



Universiteit Utrecht

's Heeren Loo 
kracht biedt keuze

Stressreactie en coping: Het verschil tussen
mensen met een lichte - matige
verstandelijke beperking met en zonder
hechtingsproblemen.

Opleiding Pedagogiek,
Masterprogramma Orthopedagogiek.

Universiteit Utrecht

Datum: Juli 2009
Student: A.A.H. Renshof
Studentnr: 0433276
Thesisbegeleider: Dr. Lex Wijnroks
Tweede beoordelaar: Dr. Chiel Volman



Universiteit Utrecht

's Heeren Loo 
kracht biedt keuze

Stressreactie en coping: Het verschil tussen
mensen met een lichte - matige
verstandelijke beperking met en zonder
hechtingsproblemen.

A.A.H. Renshof

0433276

Thesisdocent: Dr. Lex Wijnroks

Adres: Heidelberglaan 1, 3584 CS Utrecht

Kamer: H037, Langeveldgebouw

E-mail: A.Wijnroks@uu.nl

Key Words: Stressreactie, coping, hechtingsproblemen, verstandelijke beperking.

Voorwoord

Deze thesis is het resultaat van een proces dat circa 10 maanden geleden is gestart. In het kader van Master Orthopedagogiek aan de Universiteit Utrecht heb ik bij 's Heeren Loo-Zuid mijn thesisonderzoek mogen doen. Ik heb in deze periode alle facetten van het verrichten van wetenschappelijk onderzoek mogen uitvoeren, vanaf het bedenken van het thema tot het ontwikkelen van een onderzoekssessie en het schrijven van de eindrapportage. Dit was niet altijd gemakkelijk, omdat het in de praktijk niet eenvoudig is om een vergelijkingsonderzoek te promoten. Door inzet van de manager en mijn stagebegeleider is het toch gelukt om het onderzoek van de grond te krijgen en te voltooien. Hier ben ik ze dan ook heel dankbaar voor. Het ontwikkelen en uitvoeren van dit onderzoek zijn een leerzame ervaring geweest, waar ik met plezier en voldoening op terug kan kijken. Ik heb veel geleerd en hoop dat de kennis en ervaring die ik hiermee heb opgedaan later nog kan gebruiken. Een woord van dank gaat uit naar heel 's Heeren Loo-Zuid, zowel personeel als cliënten / deelnemers, met in het bijzonder Rianne van Eijk (manager Advisium), Martijn Houkes (GZ-psycholoog en stagebegeleider), Jeanette Prins (orthopedagoog) en Caren Rohring (stagiaire ontwikkelingspsychologie). Daarnaast wil ik graag mijn familie en vriend bedanken die mij gedurende mijn studie altijd hebben gesteund. Zonder hen was het nooit gelukt. Ten slotte wil ik de Universiteit Utrecht bedanken voor het feit dat ik daar heb mogen studeren. Mijn welgemeende dank.

Stressreactie en coping: Het verschil tussen mensen met een lichte - matige verstandelijke beperking met en zonder hechtingsproblemen.

Samenvatting

Achtergrond: Mensen met een verstandelijke beperking ervaren vaker stress dan mensen zonder verstandelijke beperking. Beperkte copingvaardigheden en hechtingsproblemen vergroten daarnaast het risico op het ervaren van stress. **Vraagstelling:** Bestaan er verschillen in fysiologische reactie, copingstijl en zelfgerapporteerde spanning tussen mensen met een lichte-matige verstandelijke beperking *mét* en *zonder* hechtingsproblemen tijdens een psychologische onderzoekssessie. **Methode van onderzoek:** Negen cliënten van 's Heeren Loo-Zuid namen deel aan het onderzoek en werden toegewezen aan een onderzoeksgroep: Groep 1 (met hechtingsproblemen) of Groep 2 (zonder hechtingsproblemen). Tijdens een psychologische onderzoekssessie werden twee niet-stresstaken en één stresstaak gemaakt. Op acht vooraf bepaalde momenten werden de bloeddruk en hartslag gemeten en de Spanningsthermometer ingevuld. Opnames van de onderzoekssessie werden gebruikt om de door participanten gehanteerde copingstijlen vast te stellen. **Resultaten:** De resultaten toonden aan dat er geen significante verschillen in bovendruk, onderdruk, hartslag, copingstijl en zelfgerapporteerde spanning bestonden tussen de twee onderzoeksgroepen. Opvallende trends na de stresstaak, doch niet significant, waren een toename in bovendruk voor beide onderzoeksgroepen en een toename van de onderdruk en hartslag bij Groep 1, maar niet bij Groep 2. Daarnaast werd de vermijdende copingstijl meer gebruikt door Groep 1 dan Groep 2, behalve tijdens de stresstaak. Verder werden de actieve- en afleidende copingstijlen vaker gebruikt door Groep 2 dan door Groep 1. **Conclusie:** Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen mensen met een lichte – matige verstandelijke beperking met en zonder hechtingsproblemen. De implicaties, beperkingen en aanbevelingen voor verder onderzoek zijn verder beschreven.

Stress response and coping: The difference between people with a mild-moderate intellectual disability with and without attachment issues.

Summary

Background: People with an intellectual disability encounter more stress than people without an intellectual disability. Limited coping skills, and attachment problems increase the risk of experiencing stress. **Research question:** Do people with an intellectual disability *with*, and *without* attachment problems differ in their physiological response, coping style, and self-reported distress during a psychological test session. **Method:** Nine clients from 's Heeren Loo-Zuid participated in this study. They were assigned either to Group 1 (with attachment problems), or Group 2 (without attachment problems). Participants made two non-stress tasks, and one stress task during a psychological test session. Blood pressure, heart rate and self-reported distress were measured at eight predetermined time points. Test session Video-recordings were used to determine which coping styles were used by the participants. **Results:** The results showed that no significant differences exist between the two groups in systolic, and diastolic blood pressure, heart rate, coping styles, and self-reported distress. Striking results, though non-significant, were an increase in systolic pressure for both groups, and an increase in diastolic pressure and a decrease in heart rate for Group 1, but not Group 2. Furthermore, Group 1 used the avoiding coping style more often than Group 2, but not during the stress test. In addition to this, Group 2 used the active and distracting coping styles more than Group 1. **Conclusion:** No significant differences were found between people with a mild-moderate intellectual disability *with* and *without* attachment problems. Implications, limitations, and recommendations for future research have been made.

Inleiding

Bij 40% van de kinderen en adolescenten met een verstandelijke beperking (VB) is sprake van psychopathologie en gedragsproblemen. Hoewel dit percentage daalt (31%) naarmate de leeftijd toeneemt, blijven er in de volwassenheid problemen bestaan (Einfeld, et al., 2006; Clay & Thomas, 2005). Op het moment dat de VB ernstiger is, neemt de prevalentie van psychopathologie vaak toe (Clay & Thomas, 2005). Desondanks ligt de prevalentie van psychopathologie bij mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) hoger, circa 57%. Dit uit zich voornamelijk in gedragsstoornissen (45%), depressie (22%) en gedragsproblemen (Dekker, Douma, de Ruiten & Koot, 2006). Ten opzichte van de normale bevolking komen gedragsproblemen bij mensen met een VB drie tot vijf keer vaker voor (Došen, 1990). Volgens Aaron Beck maakt probleemgedrag onderdeel uit van psychopathologie en is probleemgedrag het resultaat van *disfunctionele* opvattingen of cognities: “Opvattingen die aanleiding geven tot onnodig veel emotionele en/of gedragsmatige problemen” (Arntz, 1997, p 179).

In de afgelopen decennia zijn diverse onderzoeken uitgevoerd om de oorzaak van het ontstaan van probleemgedrag bij mensen met een VB vast te stellen. Deze onderzoeken hebben geleid tot uiteenlopende verklaringen, maar tot nu toe is er nog geen consensus bereikt over de oorzaak voor het ontstaan van probleemgedrag bij mensen met een VB. Onderzoek van Van Nieuwenhuizen en Elias (2006) heeft bijvoorbeeld aangetoond dat beperkte executieve (verbale) functies en beperkte meta-vaardigheden probleemgedrag kunnen veroorzaken bij mensen met een VB. Uit de literatuurstudie van Janssen en Schuengel (2006) is daarentegen naar voren gekomen dat het ontstaan van probleemgedrag bij deze groep verklaard kan worden vanuit een gebrekkig korte termijn werkgeheugen, problemen met het nemen van perspectief en ‘theory of mind’ functies, kiezen voor negatief gedrag wanneer situaties onduidelijk zijn en een gebrek aan of beperkt sociaal netwerk. Geen van deze verklaringen is echter volledig en ze lijken elkaar eerder aan te vullen dan dat ze los van elkaar gezien kunnen worden. Probleemgedrag kan niet vanuit één enkel tekort of theoretisch kader (bijvoorbeeld de cognitieve theorie of gedragstheorie) verklaard worden. (Neuro-) Biologische-, sociale-, gedrags-processen interacteren immers altijd met elkaar.

“While there may be compelling evidence that both behavioural and biological processes may be involved in the maintenance of challenging behaviour, most theorizing has been restricted in two ways. Firstly, models of the development and maintenance of challenging behaviour have been advanced within, rather than across, these potentially complementary frameworks. Secondly, few links have been drawn

between accounts of challenging behaviour shown by people with learning disabilities and challenging behaviours shown by other client groups” (Emerson, 2001, p. 156).

Een goede verklaring voor het ontstaan van probleemgedrag, zeker bij mensen met een VB, is gebaseerd op inzichten uit verschillende theoretische perspectieven. Janssen, Schuengel en Stolk (2002a, b) hebben uitgebreid literatuuronderzoek gedaan naar probleemgedrag bij mensen met een VB en hieruit is naar voren gekomen dat het ontstaan van probleemgedrag kan worden verklaard vanuit drie met elkaar samenhangende factoren: 1. het ervaren van stress; 2. problematische coping (als gevolg van de VB); en 3. gehechtheidsproblemen. Elk van deze factoren vormt op zichzelf al een aanleiding voor het ontstaan van probleemgedrag. De combinatie van deze drie factoren maakt mensen met een VB echter nog kwetsbaarder. Zij ervaren vaker stress dan mensen zonder VB en kunnen hier minder goed mee omgaan. Janssen en collega's (2002b) veronderstellen dat *stress* de belangrijkste oorzaak is van probleemgedrag bij mensen met een VB. Tot nu toe is er echter weinig onderzoek gedaan naar de stressreactie van mensen met een VB. Het huidige onderzoek wil dan ook een bijdrage leveren aan de bestaande kennis over stress, coping en hechting bij mensen met een VB door na te gaan of er binnen de populatie VB verschillen in stressreactie en gebruikte copingstijlen bestaan. Voordat het specifieke doel van het huidige onderzoek nader wordt toegelicht, zal eerst worden ingegaan op de theoretische achtergronden en onderzoeksliteratuur over stress, coping en hechting.

Stress, coping en gehechtheid

Stress en stressreactie.

Stress kan worden gedefinieerd als een gevoel van onontkoombare hulpeloosheid in een situatie waarin het welzijn in gevaar is (Lovallo, 1997). De factor die de stress veroorzaakt, de stressor, vormt hierbij een bedreiging van de integriteit of gezondheid van het lichaam. Om het proces van stressverwerking in kaart te brengen heeft Lovallo (1997), in navolging van Lazarus en Folkman, een twee-fasen-model van stressverwerking ontwikkeld. In fase één vindt de *primary appraisal* plaats. In deze fase wordt een eerste inschatting gemaakt van de bedreiging die een situatie vormt voor het persoonlijk welzijn. Vervolgens vindt er een autonome reactie plaats, waarbij een situatie pas stressvol is wanneer deze door de persoon zelf als stressvol wordt beoordeeld (Jansen, 1999). De mate van bedreiging wordt niet alleen bepaald door de aard en intensiteit van de stressor, maar ook door de cognitieve interpretatie en *coping*vaardigheden waarover het individu beschikt om met de stressor om te gaan.

In fase twee vindt de *secondary appraisal* plaats. In deze fase wordt nagegaan of het individu over de juiste copingvaardigheden beschikt om met de stressvolle situatie om te gaan. Er zijn twee oordelen mogelijk. De eerste mogelijkheid is dat de persoon het gevoel heeft over competenties te beschikken die nodig zijn om met de stresssituatie om te gaan en het probleem vervolgens oplost om verder te gaan. Op deze manier wordt het lichamenlijk evenwicht in een stresssituatie hersteld. De tweede mogelijkheid is dat de persoon het gevoel heeft dat de benodigde competenties niet of onvoldoende aanwezig zijn, waardoor een gevoel van hulpeloosheid en/of oncontroleerbaarheid wordt ervaren. De persoon is niet in staat om het lichamenlijk evenwicht te herstellen en ervaart hierdoor stress (Lovallo, 1997). Er kan verder onderscheid gemaakt worden tussen fysieke stress en psychologische stress (Lovallo, 1997). Bij *fysieke stress* is er sprake van een fysieke bedreiging van het lichamenlijk welzijn (bijv. hitte, koude, het lopen van de marathon etc.). Bij *psychologische stress* is een situatie bedreigend, omdat deze als zodanig wordt ervaren (cognitief), niet omdat deze een fysieke dreiging vormt (bijv. Een vrouw loopt in het donker door een onbekende buurt en hoort voetstappen achter zich). Er kan ook sprake zijn van psychologische stress wanneer er een discrepantie wordt ervaren tussen de eisen vanuit de omgeving ('draaglast') en de competenties om aan de eisen te voldoen ('draagkracht') (Lazarus & Folkman, 1984).

Onderzoek heeft uitgewezen dat een stressvolle stimulus/situatie leidt tot een psychofysiologische reacties (bijv. Jansen, 1999). Eén van de eerste reacties op een stressvolle situatie is de activering van het sympatische deel van het autonome zenuwstelsel. Deze activering leidt tot een toename van de hartslag en bloeddruk, een snellere ademhaling, hogere spierspanning, inhibitie van de spijsvertering en endocriene output. Dit wordt ook wel een staat van 'hyperarousal' genoemd (Gray, 2002; Jansen, 1999; Lovallo, 1997; Porges, 2003; Schore, 2001b). Het lichaam bereidt zich op deze manier voor op een "fight or flight" (vechten of vluchten) reactie. Onder extreme omstandigheden kan 'hyperarousal' echter ook omslaan in 'hypoarousal.' Het parasympatische deel van het autonome zenuwstelsel wordt dan geactiveerd en leidt tot 'verlamming' of 'bevrozing' (Gray, 2002; Porges, 2003). De (stress) situatie wordt als onbeheersbaar en levensbedreigend ervaren, waardoor er een gevoel van extreme hulpeloosheid kan ontstaan' (Schore, 2001b).

Een stressvolle stimulus leidt echter niet alleen tot een toename van hartslag en bloeddruk, maar leidt ook tot een activatie van het hypothalamic pituitary adrenal (HPA)-systeem. Het HPA-systeem zorgt voor de verwerking van interne en externe stimuli, voor het behoudt van homeostase en reguleert de afscheiding van cortisol in onder andere het speeksel (zie voor een uitgebreide uitleg van het HPA-systeem Jansen, 1999). Het niveau van cortisol

in speeksel vormt een valide bron voor stress en is in vele onderzoeken naar stress gebruikt (bijv. Jansen, 1999; Stroud, Salovey, Epel, 2002). In het huidige onderzoek was het echter niet mogelijk om cortisolmetingen te verrichten en is daarom gekeken naar de bloeddruk en hartslag als fysiologische mate van stress.

