeenstemming dan bij de ouders. Verder is de test-hertestbetrouwbaarheid na 4 tot 5 weken goed, namelijk rond de .80 (Scholte & Van der Ploeg, 2007). Om de criteriumvaliditeit van de SEV te beoordelen werd gekeken naar de verschillen in scores op de SEV-schalen tussen kinderen die een indicatie hadden en kinderen die geen indicatie hadden van sociaal-emotionele problematiek. Hieruit bleek dat kinderen met een indicatie significant hoger scoren op de SEV-schalen vergeleken met de de kinderen zonder indicatie (Scholte & Van der Ploeg, 2007). Volgens de Cotan (2004) is de betrouwbaarheid en validiteit van de SEV goed. Verder heeft de Cotan de normen als goed beoordeeld.

Data-analyse/methoden

Voordat de analyses uitgevoerd worden, zijn de data eerst geïnspecteerd. Er wordt een univariate data-inspectie en bivariate data-inspectie uitgevoerd. Vervolgens worden de analyses uitgevoerd om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag: 'In hoeverre vertonen jeugdigen met een angststoornis en/of depressie tekorten in psychosociale vaardigheden en wat is de rol van leeftijd en sekse hierbij?'

univariate data inspectie.

Voor het uitvoeren van de drie-weg variantieanalyse is het van belang de categorische variabelen te inspecteren met behulp van een frequentietabel. Er wordt gekeken naar missende waarden en de verdeling over de categorieën. Daarnaast wordt gekeken hoe de categorieën verdeeld zijn over de variabelen die de psychosociale vaardigheden meten. Voor het uitvoeren van de drie-weg variantieanalyse wordt gekeken hoe de verdeling van de numerieke variabelen is die de psychosociale vaardigheden meten. Dit gebeurt met behulp van beschrijvende waarden (gemiddelde, minimum, maximum, standaarddeviatie, scheefheid, gepiekdheid), een histogram, boxplots, de Kolmogorov-Smirnov test en een Q-Q plot. Hierbij wordt gekeken naar uitbijters, missende waarden en normaliteit.

bivariate data inspectie.

Er wordt voor het uitvoeren van de drie-weg variantieanalyse gecontroleerd of er voldaan wordt aan de aanname van homoscedasticiteit (gelijkheid van varianties).

analysemethoden en aannamen.

Voor de analyse van subvraag één en twee, ‘Is er een verschil in psychosociale vaardigheden tussen jeugdigen met een indicatie van een angststoornis en/of depressie en jeugdigen zonder deze diagnose(n)?’ en ‘Is er een verschil in psychosociale vaardigheden tussen jongens en meisjes en tussen verschillende leeftijdsgroepen bij jeugdigen met een indicatie van een angststoornis en/of depressie en is er sprake van een interactie-effect?’, wordt gebruik gemaakt van een driewegs variantieanalyse met de variabelen Stoornistype, Sekse en Leeftijdsgroep als de onafhankelijke variabelen. Stoornistype bestaat hierbij uit vier categorieën: geen stoornis/ angst/ depressie/ angst en depressie. Sekse bestaat uit twee categorieën. Leeftijd bestaat eveneens uit twee categorieën, te weten kinderen (4 t/m 11 jaar) en adolescenten (12 t/m 18 jaar). De vier psychosociale vaardigheden van de VPV die als interval variabele zijn gemeten vormen telkens de afhankelijke variabelen. De steekproef is aselekt, dus de uitkomsten kunnen gegeneraliseerd worden naar de populatie. Er moet sprake zijn van onafhankelijke waarnemingen, een normaal verdeelde numerieke variabele en gelijkheid van varianties (homoscedasticiteit). Wanneer de aannamen geschonden worden moeten de uitkomsten van de test met enige terughoudendheid geïnterpreteerd worden.

Resultaten

Hieronder zullen de resultaten besproken worden. Eerst wordt de onderzoeksgroep beschreven gevolgd door de resultaten van de betrouwbaarheidsanalyse van de schalen van de VPV. Vervolgens wordt de data-inspectie beschreven waarna de resultaten van de drieweg variantieanalyses uiteengezet worden.

