

Verskillende vormen van betrouwbaarheid en validiteit van een semigestructureerd interview voor kinderen met gedragsproblemen



Auteur: Marjolein Duits (Universiteit Utrecht)
Studentnummer: 3206696
Datum: 26 juni 2009
Werkveld: Jeugdzorg
Begeleiders: Tessa Bunte (UMC Utrecht)
Walter Matthys (UMC Utrecht, Universiteit Utrecht)
Tweede beoordelaar: Kim Schoemaker (UMC Utrecht, Universiteit Utrecht)

Voorwoord

Het afgelopen jaar heb ik mijn masterthesis geschreven bij het UMC Utrecht, zorglijn disruptieve stoornissen, bij Spreekuur voor Jonge kinderen met gedragsproblemen. Via Tessa Bunte, kinderen jeugdpsychiater bij het UMC Utrecht, heb ik de mogelijkheid gekregen om deze masterthesis te schrijven. Tijdens deze periode heeft zij mij voorzien van advies en feedback over mijn masterthesis. Hiervoor wil ik haar graag bedanken en haar succes wensen tijdens het proveren.

Mijn dank gaat ook uit naar Walter Matthys. Hij heeft mij gestimuleerd, begeleid en geadviseerd tijdens het schrijven van mijn masterthesis. Daarbij was het fijn om samen met hem te brainstormen over mijn masterthesis.

Ten slotte wil ik Justa Kamstra bedanken voor haar inzet bij het Spreekuur voor Jonge kinderen met gedragsproblemen en het ondersteunen van mij in praktische zin bij mijn masterthesis. Samen hebben wij de semigestructureerde interviews afgenomen, hierin heeft Justa mij getraind en begeleid.

Uiteindelijk ligt hier het eindproduct van de masterthesis. Dit is het einde van een jaar hard en intensief werken met en voor het Spreekuur voor Jonge kinderen met gedragsproblemen. Het was een jaar waarin ik vaak met plezier en soms met doorzettingsvermogen heb gewerkt aan mijn masterthesis.

Marjolein Duits.

Verschillende vormen van betrouwbaarheid en validiteit van een semi-gestructureerd interview voor kinderen met gedragsproblemen.

ABSTRACT.

Introduction: There is a need for a method to assess symptoms of Oppositional Defiant Disorder (ODD), Conduct Disorder (CD), and/ or Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD) in young children. Some interventions in young children have been proven to be affective. Early interventions are important to prevent negative impact at later age. For children aged 2 to 5 years, three research diagnostic instruments are available: Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA), Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS) and Kiddie Disruptive Behavior Schedule (KDBD). In this study we assessed interrater reliability, test retest reliability and concurrent validity of the KDBD. *Method:* Data was collected from 150 children with a presumption of ODD, CD and/ or ADHD. Besides that a control group of children was used. The interrater and test-retest reliability was examined by calculating Cohens Kappa. The validity was examined by calculating Pearson correlation coefficient for the concurrent validity with CBCL, TRF, CGAS, and IFS. *Results:* First the interrater reliability of the KDBD for the symptoms of ODD and CD scored according to Wakschlag (2007) was > 0.85 for all symptoms. With respect to ADHD the interrater agreement when the symptoms were scored according to Keenan (2007) was good. Seventeen out of 19 symptoms of ADHD had a K coefficient >0.70 . Second the test-retest reliability for the symptoms of ODD scored according to Keenan (2007) was good for 5 out of the 8 symptoms (K coefficient >0.60). For 5 symptoms the test-retest reliability for the symptoms of CD according to Keenan (2007) was good (K coefficient >0.60). The test-retest reliability scores of ADHD according to Keenan (2007) was good at 11 out of the 19 symptoms (K coefficient >0.60). Third, as to the concurrent validity most Pearson correlation coefficients of the KDBD and CBCL, TRF, CGAS, and IFS were significant. *Conclusion:* The interrater reliability of the KDBD scored by both Keenan (2007) and Wakschlag (2007) was good. The test-retest reliability of the KDBD was acceptable according to both Keenan (2007) and Wakschlag (2007). The concurrent validity of the KDBD with the CBCL (attention/ aggression), TRF (attention/ aggression), CGAS, and IFS was promising. Further study into reliability and validity of the KDBD is recommended.

Keywords: preschool children, disruptive behaviour, reliability, validity

INTRODUCTIE.

Kinderen die een langdurig en voortdurend patroon van agressief gedrag laten zien hebben een risico om Disruptieve Gedragsstoornis (DBD) te ontwikkelen (Moffitt, Caspi, Harrington & Milne, 2002). Hieronder vallen de stoornissen Oppositionele Opstandige Gedragsstoornis (ODD) en Antisociale gedragsstoornis (CD).

ODD wordt gekarakteriseerd door een voortdurend patroon van opstandig, ongehoorzaam, prikkelbaar en wraakzuchtig gedrag richting mensen die gezag hebben, dat gedrag is ongepast voor de leeftijd en de ontwikkelingsfase van het kind. Kinderen met ODD zijn bijvoorbeeld gemakkelijk geïrriteerd, vaak boos en beschuldigen anderen van hun eigen fouten (APA, 2000). CD wordt gekenmerkt door een herhalend en voortdurend patroon van gedrag welke de basale rechten van anderen of belangrijke sociale normen of regels worden misbruikt. Kinderen met een diagnose CD zijn bijvoorbeeld gemeen met dieren, vaak betrokken bij gevechten en liegen tegen andere mensen. ODD wordt vaak beschouwd als een voorloper of milde vorm van CD (APA, 2000). Bij beide stoornissen geldt dat de comorbiditeit met ADHD hoog is (Angold, Costello & Erkanli, 1999).

Over jonge kinderen is er weinig onderzoek gedaan naar ODD en CD, dit in tegenstelling tot onderzoek bij oudere kinderen; daardoor is het niet duidelijk of deze stoornissen apart van elkaar of samen beoordeeld kunnen worden. Data van diverse studies laten een ruime range van prevalentie, bij kinderen van ongeveer 5 jaar, zien voor ODD (4-16,8%) en CD (0-6,6%). CD komt 3 tot 5 keer vaker bij jongens voor dan bij meisjes. Ook de diagnose CD blijft na een periode van twee jaar bestaan bij kinderen die als 5 jarige met diagnose CD zijn gediagnosticeerd (Egger & Angold, 2006). Veel kinderen van twee jaar hebben driftbuien, zijn agressief en tegendraads. Deze gedragingen zijn symptomen van DBD (Potegal, Kosorok & Davidson, 2003; Tremblay LeMarquand & Vitaro, 1999).

Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD) is een van de meest voorkomende kinderpsychiatrische stoornissen die wordt gediagnosticeerd (Gadow et al., 2001; Keenan & Wakschlag, 2000; Wilens et al., 2002). In het onderzoek van Egger en Angold (2006) zijn 1073 kinderen betrokken, 5,7% van deze kinderen voldeed aan 6 of meer symptomen in een of beide categorieën (Egger & Angold, 2006).