Coping

Coping werd door Lazarus en Folkman (1984) omschreven als '*constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person* (p 141).' Hieruit kan worden opgemaakt dat de omgeving een belangrijke rol inneemt in het oordeel van de persoon over het al dan niet aanwezig zijn van de benodigde competenties om met de stressvolle situatie om te gaan. Dit oordeel beïnvloedt de copingstrategie die vervolgens gekozen wordt (Sandler, Wolchik, MacKinnon, Ayers & Roosa, 1997). In de wetenschappelijke literatuur is nog geen consensus bereikt over de intentionaliteit van gebruikte coping (strategieën). Volgens Lazarus en Folkman (1984) is coping altijd intentioneel van aard, omdat er altijd een sprake is van inspanning en 'vrijwillige controle.' Eisenberg, Fabes en Guthrie (1997) zijn echter van mening dat coping niet altijd intentioneel of bewust van aard is, maar ingegeven kan worden door een automatische emotionele reactie.

In de onderzoeksliteratuur over coping wordt onderscheid gemaakt tussen twee overkoepelende vormen van coping: probleemgeoriënteerde coping en emotiegeoriënteerde coping. Bij *probleemgeoriënteerde* coping wordt de oorzaak van de stress direct aangepakt. Hoewel dit tijd en energie kost is het effect op de lange termijn groter, omdat de oorzaak van de stress direct wordt aangepakt. *Emotiegeoriënteerde* coping kost minder energie en is op de korte termijn effectief. Het effect gaat op de lange termijn echter verloren, doordat er bij elke kleine verandering van de (stress) situatie herdefiniëring plaats moet vinden (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Lovallo, 1997). De indeling op basis van probleem- en emotiegeoriënteerde coping bleek echter onvoldoende aanknopingspunten te bieden om gedrag te kunnen typeren. Op basis van vele onderzoeken naar de dimensies van coping (bijv. Ayers, Sandler, West & Roosa, 1996; Vollrath, Alnæs & Torgersen, 2003; Willner, Brace & Phillips, 2005) kunnen vier copingstijlen worden onderscheiden: *actieve coping*, *vermijdende coping*, *afleidende coping* en *hulp zoeken* (De operationalisatie van de copingstijlen is beschreven in het methodedeel). Uit onderzoek van Vollrath en collega's (2003) is naar voren gekomen dat de copingstijl van invloed is op het psychisch welzijn van mensen met een psychiatrische stoornis. Zij benadrukken daarom het belang van het onderscheid in de

verschillende copingstijlen. Daarnaast wordt de gehanteerde copingstijl bepaald door de specifieke situatie en eerdere ervaringen (Carver et al., 1989).

Gehechtheid.

Gehechtheid heeft betrekking op de affectieve band van een kind met de opvoeder. Als er sprake is van een goed verlopen hechtingsontwikkeling is het kind in staat om in tijden van angst en spanning troost aan de opvoeder te ontleen (Cassidy, 2000; Van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999). De kwaliteit van deze band wordt bepaald door een intern werkmodel over de beschikbaarheid (zowel emotioneel als fysiek) en sensitiviteit van de opvoeder. De verwachtingen die het kind vervolgens ontwikkelt, bepalen in sterke mate het gedrag dat het kind gebruikt in contact met de opvoeder (Van IJzendoorn & Juffer, 2006). In de afgelopen decennia zijn diverse onderzoeken gedaan naar de welke typen gehechtheid er bestaan (bijv. Willemsen-Swinkels, Bakermans-Kranenburg, Buitelaar, Van IJzendoorn & Van Engeland, 2000). Uit deze onderzoeken komen verschillende benamingen naar voren die teruggevoerd kunnen worden tot de vier typen gehechtheid van Ainsworth, Blehar, Waters en Wall (1978). *Veilig gehechte kinderen* (B-type) zijn kinderen die in staat zijn om in tijden van stress op adequate wijze hulp en steun te zoeken bij de opvoeder. Zij hebben vertrouwen in de beschikbaarheid en sensitiviteit van de opvoeder en ervaren de opvoeder als veilige haven.

Kinderen met een *onveilig hechting* hebben geen vertrouwen in de beschikbaarheid en sensitiviteit van de opvoeder in tijden van stress. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen drie typen onveilige hechting. Allereerst *vermijndend gehechte kinderen* (type-A); zij negeren of vermijden de opvoeder in tijden van stress door weg te kijken of weg te gaan. *Ambivalent gehechte kinderen* (type-C) zoeken in tijden van stress de nabijheid van de opvoeder op, maar vertonen hier tegelijkertijd weerstand tegen. Tenslotte de *gedesorganiseerd of gedesorïenteerd gehechte kinderen* (type-D). Zij ervaren de opvoeder enerzijds als bron van angst en anderzijds als beschermingsfiguur. Ze zijn niet in staat om de tegenstrijdige gevoelens van spanning en verdriet op te lossen.

Een veilige hechting fungeert als protectieve factor ten aanzien van het ontstaan van probleemgedrag (Ainsworth et al., 1978). Uitstel van de eerste gehechtheidsrelatie kan dan ook leiden tot hechtingsproblemen en soms zelf tot een hechtingsstoornis. Voor de praktijk en onderzoek is de diagnose Reactieve Hechtingsstoornis echter ongeschikt, omdat de symptomen te algemeen zijn geformuleerd (Boris & Zeanah, 1999). Uit onderzoek is naar voren gekomen dat een gedesorganiseerde gehechtheid in de meeste gevallen leidt tot de

ontwikkeling van ernstige emotionele- en gedragsproblemen en psychopathologie. Daarnaast hangt een gedesorganiseerde hechting samen met een problematische stressregulatie, een verhoogd risico op externaliserend probleemgedrag en een neiging naar dissociatief gedrag op latere leeftijd (Van IJzendoorn et al, 1999). Hoewel er grote samenhangen gevonden zijn, betekent dit niet dat *alle* emotionele en gedragproblemen verklaard kunnen worden door de hechtingsproblemen (Green & Goldwyn, 2002).

Stress, coping en gehechtheid bij mensen met een verstandelijke beperking.

In de afgelopen decennia is er in toenemende mate aandacht gekomen voor stress en de manier waarop mensen met en zonder VB hiermee omgaan (bijv. Bramston & Fogarty, 1995; Kelly, Tyrka, Anderson, Price & Carpenter, 2008; Jahoda, Pert, Squire & Trower, 1998; Blount et al., 2008). De literatuurstudie van Janssen, Schuengel en Stolk (2002b) vormt het uitgangspunt van het huidige onderzoek. Uit deze studie is naar voren gekomen dat mensen met een VB een groter risico lopen op het ervaren van psychologische stress. De factoren die volgens hen samenhangen met het ervaren van psychologische stress zijn onder andere: cognitieve beperking, informatieverwerkingsproblemen, behoefte aan structuur en voorspelbaarheid én een beperkt gedragsrepertoire. Daarnaast blijken ze vaak over beperkte of inadequate copingstrategieën te beschikken waardoor ze vaker, intenser en langduriger stress ervaren dan mensen zonder VB (Bramston & Cummins, 1998; Bramston & Fogarty, 2000). Er zijn zelfs mensen met een VB die hun leven als continue stresssituatie ervaren (Schore, 2001a, b).

Janssen en collega's (2002b) veronderstellen dat stress de belangrijkste oorzaak is van probleemgedrag bij mensen met een VB. Stress kan enerzijds worden veroorzaakt door te hoge eisen die ze aan zichzelf stellen (vooral bij mensen met een LVB (Janssen & Schuengel, 2006). Anderzijds, en een frequenter voorkomende oorzaak, stelt de omgeving vaak te hoge eisen aan de mensen met een VB, waardoor stress ontstaat. Een bijkomend probleem is dat mensen met een VB over onvoldoende adequate *copingstrategieën* beschikken. Ze kiezen vaker voor een emotiegeoriënteerde strategie (Elias, 2005 in Schuengel & Janssen, 2006), zoals vermijdende en afleidende copingstrategieën (Sandler et al., 1997). Onderzoek van Hartley en Maclean (2005) heeft tevens uitgewezen dat mensen met een VB vaker kiezen voor een vermijdende strategie dan voor een actieve coping strategie. Daarnaast laten mensen met een (L)VB vaker een "fight or flight" reactie zien dan mensen zonder VB (Dykens, 2000).

Een volgend punt is dat de hechtingsontwikkeling bij mensen met een VB trager verloopt dan bij de niet-VB bevolking, waardoor het lastiger is om een veilige basis op te bouwen. Janssen en collega's (2002a) noemen een aantal factoren die negatief van invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie tussen ouders en hun kind met een VB. Ten eerste kan er bij de ouders sprake zijn van verwerkingsproblemen, waardoor zij de opvoeding van een kind met een VB als stressvol ervaren, minder sensitief-responsief reageren en/of minder beschikbaar zijn (Marvin & Pianta, 1996). Ten tweede kan er sprake zijn van beperkte opvoedingsvaardigheden bij de ouders, waardoor ze niet-voldoende sensitief en responsief zijn in de omgang met hun kind. Ten derde kunnen de cognitieve beperking en eventuele communicatieproblemen de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie belemmeren.. Tot slot vormen uithuisplaatsing en discontinuïteit in de zorgverlening een belangrijk risico voor de ontwikkeling van gehechtheidsrelaties (Janssen et al., 2002a). Verblijf vanaf jonge leeftijd in een residentiële- of zorginstelling vergroot zelfs het risico op het ontstaan van problemen bij mensen zonder VB (Roy, Rutter & Pickles, 2000). Wanneer de hechtingsontwikkeling vertraagd of verstoord is hebben mensen met een VB moeite om de hechtingsfiguur, in tijden van stress, als veilige basis te zien. Ze zijn met andere woorden 'dubbel gehandicapt' (Janssen et al., 2002a, p2)

Doel en relevantie van het huidige onderzoek

Uit bovenstaand literatuuronderzoek is naar voren gekomen dat er verschillen in stressreactie en copingstrategieën bestaan tussen mensen (volwassenen en kinderen) mét en zonder VB. Er bestaan echter ook verschillen in stressreactie binnen de populatie mensen met een VB. Jansen (1999) heeft bijvoorbeeld onderzoek gedaan naar de verschillen in stressverwerking tussen kinderen met diverse stoornissen: ASS, MCDD, Schizofrenie ADHD, ODD, dysthymie en gezonde kinderen. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat er verschillen bestaan tussen kinderen met een ASS en dysthymie en de andere onderzoeksgroepen. De cortisol-reactie bij de kinderen met ASS en dysthymie was kleiner dan bij de andere groepen. Daarnaast lieten de kinderen met ASS en dysthymie, in tegenstelling tot de andere groepen, een verhoogde hartslag zien tijdens de fysieke stresstaak, maar niet tijdens de psychologische stresstaak. Over het geheel genomen vertoonden de kinderen met ASS en dysthymie de kleinste reactie op de fysieke stresstaak. Hoewel Jansen (1999) onderzoek heeft gedaan naar verschillen in stressreactie tussen verschillende groepen binnen de populatie mensen met een VB is dit nog niet gedaan voor andere groepen binnen de populatie VB. Daarnaast heeft er

nog geen onderzoek plaats gevonden waarbij is gekeken naar de zelfgerapporteerde spanning van mensen met een VB.

De onderzoeksvraag van het huidige onderzoek: Bestaan er verschillen in stressreactie en gehanteerde copingstijl tussen mensen met een licht – matige verstandelijke beperking *met* en *zonder* hechtingsproblemen tijdens een psychologische stresssituatie. Er zal gekeken worden naar de fysiologische reactie op stress (bloeddruk: boven- en onderdruk en hartslag), zelfgerapporteerde spanning en gebruikte copingstijl. Op basis van de literatuur wordt verondersteld dat mensen met een VB *met* hechtingsproblemen een hogere bloeddruk en hartslag laten zien in reactie op een stressvolle situatie, dan mensen met een VB *zonder* hechtingsproblemen (Gray, 2002; Jansen, 1999; Lovallo, 1997; Porges, 2003; Schore, 2001b). Daarnaast wordt verwacht dat mensen met een VB *met* hechtingsproblemen vaker gebruik maken van een vermijdende en afleidende copingstijl en minder gebruik maken van een actieve en hulp zoekende copingstijl dan mensen met een VB zonder hechtingsproblemen, doordat zij minder vertrouwen hebben in de beschikbaarheid van de ander (Janssen et al., 2002a, b). Door afwezigheid van wetenschappelijke literatuur kan er geen verwachting opgesteld worden ten aanzien van zelfgerapporteerde spanning. Daarom wordt slechts nagegaan of er al dan niet sprake is van verschillen tussen de twee groepen in zelfgerapporteerde spanning.

Methode

Steekproef

De participanten zijn geselecteerd uit een populatie van 354 cliënten van 's Heerenloo-Zuid, Rivierenland. Door middel van dossieranalyse en consultatie van gedragskundigen werd vastgesteld dat 17 cliënten voldeden aan de inclusiecriteria: lichte of matige verstandelijke beperking, vergelijkbaar in niveau van sociaal-emotioneel functioneren, voldoende taalbegrip en vergelijkbaar in geslacht en in leeftijd (van 8 t/m 30 jaar). Aanvullend werd het criterium 'hechtingsproblemen' gehanteerd. Cliënten met een diagnose ADHD, epilepsie en/of ASS werden uitgesloten van deelname aan het onderzoek, omdat deze stoornissen van invloed konden zijn op het gedrag. Observatie van copingstijlen kon hierdoor negatief beïnvloed worden.

Van de 17 cliënten waren er 6 (5 vrouwen en 1 man) met hechtingsproblemen en 11 zonder hechtingsproblemen. Alle cliënten met hechtingsproblemen zijn opgenomen in het onderzoek. Van de 11 cliënten zonder hechtingsproblemen zijn er 7 opgenomen in het onderzoek. De andere vier cliënten verschilden teveel in leeftijd van de cliënten met

hechtingsproblemen. Om de definitieve steekproef samen te stellen is schriftelijke toestemming gevraagd aan de wettelijk vertegenwoordigers (Bijlage A). Van de 6 cliënten met hechtingsproblemen zijn 5 toestemmingsverklaringen ontvangen. Zij werden toegewezen aan Groep 1 - ‘L-MVB *met* hechtingsproblemen.’ Van de 7 cliënten zonder hechtingsproblemen zijn 4 toestemmingsverklaringen ontvangen. Zij werden toegewezen aan Groep 2 - ‘L-MVB *zonder* hechtingsproblemen. De uiteindelijke steekproef bestond uit negen participanten in de leeftijd van 9 tot en met 29 jaar ($M = 18.78$ jaar, $SD = 5.95$) met een lichte–matige verstandelijke beperking. Groep 1 bestond uit vijf vrouwen in de leeftijd van 9 tot en met 29 jaar ($M = 18.20$ jaar, $SD = 7.43$) en Groep 2 bestond uit drie mannen en één vrouw in de leeftijd van 15 tot en met 25 jaar ($M = 19.5$ jaar, $SD = 4.43$). Tabel 1 geeft een overzicht van de belangrijkste persoonskenmerken.