Algemene kenmerken onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit 584 jeugdigen, waarvoor door hun ouders een vragenlijst is ingevuld. Hiervan zijn 239 (41%) jeugdigen meisjes en 345 (59%) jongens. De gemiddelde leeftijd van de jeugdigen is 11.73 ($sd = 3.55$). De jongste is 4 jaar en de oudste is 18 jaar. Van de onderzochte jeugdigen hebben 343 (74%) geen angststoornis en depressie. Van de jeugdigen met een stoornis hebben 61 (13%) jeugdigen een angststoornis, 29 (6%) jeugdigen een depressie en 28 (6%) jeugdigen een angststoornis en depressie.

Resultaten betrouwbaarheidsanalyse VPV

Om de psychosociale vaardigheden van de jeugdigen te meten is gebruik gemaakt van de VPV. Deze bestaat uit vier subschalen, waarvoor de interne consistentie berekend is met behulp van Crohnbach's Alpha. De interne consistentie is voldoende wanneer Crohnbach's alpha hoger is dan .70 (Leary, 2004). Tabel 1 geeft de resultaten weer.

Tabel 2:

Crohnbach's alpha per schaal VPV.

Schaal	Crohnbach's Alpha
Relationele vaardigheden	.89
Affectieve vaardigheden	.90
Zelfsturing	.88
Zelfbewustzijn	.89
Totaal	.96

De tabel laat zien dat de betrouwbaarheid van de totale VPV voldoende is. Ook de afzonderlijke schalen hebben een Crohnbach's alpha van meer dan .70 en kunnen dus als voldoende betrouwbaar beschouwd worden.

Resultaten data-inspectie

Voordat de onderzoeksvragen beantwoord kunnen worden met behulp van drieweg variantieanalyse is eerst gecontroleerd of aan de aannamen voldaan wordt. De afhankelijke variabelen moeten normaal verdeeld zijn en er moet sprake zijn van homoscedasticiteit (gelijkheid van varianties) (Moore, McCabe, & Craig 2009).

Eerst wordt met behulp van de scheefheid en gepiektheid bekeken of de afhankelijke variabelen normaal verdeeld zijn. Wanneer de scheefheid en gepiektheid tussen -3 en 3 vallen is de variabele normaal verdeeld (Moore, McCabe, & Craig 2009). In tabel 2 is te zien dat dit voor alle afhankelijke variabelen het geval is. Daarnaast is de Kolmogorov-Smirnov test uitgevoerd om te controleren of de variabelen normaal verdeeld zijn. Deze is in alle gevallen significant ($p < 0.001$). Dit bevestigt dat de variabelen normaal verdeeld zijn.

Tabel 3

Gemiddelde, standaarddeviatie, scheefheid en gepiekttheid van de schalen van de VPV.

Schaal	<i>M</i>	<i>sd</i>	Scheefheid	Gepiekttheid
Interactieve vaardigheden	32.58	7.04	-.44	-.49
Affectieve vaardigheden	32.90	6.65	-.41	-.37
Zelfsturing	32.21	6.79	-.31	-.31
Zelfbewustzijn	32.16	6.46	-.22	-.54

Verder is gecontroleerd of er voldaan wordt aan de aanname van homoscedasticiteit (gelijkheid van varianties). Bij de afhankelijke variabelen is er sprake van gelijkheid van varianties: Interactieve vaardigheden $F(15, 444) = 0.746, p = .737$, Affectieve vaardigheden $F(15, 440) = 0.604, p = .872$, Zelfsturing $F(15, 425) = 1.043, p = .409$ en Zelfbewustzijn $F(15, 442) = 1.531, p = .09$. Er wordt voldaan aan de aannames van een drieweg variantieanalyse.

Resultaten statistische analyses

Om de onderzoeksvragen te toetsen worden vier drieweg variantieanalyses uitgevoerd met als afhankelijke variabelen de vier schalen van de VPV. De onafhankelijke variabelen zijn Sekse, Leeftijd en Stoornistype. Stoornistype bestaat uit vier groepen, namelijk geen stoornis, angststoornis, depressie en angst & depressie. De gemiddelden en standaardafwijking van deze groepen op de afhankelijke variabelen zijn te vinden in tabel 4.

Tabel 4

Gemiddelde en standaardafwijking van de VPV-schalen per stoornistype.