Diverse onderzoeken hebben overeenstemming over het feit dat de vroege kindertijd een belangrijke periode is voor de ontwikkeling van de hersenen en dat vroege interventies cruciaal zijn voor het beïnvloeden van cognitieve en ontwikkelingsachterstanden en stoornissen (Institute of Medicine Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, 2000). Echter, wanneer er naar mentale stoornissen wordt gekeken verandert deze overeenstemming, omdat het diagnosticeren van psychopathologie bij jonge kinderen door velen als deterministisch wordt ervaren (Silk et al., 2000). Dit is ook terug te vinden in de contradicties van de DSM IV. Aan de ene kant is de DSM IV voorzichtig met het stellen van gedragsstoornissen bij jonge kinderen vanwege de variëteit in het gedrag gedurende deze ontwikkelingsperiode. Echter wordt aan de andere kant in de DSM IV beschreven dat het kind op jonge leeftijd moet voldoen aan tenminste zes van de criteria van Attention Deficit/Hyperactive Disorder (ADHD; begonnen voor 7 jaar). Daarnaast wordt een moeilijk temperament in de jonge jaren als eigenschap benoemd bij ODD (American Psychiatric Association, 2000).

Er is discussie gaande over de toepasbaarheid van de DSM-IV criteria voor disruptieve problemen bij het gedrag van jonge kinderen (McClellan & Speltz, 2003; Keenan & Wakschlag, 2002; Thomas & Guskin, 2001). In de eerste plaats is het moeilijk om klinisch relevant probleemgedrag bij jonge kinderen te herkennen, omdat het gedrag waar men in geïnteresseerd is, zoals koppig en agressief gedrag normaal is tijdens deze ontwikkelingsfase. Bijna de helft van de jonge kinderen laten probleemgedrag zien, daarnaast hebben zij klinisch gezien emotionele problemen. Echter wanneer het gedrag wijst op een normale ontwikkeling en het functioneren van het kind niet wordt geschaad, is de kans aanwezig dat een onjuiste psychiatrische diagnose wordt gesteld (Campbell, 1995; Thomas & Guskin, 2001; Wakschlag, Leventhal, Thomas & Pine, 2007). Als het gedrag de ontwikkeling en het sociale functioneren in belangrijke mate beïnvloedt (bv. als er niemand met het kind wil spelen) zal het gedrag wel als klinisch symptoom moeten worden aangemerkt (Keenan & Wakschlag, 2000). Tevens moet het kind zich bewust zijn van zijn gedrag met betrekking tot regels, zij zullen bewust gewelddadig moeten zijn of regels negeren. Bij jonge kinderen is het moeilijk om vast te stellen of zij zich bewust zijn van goed en slecht gedrag (Keenan et al., 2007). Toch is bij jonge kinderen bewijs aanwezig dat zij kunnen omgaan met sociale en emotionele regels (Lagattuta, 2005).

Jonge kinderen met gedragsproblemen laten problemen zien in het sociaal- cognitief functioneren en hebben problemen in het onderdrukken van impulsen (Coy et al., 2001;

Sonuga-Barke et al., 2002). Gedragsproblemen bij jonge kinderen correleren aan opvoeding en de ouder-kind relatie (Thomas & Guskin, 2001; Wakschlag & Keenan, 2001; Webster-Stratton & Hammond, 1999).

Gedragsproblemen bij jonge kinderen zijn een voorbode van vele negatieve gedragsgevolgen op latere leeftijd, zoals delinquent en antisociaal gedrag (Brezinka, 2002; Lahey, Loeber, Quay, Frick & Grimm, 1992). Er is nog geen methode om gedragsstoornissen vroegtijdig te onderkennen; daarnaast is er weinig informatie over etiologische factoren van gedragsstoornissen bij kinderen jonger dan zes jaar (Keenan & Wakschlag, 2000). Jonge kinderen zijn gevoeliger voor interventies dan basisschoolkinderen, omdat het gedrag minder is vastgelegd en omdat jonge kinderen meer inzicht ontwikkelen in het eigen gedrag (Keenan & Wakschlag, 2000).

Zoals hiervoor beschreven kan er gezegd worden dat de meeste kinderen met een disruptieve stoornis, al vroeg in hun leven gedragingen laten zien die overeenkomen met de symptomen van een disruptieve stoornis (Keenan et al., 2007). Klinisch gezien is er grote vraag naar een diagnostisch instrument voor jonge kinderen, die symptomen laten zien die kunnen wijzen op psychiatrische stoornissen (Ringel & Sturm, 2001). Door de afwezigheid van gevalideerde methoden voor vroegtijdige onderkenning van psychopathologie bij kinderen, wordt er in studies gebruik gemaakt van diagnostische instrumenten voor oudere kinderen waarbij een aantal kleine wijzigingen worden aangebracht (Wakschlag, Leventhal, Thomas & Pine, 2007)

Voor kinderen van 2 tot 5 jaar zijn momenteel drie diagnostische instrumenten beschikbaar die gedragsstoornissen onderzoeken; The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) (Egger et al., 2006; Keenan et al., 2007), Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS) (Wakschlag et al., 2008) en Kiddie Disruptive Behavior Schedule (KDBD) (Keenan et al., 2007).

De PAPA is een gestructureerd ouderinterview. De PAPA vraagt de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR en ICD-10 van de stoornissen die van toepassing zijn voor kinderen van 2 tot 5 jaar uit (Egger et al., 2006). De PAPA wordt in onderzoek als goed beoordeeld, waarbij geen significante verschillen zijn gevonden voor geslacht, leeftijd en sociaal economische status (Egger et al., 2006).

De DB-DOS is een recent ontwikkelde diagnostische observatie, die plaats vindt door middel van een gestandaardiseerde procedure (Wakschlag et al., 2008). De DB-DOS is

ontwikkeld voor kinderen van 3 tot 5 jaar, waarbij een vermoeden is van een ODD of CD. Het eerste onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de DB-DOS geeft positieve resultaten. Zowel de inter- beoordelaar betrouwbaarheid, interne consistentie, test-hertestbetrouwbaarheid als factoranalyse leverden een goed resultaat op.

De KDBD is een semigestructureerd ouderinterview. Het interview doorloopt de diagnostische criteria van ODD, CD en ADHD van de DSM-IV-TR en is speciaal ontwikkeld voor de ouders van kinderen in de leeftijd van 3 tot 6 jaar (Keenan et al., 2007). De KDBD is in Amerika recent onderzocht op betrouwbaarheid en validiteit. In dit onderzoek deden 89 kinderen en ouders mee, waarvan 44 jongens en 45 meisjes tussen de 3 en 5 jaar oud. Zowel de betrouwbaarheid als validiteit zijn betrouwbaar en valide bevonden, waarbij werd geen effect gevonden voor leeftijd en geslacht (Keenan et al., 2007). Daarnaast is de test-hertestbetrouwbaarheid van de KDBD voor de symptomen van ODD en CD goed. Echter, de symptomen van de stoornis ADHD zijn niet in dit onderzoek meegenomen (Keenan et al., 2007).

Op het Spreekuur voor Jonge kinderen met (een vermoeden van) ODD, CD en/of ADHD worden nieuwe, gestandaardiseerde methoden toegepast waaronder een semi-gestructureerd ouderinterview oftewel de KDBD. Het spreekuur vindt plaats op de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU). De afname van de nieuwe, gestandaardiseerde instrumenten is wenselijk omdat het met de huidige niet-gestandaardiseerde methoden soms moeilijk is om op jonge leeftijd onderscheid te maken tussen wat binnen de norm valt van de ontwikkeling en wat als afwijkend beschouwd moet worden. Voor dit onderzoek is de volgende vraagstelling geformuleerd met betrekking tot de KDBD: Is de KDBD een betrouwbaar en valide instrument om disruptieve stoornissen mee vast te stellen bij kinderen in de leeftijd van 3,5 tot 5,5 jaar? Hier zijn de volgende deelvragen bij geformuleerd:

- Wat is de inter-beoordelaar betrouwbaarheid van de KDBD?
- Wat is de test-hertestbetrouwbaarheid van de KDBD?
- Wat is de concurrente validiteit van de KDBD, waarbij gebruikt gemaakt wordt van gestandaardiseerde instrumenten voor ouders en leerkrachten om het functioneren van het kind te meten en de opvoedbelasting in kaart te brengen?