Tabel 1. *Persoonskenmerken van de acht participanten*

Participant	Leeftijd	Sekse	S–E* niveau	VB	Hechtings - problemen	Bijkomende problemen	Overig
P1	29	Vrouw	3	Matig	Ja	Wisselende stemmingen, emotioneel afhankelijk	Gescheiden ouders
P2	21	Vrouw	4	Matig	Ja	Wisselende stemmingen, emotioneel afhankelijk, agressief	Pleeggezin
P3	9	Vrouw	3	Licht	Ja	Agressief, claimend, concentratieproblemen, regie overnemen	CCE-traject
P4	17	Vrouw	5	Matig	Ja	Wisselende stemmingen, grenzen opzoeken	Adoptie
P5	15	Vrouw	3	Licht	Ja	X	Gescheiden ouders
P6	25	Man	7	Licht	Nee	Wisselende stemmingen,	Gescheiden ouders
P7	17	Man	3	Licht	Nee	Wisselende stemmingen, agressief, onzeker.	Twee-oudergezin
P8	15	Man	5	Matig	Nee	Emotioneel afhankelijk, agressief, angstig/onzeker.	Kinderbescherming
P9	21	Vrouw	?	Matig	Nee	?	Wonend bij ouders

* S-E niveau = sociaal–emotioneel niveau

Design

In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van een herhaalde metingen design met twee niet-equivalente onderzoeksgroepen: één groep participanten met een lichte–matige verstandelijke beperking *mét* hechtingsproblemen en één groep participanten met een lichte–matige verstandelijke beperking *zónder* hechtingsproblemen. De twee groepen zijn met elkaar vergeleken op de variabelen: Bloeddruk (bovendruk en onderdruk), hartslag, zelfgerapporteerde spanning, en copingstijl.

Instrumenten

Niet - stresstaak: Subtest Substitutie Deel A van de WISC-R. De subtest Substitutie deel A fungeerde als niet - stresstaak binnen de onderzoekssessie, om na te gaan hoe de participanten reageerden op het maken van een taak. De subtest is tweemaal afgenomen: eenmaal voorafgaande aan de stresstaak en eenmaal na afloop van de stresstaak. De participanten mochten net zolang doen over de taak als dat ze nodig hadden. De totale tijd van beide afnamen werd genoteerd, zodat ze geprezen konden worden voor hun prestatie (de scores zijn in de analyse echter niet meegenomen). Voor de scoring is een aparte tabel gemaakt op het scoreformulier (Bijlage B).

Stresstaak: Vijf subtesten van de WPPSI. De stresstaak bestond uit vijf subtesten van de WPPSI-R: Figuur Leggen, Geometrische Figuren, Blokpatronen, Doolhoven en Dierenhuis. De WPPSI-R is een intelligentietest voor mensen met een kalender- of ontwikkelingsleeftijd leeftijd van 4;0 – 7;5 jaar. De subtesten konden door alle participanten worden gemaakt. De participanten kregen 20 minuten om alle items van de vijf subtesten te maken. Om de prestaties van de participanten bij te houden werd gebruik gemaakt van het scoreformulier van de WPPSI-R (de scores echter niet meegenomen in de analyse).

Omron M6. De Bloeddruk en hartslag zijn gemeten met de Omron M6 (gevalideerd) op acht vooraf vastgestelde tijdstipmomenten en fungeerden als maat van autonome arousal. Wanneer de participant rechtshandig was, dan werd de Omron M6 om de linker arm gedaan. Bij een linkshandige participant werd de Omron M6 om de rechter arm gedaan. Om de meetmomenten aan te geven werd gebruik gemaakt van een bel (Bijlage B).

Spanningsthermometer. Aan de participanten werd gevraagd om zelf te rapporteren hoe gespannen zij zich voelden. Hiervoor is gebruik gemaakt van de “Spanningsthermometer” (Verberne & Verzijl, 1997). Dit is een vier-puntsschaal, lopend van 0 graden = *helemaal niet gespannen* tot 40 graden = *heel erg gespannen* (Bijlage C). De Spanningsthermometer werd direct ingevuld nadat de bloeddruk en hartslag waren gemeten.

Copingstijl. De onderzoekssessie werd met een videocamera opgenomen (ca. 60 minuten per participant). De opnames zijn gebruikt om na te gaan welke copingstijlen er door de participanten werden gebruikt tijdens de onderzoekssessie. Voor de analyse is gebruik gemaakt van partiële intervalregistratie met intervallen van 30 seconden, waarvan 20 seconden voor observatie en 10 seconden voor registratie. Het was mogelijk dat er meerdere copingstijlen tijdens één interval werden gescoord. De video-opnamen zijn met behulp van een observatielijst (Bijlage D) gescoord door twee onafhankelijke observatoren (een

orthopedagoog en een student ontwikkelingspsychologie). Er is gekeken naar viercopingstijlen, die als volgt zijn geoperationaliseerd:

- a. *Actieve copingstijl (Ac)*: alle gedragingen die werden gebruikt om een stressor weg te nemen of om de effecten ervan te verminderen. Dit uitte zich in direct handelen, vergroten van de inspanning, stapsgewijs handelen, positief denken en praten over de stressvolle situaties, aandacht gericht op de taak, uitleg of probleem, in zichzelf praten/mompelen om de taak op te lossen, taakgericht werken, etc. Met deze strategie werd beoogd om het probleem op te lossen (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).
- b. *Vermijdende copingstijl (V)*: alle gedragingen waarmee geprobeerd werd om de situatie uit de weg te gaan of het afwachten op wat ging gebeuren. Bijvoorbeeld niet mee willen met de testleider, zeggen dat hij/zij niet (meer) wilde, wegdraaien van de testleider, de taak (de stressor) schuiven/weggooien van het materiaal, zeggen er geen zin meer in te hebben, “moet dat” of ik heb geen zin (meer), treuzelen). Er was geen aandacht voor de taak. De testleider werd niet aangekeken.
- c. *Afleidende copingstijl (Af)*: alle gedragingen en gedachten die werden gebruikt om niet aan de taak te werken. Bijvoorbeeld naar andere dingen in de ruimte kijken, grappen maken, een verhaal vertellen dat niet past bij de situatie, fysieke activiteit, agressieve reactie (slaan, schoppen, met spullen gooien etc.)
- d. *Hulp zoekende copingstijl*: hierbij kon gedacht worden aan alle verbale en non-verbale pogingen om hulp te vragen aan de testleider, bijvoorbeeld “dit is moeilijk” en dan de testleider aankijken.

Het was ook mogelijk dat er geen copingstijl zichtbaar was of concreet gebruikt wordt. In dat geval werd er niet gescoord. Geen van de omschrijvingen behoefde volledig aanwezig te zijn. Het ging om elementen die pasten binnen de hoofdcategorie. Daarnaast waren de omschrijvingen niet uitputtend. De responscategorieën zijn opgesteld aan de hand van “De UCL” en de wetenschappelijke literatuur over coping (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Schreurs, Van de Willige, Brosschot, Tellegen & Graus, 1993). De betrouwbaarheid en validiteit van de gebruikte meetinstrumenten zijn in dit onderzoek niet onderzocht.

Procedure

Het onderzoek is in samenwerking met een van de GZ-psychologen van 's Heerenloo-Zuid opgezet. In eerste aanleg was het de bedoeling om een psychologische stresstaak en een psychosociale stresstaak te creëren om zo de mate van stress en de manier van stressverwerking in kaart te brengen en verschillen tussen de twee groepen vast te kunnen

stellen. Nadat feedback van de regiomanagers was ontvangen, is de opzet van het onderzoek aangepast. De psychologische stresstaak werd behouden, maar de psychosociale stresssituatie werd als ‘te belastend’ ervaren. Het onderzoek werd gepresenteerd als startpunt van een begeleidingstraject voor cliënten met hechtingsproblemen en/of probleemgedrag. Voorafgaande aan de onderzoekssessies is schriftelijke toestemming gevraagd aan de wettelijk vertegenwoordigers (Bijlage A). Vervolgens heeft de hoofdonderzoeker (en testleider) contact opgenomen met de cliëntcoördinatoren en de participanten en zijn datum en tijd van de onderzoekssessie afgesproken. De onderzoeker is voorafgaande aan de onderzoekssessie bij alle participanten langs geweest, zodat deze geen onbekende meer was (vooral van belang voor Groep 1). Wanneer dit nodig was, mocht de bloeddrukmeter vooraf gedemonstreerd worden.

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8
T1=10 min	T2 = 15 min	T3=20 min	T4=ca 25 min	T5= ca 35 min	T6=ca 55 min	T7=ca 45 min	T8= ca 50 min	
Introductie en uitleg instrumenten. <u>Meten:</u> HS, BD en STM *	Drinkmoment <u>Meten:</u> HS, BD en STM.	Uitleg niet-stresstaak <u>Meten:</u> HS, BD en STM	Uitvoeren niet-stresstaak <u>Meten:</u> HS, BD en STM	Uitleg stresstaak. <u>Meten:</u> HS, BD en STM	Uitvoeren stresstaak. <u>Meten:</u> HS, BD en STM	Uitleg niet-stresstaak <u>Meten:</u> HS, BD en STM	Uitvoeren niet – stresstaak <u>Meten:</u> HS, BD en STM	

* HS= hartslag; BD=bloeddruk; STM=spanningsthermometer.

Figuur 1: Opzet van de onderzoekssessie.

De onderzoekssessie

De onderzoekssessie duurde circa 60 minuten en vond plaats in een rustige (afsluitbare) ruimte. De onderzoekssessie bestond uit acht te onderscheiden periodes (Figuur 1). Voorafgaande aan de onderzoekssessie heeft de testleider alle materialen klaar gezet (Bijlage E). Daarna werd de participant opgehaald van de woning of plek van dagbesteding. Vervolgens vond de onderzoekssessie plaats. De participant kreeg een cadeau uit dank voor de medewerking. Ten slotte werd de participant door de onderzoeker terug gebracht naar de woning of plek van dagbesteding. De procedure van de onderzoekssessie staat beschreven in Bijlage F.

Observatie copingstijlen.

Nadat alle onderzoekssessies hadden plaatsgevonden zijn de video-opnamen geanalyseerd. De

observatoren waren een GZ-psycholoog en een student ontwikkelingspsychologie. Zij hebben een korte training ontvangen (circa 15 minuten), waarin de scoringscategorieën werden besproken en is geoefend met het invullen van de scorelijst aan de hand van een testvideo.

Data-analyse

Betrouwbaarheid van de gedragsobservaties

Om de mate van consistentie tussen de twee observatoren vast te stellen is de inter-beoordelaars betrouwbaarheid onderzocht voor 20% van de scores, verdeeld over de twee groepen. Om de mate van overeenstemming te bepalen is gebruik gemaakt van Cohen's Kappa: een kappa van .40 - .60 is redelijk, een kappa van .60-.75 is goed en een kappa groter dan .75 is uitstekend (Robson, 2002).

Fysiologische maten: Bovendruk, Onderdruk en hartslag.

Om na te gaan of er verschillen bestonden tussen de twee onderzoeksgroepen zijn herhaalde metingen ANOVA's uitgevoerd voor de variabelen: bovendruk, onderdruk en hartslag. Allereerst is nagegaan of er verschillen bestonden tussen de acht meetmomenten voor de totale onderzoeksgroep. Vervolgens is nagegaan of er verschillen bestonden tussen de twee onderzoeksgroepen *op* (bijv. op T6) de acht meetmomenten en *tussen* (bijv. van T1 naar T2) de acht meetmomenten.

Copingstijl

Voor de analyse van de gebruikte copingstijlen heeft manipulatie van de data plaatsgevonden. Voor elke periode van de onderzoekssessie (bijv. start van de sessie - T1, van T1 – T2 etc.) zijn de percentages berekend van de gehanteerde copingstijlen. Om na te gaan of er verschillen bestonden tussen de twee onderzoeksgroepen in gehanteerde copingstijl is een herhaalde metingen ANOVA uitgevoerd. Allereerst is nagegaan of er verschillen bestonden tussen de acht meetmomenten, voor de totale onderzoeksgroep. Vervolgens is nagegaan of er verschillen bestonden tussen de twee onderzoeksgroepen *op* en *tussen* de acht meetmomenten.

Zelfgerapporteerde spanning.

Om na te gaan of er verschillen bestonden tussen de twee onderzoeksgroepen in zelfgerapporteerde spanning is eveneens een herhaalde metingen ANOVA uitgevoerd. Wederom is eerst nagegaan of er verschillen bestonden tussen de acht meetmomenten voor de totale onderzoeksgroep. Vervolgens is nagegaan of er verschillen bestonden tussen de twee onderzoeksgroepen *op* en *tussen* de acht meetmomenten. Voor alle analyses is tweezijdig getoetst met een α van .05.

Resultaten

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Met behulp van Cohen's Kappa werd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor zowel de vier afzonderlijke copingstijlen als de totale copingschaal gemeten (Tabel 2). Cohen's Kappa varieerde van .46 tot .75 voor de afzonderlijke copingstijlen (redelijk tot goed). Voor de totale copingschaal was Cohen's Kappa .89. De interne consistentie van de totale copingschaal was uitstekend.

Tabel 2: *Interne consistentie bij de observatie van de copingstijlen*

Copingstijl	Cohen's Kappa
Actieve coping	.46
Vermijdend	.56
Afleidend	.75
Hulp zoekend	.66
Totale copingschaal	.89

Aanname van sphericiteit of circulariteit.

Uit alle analyses is naar voren gekomen dat er voor geen van de onderzochte variabelen is voldaan aan de voorwaarde van sphericiteit (of circulariteit). De vrijheidsgraden zijn daarom voor alle variabelen gecorrigeerd met de Greenhouse-Geisser correctie van sphericiteit (ϵ).

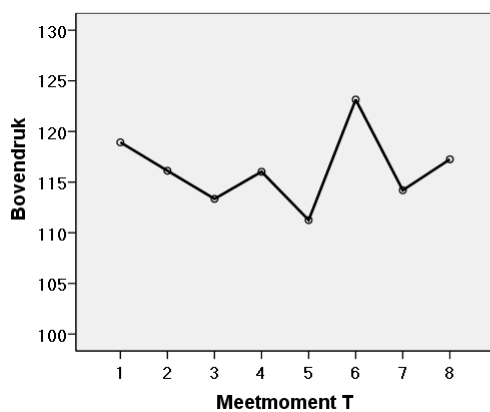
Fysiologische maten

Bloeddruk: Bovendruk

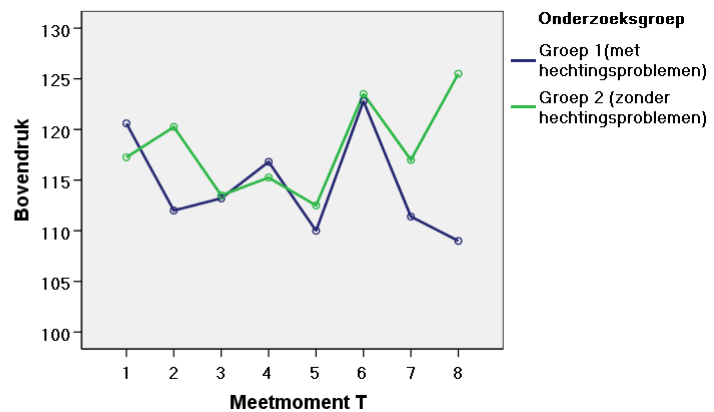
Met behulp van Figuur 2 en 3 is nagegaan of de verschillende onderdelen van de onderzoekssessie (stresstaak, niet - stresstaak, uitleg van opdrachten etc.) een onderscheidende invloed hadden op de bovendruk van de participanten. Uit Figuur 2 kan worden opgemaakt dat er verschillen in bovendruk bestonden tussen de acht meetmomenten voor de totale onderzoeksgroep. Hierbij was de bovendruk hoger aan het begin van de sessie (T1), na het maken van de niet - stresstaken (T4 en T8) en de stresstaak (T6). De bovendruk was lager na de uitleg van deze taken (T3, T5 en T7). De hoogste waarde werd behaald op de meting na de stresstaak (T6). Uit de resultaten is naar voren gekomen dat er geen significante verschillen in bovendruk bestonden tussen de acht meetmomenten voor de totale onderzoeksgroep ($F(2.64, 18.46) = 1.63, p > .05$). Hierbij moet worden opgemerkt dat het verschil tussen T5 en T6 net niet significant was ($F(1, 7) = 3.67, p = .097$).

