



De mate waarin jeugdigen met ADHD en/of autisme over psychosociale vaardigheden beschikken.

R. Quak

1161660

Universiteit Leiden

Scriptiebegeleider: Prof. Dr. E. M. Scholte

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

Afdeling: Orthopedagogiek - Ontwikkelingsstoornissen

24-7-2013

Voorwoord

Voor u ligt een scriptie, welke het resultaat is van een onderzoek naar psychosociale vaardigheden bij jeugdigen met ontwikkelingsstoornissen. Een onderzoek binnen de Masteropleiding *'Education and Child Studies - Clinical Child and Adolescent Studies'* aan de Universiteit Leiden. In deze scriptie wordt de mate waarin jeugdigen met ADHD en/of autisme beschikken over psychosociale vaardigheden besproken.

De ontwikkelingsstoornissen ADHD en autisme zijn binnen het reguliere onderwijs veel voorkomende stoornissen. Als leerkracht heb ik ervaren dat onder andere kinderen met ADHD en/of autisme een gebrek hebben aan bepaalde psychosociale vaardigheden. Wanneer je als leerkracht weet aan welke psychosociale vaardigheden het ontbreekt, kun je deze leerlingen extra ondersteuning bieden bij deze vaardigheden.

Met behulp van dit onderzoek wil ik een bijdrage leveren aan het in kaart brengen van de mate waarin jeugdigen met ADHD en/of autisme beschikken over psychosociale vaardigheden, zodat onder andere leerkrachten, maar ook ouders en andere personen in de omgeving van de jeugdigen adviezen kunnen ontvangen ten aanzien van de begeleiding en omgang met deze jeugdigen.

Graag zou ik een aantal mensen willen bedanken. Mijn scriptiebegeleider wil ik bedanken voor zijn heldere feedback. De mensen in mijn directe omgeving wil ik bedanken voor de ruimte die me is gegeven om deze scriptie te schrijven en de steun die zij mij hebben geboden. Evenals mijn medestudenten, die mij weer wisten te motiveren als ik het even niet meer zag zitten.

Rosalie Quak

Spijkenisse, 22 juli 2013

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Inhoudsopgave	2
Samenvatting	4
Abstract	5
Inleiding	6
Theoretische oriëntatie	7
Psychosociale vaardigheden	8
ADHD.....	9
Autisme.....	10
Comorbiditeit.....	12
Verklarende theorieën.....	12
<i>ADHD</i>	12
<i>Autisme</i>	13
Eerdere bevindingen (reeds uitgevoerd onderzoek)	13
<i>Relationele vaardigheden</i>	13
<i>Affectieve vaardigheden</i>	14
<i>Zelfsturing</i>	14
<i>Zelfbewustzijn</i>	14
Opzet van het onderzoek	14
Onderzoeksvragen	14
Verwachtingen (hypothesen).....	15
Onderzoeksgroep	16
Onderzoeksinstrumenten	16
<i>Vragenlijst Psychosociale Vaardigheden (VPV)</i>	16
<i>Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV)</i>	17
Procedures (verwerving onderzoeksgroep/onderzoeksgegevens)	18
Statistische analyses (gegevensverwerking).....	18
Resultaten	19
Algemene kenmerken	19
Resultaten data-inspectie	21
Resultaten betrouwbaarheidsonderzoek	22
Resultaten data-analyse	23
<i>Relationele vaardigheden</i>	25

<i>Affectieve vaardigheden</i>	25
<i>Zelfsturing</i>	25
<i>Zelfbewustzijn</i>	26
<i>Leeftijd en sekse</i>	26
Conclusie, Discussie en Aanbevelingen.....	27
Systematische beantwoording van de onderzoeksvragen.....	28
1. <i>Is er een verschil in relationele vaardigheden tussen jeugdigen met ADHD en/of autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen?</i>	28
2. <i>Is er een verschil in affectieve vaardigheden van jeugdigen met ADHD en/of autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen?</i>	28
3. <i>Is er een verschil in de mate van zelfsturing bij jeugdigen met ADHD en/of autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen?</i>	28
4. <i>Is er een verschil in de mate van zelfbewustzijn bij jeugdigen met ADHD en/of autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen?</i>	29
5. <i>Hangen eventuele verschillen in psychosociale vaardigheden in bovengenoemde groepen samen met sekse en leeftijd van de jeugdigen?</i>	29
<i>In welke mate beschikken jeugdigen met ADHD en/of autisme over psychosociale vaardigheden? En wat is de rol van leeftijd en sekse hierbij?</i>	29
Vergelijking eigen resultaten met de literatuur	30
<i>Relationele vaardigheden</i>	30
<i>Affectieve vaardigheden</i>	30
<i>Zelfsturing</i>	30
<i>Zelfbewustzijn</i>	31
Beperkingen van het onderzoek	31
Implicaties voor de praktijk, aanbevelingen voor verder onderzoek.....	31
<i>Implicaties</i>	31
<i>Aanbevelingen</i>	32
Literatuur	33

Samenvatting

Het doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in de mate waarin jeugdigen met ADHD en/of autisme beschikken over psychosociale vaardigheden, zodat er actieve hulp kan worden geboden de ontbrekende vaardigheden te ontwikkelen. Een eventuele samenhang met sekse en leeftijd is eveneens onderzocht. In dit onderzoek wordt gekeken naar een viertal basale psychosociale vaardigheden, te weten: ‘relationele vaardigheden’, ‘affectieve vaardigheden’, ‘zelfsturing’ en ‘zelfbewustzijn’. Door middel van een vragenlijst onder ouders/verzorgers zijn gegevens verzameld van 408 jeugdigen in de leeftijd van vier tot en met achttien jaar. Met behulp van meervoudige variantieanalyses zijn de onderzoeksvragen beantwoord. Jeugdigen met ADHD en/of autisme beschikken over minder goed ontwikkelde psychosociale vaardigheden vergeleken met jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornis. Daarbij geldt dat jeugdigen met enkel ADHD en jeugdigen met enkel autisme over beter ontwikkelde vaardigheden beschikken dan jeugdigen met zowel ADHD als autisme. Tussen jeugdigen met ADHD en jeugdigen met autisme zaten geen noemenswaardige verschillen, maar meisjes beschikken over beter ontwikkelde psychosociale vaardigheden dan jongens. Met deze resultaten kunnen ouders, leerkrachten en hulpverleners jeugdigen met ADHD en/of autisme extra ondersteuning bieden op het gebied van de ontwikkeling van hun psychosociale vaardigheden. Op die manier kunnen jeugdigen met ADHD en/of autisme deze vaardigheden beter ontwikkelen, wat een grote bijdrage kan leveren aan hun functioneren en welbevinden.

Sleutelwoorden: psychosociale vaardigheden, jeugdigen, ADHD en autisme.

Abstract

The purpose of this study is to increase our understanding of the degree youngsters with ADHD and/or autism are able to use psychosocial skills, so as to offer active aid to teach these missing skills. A possible connection to gender and age was also investigated. In this study four basal psychosocial skills were investigated, namely: 'relational skills', 'affective skills', 'selfcontrol' and 'self-awareness'. By means of a questionnaire filled in by parents and guardians data was collected of 408 youngsters aged four to eighteen years old. The research questions have been answered by means of multiple variance analyses. Youngsters with ADHD and/or autism have less developed psychosocial skills compared to youngsters without a developmental disorder. In this case youngsters with only ADHD and youngsters with only autism have better social skills than youngsters with both ADHD and autism. Between youngsters with ADHD and youngsters with autism there were no noticeable differences, but girls have developed better psychosocial skills than boys. These results can be used by parents, teachers and social workers to offer extra support to youngsters with ADHD and/or autism with regard to the development of their psychosocial skills. This way youngsters with ADHD and/or autism can hopefully develop these skills in a better way, which could contribute to their performance and wellbeing.

Keywords: psychosocial skills, youngsters, ADHD and autism.

Inleiding

De ontwikkeling van de mens begint bij de conceptie en gaat het hele leven door. Deze ontwikkeling vindt niet alleen op lichamelijk gebied plaats, maar ook op cognitief, sociaal en emotioneel gebied. Meerdere onderzoekers hebben geprobeerd om de ontwikkelingen op laatstgenoemde gebieden, met name voor kinderen en jeugdigen, in kaart te brengen (Dösen, 2010). De eerste uitgebreide theorie van de cognitieve ontwikkeling komt van de Zwitserse ontwikkelingspsycholoog Jean Piaget (DeHart, Sroefe & Cooper, 2004; Wenar & Kerig, 2011). De meeste theorieën over de cognitieve ontwikkeling die daarna volgden, zijn gebaseerd op zijn theorie. De Weense Arts Sigmund Freud staat aan de basis van veel van de moderne ontwikkelingstheorieën die de sociale en emotionele ontwikkeling beschrijven en proberen te verklaren (DeHart et al., 2004; Wenar & Kerig, 2011).

De meeste theorieën over de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling, zijn normatieve modellen die de ontwikkeling van het gemiddelde, typische of ‘normale’ kind beschrijven. De daadwerkelijke ontwikkeling is echter voor ieder individu verschillend. Zo zijn er ook veel jeugdigen voor wie de ontwikkeling niet verloopt zoals deze volgens de norm zou moeten verlopen. Bij een deel van deze jeugdigen wordt ook een ontwikkelingsstoornis vastgesteld. In de afgelopen jaren is de belangstelling voor kinderen met ontwikkelingsstoornissen erg toegenomen. Het is steeds duidelijker geworden dat onder andere ontwikkelingsstoornissen als ADHD en/of autisme gepaard gaan met ernstige aanpassings- en leerproblemen op latere leeftijd (Scholte, 2008).

Voor de ontwikkelingsstoornis ADHD is het kenmerkend dat er stoornissen op drie gebieden zijn. Het betreft hier aandachtsproblemen, maar ook hyperactief en impulsief gedrag (Barkley, 2006; Barkley, DuPaul & McMurray, 1990; Buitelaar & Kooij, 2000; Gunning, 2006; Spetie & Arnold, 2007). Voor de ontwikkelingsstoornis autisme is het kenmerkend dat er eveneens op drie gebieden stoornissen zijn. Echter betreft het hier andere gebieden, te weten tekortkomingen in de sociale interactie, tekorten in communicatief gedrag en beperkingen in de verbeelding, uitmondend in star, rigide en/of stereotiep gedrag (Volkmar, Lord, Klin, Schultz & Cook, 2007; Minderaa, 2009).

Gezien het verhoogde risico op problemen met de ontwikkeling en aanpassing, is het niet verwonderlijk dat ADHD en autisme redenen kunnen zijn om jeugdigen op te nemen in het speciaal basis- en voortgezet onderwijs voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen en kindpsychiatrische problematiek (cluster IV onderwijs). Hier wordt geprobeerd om deze jeugdigen adequate begeleiding te bieden om op die manier het risico op stoornissen in de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling te beperken (Resing, Evers, Koomen, Pameijer

& Bleichrodt, 2006; Scholte, 2008). Echter om deze jeugdigen met sociaal-emotionele ontwikkelingsstoornissen goed te kunnen begeleiden, is het van belang te weten welke psychosociale vaardigheden bij deze jeugdigen precies ontbreken. Hierbij verwijst het begrip psychosociale vaardigheden naar de competenties om dagelijkse ontwikkelingstaken, welke leeftijdsgebonden zijn, thuis, op school en in de vrije tijd te kunnen vervullen (Slot en Spanjaard, 2009).

