

Gestructureerde gedragsobservatie bij kleuters.

Invloed van leeftijd, geslacht en psychiatrische stoornis.

Malou van den Brink [3010341]

Januari 2010

Universiteit Utrecht

Orthopedagogiek, werkveld Jeugdzorg

Masterthesis [200500130]

UMC Utrecht

Begeleider: Prof. Dr. W. Matthys

Tweede lezer: Drs. K. Schoemaker

ABSTRACT

Background: In this study the interrater reliability and the effect of age, gender and psychiatric disorder on the behavioural scores of the Disruptive Behaviour Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS) were examined. **Methods:** The DB-DOS is a new observational method for assessing preschool disruptive problems. This is a structured method designed to identify clinical behaviour relevant for diagnosis of preschool disruptive behavioural disorders. Child behaviour is assessed in three contexts that vary in partner, parent or examiner, and level of support. The context used in the present study was the one in which the examiner supporting the child. Twenty-seven disruptive behaviours were coded within three domains: problems in Anger Modulation, problems in Behavioural Regulation, and Competence. In this study referred clinical children (n=110) and recruited control children (n=25) aged forty-one till sixty-seven months participated. **Results:** The DB-DOS demonstrated a good interrater reliability. Age and gender did not affect the DB-DOS scores of Anger Modulation and Behavioural Regulation. Also, gender did not affect the DB-DOS scores of Competence. But age did affect the DB-DOS scores of this domain; younger participants scored higher on competence than older children. Finally, psychiatric disorder affect both Anger Modulation and Behavioural Regulation DB-DOS scores. Children with a psychiatric disorder scored significant higher on all domains than children without a psychiatric disorder. **Discussion:** Considering that the results are from one module only, the results are promising. In next studies the other two contexts have to be concerned. Further recommendations are given about group size and gender distribution.

Keywords: DB-DOS; Observation schedule; Disruptive behaviour; Preschool children.

Gedurende de afgelopen jaren hebben meerdere onafhankelijke studies laten zien dat verschillende gedragsstoornissen, gelabeld door Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-Text Revision (DSM-IV-TR) (American Psychological Association [APA], 2000), kunnen worden geïdentificeerd bij jonge kinderen. Hierbij gaat het om kleuters; kinderen van 3 tot 6 jaar (Wakschlag, et al., 2008b; Wakschlag, et al., 2005). Disruptieve gedragsproblemen is de meest voorkomende reden waarom kinderen op jonge leeftijd in contact komen met gezondheidsinstellingen, en daarnaast is deze problematiek vaak aanhoudend en schadelijk voor de ontwikkeling van het kind (Wakschlag, et al., 2005).

Uit onderzoek is gebleken dat gemiddeld 10-15% van de kleuters mild tot matig problematisch gedrag vertoont (Angold & Egger, 2007; Thomas & Guskin, 2001). Dit kan grote gevolgen hebben. Zo hebben Thomas en Guskin (2001) aangetoond dat bij de helft van de kinderen waarbij op 3- of 4-jarige leeftijd gedragsproblemen zijn vastgesteld, deze problemen aanhouden tot in de adolescentie. Wanneer de problematiek al aanwezig is op zulke jonge leeftijd gaat het meestal om ernstige problematiek binnen meerdere ontwikkelingsgebieden. Echter, wanneer de problemen in de adolescentie pas vastgesteld worden, blijkt het om relatief minder complexe problematiek te gaan (Shaw, Owens, Giovannelli, & Winslow, 2001). Als het ernstige problematiek betreft, zou deze gediagnosticeerd kunnen worden aan de hand van de DSM-IV-TR. Daarentegen hebben Wakschlag, Leventhal, Thomas en Pine (2007) in hun onderzoek geconcludeerd dat DSM-IV-TR tegenstrijdige informatie verstrekt. Enerzijds lijkt het erop dat de DSM-IV-TR vermijdt jonge kinderen te diagnosticeren. Anderzijds zijn er criteria opgenomen voor Attention/Hyperactivity Disorder (ADHD) onder de 7 jaar, bespreekt DSM-IV-TR problematisch temperament in de vroege jaren tegen de achtergrond van Oppositional Defiant Disorder (ODD) en staat vermeld dat Conduct Disorder (CD) ook op 5-jarige leeftijd kan starten (APA, 2000; Wakschlag, et al., 2007).

DSM-IV-TR onderscheidt ODD/CD, oftewel disruptieve gedragsstoornissen (DBD) en ADHD (Wakschlag, et al., 2005). DBD wordt gedefinieerd als een patroon van negatieve gedragingen wat kan leiden tot een belemmering in het sociale contact met anderen (APA, 2000). Bij ODD zijn verzet en negatieve emotie kenmerkende verschijnselen, bij CD zijn dit agressie en antisociaal gedrag (Wakschlag & Danis, 2004). ADHD wordt onderscheiden in de typen hyperactiviteit-impulsiviteit (HI), onoplettendheid (IN) en ADHD-gecombineerd. Kenmerkende verschijnselen van ADHD-HI zijn onrustig bewegen van ledematen, doordraven, aan een stuk door praten en moeite met op de beurt wachten. Kenmerkende verschijnselen van ADHD-IN zijn achteloosheid, moeite met aandacht erbij houden, dingen

vaak kwijt zijn en makkelijk afgeleid zijn door uitwendige prikkels. Bij ADHD-gecombineerd is sprake van verschijnselen uit beide categorieën (APA, 2000). Campbell (2002) heeft uitgelegd dat de diagnose ADHD stellen bij kleuters lastig is. Het gedrag kan enerzijds verklaard worden door hun enthousiasme de wereld te verkennen, gezien die aanzienlijk groeit op deze leeftijd. Anderzijds kan het gedrag wel degelijk worden veroorzaakt door aandachtsproblemen of hyperactiviteit.