METHODEN

Steekproef

Op het Spreekuur voor Jonge kinderen met gedragsproblemen werden data verzameld bij 150 kinderen. Zij waren afkomstig uit de regio Utrecht en werden doorverwezen via bijvoorbeeld de huisarts, het consultatiebureau en de kinderarts met verdenking op ODD, CD en/ of ADHD. Daarnaast werden controle kinderen geworven. Met het oog op het onderzoek naar betrouwbaarheid en validiteit werden de volgende aantallen kinderen betrokken.

Inter-beoordelaar betrouwbaarheid. Van de kinderen die waren aangemeld bij het spreekuur voor het jonge kind met gedragsproblemen werden 14 (9.3%) kinderen gebruikt voor de analyse, daarvan waren er 12 (85.7%) jongen en 2 (14.3%) meisje. De gemiddelde leeftijd van de kinderen was 4,7 jaar.

Test- hertest betrouwbaarheid. Van de kinderen die waren aangemeld bij het spreekuur voor het jonge kind met gedragproblemen werden er 21 (14%) kinderen gebruikt voor de analyse, daarvan waren er 19 (90.5%) jongen en 2 (9.5%) meisje. De gemiddelde leeftijd van de kinderen was 4,7 jaar.

Concurrente validiteit (tabel 1). Van de kinderen die waren aangemeld bij het spreekuur voor jonge kinderen met gedragsproblemen werden er 40 (26.7%) gebruikt voor de analyse, daarvan waren er 34 (85.0%) jongen en 6 (15.0%) meisje. De gemiddelde leeftijd was 4,8 jaar. In tabel 1 zijn de gegevens van de kinderen te vinden. Enkele kinderen hadden een dubbele diagnose met de KDBD, daardoor kwamen de genoemde aantallen uit tabel 1 niet geheel overeen. Daarnaast werd er gebruik gemaakt van een controle groep. Deze groep bestond uit gunstig ontwikkelde kinderen van dezelfde leeftijd. Uit de groep die bestond uit 40 kinderen, werden 30 (73.2%) kinderen aselekt getrokken. Daarvan waren 16 (53.3%) jongen en 14 (46.7%) meisje. De gemiddelde leeftijd was 4,9 jaar.

TABEL 1

Kenmerken van 2 groepen kinderen gediagnosticeerd volgens de KDBD

	ODD/ CD ¹		ADHD ¹		Controle groep (n = 30)
	Beoordeling volgens Keenan (n = 31)	Beoordeling volgens Wakschlag (n = 8)	Beoordeling volgens Keenan (n = 21)	Beoordeling volgens Wakschlag (n = 11)	
Leeftijd *	56.3 (7.5)	53.9 (9.6)	56.9 (7.0)	58.0 (7.2)	57.0 (8.1)
Geslacht					
Jongens	27	6	19	9	16
Meisjes	4	2	2	2	14
CBCL aandacht	68.6 (6.9)	71.9 (4.1)	71.0 (5.1)	73.2 (3.2)	50.6 (1.5)
CBCL agressief	74.0 (10.7)	76.9 (12.1)	73.5 (10.2)	77.7 (8.0)	50.8 (4.5)

TRF aandacht	64.4 (12.7)	63.9 (15.3)	67.4 (13.9)	67.0 (14.7)	52.2 (4.5)
TRF agressief	64.5 (9.9)	63.9 (5.8)	65.3 (10.7)	64.1 (11.9)	51.5 (2.7)
CGAS	55.3 (8.1)	52.4 (8.2)	52.5 (7.4)	50.2 (7.2)	88.1 (6.9)
IFS	6.7 (4.7)	10.5 (3.9)	7.2 (5.0)	7.9 (4.8)	0.13 (0.35)

Noot: ODD = Oppositioneel Opstandige gedragsstoornis, CD = Anti Sociale Gedragsstoornis, ADHD = Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

¹ Kinderen die waren aangemeld bij het spreekuur voor jonge kinderen met gedragsproblemen

* Leeftijd is berekend in maanden

Meetinstrumenten

Kiddie Disruptive Behavior Disorder Schedule (KDBD). De KDBD is een semi-gestructureerd interview die de stoornissen ODD, CD en ADHD uitvraagt, bij de ouders van de kleuter, gebaseerd op de DSM IV criteria door een onderzoeker (Keenan et al., 2007). De KDBD kan gescoord worden volgens beoordeling van Keenan en collega's (2007) en Wakschlag (2007). Bij Keenan en collega's (2007) wordt een symptoom gescoord als het door de ouders als vaak wordt beoordeeld. Bij beoordeling van Wakschlag (2007) wordt een symptoom meer uitgevraagd. De KDBD heeft vragen met diverse antwoord mogelijkheden, bijvoorbeeld een vraag uit de sectie ODD. Wordt hij vaak driftig? Antwoord mogelijkheden zijn dan ja (1) of nee (0), nominaal niveau. Ten tweede zijn er frequentievragen, bijvoorbeeld hoe vaak wordt hij driftig? Hierbij zijn de volgende antwoorden mogelijk; (1) nooit of zelden, (2) een paar keer per maand, (3) een paar keer per week, (4) 1 tot 2 keer per dag, (5) meerdere keren per dag. De antwoorden die worden gegeven zijn van ordinaal niveau. Ten derde zijn er vragen betreffend de duur van het gedrag. Bijvoorbeeld, als hij driftig wordt, hoe lang duurt het dan meestal? De antwoord mogelijkheden zijn hierbij (1) paar seconde tot een paar minuten, (2) ongeveer 5 minuten, (3) 10 minuten of langer. De antwoorden zijn op ordinaal niveau. Ten vierde zijn er vragen die gaan over de hulp die een kind nodig heeft. Bijvoorbeeld, hoeveel hulp heeft hij nodig om te kalmeren? Hierbij zijn de volgende antwoorden mogelijk; (1) niet heel veel, (2) een beetje, (3) veel. De antwoorden zijn op ordinaal niveau. Tot slotte zijn er open vragen, een voorbeeld daarvan is; kunt u een voorbeeld geven? De betrouwbaarheid en validiteit van dit instrument zijn niet bekend en worden tijdens dit onderzoek onderzocht.