In dit onderzoek wordt gekeken naar een viertal basale psychosociale vaardigheden die jeugdigen in de kindertijd en tijdens de adolescentie dienen te ontwikkelen (DeHart et al., 2004). Dat betreft de vaardigheden: ‘*Relationele vaardigheden*’ of het vermogen relaties aan te kunnen gaan en te onderhouden; ‘*Affectieve vaardigheden*’ of het vermogen om gevoelens van anderen aan te voelen en te begrijpen; ‘*Zelfsturing*’ of het vermogen om richting te geven aan het leven en ‘*Zelfbewustzijn*’ of het vermogen tot handhaving van een evenwichtige identiteit. Er wordt verondersteld dat bij jeugdigen met de ontwikkelingsstoornissen ADHD en autisme de genoemde vier psychosociale vaardigheden in mindere mate tot ontwikkeling zijn gekomen dan bij hun leeftijdgenoten zonder ontwikkelingsstoornis.

Als algemene onderzoeksvraag is opgesteld: *In welke mate beschikken jeugdigen met ADHD en/of autisme over psychosociale vaardigheden? En wat is de rol van leeftijd en sekse hierbij?*

Deze vraag zal worden beantwoord door in een steekproef bij Nederlandse kinderen de mate te onderzoeken waarin jeugdigen met ADHD, jeugdigen met autisme en jeugdigen met beide stoornissen de beschikking hebben over adequate psychosociale vaardigheden op eerder genoemde vier gebieden. Omdat de ontwikkeling van psychosociale vaardigheden mede zal afhangen van de leeftijd en de sekse, zal tevens de rol van deze beide factoren hierbij bekeken worden.

Het doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in de mate waarin jeugdigen met ADHD en/of autisme beschikken over psychosociale vaardigheden, zodat er gericht hulp kan worden geboden om de ontbrekende vaardigheden bij deze jeugdigen bij te brengen.

Theoretische oriëntatie

In dit hoofdstuk worden de begrippen en concepten die centraal staan in het onderzoek kort behandeld. Te beginnen met het concept psychosociale vaardigheden, gevolgd door de ontwikkelingsstoornissen, ADHD en autisme, waarover in dit onderzoek wordt gesproken. Ook de oorzaak, diagnostiek en prevalentie van ADHD en autisme komen aan bod. Verder

wordt er gekeken naar eerder uitgevoerd onderzoek betreffende de in dit onderzoek onderzochte psychosociale vaardigheden in combinatie met ontwikkelingsstoornissen.

Psychosociale vaardigheden

Om succesvol te kunnen functioneren in de samenleving, dient men te beschikken over een aantal psychologische en sociale vaardigheden (Van der Ploeg & Scholte, 2013). Deze psychosociale vaardigheden kunnen worden onderverdeeld in een tweetal interpersoonlijke vaardigheden, te weten ‘relationele vaardigheden’ en ‘affectieve vaardigheden’, evenals in een tweetal intrapersoonlijke vaardigheden, te weten ‘zelfsturing’ en ‘zelfbewustzijn’.

Onder relationele vaardigheden wordt verstaan het vermogen om relaties aan te gaan en op te bouwen. Het gaat om aspecten als: leggen jeugdigen gemakkelijk contact, hebben ze vrienden, zorgen ze voor een goede verstandhouding en gaan ze soepel om met anderen? In de wijze waarop jeugdigen omgaan met hun leeftijdsgenoten en volwassenen wordt dit zichtbaar. Ook het vermogen om goed overweg te kunnen met verschillende soorten mensen valt onder relationele vaardigheden. Evenals het vermogen om duidelijk te communiceren, gedachten met anderen te kunnen delen en op een goede manier voor jezelf op kunnen komen bij conflicten (Van der Ploeg & Scholte, 2013).

De affectieve vaardigheden bestaan uit het vermogen gevoelens van anderen aan te voelen en deze gevoelens te begrijpen. Ook het vermogen om zich te verplaatsen in de situatie van een ander valt onder de affectieve vaardigheden, evenals het aanvoelen wat een ander beweegt. Dit houdt in dat jeugdigen in staat zijn rekening te houden met anderen en ze hun gedrag weten af te stemmen op de omstandigheden. Ook moeten jeugdigen weten wat wel en niet gezegd kan worden en proberen om iets op te steken van de aanwijzingen en de kritiek die ze eventueel krijgen van anderen (Van der Ploeg & Scholte, 2013).

De vaardigheid zelfsturing heeft betrekking op het vermogen controle te houden over en richting te geven aan het eigen leven. Jeugdigen zijn in staat om zich gemotiveerd op bepaalde doelen te blijven richten, ook na tegenvallende prestaties. Ook zijn ze in staat om hun vrije tijd zinvol te besteden. Ook het vermogen om op een evenwichtige en gelijkmatige wijze het eigen leven vorm te geven valt onder zelfsturing (Van der Ploeg & Scholte, 2013).

Met de vaardigheid zelfbewustzijn wordt bedoeld dat jeugdigen een stabiel zelfbewustzijn of een evenwichtige identiteit hebben ontwikkeld. Jeugdigen die zelfbewust zijn, zijn gelijkmatig en rustig in de omgang met anderen. Ze laten meningsverschillen niet snel uit de hand lopen en denken na voordat ze iets doen. Over het algemeen kunnen deze jeugdigen goed met volwassenen overweg, ze accepteren het gezag van volwassenen en

gedragen zich wellevend. Ook staan deze jeugdigen open voor commentaar en reageren ze kalm en rustig op kritiek (Van der Ploeg & Scholte, 2013).

ADHD

ADHD is de afkorting van *Attention Deficit Hyperactive Disorder*, of in het Nederlands *Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit*. Het is kenmerkend voor ADHD dat er sprake is van tekorten op drie gebieden, te weten de gebieden aandacht, hyperactiviteit en impulsiviteit (Barkley, 2006; Barkley et al., 1990; Buitelaar & Kooij, 2000; Gunning, 2009; Spetie & Arnold, 2007). Volgens de DSM-IV diagnostische criteria voor ADHD, moeten er ten minste zes symptomen van aandachtstekort en/of ten minste zes symptomen van hyperactiviteit/impulsiviteit aanwezig zijn. Dit voor een periode van ten minste zes maanden, in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau. Er moeten duidelijke aanwijzingen zijn van beperkingen in het functioneren en tevens dienen enkele symptomen die de beperkingen veroorzaken aanwezig te zijn voor het zevende levensjaar. Ook moeten enkele beperkingen uit de groep symptomen aanwezig zijn op twee of meer terreinen (thuis, school en/of werk). Tot slot mogen de problemen niet toe te schrijven zijn aan een andere psychische stoornis (APA, 1994;2000).

In de huidige DSM-IV worden drie subtypen van ADHD onderscheiden: een subtype met zowel aandachtstekort als hyperactiviteit-impulsiviteit, een subtype met overwegend aandachtstekort en een subtype met overwegend hyperactiviteit-impulsiviteit (APA, 1994; 2000). Tevens wordt er in de DSM-IV gesproken van een restcategorie, ADHD Niet Anderszins Omschreven, voor jeugdigen waarbij de symptomen niet zo ernstig zijn dat er wordt voldaan aan de criteria voor ADHD, maar bij wie er wel sprake is van ADHD-symptomen (Gunning, 2009). Aangezien naar deze restcategorie nog maar weinig onderzoek is gedaan, wordt deze in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Er is sprake van het gecombineerde type ADHD bij ongeveer twee derde van de gediagnosticeerde kinderen met ADHD. Bij circa een kwart van de gevallen is er sprake van het type met overwegend aandachtstekort en bij minder dan een tiende is er sprake van het type met overwegend hyperactiviteit-impulsiviteit. Dit geldt voor zowel jongens als meisjes (McBurnett, Pfiffner, Willcutt, Tamm, Lerner, Loebig Ottolini & Bender Furman, 1999). In dit onderzoek worden de drie subtypen samengenomen tot één categorie 'ADHD'.

In het algemeen wordt er in de internationale literatuur van uitgegaan dat de prevalentie van ADHD ligt op 3 tot 5 procent (Swanson, Sergeant, Taylor, Sonuga-Barke, Jensen & Cantwell, 1998). In Nederland wordt de prevalentie geschat tussen de 3 en 10

procent (Buitelaar & Kooij, 2000). Het lijkt erop dat de prevalentie bij adolescenten lager ligt, zo rond de 2 procent (Barkley, 2006; Buitelaar & Kooij, 2000). Echter is het volgens Barkley (2006) onzeker of er in de adolescentie ook daadwerkelijk minder ADHD voorkomt. Het is namelijk ook mogelijk dat de diagnostische criteria meer gericht zijn op jongere kinderen en minder geschikt zijn voor adolescenten. In de kinderleeftijd komt ADHD gemiddeld bij jongens drie tot vijf keer zo vaak voor als bij meisjes. In de loop van de adolescentie wordt dit verschil echter kleiner. Meisjes worden, als gevolg van het minder vaak vertonen van agressief gedrag, vaak pas later verwezen (Spetie & Arnold, 2007).

De diagnose ADHD wordt gesteld op basis van het zorgvuldig in kaart brengen van klinische kenmerken. Deze klinische kenmerken kunnen worden gerapporteerd door ouders, leerkrachten en/of het kind zelf, maar ook worden geconstateerd door waarneming van klinische onderzoekers. Vaak levert een observatie in een spreekkamer niet voldoende op, een observatie thuis of op school biedt vaak meer perspectief. Ook moeten de symptomen het functioneren op meerdere leefgebieden beperken (thuis, op school). Bovendien kunnen de symptomen in een nieuwe situatie soms gemakkelijk enige tijd worden onderdrukt. De meeste informatie is te verkrijgen uit het gedrag tijdens taakgerichte bezigheden, die een beroep doen op concentratie en zelfcontrole, welke vooral op school aan de orde komen. Het kunnen diagnosticeren vraagt kennis van en ervaring met normaal en afwijkend gedrag bij kinderen van verschillende leeftijden (Buitelaar & Kooij, 2006).

