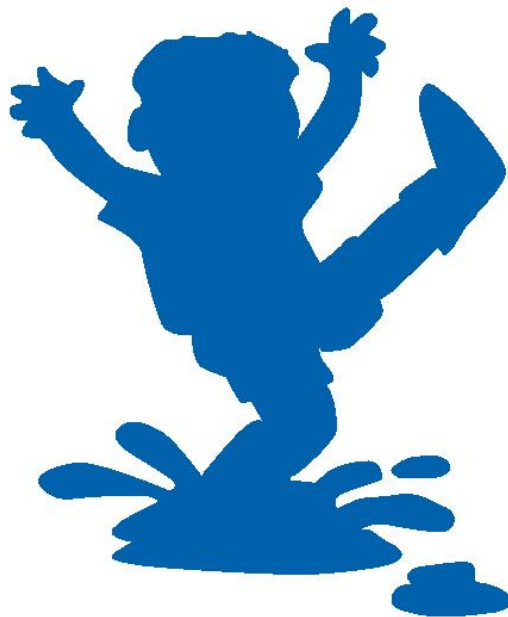


De klinische validiteit van de DB-DOS

De verschillen tussen kinderen met en zonder
gedragsproblemen



Juni 2009

Universiteit Utrecht - Masterthesis

P.F. Limperg – 0415162

Werkveld Jeugdzorg

Begeleid door dhr. prof. dr. W. Matthys

Voorwoord

Na negen maanden onderzoek is mijn masterthesis af. Het was voor mij een erg leerzame periode, waarin ik voor het eerst mocht meemaken hoe het is om zelfstandig een compleet onderzoek uit te voeren. Na een uitgebreid literatuuronderzoek, maanden van training voor het betrouwbaar worden op het beoordelen van de DB-DOS en maanden van dataverzameling waren de analyses verrassend snel gedaan. Voor de totstandkoming van de thesis wil ik graag een aantal personen bedanken. In het bijzonder wil ik graag dhr. prof. dr. W. Matthys bedanken voor de begeleiding en feedback tijdens het schrijven van de thesis. Ook wil ik graag mw. drs. K. Schoemaker bedanken voor haar interesse in de thesis en haar inzet als tweede corrector. Daarnaast wil ik graag mw. drs. S. Laschen bedanken voor de DB-DOS training, het actief meedenken over de invulling van het onderzoek, de adviezen die ik mocht ontvangen en de antwoorden op de vele vragen.

Perrine Limperg

Juni 2009



Abstract

Objective: To compare three different groups of children with disruptive behavioral problems to a control group, on one module of the DB-DOS, a new observational method for assessing preschool disruptive behavior. The DB-DOS assesses observed disruptive behavior in three domains, problems in Anger Modulation, Behavioral Regulation and Competence across one context, Examiner Engaged.

Method: A total of 114 coded DB-DOS sessions formed the sample. Four groups have been composed based on their diagnosis; a group of children with ODD or CD (called DBD), a group with DBD + ADHD, a group with ADHD and a control group. Group differences were tested using analyses of variance and post hoc tests.

Results: There was an effect of group on all domains. Post hoc analyses revealed that the DBD + ADHD group scored significantly higher on both problem behavior domains than the control group. Further, the DBD group scored significantly lower on the competence domain than the control group.

Conclusions: According to expectation the DBD + ADHD group showed more behavioral problems than the control group. However, the DBD group did not. Besides, according to expectation the DBD group scored lower on competence. We conclude that these results partially support the clinical validity of the DB-DOS. We expect that the clinical validity will increase when data on the other two contexts of the DB-DOS will be added.



Inleiding

De meest voorkomende reden voor jonge kinderen om doorverwezen te worden naar psychiatrische klinieken zijn disruptieve gedragsproblemen. Kinderen in de kleuterleeftijd (van 3 tot 6 jaar) kunnen verstorende gedragingen laten zien die resulteren in een beperking in het functioneren als gevolg van gedrags- en emotionele problemen (Keenan & Wakschlag, 2002). In dit artikel wordt een onderscheid gemaakt in een aantal gedragsproblemen bij kinderen in de kleuterleeftijd, de disruptieve gedragsproblemen. Onder disruptieve gedragsproblemen worden de Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (vanaf nu ODD; *Oppositional Defiant Disorder*) en de Antisociale Gedragsstoornis (vanaf nu CD; *Conduct Disorder*) verstaan, welke beiden een negativistisch interactiepatroon bevatten. Daarnaast zal in dit artikel tevens Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit worden betrokken (vanaf nu ADHD; *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*), welke problemen in de modulatie van aandacht en activiteit bevat (Wakschlag, Leventhal, Thomas & Pine, 2007a; American Psychiatric Association, 2007). Het is echter moeilijk om op jonge leeftijd onderscheid te maken tussen gedragsproblemen binnen de normaliteit en binnen de psychopathologie, voornamelijk omdat gedragsproblemen vaak geassocieerd worden met veranderingen in de ontwikkeling. Dit onderscheid is in het begin van de kleutertijd dan ook moeilijker te maken dan op latere leeftijd.