Schaal	Geen stoornis (<i>N</i> = 326)		Angststoornis (<i>N</i> = 59)		Depressie (<i>N</i> = 28)		Angst & depressie (<i>N</i> = 27)	
	<i>M</i>	<i>SE</i>	<i>M</i>	<i>SE</i>	<i>M</i>	<i>SE</i>	<i>M</i>	<i>SE</i>
Interactieve vaardigheden	36.64	.251	27.63	.641	28.61	.822	29.81	1.066
Affectieve vaardigheden	35.71	.287	30.63	.726	29.25	1.085	29.70	.969
Zelfsturing	34.86	.325	30.29	.795	28.46	1.158	27.04	1.231
Zelfbewustzijn	34.65	.302	32.37	.808	27.18	.950	26.15	.974

interactieve vaardigheden.

De eerste drieweg variantieanalyse die uitgevoerd wordt heeft als afhankelijke variabele Interactieve vaardigheden. Tabel 5 geeft de uitslag van de analyse weer.

Er is een significant hoofdeffect gevonden voor Stoornistype $F(3,444) = 62.123, p < 0.001$. De effectgrootte is $\eta^2 = .296$. Dit wil zeggen dat 29.6% van de verschillen in scores verklaard kan worden door stoornistype. De Bonferroni post-hoc toets laat zien dat er een significant verschil in gemiddelden is tussen jeugdigen zonder stoornis en jeugdigen met een angststoornis en/of depressie ($p < .001$). Verder is er een significant hoofdeffect gevonden voor Sekse $F(1,444) = 4.710, p .031$. De effectgrootte is $\eta^2 = .010$. Dit wil zeggen dat 1% van de verschillen in scores verklaard kan worden door sekse. Er zijn geen significante interactie-effecten.

Tabel 5

Drieweg variantieanalyse Interactieve vaardigheden (N = 459).

Variantiebron	SS	df	MS	F	p	Partiële η^2
Leeftijd	6.029	1	6.029	.282	.596	.001
Stoornistype	3991.171	3	1330.390	62.123	<.001	.296
Sekse	100.872	1	100.872	4.710	.031	.010
Leeftijd * Stoornistype	116.221	3	38.740	1.809	.145	.012
Leeftijd * Sekse	32.647	1	32.647	1.524	.218	.003
Stoornistype * Sekse	27.935	3	9.312	.435	.728	.003
Leeftijd * Stoornistype * Sekse	43.617	3	14.539	.679	.565	.005
Error	9508.413	444	21.415			
Totaal	15864.783	459				

affectieve vaardigheden.

De tweede drieweg variantieanalyse die uitgevoerd is heeft als afhankelijke variabele Affectieve vaardigheden. Tabel 6 geeft de uitslag van de analyse weer.

Er is een significant hoofdeffect gevonden voor Stoornistype $F(3,440) = 22.675, p < .001$. De effectgrootte is $\eta^2 = .134$. Dit wil zeggen dat 13.4% van de verschillen in scores verklaard kan worden door stoornistype. De Bonferroni post-hoc toets laat zien dat er een significant verschil is in gemiddelden tussen jeugdigen zonder stoornis en jeugdigen met een angststoornis en/of depressie ($p < .001$). Daarnaast is er een significant hoofdeffect gevonden voor Sekse $F(1,440) = 7.947, p .005$. De effectgrootte is $\eta^2 = .018$, dus 1.8% van de

verschillen in scores kan verklaard worden door sekse. Er zijn geen significante interactie-effecten gevonden.

Tabel 6

Drieweg variantieanalyse Affectieve vaardigheden (N = 455).

Variantiebron	SS	df	MS	F	p	Partiele η^2
Leeftijd	93.184	1	93.184	3.516	.061	.008
Stoornistype	1802.902	3	600.967	22.675	<.001	.134
Sekse	210.629	1	210.629	7.947	.005	.018
Leeftijd * Stoornistype	152.924	3	50.975	1.923	.125	.013
Leeftijd * Sekse	.645	1	.645	.024	.876	.000
Stoornistype * Sekse	44.347	3	14.782	.558	.643	.004
Leeftijd * Stoornistype * Sekse	13.280	3	4.427	.167	.919	.001
Error	11661.327	440	26.503			
Totaal	15530.033	455				

zelfsturing.

De derde drieweg variantieanalyse die uitgevoerd is heeft als afhankelijke variabele Zelfsturing. Tabel 7 geeft de uitslag van de analyse weer.