Autisme

De autistische stoornis valt binnen de pervasieve ontwikkelingsstoornissen (APA, 1994; 2000). Voor deze stoornis is het kenmerkend dat er, net als bij ADHD, op drie gebieden ontwikkelingsproblemen zijn. Echter betreft het hier andere gebieden, te weten tekortkomingen in de sociale interactie, tekorten in communicatief gedrag en beperkingen in de verbeelding, uitmondend in star, rigide en/of stereotiep gedrag (Volkmar et al., 2007; Minderaa, 2009). Volgens de DSM-IV diagnostische criteria voor de autistische stoornis, moeten er ten minste zes symptomen aanwezig zijn, waarvan minstens twee op het gebied van kwalitatieve beperkingen in de sociale interacties, minstens één op het gebied van kwalitatieve beperkingen in de communicatie en minstens één op het gebied van beperkte, zich herhalende stereotiepe patronen van gedrag, belangstelling en activiteiten. Verder is er een achterstand in of abnormaal functioneren op ten minste één van de volgende gebieden: de sociale interacties; taal zoals te gebruiken in sociale communicatie en/of symbolisch/fantasiespel, waarbij dit begint voor het derde levensjaar. Tot slot mogen de

problemen niet toe te schrijven zijn aan de stoornis van Rett of een desintegratiestoornis van de kinderleeftijd (APA, 1994;2000).

In de huidige DSM-IV wordt er binnen de pervasieve ontwikkelingsstoornissen niet alleen gesproken van een autistische stoornis, maar ook van een Stoornis van Rett, een Stoornis van Asperger, een Desintegratiestoornis van de kinderleeftijd en een Pervasieve Ontwikkelingsstoornis Niet Anderszins Omschreven (PDD-NOS) (APA, 1994;2000). In dit onderzoek zullen alle stoornissen waarbij symptomen van autistisch gedrag aanwezig zijn, worden meegenomen.

Het lijkt alsof er de laatste jaren een grote toename heeft plaats gevonden van het aantal jeugdigen met een stoornis in het autistisch spectrum. Zo wordt er in de DSM-IV gesproken van vijf per tienduizend jeugdigen (APA, 1994; 2000), maar blijkt uit recent onderzoek in Nederland dat dit aantal veel hoger ligt (Allison, Baron-Cohen, Brayne, Hoekstra, Matthews, Roelfsema & Wheelwright, 2012). In het onderzoek van Allison et al. (2012) wordt het aantal jeugdigen met een stoornis in het autistisch spectrum in Eindhoven geschat op 229 per tienduizend, in Haarlem op 84 per tienduizend en in Utrecht op 57 per tienduizend. Deze aantallen liggen stukken hoger dan de aantallen waar in de DSM-IV wordt gesproken, echter is het moeilijk om op basis van deze getallen het gemiddelde aantal van Nederland te noemen, daar de getallen erg ver uit elkaar liggen. Aangenomen wordt daarom dat het percentage gemiddeld ligt rond de 1% (Gezondheidsraad, 2009). Verder komt een stoornis in het autistisch spectrum drie tot vier keer vaker voor bij jongens dan bij meisjes (Klinger, Dawson & Renner, 2003).

Om een stoornis in het autistisch spectrum te kunnen diagnosticeren, dient er eerst een diagnostisch onderzoek plaats te vinden (Minderaa, 2009). Er zijn in de loop van de tijd diverse observatie- en scoringsinstrumenten ontwikkeld, zoals de CARS (Childhood Autism Rating Scale), de ABC (Autism Behavior Checklist), de VISK (Vragenlijst Inventarisatie Sociaal gedrag bij Kinderen) en de AUTI-R (Beoordelingsschaal ten behoeve van het onderkennen van vroegkinderlijk autisme). Deze scoringsinstrumenten kunnen gebruikt worden om te onderzoeken of er aanwijzingen zijn voor een stoornis in het autistisch spectrum (Minderaa, 2009). De ADOS-G (Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic) is een voorbeeld van een observatie-instrument wat kan worden gebruikt bij het vaststellen van een stoornis in het autistisch spectrum. Daarnaast kan er ook aan de ouders en andere verzorgers om aanvullende informatie worden gevraagd. Met behulp van bijvoorbeeld een ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) kan een gestandaardiseerd interview met ouders of verzorgers worden afgenomen (Minderaa, 2009). Met behulp van deze instrumenten

en de klinische blik van de onderzoeker kan er bepaald worden of er bij de jeugdige sprake is van een stoornis in het autistisch spectrum.

Comorbiditeit

Onder comorbiditeit wordt het fenomeen verstaan dat kinderen en jeugdigen niet één, maar meerdere diagnoses krijgen. Het komt zelfs vaker voor dat kinderen meerdere diagnoses krijgen, dan dat ze één diagnose krijgen (Wenar & Kerig, 2011). Voordat er meerdere diagnoses gesteld worden is het belangrijk dat het totaal aan symptomatologie vastgesteld en beschreven wordt. Daarvoor is het van belang om in eerste instantie breed te onderzoeken, alvorens toe te spitsen op die ene aanmeldingsklacht (Verhulst, 2009). Echter zal er ook goed gekeken worden of er niet ten onrechte sprake is van comorbiditeit.

De comorbiditeit van ADHD met autisme is tot op heden formeel uitgesloten geweest. Het is volgens de DSM-IV niet mogelijk om deze twee diagnoses tegelijkertijd te krijgen (APA, 1994;2000). Niettemin komt het in de praktijk wel regelmatig voor dat er bij hetzelfde kind genoeg symptomen aanwezig zijn om beide diagnoses te kunnen stellen. Zo had 55% van de jeugdigen met een diagnose autisme die meewerkten aan het onderzoek van Leyfer et al (2006) tevens kenmerken van ADHD. Bij 31% van deze jeugdigen waren ook nog voldoende kenmerken aanwezig om de diagnose ADHD te kunnen stellen. Van deze 31% leed twee derde aan het onoplettende type en 24% aan het gecombineerde type (Leyfer et al., 2006). Leyfer et al. (2006) rapporteren in hun onderzoek dat het percentage jeugdigen met ADHD bij jeugdigen met autisme gerapporteerd door andere onderzoekers varieert van 29% tot 73% (Ghaziuddin & Greden, 1998; Wozniak, Biederman, Faraone, Frazier, Kim, Millstein et al, 1997). Deze bevindingen suggereren dat ADHD symptomen veel voor komen bij jeugdigen met autisme, maar geen universeel verschijnsel zijn (Leyfer et al., 2006).

Verklarende theorieën

Om ADHD en autisme te verklaren zijn een aantal theorieën opgesteld. De belangrijkste daarvan zijn de volgende.

ADHD. Er zijn neurobiologische modellen die door middel van genetische invloeden ADHD proberen te verklaren, maar ook cognitieve theorieën, die meer door middel van de informatieverwerking ADHD proberen te verklaren (Tannock, 1998). Volgens Barkley (2006) worden erfelijkheid, het niet optimaal functioneren van bepaalde hersengebieden en opgelopen hersenletsel of een abnormale hersenontwikkeling gezien als oorzaken van ADHD. Echter geeft Yeschin (2000) aan dat er in de internationale wetenschap tot op dat moment nog geen overeenstemming is bereikt over de oorsprong van ADHD.

Het onderzoek naar de oorzaken van ADHD is echter nog steeds in volle gang en de hoeveelheid gegevens blijft groeien (Buitelaar & Paternotte, 2013). Een aantal zaken over de oorzaken van ADHD is met de tijd al duidelijk geworden:

- Er is in het algemeen sprake van een grote erfelijke factor;
- De omgeving speelt ook een belangrijke rol;
- Genen en/of omgeving leiden tot anders functionerende hersenen.

Autisme. Er is een drietal verklarende cognitieve theorieën voor de aanpassingsproblemen van jeugdigen met autisme. Deze drie theorieën zijn ‘Theory of Mind’, ‘Centrale coherentie theorie’ en ‘Executieve functies’ (Hill & Frith, 2003).

Jeugdigen met autisme kunnen een gebrekkige ‘Theory of Mind’ hebben. Dit houdt in dat jeugdigen slecht in staat zijn om gedachten van anderen te begrijpen en zichzelf in anderen te verplaatsen (Hill & Frith, 2003). Tegelijkertijd vinden ze het lastig om niet-geschreven taal of ironie te begrijpen. Het zich in een ander kunnen verplaatsen is echter een belangrijke vaardigheid om te kunnen communiceren. Bij kinderen zonder ontwikkelingsstoornis komt dit vermogen vanzelf tot ontwikkeling.

Jeugdigen met autisme hebben daarnaast vaak een zwakke centrale coherentie. Deze jeugdigen richten hun aandacht primair op details in plaats van op het geheel. Hierdoor ondervinden deze jeugdigen moeilijkheden met het concentreren op de kern van wat wordt gecommuniceerd (Hill & Frith, 2003). Jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornis geven doorgaans weinig aandacht aan deze details, maar kijken naar het geheel en vatten de kern van de boodschap goed op.

In de derde plaats zouden de aanpassingsproblemen van jongeren met autisme verklaard kunnen worden uit beperkingen in de executieve functies (Hill & Frith, 2003). Onder de term executieve functies vallen functies zoals herinneren, plannen, monitoren van acties en controle over impulsen. Als gevolg van beperkingen in deze functies vinden de jeugdigen met autisme het vaak moeilijk om nieuwe dingen te doen en hebben ze een grote behoefte aan routines en repeterende handelingen.

Eerdere bevindingen (reeds uitgevoerd onderzoek)

Hier volgt een korte beschrijving van eerdere bevindingen uit onderzoeken naar relationele vaardigheden, affectieve vaardigheden, zelfsturing en zelfbewustzijn in relatie tot ADHD en autisme.

Relationele vaardigheden. Jeugdigen met een gebrek aan relationele vaardigheden komen sneller in botsing met anderen. Dit kan leiden tot diverse problemen. Dit kunnen

problemen zijn van zowel geïnternaliseerde als geëxternaliseerde aard. Uiteindelijk kunnen deze problemen zelfs uitmonden in een schadelijk sociaal isolement (Fine, Trentacosta, Izard, Mostov & Campbell, 2004). Een gebrek aan relationele vaardigheden kan ook wijzen op een stoornis in de sociaal interactieve en communicatieve executieve functies, zoals bij een stoornis in het autistisch spectrum (Volkmar, Lord, Klin, Schultz & Cook (2007).

Affectieve vaardigheden. Er zijn aanwijzingen dat jeugdigen met een gebrek aan affectieve vaardigheden enerzijds depressieve gevoelens en angsten kunnen ontwikkelen, maar anderzijds ook ongecontroleerd gedrag kunnen vertonen. Kinderen met een gebrek aan affectieve vaardigheden hebben vaak moeite met het doorzien van sociale situaties en reageren vaak op een niet passende wijze. De negatieve reacties van andere jeugdigen die hierop volgen, kunnen hen nog angstiger maken (McCuire & Nowicki, 2001; Trentacosta & Fine, 2009). Een gebrek aan affectieve vaardigheden kan echter ook leiden tot ongecontroleerde boosheid en agressie (Schaffer, Clark & Leglic, 2009).

Zelfsturing. Een gebrek aan zelfsturing brengt met zich mee dat jeugdigen weinig controle hebben over gevoelens, gedachten en gedrag. Dit kan leiden tot onder andere depressies en angsten (Mezo & Short, 2011). Een gebrek aan zelfsturing kan echter ook wijzen op stoornissen in de executieve functies en functies die de impulsen reguleren, zoals bij ADHD (Spetie en Arnold, 2006).