ODD wordt gekenmerkt door een patroon van negativistisch, vijandig en openlijk ongehoorzaam gedrag. Symptomen bevatten onder andere opstandig en ruziezoekend gedrag, snel prikkelbaar zijn en driftig worden (Keenan & Wakschlag, 2002; American Psychiatric Association, 2007). Probleemgedrag wordt beschouwd als behorend bij een psychiatrische stoornis wanneer de duur (ten minste zes maanden), de intensiteit (vier of meer symptomen) de uitgebreidheid en de doordringendheid (het gedrag komt in meerdere situaties voor en veroorzaakt in significante mate beperkingen in het functioneren) van het gedrag aan de criteria voldoen (Keenan & Wakschlag, 2002; American Psychiatric Association, 2007).

Het belangrijkste kenmerk van CD is een hardnekkig patroon van het schenden van regels en rechten van anderen, door middel van agressiviteit, leugens en destructiviteit (American Psychiatric Association, 2007). Het kind moet zich hier wel van bewust zijn.



Echter, een aantal gedragingen dat CD kenmerkt zijn veelvoorkomend bij kinderen tijdens deze periode. Agressie is bijvoorbeeld een relatief gewone reactie op frustratie. Ook zijn de meeste kleuters dan in staat om het concept van regels en het controleren van het gedrag te begrijpen (Keenan & Wakschlag, 2002).

Tenslotte wordt in dit artikel ook ADHD betrokken. ADHD is een van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen bij kinderen. ADHD wordt gekenmerkt door symptomen van onoplettendheid en/of hyperactiviteit en impulsiviteit. Er bestaan drie typen ADHD: type onoplettendheid (I), type hyperactiviteit-impulsiviteit (II) en het gecombineerde type (III). Een van de diagnostische criteria van ADHD is dat de symptomen vóór het zevende levensjaar aanwezig moeten zijn, gedurende ten minste zes maanden. Vooralsnog bestaan er in de klinische praktijk weinig onderzoeksmethoden voor kinderen jonger dan zeven jaar, hoewel uit longitudinaal onderzoek is gebleken dat stoornissen voor deze leeftijd beginnen (Carter, Briggs-Gowan & Davis, 2004). Voor de doeltreffendheid van behandeling is het echter van belang dat symptomen van deze stoornis vroeg geïdentificeerd worden. Een van de problemen bij het bepalen van de klinische significantie van probleemgedrag in jonge kinderen is dat een groot deel van het gedrag normatieve, leeftijdgerelateerde gedragingen zijn in deze periode (Smidts & Oosterlaan, 2007). Het is daarom belangrijk om methoden te ontwikkelen die ontwikkelingsafhankelijk zijn zodat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen klinisch en normatief probleemgedrag.

Wanneer het gaat om kleuters zijn er een aantal bezwaren tegen het diagnosticeren van kinderen in deze leeftijdscategorie. Ten eerste zijn er twijfels of klinisch probleemgedrag in beginsel betrouwbaar kan worden vastgesteld tijdens deze periode (Wakschlag & Danis, 2004). Sommige onderzoekers zijn van mening dat oppositionele en agressieve gedragingen van kleuters niet als abnormaal bestempeld zouden moeten worden, omdat dit vaak slechts problemen van voorbijgaande aard zijn in de ontwikkeling. Het merendeel van de kleuters laat vroeg of laat een vorm van agressie en ongehoorzaamheid zien, maar leert dit gedrag later te beheersen (Keenan & Wakschlag, 2002). Er is echter geen bewijs dat symptomen en syndromen van kleuters minder stabiel zijn dan de symptomen van oudere kinderen (Angold, Link Egger & Carter, 2007; Carter et al., 2004). Ook is bewezen dat externaliserende- en



internaliserende problematiek stabiel is en tevens vaak een voorspeller is voor negatieve uitkomsten later (Angold & Link Egger, 2004; Carter et al., 2004). Doordat er een overlap bestaat tussen abnormaal en normaal gedrag, is de grens hiertussen moeilijk te onderscheiden tijdens de kindertijd. Tevens is er het gevaar dat kinderen met milde gedragsproblemen onterecht een psychiatrische diagnose wordt toegekend, hoewel vroege identificatie van gedragsproblemen juist gunstig kan zijn (Wakschlag & Danis, 2008). Aldus twijfelt men aan de validiteit van het onderscheiden van gedrag als symptoom gedurende een ontwikkelingsperiode die gekenmerkt wordt door instabiliteit en variëteit (Wakschlag et al., 2007a). Angold en Link Egger (2007) stellen echter dat het zelfs mogelijk is de psychopathologie van kinderen vanaf twee jaar vast te stellen en dat er geen methodologische reden is om jonge kinderen uit te sluiten van onderzoek naar psychiatrische stoornissen.

Door middel van diagnostische observatie kan subtieler onderscheid gemaakt worden tussen de grenzen van onaangepast gedrag dat binnen de norm valt en onaangepast gedrag dat afwijkend is (klinisch); bij dit laatste spreken we van disruptieve symptomen of disruptief gedrag. Het gebruik van observaties is geschikt voor het vaststellen van klinisch gedrag bij kleuters. Observaties verstrekken informatie welke het kind zelf niet kan geven. Tevens bieden ze ondersteuning voor het onderkennen van onaangepast gedrag en schetsen ze kenmerken die typisch gedrag onderscheiden van abnormaal gedrag. Ten slotte zijn observaties nuttig omdat ze een direct beeld laten zien van de kenmerken van het gedrag in een context. Om deze reden is de Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule ontwikkeld (DB-DOS, Wakschlag et al., 2007b). Dit is een semigestructureerde diagnostische gedragsobservatie die dient als directe onderzoeksmethode van het kind in de klinische praktijk voor het onderscheiden van normatief gedrag van klinisch significant probleemgedrag in jonge kinderen van drie tot zes jaar oud. Om stoornissen van jonge kinderen met toenemende specificiteit te kunnen beschrijven ontstond de behoefte aan een gestandaardiseerde gedragsobservatie. De DB-DOS is specifiek ontworpen om relatief kort te zijn (50 minuten) voor de uitvoerbaarheid van klinisch onderzoek (Wakschlag et al., 2005; Wakschlag et al., 2007b).

