



Universiteit Utrecht

Opvoeding in Beeld

*ADHD, DBD en Comorbide ADHD-DBD bij
jonge kinderen*

Auteurs:

Fatma Agca, 3181669

Yousra Rayhi, 3293483

Opleiding:

Master Orthopedagogiek 2010-2011

Werkveld Jeugdzorg

Begeleiders:

Patty H.O. Leijten

Walter Matthys

Datum:

Juni 2011

Voorwoord

In dit onderzoek is getracht verschillen in opvoedingsstrategieën bij moeders met jonge kinderen met ADHD, DBD of beide stoornissen in beeld te krijgen. Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van de masteropleiding Orthopedagogiek werkveld Jeugdzorg.

Onze dank gaat uit naar de begeleidend docent Walter Matthys voor het begeleiden en sturen van het onderzoek. Eveneens is onze dankbaarheid groot voor de bijdrage van Patty Leijten, die gedurende het onderzoek ons op weg heeft geholpen en gesteund. Tot slot danken wij de Universiteit Utrecht die de mogelijkheid heeft geboden dit onderzoek uit te voeren.

Abstract Background. *The aim of this study was to find out the differences in parenting strategies between mothers of children with ADHD, DBD, comorbid ADHD-DBD and mothers of typically developing children. **Methods.** The sample contained 185 children between 3,5 to 5,5 years with ADHD, DBD, comorbid ADHD-DBD and a control group. Data was collected with the Parenting Practices Interview, completed by the mothers. **Results.** Corrected for SES, there were significant differences between parenting by mothers of the clinical groups and mothers of the control group. Mothers of the control group do not use more positive parenting strategies than mothers of the clinical groups. However, mothers of the clinical groups did use more negative parenting strategies than mothers of the control group. The clinical groups did not differ from each other. **Conclusions.** Mothers of children with ADHD, DBD or ADHD-DBD used more negative parenting strategies than mothers of typically developing children. But no differences in parenting strategies were found between mothers of the clinical groups.*

KEYWORDS: parenting strategies, ADHD, DBD, comorbid ADHD-DBD

Samenvatting Achtergrond. *Het doel van dit onderzoek was om na te gaan in hoeverre de opvoedingsstrategieën verschillen tussen moeders van kinderen met een diagnose ADHD, DBD of comorbide ADHD-DBD en moeders van normaal ontwikkelende kinderen. **Methode.** De steekproef bestond uit 185 kinderen in de leeftijd van 3,5 tot 5,5 jaar met ADHD, DBD, comorbide ADHD-DBD en een controlegroep. De data zijn verzameld aan de hand van door moeders ingevulde Parenting Practices Interview (PPI). **Resultaten.** Gecorrigeerd voor sociaal-economische status, bleken significante verschillen aanwezig te zijn tussen de opvoedingsstrategieën van moeders van kinderen uit de klinische groepen en de controlegroep. Moeders met zich gunstig ontwikkelende kinderen maakten niet vaker gebruik van positieve opvoedingsstrategieën dan moeders uit klinische groepen. Moeders uit klinische groepen maakten echter wel meer gebruik van negatieve opvoedingstrategieën. Hierbij zijn echter geen verschillen gevonden tussen de groepen ADHD, DBD en comorbide ADHD-DBD. **Conclusies.** Moeders van kinderen met ADHD, DBD of ADHD-DBD maakten vaker gebruik van negatieve opvoedingsstrategieën dan moeders met een zich gunstig ontwikkelend kind. Er zijn echter geen verschillen in opvoedingsstrategieën gevonden tussen de moeders uit de klinische groepen.*

KERNWOORDEN: opvoedingsstrategieën, ADHD, DBD, comorbide ADHD-DBD

Theoretische achtergrond

Specifieke opvoedingsstrategieën zijn in de hedendaagse wetenschappelijke bevindingen kenmerkend voor ouders met een kind met ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), DBD (Disruptive Behavior Disorder) of een combinatie van deze twee (Ellis & Nigg, 2009; Modesto-Lowe, Danforth & Brooks, 2008; McLaughlin & Harisson, 2006). In dit onderzoek zal nader worden ingegaan op de opvoedingsstrategieën die gehanteerd worden door ouders van kinderen met ADHD, DBD of comorbide ADHD-DBD. Hiertoe zal eerst een beschrijving worden gegeven van de kenmerken van ADHD en DBD en comorbiditeit van beide diagnoses. Naast algemene kenmerken van de opvoeding, zal vanuit de literatuur en ook specifiek vanuit de coërcieve interactietheorie van Patterson (1982) worden gekeken welke opvoedingsstrategieën samen kunnen hangen met DBD of ADHD.