Zelfbewustzijn. Jeugdigen met een tekort aan zelfbewustzijn nemen dikwijls de verkeerde beslissingen en denken niet altijd na. Ze hebben geen realistisch beeld van zichzelf en kunnen ook niet goed inschatten hoe anderen over hen denken. Dit kan leiden tot botsingen met anderen en soms zelfs sociale verwijdering en/of uitsluiting (Morin, 2011; Briere & Rockards, 2007). De kans op conflicten met officiële gezagsdragers, is verhoogd wanneer een gebrek aan zelfbewustzijn gepaard gaat met gedragsstoornissen (Wenar & Kerig, 2008).

Opzet van het onderzoek

In dit hoofdstuk zal de opzet van het onderzoek worden besproken. Er wordt begonnen met de opgestelde onderzoeksvragen, gevolgd door de bijbehorende verwachtingen. De onderzoeksgroep zal kort worden toegelicht, evenals de gebruikte onderzoeksinstrumenten. Tot slot zal de procedure van gegevensverzameling worden beschreven en de manier waarop de statistische analyses zullen worden uitgevoerd.

Onderzoeksvragen

De algemene onderzoeksvraag in dit onderzoek luidt:

In welke mate beschikken jeugdigen met ADHD en/of autisme over psychosociale vaardigheden? En wat is de rol van leeftijd en sekse hierbij?

De psychosociale vaardigheden worden in dit onderzoek onderverdeeld in de interpersoonlijke vaardigheden ‘relationele vaardigheden’ en ‘affectieve vaardigheden’ en de intrapersonlijke vaardigheden ‘zelfsturing’ en ‘zelfbewustzijn’. Om de algemene vraagstelling van het onderzoek te kunnen beantwoorden zijn op basis van deze indeling de volgende deelvragen opgesteld:

1. Is er een verschil in relationele vaardigheden tussen jeugdigen met ADHD en/of autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen?
2. Is er een verschil in affectieve vaardigheden van jeugdigen met ADHD en/of autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen?
3. Is er een verschil in de mate van zelfsturing bij jeugdigen met ADHD en/of autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen?
4. Is er een verschil in de mate van zelfbewustzijn bij jeugdigen met ADHD en/of autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen?
5. Hangen eventuele verschillen in psychosociale vaardigheden in bovengenoemde groepen samen met sekse en leeftijd van de jeugdigen?

Verwachtingen (hypothesen)

Op basis van het literatuuroverzicht kunnen bij de deelvragen de volgende verwachtingen worden geformuleerd:

1. Jeugdigen met alleen autisme en autisme in combinatie met ADHD hebben minder goed ontwikkelde relationele vaardigheden in vergelijking met jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornis en jeugdigen met enkel ADHD.
2. Jeugdigen met alleen autisme en autisme in combinatie met ADHD hebben minder goed ontwikkelde affectieve vaardigheden in vergelijking met jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornis en jeugdigen met enkel ADHD.
3. Jeugdigen met alleen ADHD en ADHD in combinatie met autisme hebben een minder goed ontwikkelde zelfsturing in vergelijking met jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornis en jeugdigen met enkel autisme.
4. Jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornis hebben een beter ontwikkeld zelfbewustzijn in vergelijking met jeugdigen met ADHD en/of autisme.
5. Met het toenemen van de leeftijd, verbeteren de psychosociale vaardigheden voor zowel jongens als meisjes met of zonder ontwikkelingsstoornis. Wat betreft sekse hebben jongens

(met en zonder ontwikkelingsstoornis) minder goed ontwikkelde psychosociale vaardigheden dan meisjes (met en zonder ontwikkelingsstoornis).

Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit jeugdigen in de leeftijd van vier tot en met achttien jaar waarvan zowel de gedragssymptomen van eventuele ontwikkelingsstoornissen, als de psychosociale vaardigheden zijn beoordeeld door hun ouders. Deze jeugdigen zijn afkomstig van reguliere basisscholen, middelbare scholen en scholen voor speciaal onderwijs, vanuit heel Nederland. Voor het onderzoek zijn er gegevens verzameld van 231 jongens en 177 meisjes. De gemiddelde leeftijd van de jeugdigen is 11.85 jaar.

Onderzoeksinstrumenten

Binnen dit onderzoek wordt er gewerkt met twee onderzoeksinstrumenten. De Vragenlijst Psychosociale Vaardigheden (VPV) en de Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV). De VPV is een experimentele vragenlijst, welke beoogt de psychosociale vaardigheden van jeugdigen van negen tot en met achttien jaar te meten en bestaat uit een versie die ingevuld kan worden door de jeugdige zelf en een versie die kan worden ingevuld door personen die de jeugdige goed kennen (Scholte & Van der Ploeg, 2013). De SEV is een gedragsbeoordelingslijst, waarmee kan worden bepaald in hoeverre jeugdigen van vier tot en met achttien jaar problemen vertonen in hun sociaal emotionele ontwikkeling en moet worden ingevuld door personen die de jeugdige goed kennen (Scholte & Van der Ploeg, 2005).

Tevens worden er een aantal demografische kenmerken aan de respondenten gevraagd. Onder andere leeftijd en sekse van de jeugdige, gezinssituatie, opleidingsniveau kostwinner, geboorteland moeder, het type onderwijs van de jeugdige (primair onderwijs, voortgezet onderwijs of speciaal onderwijs), de aanwezigheid van stoornissen en leerachterstand op het gebied van taal/talen en rekenen/wiskunde. De gebruikte onderzoeksinstrumenten zullen verder worden toegelicht.

Vragenlijst Psychosociale Vaardigheden (VPV). Om inzicht te krijgen in de psychosociale vaardigheden van jeugdigen van negen tot en met achttien jaar, wordt gebruik gemaakt van de Vragenlijst Psychosociale Vaardigheden - VPV. Het betreft een experimentele vragenlijst, waardoor er nog niets bekend is over de betrouwbaarheid en validiteit van dit instrument. Door middel van het berekenen van de Cronbach's Alpha, zal een eerste indruk worden verkregen van de interne betrouwbaarheid. Wanneer de inter-item-betrouwbaarheid boven .70 uitkomt, wordt deze als goed beschouwd (Cronbach, 1970). Dit

houdt in dat de item-paren die met elkaar worden vergeleken voor minstens 70% hetzelfde construct weergeven.

De psychosociale vaardigheden, gemeten door de VPV, zijn onderverdeeld in de interpersoonlijke vaardigheden ‘relationele vaardigheden’ en ‘affectieve vaardigheden’ en de intrapersoonlijke vaardigheden ‘zelfsturing’ en ‘zelfbewustzijn’ (Scholte & Van der Ploeg, 2013).

De VPV telt in totaal 36 stellingen op deze gebieden, verdeeld over negen stellingen per vaardigheid. Zowel de jeugdige als iemand die de jeugdige goed kent kan de lijst invullen. Er is keuze uit vijf antwoordmogelijkheden, variërend van (1) ‘helemaal niet mee eens’ tot (5) ‘helemaal mee eens’. Hogere scores zijn een indicatie voor het beschikken over adequatere vaardigheden. In dit onderzoek wordt de VPV van de ouders gebruikt om een indruk te krijgen van de psychosociale vaardigheden van de jeugdigen.

Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV). Om te bepalen in hoeverre jeugdigen van vier tot en met achttien jaar problemen vertonen in hun sociaal emotionele ontwikkeling, wordt gebruik gemaakt van de Sociaal Emotionele Vragenlijst - SEV. In de SEV worden vier specifieke vormen van sociaal emotionele problematiek onderscheiden, te weten: 1. aandacht tekort met hyperactiviteit (snel afgeleid, druk en ongeremd); 2. sociale gedragsproblematiek (opstandig gedrag, agressie en overtreden van regels); 3. angstig en stemmingsverstoord gedrag (piekeren, sociaal teruggetrokken zijn en somberheid) en 4. autistisch gedrag (discommunicatief en stereotiep gedrag) (Scholte & Van der Ploeg, 2005).

In totaal bevat de SEV 72 gerichte vragen over deze vier vormen van gedragsproblemen. Er is keuze uit vijf antwoordmogelijkheden van (0) ‘het gedrag komt niet of nauwelijks voor’ tot (4) ‘het gedrag komt zeer vaak of dagelijks voor’. De vragen zijn onder andere gebaseerd op de belangrijkste kernsymptomen van de DSM (APA, 1980, 1987, 1994), de ICD (WHO, 1991) en uit literatuur (Walker & Roberts, 2001; Rutter & Taylor, 2002; Sanders-Woudstra, Verhulst & De Witte, 2001).

De SEV wordt in dit onderzoek gebruikt om jeugdigen in te delen in jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen (geen klinische scores), jeugdigen met ADHD (klinische score op de schaal aandacht tekort met hyperactiviteit), jeugdigen met autisme (klinische score op de schaal autisme) en jeugdigen met ADHD en autisme (klinische score op zowel de schaal aandacht tekort met hyperactiviteit als de schaal autisme).

Uit onderzoek naar de betrouwbaarheid van de SEV blijkt dat de vier SEV-basisschalen zowel bij de moeders, vaders als leerkrachten in voldoende mate intern consistent zijn. Deze basisschalen zijn opgebouwd uit subschalen, welke eveneens voldoende

intern betrouwbaar zijn. Wat betreft de inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid, blijkt uit onderzoek dat zowel de beoordelingen van vaders en moeders met elkaar overeenkomen, evenals de beoordelingen van leerkrachten. Test-hertestonderzoek laat zien dat zowel de vragenlijsten ingevuld door de ouders als door de leerkrachten tamelijk stabiele gedragseigenschappen meten van kinderen over een periode van vier tot vijf weken. Hiermee voldoet de SEV aan de betrouwbaarheidseisen. Wat betreft de validiteit van de SEV is vastgesteld dat de validiteit van de hoofd- en subschalen van de SEV in voldoende mate wordt ondersteund (Scholte & Van der Ploeg, 2005).

Procedures (verwerving onderzoeksgroep/onderzoeksgegevens)

Een deel van de onderzoeksgroep is verkregen door random scholen uit alle provincies te benaderen met het verzoek om mee te willen werken aan het onderzoek. Aan de scholen werd gevraagd of ze via de leerlingen een brief wilden verspreiden, met daarin het verzoek aan ouders om deel te nemen aan het onderzoek naar psychosociale vaardigheden van jeugdigen. In de brieven aan de ouders stond een uitleg over het onderzoek en het verzoek om een vragenlijst in te vullen op de website www.onderzoekinleiden.nl met daarbij een inlogcode waarmee ze toegang kregen tot de vragenlijsten. De ouders van kind(eren) in de leeftijd tussen vier en achttien jaar werden gevraagd deel te nemen. In de brief stond verder dat deelname aan het onderzoek anoniem was, dat men de deelname op elk moment kon stoppen en dat alle gegevens anoniem verwerkt zouden worden. Er is voor gekozen om via de scholen de respondenten te werven, omdat er op deze vrij gemakkelijke manier veel ouders van jeugdigen benaderd kunnen worden.