Het doel van de DB-DOS is om een gestructureerde context te bieden om disruptieve



gedragsstoornissen van jonge kinderen vast te stellen. De taken zijn ontworpen om de capaciteiten van het kind te onderzoeken om het gedrag te reguleren, met en zonder structuur, met de ouder en met de onderzoeker, en tijdens uitdagende en plezierige activiteiten. Bij elke activiteit wordt gebruik gemaakt van ‘druk’ om dimensies van gedrag te ontlocken die de kern vormen van disruptief gedrag van kleuters. Kerndomeinen waar de nadruk op ligt zijn problemen in de gedragsregulatie (een weigerende en inflexibele stijl als reactie op de omgeving en het negeren van regels), problemen in het moduleren van boosheid (geïrriteerdheid en het niet kunnen controleren van woede) en competentie (sociale competenties en assertiviteit). Dit gedrag wordt vastgesteld in drie contexten. De eerste context bevat de actieve aanwezigheid van de onderzoeker met het kind, waarbij de onderzoeker samen met het kind een aantal taken doet. Het doel van deze context is om het gedrag van het kind te ontlocken met een responsieve onderzoeker. De tweede context is ontworpen om het kind onafhankelijk te laten werken met de onderzoeker in de kamer, met minimale ondersteuning. Het verschil tussen deze twee modules is de mate waarin de onderzoeker het kind ondersteunt in het uitvoeren van de taken, dit betekent in de tweede module het zelfstandig uitvoeren van taken door het kind en in de eerste module het uitvoeren van taken met steun van de onderzoeker. De derde context bekijkt het kind in interactie met de ouder, waarbij een standaard context ontstaat waarin het gedrag van de ouder en het kind bekeken kan worden (Wakschlag et al., 2005; Wakschlag et al., 2007b).

Om gebruik te kunnen maken van deze observatiemethode in dit onderzoek is allereerst de betrouwbaarheid en de validiteit van de DB-DOS onderzocht op de kerndomeinen ‘problemen in de gedragsregulatie’ en ‘problemen in het moduleren van boosheid’ (Wakschlag et al., 2008b; Wakschlag et al., 2008a). De betrouwbaarheid van de DB-DOS is vastgesteld door middel van een test-hertest en inter-beoordelaar betrouwbaarheid op twee steekproeven. De test-hertest betrouwbaarheid is vastgesteld op basis van een steekproef van 29 kleuters en moeders; met een range van betrouwbaarheid van 0.61 tot 0.85. De tweede steekproef bestond uit 336 moeders en kinderen, hieruit kwam een goede interne consistentie naar voren (met een gemiddelde van 0.88). Dit wil zeggen dat de onderzoekers menen dat de DB-DOS een betrouwbare methode is om onaangepast gedrag dat afwijkend is



in kleuters vast te stellen (Wakschlag et al., 2008a). Tevens is het van belang de validiteit van de methode te onderzoeken. Met de validiteit wordt bedoeld of gemeten wordt wat beoogd is te meten. Op basis van een steekproef van 327 kinderen is de validiteit van de DB-DOS getest door de resultaten van diagnostische ouderinterviews, vragenlijsten van leerkrachten en geobserveerd gedrag met elkaar te vergelijken. Scores van de DB-DOS droegen bij aan het onderscheiden van disruptief gedrag. Om de klinische validiteit van de DB-DOS te testen is gebruik gemaakt van een hertest van de DB-DOS één jaar na de eerste afname. Hiermee is de criteriumvaliditeit getest, waarmee vastgesteld wordt of de DB-DOS onderscheid maakt tussen kleuters met en zonder gedragsstoornissen. Uit deze analyse is gebleken dat kinderen die problemen vertonen in gedragsregulatie en in het moduleren van boosheid een drie tot zes maal zo grote kans hebben om één jaar later en op de lange termijn een disruptieve gedragsstoornis te vertonen. Ook is de predictieve validiteit onderzocht, om problemen in de toekomst te kunnen voorspellen. Hieruit kwam naar voren dat kinderen die problemen vertoonden in de gedragsregulatie een twee tot vier maal zo grote kans lopen om op de lange termijn gedragsstoornissen te ontwikkelen. De onderzoekers menen dat de DB-DOS unieke informatie verschaft en goed bruikbaar is om gedragsstoornissen in de toekomst te kunnen voorspellen. Op basis hiervan is de DB-DOS is valide bevonden als methode voor het vaststellen van disruptief onaangepast gedrag bij kleuters (Wakschlag et al., 2008b).