Bij het beoordelen van het gedrag van kleuters moeten de mogelijke invloeden van geslacht en leeftijd opgenomen worden. Kerr, Lopez, Olson en Sameroff (2004) hebben hun onderzoek gewijd aan de rol van het geslacht bij probleemgedrag op jonge leeftijd. Uit dit onderzoek komt naar voren dat jongens significant meer gedragsproblematiek laten zien dan meisjes. Ook Carlson, Tamm en Gaub (1997) en Diamantopoulou, Henricsson en Rydell (2005) concluderen in hun onderzoeken dat jongens significant meer probleemgedrag laten zien dan meisjes. Het onderzoek van Carlson en collega's (1997), naar de leeftijdsgroep 7-8 jaar laat zien dat jongens meer problemen vertonen op het gebied van aanpassen, aandacht, agressiviteit, externaliserende problematiek en vaker minder leuk gevonden worden door leeftijdsgenoten. Uit het onderzoek van Diamantopoulou en collega's (2005) komt naar voren dat 12-jarige jongens frequent meer problemen hebben op het gebied van agressiviteit, internaliserende problematiek, prosociaal gedrag en vaker ADHD vertonen. Jongens vertonen ook vaker problemen op school. De problemen zouden naarmate ze ouder worden steeds erger zijn, zelden blijft de problematiek stabiel of verminderd deze (Campbell, 2002).

Kerr en collega's (2004) geven als oorzaak van het verschil tussen de ontwikkeling van probleemgedrag bij jongens en meisjes dat ouders minder warmte en toegeeflijkheid laten zien bij jongens, en vaker straf geven. Daarnaast beschrijven zij dat jongens en meisjes op het gehele gebied van morele regulatie verschillen. Meisjes zouden meer empathie tonen, eerder een schuldgevoel hebben en eerder morele rijpheid laten zien, wat zou leiden tot minder probleemgedrag. In het onderzoek van Stene Nøvik en collega's (2006) komt naar voren dat meisjes ook vaker prosociaal gedrag zouden laten zien.

Wat de invloed van leeftijd op het gedrag van het kind betreft, is het moeilijk te constateren of gedragingen onderdeel zijn van de ontwikkeling of klinische gedragingen zijn. Het gaat hier om de ontwikkeling van kinderen tussen de 2 en 8 jaar. Het verschilt in deze ontwikkelingsfase per kind hoe de ontwikkeling verloopt, en zodoende kan dit moeilijk gegeneraliseerd worden. Belangrijk feit is dat de jonge kinderen niet of gedeeltelijk naar school gaat, terwijl de oudere kinderen volledig op school zitten. Uit onderzoek is gebleken

dat de prevalentie van stoornissen gediagnosticeerd aan de hand van de DSM-IV-TR op jonge leeftijd vergelijkbaar is met de prevalentie bij oudere kinderen, oftewel dat jongens meer probleemgedrag vertonen dan meisjes (Wakschlag, et al., 2007).

Rescorla, Ross en McClure (2007) hebben onderzoek gedaan naar de leeftijdsgroep 18 tot 35 maanden aan de hand van de Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2000). Uit dit onderzoek is gebleken dat leeftijd gekoppeld is aan problematiek. Hoe hoger de leeftijd, hoe meer problemen ouders rapporteren. Dit geldt voor alle domeinen en het totale beeld. Ook Kryzer, Kovan, Phillips, Domagall en Gunnar (2007) deden onderzoek naar deze leeftijdsgroep (25 tot 45 maanden). Zij concluderen dat kleuters significant meer problemen laten zien dan peuters. Campbell (2002) heeft een longitudinale studie beschreven waarin kinderen vanaf 25 maanden tot 13 jaar gevolgd worden. Onder andere worden zij op 3- en 4-jarige leeftijd onderzocht. Hieruit blijkt dat de kinderen meer problemen vertonen na dit jaar. Zij laten significant meer hyperactiviteit en agressiviteit zien op 4-jarige leeftijd. Daarnaast waren ze minder gefocust op hun spel en de kinderen liepen meer rond tijdens de gestructureerde taken.

De longitudinale studies van Broidy en collega's (2003) en Shaw, Lacourse en Nagin (2005) laten een ander resultaat zien wat de gevolgen van gedragsproblemen op jonge leeftijd betreft. Broidy en collega's (2003) hebben kinderen tussen de 5 en 7 jaar in zes internationale steden gevolgd tot zij 13 tot 15 jaar waren. Uit deze longitudinale studie, welke voornamelijk gericht is op agressieproblematiek, is gebleken dat agressiepatronen vrijwel stabiel blijven in deze periode. Er zijn kinderen die meer of minder gedrag lieten zien, maar er is sprake van een consistente stabiele aanwezigheid van agressiviteit, ongeacht leeftijd of woonplaats. Uit de longitudinale studie van Shaw, Lacourse en Nagin (2005), die kinderen tussen de 2 en 10 jaar met CD- en ADHD symptomen hebben gevolgd, is echter gebleken dat er sprake zou zijn van een afname van CBCL-gerelateerde CD- en ADHD symptomen. Bij de groep met chronische problematiek (ADHD 20.0%; CD 6.7%) was sprake van een lichte toename tussen 2 en 4 jaar bij CD en een lichte toename tussen 2 en 6 jaar bij ADHD, waarna ook deze symptomen afnemen. Bij de groepen met gemiddelde problematiek (ADHD 74.2%; CD 83.1%) was een forse afname van de symptomen al na de eerste meting zichtbaar.

Kortom, wanneer deze drie longitudinale studies samen worden genomen, blijkt er sprake van zeer tegenstrijdige resultaten. De longitudinale studie van Campbell (2002) heeft uitgewezen dat er tussen 3 en 4 jaar een significante toename was wat hyperactiviteit en agressiviteit betreft. Ten tweede laten Broidy en collega's in hun longitudinale studie zien dat er een consistente aanwezigheid is van agressie tussen de 5 en 15 jaar. En ten derde kwam uit

de longitudinale studie van Shaw, Lacourse en Nagin (2005) naar voren dat er sprake zou zijn van een afname van de CD- en ADHD symptomen tussen de 2 en 4/6 jaar.

Het is bij kinderen met ADHD en/of DBD van groot belang dat zij zo vroeg mogelijk worden gediagnosticeerd, aangezien dan het meeste rendement uit begeleiding en/of behandeling gehaald kan worden (Le Couteur, Haden, Hammal, & McConachie, 2008). De gedragspatronen behorende bij deze stoornissen hebben negatieve invloed op de ontwikkeling van het kind. In de kleuterperiode staat de ontwikkeling van de autonomie centraal, welke geschaad kan worden (Wakschlag, et al., 2005). Tevens is dit een kritische periode voor hersenontwikkeling (Wakschlag, et al., 2007). Daarnaast hebben de gedragsproblemen consequenties voor de ontwikkeling op school (Kerr, et al., 2004).