De coërcieve interactietheorie van Patterson (1982) houdt in dat hoe vaker de dwingende interacties tussen ouders en kinderen plaatsvinden, des te waarschijnlijker het is dat het kind probleemgedragingen gaat vertonen. Het kind leert om op aversieve en/ of negatieve wijze controle te houden over chaotische, storende of aversieve situaties. Dit wordt door de ouders meestal niet bewust gedaan, maar gaat automatisch door middel van actie en reactiepatronen in het gedrag. Zo ziet het kind deze manier van handelen als model en als basis voor de sociale interacties over het algemeen. Het kind wordt bekrachtigd in het dwingende gedrag als de ouder uiteindelijk toegeeft. De ouder wordt bekrachtigd in het toegeven als het kind daarna stopt met zijn/haar dwingende gedrag. Dat ouders zich vaak zelf niet realiseren dat zij op ineffectieve wijze grenzen stellen, vormt een obstakel bij het veranderen van hun opvoedstrategieën (Dishion, Patterson & Kavanagh, 1992). Vanuit dit opzicht wordt grote aandacht besteed aan gezinsinteracties, die een bepalende rol kunnen spelen bij het ontstaan en het in stand houden van probleemgedrag (Patterson, 1982).

Kenmerken van ADHD en DBD

Bij ADHD gaat het om gedrag waarbij sprake is van hyperactiviteit, impulsiviteit en aandachtstekort dat niet past bij het ontwikkelingsniveau. Voorbeelden van hyperactiviteit zijn: vaak onrustig bewegen met handen of voeten en moeilijk rustig kunnen spelen of zich bezig houden met ontspannende activiteiten. Voorbeelden van impulsiviteit zijn vaak antwoorden voordat de vragen afgemaakt zijn, vaak moeite met op de beurt wachten en zich opdringen. Voorbeelden van aandachtstekort zijn: vaak moeite met aandacht bij taken en/of spel houden, gemakkelijk afgeleid worden door uitwendige prikkels en vergeetachtigheid (American Psychiatric Association, 2001). Bij ADHD worden drie typen onderscheiden met ten eerste overwegend hyperactiviteit en

impulsiviteit, ten tweede overwegend aandachtstekort en ten derde een combinatie van aandachtstekort en hyperactiviteit (APA, 2001).

ADHD is een van de meest voorkomende stoornissen in de kinderpsychopathologie. Prevalentiecijfers worden geschat op 3 tot 5% van de schoolgaande kinderen in Nederland (Multidisciplinaire Richtlijn ADHD, 2005). Naast de biologische oorzaken van ADHD, zijn ook opvoedingsfactoren van belangrijke invloed op de ontwikkeling van ADHD (Modesto-Lowe et al., 2008).

DBD is de overkoepelende term voor CD (Conduct Disorder) en ODD (Oppositional Defiant Disorder). Bij CD gaat het om agressie gericht op mensen en dieren, vernielen van eigendommen van anderen, leugenachtigheid of diefstal en ernstige schendingen van regels. Bij ODD gaat het om negativistisch, vijandig en openlijk ongehoorzaam gedrag. Voorbeelden hiervan zijn vaak driftig zijn en anderen vaak de schuld van eigen fouten of wangedrag geven (APA, 2001). CD moet als extreem einde worden gezien van een continuüm dat loopt van normale gedragsproblemen tot ernstig antisociaal gedrag. ODD zou een voorloper zijn van CD en slechts een beperkt aantal kinderen met ODD ontwikkelen CD (Lahey, Waldman & McBurnett, 1999). Externaliserend probleemgedrag komt bij 7,5 tot 10% van de kinderen voor en wordt vaker gezien bij jongens (Pelham & Lang, 1999). Een overzichtartikel van de recente literatuur op dit gebied, laat zien dat bij DBD vaak geen scheiding wordt gemaakt tussen ODD en CD. Vooral in combinatie met ADHD zouden verschillende kenmerken van ODD en CD moeilijk van elkaar te onderscheiden zijn (Connor & Doerfler, 2008). Zoals eerder vermeld, zou ODD op jonge leeftijd eerder een voorloper zijn van CD. Omdat agressie en delinquentie zowel bij ODD als CD voorkomen, vragen Connor en Doerfler (2008) zich in hun onderzoek af of het nuttig en noodzakelijk is om een scheiding te maken. In het huidige onderzoek worden ODD en CD dan ook samen genomen als DBD.