Dit onderzoek vormt een onderdeel van een groter onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van de DB-DOS. Het richt zich op één aspect van de validiteit van de DB-DOS, namelijk de tweede module waarbij de onderzoeker actief aanwezig is bij het kind. De verschillen zijn onderzocht op alle drie de kerndomeinen van de DB-DOS: ‘moduleren van boosheid’, ‘gedragsregulatie’ en ‘competentie’. Onderzocht is in welk opzicht de kinderen met verschillende typen gedragsproblemen verschillen op deze domeinen van de DB-DOS en hoe dit zich verhoudt tot kinderen zonder gedragsproblemen. Door het gedrag van het kind in deze context te observeren en te scoren is het gedrag meetbaar gemaakt. Diagnosen zijn gesteld op grond van consensus tussen een kinderpsychiater, een orthopedagoog en een orthopedagoog in opleiding. De klinische groep is opgedeeld in drie groepen: een groep kinderen met gedragsstoornissen (ook te noemen DBD, dit zijn kinderen met ODD of CD), een groep



kinderen met zowel ODD of CD als ADHD (te noemen DBD + ADHD), en een laatste groep kinderen met ADHD (ongeacht het type). Tevens is er een controlegroep geworven van zich normaal ontwikkelende kinderen.

De DB-DOS is ontwikkeld om disruptieve gedragsstoornissen van jonge kinderen vast te stellen. De verwachting van dit onderzoek was aldus dat de kinderen met DBD en DBD + ADHD significant verschilden van de controlegroep. Verwacht werd dat uit de DB-DOS zou blijken dat deze kinderen meer moeite hadden met het moduleren van hun woede en het reguleren van het gedrag dan kinderen zonder gedragsproblemen. Daarnaast werd verwacht dat de co-morbide groep meer probleemgedrag vertoonde dan de DBD-groep. Volgens Loeber et al. (2000) laten kinderen met co-morbide gedragsproblemen meer probleemgedrag zien dan kinderen met alleen ADHD of CD. Verwacht werd dat de ADHD-groep meer probleemgedrag liet zien dan de controlegroep, zonder daarbij significante verschillen te verwachten. Voor het domein ‘competentie’ werd verwacht dat de kinderen met gedragsstoornissen lager zouden scoren in vergelijking met de controlegroep.

Methoden

Selectie en beschrijving steekproef

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een steekproef van 135 DB-DOS opnames van doorverwezen Nederlandse kinderen tussen de 3,5 en 5,5 jaar, opgenomen tijdens het spreekuur voor jonge kinderen met gedragsproblemen van het UMC Utrecht. Een groep kinderen met DBD, een groep kinderen met DBD + ADHD en een groep kinderen met ADHD zijn vergeleken met een groep kinderen zonder gedragsproblemen op de drie domeinen ‘moduleren van boosheid’, ‘gedragsregulatie’ en ‘competentie’ van de DB-DOS. Op basis van consensus, bereikt tussen de kinderpsychiater, orthopedagoog en orthopedagoog in opleiding van het spreekuur voor jonge kinderen met gedragsproblemen, zijn de groepen verdeeld. In totaal zijn 135 sessies van kinderen beoordeeld. Aangezien een deel van de kinderen die zijn gezien bij het spreekuur niet de diagnose ADHD, CD of ODD hebben gekregen zijn deze kinderen uitgevallen na de beoordeling. Het gaat hier om een percentage van 15,6% (N=21) beoordeelde kinderen die uit zijn gevallen omdat ze geen diagnose ADHD,



CD of ODD kregen of omdat ze geen diagnose hebben gekregen. Uiteindelijk werden 114 kinderen de dataverzameling, waarvan 25 controlekinderen. De totale klinische groep bestond aldus uit 89 kinderen, waarvan 71 jongens (79,8%) en 18 meisjes (20,2%), met een gemiddelde leeftijd van 54,27 maanden. De controlegroep bestond uit 16 jongens (54%) en 9 meisjes (36%), met een gemiddelde leeftijd van 55,72 maanden.

Meetinstrumenten

Er is gebruik gemaakt van de DB-DOS, een semigestructureerde gedragsobservatie. De DB-DOS bestaat uit drie modules; de oudermodule, een module met de onderzoeker die actief aanwezig is en een module waarbij de onderzoeker minimale ondersteuning geeft. De taken zijn ontworpen om de capaciteiten van het kind te onderzoeken om het gedrag te reguleren, met en zonder structuur, met de ouder en met de onderzoeker, en tijdens uitdagende en plezierige activiteiten. Bij elke activiteit wordt gebruik gemaakt van ‘druk’ om dimensies van gedrag te ontlokken die de kern vormen van disruptief gedrag van kleuters. Dit onderzoek richt zich alleen op de module waarbij de onderzoeker actieve ondersteuning geeft. Om de DB-DOS te kunnen beoordelen is gebruik gemaakt van het coderingssysteem van de DB-DOS, ontwikkeld in de VS (Wakschlag et al., 2005; Wakschlag et al., 2008a). DB-DOS sessies die opgenomen en beoordeeld zijn door de onderzoekers hebben tot scores geleid. Het doel van het coderingssysteem is om een duidelijk onderscheid te maken in gradaties van gedrag. De DB-DOS codes integreren zowel kwantitatieve (bijvoorbeeld frequentie) als kwalitatieve dimensies (hoe pervasief het gedrag is) van gedrag. Het coderingssysteem bestaat uit 27 codes georganiseerd in verschillende problemen op de drie domeinen moduleren van boosheid, gedragsregulatie en competentie. Een aantal items van het domein gedragsregulatie was echter op deze module niet van toepassing en werden gescoord met een ‘negen’ (‘niet van toepassing’). Het onderscheid tussen normatief probleemgedrag en klinisch probleemgedrag wordt gemaakt in het coderingssysteem, door een kwalitatief punt te bepalen dat typisch van atypisch gedrag onderscheidt. Een ordinale indeling van scores is gemaakt, met een spreiding van 0 tot 3. In de probleemgedragdomeinen valt gedrag binnen de norm met een score van 0 (geen probleemgedrag) en een score van 1 (een milde vorm van