Echter, belangrijk voor het adequaat ingrijpen en het deelnemen aan een passende interventie is een betrouwbare diagnose. Op dit moment bestaan nog weinig betrouwbare methoden om jonge kinderen met disruptieve gedragsstoornissen te diagnosticeren. In de DSM-IV-TR zijn symptomen van gedragsstoornissen gericht op oudere kinderen, waardoor het gebruik hiervan inadequaaf is voor kleuters. Wakschlag en collega's (2004) noemen drie redenen waarom het gebruik niet nuttig is. Ten eerste omdat kenmerkende criteria niet voorkomen in deze leeftijdsfase. Een aantal symptomen is nog niet aan de orde op die leeftijd, zoals seksuele activiteiten of spijbelen. Ten tweede zijn een aantal kenmerkende criteria zeer onwaarschijnlijk, zoals stelen of andere illegale bezigheden. Ook gaat het hierbij om academische vaardigheden. In deze leeftijdscategorie staan deze ontwikkelingen nog niet centraal, wat bijvoorbeeld bij ADHD zou kunnen leiden tot een verkeerde inschatting van het concentratievermogen. Ten derde is er ook sprake van onvoldoende precisie met betrekking tot het onderscheid maken tussen klinische gedragingen en de leeftijdsadequate ontwikkeling. Elk kind is uniek en ontwikkelt op zijn eigen manier. Hierdoor is het op jonge leeftijd moeilijk te beoordelen wanneer sprake is van een normale ontwikkeling en wanneer niet (Wakschlag, et al., 2007). Kortom, om een helder onderscheid te maken tussen normale en kritische gedragingen bij jonge kinderen, zal heel precies onderzocht moeten worden wat kenmerkend is voor deze ontwikkelingsperiode.

Wakschlag en Danis (2004) beschrijven de klinische en ontwikkelingsaspecten van ADHD en DBD bij jonge kinderen. In de kleuterperiode is zelfcontrole een centraal punt. Vaardigheden die kinderen ontwikkelen in deze periode zijn frustratietolerantie, het gebruik van verbale strategieën, onderhandelen, sensitief zijn voor de belangen van zichzelf en anderen en flexibiliteit in het gedrag tonen. De context waarin dit gebeurt is met name de

thuisituatie, maar vanaf 4 jaar ook op school. Dan spelen ook leeftijdgenoten een belangrijke rol in de ontwikkeling.

Een belangrijk onderscheid tussen normale en klinische gedragingen dat Wakschlag en Danis (2004) maken, is dat bij klinisch gedrag deze ongewenste gedragingen in verschillende sociale situaties moeten voorkomen, oftewel pervasief zijn. In tegenstelling tot een normale ontwikkeling waarin deze ongewenste gedragingen beperkt voorkomen en met name in de thuisituatie. Ten tweede is bij een normale ontwikkeling sprake van relatief flexibele gedragingen op het gebied van emotieregulatie, terwijl bij klinische gedragingen sprake is van hardnekkig en moeilijke beïnvloedbaar gedrag. Ten derde leiden klinische gedragingen tot disfunctioneren op school en binnen de gezinssituatie, terwijl bij een normale ontwikkeling hier geen sprake van is. Wakschlag en Danis (2004) hebben zodoende geconstateerd dat het bij het onderscheiden van normale en klinische gedragingen belangrijk is te beoordelen op de frequentie, intensiteit, hevigheid en de contexten waarin het gedrag voorkomt. Een belangrijke beperking bij het diagnosticeren van jonge kinderen is dat in deze periode juist het reguleren van aandacht en gedrag in ontwikkeling is. Hierdoor kan dit soms als relatief klinisch gezien kan worden, terwijl het onderdeel is van een normale ontwikkeling (Wakschlag, et al., 2007).

Uit onderzoek van Angold en Egger (2007) is gebleken dat deze klinische problematiek betrouwbaar kan worden geïdentificeerd aan de hand van een oudervragenlijst (Angold & Egger, 2007). Echter, is deze informatie eenzijdig en zouden ouders een te negatief beeld kunnen schetsen van hun kind. Daarnaast is het bij diagnostiek belangrijk dat bepaalde gedragingen zich in meerdere sociale situaties voordoen, om uit te sluiten dat de oorzaak situatiespecifiek is (Wakschlag, et al., 2005). Hierdoor zijn observatiemiddelen in de praktijk steeds belangrijker geworden bij diagnostiek. Observatiemethoden zijn belangrijk bij het verhelderen van het onderscheid tussen normale en klinische gedragingen en voor het beschrijven van disruptief gedrag. Observatie is nodig naast de oudervragenlijsten, aangezien van ouders niet verwacht kan worden om een onderscheid te maken tussen normatief en klinisch gedrag. Daarnaast kan de ouder beïnvloed zijn door een aantal factoren, zoals sociaal wenselijk antwoorden, ontbrekende kennis over een normale ontwikkeling, stress en psychopathologie bij de ouders zelf (Wakschlag, et al., 2005; Angold & Egger, 2007). Ook is het van belang het kind in zijn natuurlijke omgeving met zijn of haar ouders te zien (Wakschlag, et al., 2008a), want direct contact met het kind is een onmisbaar element van een betrouwbare, valide diagnostische beeldvorming, aangezien hierop adviezen en beslissingen zijn gebaseerd (Troudes, 2000).

Uit de praktijk is gebleken dat er weinig observatiemethoden voor het onderkennen van disruptieve gedragingen bij deze leeftijdscategorie zijn ontwikkeld. De ontwikkeling van methoden voor een klinische beoordeling van kleutergedrag gaat gepaard met veel verschillende stromingen binnen de wetenschap. De ontwikkelaars zijn bang om normale gedragingen te pathologiseren en willen dit weerhouden. Daarentegen zien de klinische professionals in de praktijk dat er wel degelijk problemen zijn en dat deze reëel zijn en de ontwikkeling van het kind schaden (Wakschlag & Danis, 2004). Ook blijkt uit het onderzoek van Wakschlag en Danis (2004) dat tot op heden in de praktijk geen standaard diagnostiekbatterij is voor het testen van disruptieve gedragingen bij jonge kinderen. Er wordt geconcludeerd dat er geen: 1. valide methode is voor het klinisch interviewen, 2. standaard observatie methode is voor het onderkennen van disruptieve gedragingen en 3. methode is voor het integreren van informatie over klinische oordelen.