Uit Figuur 3 kan worden opgemaakt dat de sessieonderdelen een onderscheidende invloed hadden op de bovendruk van de twee onderzoeksgroepen afzonderlijk. De hoogste

waarde werd ook nu behaald nadat de stresstaak was gemaakt (T6), door beide groepen. Alleen Groep 2 liet op T2 en T8 een tegengestelde reactie zien in bovendruk ten opzichte van Groep 1. Verder had Groep 2 op zes van de 8 meetmomenten een hogere bloeddruk had dan Groep 1. Uit de resultaten is naar voren gekomen dat er *geen* significante verschillen in bovendruk bestonden tussen Groep 1 en Groep 2 op de acht meetmomenten ($F(2.64, 18.56) = 1.64, p > .05$). Er was echter wel sprake van een significant verschil tussen Groep 1 en Groep 2 van T7 naar T8, waarbij Groep 2 een hogere bloeddruk had dan Groep 1 ($F(1, 7) = 7.16, p < .05$). Deze resultaten waren niet in overeenstemming met de gestelde verwachting.



Figuur 2. Gemiddelde bovendruk voor de totale onderzoeksgroep op de acht meetmomenten.



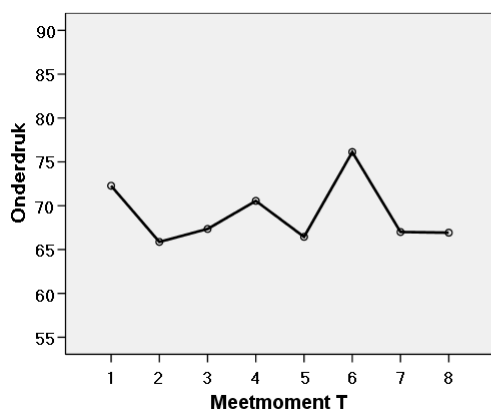
Figuur 3. Gemiddelde bovendruk voor Groep 1 en Groep 2 op de acht meetmomenten.

Bloeddruk: Onderdruk

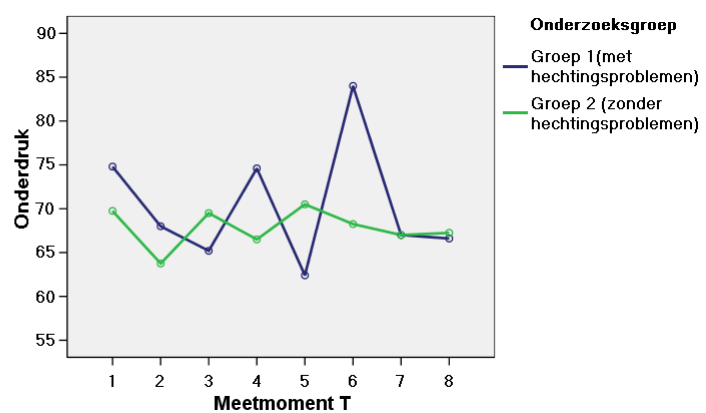
Met behulp van Figuur 4 en 5 is nagegaan of de verschillende onderdelen van de onderzoekssessie (stresstaak, niet - stresstaak, uitleg van opdrachten etc.) een onderscheidende invloed hadden op de onderdruk van de participanten. Uit Figuur 4 is naar voren gekomen dat er verschillen in onderdruk bestonden tussen de acht meetmomenten voor de totale onderzoeksgroep, waarbij de onderdruk hoger was aan het begin van de sessie (T1), na het maken van de eerste niet - stresstaak (T4) en na de stresstaak (T6). De hoogste waarde werd behaald op de meting na de stresstaak. Uit de resultaten kon worden opgemaakt dat de verschillen in onderdruk tussen de meetmomenten niet significant waren ($F(2.16, 15.12) = 1.14, p > .05$).

Zoals uit Figuur 5 opgemaakt kan worden, hadden de sessieonderdelen een onderscheidende invloed op de onderdruk van de twee onderzoeksgroepen afzonderlijk. De verschillen in onderdruk tussen de metingen waren voor Groep 1 echter groter dan voor Groep 2 en de twee groepen lieten vanaf T3 tegengestelde reacties zien. De uitleg van de niet

- stresstaak (T3) en de stresstaak (T5) zorgde voor een afname van de onderdruk bij Groep 1, maar voor een toename bij Groep 2. Daarentegen zorgde het maken van deze taken (T4 en T6) voor een toename in onderdruk bij Groep 1 en voor een kleine afname bij Groep 2. De hoogste waarde van onderdruk werd door Groep 1 behaald nadat de stresstaak was gemaakt (T6). Uit de resultaten is echter naar voren gekomen dat er geen significante verschillen in onderdruk bestonden tussen Groep 1 en Groep 2 op de acht meetmomenten ($F(2.16, 15.12) = 1.22, p > .05$). Er was echter wel sprake van een significant verschil tussen Groep 1 en Groep 2 van T2 naar T3 ($F(1,7) = 11.90, p < .05$). Dit resultaat was niet in lijn met de gestelde verwachting.



Figuur 4. Gemiddelde onderdruk voor de totale onderzoeksgroep op de acht meetmomenten.



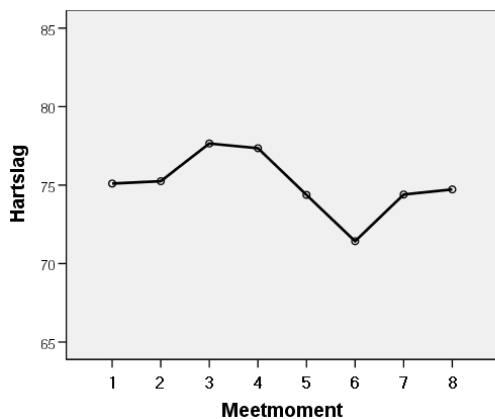
Figuur 5. Gemiddelde onderdruk voor Groep 1 en Groep 2 op de acht meetmomenten.

Hartslag

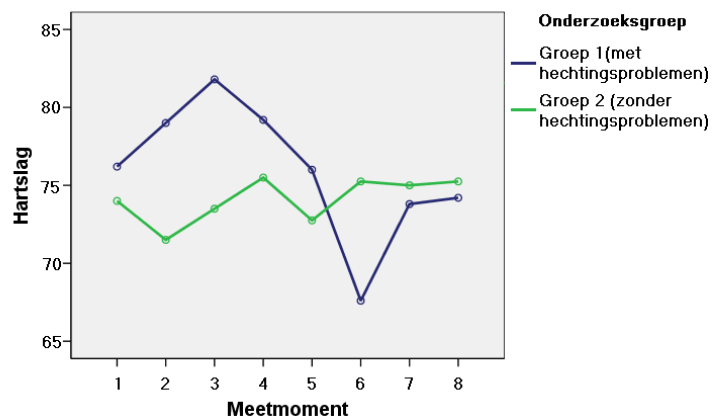
Met behulp van Figuur 6 en 7 is nagegaan of de verschillende onderdelen van de onderzoekssessie (stresstaak, niet - stresstaak, uitleg van opdrachten etc.) een onderscheidende werking hadden op de hartslag van de participanten. Uit Figuur 6. kan worden opgemaakt dat er verschillen in hartslag bestonden tussen de acht meetmomenten voor de totale onderzoeksgroep. Hierbij valt op dat de hartslag de hoogste waarde bereikte na de uitleg en het maken van de eerste niet - stresstaak (T3 en T4) en de laagste waarde na het maken van de stresstaak (T6). Verder viel op dat de hartslag weer toenam bij de uitleg en het maken van de tweede niet - stresstaak (T7 en T8). Uit de resultaten is naar voren gekomen dat er geen significante verschillen in hartslag bestonden tussen de acht meetmomenten ($F(7, 49) = 1.01, p > .05$).

Zoals naar voren komt uit Figuur 7 hadden de sessieonderdelen eveneens een onderscheidende invloed op de hartslag van de twee onderzoeksgroepen afzonderlijk. Groep 2

liet een hogere hartslag zien dan Groep 2 van T1 tot en met T5. Vanaf T6 had Groep 2 een hogere hartslag dan Groep 1. Opvallend was de daling in hartslag van Groep 1 na de stresstaak (T6) om hierna weer te stijgen. Uit de resultaten is naar voren gekomen dat er geen significante verschillen in hartslag bestonden tussen Groep 1 en Groep 2 op de acht meetmomenten ($F(7, 49) = 1.80, p > .05$). De verschillen tussen de twee groepen *tussen* de acht meetmomenten waren niet significant. Hierbij moet echter opgemerkt worden dat het verschil tussen T3 en T4 net niet significant was ($F(1, 7) = 4.50, p > .07$). Deze resultaten waren eveneens niet in overeenstemming met de verwachting.



Figuur 6. Gemiddelde hartslag voor de totale onderzoeksgroep op de acht meetmomenten.



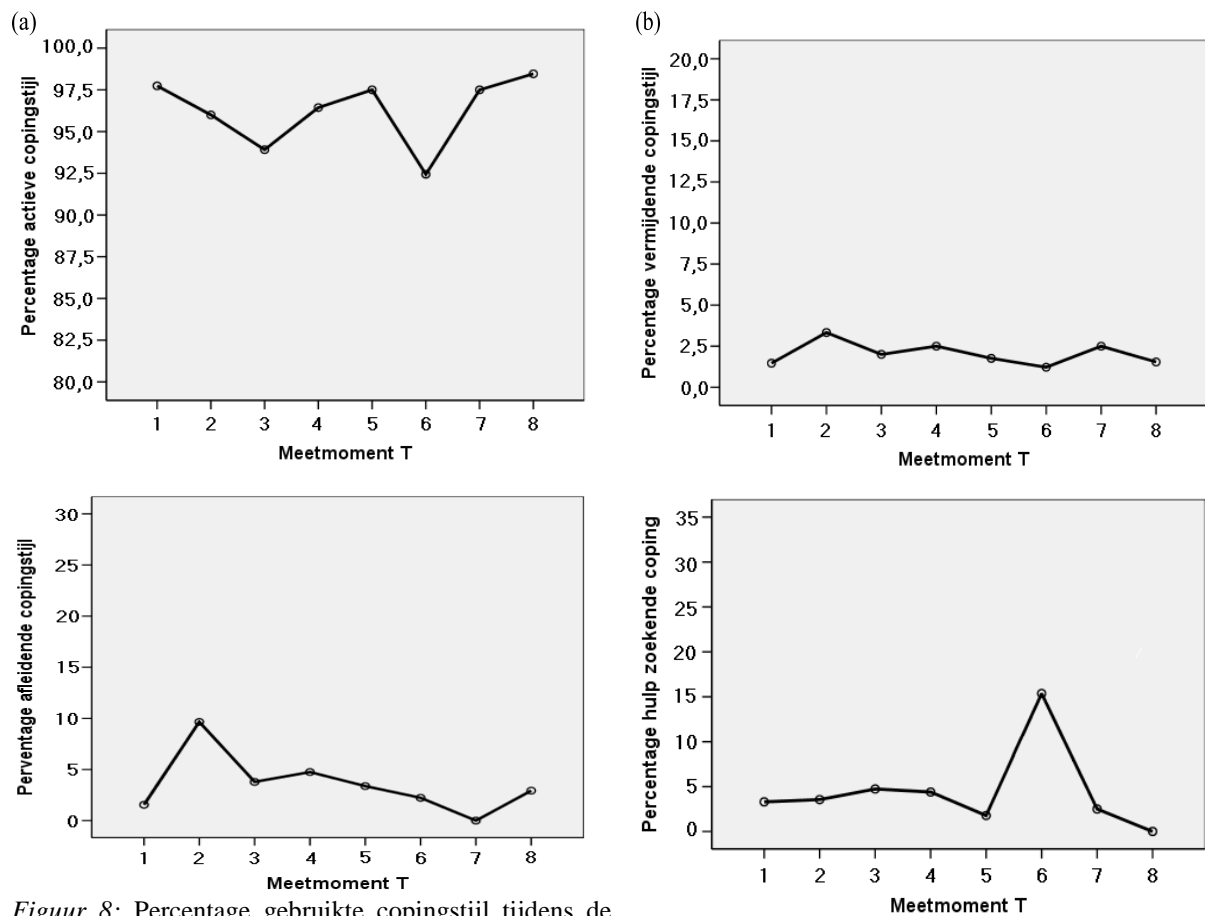
Figuur 7. Gemiddelde hartslag voor Groep 1 en Groep 2 op de acht meetmomenten.

Copingstijl

Met behulp van Figuur 8 is nagegaan of de verschillende onderdelen van de onderzoekssessie (stresstaak, niet - stresstaak, uitleg van opdrachten etc.) van invloed waren op de copingstijlen die door de participanten werden gebruikt. Uit figuur 8 kan worden opgemaakt dat er verschillen in copingstijl bestonden tussen de acht meetperiodes voor de totale onderzoeksgroep op elk van de gescoorde copingstijlen. Hierbij viel op dat de meeste variaties in copingstijl zichtbaar waren bij de actieve- en de vermijdende copingstijlen. Zoals verder uit Figuur 10 naar voren komt, werd de actieve copingstijl het meest gebruikt. Daarnaast kan worden opgemerkt dat er tijdens de stresstaak (T6), sprake was van een daling van de actieve copingstijl ten opzichte van een toename in hulpzoekende copingstijl (Figuur 10 (a) en (d)). De stresstaak zorgde verder voor een daling van de vermijdende copingstijl.