Child Behavior Checklist (CBCL). De CBCL (Achenbach & Rescorla, 2000) is een standaardiseerde vragenlijst over gedrags- en emotionele problemen bij kinderen test. Deze vragenlijst wordt door de ouders van het kind ingevuld. Er zijn twee versies van de CBCL, één

voor kinderen van 1,5 tot en met 5 jaar en één over kinderen van 6 tot en met 18 jaar. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de CBCL voor kinderen van 1,5 tot en met 5 jaar. De CBCL clustert de vragen over problemen in de volgende probleemschalen; emotioneel reagerend, angstig / depressief, lichamelijke klachten, teruggetrokken, slaapproblemen, aandachtsproblemen en agressief gedrag. De vragenlijst meet twee belangrijke factoren, de eerste vier probleemschalen worden ook wel internaliserende problemen genoemd en de laatste twee probleemschalen worden ook wel externaliserende problemen genoemd. In het onderzoek zal er gekeken worden naar de probleemschalen aandachtsproblemen en agressief gedrag oftewel externaliserende problemen. De vragen gaan over het kind zoals het nu is of de afgelopen twee maanden is geweest. Daarbij kan uit de volgende antwoorden gekozen worden; (0) helemaal niet, (1) een beetje of soms, (2) duidelijk of vaak. Onderzoek die zijn uitgevoerd in Amerika laten zien dat de CBCL een goed mee instrument is voor actueel probleemgedrag bij kinderen. De betrouwbaarheid en validiteit zijn goed beoordeeld (Achenbach, 2001)

Teacher's Report Form (TRF). De TRF (Achenbach & Rescorla, 2000) is een gestandaardiseerde vragenlijst om probleemgedrag en het functioneren op school of het kinderdagverblijf van het kind te beoordelen gebaseerd op de CBCL, deze vragenlijst wordt door de leraar of leider ingevuld. Van de TRF zijn twee versies beschikbaar, een versie over kinderen van 1,5 tot en met 5 jaar en een versie over kinderen van 6 tot en met 18 jaar. De vragen op de TRF gaan over gedrag, moeilijkheden en kwaliteiten van het kind, tevens worden er vragen gesteld over de schoolresultaten. In de TRF zijn diverse soorten vragen opgenomen. Er zijn open vragen, gesloten vragen met drie antwoord mogelijkheden; (0) helemaal niet, (1) een beetje of soms, (2) duidelijk of vaak en er zijn een paar gesloten vragen met 5 antwoord mogelijkheden waarbij (1) staat voor een score onder het gemiddelde niveau en (5) staat voor een score boven het gemiddelde niveau. De vragen van de TRF zijn geclusterd in dezelfde probleemschalen als de CBCL.

De betrouwbaarheid en validiteit van de TRF is onderzoek in Amerika, uit deze onderzoeken zijn vergelijkbare resultaten gevonden als bij de CBCL (Achenbach & Dumenci, 2001; Rescorla, 2005).

Children's Global Assessment Scale (C-GAS). De C-GAS (Bird et al., 1996) is een schaal om het sociaal, psychologisch en schoolse functioneren te beoordelen, ontwikkeld voor kinderen van 4 tot 18 jaar. De scores van de C-GAS hebben een range van 1 tot 100 met elk deciel horend bij een beschrijving van wanneer en in hoeverre de ontwikkeling van het kind

door het gedrag negatief wordt beïnvloedt. Ouders kiezen de schaal waarin het kind valt. De C-GAS is als valide instrument beoordeeld (Bird et al., 1996).

Impact on family scale (IFS). De IFS (Stein & Riessman, 1980, zoals beschreven in Hunfeld, Tempels, Passchier, Hazebroek en Tibboel, 1999) is een schaal om de invloed van het gedrag van het kind op het gezinsleven te meten. De schaal bestaat uit vier subschalen: (1) financiële lasten (vier items), (2) sociale invloed of belemmeringen in het sociale leven (negen items), (3) persoonlijke gespannenheid (zes items) ervaren door de eerste opvoeder en (4) gezag (vijf items) of coping-strategieën die de ouder gebruikt voor het omgaan met de gedragsproblemen van het kind. De vier subschalen kunnen de ouders beoordelen in een range van nul tot vier (0 = helemaal oneens, 1 = oneens, 2 = niet zeker, 3 = mee eens, 4 = helemaal mee eens). Vanuit de score op de subschalen wordt een totale score berekend. Hoe lager de totale score is, des te lager de invloed van de gedragsproblemen op het gezinsleven. Zowel de betrouwbaarheid en validiteit van de IFS is bij de Amerikaanse populatie als goed beoordeeld. De Cronbachs alpha is tussen de .60 en .88 (Hunfeld, Tempels, Passchier, Hazebroek en Tibboel, 1999).

Procedure

Ouders van het kind ondertekenden een toestemmingsformulier voor deelname aan het wetenschappelijk onderzoek dat verbonden is aan het spreekuur voor het jonge kind. De ouders gaven toestemming voor het gebruik van de gegevens die nodig waren voor dit wetenschappelijk onderzoek. Tijdens het spreekuur voor jonge kinderen met gedragsproblemen vond de diagnostiek in een ochtend plaats, waarbij de kinder- en jeugdpsychiater, de orthopedagoog, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, onderwijsdeskundige en ambulante thuisbegeleider samenwerken. De ochtend startte met een gesprek bij de kinder- en jeugdpsychiater waarbij de ouders en het jonge kind aanwezig waren. Vervolgens werd het jonge kind psychologisch onderzocht en vulden de ouders verschillende vragenlijsten in. Aan het einde van de ochtend was een korte pauze ingepland, waarna er een observatie plaats vond beginnend met het jonge kind en de moeder. Na een korte observatie werd de observatie van het kind voortgezet met de orthopedagoog en vond er met de ouders een semigestructureerd interview plaats. De ochtend werd voor het kind en de ouders gelijktijdig afgerond. Twee á drie weken na de ochtend waarin de diagnostiek had plaats gevonden, vond het adviesgesprek plaats.

Inter-beoordelaar betrouwbaarheid. De eerste afname van de KDBD werd opgenomen op video. Deze video werd vervolgens bekeken door een andere onderzoeker, die de antwoorden van de ouders opnieuw scoorde. De scoring van de eerste afname en de scoring waarbij de video bekeken werd, werden met elkaar vergeleken. De KDBD kan volgens Keenan (2007) en Wakschlag (2007) gescoord worden. Bij de scoring van Keenan (2007) werd een symptoom gescoord als het door de ouders als vaak werd beoordeeld. Bij de scoring volgens Wakschlag (2007) werd een symptoom meer uitgevraagd. Het doel van de inter-beoordelaar betrouwbaarheid was te onderzoeken of twee onderzoekers tot dezelfde symptomen en stoornissen zal komen.

Test- hertest betrouwbaarheid. Een week voor de deelname aan het spreekuur voor het jonge kind werden de ouder(s) benaderd voor de hertest van de KDBD. De hertest van de KDBD vond één week na de test van de KDBD bij de ouders thuis plaats. De test en de hertest werden uitgevoerd door dezelfde onderzoeker. In totaal werden er drie onderzoekers die participeren in het onderzoek naar test- hertest betrouwbaarheid van de KDBD. Het doel van de test- hertest betrouwbaarheid was om te testen of de symptomen en stoornissen hetzelfde blijven over tijd.

Concurrente validiteit. Voor de betrouwbaarheid van de KDBD werd gebruik gemaakt van de uitkomsten van de CBCL, TRF, CGAS en IFS. Het doel hiervan was om te beoordelen of de uitkomst van de KDBD in enige mate overeenkomt de andere instrumenten.

Data-analyse

Inter-beoordelaar betrouwbaarheid. Voor de analyse werd de uitkomst van de KDBD op zowel symptoom- als diagnosesniveau gebruikt. De inter-beoordelaar betrouwbaarheid wordt berekend door Cohens Kappa (K).

Test-hertestbetrouwbaarheid. Voor de analyse werd de uitkomst van de KDBD op zowel symptoom- als diagnosesniveau gebruikt. Dit werd berekend door Cohens Kappa (K).

Concurrente validiteit. De concurrente validiteit werd berekend door middel van de Pearson correlatie coëfficiënt met aan de ene zijde het aantal symptomen van ODD/CD en ADHD en aan de andere zijde de T-scores voor aandacht/hyperactiviteit en agressie van de CBCL en TRF, de CGAS, scores en de IFS- scores.