Op basis van dit onderzoek, hebben Wakschlag en Danis (2004) de Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS) ontwikkeld. Deze observatiemethode is gebaseerd op de eerder ontwikkelde Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS), welke veel gebruikt wordt in combinatie met het Autism Diagnostic Interview (ADI) voor het diagnosticeren van autismeverwante stoornissen. De ADOS is ontwikkeld door Lord en collega's (1989) en heeft als doel het ontwikkelen van een standaard serie contexten voor de observatie van communicatief en sociaal gedrag bij personen met mogelijk autisme of aanverwante stoornissen. De ADOS is een interactief observatiemiddel, waarbij de context en de gedragingen van de onderzoeker gestandaardiseerd zijn in een protocol. Daarnaast is het niet alleen gericht op de kwantiteit van gedragingen, maar juist ook op de kwaliteit van gedrag. Zo wordt de kwantiteit gemeten in de frequentie van een gedraging en kwaliteit door de intensiteit van een gedraging te beoordelen. De ADOS bestaat uit 8 taken, waarbij elke taak een doel heeft (zie tabel 1). Deze gedragingen worden na afname gecodeerd aan de hand van een 3-punt schaal, van 0 = binnen normale limieten, tot 2 = duidelijk abnormaal en beoordeeld in 4 categorieën: wederkerig sociale interactie, communicatie/taal, stereotype/beperkte gedragingen en stemming/niet-specifieke abnormale gedragingen (Lord, et al., 1989).

Tabel 1. *Componenten van de Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)*

Taak	Doelgedragingen
Constructie taak	Om hulp vragen
Ongestructureerde presentatie van speelgoed	Symbolisch spelen Wederkerigheid Hulp bieden aan onderzoeker
Samen tekenen	Beurten nemen in gestructureerde taak
Demonstratie taak	Beschrijvende gebaren en mime
Aan de hand van kaartjes vertellen	Beschrijven van alledaagse taken
Boek taak	Vertellen van een opeenvolgend verhaal
Conversatie	Wederkerige communicatie
Socio-emotionele vragen	Bekwaamheid taal te gebruiken om socio-emotionele onderwerpen te bespreken

Bij het ontwikkelen van de DB-DOS is van het model van de ADOS uitgegaan. De DB-DOS is ontwikkeld om informatie te verkrijgen over de grenzen tussen normale en klinische gedragingen van kleuters bij kwalitatieve en kwantitatieve contexten van emotie- en gedragsfunctioneren in meerdere modules. Het uiteindelijke doel is om op deze wijze kinderen met DBD te kunnen identificeren. De DB-DOS bevat meerdere modules van disruptief gedrag, namelijk Moduleren boosheid, Gedragsregulatie en competentie (Wakschlag & Danis, 2004). De DB-DOS 1. gebruikt meerdere taken om gedrag uit te lokken die gekoppeld zijn aan DSM-IV-TR diagnostische criteria, 2. combineert gestructureerde richtlijnen voor gedrag van de onderzoeker en het gebruik van klinisch inzicht, 3. is relatief kort om uit te voeren, en 4. scoort gedrag langs een continuüm van atypisch gedrag om het gedrag op een klinische, betekenisvolle wijze te beoordelen (Wakschlag, et al., 2005). Voor het coderen van gedrag wordt gebruik gemaakt van een 4-punt schaal, welke besproken zal worden in de methodesectie, net als een uitgebreide inhoud van de DB-DOS.

In deze studie wordt onderzocht of de DB-DOS een bruikbaar observatie-instrument is voor kinderen van 3,5 tot 5,5 jaar met gedragsproblemen. Aangezien dit vanuit vele perspectieven beoordeeld kan worden, werd in deze studie onderzoek gedaan naar drie aspecten van validiteit, namelijk de invloed van leeftijd, geslacht en psychiatrische stoornis. Bij een groep kinderen tussen 3,5 en 5,5 jaar die, hetzij verwezen, hetzij geworven zijn, werden de resultaten op de DB-DOS onderzocht op verschillen wanneer er rekening gehouden wordt met leeftijd, geslacht en psychiatrische stoornis. De laatste factor werd opgedeeld in de groepen ADHD, DBD, comorbide ADHD en DBD, en geen stoornis.

Gezien de besproken literatuur werd een significant verschil van resultaten verwacht tussen de groepen met een psychiatrische stoornis en de controlegroep. Verder werd een verschil verwacht tussen de resultaten van de groepen ADHD en DBD, aangezien het bij deze

stoornissen om andere symptomen gaat. Ook werd een verschil verwacht tussen de resultaten van de jongens en de meisjes, aangezien dit in de besproken literatuur naar voren is gekomen. Uit de verscheidene onderzoeken kwam naar voren dat, ongeacht de leeftijd, jongens meer problematiek vertonen op het gebied van agressiviteit, aandacht en sociaal vlak. Een belangrijk punt was dat de kinderen al in een diagnostische groep zijn geplaatst, waardoor het onduidelijk was of jongens en meisjes binnen een zelfde groep ook significant verschillende resultaten lieten zien. Als laatste was er geen verwachting wat de verschillen tussen de leeftijdsgroepen betreft. Uit de besproken literatuur is gebleken dat er tegenstrijdige resultaten zijn wat betreft een toename of afname van problematiek.

Methode

Proefpersonen

In dit onderzoek waren 135 kinderen in de leeftijd van 41 maanden tot 67 maanden betrokken. De gemiddelde leeftijd was 54.59 maanden (SD = 7.79 maanden). In het onderzoek deden totaal 107 jongens en 28 meisjes mee. Van de 110 klinische kinderen die verwezen werden, waren 30 kinderen aan de hand van een klinische consensus gediagnosticeerd met ADHD, 28 kinderen met DBD, 32 kinderen met ADHD & DBD en 43 kinderen hebben geen of een andere diagnose. Deze laatste groep werd wel meegenomen in de analyse naar betrouwbaarheid, maar bij de overige analyses werd deze groep geëxcludeerd. De controlegroep, die geworven werden, bevatte 25 kinderen.

Procedure

Kinderen in dit onderzoek waren verwezen via ouders, GGD, huisarts, of een (medisch) kinderdagverblijf naar de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht, en kwamen na een screening terecht bij de poli "Het Jonge Kind".