Statistische analyses (gegevensverwerking)

Alle data wordt voorafgaand aan de data-analyse geïnspecteerd. De missende en extreme waarden worden geanalyseerd. De extreme waarden zullen niet worden verwijderd omdat het een exploratief onderzoek betreft dat deels gericht is op onderzoekssubjecten (kinderen) die afwijken van de norm.

De losse items van de VPV worden samengevoegd tot schalen. Binnen dit onderzoek zijn er vier schalen van belang. Te weten: ‘relationele vaardigheden’, ‘affectieve vaardigheden’, ‘zelfsturing’ en ‘zelfbewustzijn’. Een hogere score op een schaal is een indicatie voor het beschikken over betere vaardigheden.

De SEV zal in dit onderzoek worden gebruikt voor het vormen van vier onderzoeksgroepen. Te weten de groepen: ‘jeugdigen met ADHD’, ‘jeugdigen met autisme’, ‘jeugdigen met ADHD en autisme’ en ‘jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornis’. Een

jeugdige valt in de eerste onderzoeksgroep ‘jeugdigen met ADHD’, wanneer er een score van 12 of hoger wordt gehaald op de SEV-schaal aandachtstekort, een score van 24 of hoger op de SEV-schalen hyperactiviteit en impulsiviteit samen of een score van 36 of hoger op de SEV-schaal aandachtstekort met hyperactiviteit. Een jeugdige valt in de tweede onderzoeksgroep ‘jeugdigen met autisme’, wanneer er een score van 18 of hoger wordt gehaald op de SEV-schaal autistische gedrag. Een jeugdige valt in de derde onderzoeksgroep ‘jeugdigen met ADHD en autisme’ wanneer er wordt voldaan aan zowel de voorwaarden van de eerste onderzoeksgroep als de tweede onderzoeksgroep. Een jeugdige valt in de laatste onderzoeksgroep ‘jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornis’, wanneer er op geen van de SEV-schalen de klinische ondergrens wordt bereikt.

De onderzoeksvragen worden beantwoord door middel van een driewegsvariantieanalyse met hoofd- en interactie-effecten. De drie factoren die worden gebruikt zijn onderzoeksgroep (jeugdigen met ADHD, jeugdigen met autisme, jeugdigen met ADHD en autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornis), sekse (man, vrouw) en leeftijdscategorie (4-8 jaar, 9-11 jaar, 12-14 jaar, 15-18 jaar). De schalen van de VPV dienen als afhankelijke variabelen. Indien er significante hoofd- of interactie-effecten worden gevonden, wordt via een post-hoc toets onderzocht welke groepsgemiddelden van elkaar verschillen.

Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek worden besproken. Allereerst worden de algemene kenmerken van de onderzoeksgroep beschreven, gevolgd door de resultaten van de data-inspectie. Hierna volgen de resultaten van het betrouwbaarheidsonderzoek betreffende de gebruikte vragenlijsten. Tot slot komen de resultaten van de data-analyse aan bod.

Algemene kenmerken

Er hebben 408 ouders en verzorgers meegewerkt aan dit onderzoek. Het grootste gedeelte van de respondenten betrof biologische ouders (388; 95,1%). Verder hebben er ook pleeg/stiefouders (10; 2,5%), een (gezins)voogd (1; 0,2%) en pedagogisch medewerkers (2; 0,5%) meegewerkt aan het onderzoek. Daarnaast hebben zeven respondenten een andere relatie ten opzichte van het kind (1,7%). In totaal hebben 88 mannen (21,6%) en 320 vrouwen (78,4%) de vragen beantwoord over hun zoon of dochter. De respondenten komen vooral uit

West-Nederland (226; 55,4%) en Zuid-Nederland (160; 39,2%). De leeftijd van de ouders/verzorgers ligt tussen de 20 en 59 jaar ($M = 43.69$, $SD = 5.73$).

De vragen zijn ingevuld voor 231 jongens (56,6%) en 177 meisjes (43,4%). De leeftijd van de kinderen ligt tussen de 4 en 18 jaar ($M = 11.85$, $SD = 3.38$). Hierbij moet worden opgemerkt dat er van 52 kinderen geen leeftijd is ingevuld. Van de 408 kinderen volgen er 261 kinderen (64%) onderwijs op een reguliere basis-, voortgezet onderwijs- of hoger onderwijsschool. 80 kinderen (19,6%) volgen onderwijs op een school voor speciaal onderwijs of een clusterschool en 55 kinderen (13,5%) op een school voor speciaal basisonderwijs. Verder volgen er 6 kinderen (1,5%) LGF-onderwijs en 6 (1,5%) kinderen praktijkonderwijs. In de onderzoeksgroep zitten 261 kinderen zonder stoornis (64%), 63 kinderen met autisme (15,4%), 20 kinderen met ADHD (4,9%) en 51 kinderen met ADHD en autisme (12,5%).

In Tabel 1 worden de gemiddelde scores en standaarddeviaties van de gehele onderzoeksgroep weergegeven op de vier schalen van de VPV. In Tabel 2 worden de gemiddelde scores en standaarddeviaties weergegeven van de vier onderzoeksgroepen; kinderen zonder stoornis, kinderen met ADHD, kinderen met autisme en kinderen met ADHD en autisme op de vier schalen van de VPV.

De kinderen zonder stoornis scoren op alle schalen gemiddeld het hoogst. Op de schalen zelfsturing en zelfbewustzijn worden zij gevolgd door de kinderen met autisme. Op de schalen relationele vaardigheden en affectieve vaardigheden scoren kinderen met ADHD na de kinderen zonder stoornis het hoogst. Op alle schalen wordt er het laagst gescoord door de kinderen met ADHD en autisme.

Tabel 1.

Gemiddelden en standaardafwijkingen van de scores op de vier schalen van de VPV van de gehele onderzoeksgroep

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Relationele vaardigheden	408	32.25	7.85
Affectieve vaardigheden	405	31.32	7.43
Zelfsturing	389	32.26	6.75
Zelfbewustzijn	408	32.11	6.61
<i>Valide N</i>	388		

Tabel 2.

Aantallen, gemiddelden en standaardafwijkingen van de scores op de vier schalen van de VPV van kinderen zonder stoornis, kinderen met ADHD, kinderen met autisme en kinderen met ADHD en autisme.

	Kinderen zonder stoornis			Kinderen met ADHD		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Relationele vaardigheden	274	36.26	4.99	20	26.85	5.66
Affectieve vaardigheden	272	34.81	5.12	20	26.30	7.67
Zelfsturing	261	34.89	5.38	20	26.80	6.57
Zelfbewustzijn	274	34.99	4.76	20	25.10	7.55
<i>Valide N</i>	260			20		

	Kinderen met autisme			Kinderen met ADHD en autisme		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Relationele vaardigheden	63	25.00	5.97	51	21.72	5.47
Affectieve vaardigheden	62	25.69	5.48	51	21.51	5.57
Zelfsturing	59	29.59	5.51	49	24.10	5.12
Zelfbewustzijn	63	29.19	4.62	51	23.00	4.88
<i>Valide N</i>	59			49		

Resultaten data-inspectie

De data zijn door middel van een ‘missende waarde analyse’ onderzocht op missende waarden. Er zijn op drie van de zeven relevante variabelen voor dit onderzoek missende waarden gevonden, te weten de variabelen affectieve vaardigheden (3; 0,7%), zelfsturing (19; 4,7%) en leeftijd (52; 12,7%). Alleen de missende waarden bij de variabele leeftijd zouden gevolgen kunnen hebben voor de uitkomsten van dit onderzoek, maar aangezien de variabele leeftijd maar wordt gebruikt voor het beantwoorden van één deelvraag, is er voor gekozen om geen data te verwijderen.

Voor het uitvoeren van een meervoudige variantieanalyse om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is het van belang dat er wordt voldaan aan een aantal aannames. Zo moeten de afhankelijke variabelen normaal verdeeld en de varianties gelijk zijn. Tevens moet er sprake zijn van een onafhankelijke en aselekt getrokken steekproef (Field, 2005). Aan deze voorwaarde is voldoen, dus dat maakt dat de resultaten te generaliseren zullen zijn naar de Nederlandse populatie.

Om te onderzoeken of de afhankelijke variabelen normaal verdeeld zijn, is er gebruik gemaakt van histogrammen en Q-Q-plots. Op het oog lijken alle variabelen normaal verdeeld. Vervolgens is ook de scheefheid en de gepiektheid van deze variabelen bestudeerd. Alle

afhankelijke variabelen blijken negatief scheef te zijn verdeeld (zie Tabel 3). De gepiekttheid verschilt tussen de variabelen. De variabelen: relationele vaardigheden, affectieve vaardigheden en zelfsturing zijn vlakker verdeeld dan de variabele zelfbewustzijn. Omdat alle variabelen met een scheefheid van $\leq |1|$ als symmetrisch mogen worden beschouwd, wordt er vanuit gegaan dat de variabelen normaal verdeeld zijn. Tevens is de onderzoeksgroep redelijk groot, waardoor eventuele afwijkingen van normaliteit weinig invloed hebben op de testuitslagen (Moore, McCabe & Graig, 2009).

Tabel 3.

Scheefheid en Gepiekttheid van de vier schalen van de VPV.

	Scheefheid		Gepiekttheid	
	waarden	SE	waarden	SE
Relationele vaardigheden	-.594	.121	-.337	.241
Affectieve vaardigheden	-.600	.121	-.046	.242
Zelfsturing	-.379	.124	-.211	.247
Zelfbewustzijn	-.533	1.24	.110	.241

Uit Levene's test voor gelijkheid van varianties blijkt dat de varianties voor de variabelen affectieve vaardigheden, zelfsturing en zelfbewustzijn gelijk zijn. Bij de variabele relationele vaardigheden is dit niet het geval. Dat betekent dat de resultaten van de variantieanalyse bij deze schaal met voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden.

Resultaten betrouwbaarheidsonderzoek

De VPV is een experimentele vragenlijst, daarom is het van belang om de betrouwbaarheid te toetsen. Zo kan er na herhaalde metingen bepaald worden of de VPV een betrouwbaar en geschikt middel is om de psychosociale vaardigheden van jeugdigen in kaart te brengen. Om een indruk te krijgen van de betrouwbaarheid van de VPV, is door middel van Cronbach's Alpha de interne consistentie van de schalen berekend. De resultaten van dit betrouwbaarheidsonderzoek staan per schaal in Tabel 4. Wanneer de waarden boven 0.70 liggen, is er sprake van een goede betrouwbaarheid. Uit de resultaten blijkt dat de items voldoende samenhang vertonen, dat ze betrouwbare schalen vormen. Op basis van deze resultaten kan met de VPV op voldoende betrouwbare wijze het niveau van psychosociale vaardigheden bepaald worden.