RESULTATEN.

Inter- beoordelaarbetrovbaarheid

In tabel 2 zijn de resultaten van de inter beoordelaarbetrouwbaarheid gepresenteerd. Cohens Kappa voor de symptomen van ODD gescoord volgens Keenan (2007) varieerde van hoog (K coëfficiënt = 1.00) bijvoorbeeld voor 'ruzie met volwassenen, ergert met opzet anderen en geeft anderen vaak de schuld' tot laag (K coëfficiënt = 0.27) bijvoorbeeld voor 'wordt vaak driftig'. Van de 8 symptomen hadden 6 symptomen een Cohens Kappa > 0.70.

Cohens Kappa voor de symptomen van ODD gescoord volgens Wakschlag (2007) waren hoog (K coëfficiënt > 0.86).

Cohens Kappa voor de symptomen van CD gescoord volgens Keenan (2007) varieerde van hoog (K coëfficiënt = 1.00) bijvoorbeeld voor 'bedreigd of intimideert vaak anderen, fysiek gemeen of wreed en liegen' tot betrouwbaar (K coëfficiënt = 0.66) bijvoorbeeld voor 'agressie gericht op anderen'. Van de 12 symptomen hadden 10 symptomen een Cohens Kappa > 0.70.

Cohens Kappa voor de symptomen van CD gescoord volgens Wakschlag (2007) waren hoog (K coëfficiënt > 0.85).

Cohens Kappa voor de symptomen van ADHD gescoord volgens Keenan (2007) varieerde van hoog (K coëfficiënt = 1.00) bijvoorbeeld voor 'moeite om aandacht erbij te houden, luistert niet en vaak vergeetachtig' tot betrouwbaar (K coëfficiënt = 0.63) bijvoorbeeld voor 'moeite om te blijven zitten en moeite met rustig spelen'. Van de 19 symptomen hadden 17 symptomen een Cohens Kappa > 0.70.

Cohens Kappa voor de symptomen van ADHD gescoord volgens Wakschlag (2007) varieerde van hoog (K coëfficiënt = 1.00) bijvoorbeeld voor 'moeite om aandacht erbij te houden, luistert niet en is makkelijk afgeleid' tot matig (K coëfficiënt = 0.42) bijvoorbeeld voor 'moeite om te blijven zitten'. Van de 19 symptomen hadden 17 symptomen een Cohens Kappa > 0.70.

TABEL 2

Inter- beoordelaarbetrouwbaarheid van DSM symptomen van de stoornissen ODD, CD en ADHD

	Beoordeling volgens Keenan (n = 14), K	Beoordeling volgens Wakschlag (n = 14), K
ODD symptomen		
Vaak opstandig	a	0.86
Vaak ruzie maken met volwassenen	1.00	1.00
Wordt vaak driftig	0.27	1.00
Prikkelbaar/ ergeren	0.71	1.00
Vaak boos of gepikeerd	0.71	1.00
Ergert met opzet anderen	1.00	1.00

Geeft anderen de schuld van eigen fouten	1.00	1.00
Vaak hatelijk of wraakzuchtig	0.85	1.00
CD symptomen		
Verbale agressie	0.85	1.00
Agressie gericht op anderen	0.66	0.85
Bedreigt of intimideert vaak anderen	1.00	1.00
Gebruikt een wapen	0.85	1.00
Fysiek gemeen of wreed	1.00	1.00
Dieren mishandelen	0.66	0.44
Iemand tot seksueel contact gedwongen	1.00	1.00
Liegt	1.00	1.00
Stelen	0.84	1.00
Stelen in confrontatie met slachtoffer	1.00	1.00
Opzettelijk eigendommen van anderen vernield	0.81	1.00
Vuurtje stoken	1.00	1.00
ADHD symptomen		
Achteloos	0.86	0.85
Moeite om aandacht erbij te houden	1.00	1.00
Luistert niet	1.00	1.00
Moeite met aanwijzingen opvolgen	0.81	1.00
Moeite met het organiseren van taken	1.00	1.00
Moeite met langdurige geestelijke inspanning	1.00	0.85
Is gemakkelijk afgeleid	1.00	1.00
Raakt vaak dingen kwijt	1.00	1.00
Vaak vergeetachtig	1.00	0.84
Bewegingsonrust	0.76	0.76
Moeite om te blijven zitten	0.63	0.42
Rent rond of klimt overal op	0.76	0.76
Moeite met rustig spelen	0.63	0.63
Praat aan één stuk door	0.86	0.86
'In de weer' of 'draaft maar door'	0.85	0.85
Gooit antwoorden eruit voordat de vragen zijn afgemaakt	1.00	1.00
Moeite op zijn beurt te wachten	1.00	1.00
Verstoort bezigheden van anderen	0.84	0.70

Noot: ODD = Oppositioneel Opstandige Gedragsstoornis, CD = Anti Sociale Gedragsstoornis, ADHD = Attention Deficit/Hyperactivity Disorder.

^a Cohens Kappa kon niet adequaat berekend worden, vanwege te weinig (<3) verschillen.

Test- hertestbetrouwbaarheid

Cohens Kappa voor de symptomen van ODD gescoord volgens Keenan (2007) varieerde van hoog (K coëfficiënt = 0.84) bijvoorbeeld voor 'geeft vaak de schuld van zijn eigen fouten aan een ander' tot laag (K coëfficiënt = 0.23) bijvoorbeeld voor 'vaak hatelijk of wraakzuchtig tot hoog voor'. Van de 8 symptomen hadden 5 symptomen een Cohens Kappa > 0.60.

Cohens Kappa voor de symptomen van ODD gescoord volgens Wakschlag (2007) varieerde van hoog (K coëfficiënt = 0.85) bijvoorbeeld voor 'vaak opstandig' tot laag (K coëfficiënt = -0.10) bijvoorbeeld voor 'hatelijk of wraakzuchtig'. Van de 8 symptomen had 3 symptomen een Cohens Kappa > 0.60.

Cohens Kappa voor de symptomen van CD gescoord volgens Keenan (2007) varieerde van hoog (K coëfficiënt = 1.00) bijvoorbeeld voor 'stelen in confrontatie met slachtoffer' tot laag (K coëfficiënt = -0.05) bijvoorbeeld voor 'bedriegt of intimideert vaak anderen'. Van de 12 symptomen hadden 5 symptomen een Cohens Kappa > 0.60.

Cohens Kappa voor de symptomen van CD gescoord volgens Wakschlag (2007) varieerde van hoog (K coëfficiënt = 1.00) bijvoorbeeld voor 'stelen in confrontatie met slachtoffer' tot laag (K coëfficiënt = -0.05) bijvoorbeeld voor 'opzettelijk eigendommen van anderen vernielen'. Van de 12 symptomen hadden 3 symptomen een Cohens Kappa > 0.60.

Cohens Kappa voor de symptomen van ADHD gescoord volgens Keenan (2007) varieerde van hoog (K coëfficiënt = 0.92) bijvoorbeeld voor 'in de weer en draaft maar door' tot laag (K coëfficiënt = -0.04) bijvoorbeeld voor 'moeite met het organiseren van taken'. Van de 19 symptomen hadden 10 symptomen een Cohens Kappa > 0.60.