Er zijn significante hoofdeffecten gevonden voor Leeftijd $F(1,425) = 4.502$, $p .034$, Stoornistype $F(3,425) = 20.855$, $p <.001$ en Sekse $F(1,425) = 6.516$, $p .011$. De effectgrootte voor Leeftijd is $\eta^2 = .010$. Dit wil zeggen dat 1% van het verschil in scores verklaard kan worden door leeftijd. De effectgrootte voor Stoornistype is $\eta^2 = .128$. Dit wil zeggen dat 12.8% van het verschil in scores verklaard kan worden door stoornistype. De effectgrootte voor sekse is $\eta^2 = .015$. Dit wil zeggen dat 1.5% van het verschil in scores verklaard kan worden door sekse. Uit de Bonferroni post-hoc toets blijkt een significant verschil in gemiddelden tussen jeugdigen zonder stoornis en jeugdigen met een angststoornis en/of depressie ($p = < .001$). Daarnaast is er een significant interactie-effect gevonden voor Leeftijd en Stoornistype $F(3,425) = 3.715$, $p .012$. De effectgrootte van dit interactie-effect is $\eta^2 = .026$. Dit wil zeggen dat 2.6% van het verschil in scores verklaard kan worden door de interactie tussen leeftijd en stoornistype. Deze effectgrootte is echter klein, waardoor dit interactie-effect verder buiten beschouwing kan worden gelaten.

Tabel 7

Drieweg variantieanalyse Zelfsturing (N = 440).

Variantiebron	SS	df	MS	F	p	Partiele η^2
Leeftijd	148.016	1	148.016	4.502	.034	.010
Stoornistype	2056.822	3	685.607	20.855	<.001	.128
Sekse	214.201	1	214.201	6.516	.011	.015
Leeftijd * Stoornistype	366.430	3	122.143	3.715	.012	.026
Leeftijd * Sekse	.003	1	.003	.000	.992	.000
Stoornistype * Sekse	66.355	3	22.118	.673	.569	.005
Leeftijd * Stoornistype * Sekse	86.705	3	28.902	.879	.452	.006
Error	13971.618	425	32.874			
Totaal	18502.816	440				

zelfbewustzijn.

De laatste drieweg variantieanalyse die uitgevoerd is heeft als afhankelijke variabele Zelfbewustzijn. Tabel 8 geeft de uitslag hiervan weer.

Er is een significant hoofdeffect gevonden voor Leeftijd $F(1,442) = 8.675$, $p .003$. De effectgrootte $\eta^2 = .019$, wat wil zeggen dat 1.9% van het verschil in scores verklaard kan worden door leeftijd. Daarnaast is er een significant hoofdeffect gevonden voor Stoornistype $F(3,442) = 28.390$, $p <.001$. De effectgrootte is $\eta^2 = .162$. Dit wil zeggen dat 16.2% van de verschillen in scores verklaard kan worden door stoornistype. Er is een Bonferroni post-hoc toets uitgevoerd om te bekijken welke gemiddelden significant van elkaar verschillen. Hieruit bleek dat er een significant verschil in gemiddelden is tussen jeugdigen zonder stoornis en jeugdigen met een angststoornis ($p .022$). Verder is er een significant verschil tussen jeugdigen zonder stoornis en jeugdigen met een depressie en jeugdigen met een depressie en angststoornis ($p <.001$). Daarnaast is er een significant verschil gevonden tussen jeugdigen met een angststoornis en jeugdigen met een depressie en jeugdigen met een angststoornis en depressie ($p <.001$). Er zijn geen significante interactie-effecten gevonden.

Tabel 8

Drieweg variantieanalyse Zelfbewustzijn (N =457).

Variantiebron	SS	df	MS	F	p	Partiele η^2
Leeftijd	254.051	1	254.051	8.675	.003	.019
Stoornistype	2494.227	3	831.409	28.390	<.001	.162
Sekse	.232	1	.232	.008	.929	.000
Leeftijd * Stoornistype	136.350	3	45.450	1.552	.200	.010
Leeftijd * Sekse	.304	1	.304	.010	.919	.000
Stoornistype * Sekse	62.635	3	20.878	.713	.545	.005
Leeftijd * Stoornistype * Sekse	37.374	3	12.458	.425	.735	.003
Error	12943.880	442	29.285			
Totaal	17048.107	457				