Uit de resultaten is naar voren gekomen dat er geen significante verschillen bestonden tussen de acht meetperiodes voor de actieve -, vermijdende - en afleidende copingstijlen (resp. ($F(1.63, 11.43) = .82, p > .05$), ($F(1.05, 7.32) = 1.23, p > .31$), ($F(3.22, 22.51) = 1.92$,

$p > .05$). Op basis van deze resultaten konden verschillen tussen de twee onderzoeksgroepen niet worden uitgesloten. Uit de resultaten is verder naar voren gekomen dat er significante verschillen in hulpzoekende copingstijl bestonden tussen de acht meetperiodes ($F(2.52, 17.66) = 4.82, p < .05$). Nadere analyse heeft aangetoond dat er significante verschillen in hulpzoekende copingstijl bestonden (voor de totale onderzoeksgroep) tussen T5 – T6 ($F(1,7) = 1640.46, p < .05$) en tussen T6 – T7 ($F(1,7) = 1470.61, p < .05$). Hierna is nagegaan of per copingstijl sprake was van groepsverschillen tussen de acht meetperiodes. ^(c) ^(d)

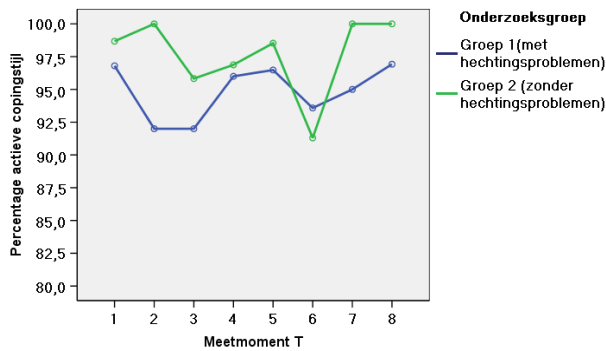


Figuur 8: Percentage gebruikte copingstijl tijdens de onderzoekssessie met (a) actieve copingstijl; (b) vermijdende copingstijl; (c) afleidende copingstijl; en (d) hulpzoekende copingstijl.

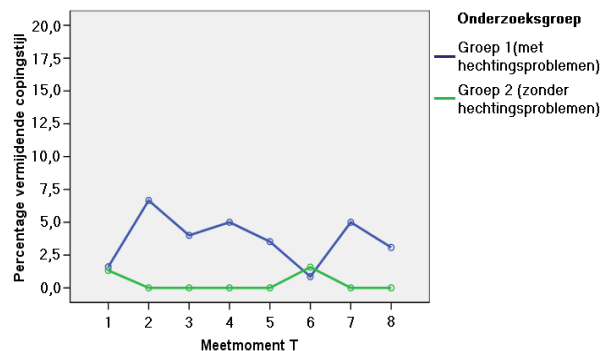
Actieve copingstijl

Op basis van Figuur 9 kan worden opgemaakt dat er verschillen bestonden tussen Groep 1 en Groep 2 in het gebruik van een actieve copingstijl tijdens de onderzoekssessie. Hierbij viel op dat Groep 2 in zeven van de acht meetperiodes vaker actief copinggedrag gebruikte dan Groep 1. Daarnaast viel op dat er voor beide groepen sprake was van een daling in actief copinggedrag tijdens de stresstaak (T6), waarbij Groep 2 minder actieve coping liet zien dan

Groep 1. Het grootste verschil tussen de twee groepen was zichtbaar op T2 (na het drinkmoment). Ondanks dat de grafiek in Figuur 9 anders deed vermoeden, is uit de resultaten van de herhaalde metingen ANOVA naar voren gekomen dat er geen significante groepsverschillen bestonden in het gebruik van een actieve copingstijl tussen de acht meetperiodes ($F(1.63, 11.43) = .43, p > .05$). Dit resultaat is niet in overeenstemming met de verwachting.



Figuur 9. Percentage van gebruik van een actieve copingstijl tijdens de acht meetperiodes.



Figuur 10. Percentage van gebruik van een vermijdende copingstijl tijdens de acht meetperiodes

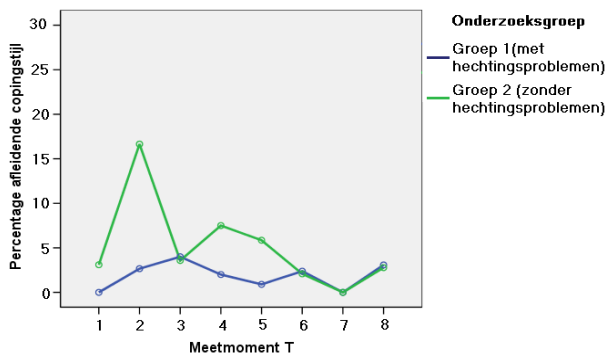
Vermijdende copingstijl

Uit Figuur 10 komt naar voren dat er verschillen bestonden tussen Groep 1 en Groep 2 in het gebruik van een vermijdende copingstijl tijdens de onderzoekssessie. Groep 1 liet hierbij op zeven van de acht meetperiodes meer vermijnd copinggedrag zien dan Groep 2. Verder viel op dat Groep 1 tijdens stresstaak (T6) minder vermijnd copinggedrag liet zien dan Groep 2. Daarnaast liet Groep 2 in zes van de acht meetperiodes geen vermijnd copinggedrag zien. Hoewel de grafieken anders deden vermoeden, is uit de resultaten van de herhaalde metingen ANOVA naar voren gekomen dat er geen significante groepsverschillen bestonden tussen de acht meetperiodes in het gebruik van een vermijdende copingstijl ($F(1.05, 7.32) = 1.23, p > .05$). Dit resultaat is eveneens niet in overeenstemming met de gestelde verwachting.

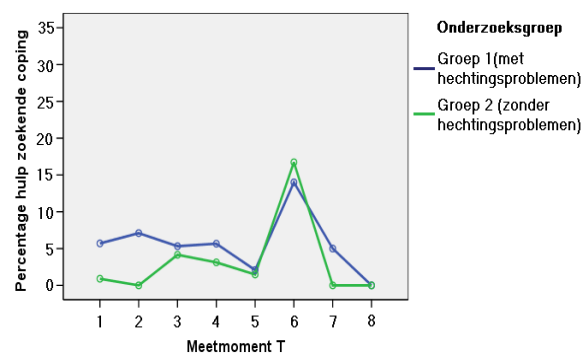
Afleidende copingstijl

Uit Figuur 11 kan worden opgemaakt dat er slechts enkele verschillen bestonden tussen Groep 1 en Groep 2 in het gebruik van een afleidende copingstijl gedurende de acht meetperiodes van de onderzoekssessie. Hierbij viel op dat Groep 2 meer afleidend

copinggedrag liet zien dan Groep 1. Het grootste verschil was zichtbaar op T2, na het drinkmoment, waarbij Groep 2 veel meer afleidend copinggedrag liet zien dan Groep 1. Daarnaast waren er geen verschillen tussen de twee groepen in de periode van de stresstaak. Groep 1 liet slechts beperkt afleidend copinggedrag zien. Uit de resultaten van de herhaalde metingen ANOVA is naar voren gekomen dat er geen significante groepsverschillen in het gebruik van een vermijdende copingstijl bestonden tussen de acht meetperiodes ($F(3.22, 22.51) = 1.44, p > .05$). Het resultaat komt niet overeen met de gestelde verwachting.



Figuur 11. Percentage van gebruik van een afleidende copingstijl tijdens de acht meetperiodes.



Figuur 12. Percentage van gebruik van een hulpzoekende copingstijl tijdens de acht meetperiodes.

Hulpzoekende copingstijl

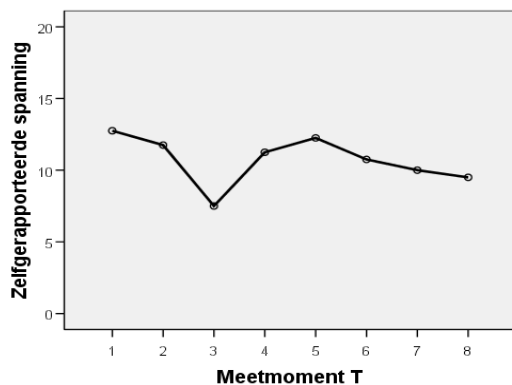
Zoals uit Figuur 12 kan worden opgemaakt bestonden er verschillen tussen Groep 1 en Groep 2 in het gebruik van een hulpzoekende copingstijl tijdens de onderzoekssessie. Hierbij viel op dat Groep 1 in zes van de acht meetperiodes meer hulpzoekend gedrag liet zien dan Groep 2, maar Groep 2 liet dit gedrag het meeste zien in de periode van de stresstaak. (T6). Uit de resultaten van de herhaalde metingen ANOVA is naar voren gekomen dat er geen significante groepsverschillen in het gebruik van een vermijdende copingstijl bestonden tussen de acht meetperiodes ($F(2.52, 17.66) = .57, p > .05$). Ook dit resultaat is niet overeenkomstig met de gestelde verwachting.

Zelfgerapporteerde spanning

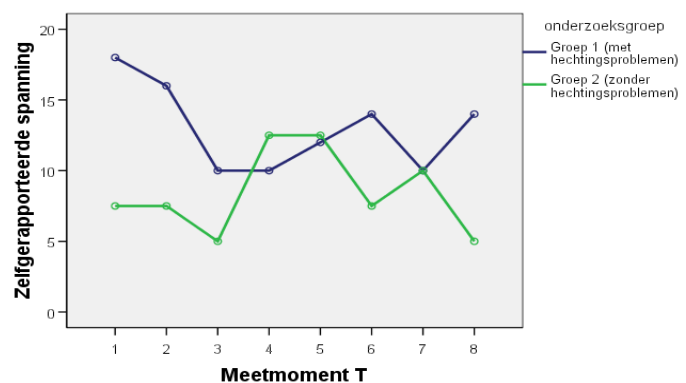
Met behulp van Figuur 13 en 14 is gekeken of de verschillende onderdelen van de onderzoekssessie (stresstaak, niet - stresstaak, uitleg van opdrachten etc.) een onderscheidende invloed hadden op de zelfgerapporteerde spanning van de participanten. Uit Figuur 13 kon worden opgemaakt dat er verschillen in zelfgerapporteerde spanning bestonden

tussen de acht meetmomenten voor de totale onderzoeksgroep, waarbij opvalt dat de hoogste waarden werden behaald aan het begin van de sessie (T1) en na de uitleg van de stresstaak (T5). De laagste waarde werd behaald bij de uitleg van de eerste niet - stresstaak (T3). Uit de resultaten is naar voren gekomen dat er geen significante verschillen in zelfgerapporteerde spanning bestonden tussen de acht meetmomenten ($F(3.23, 22.61) = .45, p > .05$).

Op basis van Figuur 9 kon worden opgemerkt dat er verschillen bestonden in zelfgerapporteerde spanning tussen de twee onderzoeksgroepen. Wat hierbij opviel was dat Groep 1 een hogere spanning rapporteerde dan Groep 2 op vijf van de acht meetmomenten. Verder viel op dat de twee groepen tegengestelde reacties lieten zien. De zelfgerapporteerde spanning voor Groep 2 nam toe tussen T3 en T4 (na het maken van de niet – stresstaak), terwijl deze bij Groep 1 gelijk bleef. Deze tegengestelde richtingen waren ook zichtbaar op T6 (na het maken van de stresstaak) en T7 en T8. Uit de resultaten is naar voren gekomen dat er geen significante verschillen in zelfgerapporteerde spanning bestonden tussen Groep 1 en Groep 2 op de acht meetmomenten ($F(3.23, 22.61) = .44, p > .05$).



Figuur 13. Gemiddelde zelfgerapporteerde spanning voor de totale onderzoeksgroep op de acht meetmomenten.



Figuur 14. Gemiddelde zelfgerapporteerde spanning voor Groep 1 en Groep 2 op de acht meetmomenten.

Conclusie en discussie

Het doel van het huidige onderzoek was om na te gaan of er verschillen in stressreactie en copingstijl bestonden tussen mensen met een lichte – matige verstandelijke beperking (VB) met en zonder hechtingsproblematiek. Op basis van het stress-hechtings-model van Janssen, Schuengel & Stolk (o.a. Janssen, Schuengel & Stolk, 2002a, b; Schuengel & Janssen, 2006) werd verwacht dat de onderzoeksgroep met hechtingsproblemen een grotere toename in bloeddruk (bovendruk en onderdruk) en hartslag zou laten zien dan de onderzoeksgroep

zonder hechtingsproblemen. Daarnaast werd verwacht dat de groep met hechtingsproblemen, ten opzichte van de groep zonder hechtingsproblemen, meer gebruik zou maken van de vermijdende en afleidende copingstijlen en minder van de actieve en hulpzoekende (Dykens, 2000; Hartley & MacLean, 2005). De participanten namen deel aan een onderzoekssessie van circa 60 minuten, die bestond uit acht te onderscheiden periodes: uitleg van de sessie en de meetinstrumenten, een drinkmoment, twee psychologische niet-stresstaken en één psychologische stresstaak. De taken werden alle drie vooraf gegaan door een uitleg.

In tegenstelling tot de gestelde verwachtingen zijn er geen significante verschillen in bovendruk, onderdruk, hartslag (fysiologische reactie) en zelfgerapporteerde spanning gevonden tussen de twee onderzoeksgroepen op de acht meetmomenten van de onderzoekssessie. Daarnaast bestonden er geen significante verschillen in gehanteerde copingstijl tussen de twee groepen tijdens de acht periodes van de onderzoekssessie.

Opvallende trends

Ondanks het uitblijven van significante verschillen waren er enkele opvallende trends zichtbaar. Net als in het onderzoek van Jansen (1999) was de psychologische stresstaak van het huidige onderzoek niet in staat om voor een significante fysiologische reactie te zorgen bij de participanten. Toch heeft de stresstaak bij de groep met hechtingsproblemen geleid tot een toename van de boven- en onderdruk en voor een afname van de hartslag. Onder stress nemen de bloeddruk en hartslag meestal toe. Het is echter ook mogelijk dat, in tijden van stress, de boven- en onderdruk toenemen terwijl de hartslag afneemt (Burken & Swank, 2000). Deze reactie was dan ook te zien bij de groep met hechtingsproblemen en liet zien dat er bij deze groep sprake was van een fysiologische reactie op de stresstaak. Door de hoge bovendruk hoefde het hart niet zo snel te kloppen om het bloed door het lichaam te krijgen. Er was echter nog steeds sprake van een fysiologische stressreactie (Burgerhout, Mook, Morree & Zijlstra, 2001).

De groep zonder hechtingsproblemen liet alleen een toename in bovendruk zien. De onderdruk en de hartslag bleven redelijk stabiel. Dit betekende dat de pompkracht van het hart toenam, maar ook weer snel tot rust kwam (onderdruk). Hierdoor werd een lage hartslag behouden. Bij de groep zonder hechtingsproblemen was dan ook geen sprake van een duidelijke fysiologische stressreactie (Burgerhout, Mook, Morree & Zijlstra, 2001). Hoewel er in het huidige onderzoek geen significante verschillen zijn gevonden in fysiologische reactie, is het wel opvallend dat de groep met hechtingsproblemen een fysiologische reactie liet zien, terwijl dit niet het geval was bij de groep zonder hechtingsproblemen. Dit suggereert

dat mogelijk toch sprake is van een verschil in stressreactie tussen mensen met een lichte -matige verstandelijke beperking *met* en *zonder* hechtingsproblemen en dient nader onderzocht worden.

Wat betreft de gehanteerde copingstijlen zijn er eveneens geen significante verschillen tussen de groepen gevonden. Desondanks waren er enkele interessante trends zichtbaar. Allereerst viel op dat beide groepen veel actieve coping gebruikte, maar dat het percentage bij de groep zonder hechtingsproblemen hoger lag. Ten tweede kwam naar voren dat beide groepen tijdens de stresstaak minder gebruik maakten van actieve coping dan tijdens de rest van de onderzoekssessie. Dit werd echter gecompenseerd met een toename in het gebruik van een hulpzoekende coping. Ten opzichte van de groep *zonder* hechtingsproblemen, gebruikte de groep *met* hechtingsproblemen iets meer actieve coping en iets minder hulpzoekende coping tijdens de stresstaak. Dit verschil kan worden verklaard vanuit een beperkt vertrouwen in de beschikbaarheid van de ander in tijden van stress door de participanten met hechtingsproblemen. Mensen met hechtingsproblemen zijn dan minder snel geneigd om hulp te vragen (Stor & Storsbergen, 2006).