probleemgedrag), welke gezien worden als normaal probleemgedrag. Scores van 2 en 3 worden gezien als klinisch significant afwijkend gedrag (2= van belang; 3= atypisch). Voor het domein competentie is deze indeling andersom, waarbij scores van 2 en 3 juist een bewijs zijn van goede competentie. Scoring leverde domeinscores op voor elke context, deze zijn opgeteld per context en hebben tot een totaalscore geleid (Wakschlag et al., 2005; Wakschlag et al., 2008a).

Het eerste domein moduleren van boosheid bevat zes items, het domein gedragsregulatie bevat 15 items en het domein competentie bevat ook zes items. Door de scores per domein op te tellen kon een indeling gemaakt worden voor normatief- en klinisch probleemgedrag. Om een grens te bepalen tussen normatief en klinisch probleemgedrag is gekeken naar een gemiddelde score van de klinische groepen op de verschillende domeinen. Een score tussen de 0 en 6 op beide probleemdomeinen viel binnen het normatieve gebied, en een score van 7 en hoger was het klinische gebied.

Procedure

Voorafgaand aan de spreekuurochtend is schriftelijk toestemming gevraagd aan ouders van de kinderen met en zonder gedragsproblemen. Allereerst zijn de kinderen in de ochtend uitgebreid psychologisch getest, vervolgens is de DB-DOS is afgenomen en is hiervan een DVD-opname gemaakt.

Een trainingsperiode is vooraf gegaan aan het scoren van de Nederlandse banden. Door middel van het scoren van opnames van Amerikaanse DB-DOS sessies volgens het scoringssysteem, moest een betrouwbaarheid van tenminste 80% behaald worden voordat aan de beoordeling van Nederlandse DB-DOS sessies die opgenomen zijn kon worden begonnen. Een betrouwbaarheid van 80% wilde zeggen dat tenminste 80% van de scores toegekend door Nederlandse onderzoekers, overeen moesten komen met de scores toegekend in Amerika.

Vervolgens zijn de data voor het onderzoek verzameld door middel van het scoren van 135 Nederlandse DB-DOS opnames. Over een periode van twee maanden zijn door drie onderzoekers wekelijks in totaal minstens 19 DB-DOS sessies gescoord. De DB-DOS sessies die opgenomen en beoordeeld zijn door de onderzoekers zijn random gekozen. Aangezien een



deel van de kinderen die zijn gezien bij het spreekuur niet de diagnose ADHD, CD of ODD hebben gekregen zijn deze kinderen uitgevallen na de beoordeling. Het gaat hier om een percentage van 15,6% (N=21) beoordeelde kinderen die uit zijn gevallen omdat ze geen diagnose ADHD, CD of ODD kregen of omdat ze geen diagnose hebben gekregen. Uiteindelijk werden 114 kinderen de dataverzameling.

Tevens is bij het scoren gelet op de anonimiteit van de opgenomen personen tijdens de DB-DOS sessies. Kinderen waarbij een van de onderzoekers zelf een psychologische test heeft afgenomen werd niet beoordeeld door de desbetreffende onderzoeker. Om de inter-beoordelaar betrouwbaarheid te controleren is er tevens gebruik gemaakt van een ‘gouden standaard onderzoeker’, die één op de vijf banden van de overige twee onderzoekers dubbel scoorde, om te vermijden dat er grote verschillen ontstonden tussen de onderzoekers. Indien er verschillen tussen de beoordelingen bestonden is via overleg tot een consensus gekomen. Daarnaast heeft een vierde onderzoeker één op de vijf banden van de gouden standaard gescoord, om te waarborgen dat de onderzoekers op één lijn bleven zitten wat betreft de beoordeling van de DB-DOS sessies.

Data-analyse

Per domein zijn totaalscores gemaakt om de drie domeinen (moduleren van boosheid, gedragsregulatie en competentie) te kunnen vergelijken voor de vier groepen. Een totaalscore is gemaakt door de scores van de afzonderlijke items van een domein bij elkaar op te tellen. De totaalscores van de twee probleemgedragdomeinen zijn tevens bij elkaar opgeteld om totaal probleemgedrag te kunnen vergelijken. Vervolgens is een variantie-analyse uitgevoerd (ANOVA) over alle vier de groepen, omdat de testvariabele gemeten is op ordinaal meetniveau, er sprake was van een normale verdeling en de spreiding in de groepen ongeveer gelijk was (zie tabel 1; Baarda, De Goede en van Dijkum, 2007). Om te onderzoeken welke groepen onderling significant van elkaar verschilden, zijn de groepen door middel van een ‘post hoc’ toets per domein vergeleken. Er is gebruik gemaakt van de Bonferroniprocedure omdat er sprake was van gelijke varianties.



Resultaten

Bij inspectie van de data was het opvallend dat een aantal items van het domein gedragsregulatie geen enkele keer, of slechts één keer, gescoord waren. Het ging hier om de items ‘gerichte agressie’, ‘verbale agressie (schelden)’, ‘verbale agressie (dreigementen)’, ‘hatelijk gedrag’ en ‘sneaky gedrag’.