Belangrijkste bevindingen

Uit alle drieweg variantieanalyses blijkt een significant hoofdeffect is voor Stoornistype. Er zijn meer significante hoofdeffecten gevonden, maar de effectgroottes waren daarbij zo klein dat deze verder buiten beschouwing kunnen worden gelaten. Met de Bonferroni post-hoc toets werden voor affectieve vaardigheden, interactieve vaardigheden, zelfsturing en zelfbewustzijn significante verschillende gevonden tussen de gemiddelden van jeugdigen zonder stoornis en jeugdigen met een angststoornis en/of depressie. Jeugdigen zonder stoornis scoren gemiddeld hoger op de alle schalen die samen psychosociale vaardigheden meten. Bij de interactieve vaardigheden is het effect ongeveer twee keer zo groot als bij de affectieve vaardigheden, de zelfsturing en het zelfbewustzijn. Met betrekking tot zelfbewustzijn worden er tevens significante verschillen gevonden voor jeugdigen met een angststoornis in vergelijking tot jeugdigen met een depressie en jeugdigen met een angststoornis en depressie.

Discussie

Hieronder worden de conclusies die uit dit onderzoek getrokken kunnen worden beschreven. Eerst worden de onderzoeksvragen beantwoord en de uitkomsten gekoppeld aan de bestaande literatuur. Daarna worden de beperkingen van dit onderzoek besproken en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek gegeven. Vervolgens worden de conclusies beschreven met aanbevelingen voor de praktijk.

Beantwoording onderzoeksvragen

In dit onderzoek is onderzocht in hoeverre jeugdigen met een angststoornis en/of depressie een tekort aan psychosociale vaardigheden hebben en wat de rol van leeftijd en sekse daarbij is. Om hier een antwoord op te kunnen geven zijn de volgende twee deelvragen onderzocht.

De eerste deelvraag is: ‘Is er een verschil in psychosociale vaardigheden tussen jeugdigen met een angststoornis en/of depressie en jeugdigen zonder een indicatie van deze diagnose(n)?’ De verwachting was dat jeugdigen zonder angststoornis en depressie beter zouden scoren op psychosociale vaardigheden dan jeugdigen met een angststoornis (Essau, Conradt, & Petermann, 2000; Ormel et al., 1994; Wittchen, Nelson, & Lachner, 1998) of depressie (Rice, Grealy, Javaid, & Serrano, 2011; Segrin, 2000) en dat jeugdigen met een comorbide angststoornis en depressie het laagst zouden scoren (Wittchen, Nelson, & Lachner, 1998). Naar verwachting is er een verschil gevonden tussen jeugdigen zonder en jeugdigen met een angststoornis en/of depressie. Meer specifiek is gebleken dat jeugdigen zonder angststoornis en/of depressie hoger scoren op psychosociale vaardigheden. Bij de interactieve vaardigheden is het effect ongeveer twee keer zo groot als bij affectieve vaardigheden, zelfsturing en zelfbewustzijn. Dit betekent dat een gebrek aan goede interactieve vaardigheden bij jeugdigen met angsten en/of depressies het belangrijkste vaardigheidstekort is waar deze jeugdigen mee te kampen hebben. Met betrekking tot zelfbewustzijn worden er tevens verschillen gevonden voor jeugdigen met een angststoornis in vergelijking tot jeugdigen met een depressie en jeugdigen met een angststoornis en depressie. De verwachting dat jeugdigen met een comorbide stoornis slechter zouden scoren dan jeugdigen met een enkelvoudige stoornis is niet bevestigd in dit onderzoek. Dit zou kunnen komen doordat het aantal jeugdigen met een comorbide angststoornis en depressie in dit onderzoek vrij klein was, waardoor eventuele verschillen statistisch minder goed aantoonbaar zijn. Daarnaast zou het kunnen zijn dat er bij jeugdigen nauwelijks sprake is van een slechter psychosociaal functioneren wanneer sprake is van zowel angstige als depressieve kenmerken. Onderzoek van Wittchen, Nelson en Lachner (1998) ondersteunt deze stelling, maar hun steekproef bestond uit 14 tot 24 jarigen, terwijl dit onderzoek zich richtte op 4 tot 18 jarigen.