Daarop volgend werden ouders met hun kind uitgenodigd voor een diagnostisch bezoek. Dit hield in dat er intelligentie en executieve functietaken bij het kind werden afgenomen, een semigestructureerd ouderinterview bij de ouder(s) en de DB-DOS. De DB-DOS werd opgenomen op DVD voor de beoordeling. Na deze ochtend werd in het multidisciplinair team de resultaten en observaties besproken, waarna een adviesgesprek met ouders plaats heeft gevonden. Na 9 en 18 maanden kwam het kind met ouder(s) terug voor een verkorte herhaling van de ochtend en zodoende kon er rekening gehouden worden met de ontwikkeling van het kind.

De kinderen uit de controlegroep waren geworven via peuterspeelzalen en scholen.

Onderzoeksinstrument: DB-DOS

In deze studie werd gebruik gemaakt van de DB-DOS (Wakschlag & Danis, 2004). De DB-DOS is ontwikkeld om informatie te verkrijgen over de grenzen tussen normale en klinische gedragingen van kleuters bij kwalitatieve en kwantitatieve contexten van emotie- en gedragsfunctioneren in meerdere modules. Het uiteindelijke doel is om op deze wijze kinderen met disruptieve gedragsstoornissen te kunnen identificeren. De DB-DOS bestaat uit 3 modules en de afname duurt gemiddeld een uur. De eerste module wordt afgenomen door de ouder en de andere twee door de onderzoeker. In de oudermodule wordt ook gelet op de flexibiliteit en responsiviteit van de ouder en de capaciteit voor het handhaven van het gedrag van het kind. Taken uit de DB-DOS duren ongeveer 5 minuten en testen onder andere gehoorzaamheid, omgang met teleurstelling, frustratie, sociale betrokkenheid en internalisering van regels. Een compleet overzicht is weergegeven in tabel 2.

Tabel 2. *Modulen van de Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS)*

Modulen	Taakomschrijving
I. Taken met onderzoeker met actieve ondersteuning	
Gehoorzaamheid	Kind wordt gevraagd drie sorteertaken te doen
Frustratie	Kind krijgt speelgoed dat niet werkt
Sociale interactie	Onderzoeker speelt met het kind
II. Taken met onderzoeker met minimale ondersteuning	
Gehoorzaamheid	Kind wordt gevraagd saaie taakjes te doen met speelgoed vlakbij
Frustratie	Kind werkt om prijsje te winnen met incomplete taak
Internalisering regels	Kind wordt verboden speelgoed aan te raken (onderzoek gaat uit de kamer)
III. Taken met ouder	
Gehoorzaamheid	Ouder vraagt kind een sorteertaak te doen
Frustratie	Ouder laat kind taak met meerdere stappen volbrengen
Gehoorzaamheid	Ouder vraagt kind zelfstandig te werken
Sociale interactie	Ouder en kind spelen samen

De DB-DOS werd beoordeeld op drie modules: Moduleren boosheid, Gedragsregulatie en Competenties. Onder Moduleren boosheid viel negatief affect en de coping, onder Gedragsregulatie viel oppositioneel en provocerend gedrag, inflexibiliteit en agressiviteit, en onder Competenties vielen sociale competenties en positief affect. Competenties is een module waarbij het om positief, gewenste gedragingen ging, in tegenstelling tot de andere

twee modulen, waarbij het om ongewenste gedragingen ging. Zodoende was deze module na de beoordeling hergecodeerd, zodat in deze module ook een hogere score voor een negatiever resultaat staat. Er zijn in totaal 27 gedragingen die beoordeeld werden aan de hand van een 4-puntsschaal (zie bijlage 1). De codes 0 en 1 vielen binnen het normale gebied en betroffen een milde mate van de betreffende gedraging en de codes 2 en 3 vielen binnen het klinisch gebied. Dit betroffen de gemiddelde tot ernstige mate van de gedraging. Gedragingen werden zowel op kwantitatief als kwalitatief gebied beoordeeld. Bij kwantitatieve beoordeling ging het om de frequentie van een gedragingen, zoals de aanwezigheid van negatief affect. Bij een kwalitatieve beoordeling gaat het echter om de hevigheid van een gedraging, zoals de mate van intensiteit van negatief affect (Wakschlag & Danis, 2004). In deze studie is alleen de onderzoekermodule met actieve ondersteuning beoordeeld, wat inhield dat 4 gedragingen niet van toepassing zijn en zodoende niet gescoord zijn. Het gaat hierbij om gedragingen die alleen voorkomen in de context onderzoeker met minimale ondersteuning (zie bijlage 1).

Na de beoordeling was per module een totaalscore berekend. Ook werd een totaalscore van de modulen Moduleren boosheid en Gedragsregulatie berekend, aangezien dat waardevol kan zijn bij de beoordeling van disruptief gedrag. Aangezien de codes 0 en 1 een normale ontwikkeling weergaven en 2 en 3 klinische scores waren, zou theoretisch een scheidingslijn getrokken kunnen worden voor het onderscheid tussen een normale ontwikkeling en klinische gedragingen. Deze lijn was internationaal nog niet vastgesteld. Op het moment van dit onderzoek kon dit zodoende niet meegenomen worden.

De beoordeling van de DB-DOS is gedaan door beoordelaars die hiervoor getraind zijn, en die betrouwbaar werden geacht met het scoren van de DB-DOS. Om deze betrouwbaarheid te waarborgen was één van de beoordelaars toegewezen als Golden Standard. Deze heeft één op de vijf beoordelingen van de overige beoordelaars ook beoordeeld, zodat de onderlinge betrouwbaarheid geanalyseerd kon worden. Voor het analyseren van de onderlinge betrouwbaarheid van de beoordelaars werd gebruik gemaakt van Cohen's Kappa (Wakschlag, et al., 2008a).

Data analyse

Bij het onderzoeken van het effect van leeftijd, geslacht en psychiatrische stoornis werd gebruik gemaakt van MANOVA. De onafhankelijke variabelen waren leeftijd, onderzoeksgroep en geslacht. De afhankelijke variabelen waren de resultaten van de beoordeling van de DB-DOS. Deze resultaten waren berekend op moduleniveau, en de totaalscore van de modulen Moduleren boosheid en Gedragsregulatie samen.

Resultaten

De DB-DOS bevat items welke niet aanwezig zijn binnen de beoordeling en zodoende niet bruikbaar zijn bij de evaluatie van de betrouwbaarheid. Op deze zes items werd in alle gevallen geen aanwezigheid gescoord. Binnen de module Moduleren boosheid was dit het item snelle escalatie, en binnen de module Gedragsregulatie ging het om de items gerichte agressie, verbale agressie-schelden en dreigementen, hatelijk gedrag en sneaky gedrag. Omdat deze afwezigheid de betrouwbaarheid van de overige items kon beïnvloeden, werden deze zes items geëxcludeerd uit de betrouwbaarheidsanalyse.