Ten aanzien van de zelfgerapporteerde spanning werd geen verwachting geformuleerd, omdat deze niet onderbouwd kon worden met wetenschappelijke literatuur. Voor zelfgerapporteerde spanning is daarom gekeken of er verschillen tussen de twee groepen bestonden. Uit de resultaten is naar voren gekomen dat de twee groepen niet significant van elkaar verschilden ten aanzien van zelfgerapporteerde spanning. Een mogelijke oorzaak voor dit resultaat is dat zelfrapportage bij mensen met een VB minder betrouwbaar is dan bij de mensen zonder VB (Finley & Lyons, 2001). De spanningsthermometer is ontwikkeld voor mensen met een lichte VB en de helft van de participanten vond het moeilijk om aan te geven hoe gespannen zij waren. De spanningsthermometer was daarom mogelijk te ingewikkeld en ongeschikt voor mensen met een *matige* VB en de jongste cliënt met een *lichte* VB. Doordat er wel verschillende trends naar voren zijn gekomen, biedt het huidige onderzoek mogelijkheden voor vervolgonderzoek.

Beperkingen en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

Er waren een aantal beperkingen aan de huidige studie die mogelijk van invloed zijn geweest op het uitblijven van significante verschillen tussen de twee onderzoeksgroepen. Ten eerste was het onderzoek beperkt doordat er gebruik is gemaakt van een kleine, selecte steekproef. Voor groepsvergelijking wordt aanbevolen om gebruik te maken van groepen met minimaal 15 participanten per groep (Robson, 2002). In het huidige onderzoek is hier niet aan voldaan,

aangezien de totale steekproef van het huidige onderzoek slechts uit 9 participanten bestond. De resultaten zijn hierdoor niet generaliseerbaar naar de totale populatie lichte - matige VB met en zonder hechtingsstoornis.

Een tweede beperking is dat de onderzoeksgroepen niet volledig vergelijkbaar waren in samenstelling. De groep met hechtingsproblemen bestond volledig uit meisjes/vrouwen, terwijl de groep zonder hechtingsproblemen voor driekwart uit jongens bestond. Onderzoek van Kelly en collega's (2008) heeft uitgewezen dat jongens meer stressgedrag laten zien dan meisjes. Mogelijkerwijs is dit ook van invloed op de fysiologische reacties op stress. Voor toekomstig onderzoek valt het aan te bevelen om gebruik te maken van een grotere steekproef, waarbij de groepen beter vergelijkbaar zijn in samenstelling.

Ten derde was het aantal metingen in het huidige onderzoek beperkt. De kaders van het huidige onderzoek stonden uitgebreidere meting echter niet toe. Voor toekomstig onderzoek valt dan ook aan te bevelen dat er gebruik gemaakt wordt van een instrument als de VU-AMS (o.a. Sterkenburg, Schuengel & Janssen, 2007) om continue metingen van de fysiologische reacties te kunnen verrichten. Daarnaast vormt cortisol een belangrijke indicator voor stress en zou in toekomstig onderzoek gebruikt kunnen worden (Jansen, 1999).

Doordat er in het huidige onderzoek wel enkele trends zichtbaar waren, is het interessant om in de toekomst na te gaan of er mogelijk significante verschillen bestaan tussen mensen met een lichte – matige verstandelijke beperking *met* en *zonder* hechtingsproblemen. Wanneer de beperkingen en aanbevelingen van het huidige onderzoek in acht worden genomen is het mogelijk dat de trends omgezet kunnen worden in daadwerkelijke groepsverschillen. Daarnaast kan eventueel gebruik gemaakt worden van een psychosociale stresstaak, waarvan de stresserende werking wetenschappelijk bewezen is (bijvoorbeeld Jansen, 1999). Daarnaast kan er naar stressgedrag gekeken worden (gedragsobservatie) om na te gaan of mensen met een lichte-matige VB met en zonder hechtingsproblemen hierin van elkaar verschillen.

Algehele conclusie

Uit het huidige onderzoek is naar voren gekomen dat er geen significante verschillen in stressreactie en copingstrategieën bestaan tussen mensen met een lichte – matige verstandelijke beperking *met* hechtingsproblemen en mensen met een lichte – matige verstandelijke beperking *zonder* hechtingsproblemen. Enkele trends toonden echter aan dat mensen met een lichte - matige verstandelijke beperking *met* hechtingsproblemen (niet-significant verschillen van mensen met een lichte - matige verstandelijke beperking *zonder*

hechtingsproblemen in hun stressreactie en copingstijl na een psychologische stresstaak. Het huidige onderzoek is daarom een eerste aanzet voor vervolgonderzoek.

Literatuurlijst

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Arntz, A. (1997). *Cognitieve theorieën*. In H. T. van der Molen, S. Perreijn, & M. A. van den Hout (Eds.), *Klinische psychologie* (175 – 215). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Ayers, T. S., Sandler, I. N., West, S. G., & Roosa, M. W. (1996). A dispositional and situational assessment of children's coping: Testing alternative models of coping. *Journal of Personality*, *64*, 923 – 958.
- Blount, R. L., Simons, L. E., Devine, K. A., Jaaniste, T., Cohen, L. L., Chambers, C. T., et al. (2008). Evidence-based assessment of coping and stress in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, *33*, 1021 – 1045.
- Boris, N. W., & Zeanah, C. H. (1999). Disturbances and disorders of attachment in infancy: An overview. *Infant Mental Health Journal*, *20*, 1 – 9.
- Bramston, P., Cummins, R. A. (1998). Stress and the move into community accommodation (N1). *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *23*, 295 – 308.
- Bramston, P., & Fogarty, G. (1995). Measuring stress in the mildly intellectually handicapped: The factorial structure of the subjective stress scale. *Research in Developmental Disabilities*, *16*, 117 – 131.
- Bramston, P., & Fogarty, G. (2000). The assessment of emotional distress experienced by people with an intellectual disability: a study of different methodologies. *Research in Developmental Disabilities*, *21*, 487 – 500.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Kumari – Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 267 – 283.
- Cassidy, T. (2000). Stress, healthiness and health behaviours: an exploration of the role of life events, daily hassles, cognitive appraisal and the coping process. *Counselling Psychology Quarterly*, *13*, 293 – 311.
- Clay, J., & Thomas, J. C. (2005). Prevalence of axis I psychopathology in an intellectual disabled population: Type of pathology and residential supports. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, *17*, 75 – 84.
- Dekker, M., Douma, J., De Ruiten, K., & Koot, H. (2006). Aard, ernst, comorbiditeit en

- beloop van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking. In R. Didden (Eds.), *In Perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (21 – 40). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Došen, A. (1990). *Psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnigen*. Boom: Meppel.
- Dykens, E. M. (2000). Annotation: Psychopathology in children with intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 407 – 417.
- Einfeld, S. L., Piccinin, A. M., Mackinnon, A., Hofer, S. M., Taffe, J., Gray, K. M., et al. (2006). Psychopathology in young people with intellectual disability. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 296, 1981 – 1990.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Guthrie, I. K. (1997). Coping with stress: Roles of regulation and development. In S. A. Wolchik, & I. N. Sandler (Eds.). *Handbook of children's coping: Linking theory and intervention* (41 – 70). New York: Plenum Press.
- Emerson, E. (2001). *Challenging behaviour: Analysis and intervention in people with severe intellectual disabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ermers, S., & Hendriks, J. (1996). *Effecten van reductie van psychopharmaca op gewenst en ongewenst gedrag bij subjecten met een matige tot ernstige verstandelijke handicap*. Niet-gepubliceerde doctoraalscriptie, Katholieke Universiteit van Nijmegen, Nijmegen.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS – Second edition*. London: SAGE Publications Ltd
- Finlay, W. M. L. & Lyons, E. (2001). Methodological issues in interviewing and using selfreport questionnaires with people with mental retardation. *Psychological Assessment*, 13, 319 – 335.
- Gray, P. (2002). *Psychology*. New York: Worth Publishers.
- Green, J., & Goldwyn, R. (2002). Annotation: Attachment disorganisation and psychopathology: New findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Pathology and Psychiatry*, 43, 835 – 846.
- Hartley, S. L., MacLean, E. (2005). Perceptions of stress and coping strategies among adults with mild mental retardation: Insight into psychological distress. *American Journal on Mental Retardation*, 4, 285 – 297.
- Jahoda, A., Pert, C., Squire, J., & Trower, P. (1998). Facing stress and conflict: A comparison

- of the predicted responses and self-concepts of aggressive and non-aggressive people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability*, 42, 360 – 369.
- Jansen, L. M. C. (1999). *Impaired stress processing in autistic-like disorders and schizophrenia*. Enschede: FEBODRUK BV.
- Janssen, C. G. C., & Schuengel, C. (2006). Gehechtheid, stress, gedragsproblemen en psychopathologie bij mensen met een lichte verstandelijke beperking: Aanzetten voor interventie. In R. Didden (Eds.), *In Perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (67 – 83). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Janssen, C. G. C., Schuengel, C., & Stolk, J. (2002a). Gedragsproblemen bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking, gehechtheidsproblemen en psychologische stress. Een verklaringsmodel met implicaties voor onderzoek en praktijk. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten*, 28, 3 – 20.
- Janssen, C. G. C., Schuengel, C., & Stolk, J. (2002b). Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: A stress-attachment model. *Journal of Intellectual Disability*, 46, 445 – 453.
- Kelly, M. M., Tyrka, A. R., Anderson, G. M., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2008). Sex differences in emotional and physiological responses to the Trier Social Stress Test. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 39, 87 – 98.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lovullo, W. R. (1997). *Stress and health biological and psychological interactions*. London: Sage Publications.
- Marvin, R. S., & Pianta, R. C. (1996). Mother's reactions to their child's diagnosis: Relations with security of attachment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 436 – 445.
- Porges, S. W. (2003). Social engagement and attachment: A phylogenetic perspective. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008, 31 – 47.
- Robson, C. (2002) *Real world research (second edition)*. Malden: Blackwell Publishing.
- Roy, P., Rutter, M., & Pickles, A. (2000). Institutional care: Risk from family background or pattern of rearing? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 139 – 149.
- Sandler, I. N., Wolchik, S. A., MacKinnon, D., Ayers, T. S., & Roose, M. W. (1997). Developing linkages between intervention in stress and coping processes. In S. A. Wolchik, & I. N. Sandler (Eds.), *Handbook of children's coping: Linking theory and intervention* (8 – 40). New York: Plenum Press.

- Schore, A. N. (2001a). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7 – 66.
- Schore, A. N. (2001b). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201 – 269.
- Schreurs, P. J. G., Van de Willige, G., Brosschot, J. F., Tellegen, B., & Graus, G. M. H. (1993). *De Utrechtse Copinglijst: UCL. Omgaan met problemen en gebeurtenissen*. Lisse: Swets en Zeitlinger BV.
- Schuengel, C., & Janssen, C. G. C. (2006). People with mental retardation and psychopathology. Stress, affect regulation, and attachment. *International Review of Research in Mental Retardation*, 32, 229 – 260.
- Stor, P. & Storsbergen, H. (Eds.). (2006). *Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis. Het onderkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: LEMMA.
- Stroud, L. R., Salovey, P., & Epel, E. S. (2002). Sex differences in stress responses: social rejection versus achievement stress. *Biological Psychiatry*, 52, 318 – 327.
- Van Burken, P. (2000). De biologie van stress. In P. van Burken, & J. Swank (Eds.), *Gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut* (20 – 31). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van Nieuwenhuizen, M., & Elias, C. (2006). Probleemoplossingsvaardigheden en competentiebeleving van kinderen met een lichte verstandelijke beperking. In R. Didden (Eds.), *In Perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (85 – 100). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2006). The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1228-1245.
- Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analyses of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.
- Verberne, G. J., & Verzijl, W. (1997). *Minder vaak uit de bocht. Leren omgaan met spanningen*. Oostrum: De Wendel / SPOT.
- Vollrath, M., Alnæs, R., & Torgersen, S. (2003). Differential effects of coping in mental

disorders: A prospective study in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1077 – 1088.

- Willemsen-Swinkels, S. H. N., Bakermans-Kranenburg, M. J., Buitelaar, J. K., Van IJzendoorn, M. H., & Van Engeland, H. (2000). Insecure and disorganised attachment in children with a pervasive developmental disorder: Relationship with social interaction and heart rate. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 759 – 767).
- Willner, P., Brace, N., & Phillips, J. (2005). Assessment of anger coping skills in individuals with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 329 – 339.

Bijlagen

Bijlage A. Toestemmingsverklaring wettelijk vertegenwoordigers.

datum 15 februari 2008
betreft Verzoek tot deelname aan een project/onderzoek naar stress

Geachte heer/mevrouw,

Het is bekend dat veel mensen met een verstandelijke beperking minder goed om kunnen gaan met angsten en spanning (ook wel stress genoemd) dan mensen zonder verstandelijke beperking. Hier zijn drie redenen voor:

1. Door de verstandelijke beperking zijn sommige vaardigheden minder goed ontwikkeld, bijvoorbeeld hoe je het beste kunt reageren als je iets niet snapt, of hoe je gevoelens kunt uiten.
2. Mensen met een verstandelijke beperking beschikken vaak niet over de juiste strategieën om met spanningen om te gaan. Hierdoor kiezen ze sneller voor een oplossing die de spanning maar voor korte tijd wegneemt.
3. De derde reden heeft te maken met de gehechtheidsrelatie. Gehechtheid heeft te maken met de emotionele band die iemand heeft met zijn/haar ouders/verzorgers. Deze band is erg belangrijk, omdat hier een gevoel van veiligheid en vertrouwen van uit gaat. Voor mensen met een verstandelijke beperking is het lastiger om deze band op te bouwen. En het is nog lastiger als ze in een instelling wonen, omdat ze met veel verschillende ondersteuners te maken hebben.

Deze drie redenen zorgen ervoor dat mensen met een verstandelijke beperking minder goed om kunnen gaan met stress. Dit leidt helaas regelmatig tot moeilijk verstaanbaar gedrag.

In samenwerking met een student Orthopedagogiek, van de Universiteit Utrecht, wordt bij 's Heerenloo een onderzoek gestart. Met dit onderzoek willen we meer inzicht krijgen in de manier waarop de cliënten van 's Heerenloo omgaan met stress. Dit doen we door middel van een paar eenvoudige opdrachten (bijvoorbeeld puzzels maken en figuren natekenen), een aantal metingen (bijvoorbeeld hartslag en bloeddruk) en observatie van gedrag (door middel van video-opname). In totaal duurt een onderzoek ongeveer anderhalf uur.

Het onderzoek is het begin van een begeleidingstraject. Als blijkt dat "naam/uw zoon/uw dochter" veel spanningen ervaart, dan kunnen we aan de hand van de resultaten gerichter aanwijzingen geven voor de begeleiding. En verder kunnen we "naam/uw

zoon/uw dochter" aansluitend op het onderzoek een begeleidingstraject aanbieden met als doel meer adequaat met spanningen om te leren gaan.