Tabel 4.

Resultaten betrouwbaarheidsanalyse: Chronbach's Alpha per schaal.

Schaal	Cronbach's Alpha	Aantal items per schaal
Relationele vaardigheden	0.92	9
Affectieve vaardigheden	0.92	9
Zelfsturing	0.90	9
Zelfbewustzijn	0.90	9

Resultaten data-analyse

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is er een meervoudige variantieanalyse uitgevoerd op de vier schalen van de VPV. De afhankelijke variabelen zijn de schalen van de VPV: 'relationele vaardigheden', 'affectieve vaardigheden', 'zelfsturing' en 'zelfbewustzijn'. De gebruikte onafhankelijke variabelen zijn 'stoornisgroep', 'leeftijd' en 'seks'. De onafhankelijke variabele (onderzoeks-)groep bestaat uit de groepen 'jeugdigen zonder stoornis', 'jeugdigen met autisme', 'jeugdigen met ADHD' en 'jeugdigen met ADHD en autisme'. De onafhankelijke variabele leeftijd bestaat uit de leeftijdsgroepen 5-8 jaar, 9-11 jaar, 12-14 jaar en 15-18 jaar. De onafhankelijke variabele seks bestaat uit de groepen jongens en meisjes. De uitkomsten van deze meervoudige variantieanalyse staan in Tabel 5. De uitkomsten zullen per onderzoeksvraag worden besproken.

Tabel 5.

Resultaten van de variantieanalyses. 1 = relationele vaardigheden, 2 = affectieve vaardigheden, 3 = zelfsturing, 4 = zelfbewustzijn.

	Variatiebron	SS	df	MS	F	<i>p</i>	<i>partiële η²</i>
1	Groep	5276.600	3	1758.867	78.457	<.001	.428
	Leeftijd	108.253	3	36.084	1.610	.187	
	Sekse	6.255	1	6.255	0.279	.598	
	Groep*Leeftijd	318.666	9	35.407	1.579	.120	
	Groep*Sekse	191.603	3	63.868	2.849	.038	.026
	Leeftijd*Sekse	375.797	3	125.266	5.588	.001	.051
	Groep*Leeftijd*Sekse	256.013	6	42.669	1.903	.080	
	Error	7039.346	314	22.418			
	Totaal	385322.000	343				
2	Groep	3629.532	3	1209.844	45.010	<.001	.301
	Leeftijd	85.898	3	28.633	1.065	.364	
	Sekse	0.391	1	0.391	0.015	.904	
	Groep*Leeftijd	367.870	9	40.874	1.521	.139	
	Groep*Sekse	262.737	3	87.579	3.258	.022	.030
	Leeftijd*Sekse	258.769	3	86.256	3.209	.023	.030
	Groep*Leeftijd*Sekse	112.554	6	18.759	0.698	.652	
	Error	8440.111	314	26.879			
	Totaal	357987.000	343				
3	Groep	2444.939	3	814.980	29.124	<.001	.218
	Leeftijd	47.733	3	15.911	0.569	.636	
	Sekse	0.001	1	0.001	<0.001	.997	
	Groep*Leeftijd	88.562	9	9.840	0.352	.957	
	Groep*Sekse	228.491	3	76.164	2.722	.045	.025
	Leeftijd*Sekse	46.173	3	15.391	0.550	.648	
	Groep*Leeftijd*Sekse	89.303	6	14.884	0.532	.784	
	Error	8786.790	314	27.983			
	Totaal	375605.000	343				
4	Groep	2478.820	3	826.273	37.220	<.001	.262
	Leeftijd	137.133	3	45.711	2.059	.106	
	Sekse	3.307	1	3.307	0.149	.700	
	Groep*Leeftijd	191.611	9	21.290	0.959	.474	
	Groep*Sekse	448.588	3	149.529	6.736	<.001	.060
	Leeftijd*Sekse	31.630	3	10.543	0.475	.700	
	Groep*Leeftijd*Sekse	90.199	6	15.033	0.677	.668	
	Error	6970.631	314	22.199			
	Totaal	371075.000	343				

Relationele vaardigheden. De eerste onderzoeksvraag heeft betrekking op een verschil in relationele vaardigheden tussen jeugdigen met ADHD en/of autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen. Bij deze VPV-schaal is er een significant hoofdeffect gevonden op ‘Groep’, $F(3,314) = 78.457$, $p < .001$, partiële $\eta^2 = .428$ (groot effect). Er is een significant interactie-effect gevonden op ‘Groep*Sekse’, $F(3,314) = 2.849$, $p = .038$, partiële $\eta^2 = .026$ (klein effect) en er is een significant interactie-effect gevonden op ‘Leeftijd*Sekse’, $F(3,314) = 5.588$, $p = .001$, partiële $\eta^2 = .051$ (klein effect). Een Bonferroni post-hoc toets is uitgevoerd om na te gaan waar de verschillen precies liggen (zie Tabel 6). Daaruit blijkt dat jeugdigen zonder stoornis significant beter scoren op deze vaardigheid dan jeugdigen met ADHD en/of autisme. Binnen de groepen jeugdigen met stoornis, scoren de jeugdigen met ADHD of autisme significant hoger dan jeugdigen met ADHD en autisme. Tussen de groepen jeugdigen met ADHD en jeugdigen met autisme zit geen significant verschil. Wat betreft het interactie-effect ‘Groep*Sekse’ scoren meisjes zonder stoornis ($M=37.33$, $SD=4.46$) het hoogst en jongens met ADHD en autisme ($M=21.36$, $SD=5.34$) het laagst. Wat betreft het interactie-effect ‘Leeftijd*Sekse’ scoren meisjes van 12-14 jaar ($M=35.72$, $SD=6.04$) het hoogst en jongens van 9-11 jaar ($M=26.85$, $SD=8.10$) het laagst.

Affectieve vaardigheden. De tweede onderzoeksvraag betreft het nagaan van mogelijke verschillen in affectieve vaardigheden tussen jeugdigen met ADHD en/of autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen. Bij deze VPV-schaal is er een significant hoofdeffect gevonden op ‘Groep’, $F(3,314) = 45.010$, $p < .001$, partiële $\eta^2 = .301$ (groot effect). Er is een significant interactie-effect gevonden op ‘Groep*Sekse’, $F(3,314) = 3.258$, $p = .022$, partiële $\eta^2 = .030$ (klein effect) en er is een significant interactie-effect gevonden op ‘Leeftijd*Sekse’, $F(3,314) = 3.209$, $p = .023$, partiële $\eta^2 = .030$ (klein effect). Een Bonferroni post-hoc toets is uitgevoerd om na te gaan waar de verschillen precies liggen (zie Tabel 6). Daaruit blijkt dat jeugdigen zonder stoornis significant beter scoren op deze vaardigheid dan jeugdigen met ADHD en/of autisme. Binnen de groepen jeugdigen met stoornis, scoren de jeugdigen met ADHD of autisme significant hoger dan jeugdigen met ADHD en autisme. Tussen de groepen jeugdigen met ADHD en jeugdigen met autisme zit geen significant verschil. Wat betreft het interactie-effect ‘Groep*Sekse’ scoren meisjes zonder stoornis ($M=35.85$, $SD=5.27$) het hoogst en jongens met ADHD en autisme ($M=20.98$, $SD=5.61$) het laagst. Wat betreft het interactie-effect ‘Leeftijd*Sekse’ scoren meisjes van 12-14 jaar ($M=34.66$, $SD=6.49$) het hoogst en jongens van 9-11 jaar ($M=26.45$, $SD=7.41$) het laagst.

Zelfsturing. De derde onderzoeksvraag heeft betrekking op een verschil in zelfsturing tussen jeugdigen met ADHD en/of autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen. Bij

deze VPV-schaal is er een significant hoofdeffect gevonden op ‘Groep’, $F(3,314) = 29.124$, $p < .001$, partiële $\eta^2 = .218$ (groot effect) en er is een significant interactie-effect gevonden op ‘Groep*Sekse’, $F(3,314) = 2.722$, $p = .045$, partiële $\eta^2 = .025$ (klein effect). Een Bonferroni post-hoc toets is uitgevoerd om na te gaan waar de verschillen precies liggen (zie Tabel 6). Daaruit blijkt dat jeugdigen zonder stoornis significant beter scoren op deze vaardigheid dan jeugdigen met ADHD en/of autisme. Binnen de groepen jeugdigen met stoornis, scoren de jeugdigen met ADHD of autisme significant hoger dan jeugdigen met ADHD en autisme. Tussen de groepen jeugdigen met ADHD en jeugdigen met autisme zit geen significant verschil. Wat betreft het interactie-effect ‘Groep*Sekse’ scoren meisjes zonder stoornis ($M=36.57$, $SD=4.99$) het hoogst en meisjes met ADHD en autisme ($M=24.00$, $SD=3.16$) het laagst.

Zelfbewustzijn. De vierde onderzoeksvraag betreft het nagaan van mogelijke verschillen in zelfbewustzijn tussen jeugdigen met ADHD en/of autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen. Bij deze VPV-schaal is er een significant hoofdeffect gevonden op ‘Groep’, $F(3,314) = 37.220$, $p < .001$, partiële $\eta^2 = .262$ (groot effect) en er is een significant interactie-effect gevonden op ‘Groep*Sekse’, $F(3,314) = 6.736$, $p < .001$, partiële $\eta^2 = .060$ (medium effect). Een Bonferroni post-hoc toets is uitgevoerd om na te gaan waar de verschillen precies liggen (zie Tabel 6). Daaruit blijkt dat jeugdigen zonder stoornis significant beter scoren op deze vaardigheid dan jeugdigen met ADHD en/of autisme. Binnen de groepen jeugdigen met stoornis, scoren de jeugdigen met ADHD of autisme significant hoger dan jeugdigen met ADHD en autisme. Tussen de groepen jeugdigen met ADHD en jeugdigen met autisme zit geen significant verschil. Wat betreft het interactie-effect ‘Groep*Sekse’ scoren meisjes zonder stoornis ($M=35.83$, $SD=4.84$) het hoogst en jongens met ADHD en autisme ($M=22.34$, $SD=4.55$) het laagst.

Leeftijd en sekse. Tot slot is er de vijfde onderzoeksvraag welke betrekking heeft op de eventuele samenhang van verschillen in psychosociale vaardigheden bij jeugdigen met ADHD en/of autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen met sekse en leeftijd van de jeugdigen. Alleen voor relationele vaardigheden en affectieve vaardigheden zijn significante interactie-effecten gevonden voor Leeftijd*Sekse. Deze uitkomsten zijn beschreven bij de betreffende vaardigheden.

Tabel 6.

Resultaten Bonferroni toets voor de vier schalen van de VPV met als onafhankelijke variabele onderzoeksgroep.