Cohens Kappa voor de symptomen van ADHD gescoord volgens Wakschlag (2007) varieerde van hoog (K coëfficiënt = 0.93) bijvoorbeeld voor 'in de weer en draaft maar door' tot laag (K coëfficiënt = -0.04) bijvoorbeeld voor 'moeite met het organiseren van taken'. Van de 19 symptomen hadden 10 symptomen een Cohens Kappa > 0.60.

TABEL 3

Test- hertestbetrouwbaarheid van DSM symptomen van de stoornissen ODD, CD en ADHD

	Beoordeling volgens Keenan (n = 27), K	Beoordeling volgens Wakschlag (n = 27), K
ODD symptomen		
Vaak opstandig	0.60	0.85
Vaak ruzie maken met volwassenen	0.61	0.44

Wordt vaak driftig	0.70	0.65
Prikkelbaar/ ergeren	0.63	0.29
Vaak boos of gepikeerd	0.42	0.41
Ergert met opzet anderen	0.62	0.70
Geeft anderen de schuld van eigen fouten	0.84	0.44
Vaak hatelijk of wraakzuchtig	0.23	-0.10
CD symptomen		
Verbale agressie	0.92	0.36
Agressie gericht op anderen	0.48	0.58
Bedreigt of intimideert vaak anderen	-0.05	^a
Gebruikt een wapen	0.74	0.60
Fysiek gemeen of wreed	0.51	0.34
Dieren mishandelen	0.44	0.49
Iemand tot seksueel contact gedwongen	1.00	1.00
Liegt	0.48	0.47
Stelen	0.75	^a
Stelen in confrontatie met slachtoffer	1.00	1.00
Opzettelijk eigendommen van anderen vernield	0.53	-0.05
Vuurtje stoken	^a	1.00
ADHD symptomen		
Achteloos	0.53	0.49
Moeite om aandacht erbij te houden	0.70	0.70
Luistert niet	0.52	0.53
Moeite met aanwijzingen opvolgen	0.74	0.43
Moeite met het organiseren van taken	-0.04	-0.04
Moeite met langdurige geestelijke inspanning	0.90	0.60
Is gemakkelijk afgeleid	0.77	0.78
Raakt vaak dingen kwijt	0.84	0.65
Vaak vergeetachtig	0.34	0.42
Bewegingsonrust	0.79	0.68
Moeite om te blijven zitten	0.82	0.69
Rent rond of klimt overal op	0.87	0.89
Moeite met rustig spelen	0.58	0.62
Praat aan één stuk door	0.85	0.77
'In de weer' of 'draaft maar door'	0.92	0.93
Gooit antwoorden eruit voordat de vragen zijn afgemaakt	0.87	0.63
Moeite op zijn beurt te wachten	0.48	0.60
Verstoort bezigheden van anderen	0.56	0.47

Noot: ODD = Oppositioneel Opstandige Gedragsstoornis, CD = Anti Sociale Gedragsstoornis, ADHD = Attention Deficit/Hyperactivity Disorder.

^a Cohens Kappa kan niet adequaat berekend worden, vanwege te weinig (<3) verschillen.

Concurrente validiteit

Er was een significante positieve correlatie tussen de symptomen van ODD/ CD die werden gescoord volgens Keenan (2007) en de agressie scores van de CBCL ($r = 0.56, p < .001$). Bij de symptomen van de stoornissen ODD/ CD en de scores agressie van de TRF vertoonde eveneens een significante positieve correlatie ($r = 0.54, p = .001$). Verder was er een significante positieve correlatie tussen de symptomen van de stoornissen ODD/ CD gescoord volgens Keenan (2007) en de CGAS ingevuld door ouders ($r = 0.65, p < .001$). Tot slot was er een significante positieve correlatie tussen de symptomen van de stoornissen ODD / CD gescoord volgens Keenan (2007) ($r = 0.51, p < .001$) en de IFS ingevuld door moeder.

Er was een significante positieve correlatie tussen de symptomen van de stoornis ADHD gescoord volgens Keenan (2007) en de aandacht scores van de CBCL ($r = 0.62, p < .001$). De symptomen van de stoornis ADHD gescoord volgens Keenan (2007) en de scores aandacht van de TRF vertoonde geen correlatie ($r = 0.13, p = .49$). De symptomen van de stoornis ADHD gescoord volgens Keenan (2007) en de CGAS ingevuld door ouders hadden een significante positieve correlatie ($r = 0.60, p < .001$). Ten slotte was er geen correlatie tussen de symptomen van de stoornis ADHD gescoord volgens Keenan (2007) en de IFS ingevuld door moeder ($r = 0.33, p = .08$).

Er was een significante positieve correlatie tussen de symptomen van de stoornissen ODD/ CD gescoord volgens Wakschlag(2007) en de scores agressie van de CBCL ($r = 0.63, p < .001$). De symptomen van de stoornissen ODD/ CD gescoord volgens Wakschlag(2007) en de scores agressie van de TRF correleerden significant positief ($r = 0.38, p < .001$). Verder was er een significante positieve correlatie tussen de symptomen van de stoornissen ODD/ CD gescoord volgens Wakschlag(2007) en de CGAS ingevuld door ouders ($r = 0.63, p < .001$). Tot slot was er een significante positieve correlatie tussen de symptomen van stoornissen ODD en CD gescoord volgens Wakschlag(2007) en de IFS ingevuld door moeder ($r = 0.60, p < .001$).

Er was een significante positieve correlatie tussen de symptomen van de stoornis ADHD gescoord volgens Wakschlag(2007) en de scores aandacht van de CBCL ($r = 0.86, p < .001$). Er was een significante positieve correlatie tussen de symptomen van ADHD gescoord volgens Wakschlag(2007) en de scores aandacht van de TRF ($r = 0.56, p < .001$). Verder was er een

significante positieve correlatie tussen de symptomen van de stoornis ADHD gescoord volgens Wakschlag(2007) en de CGAS ingevuld door de ouders ($r = 0.83, p <.001$). Tot slot was er een significante positieve correlatie tussen de symptomen van de stoornis ADHD en de IFS ingevuld door moeder ($r = 0.61, p <.001$).

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

In dit onderzoek zijn verschillende aspecten van betrouwbaarheid en validiteit van een semi gestructureerd interview voor kinderen van 3,5 tot 5,5 jaar met een vermoeden van ODD, CD en/ of ADHD onderzocht. Dit werd bepaald door de inter- beoordelaarbetrouwbaarheid, test- hertest betrouwbaarheid en de concurrente validiteit van de KDBD te onderzoeken, bij zowel een groep waarbij een vermoeden aanwezig was van een ODD/ CD en/of ADHD als een controle groep. Daarbij werd gebruikt gemaakt van beoordelingen volgens Keenan (2007) en Wakschlag (2007). Volgens de beoordeling van Keenan (2007) komt een symptoom voor als de ouders aangeven dat het gedrag vaak voorkomt. Bij de beoordeling volgens Wakschlag (2007) worden de symptomen gedetailleerd uitgevraagd.