ADHD kent een hoge mate van comorbiditeit met deze gedragsstoornissen (Shaw, Lacourse & Nagin, 2005). Van de schoolkinderen met ADHD voldoet namelijk 50% ook aan de criteria van DBD (Barkley, 2006). Vooral de kinderen met het gecombineerde type ADHD hebben een groter risico om naast ADHD ook DBD te ontwikkelen (Tzang, Chang & Liu, 2009). Mogelijk ontstaat de comorbiditeit met ODD doordat het gedrag van een kind met ADHD interacteert met omgevings- en gezinsfactoren, wat resulteert in minder effectief ouderschap. Dit heeft als gevolg dat deze kinderen met ADHD ook kenmerken van ODD laten zien (Harvey, Friedman-Weieneth, Goldstein & Sherman, 2007).

Onderzoek naar comorbiditeit is nodig omdat er nog geen duidelijkheid is over de ontwikkeling en het verloop van comorbide DBD en ADHD (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000). Zo zorgt de impulsiviteit van ADHD ervoor dat bijvoorbeeld het verloop van CD ernstiger wordt. Ook cognitieve tekortkomingen die samenhangen met ADHD, zoals

moeite met plannen, zouden voor ernstigere vormen van CD zorgen. Er zijn daarnaast zelfs onderzoekers die beweren dat comorbide DBD en ADHD een aparte, op zichzelf staande stoornis is (Campbell et al., 2000).

ADHD en opvoeding

Ellis en Nigg (2009) hebben onderzocht of opvoeding van kinderen met ADHD samen gaat met inconsistente discipline van ouders, weinig toezicht en lage betrokkenheid, omdat deze aspecten in de literatuur vaak geassocieerd worden met opvoeding van kinderen met ADHD. Deze inconsistentie in opvoeding komt in meer onderzoeken naar voren. Mano en Uno (2007, zoals geciteerd in Modesto-Lowe et al., 2008) geven ook aan dat moeders van kinderen met ADHD gekenmerkt worden door inconsistentie in de opvoeding. Daarnaast worden deze moeders ook gekenmerkt door stress en negatieve opvoedingsstrategieën.

Modesto-Lowe en collega's (2008) hebben onderzoek gedaan naar de opvoedingsvaardigheden van moeders van kinderen met ADHD. De auteurs geven aan dat ouders van kinderen met ADHD minder zelfverzekerd zijn en minder warmte en betrokkenheid tonen tegenover hun kind. Het feit dat een kind ADHD heeft zorgt al voor veel stress bij ouders en voor een minder goede opvoeding. Ook gebruiken deze ouders meer fysieke disciplineren dan de controle groepen. Deze fysieke disciplineren komt ook naar voren in het onderzoek van Alizadeh, Applequist en Coolidge (2007, zoals geciteerd in Modesto-Lowe et al., 2008). Iraanse ouders van kinderen met ADHD maken volgens deze auteurs significant meer gebruik van fysieke disciplineren dan de ouders van kinderen zonder ADHD.

Kinderen met ADHD hebben behoefte aan directe beloning van positief gedrag. Ze kunnen beter gemotiveerd worden voor een taak wanneer er sprake is van een beloning (Carlson, Mann, Alexander, 2000). Wanneer een vergelijking wordt gemaakt tussen kinderen met ADHD, met comorbide ADHD-ODD en een zich gunstig ontwikkelende controlegroep, blijkt de groep met alleen ADHD het meest gevoelig te zijn voor beloningen. Kinderen met comorbide ADHD-ODD zijn minder gevoelig voor beloningen dan de groep met alleen ADHD. De controlegroep scoort lager dan beide groepen (Luman et al., 2009).