De tweede vraag die onderzocht werd is: ‘Is er een verschil in psychosociale vaardigheden tussen jongens en meisjes en tussen verschillende leeftijdsgroepen bij jeugdigen met een indicatie van een angststoornis en/of depressie en is er sprake van een interactie-effect?’ Overeenkomstig met de verwachtingen is er geen verschil gevonden tussen jongens en meisjes. Dit komt overeen met eerdere onderzoeken (Gilman, & Hubner, 2006; Romer,

Ravitch, Tom, Merrell, & Wesley, 2011). De verwachting was dat er een verschil gevonden zou worden tussen de verschillende leeftijdsgroepen, maar dit was niet het geval. Dat er tegen de verwachtingen in geen verschil gevonden is in leeftijdsgroepen zou te maken kunnen hebben met het feit dat niet iedereen elke fase op hetzelfde tijdstip doorloopt zoals Erikson beschreven heeft (Brysbaert, 2006).

Beperkingen onderzoek en aanbevelingen voor de toekomst

Er zijn enkele beperkingen aan het huidige onderzoek. De resultaten moeten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden vanwege de beperkte omvang van de groepen, waardoor de power van het onderzoek gering is en statistische verbanden lastiger aantoonbaar zijn. Een tweede beperking van dit onderzoek is dat uitgegaan is van de uitslag van de SEV om te bepalen of jeugdigen in de categorie angststoornis en/of depressie vielen. In toekomstig onderzoek zou ervoor gekozen kunnen worden om uit te gaan van een officiële diagnose. Verder zou toekomstig onderzoek zich niet alleen op de rapportages van ouders kunnen richten, maar ook op rapportages van de jeugdigen zelf en hun leerkrachten en eventuele verschillen hierin. Nader onderzoek naar de bevinding dat jeugdigen met zowel angstige als depressieve kenmerken qua vaardigheden niet verschillen van jeugdigen met alleen angstige of alleen depressieve kenmerken is nodig, om deze uitslag te bevestigen.

Conclusies en aanbevelingen voor de praktijk

Uit dit onderzoek komt naar voren dat jeugdigen met een angststoornis en/of depressie tekorten hebben in psychosociale vaardigheden in vergelijking tot jeugdigen zonder deze stoornis(sen). Er zijn geen verschillen in psychosociale vaardigheden gevonden tussen meisjes en jongens en tussen verschillende leeftijdsgroepen. Het belangrijkste tekort dat gevonden werd was een tekort aan interactieve vaardigheden. Dit heeft de volgende implicaties voor de praktijk. Ten eerste is het van belang dat jeugdigen met psychosociale problemen herkend worden en dat deze problemen verholpen worden, op dat voorkomen kan worden dat ze leiden tot een angststoornis en/of depressie (Calkins et al., 2009; Segrin, 2000). Daarnaast zou bij jeugdigen met een angststoornis en/of depressie gekeken moeten worden of er sprake is van psychosociale problemen, en zo ja, van welke, zodat de behandeling mede daarop kan worden gericht. Dit kan de kans verminderen op verergering of terugkomst van de problemen (Rodriguez, Bruce, Pagano, & Keller, 2005).

Literatuurlijst

- Allen, J.L., Lavalley, K.L., Herren, C., Ruhe, K., & Schneider, S. (2010). DSM-IV criteria for childhood separation anxiety disorder: Informant, age, and sex differences. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 946-952.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4^{de} editie) Text Revision. Washington D.C.: Author.
- Bekker, M.H.J. (1996). Agoraphobia and gender: A review. *Clinical Psychology Review*, 16 (2), 129-146.
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J., Dahl, R.E., Perel, J., & Nelson, B. (1996). Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 35 (11), 1427-1439.
- Bohn Stafleu van Loghum. (2011). Testweb: Vragenlijst psychosociale vaardigheden.
Geraadpleegd op: <http://www.testweb.bsl.nl/tests/vpv/>
- Brent, D.A., Perper, J.A., Goldstein, C.E., Kolko, D.J., Allan, M.J., Allman, C.J., & Zelenak, J.P. (1988). Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 45, 581-588.
- Briere, J. & Rickards, S. (2007). Self-Awareness, Affect Regulation, and Relatedness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 497-503.
- Brysbaert, M. (2006). *Psychologie*. Gent, België: Academia Press.
- Byrne, B.M. (2006). *Structural equation modeling with EQS : basic concepts, applications and programming*. (2nd ed.) Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Burns, A.C., & Bush, R.F. (2006). *Principes van marktonderzoek. Toepassingen met SPSS*. Amsterdam, Nederland: Pearson education.
- Calkins, A.W., Otto, M.W., Cohen, L.S., Soares, C.N., Vitonis, A.F., Hearon, B.A., & Harlow, B.L. (2009). Psychosocial predictors of the onset of anxiety disorders in women: Results from a prospective 3-year longitudinal study. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1165–1169.
- Clarke, G.N., Hops, H., Lewinsohn, P.M., Andrews, J.A., Seeley, J.R., & Williams, J. (1992). Cognitive behavioral group treatment of adolescent depression: prediction of outcome. *Behavioral Therapy*, 23, 341-354.
- Dick, C.L., Bland, R.C., & Newman, S.C. (1994). Panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 376, 45-53.
- Erikson, E.H. (1995). *Childhood and society*. Londen, Engeland: Vintage books.