Dit onderzoek is een initiatief van de psychologisch/pedagogische dienst van Advisium. Na overleg met de pedagogen, psychologen en cliëntcoördinatoren is vastgesteld dat "naam/uw zoon/uw dochter" in aanmerking komt voor deelname aan dit onderzoek. Dit zal plaatsvinden in de periode van februari 2009 t/m april 2009. Alle gegevens die worden verzameld vallen onder het privacy-reglement van 's Heerenloo. Daarmee is onder andere geregeld dat de in het kader van het onderzoek gemaakte video-opnamen na het onderzoek worden vernietigd.

Wij vragen u toestemming te verlenen voor:

- a. deelname aan het project/onderzoek en
- b. het maken van video-opnames.

Wanneer u hiermee akkoord gaat, wilt u dan het bijgevoegde formulier binnen 14 dagen na ontvangst ondertekend aan ons terugsturen middels bijgesloten antwoordenvolp? Alvast hartelijk dank.

Het onderzoek wordt begeleid door Drs. M.T.W. Houkes (GZ-psycholoog bij 's Heerenloo) en door dr. A. Wijnroks (docent aan Universiteit Utrecht). U kunt ten tijde van het onderzoek altijd informatie krijgen over de stand van zaken bij ondergetekenden. Na afloop van het onderzoek (juni 2009) zullen wij u uiteraard informeren over de gevonden resultaten.

Hopende u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

Drs. M.T.W. Houkes
GZ psycholoog

BSc. A.A.H. Renshof
Stagiaire orthopedagogiek

0344 – 673 285
0345 - 589 206

TOESTEMMINGSVERKLARING

Naam (wettelijk) vertegenwoordiger:

Hierbij verleen ik toestemming voor:

- Deelname aan het project/onderzoek naar omgang met stress door "naam"
- Het maken van video-opnamen gedurende éénmaal anderhalf uur bij "naam".

Datum:

Handtekening:

Bijlage B: Scorelijst substitutie, hartslag en bloeddruk

Score Substitutie: Deel A

Tot hoever is de participant gekomen

vb	vb	vb	vb	vb					

Afname	Tijd
1 ^e afname	
2 ^e afname	

Score Hartslag en bloeddruk

Naam:

Datum:

1

Boven druk	
Onder druk	
H.slag	

2

Boven Druk	
Onder Druk	
H.slag	

3

Boven Druk	
Onder Druk	
H.slag	

4

Boven druk	
Onder Druk	
H.slag	

5

Boven Druk	
Onder Druk	
Hartslag	

6

Boven Druk	
Onder Druk	
Hartslag	

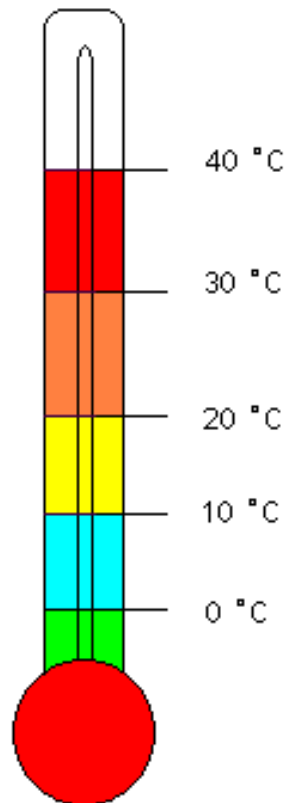
7

Boven Druk	
Onder Druk	
H.slag	

8

Boven Druk	
Onder Druk	
H.slag	

De spanningsthermometer

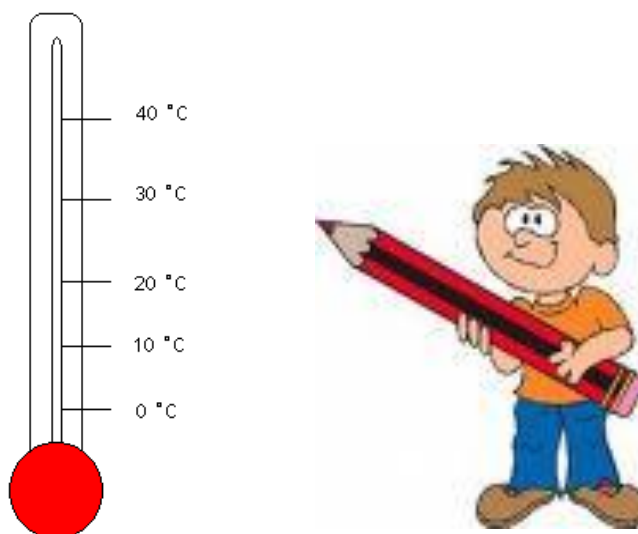


Van:

De spanningsthermometer komt uit het boekje “Minder vaak uit de bocht, leren omgaan met spanningen.” Dit boekje is geschreven voor mensen met een licht verstandelijke beperking. In het boekje staat wat je kunt doen als je gespannen wordt en wat je dan kunt doen hiermee om te gaan en rustiger te worden.

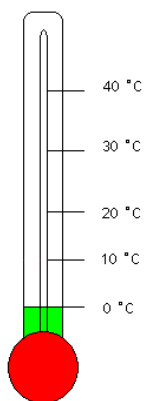
In het boekje wordt de spanningsthermometer gebruikt om je spanningen te meten. Je kunt zelf aangeven of je last hebt van spanningen en hoeveel. Je de thermometer vandaag 8 keer in. Je wordt geholpen door de testleider. Op de volgende pagina wordt uitgelegd hoe je de thermometer in kunt vullen.

(De spanningsthermometer wordt afgedrukt op A-5 formaat, waardoor de uitleg op de volgende pagina komt te staan)



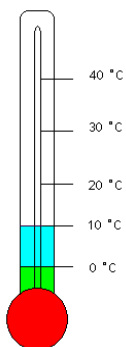
Spanningsthermometer

Met de spanningsthermometer kun je aangeven hoe gespannen je bent. De thermometer loopt van 0 graden tot 40 graden. Bij 0 graden gaat alles goed, ben je niet gespannen. Bij 40 graden ben je héél gespannen.



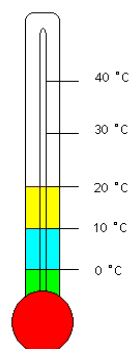
0 graden:

Je bent helemaal niet gespannen. Je voelt je heerlijk rustig, je kunt lekker ontspannen gaan zitten of liggen, je hebt je gedachten onder controle en als er even geen gedachten zijn is het ook goed.



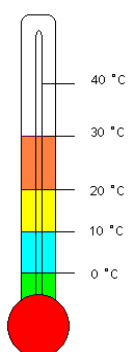
10 graden:

Je bent wat onrustiger, je probeert alles in de gaten te houden.
Je hebt nog wel alles onder controle.



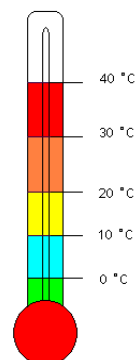
20 graden:

Het gaat goed, je hebt jezelf onder controle. Er zijn wel wat problemen maar je kunt alles goed aan.



30 graden:

Je bent best gespannen. Maar je kunt jezelf nog onder controle houden. Je moet als steeds een beetje tegen jezelf praten om het goed te laten gaan.



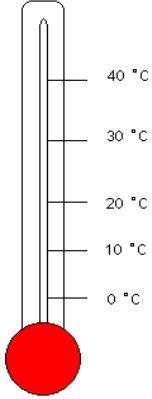
40 graden:

Je bent vreselijk gespannen. Je kunt niet meer nadenken. Je kunt je zelf niet meer tegen houden om te gaan schreeuwen, te slaan of te gaan gooien. Al je spieren zijn gespannen. Je bent zo gespannen, dat je dat op dat moment zelf niet meer weet. Je merkt het pas na afloop.

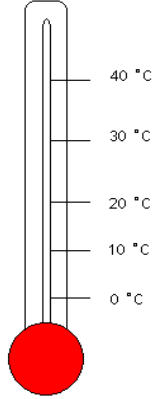
Kleur hier maar in hoe je je voelt.

Taak 1

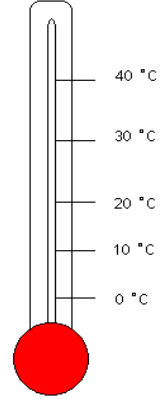
1



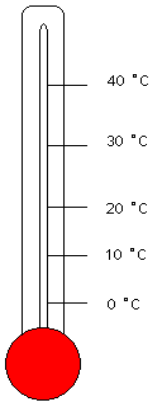
2



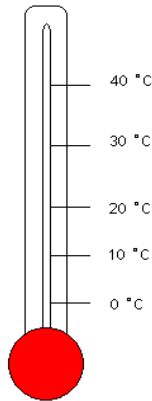
3



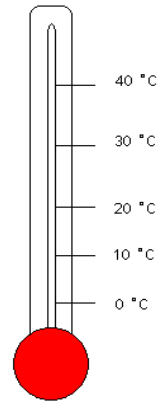
4



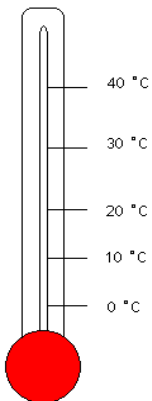
5



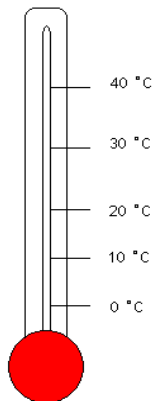
6



7



8



Bijlage D: Scorelijst Copingstijl

Observatieformulier - Copingstijl

Observator:

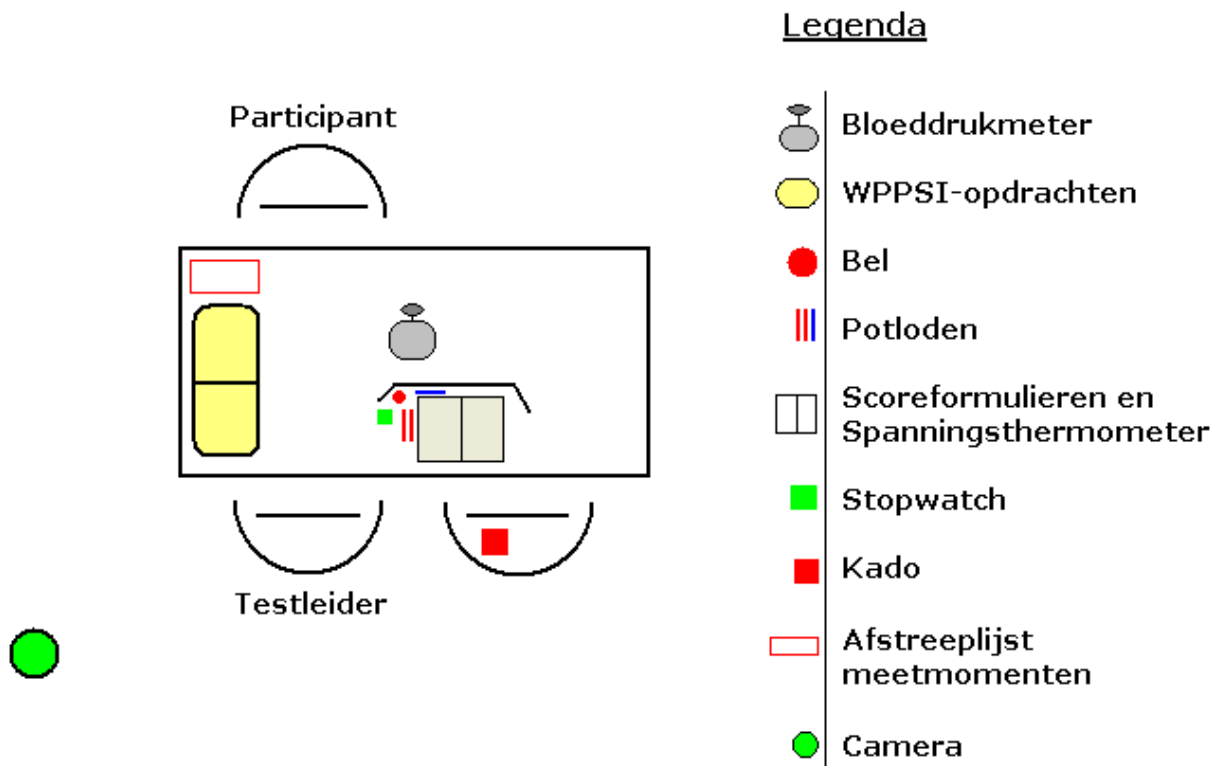
Participantnr:

Datum:

	Copingstijl			
	Ac	V	Af	Hz
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

	Copingstijl			
	Ac	V	Af	Hz
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				

Bijlage E: Opstelling onderzoekssessie



Deze opstelling geldt voor een rechtshandige testleider. Voor een linkshandige testleider geldt dezelfde opstelling, maar dan in spiegelbeeld.

Bijlage F: Procedure onderzoekssessie

Vooraf

De testafname vindt plaats in een rustige (afgesloten) ruimte. Voor de testafname zet de onderzoeksleider alle spullen klaar. De participant en de onderzoekster zitten recht tegen over elkaar aan tafel (Bijlage E). De subtesten worden op volgorde van de afname aan de rechterkant van de participant neergezet (1. figuur leggen; 2. geometrische figuren; 3. Doolhoven; 4. Dierenhuis en 5. blokpatronen). De scoreformulieren worden op volgorde van afname aan de rechterkant van de onderzoeksleidster neergelegd. Het scherm van de subtest 'figuur leggen' wordt voor de scoreformulieren neergezet, zodat de participant de aandacht bij de werkjes/taken kan houden. De camera wordt zo neergezet dat de participant volledig zichtbaar is (ook het onderlichaam) en test de camera. Verder zet de onderzoekster twee glazen, drinken en koekjes klaar in de testruimte op een plek waarvoor ze op moet staan om het te pakken.

Ontvangst.

De participant wordt door de onderzoeksleidster op de woning of op dagbesteding opgehaald en zij stelt zich voor aan de participant. De onderzoeksleidster vertelt kort waar zij voor komt en neemt de participant vervolgens mee naar de onderzoeksruimte. Bij binnenkomst zet de onderzoekster de camera aan.

Uitleg van de meetinstrumenten

“Je mag hier gaan zitten (*wijs de stoel aan*). Je gaat nu meedoen aan een onderzoek. Het duurt ongeveer 60 minuten. Ik wil heel graag weten hoe jij je voelt als jij gespannen bent. Daarvoor heb ik al deze spullen nodig. Ik zal je precies vertellen wat we vandaag gaan doen. In deze doosjes (*wijs aan*) zitten allemaal werkjes/taken. Het zijn er zeven. Ze zijn heel makkelijk en die ga jij vandaag maken. We gaan ook twee dingen meten.”

Bloeddrukmeter

“Met dit apparaat (*wijs de bloeddrukmeter aan*) kan ik zien hoe snel jouw hart klopt. Knap hè? Ik zal het eerst bij mij voordoen en daarna doen we het bij jou, ok? Ik doe mijn mouw omhoog en deze gaat om de arm, kijk zo. Dan leg ik mijn arm neer en ik beweeg hem niet. Als ik op deze knop druk gaat het apparaat brommen en er gaan cijfers knippen. De band blaast zich op met lucht en dat voel je een beetje. Net of iemand je heel zachtjes knijpt, maar het doet niet echt zeer ... Dan gaat de lucht weer uit de band en stoppen de cijfers met knippen Nu blijf ik heel stil, want anders doet ie het niet ... Kijk maar naar het scherm ... Zo hij is klaar. Kijk, aan dit getal kan ik zien hoe snel mijn hart klopt. Hij heeft [...] keer geklopt.