De resultaten van de inter-beoordelaar betrouwbaarheid lieten over het algemeen zien dat de overeenstemming bij de scoring volgens zowel Keenan (2007) als Wakschlag (2007) voor de symptomen van de stoornissen ODD, CD en/ of ADHD goed was. De scoring van Wakschlag (2007) was voor de overeenstemming van de symptomen van de stoornissen ODD en CD hoger dan bij scoring volgens Keenan (2007). Bij de scoring volgens Wakschlag (2007) hadden alle symptomen een K coëfficiënt van >0.85 . De symptomen van de stoornis ADHD hadden een hoge overeenstemming wanneer de symptomen gescoord volgens Keenan (2007). Van de 19 symptomen hadden 17 symptomen een K coëfficiënt >0.70 . In het onderzoek van Keenan en collega's (2007) scoorden alle symptomen van de stoornissen ODD en CD goed. In dit onderzoek werden de symptomen van de stoornis ADHD niet betrokken. Geconcludeerd kon worden dat de inter-beoordelaar betrouwbaarheid voor zowel de scoring volgens Keenan (2007) als Wakschlag (2007) goed was. De scoring volgens Keenan (2007) en Wakschlag (2007) leverde geen verschillen op.

Bij de test-hertest betrouwbaarheid voor de symptomen van de stoornis ODD werden bij vijf van de twaalf symptomen een goede overeenkomst gevonden. Deze resultaten waren redelijk overeenkomstig met het onderzoek van Keenan en collega's (2007). De test-hertest betrouwbaarheid voor de symptomen van de stoornis CD werden bij scoring volgens Keenan

(2007) vijf symptomen goede overeenkomst gevonden. Bij de scoring volgens Wakschlag (2007) werden bij drie van de twaalf symptomen een goede overeenkomst gevonden. In het onderzoek van Keenan en collega's (2007) is bij vijf van de twaalf symptomen een goede overeenkomst gevonden. De test-hertest betrouwbaarheid voor de symptomen van de stoornis ADHD worden bij de scoring volgens Keenan (2007) bij elf van de negentien symptomen goede overeenkomst gevonden. Bij de scoring volgens Wakschlag (2007) werden bij tien van de negentien symptomen een goede overeenkomst gevonden. De test-hertest betrouwbaarheid voor de ODD symptomen zowel voor de scoring volgens Keenan (2007) als Wakschlag (2007) was goed. De scoring leverde hier geen verschillen op. De test-hertest betrouwbaarheid voor symptomen van de stoornis CD was bij scoring van Keenan (2007) hoger dan Wakschlag (2007). De overeenkomst voor de symptomen van de stoornis ADHD was bij scoring volgens Keenan (2007) aanzienlijk hoger dan bij scoring volgens Wakschlag (2007). Dit kon mogelijk verklaard worden doordat de scoring volgens Wakschlag (2007) uitgebreid en gedetailleerd was. Er moesten meerdere items beide afnamen overeenkomstig beantwoord worden om dezelfde score te behalen. Hierdoor werden sneller verschillen waargenomen.

De concurrente validiteit van de symptomen van de stoornissen ODD/ CD gescoord volgens Keenan (2007) met CBCL (agressie), TRF (agressie), CGAS en IFS was over het geheel genomen goed. De concurrente validiteit van de symptomen van de stoornis ADHD gescoord volgens Keenan (2007) hingen positief samen met de CBCL (aandacht) en de CGAS. De concurrente validiteit van de symptomen van de stoornissen ODD/ CD en ADHD gescoord volgen Wakschlag (2007) hingen positief samen met CBCL (aandacht/ agressie), TRF (aandacht/ agressie), CGAS en IFS. De concurrente validiteit van de symptomen ODD/ CD en ADHD waren bij scoring volgens Wakschlag (2007) beter dan bij scoring volgens Keenan (2007).

De resultaten van dit onderzoek moeten besproken worden tegen de achtergrond van enkele beperkingen. De resultaten van de inter- beoordelaarbetrovbaarheid zijn beïnvloed door een kleine steekproef. De resultaten van de test- hertest zijn mogelijk beïnvloed doordat de eerste afname gedaan is in een onderzoekssetting en de tweede afname in de thuissituatie, dit is een methodische beperking in het onderzoek. Daarnaast had de eerste afname plaats gevonden na een intensieve onderzoeksochtend, waardoor de participanten vermoeid waren. Dit heeft mogelijk invloed gehad op de beantwoording van de vragen tijdens het interview.

Naar aanleiding van dit onderzoek wordt aanbevolen om onderzoek naar de KDBD en de beoordelingsschalen voort te zetten waarbij gebruikt gemaakt wordt van een grotere steekproef

met name bij de inter- beordelaarbetrouwbaarheid om Cohens Kappa te berekenen. Daarnaast was er één aspect van validiteit onderzocht, in verder onderzoek naar de KDBD lijkt het zinvol om andere aspecten van validiteit te onderzoeken. Voor verder onderzoek naar de validiteit van de KDBD, zal de KDBD na 9 maanden herhaald kunnen worden bij tweemaal dezelfde groep jonge kinderen. Dit is een belangrijk aspect van de validiteit van de KDBD omdat jonge kinderen in een ontwikkelingsperiode zitten waarin zij beïnvloedbaar zijn bijvoorbeeld door de opvoeding en ze kunnen relatief snel veranderen van onder andere gedrag. Daarnaast was het in dit onderzoek nog niet mogelijk om de uitkomsten van de klinische consensus diagnose te betrekken. Bij de klinische consensus diagnose worden de jonge kinderen door twee verschillende behandelaren op basis van dezelfde gegevens gediagnosticeerd. In verder onderzoek naar de KDBD wordt geadviseerd de informatie uit de klinische consensus diagnose te betrekken. Verder onderzoek naar de diverse mogelijkheden om de KDBD te scoren is nodig.

Het onderzoek naar de KDBD heeft enkele beperkingen gekend, die de resultaten van het onderzoek hebben beïnvloed. Het onderzoek naar de KDBD is veelbelovend. In de toekomst lijkt verder onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de KDBD aangewezen.

Literatuurlijst

- Achenbach, T. & Rescorla, L.A. (2000). *Manual for ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: Research Center for Children, Youth, and Families, University of Vermont.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Angold, A., Costello, E.J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of child psychology and psychiatry*, 40, 57-87.
- Bird, H.R., Andrews H., Schwab- Stone M., et al. (1996) Global measures of impairment for epidemiologic and clinical use with children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 6, 295-307.
- Brezinka, V. (2001). Gedragstherapie van conduct disorder bij kinderen en adolescenten. *Gedragstherapie*, 34, 257-273.
- Campbell, S.B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of child psychology and psychiatry*, 36, 113-149.

- Coy, K., Speltz, M., DeKlyen M., et al. (2001). Social cognitive processes in pre school boys with and without oppositional defiant disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 29, 107-120.
- Egger, H.L. & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioural disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47, 313-337.
- Egger, H.L., Erkanli, A., Keeler, G., Potts, E., Walter, B., & Angold, A. (2006). Test-retest reliability of the preschool age psychiatric assessment (papa). *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 45, 538-549.
- Eyberg, S.M., Schuhmann, E.M. & Rey, J. (1998). Child and adolescent psychotherapy research: Developmental issues. *Journal of abnormal child psychology*, 26, 71-82.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE Publications Ltd.
- Gadow, K. & Nolan, E. (2002). Differences between preschool children with ODD, ADHD and ODD + ADHD symptoms. *Journal of child psychology and psychiatry*, 43, 191-201.
- Hunfeld, J.A.M., Tempels, A., Passchier, J., Hazebroek F.J.W. en Tibboel, D. (1999). Brief report: Parental burden and grief one year after the birth of a child with a congenital anomaly. *Journal of pediatric psychology*, 24, 215- 520.
- Keenan K. & Wakschlag, L. (2002). Can a valid diagnosis of disruptive behavior disorder be made in preschool children? *American journal of psychiatry*, 159, 351- 358.
- Keenan, D., Shaw, D., Walsh, B., Delliquadri, E. & Giovannelli, J. (1997). DSM-III-R disorders in preschool children from low-income families. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 36, 620-627.
- Keenan, K, Wakschlag, L.S., Danis, B., Hill, C., Humphries, M., Duax, J. en Donald, R. (2007). Further evidence of the reliability and validity of DSM-IV ODD and CD in preschool children, *Journal of American academy of child and adolescent psychiatry*, 46, 257-468.
- Keenan, K. & Wakschlag, L.S. (2000). More than the terrible twos: The nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschool children. *Journal of abnormal child psychology*, 28, 33-46.
- Kochanska, G. (1997). Multiple pathways to conscience for children with different temperaments: From toddlerhood to age 5. *Developmental psychology*, 33, 228-240.