Ondanks dat er in eerdere studies relaties zijn gevonden tussen de opvoeding en het gedrag van het kind, kan geen eenduidige causale conclusie worden getrokken. Cunningham geeft aan dat er wederkerigheid bestaat binnen de opvoeding. Het gedrag van het kind heeft invloed op de opvoeding door de ouders, maar ook de opvoeding is van invloed op het gedrag van het kind (Cunningham, 2007; zoals geciteerd in Modesto-Lowe et al., 2008). Het gedrag en het temperament van het kind kan volgens deze auteur zelf ook het effect van de kwaliteit van opvoeding beïnvloeden, in plaats van

alleen andersom. Kinderen met ADHD negeren vaak verzoeken van ouders, vechten met leeftijdsgenoten en ontvangen negatieve reacties van leerkrachten (Johnston & Mash, 2001). Omdat deze kinderen met ADHD vaak verzoeken negeren kunnen ouders met een kind met ADHD op een niet gepaste wijze reageren op het gedrag van hun kind. Dit leidt tot een niet optimale opvoeding (Modesto-Lowe et al., 2008). Een ineffectieve opvoeding blijkt op zijn beurt sterk gerelateerd aan het storend gedrag van een kind met ADHD (McLaughlin & Harisson, 2006).

DBD en opvoeding

Wat betreft de ontwikkeling van DBD, wordt gesteld dat opvoeding en meer specifiek de interacties tussen opvoeder en kind, een centrale rol spelen in het ontstaan en in stand houden, versterken of afzwakken van antisociaal gedrag (De Mey & Merlevede, 2008). Waar genetische factoren betrokken zijn bij het ontwikkelen van DBD, blijkt dit altijd indirect. Er is sprake van genetische invloeden op bepaalde functies zoals impulscontrole en bepaalde temperamenteigenschappen als de emotieregulatie. Deze genetische factoren kunnen in interactie met de omgeving leiden tot gedragsproblemen (Campbell et al., 2000).

Temperamenteigenschappen worden als de basis gezien voor de ontwikkeling van DBD. Kinderen die DBD hebben, zijn in mindere mate gevoelig voor straffen als gevolg van negatief gedrag. Daarnaast blijkt de manier van straffen en het stellen van consequenties door ouders invloed te hebben op de ernst van de gedragsproblemen die ontstaan (Dadds, & Salmon, 2003; Kimonis & Frick, 2010).

Bij DBD lijkt daarnaast ook een grote rol weggelegd te zijn voor straffen en disciplineren door ouders. Fysieke straffen worden zowel bij ODD als bij CD geassocieerd met meer antisociaal gedrag (Lahey, et al., 1999). Verder bestaat ook een verband tussen agressie van ouders en agressie geuit door kinderen (Burke, Loeber & Birmaher, 2002). Harde en fysieke disciplineren door ouders kan een causale rol spelen in de ontwikkeling van antisociaal gedrag (Lefkowitz, Huesmann & Eron, 1978, zoals geciteerd in Lahey et al., 1999). Ook harde discipline en inconsistente disciplineren door ouders is gerelateerd aan DBD (Burke, Loeber & Birmaher, 2002).

Een onderzoek van McKee en collega's (2007) wijst uit dat jongens meer te maken hebben met een harde verbale en fysieke disciplineren door vaders. Zelfs wanneer wordt gecorrigeerd voor positief ouderschap, bestaat er een sterke relatie tussen zowel verbale als fysieke disciplineren met externaliserend probleemgedrag. Hierbij is noch een verschil voor het geslacht van de ouder noch voor het geslacht van het kind gevonden. Een warme en responsieve moeder werkt echter bufferend wanneer vader een hoge mate van fysieke disciplineren laat zien (McKee et al., 2007).

Huidig onderzoek

Het doel van het huidig onderzoek is een beeld schetsen van de manier van opvoeden van moeders met een kind met ADHD, een kind met DBD, een kind met comorbide ADHD-DBD of een zich gunstige ontwikkelende kind en de verschillen hierin. Om deze groepen te vergelijken, wordt eerst onderzocht of SES invloed heeft op de opvoedingsstrategieën. Onderzoek wijst namelijk uit dat SES invloed kan hebben op het welbevinden van kinderen. Kinderen uit gezinnen met lage SES zouden door de jaren heen mogelijk meer gedragsproblemen vertonen vanwege de beperkte beschikbaarheid van gezondheidszorg, huisvesting, speelgoed dat de cognitieve ontwikkeling stimuleert, verwachtingen die ouders en/ of leerkrachten stellen. Ook bestaan er stressreacties op deze factoren die gepaard kunnen gaan met een lage SES. De stress die ouders en kinderen ervaren, kunnen doorspelen in respectievelijk de opvoeding en het gedrag. Meer stress in de opvoeding kan de aanwezige risicofactoren versterken (Bradley & Corwyn, 2002).