		Relationele vaardigheden			Affectieve vaardigheden		
		MD	SE	<i>p</i>	MD	SE	<i>p</i>
zonder stoornis	autisme	10.6345	.75051	<.001	9.2665	.82180	<.001
	ADHD	8.7031	1.18951	<.001	7.2616	1.30260	<.001
	ADHD + autisme	14.3567	.77097	<.001	13.3387	.84420	<.001
autisme	zonder stoornis	-10.6345	.75051	<.001	-9.2665	.82180	<.001
	ADHD	-1.9314	1.33633	.896	-2.0049	1.46326	1.000
	ADHD + autisme	3.7222	.98246	.001	4.0722	1.07578	.001
ADHD	zonder stoornis	-8.7031	1.18951	<.001	-7.2616	1.30250	<.001
	autisme	1.9314	1.33633	.896	2.0049	1.46326	1.000
	ADHD + autisme	5.6536	1.34793	<.001	6.0771	1.47596	<.001
ADHD + autisme	zonder stoornis	-14.3567	.77097	<.001	-13.3387	.84420	<.001
	autisme	-3.7222	.98246	.001	-4.0722	1.07578	.001
	ADHD	-5.6536	1.34793	<.001	-6.0771	1.47598	<.001
		Zelfsturing			Zelfbewustzijn		
		MD	SE	<i>p</i>	MD	SE	<i>p</i>
zonder stoornis	autisme	5.1820	.83850	<.001	5.5110	.74684	<.001
	ADHD	8.3646	1.32898	<.001	7.9485	1.18369	<.001
	ADHD + autisme	10.6417	.86137	<.001	11.6152	.76720	<.001
autisme	zonder stoornis	-5.1820	.83850	<.001	-5.5110	.74684	<.001
	ADHD	3.1826	1.49301	.203	2.4375	1.32979	.406
	ADHD + autisme	5.4597	1.09765	<.001	6.1042	.97766	<.001
ADHD	zonder stoornis	-8.3646	1.32898	<.001	-7.9485	1.18369	<.001
	autisme	-3.1826	1.49301	.203	-2.4375	1.32979	.406
	ADHD + autisme	2.2771	1.50597	.789	3.6667	1.34133	.040
ADHD + autisme	zonder stoornis	-10.6417	.86137	<.001	-11.6152	.76720	<.001
	autisme	-5.4597	1.09765	<.001	-6.1042	.97766	<.001
	ADHD	-2.2771	1.50597	.789	-3.6667	1.34133	.040

Conclusie, Discussie en Aanbevelingen

Dit onderzoek heeft tot doel inzicht te krijgen in de mate waarin jeugdigen met ADHD en/of autisme beschikken over psychosociale vaardigheden en wat hierbij de rol is van leeftijd en sekse. In dit hoofdstuk zullen de onderzoeksvragen systematisch worden beantwoord, gevolgd door een vergelijking van de eigen resultaten met de literatuur. De beperkingen van

het onderzoek zullen worden besproken, evenals implicaties voor de praktijk en tot slot aanbevelingen voor verder onderzoek.

Systematische beantwoording van de onderzoeksvragen

Allereerst zullen de deelvragen worden beantwoord, vervolgens de algemene onderzoeksvraag. Tevens worden de resultaten vergeleken met de verwachtingen welke vooraf zijn gesteld.

1. Is er een verschil in relationele vaardigheden tussen jeugdigen met ADHD en/of autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen? Gekeken naar de onderzoeksresultaten kan er geconcludeerd worden dat er verschillen zijn in relationele vaardigheden tussen jeugdigen met ADHD en/of autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen. De hypothese kan deels worden bevestigd. Jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen beschikken over beter ontwikkelde relationele vaardigheden dan jeugdigen met ADHD en/of autisme. Echter van de jeugdigen met ADHD en/of autisme zijn de relationele vaardigheden van zowel jeugdigen met ADHD als jeugdigen met autisme beter ontwikkeld dan de vaardigheden van jeugdigen met ADHD en autisme. Er is geen verschil tussen jeugdigen met ADHD en jeugdigen met autisme op het gebied van de ontwikkeling van relationele vaardigheden.

2. Is er een verschil in affectieve vaardigheden van jeugdigen met ADHD en/of autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen? Gezien de onderzoeksresultaten kan er geconcludeerd worden dat er verschillen zijn in affectieve vaardigheden tussen jeugdigen met ADHD en/of autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen. De hypothese kan deels worden bevestigd. Jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen beschikken over beter ontwikkelde affectieve vaardigheden dan jeugdigen met ADHD en/of autisme. Echter van de jeugdigen met ADHD en/of autisme zijn de affectieve vaardigheden van zowel jeugdigen met ADHD als jeugdigen met autisme beter ontwikkeld dan de vaardigheden van jeugdigen met ADHD en autisme. Er is geen verschil tussen jeugdigen met ADHD en jeugdigen met autisme op het gebied van de ontwikkeling van affectieve vaardigheden.

3. Is er een verschil in de mate van zelfsturing bij jeugdigen met ADHD en/of autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen? Gekeken naar de onderzoeksresultaten kan er geconcludeerd worden dat er verschillen zijn in de mate van zelfsturing tussen jeugdigen met ADHD en/of autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen. De hypothese kan deels worden bevestigd. Bij jeugdigen zonder

ontwikkelingsstoornissen is de mate van zelfsturing beter ontwikkeld dan bij jeugdigen met ADHD en/of autisme. Echter van de jeugdigen met ADHD en/of autisme is de mate van zelfsturing bij zowel jeugdigen met ADHD als jeugdigen met autisme beter ontwikkeld dan de mate van zelfsturing bij jeugdigen met ADHD en autisme. Er is geen verschil tussen jeugdigen met ADHD en jeugdigen met autisme in de ontwikkeling van de mate van zelfsturing.

4. Is er een verschil in de mate van zelfbewustzijn bij jeugdigen met ADHD en/of autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen? Gezien de onderzoeksresultaten kan er geconcludeerd worden dat er verschillen zijn in de mate van zelfbewustzijn tussen jeugdigen met ADHD en/of autisme en jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen. De hypothese kan worden bevestigd. Bij jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen is de mate van zelfbewustzijn beter ontwikkeld dan bij jeugdigen met ADHD en/of autisme. Echter van de jeugdigen met ADHD en/of autisme is de mate van zelfbewustzijn bij zowel jeugdigen met ADHD als jeugdigen met autisme beter ontwikkeld dan de mate van zelfbewustzijn bij jeugdigen met ADHD en autisme. Er is geen verschil tussen jeugdigen met ADHD en jeugdigen met autisme in de ontwikkeling van de mate van zelfbewustzijn.

5. Hangen eventuele verschillen in psychosociale vaardigheden in bovengenoemde groepen samen met sekse en leeftijd van de jeugdigen? Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat meisjes beter ontwikkelde psychosociale vaardigheden hebben dan jongens. Met name meisjes zonder ontwikkelingsstoornissen. Zij behalen overal de beste score. Dit is conform de verwachting. Op de vaardigheid zelfsturing na, zijn jongens met ADHD en autisme het minst vaardig. Meisjes met ADHD en autisme beschikken over de minste zelfsturing.

Wat betreft leeftijd klopt de verwachting niet helemaal. Er blijkt uit de resultaten dat er verschillen zijn, op het gebied van leeftijd, voor relationele en affectieve vaardigheden. Het waren echter niet de oudste jeugdigen die het beste scoorden en ook niet de jongste jeugdigen die het minst scoorden. Meisjes van 12-14 jaar beschikken over de meeste relationele en affectieve vaardigheden en jongens van 9-11 over de minste. Voor de vaardigheden zelfsturing en zelfbewustzijn, zijn geen noemenswaardige verschillen gevonden op het gebied van leeftijd.

In welke mate beschikken jeugdigen met ADHD en/of autisme over psychosociale vaardigheden? En wat is de rol van leeftijd en sekse hierbij? Jeugdigen met ADHD en/of autisme beschikken over minder goed ontwikkelde psychosociale vaardigheden vergeleken met jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornis. Daarbij geldt voor alle onderzochte psychosociale vaardigheden dat jeugdigen met enkel ADHD en jeugdigen met enkel autisme

over betere vaardigheden beschikken dan jeugdigen met zowel ADHD als autisme. Tussen jeugdigen met ADHD en jeugdigen met autisme zaten geen noemenswaardige verschillen tussen de mate waarin zij beschikken over de onderzochte vaardigheden. Over het algemeen beschikken meisjes zonder ontwikkelingsstoornissen over de beste psychosociale vaardigheden. Jongens met zowel ADHD als autisme beschikken vaak over de minste vaardigheden. Een uitzondering hierop is de vaardigheid zelfsturing, daarbij zijn het de meisjes met ADHD en autisme die over de minste vaardigheid beschikken. Alleen voor de relationele en affectieve vaardigheden zijn verschillen gevonden met betrekking tot leeftijd. Voor beide vaardigheden geldt dat meisjes van 12-14 jaar over de beste vaardigheden beschikken en jongens van 9-11 jaar over de minste vaardigheden.

Vergelijking eigen resultaten met de literatuur

Hier volgt een korte beschrijving van eerdere bevindingen uit onderzoeken naar relationele vaardigheden, affectieve vaardigheden, zelfsturing en zelfbewustzijn in relatie tot ADHD en autisme, in vergelijking met de eigen resultaten.

Relationele vaardigheden. Jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen beschikken over beter ontwikkelde relationele vaardigheden dan jeugdigen met ADHD en/of autisme. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat jeugdigen met autisme worden gekenmerkt door tekorten in de relationele vaardigheden (Volkmar et al., 2007). De wijze waarop jeugdigen met autisme het contact aangaan is afwijkend (Lord & Magillvans, 1995) en zij tonen minder initiatief in het aangaan van sociale interactie. Jeugdigen met ADHD kunnen ook afwijkend sociaal gedrag laten zien. Zij kunnen in het contact met anderen meer opdringerig en agressief zijn (Minderaa, 2007). Hierdoor kan het contact met leeftijdsgenoten bemoeilijkt worden.

Affectieve vaardigheden. Jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen beschikken over beter ontwikkelde affectieve vaardigheden dan jeugdigen met ADHD en/of autisme. Uit eerder onderzoek blijkt dat jeugdigen met autisme over onvoldoende inlevingsvermogen beschikken, aangezien ze geen beschikking hebben over een 'Theory of Mind' (DeHart et al., 2004). Jeugdigen met ADHD zouden wel beschikken over inlevingsvermogen, maar in mindere mate dan jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornis (Minderaa, 2007). Jeugdigen met ADHD zijn meer opdringerig en agressief in het contact met anderen, onder andere door hun hyperactiviteit. Dit kan zich ook uiten in mindere affectieve vaardigheden (Minderaa, 2007).

Zelfsturing. Bij jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen is de mate van zelfsturing beter ontwikkeld dan bij jeugdigen met ADHD en/of autisme. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat jeugdigen met autisme tekorten laten zien op het gebied van zelfsturing. Ze

hebben veel sturing nodig bij de dagelijkse activiteiten (Muris & Vernaas, 1992). Ook bij jeugdigen met ADHD is de mate van zelfsturing onvoldoende ontwikkeld (Spetie & Arnold, 2006). Zij hebben onder andere moeite om impulsen te reguleren.