- Essau, C.A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 14* (3), 263–279.
- Evers, A., Egberink, I.J.L., Braak, M.S.L., Frima, R.M., Vermeulen, C.S.M., & Vliet-Mulder, J.C. van (2004). *COTAN Documentatie*. Amsterdam, Nederland: Boom test uitgevers.
- Fine, S.E., Trentacosta, C.J., Izard, C.E.M., Mostov, A.J. & Campbell, J.L. (2004). Anger perception bias, caregivers use of physical discipline and aggression in children of risk. *Social Development, 13*, 213-228.
- Fleming, J.E., Boyle, M., & Offord, D. (1993). The outcome of adolescent depression in the Ontario Child Health Study follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 28-33.
- Fleming, J.E., & Offord, D.R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 571-580.
- Franklin, J.A. (1991). Agoraphobia. *International Review of Psychiatry, 3*, 151-162.
- Ialongo, N., Edelsohn, G., Wertharmer-Larson, L., Crockett, L., & Kellam, S. (1994). The significance of self-reported anxious symptoms in first-grade children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 22*, 441–455.
- Ialongo, N., Edelsohn, G., Wertharmer-Larson, L., Crockett, L., & Kellam, S. (1995). The significance of self-reported anxious symptoms in first-grade children: Prediction to anxious symptoms and adaptive functioning in fifth grade. *Journal Child Psychology and Psychiatry, 36*, 427– 437.
- Kieviet, T., Tak, J.A., & Bosch, J.D. (2009). *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. Utrecht, Nederland: De tijdstroom.
- Kim, S., Kim, B., Cho, S., Kim, J., Shin, M., Yoo, H., Kim, H.W. (2010). The prevalence of specific phobia and associated co-morbid features in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 629–634.
- Kovacs, M., Feinberg, T.L., Crouse-Novak, M.A., Paulauskas, S.L., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry, 41*, 229-237.
- La Greca, A.M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26* (2), 83-94.

- Lavallee, K., Herren, C., Blatter-Meunier, J., Adornetto, C., In-Albon, T., & Schneider, S. (2011). Early predictors of separation anxiety disorder: Early stranger anxiety, parental pathology and prenatal factors. *Psychopathology, 44*, 354–361.
- Leary, M.R. (2004). *Introduction to Behavioral Research Methods. Fourth edition*. Boston, MA: Pearson Education.
- Leeuwen, van, L., & Aarsen, van, R.J. (1994). Sociale incompetentie bij kinderen: Pleidooi voor een gedifferentieerd behandelaanbod. *Kind en Adolescent, 15*, 61-66.
- Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Seeley, J.R., & Rohde, P. (1994). Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 809-818.
- McCuire, E.B. & Nowicki, S. (2001). Associations between social anxiety and nonverbal processing skills. *Journal of Nonverbal Behavior, 25*, 3-19.
- Mezo, P.G. & Short, M.M. (2012). Construct Validity and Confirmatory Factor Analysis of the Self-Control and Self-Management Scale. *Canadian Journal of Behavioral Science, 44*, 1-8.
- Moore, D.S., McCabe, G.P., & Craig, B.A. (2009). *Introduction to the practice of statistics. Sixth edition*. New York, NY: W. H. Freeman and Company.
- Morin, A. (2011). Self-Awareness: Definition, Measures, Effects, Functions, and Antecedents. *Social and Personality Psychology, 10*, 807-823.
- Nilsen, W., Karevold, E., Røysamb, E., Gustavson, K., & Mathiesen, K.S. (2013). Social skills and depressive symptoms across adolescence: Social support as a mediator in girls versus boys. *Journal of Adolescence, 36*, 11–20.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J.S., & Seligman, M.E.P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: a 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 405-422.
- Nortje, C., Posthumus, P., & Möller, A.T. (2008). Comparison of integrated cognitive restructuring plus exposure with exposure alone in group treatment of generalised social anxiety disorder. *South African Journal of Psychology, 38* (4), 647-658.
- Nunnally, J.C. & Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric Theory, 3th Edition*. New-York: McGraw-Hill.
- Nutt, D.J., Ballenger, J.C., Sheehan, D., & Wittchen, H. (2002). Generalized anxiety disorder: comorbidity, comparative biology and treatment. *International Journal of Neuropsychopharmacology 5*, 315–325.