In tabel 1 zijn de gemiddelden en standaarddeviaties van de vier groepen per domein te zien.

In overeenstemming met de verwachting werd een significant effect van groep gevonden op het domein moduleren van boosheid, $F(3, 110) = 3,73, p < .05$. Bij post hoc analyse bleek overeenkomstig de verwachting dat de DBD + ADHD-groep op dit domein significant verschilde van de controlegroep ($p < .05$) (zie figuur 1). Tegen de verwachting in bleek er geen verschil te zijn tussen de DBD-groep en de controlegroep.

In overeenstemming met de verwachting werd een significant effect van groep gevonden op het domein gedragsregulatie, $F(3, 110) = 6,59, p < .05$. Bij post hoc analyse bleek overeenkomstig de verwachting de groep kinderen met DBD + ADHD te verschillen van de controlekinderen ($p < .05$) (zie figuur 2). Tegen de verwachting in bleek er geen verschil te zijn in groep tussen de DBD-groep en de controlekinderen. Tegen de verwachting in bleek er wel een verschil te zijn tussen de ADHD-groep en de controlegroep ($p < .05$) (zie figuur 2).

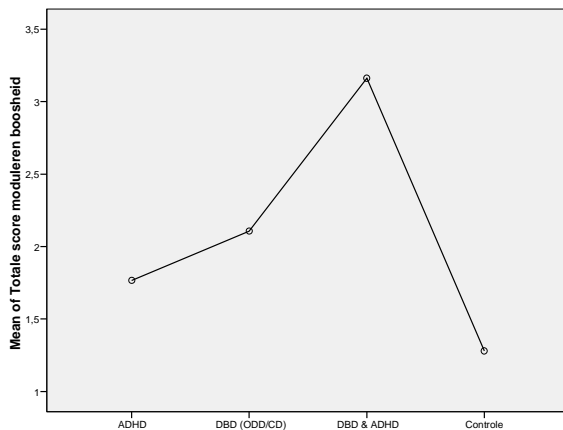
In overeenstemming met de verwachting werd eveneens een significant effect van groep gevonden op totaal probleemgedrag, $F(3, 130) = 6,97, p < .05$. Bij post hoc analyse bleek overeenkomstig de verwachting dat de DBD + ADHD-groep op dit domein significant verschilde van de controlegroep ($p < .05$) (zie figuur 3). Tegen de verwachting in bleek er geen verschil te zijn tussen de DBD-groep en de controlegroep.



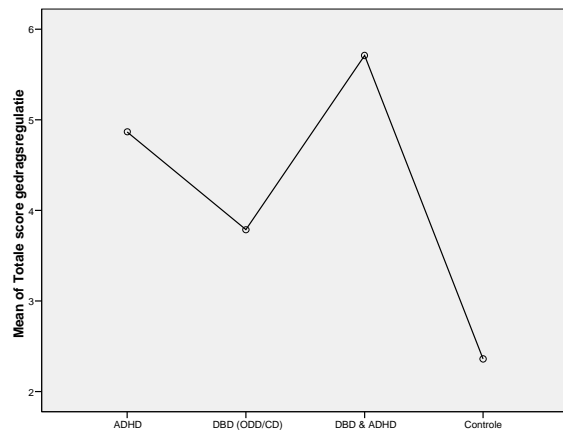
In overeenstemming met de verwachting werd ook een significant effect van groep gevonden op het domein competentie, $F(3, 110) = 4,38, p < .05$. Bij post hoc analyse bleek overeenkomstig de verwachting dat de DBD-groep significant verschilde van de controlegroep. Bovendien verschilde de DBD-groep significant van de ADHD-groep ($p < .05$) (zie figuur 4). Tegen de verwachting in werd geen verschil gevonden tussen de DBD + ADHD-groep en de controlegroep.

Tabel 1. Beschrijvende statistieken per groep per domein

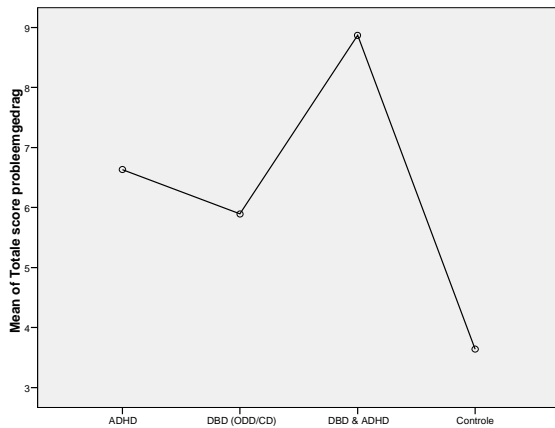
	ADHD			DBD			DBD + ADHD			Controle		
	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD
Modulere boosheid	30	1.77	1.65	28	2.11	1.77	31	3.16	3.40	25	1.28	1.14
Gedrag regulatie	30	4.87	3.07	28	3.79	3.21	31	5.71	3.08	25	2.36	2.27
Probleem gedrag	30	6.63	4.30	28	5.89	4.10	31	8.87	5.69	25	3.64	2.69
Competentie	30	10.67	2.11	28	8.64	2.70	31	9.71	2.30	25	10.88	3.18