Voor het beoordelen van de onderlinge betrouwbaarheid was 22 keer de gehele DB-DOS dubbel beoordeeld. Eerst werd de groep kinderen door de beoordelaar beoordeeld en vervolgens door de Golden Standard, welke zowel klinische als controle kinderen bevatte. De onderlinge betrouwbaarheid was goed, $k = 0.80$. Dit wordt weergegeven in tabel 3.

Tabel 3. *Onderlinge betrouwbaarheid*

	Cohen's Kappa
DB-DOS	.80
1. Moduleren Boosheid	.81
2. Gedragsregulatie	.79
Module 1 en 2 samen	.80
3. Competenties	.63

Uit de analyse blijkt dat de DB-DOS in het algemeen en de eerste twee modules betrouwbaar te beoordelen zijn. De derde module, Competenties, heeft een matige betrouwbaarheid. Wanneer module 1 en 2 samen wordt genomen, is de betrouwbaarheid ook voldoende. De grootste mogelijke beoordelingsverschillen zijn tussen scores 0 en 3, aangezien dit het maximaal mogelijke onderlinge verschil bevat. Er zijn geen 0/3 verschillen gevonden tussen de beoordelaars. Het 0/2 verschil is drie keer voorgekomen.

De gemiddelden en standaarddeviatie van de DB-DOS scores zijn per groep weergegeven in tabel 4. Deze resultaten zijn per module onderscheiden op sekse en leeftijdsgroep. Deze analyse betreft alleen de groepen ADHD, DBD, de comorbide groep van ADHD en DBD, en de controlegroep.

Tabel 4. Resultaten DB-DOS

	ADHD (N=30)				DBD (N=28)				ADHD & DBD (N=31)				Controle (N=25)			
	Jongen		Meisje		Jongen		Meisje		Jongen		Meisje		Jongen		Meisje	
	(N=23)	(N=7)	(N=24)	(N=4)	(N=24)	(N=7)	(N=16)	(N=9)								
	Jong	Oud	Jong	Oud	Jong	Oud	Jong	Oud	Jong	Oud	Jong	Oud	Jong	Oud	Jong	Oud
	(N=8)	(N=15)	(N=3)	(N=4)	(N=14)	(N=10)	(N=2)	(N=2)	(N=12)	(N=12)	(N=4)	(N=3)	(N=5)	(N=11)	(N=3)	(N=6)
1. Moduleren	1.88	1.73	2.33	1.25	1.57	2.50	4.50	1.50	2.50	3.33	5.25	2.33	1.60	1.27	.33	1.50
boosheid	(1.25)	(2.09)	(1.53)	(.50)	(1.16)	(1.65)	(4.95)	(.71)	(2.71)	(3.70)	(5.32)	(1.53)	(1.52)	(1.27)	(.58)	(.55)
2. Gedrags- regulatie	6.00	4.40	5.67	3.75	4.79	3.10	3.50	.50	5.58	5.42	7.75	4.67	2.00	3.00	.67	2.33
	(3.78)	(2.75)	(4.04)	(2.22)	(2.83)	(3.78)	(2.12)	(.71)	(2.71)	(3.55)	(3.78)	(.58)	(1.87)	(2.65)	(.58)	(2.25)
Module 1 & 2	7.88	6.13	8.00	5.00	6.36	5.60	8.00	2.00	8.08	8.75	13.00	7.00	3.60	4.27	1.00	3.83
	(4.61)	(4.39)	(5.57)	(2.45)	(3.37)	(4.86)	(7.07)	(1.41)	(3.99)	(6.77)	(8.12)	(1.73)	(3.21)	(2.97)	(1.00)	(1.84)
3. Competenties (hergecodeerd)	7.75	6.87	8.67	7.25	9.21	9.20	12.50	8.00	7.58	8.67	9.00	8.67	9.60	6.00	8.00	6.67
	(1.49)	(2.50)	(2.08)	(1.50)	(2.67)	(2.74)	(2.12)	(2.83)	(2.15)	(2.54)	(2.16)	(2.52)	(3.85)	(3.00)	(4.00)	(1.63)

Bij toetsing met MANOVA bleek er geen significant hoofdeffect te zijn voor geslacht. Dit gold zowel voor de module Moduleren boosheid: $F(1, 98) = .390, p = .53$; de module Gedragsregulatie: $F(1, 98) = .966, p = .33$; Module 1 en 2 samen: $F(1, 98) = .116, p = .73$, als de module Competenties (hergecodeerd): $F(1, 98) = .664, p = .42$.

Voor het onderzoek van het effect van leeftijd werd de groep opgedeeld in een jonge en een oude groep kinderen. Alleen op de module Competenties (hergecodeerd) was er sprake van een significant hoofdeffect van leeftijd: $F(1, 98) = 5.362, p < .05$. Op de overige modules was er geen sprake van een effect van leeftijd: Moduleren boosheid: $F(1, 98) = 1.176, p = .28$; Gedragsregulatie: $F(1, 98) = 2.509, p = .12$, en Modulen 1 en 2: $F(1, 98) = 2.562, p = .11$.

Wat het effect van de psychiatrische stoornis betreft, was er een significant hoofdeffect op de modules Moduleren boosheid: $F(1, 98) = 3.601, p < .05$; Gedragsregulatie: $F(1, 98) = 7.074, p < .05$; en op Module 1 en 2 samen: $F(1, 98) = 6.556, p < .05$. Er was echter geen effect van psychiatrische stoornis op de module Competenties: $F(1, 98) = 2.486, p = .07$.

Aangezien een significant effect gevonden werd van psychiatrische stoornis op de modules Moduleren boosheid, Gedragsregulatie en deze modules samen, was een posthoc-toetsing uitgevoerd. In deze posthoc-toetsing was het verschil tussen de diagnostische groepen en de controlegroepen geanalyseerd. De resultaten zijn per module weergegeven in tabel 8.