- Lagattuta, K.H. (2005). When you shouldn't do what you want to do: young children's understanding of desires, rules, and emotions. *Child development*, 76, 713- 733.
- Lahey, B.B., Loeber, R., Quay, H.C., Frick, P.J. & Grimm, J. (1992). Oppositional defiant en conduct disorders: Issues to be resolved for DSM-IV. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 31, 539-546.
- McClellan, J., & Speltz, M. (2003). Psychiatric diagnosis in preschool children. *Journal of American academy of child and adolescent psychiatry*, 42, 129.
- National Institute of child health and human development (NICHD) Early child care network: trajectories of physical aggression from toddlerhood to middle childhood, Vol. 278. Boston, MA, Blackwell, 2004.
- Potegal, M., Kosorok, M. & Davidson, R. (2003). Temper tantrums in young children: 2. Tantrum duration and temporal organization. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 24, 148-154.
- Rescorla, L.A. (2005). Assessment of young children using the Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA). *Mental retardation and developmental disabilities*, 11, 226-237.
- Ringel, J.S. & Sturm, R. (2001). National estimates of mental health utization and extenditures for children in 1998. *Journal of behavior health servise research*, 28, 319-333.
- Silk, J., Nath, S., Siegel, L., et al. (2000). Conceptualizing mental disorders in children: where have we been and where are going? *Developmental psychopathology*, 12, 713-735.
- Sonuga-Barke, E.J., Dalen L., Daley, D., et al. (2002). Are planning, working memory, and inhibition associated with individual differences in preschool ADHD symptoms? *Development Neuropsychology*, 21, 255-272.
- Stein, R.E.K. en Riessman, C.K. (1980). The development of an impact-on-family scale: Preliminary findings. *Medical care*, 18, 465- 472.
- Thomas, J.M. & Guskin K.A. (2001). Disruptive behavior in young children: what does it mean? *Journal of American academy of child and adolescent psychiatry*, 40, 44-51.
- Tremblay, R., LeMarquand, D. Vitaro, F. (1999). The prevention of oppositional defiant disorder and conduct disorder. In H. Quay & A. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 525-555). New York: Kluwer/ Plenum.

- Wakschlag, L.S. & Keenan, K. (2001). Clinical significance and correlates of disruptive behaviour symptoms in environmentally at-risk preschoolers. *Journal of clinical child psychology*, 30, 262-275.
- Wakschlag, L.S. (2007). Mondelinge informatie aan T. Bunte en W. Matthys (2004).
- Wakschlag, L.S., Hill, C., Carter, A.S., Danis, B., Egger, H.L., & Keenan, K. (2008). Observational assessment of preschool disruptive behaviour, part I: Reliability of the disruptive behaviour diagnostic observation schedule (DB-DOS). *Journal of American academy of child and adolescent psychiatry*, 47, 622-631.
- Wakschlag, L.S., Leventhal, B.L., Thomas, J. & Pine, D.S. (2007). Disruptive behaviour disorders and ADHD in preschool children, American Psychiatric Association: Arlington, Virginia.
- Webster-Stratton, C., Hammond M. (1999). Marital conflict management skills, parenting style, and early onset conduct problems: processes and pathways. *Journal of child psychology and psychiatry*, 40, 917-927.
- Wilens, T.E., Biederman, J., Brown, S., Monuteaux, M., Prince, J. & Spencer, T.J. (2002). Patterns of psychopathology and dysfunction in clinically referred preschoolers. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 23, 531-537.

SAMENVATTING.

Introductie: Er is behoefte aan een methode om gedragsstoornissen (ODD, CD en/ of ADHD) bij jonge kinderen van 3,5 tot 5,5 jaar vroegtijdig te onderkennen. Bij jonge kinderen hebben interventies goede effecten. In het geval van gedragsstoornissen zijn vroege interventies belangrijk om negatieve gedragsgevolgen op latere leeftijd te voorkomen. Momenteel zijn voor kinderen van 2 tot 5 jaar drie onderzoeksinstrumenten beschikbaar: PAPA, DB-DOS en KDBD. De KDBD is een nieuw onderzoeksinstrument, daarom is onderzoek naar betrouwbaarheid en validiteit belangrijk. *Methode:* Op het Spreekuur voor Jonge kinderen met gedragsproblemen, afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie, van het UMC Utrecht, is data verzameld bij 150 kinderen met een vermoeden van een gedragsstoornis. Daarnaast is er een controlegroep met kinderen geworven. De betrouwbaarheid wordt onderzocht door het berekenen van Cohens Kappa voor de inter- beoordelaarbetrouwbaarheid en de test-hertest. De validiteit wordt onderzocht door het berekenen van Pearson correlatie voor de concurrente validiteit van de KDBD met CBCL, TRF, CGAS en IFS. *Resultaten:* Ten eerste, de inter-beoordelaar betrouwbaarheid van de KDBD voor de symptomen van de stoornissen ODD en CD gescoord volgens Wakschlag (2007) hadden

alle symptomen een K coëfficiënt van >0.85 . De symptomen van de stoornis ADHD gescoord volgens Keenan (2007) hadden een hoge overeenstemming. Van de 19 symptomen van de stoornis ADHD hadden 17 symptomen een K coëfficiënt >0.70 . Ten tweede, bij de test-hertest betrouwbaarheid voor de symptomen van de stoornis ODD gescoord volgens Keenan (2007) werd bij vijf van de acht symptomen een goede overeenkomst gevonden (K coëfficiënt >0.60). De test-hertest betrouwbaarheid voor de symptomen van de stoornis CD werd bij scoring volgens Keenan (2007) vijf symptomen goede overeenkomst gevonden (K coëfficiënt >0.60). De test-hertest betrouwbaarheid voor de symptomen van de stoornis ADHD werd bij scoring volgens Keenan (2007) bij elf van de negentien symptomen goede overeenkomst gevonden (K coëfficiënt >0.60). Ten slotte, de concurrente validiteit van de KDBD met gestandaardiseerde instrumenten voor ouders en leerkrachten was over het algemeen significant positief. *Conclusie:* De inter- beoordelaarbetrouwbaarheid van de KDBD, gescoord via zowel Keenan (2007) als Wakschlag (2007), was goed. De test- hertestbetrouwbaarheid van de KDBD was de score voor zowel volgens Keenan (2007) als Wakschlag (2007) acceptabel. De concurrente validiteit van de KDBD met de CBCL (aandacht/agressie), TRF (aandacht/ agressie), CGAS en IFS is veelbelovend. Verder onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de KDBD wordt aanbevolen.

Sleutelwoorden: jonge kind, disruptieve stoornissen, betrouwbaarheid, validiteit