- Ohayon, M.M., & Schatzberg, A.F. (2010). Social phobia and depression: Prevalence and comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research*, *68*, 235–243.
- Ormel, J., VonKorff, M., Ustun, T.B., Pini, S., Korten, A., & Oldehinkel, T. (1994). Common mental disorders and disability across cultures: Results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *JAMA*, *272* (22), 1741-1748.
- Puig-Antich, J., Lukens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattrock, J., & Todak, G. (1985b). Psychosocial functioning in prepubertal depressive disorders. Interpersonal relationships after sustained recovery from affective episode. *Archives of General Psychiatry* *42*, 511-517.
- Reicher, H. (2010). Building inclusive education on social and emotional learning: challenges and perspectives – a review. *International Journal of Inclusive Education*, *14* (3), 213-246.
- Reinherz, H.Z., Giaconia, R.M., Palus, B., Silverman, A.B., Frost, A.K., & Lefkowitz, E.S. (1993). Psychosocial risks for major depression in late adolescence: a longitudinal community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *32*, 1155-1163.
- Rice, N.M., Grealy, M.A., Javaid, A. & Serrano R.M. (2011). Understanding the social interaction difficulties of women with unipolar depression. *Qualitative Health Research*, *21* (10), 1388–1399.
- Rodriguez, B.F., Bruce, S.E., Pagano, M.E., & Keller, M.B. (2005). Relationships among psychosocial functioning, diagnostic comorbidity, and the recurrence of generalized anxiety disorder, panic disorder, and major depression. *Anxiety Disorders*, *19*, 752–766.
- Rohde, P., Lewisohn, P.M., & Seeley, J.R. (1994). Are adolescents changed by an episode of major depression? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *33*, 1289-1298.
- Roy-Byrne, P.P, Craske, M.G., & Stein, M.B. (2006). Panic disorder. *Lancet*, *368*, 1023–1032.
- Sanford, M., Szatmari, P., Spinner, M., Munroe-Blum, H., Jamieson, E., Walsh, C., & Jones, D. (1995). Predicting the one-year course of adolescent major depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*, 1618-1628.

- Strober, M., Lampert, C., Schmidt, S., & Morrel, W. (1993). The course of major depressive disorder in adolescents: Recovery and risk of manic switching in a follow-up of psychotic and nonpsychotic subtypes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent*, 32, 34-42.
- Scholte, E.M., & van der Ploeg, J.D. (2007). *SEV Sociaal Emotionele Vragenlijst Handleiding*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Scholte, E.M., & van der Ploeg, J.D. (2013). *Handleiding Vragenlijst Psychosociale Vaardigheden (VPV)*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Strauss, C.C. (1987). Psychosocial impairment associated with anxiety in children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16 (3), 235-239.
- Taylor, C.B. (2006). Clinical review: Panic disorder. *BMJ* 332, 951-955.
- Trentacosta, C.J. & Fine, S.E. (2009). Emotion Knowledge, Social Competence, and Behavior Problems in Childhood and Adolescence: A Meta-analytic Review. *Social Development*, 19, 1-15.
- Trumpf, J., Margraf, J., Vriends, N., Meyer, A.H., & Becker, E.S. (2010). Specific phobia predicts psychopathology in young women. *Social Psychiatric Epidemiology*, 45, 1161–1166.
- Verhulst, F.C. (2002, 4^e druk). *Inleiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen, Nederland: Koninklijke Van Gorcum.
- Verhulst, F.C., & Verheij, F. (2009, 4^e druk). *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Onderzoek en diagnostiek*. Assen, Nederland: Koninklijke Van Gorcum.
- Wittchen, H.U., Carter, R.M., Pfister, H., Montgomery, S.A., & Kessler, R.C. (2000). Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology* 15, 319–328.
- Wittchen, H.U., Nelson, C.B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28 (01), 109 126.