Tabel 8. *Posthoc toetsing diagnose*

Module	Diagnosegroepen		Gem. verschil	St. error	Sig.	Richting significant verschil
1. Moduleren boosheid	ADHD	Controle	.49	.607	.43	
	DBD	Controle	.83	.617	.18	
	Comorbide	Controle	1.88	.603	.00*	Comorbide>Controle
2. Gedragsregulatie	ADHD	Controle	2.51	.804	.00*	ADHD>Controle
	DBD	Controle	1.43	.817	.08	
	Comorbide	Controle	3.35	.798	.00*	Comorbide>Controle
Module 1 en 2 samen	ADHD	Controle	2.99	1.207	.02*	ADHD>Controle
	DBD	Controle	2.25	1.227	.07	
	Comorbide	Controle	5.23	1.198	.00*	Comorbide>Controle

Uit de posthoc-toetsing bleek op alle modules een significant verschil tussen de comorbide groep en controlegroep. Daarnaast bleek een significant verschil tussen de groepen ADHD en controle op de modules Gedragsregulatie en Modulen 1 en 2 samen. De DBD-groep verschilde op geen enkele module significant van de controlegroep.

Discussie

In deze studie is onderzoek gedaan naar de onderlinge betrouwbaarheid van de beoordelaars en de validiteit van de DB-DOS om klinische gedragingen van gedragsproblemen binnen het normale gebied te onderscheiden bij kinderen van 3,5 tot 5,5 jaar. Wat de validiteit betreft is onderzocht of er effect is van geslacht, leeftijd en psychiatrische stoornis.

Uit de analyses is gebleken dat de modulen Moduleren Boosheid en Gedragsregulatie voldoende betrouwbaar te beoordelen zijn. Echter, de module Competenties had een matige betrouwbaarheid. Een beperking aan de huidige studie is dat gedragsobservaties van slechts 22 kinderen dubbel beoordeeld zijn. In nader onderzoek zal op grotere schaal de betrouwbaarheid van het beoordelen van de DB-DOS onderzocht moeten worden.

Voor wat de validiteit betreft, werd allereerst alleen een leeftijdeffect op de module Competenties gevonden. De jonge kinderen scoorden hier hoger dan oude kinderen, wat inhoudt dat jonge kinderen minder sociale vaardigheden en positief affect lieten zien tijdens de afname. Op de modulen Moduleren boosheid en Gedragsregulatie is geen hoofdeffect gevonden. Dit zou verklaard kunnen worden door de geringe leeftijdspreiding binnen het onderzoek. Daarnaast zou de wijze van selectie, op basis van gedragsproblemen, mogelijk het leeftijdseffect op groepsniveau weg kunnen nemen. Bij nader onderzoek zal de groep uitgebreid kunnen worden met kinderen uit het vervolgonderzoek tot een leeftijdsgroep van 3,5 tot 7,0 jaar. Wellicht kunnen dan duidelijkere patronen gevonden worden.

Wat geslacht betreft was er geen effect gevonden op de DB-DOS scores. Wanneer dit vergeleken wordt met de eerder besproken literatuur is dit resultaat tegen de verwachting in. Uit eerdere onderzoeken is gebleken dat jongens over het algemeen meer externaliserend probleemgedrag laten zien dan meisjes, wat terug te zien zou moeten zijn in de DB-DOS. Een verklaring hiervoor kan zijn dat bij de kinderen al een diagnose gesteld was, waardoor men er vanuit mag gaan dat jongens en meisjes gediagnosticeerd met eenzelfde psychiatrische stoornis vergelijkend gedrag vertonen. Belangrijk is om in de toekomst ook de andere contexten van de DB-DOS, onderzoeker minimale ondersteuning en ouder, te beoordelen en deze resultaten te vergelijken met de resultaten van deze context.

Tenslotte werd het effect van psychiatrische stoornis op de DB-DOS scores onderzocht. Een hoofdeffect werd gevonden op de modulen Moduleren boosheid, Gedragsregulatie en deze modulen samen. Door de gevonden resultaten kan geconcludeerd worden dat er onderscheid gemaakt kan worden tussen gedragsproblemen binnen het normale gebied en klinische gedragingen.

Uit de posthoc-toetsing is gebleken dat de DB-DOS scores behaald door de comorbide groep op de modulen Moduleren boosheid, Gedragsregulatie en deze modulen samen significant verschillen van de scores behaald door de controlegroep. Dit resultaat was verwacht, aangezien vanuit de besproken literatuur is gebleken dat kinderen met een comorbide stoornis over het algemeen meer klinische gedragingen vertonen.

Daarnaast verschilden de ADHD scores van de scores van de controlegroep op de module Gedragsregulatie en Modulen 1 en 2 samen. Dit lijkt tegen de verwachting in, aangezien kinderen met ADHD ook problemen met het beheersen van hun gedrag hebben, zoals blijkt uit de ADHD symptomen, zoals impulsiviteit en het verstoren van bezigheden. De ADHD scores verschilden niet op de module Moduleren boosheid, wat verklaard kan worden door het feit dat negatief affect en driftbuien geen symptomen zijn van ADHD.

Opvallend is dat de DB-DOS scores van de DBD groep op geen enkele module verschilden van de controlegroep. Het gemiddelde was in de verwachte richting en zodoende mag verwacht worden dat wanneer bij nader onderzoek de onderzoeksgroep groter zal zijn wel significante resultaten gevonden zullen worden.

Een beperking in dit onderzoek is de onderzoeksgroep. De subgroepen met betrekking tot de psychiatrische stoornissen waren relatief klein. Daarnaast is er sprake van een ongelijke verdeling van het geslacht. In de klinische groep waren jongens in de meerderheid, terwijl dit bij de controlegroep voor meisjes gold.

Samenvattend, de onderlinge betrouwbaarheid van de beoordelaars was goed, met uitzondering van de module Competenties. Dit zal in nader onderzoek verbeterd moeten worden. De afwezigheid van een effect van geslacht en leeftijd had wellicht te maken met de selectie van de kinderen, welke op grond was van hun gedragsproblematiek. Daarnaast gold voor leeftijd dat er een geringe leeftijdspreiding was. Veelbelovende resultaten waren er wat het effect van psychiatrische stoornis betreft, welke een effect liet zien op de DB-DOS scores van de modulen Moduleren boosheid, Gedragsregulatie en deze modulen samen. Aangezien deze resultaten al binnen een enkele context zichtbaar waren, is dit veelbelovend voor verder onderzoek waarin de andere contexten betrokken zullen worden.