Nu gaan we het bij jou proberen ... kijken hoe snel jouw hart klopt. Met welke hand teken/kleur je het meest?.. Die dan doen we de band om die arm. Doe je mouw maar omhoog. Ik doe de band om je arm. Zit het zo goed? ... Leg je arm maar neer, probeer stil te zitten en zeg niets totdat ie klaar is (*vinger voor de lippen*). Anders werkt het niet. Ik druk nu op de knop, hij gaat brommen en de band blaast zich op. Voel je dat? Hij is nu klaar. Heel goed gedaan. Kijk, zo snel klopt jou hart nu. De band blijft om je arm zitten, want dit doen we vandaag nog een paar keer.” (controleer steeds of de band nog goed zit. Lukt het niet om de band te laten zitten, dan wordt de band bij iedere meting om- en afgedaan.

Als het niet is gelukt (foutmelding) dan zeg je: “Het is niet goed gegaan. Kijk, (*wijs naar het scherm*) ik kan nu niet zien hoe snel jouw hart klopt. Nu moet het nog een keer. Het is heel belangrijk dat je stil zit en niet praat.

Spanningsthermometer

“Kijk, dit is de spanningsthermometer. Hierop kun je zelf invullen hoe jij je voelt. Het moet zo. Kijk, de thermometer loopt van 0 naar 10 graden, van 10 naar 20 graden et cetera... Ze hebben allemaal een eigen kleur. Ik noem voorbeelden van hoe je je kunt voelen bij elke graad.

Bij 0 graden ben je helemaal niet gespannen. Bij 10 graden ben je een beetje onrustig. Je let goed op wat je moet doen en maakt de opdrachten. Bij 20 graden ben je iets meer gespannen (*Als ze niet weten hoe dat voelt, dan zegt de onderzoeksleidster: maak maar eens vuisten. Nu zijn je handen gespannen*). Je spieren zijn een beetje gespannen en je beweegt heen en weer. Je kunt de nog wel werken, maar je moet hiervoor wel je best doen. Bij 30 graden ben je best gespannen, je hebt moeite om jezelf rustig te houden. Het lukt bijna niet om de werkjes/taken te maken. Al je spieren zijn gespannen. Je wilt eigenlijk gaan slaan, schreeuwen, gooien of schoppen, maar het lukt je om het niet te doen. Bij 40 graden ben zo gespannen dat je jezelf niet meer kunt tegenhouden. Je gaat slaan, schoppen, schreeuwen of met spullen gooien. Al je spieren zijn gespannen. Probeer het hier maar eens (1^e blad met een lege thermometer), hoe voel je je nu? Vul hier maar in. Heel goed..”

Als je dit geluidje hoort (*rinkel het belletje achter het scherm*) dan gaan we meten, met deze en met deze (*wijs de bloeddrukmeter en de spanningsthermometer aan*). Jij mag op deze kaart afstrepen hoeveel keer het nog moet. Het zijn er acht...Ok?”

Bel (T1) *Meting:* “Ik hoor de bel. Weet je het nog? ... Wat gaan we doen? ... {Bij correct antwoord: Ja dat klopt, heel goed. Bij onjuist antwoord: we gaan die weer doen (*wijs de bloeddrukmeter en de spanningsthermometer aan*). Nu mag je hier een kruisje zetten (*wijs nummer 1 aan*).

“Oh helemaal vergeten. Lust je iets te drinken en/of een koekje?” (*de onderzoeksleidster staat op om iets te drinken en/of eten te pakken dat in dezelfde ruimte staat*). Als de participant niets wil, dan pakt ze iets voor zichzelf. “Alsjeblieft.” De participant krijgt de gelegenheid om te drinken/eten.

Bel (T2) *Meting:* Ik hoor de bel. Weet je het nog? ... Wat gaan we doen? ... {Bij correct antwoord: Ja dat klopt, heel goed. Bij onjuist antwoord: we gaan die weer doen (*wijs de bloeddrukmeter en de spanningsthermometer aan*). Nu mag je hier een kruisje zetten (*wijs nummer 2 aan*).

Substitutie deel A (1^e keer)

“Dan ga ik je nu het eerste werkje/de eerste taak uitleggen.” (Substitutie deel A)

(Instructies volgens de handleiding van de WTSC-R.)

“Kijk eens hier, (*wijs aan*) hier zie je een ster, een rondje, een driehoek, een kruis en een vierkant. De ster heeft één rechttop staand streepje, het rondje twee liggende streepjes, de driehoek één liggend streepje, het kruisje heeft een rondje in het midden en het vierkant twee rechttop staande streepjes (*Wijs alles aan*). Kijk nu eens hieronder: Daar zijn in de rondjes, sterren, vierkanten en andere figuren alle tekenjes weggelaten. Laten we nu eens in de lege figuren dezelfde tekenjes

zetten die hierboven staan (*Wijs het voorbeelditem aan*). Kijk, zo moet je het doen: hier is het rondje (*wijs vb item aan*). Laten we nu eens hierboven het rondje opzoeken (*wijs aan*). Je ziet dat daar twee liggende streepjes getekend zijn. Dus moet je net zulke streepjes in dit rondje zetten, op deze manier (*doe er 2 voor*). Nu mag jij het tot hier proberen. Snap je het??

Prijzen: “goed zo” “Juist”

Bij fouten: corrigeer daar waar de fout is gemaakt. (Kijk, dit is en omdat .. moet hier...)

Bel (T3) *Meting* “Oh, de bel. Weet je het nog? Wat gaan we doen? Ja dat klopt. Heel goed. {Bij correct antwoord: Ja dat klopt, heel goed. Bij onjuist antwoord: we gaan die weer doen (*wijs de bloeddrukmeter en de spanningsthermometer aan*). Nu mag je hier een kruisje zetten (*wijs nummer 3 aan*).

“Zo, nu mag jij de rest maken. Je moet ze achter elkaar doen. Maak hem maar zo goed als je kunt. Eerst deze rij. Als je klaar bent met deze rij, ga dan door met deze. (enz). Je mag er net zolang over doen als je wilt. Je hebt alle tijd.”

{De scoring van deze taak gaat als volgt. Het kind krijgt alle tijd om de taak te maken, maar de onderzoeksleider noteert na 90 seconde (stopwatch) hoe ver de participant is gekomen (op het scoreformulier) en hoeveel tijd de participant nodig had om alle items te maken.}

Bel (T4) *Meting* “De bel. Weet je het nog? Wat gaan we doen? Ja dat klopt. Heel goed. {Bij correct antwoord: Ja dat klopt, heel goed. Bij onjuist antwoord: we gaan die weer doen (*wijs de bloeddrukmeter en de spanningsthermometer aan*). Nu mag je hier een kruisje zetten (*wijs nummer 4 aan*).

“Heel goed gedaan. Was het moeilijk??”

De vijf stresstaken

“Nu ga ik je vijf taakjes laten zien. Ik leg eerst uit hoe het moet. Na de uitleg van alle werkjes/taken mag je ze pas maken. Ok?” Volgorde van afname:

1. figuur leggen; 2. geometrische figuren; 3. Doolhoven; 4. Dierenhuis en 5. blokpatronen.

Het eerste taakje: hier ga je puzzels maken. Ik leg de puzzels voor je klaar en dan maak jij ze. Ik zal de eerste voordoen. Dan weet je hoe het moet.

Het tweede taakje: bestaat uit twee delen. Kijk maar eens naar deze tekening. Kijk nu eens naar deze tekening. Welke van deze ziet er precies hetzelfde uit als hierboven?
Reacties: “Goed zo”, “Laat maar zien welke”, “Nee, deze moet het zijn (*wijs aan*). Deze zijn precies hetzelfde. Bij deze mag je zelf tekenen. Kijk maar, dit mag jij natekenen, ok? (*laat item 9 zien*).

Het derde taakje: Zie je dit eekhoortje/deze eekhoorn. Het wil naar de boom aan de andere kant. Het moet op de weg blijven en het mag niet in een afgesloten weg gaan zoals deze. Kijk wat ik doe. Hij vertrekt hier en volgt deze weg. Hier mag je niet in gaan, dat is fout (de onderzoeksleider tekent tot de helft, de participant maakt het voorbeeld af). Nu begin jij hier. Ga nu zelf naar de boom en blijf op de weg. Ga ook niet in een afgesloten weg. Je moet helemaal tot aan de boom. Hier (blader verder) staat een meisje in het midden. Zij wil naar de uitgang. Ze moet op de weg blijven. Het mag niet door de muur.

Het vierde taakje: Kijk eens hier. Hier zie je een hond. Hij hoort bij zwart. Hier is een kip. Zij hoort bij wit. Hier is een vis. Hij hoort bij blauw. En hier is een kat. Zij hoort bij geel. Zie je de dieren horen allemaal bij verschillende kleuren. Hier zie je een kip. Er staat nog geen kleur onder. WE moeten eerst de juiste kleur zoeken. De kipt hoort bij wit. Ik zoek dus een wit staafje en zet het in deze opening. Kijk nu eens naar de vis. Hij hoort bij blauw. Dus hierin ga ik een blauw staafje zetten. Hier is de kat. Welke kleur moet hier in? Goed zo.

Het vijfde taakje: Zie je deze blokjes? Ze zijn aan de ene kant rood en aan de andere kant wit. Ik ga ze tegen elkaar aan leggen. Zodat ze er uitzien als dit voorbeeld. Kijk, eerst leg ik dit witte blokje hier en dan een andere witte ernaast. Zie je, nu zien ze er hetzelfde uit. Stop als je iets hebt dat er hetzelfde uit ziet en zeg me wanneer je klaar bent. Daarna ga je verder met de volgende.

“Nu heb je alle taakjes gezien die je gaat maken. Als je niet meer weet hoe het moet, dan mag je me om hulp vragen.”

Bel (T5) *Meting* : “Wat gaan we doen? Weet je het nog? {Bij correct antwoord: Ja dat klopt, heel goed. Bij onjuist antwoord: we gaan die weer doen (*wijs de bloeddrukmeter en de spanningsthermometer aan*). Nu mag je hier een kruisje zetten (*wijs nummer 5 aan*).

“Nu ga je de werkjes/taakjes maken. Maak alle werkjes/taken. Maak ze op volgorde. En maak er zoveel je kunt. Je hebt nu maar zoveel tijd (20 minuten) om alle taakjes te maken. Ik zet de klok, dus houd deze goed in de gaten. Werk maar flink door, want anders krijg je het niet af. Maak er zoveel je kunt. Ik geef je de taakjes aan. Als je het niet meer weet, dan mag je om hulp vragen. Afgesproken? Als ik zeg **NU** dan mag je beginnen, Ok? En als ik zeg “stop”, dan moet je stoppen, ok? “NU”

{Hulp mag gegeven worden als het kind hier om vraagt; volgens de richtlijnen van de WPPSI}

Na 20 minuten “Stop”... De tijd is op. Je hebt het heel goed gedaan.

Bel (T6) *Meting* : “Wat gaan we doen? Weet je het nog? {Bij correct antwoord: Ja dat klopt, heel goed. Bij onjuist antwoord: we gaan die weer doen (*wijs de bloeddrukmeter en de spanningsthermometer aan*). Nu mag je hier een kruisje zetten (*wijs nummer 6 aan*).

“Zo, dat heb je goed gedaan. Wat vond je van de werkjes/taken? Vond je ze moeilijk? Welk taakje vond je het moeilijkste? Welke vond je het makkelijkste? Knap hoor.”

Substitutie deel A (2^e keer)

Nu gaan we nog 1 werkje/taak maken. (Substitutie deel A). Het is dezelfde als het eerste werkje/taak. Weet je het nog?

(Instructies volgens de handleiding van de WISC-R.)

“Kijk (wijs aan), hier zie je een ster, een rondje, een driehoek, een kruis en een vierkant. De ster heeft één rechtop staand streepje, het rondje twee liggende streepjes, de driehoek één liggend streepje, het kruisje heeft een rondje in het midden en het vierkant twee rechtop staande streepjes (*Wijs alles aan*). Kijk nu eens hieronder: Daar zijn in de rondjes, sterren, vierkanten en andere figuren alle tekenjes weggelaten. Laten we nu eens in de lege figuren dezelfde tekenjes zetten die hierboven staan (*Wijs het voorbeelditem aan*). Kijk, zo moet je het doen: hier is het rondje (*wijs vb item aan*). Laten we nu eens hierboven het rondje opzoeken (*wijs aan*). Je ziet dat daar twee liggende

streepjes getekend zijn. Dus moet je net zulke streepjes in dit rondje zetten, op deze manier (*doe er 2 voor*). Nu mag jij het tot hier proberen. Snap je het??

(Als de participant nog weet hoe het moet, dan kan de uitleg verkort worden. Wel moeten eerst de voorbeelditems gemaakt worden ter controle en om de condities te vergelijken.)

Prijzen: “goed zo” “Juist”

Bij fouten: corrigeer daar waar de fout is gemaakt. (Kijk, dit is en omdat .. moet hier...)

Bel (T7) *Meting* : “Wat gaan we doen? {Bij correct antwoord: Ja dat klopt, heel goed. Bij onjuist antwoord: we gaan die weer doen (*wijs de bloeddrukmeter en de spanningsthermometer aan*). Nu mag je hier een kruisje zetten (*wijs nummer 7 aan*)

“Zo, nu mag jij de rest maken. Je moet ze achter elkaar doen. Maak hem maar zo goed als je kunt. Eerst deze rij. Als je klaar bent met deze rij, ga dan door met deze. (enz). Je mag er net zolang over doen als je wilt. Je hebt alle tijd.”

{De scoring van deze taak gaat als volgt. Het kind krijgt alle tijd om de taak te maken, maar de onderzoeksleider noteert na 90 seconde (stopwatch) hoe ver de participant is gekomen (op het scoreformulier) en hoeveel tijd de participant nodig had om alle items te maken. }

Bel (T8) *Meting* : Wat gaan we doen? {Bij correct antwoord: Ja dat klopt, heel goed. Bij onjuist antwoord: we gaan die weer doen (*wijs de bloeddrukmeter en de spanningsthermometer aan*). Nu mag je hier een kruisje zetten (*wijs nummer 8 aan*)

“ Dat heb je heel goed gedaan. Super. Je moest heel veel doen, maar je bent verder gekomen dan de anderen. Knap hoor (of iets vergelijkbaars).

“ Wat vond je ervan? Was het een beetje leuk? Wat wel/wat niet? Wat vond je het leukste dat we hebben gedaan vandaag. En wat het minst leuk?

De participant wordt hartelijk bedankt voor zijn/haar inzet en medewerking en mag een cadeautje uitzoeken. Hierna brengt de onderzoeksleidster de participant weer terug naar de woning of dagbesteding.

© Copyright 2009 A.A.H. Renshof.

Openbaarmaking, vermenigvuldiging, verspreiding en/of verstrekking van deze informatie aan derden is, behoudens voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur, niet toegestaan. Contactgegevens auteur: **agnes@mvanr.nl**