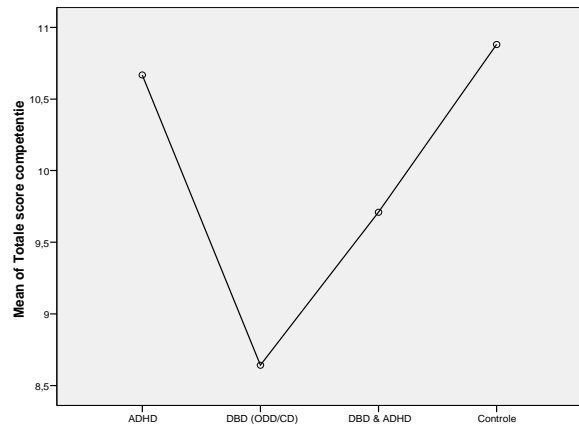
Figuur 1. Verschillen in moduleren boosheid



Figuur 2. Verschillen in gedragsregulatie



Figuur 3. Verschillen in totaal probleemgedrag



Figuur 4. Verschillen in competentie

Discussie

In dit onderzoek is één aspect van de klinische validiteit van één module van de DB-DOS onderzocht. De scores van drie klinische groepen kinderen met gedragsproblemen zijn getoetst op verschillen met een controlegroep en op verschillen onderling. De DB-DOS is ontwikkeld om probleemgedrag en competent gedrag bij kinderen met DBD te kunnen vaststellen.

Uit de analyses is gebleken dat op alle domeinen een significant effect van groep bestond. Zoals verwacht verschilde de groep kinderen met DBD + ADHD op beide domeinen van probleemgedrag, zowel op moduleren van boosheid als op gedragsregulatie, significant van de controlegroep. Tegen de verwachting in verschilde de groep kinderen met DBD niet van de controlekinderen op deze domeinen. Op het domein competentie verschilde de DBD-groep in overeenstemming met de verwachting van de controlegroep.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat de resultaten een gedeeltelijke ondersteuning vormen voor de klinische validiteit van de DB-DOS. Een ondersteuning is dat de co-morbide groep op de twee domeinen van probleemgedrag significant verschilde van de controlekinderen. Echter werd geen verschil in groep gevonden tussen de DBD-groep en de controlegroep. Daarentegen, op het domein competentie werd wel een verschil in groep gevonden tussen de DBD-groep en de controlegroep, hoewel geen verschil in groep werd

gevonden tussen de DBD + ADHD-groep en de controlegroep op het domein competentie. Deze bevindingen worden vanuit de literatuur ondersteund. Uit een review van Loeber et al. (2000) blijkt dat kinderen met co-morbide gedragsproblemen (DBD en ADHD) meer gedragsproblemen laten zien dan kinderen met alleen ADHD of CD. Kinderen met DBD + ADHD hebben vaak moeite hun aandacht ergens bij te houden, hebben weinig geduld en meer moeite hun gedrag en impulsen te onderdrukken. Ook zijn kinderen met DBD + ADHD over het algemeen prikkelbaar en worden snel driftig, wat naar voren kwam in de verschillende domeinen. Bijvoorbeeld ODD wordt gekenmerkt door een patroon van negativistisch, vijandig en openlijk ongehoorzaam gedrag (Keenan & Wakschlag, 2002; American Psychiatric Association, 2007). Uit de resultaten is gebleken dat dit probleemgedrag in combinatie met ADHD wordt versterkt, want zonder ADHD was er geen significant verschil tussen de groepen.

Een mogelijke verklaring voor de afwezigheid van een significant verschil tussen de DBD-groep en de controlegroep op de domeinen van probleemgedrag is dat bij dit onderzoek slechts één module van de DB-DOS wordt betrokken. Een opvallende constatering die gedaan werd tijdens het verzamelen en verwerken van de data was dat tijdens deze ‘onderzoeker actief’ module van de DB-DOS over het algemeen weinig uitgesproken probleemgedrag gezien werd. Een klinische score van 3 op probleemgedrag kwam beperkt voor. Dit komt wellicht omdat deze module van de DB-DOS erg gestructureerd is en onder constant toezicht staat van de onderzoeker, waarbij de onderzoeker volledige aandacht heeft voor het kind. De indruk bestaat dat in gestructureerde één-op-één situaties kinderen minder snel gedragsproblemen laten zien.

Voor het domein ‘competentie’ kwam naar voren dat de groep kinderen met DBD significant lager scoorde dan de controlekinderen. De verklaring hiervoor is dat kinderen met CD of ODD regelmatig antisociaal gedrag laten zien en hun gedrag een negativistisch patroon bevat (Loeber et al., 2000). Dit komt overeen met de bevinding dat kinderen met gedragsproblemen minder prosociaal gedrag laten zien (Eisenberg & Fabes, 1998).

Het feit dat de controlekinderen consequent het beste scoorden op alle domeinen van gedrag vormt een ondersteuning voor de klinische validiteit van de DB-DOS. De



controlegroep liet constant gemiddeld minder probleemgedrag zien dan de klinische groep, wat een ondersteuning is voor de klinische validiteit. Uit het feit dat er verder weinig significante verschillen werden gevonden tussen de groepen kan geconcludeerd worden dat de module ‘onderzoeker actief’ een module is waarbij probleemgedrag slechts in beperkte mate uitgelokt wordt, waardoor relatief minder probleemgedrag te zien was dan zou worden verwacht op basis van de verschillende diagnoses en symptomen. Als de andere twee modules van de DB-DOS, waarin naar verwachting meer probleemgedrag te zien is, aan het onderzoek zal worden toegevoegd zou het zeer goed mogelijk zijn dat er een verschil wordt gevonden tussen de DBD-groep en de controlegroep. De conclusie is dat deze module van de DB-DOS slechts een gedeeltelijke ondersteuning voor de klinische validiteit van de DB-DOS heeft gevormd.