Zelfbewustzijn. Bij jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornissen is de mate van zelfbewustzijn beter ontwikkeld dan bij jeugdigen met ADHD en/of autisme. Uit eerder onderzoek blijkt dat jeugdigen met autisme moeite ervaren bij het verwoorden van gevoelens en gedachten, maar ook bij het kennen van zichzelf (Delfos & Gottmer, 2008). Ook bij jeugdigen met ADHD is er een onvoldoende ontwikkeling van het zelfbewustzijn (Spetie & Arnold, 2006).

Beperkingen van het onderzoek

Binnen dit onderzoek kunnen er een aantal factoren van invloed zijn geweest op de resultaten. De steekproef was niet gelijkmatig verdeeld over heel Nederland, wat maakt dat de resultaten beperkter te generaliseren zijn naar alle Nederlandse jeugdigen. Er is binnen de steekproef ook sprake van een groot aantal missende waarden op de variabele leeftijdscategorie. Hierdoor zijn niet alle jeugdigen meegegaan in de variantieanalyse. Bij de variabele relationele vaardigheden werd er niet voldaan aan de voorwaarde van gelijke variantie voor de variantieanalyse. Deze uitkomsten zullen dan ook met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Bij het onderverdelen van de respondenten in de verschillende ‘onderzoeksgroepen’ is gebruik gemaakt van de SEV. De SEV is echter geen diagnostisch middel waarmee een diagnose gesteld mag worden. Het is een diagnostisch hulpmiddel. Het is daarom niet zeker of de respondenten ook daadwerkelijk een diagnose hebben voor een betreffende stoornis, al vertonen ze voor ouders/verzorgers wel voldoende kenmerken van de betreffende stoornissen. Verder is de mate van beheersen over psychosociale vaardigheden gemeten met een experimentele vragenlijst. Uit onderzoek naar de interne betrouwbaarheid, kwamen wel hoge scores, maar de validiteit en betrouwbaarheid zijn nog niet officieel vastgesteld.

Implicaties voor de praktijk, aanbevelingen voor verder onderzoek

Hier zal worden besproken wat de uitkomsten van dit onderzoek betekenen voor de praktijk. Eveneens zullen er aanbevelingen worden gedaan voor vervolgonderzoek.

Implicaties. De uitkomsten van dit onderzoek betekenen voor de praktijk dat het van belang is om de verschillende psychosociale vaardigheden bij jeugdigen met ADHD en/of autisme in de gaten te blijven houden. Zowel jeugdigen met ADHD en autisme als jeugdigen met één van beide stoornissen hebben minder goed ontwikkelde psychosociale vaardigheden

dan jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornis. Echter de psychosociale vaardigheden bij jeugdigen met ADHD en autisme zijn beduidend minder goed ontwikkeld dan bij jeugdigen met enkel ADHD of alleen autisme. Met deze kennis kan aan ouders, leerkrachten en hulpverleners handvatten worden geboden bij de omgang met en begeleiding van de jeugdigen. Er is met name voor de jeugdigen met ADHD en autisme, maar ook voor de jeugdigen met alleen ADHD of enkel autisme extra ondersteuning nodig bij het aanleren van psychosociale vaardigheden. De ontwikkeling van deze vaardigheden verloopt bij deze jeugdigen niet zoals bij jeugdigen zonder ontwikkelingsstoornis. Met extra ondersteuning kunnen ook de jeugdigen met ADHD en/of autisme hun psychosociale vaardigheden beter ontwikkelen, wat een grote bijdrage kan leveren aan hun functioneren en welbevinden. Ook kunnen eventuele stagnaties in de ontwikkeling van psychosociale vaardigheden wellicht worden voorkomen.

Aanbevelingen. Voor een volgend onderzoek is het van belang om een steekproef te realiseren welke gelijkmatig verdeeld is over Nederland. Ook zal er op gelet moeten worden dat er zo min mogelijk missende waarden zijn bij de variabelen welke gebruikt gaan worden voor het onderzoek. Een volgend onderzoek kan een betrouwbaarder resultaat geven wanneer er gebruik gemaakt wordt van diagnoses bij kinderen, in plaats van scores op de SEV. In dat geval kunnen echt de kinderen met en zonder ontwikkelingsstoornis met elkaar worden vergeleken. Ook was het in dit onderzoek opvallend dat het niet de oudste jeugdigen zijn welke over de beste vaardigheden beschikken. Onderzoek naar wat hieraan ten grondslag ligt, is tevens gewenst.

Literatuur

- Allison, C., Baron-Cohen, S., Brayne, C., Hoekstra, R. A., Matthews, F. E., Roelfsema, M. T. & Wheelwright, S. (2012). Are autism spectrum conditions more prevalent in an information-technology region? A school-based study of three regions in de the Netherlands. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 42, 734-739.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3th Ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3th Ed. Rev.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994; 2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed.)*. Washington, DC: APA.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A., DuPaul, G. J. & McMurray, M. B. (1990). Comprehensive Evaluation of Attention Deficit Disorder With and Without Hyperactivity as Defined by Research Criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 775-789.
- Buitelaar, J. K. & Kooij, J. J. S. (2000). Aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD), achtergronden, diagnostiek en behandeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 144, 1716-23.
- Buitelaar, J. & Paternotte, A. (2013). *Dit is ADHD: alles over de kenmerken, diagnose, behandeling en aanpak thuis en op school*. Houten: Uitgeverij LannooCampus.
- Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of psychological testing (3th Ed.)*. New York: Harper & Row.
- DeHart, G. B., Sroufe, L. A., & Cooper, R. G. (2004). *Child development: its nature and course*. Boston: McGraw-Hill.
- Delfos, M. & Gottmer, M. (2008). *Leven met autisme*. Houten, Nederland : Bohn Stafleu van Loghum.
- Dösen, A. (2010). *Psychiatrische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. Londen: Sage.
- 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.

- Ghaziuddin, M., & Greden, J. (1998). Depression in children with autism/pervasive developmental disorders: a case-control family history study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, 111–115.
- Gunning, W. B. (2009). Aandachtstekort-/hyperactiviteitsstoornissen. In Verhulst, F. C. & Verheij, F. (Eds.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Onderzoek en diagnostiek* (367-379). Assen: Van Gorcum.
- Hill, E. L., & Frith, U. (2003). Understanding autism: insights from mind and brain. *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 358, 281-289.
- Klinger, L. G., Dawson, G. & Renner, P. (2003). Autistic disorder. In Mash, E. J. & Barkley, R. A. (red.), *Child Psychopathology* (409-454). New York: Guilford Press.
- Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., et al. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: Interview development and rates of disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 849–861.
- Lord, C. & Magillivans, J. (1995). Peer interactions of autistic-children and adolescents. *Development and psychopathology*, 7, 611-626.
- McBurnett, K., Pfiffner, L. J., Willcutt, E., Tamm, L., Lerner, M., Loebig Ottolini, Y., & Bender Furman, M. (1999). Experimental cross-validation of DSM-IV types of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 17-24.
- 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.
- Minderaa, R. (2007). Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) en problemen in het sociale functioneren. In Noens, I. & Van IJzendoorn, R., *Autisme in orthopedagogisch perspectief*. (46-59). Amsterdam: Boom Academic.
- Minderaa, R. B. (2009). Pervasieve ontwikkelingsstoornissen. In Verhulst, F. C. & Verheij, F. (Eds.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Onderzoek en diagnostiek* (278-295). Assen: Van Gorcum.
- Moore, D. S., McCabe, G. P. & Craig, B. A. (2009). *Introduction to the practice of statistics*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Morin, A. (2011). Self-Awareness: Definition, Measures, Effects, Functions, and Antecedents. *Social and Personality Psychology*, 10, 807-823.

- Muris, P. & Vernaas, A. (1992). De behandeling van een kind met een aan autisme verwante contactstoornis: een gevalbeschrijving. *Kind en adolescent*, 13, 72-76.
- Resing, W. C. M., Evers, A., Koomen, H. M. Y., Pameijer, N. K., & Bleichrodt, N. (2006). *Indicatiestelling speciaal onderwijs en leerlinggebonden financiering. Conditie en instrumentarium*. Amsterdam: Boom Test Uitgevers.
- Rutter, M., Taylor, E. (2002). *Child and adolescent psychiatry (4th Ed.)* Oxford/New York: Blackwell.
- Sanders-Woudstra, J. A. R., Verhulst, F. C., & de Witte, H. F. J. (2001). *Kinder- en jeugdpsychiatrie. Psychopathologie en behandeling*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Schaffer, M., Clark, S. & Jeglic E. L. (2009). The role of Empathy and Parenting Style in the Development of Antisocial Behaviors. *Crime & Delinquency*, 55, 596-599.
- Scholte, E. M. (2008). *Meervoudig Effectief. Een verhandeling over orthopedagogiek, jeugdzorg en speciaal onderwijs*. Leiden: Universiteit Leiden - oratie.
- Scholte, E. M. & Van der Ploeg, J. D. (2005). *Handleiding SEV: Sociaal Emotionele Vragenlijst*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Scholte, E. M. & Van der Ploeg, J. D. (2013). *Handleiding Vragenlijst Psychosociale Vaardigheden (VPV). Experimentele versie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Slot, N. W. & Spanjaard, H. J. M. (2009). Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Baarn: HB uitgevers.
- Spetie, L. & Arnold, E. L. (2007). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. In A. Martin & F. R. Volkmar (Eds.), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook*. (430-454). London: Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins.
- Swanson, J. M., Sergeant, J. A., Taylor, E., Sonuga-Barke, E. J. S., Jensen, P. S. & Cantwell, D. P. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *The Lancet*, 351, 429-433.
- Tannock, R. (1998). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 65-99.
- 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.
- Verhulst, F. C. (2009). Principes. In Verhulst, F. C. & Verheij, F. (Eds.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Onderzoek en diagnostiek* (22-82). Assen: Van Gorcum.

- Volkmar, F. R., Lord, C., Klin, A., Schultz, R., & Cook, E. H. (2007). Autism and the Pervasive Developmental Disorders. In A. Martin & F. R. Volkmar (Eds.), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook*. (384-400). London: Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins
- Walker, C. E. & Roberts, M. C. (2001). *Handbook of clinical child psychology*. New York; Wiley & Sons.
- Wenar, C. & Kerig, P. (2011). *Developmental Psychopathology: from infancy through adolescence*. New York: McGraw-Hill.
- World Health Organization (1991). *Multi-axial version of ICD-10 prepared for use clinicians dealing with child and adolescent psychiatric disorders*. Geneva: WHO.
- Wozniak, J., Biederman, J., Faraone, S. V., Frazier, J., Kim, J., Millstein, R., et al. (1997). Mania in children with pervasive developmental disorder revisited. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 36, 1552–1559.
- Yeschin, N. J. (2000). A new Understanding of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Alternate Concepts and Interventions. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 17, 3, 227-245.