In de toekomst zal meer onderzoek naar de DB-DOS, in Nederland en internationaal, gedaan moeten worden, waarbij rekening gehouden moet worden met groepsgrootte, geslachtsverdeling en de betrouwbaarheid van de module Competenties. Ook zullen de andere onderzoekercontext en de oudercontext betrokken moeten worden. Op deze wijze kan onderzocht worden of de DB-DOS een bruikbaar en betrouwbaar meetinstrument is voor kinderen van 3,5 tot 5,5 jaar met gedragsproblematiek.

Referenties

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angold, A., & Egger, H. L. (2007). Preschool psychopathology: lessons for the lifespan. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (10), 961-966.
- Broidy, L. M., Nagin, D. S., Tremblay, R. E., Bates, J. E., Brame, B., Dodge, K. A., et al. (2003). Developmental Trajectories of Childhood Disruptive Behaviors and Adolescent Delinquency: A Six-Site, Cross National Study. *Developmental Psychology*, 39 (2), 222-245.
- Campbell, S. B. (2002). *Behavioral Problems in Preschool Children. Clinical and developmental issues*. New York: The Guilford Press.
- Carlson, C. L., Tamm, L., & Gaub, M. (1997). Gender Differences in Children With ADHD, ODD, and Co-Occurring ADHD/ODD Identified in a School Population. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36 (12), 1706-1714.
- Diamantopoulou, S., Henricsson, L., & Rydell, A. (2005). ADHD symptoms and peer relation of children in a community sample: Examining associated problems, self-perceptions, and gender differences. *International Journal of Behavioral Development*, 29 (5), 388-398.
- Kerr, D. C. R., Lopez, N. L., Olson, S. L., & Sameroff, A. J. (2004). Parental Discipline and Externalizing Behavior Problems in Early Childhood: The Roles of Moral Regulation and Child Gender. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32 (4), 369-383.
- Kryzer, E. M., Kovan, N., Phillips, D. A., Domagall, L. A., & Gunnar, M. R. (2007). Toddlers' and preschoolers' experience in family day care: Age differences and behavioral correlates. *Early Childhood Research Quarterly*, 22, 451-466.
- Le Couteur, A., Haden, G., & Hammal, D. (2008). Diagnosing Autism Spectrum Disorders in Pre-School Children Using Two Standardised Assessment Instruments: The ADI-R and the ADOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 362-372.
- Lord, C., Rutter, M., Goode, S., Heemsbergen, J., Jordan, H., Mawhood, L., et al. (1989). Autism Diagnostic Observation Schedule: A Standardised Observation of

- Communicative and Social Behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19 (2), 185-212.
- Rescorla, L., Ross, G. S., & McClure, S. (2007). Language Delay and Behavioral/Emotional Problems in Toddlers: Findings From Two Developmental Clinics. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 50, 1063-1078.
- Shaw, D. S., Owens, E. B., Giovannelli, J., & Winslow, E. B. (2001). Infant and Toddler Pathways Leading to Early Externalizing Disorders. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41 (1), 36-43.
- Shaw, D. S., Lacourse, E., & Nagin, D. S. (2005). Developmental Trajectories of Conduct Problems and Hyperactivity from ages 2 to 10. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (9), 931-942.
- Stene Nøvik, T., Hervas, A., Ralston, S. J., Dalsgaard, S., Rodrigues Pereira, R., & Lorenzo, M. J. (2006). Influence of gender on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Europe – ADORE. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15 (1), 15-24.
- Thomas, J. M., & Guskin, K. A. (2001). Disruptive Behavior in Young Children: What Does It Mean? *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40 (1), 44-51.
- Troudes, M. A. (2000). Gedrags- en Angststoornissen bij kleuters. Een vergelijkende observatiestudie naar gedragingen van kleuters met gedrags- en angststoornissen, normale kleuters en diagnost tijdens individueel diagnostisch onderzoek. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Wakschlag, L. S., Leventhal, B. L., Briggs-Gowan, M. J., Danis, B., Keenan, K., Hill, C., et al. (2005). Defining the “Disruptive” in Preschool Behavior: What Diagnostic Observation Can Teach Us. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8 (3), 183-201.
- Wakschlag, L. S., Bennett, D., Leventhal, L., & Thomas, J. M. (in press). Disruptive Behavior Disorders & Characterizing Heterotypic Continuities for a Developmentally-Informed Nosology for DSM V. In Regier, D., First, M., & Narrow, W. (Eds.). *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research for DSM-V*. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Wakschlag, L. S., & Danis, B. (2007) Assessment of Disruptive Behavior in Young Children: A Clinical-Developmental Framework. In Regier, D., First, M., & Narrow, W. (Eds.), *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research for DSM-V* (pp. 421-440). Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc.

- Wakschlag, L. S., Hill, C., Carter, A., Danis, B., Egger, H. L., Keenan, K., et al. (2008A). Observational Assessment of Preschool Disruptive Behavior Part I: Reliability of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS). *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47 (6), 622-631.
- Wakschlag, L. S., Briggs-Gowan, M. J., Hill, C., Danis, B., Benneth, D., Leventhal, L., et al. (2008B). Observational Assessment of Preschool Disruptive Behavior Part II: Validity of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS). *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47 (6), 632-640.

Bijlage 1. *Beoordelingsformulier DB-DOS*

Modulen	Item
1. Moduleren Boosheid	1. Intensiteit negatief affect
	2. Aanwezigheid negatief affect
	3. Ontlokken
	4. Snelle escalatie**
	5. Herstellen
	6. Coping
2. Gedragsregulatie	7. Verzet
	8. Passive Noncompliance
	9..Aanwezigheid passive noncompliance
	10. Regels met volwassenen*
	11. Regels zonder volwassenen*
	12. Liegen met volwassenen*
	13. Liegen zonder volwassenen*
	14. Provocerend gedrag
	15. Inflexibiliteit
	16. Vernielen
	17. Gerichte agressie**
	18. Verbale agressie - Schelden**
	19. Verbale agressie - Dreigementen**
	20. Hatelijk gedrag **
	21. Sneaky gedrag **
3. Competenties	22. Intensiteit positief affect
	23. Aanwezigheid positief affect
	24. Positief affect gericht op de ander
	25. Sociale betrokkenheid
	26 Prosociaal gedrag
	27. Assertiviteit

* Niet van toepassing op de context onderzoeker actief.

** Geëxcludeerd vanwege afwezigheid gedraging