Beperkingen en aanbevelingen

Een beperking van dit onderzoek was het gebruik van de module waarin de onderzoeker actieve ondersteuning bood aan het kind, waar relatief weinig probleemgedrag naar voren kwam. Door de hoge mate van structuur werd probleemgedrag in beperkte mate uitgelokt en kwam het gedrag weinig voor, hoewel de gestelde diagnoses anders zouden doen vermoeden. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is dat de andere twee modules, onderzoeker met minimale ondersteuning en de oudermodule, eveneens moeten worden meegenomen. Op basis van slechts één module van de DB-DOS is het slechts in beperkte mate mogelijk een uitspraak te doen over een diagnose van een kind met gedragsproblemen.



Referenties:

- American Psychiatric Association (2007). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angold, A., & Link Egger, H. (2004). Psychiatric diagnosis in preschool children. In: DelCarmen-Wiggins, R. & Carter, A.S. (Eds.), *Handbook of Infant, Toddler and Preschool Mental Health Assessment*. New York: Oxford University Press, 123-139.
- Angold, A., & Link Egger, H. (2007). Preschool psychopathology: lessons for the lifespan. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (10), 961-966.
- Angold, A., Link Egger, H., & Carter, A. (2007). Measurement of psychopathology in children under the age of six. In: Narrow, W.E., First, M.B., Sirovatka, M.S., & Regier, D.A. *Age and Gender Considerations in Psychiatric Diagnosis: A Research Agenda for DSM-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 177-189.
- Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., & van Dijkum, C.J. (2007). *Basisboek statistiek met SPSS. Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens (derde druk)*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Carter, A.S., Briggs-Gowan, M.J., & Davis N.O. (2004). Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (1), 109-134.
- Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1998). Prosocial development. In W. Damon and N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology; Vol. 3, Social, emotional, and personality development*. John Wiley: New York, 701-778.
- Keenan, K. & Wakschlag, L.S. (2002). Can a valid diagnosis of disruptive behavior be made in preschool children? *American Journal of Psychiatry*, 159 (3), 351-358.



- Keenan, K., Wakschlag, L.S., Danis, B., Hill, N., Humphries, M., Duax, J., et al. (2007). Further evidence of the reliability and validity of DSM-IV ODD and CD in preschool children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 457-468.
- Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B.B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (12), 1468-1484.
- Smidts, D.P., & Oosterlaan, J. (2007). How common are symptoms of ADHD in typically developing preschoolers? A study on prevalence rates and prenatal/demographic risk factors. *Cortex*, 43 (6), 710-717.
- Wakschlag, L., & Danis, B. (in press). Characterizing early childhood disruptive behavior: Enhancing developmental sensitivity. In Zeanah, C. (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health (3rd edition)*. New York: Guilford.
- Wakschlag, L., & Danis, B. (2004). Assessment of disruptive behavior in young children: A clinical-developmental framework. In DelCarmen-Wiggins, R., & Carter, A.S. (Eds.), *Handbook of Infant, Toddler and Preschool Mental Health Assessment*. New York: Oxford University Press, 421-440.
- Wakschlag, L., & Danis, B. (2008). Characterizing early childhood disruptive behavior: enhancing developmental sensitivity. In Zeanah, C. (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health (3rd edition)*. New York: Guilford.
- Wakschlag, L., Briggs-Gowan, M., Carter, A., Hill, C., Danis, B., Keenan, K., McCarthy, K., & Leventhal, B. (2007b). A developmental framework for distinguishing disruptive behavior from normative misbehavior in preschool children. *Journal of Child Psychology, Psychiatry & Allied Disciplines (Special issue on Preschool Mental Health)*, 48, 976-987.



- Wakschlag, L., Briggs-Gowan, M., Hill, C., Danis, B., Leventhal, B., Egger, H., Keenan, K., Cicchetti, D., Maskowitz, K., & Carter, A. (2008b). Observational assessment of preschool disruptive behavior: Part II: Validity of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 632-641.
- Wakschlag L., Hill C., Carter A., Danis B., Egger H., Keenan K., Leventhal B., Cicchetti D., Maskowitz K., & Briggs-Gowan, M. (2008a). Observational assessment of preschool disruptive behavior: Part I: Reliability of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 622-631.
- Wakschlag, L., Leventhal, B., Briggs-Gowan, M., Danis, B., Keenan, K., Hill, C., Egger, H., Cicchetti, D., & Carter, A. (2005). Defining the "disruptive" in preschool behavior: What diagnostic observation can teach us. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 183-201.
- Wakschlag, L., Leventhal, B.L., Thomas, J., & Pine, D.S. (2007a). Disruptive behavior disorders and ADHD in preschool children: characterizing heterotypic continuities for a developmentally informed nosology for DSM-V. In: Narrow, W.E., First, M.B., Sirovatka, M.S., & Regier, D.A. *Age and Gender Considerations in Psychiatric Diagnosis: A Research Agenda for DSM-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 243-258.