Naar aanleiding van de besproken literatuur zijn drie hypothesen opgesteld. Allereerst wordt verwacht dat de controlegroep hoger scoort op positieve opvoedingsstrategieën. Onder positieve opvoedingsstrategieën wordt verstaan dat moeders op een gepaste wijze disciplineren, positief verbaal interacteren met het kind en het kind voldoende prijzen en belonen voor positief gedrag. De tweede hypothese is dat de klinische groepen hoger scoren op de negatieve opvoedingsstrategieën. Dit zijn de harde en inconsistente vormen van disciplineren en het fysiek straffen door moeders. Dit wordt veelal uitgelokt door het gedrag van kinderen waar moeders machteloos tegenover kunnen staan. Tot slot worden de klinische groepen onderling vergeleken. De laatste hypothese is dat de comorbide ADHD-DBD groep, vanwege de grotere belasting van moeders, hoger scoort op de genoemde negatieve aspecten van de opvoeding. De comorbide groep wordt gevolgd door de DBD groep. Van de groep ADHD wordt verwacht dat deze negatieve aspecten van opvoeding het minst voorkomen binnen de klinische groepen.

Methoden

Participanten

De steekproef bestond uit 185 kinderen in de leeftijd van 3,5 tot 5,5 jaar met ADHD, DBD, comorbide ADHD en DBD en een controlegroep. De kinderen uit de steekproef met een diagnose, zijn in het kader van diagnostiek op de kinder- en jeugdpsychiatrie afdeling in het UMC Utrecht onderzocht. De proefpersonen, kinderen met ernstige gedragsproblemen, werden geworven via de volgende hulpverleners en instellingen: huisartsen, kinderartsen, consultatiebureaus, kinder- en jeugdpsychiaters, jeugdartsen,

schoolartsen, bureau jeugdzorg, medisch kleuterdagverblijf, medisch kindertehuis, schoolbegeleidingsdienst.

De controlegroep is geworven op basisscholen en dagopvang. Een criterium hierbij was dat de kinderen binnen het normale gebied scoren op de gebruikte gedragsvragenlijsten. Ouders van de onderzochte kinderen waren allemaal op de hoogte van het onderzoek en hebben hier toestemming voor gegeven. Verdere gegevens over de steekproef zijn opgenomen in Tabel 1.

Procedure

De hulpverleners zijn uitgenodigd om de genoemde kinderen te verwijzen naar een spreekuur, wanneer de potentiële verwijzer of de ouders vanwege gedragsproblemen van het kind behoefte hebben aan diagnostiek. In het spreekuur is aan de hand van gedragsvragenlijsten nagegaan of er sprake was van probleemgedrag zodat deel kon worden genomen aan het onderzoek. Ook was er sprake van enkele exclusiecriteria: een ernstige algemene ontwikkelingsachterstand zoals blijkt uit een IQ < 70, ernstige taalachterstand, een pervasieve ontwikkelingsstoornis of een ernstig vermoeden hiervan. De kinderen zijn gediagnosticeerd met ADHD, DBD of comorbide ADHD en DBD op basis van de DSM-IV criteria voor deze diagnoses (APA, 2001). Overeenstemming over de diagnose werd bereikt tussen een kinder- en jeugdpsychiater en een kinder- en jeugdpsycholoog. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de volgende gegevens: (1) de klinische scores op de gedragsvragenlijsten; (2) aanwijzingen voor de diagnoses ADHD of DBD op basis van het op de DSM-IV criteria gebaseerde een semi-gestructureerd interview; (3) de beoordeling van de ouders en leerkrachten van het gedrag van het kind op een schaal van 1 tot 100, dit is de Children's Global Assessment Scale (C-GAS-Parent Report; Shaffer et al., 1983); (4) gestandaardiseerde gedragsobservatie.

Tabel 1. Beschrijvende statistieken en toetsresultaten voor de vier groepen: gemiddelden en standaardafwijkingen

	Controlegroep (1)	ADHD (2)	DBD (3)	ADHD + DBD	ANOVA	Post-hoc
	N = 53	N = 55	N = 30	N = 47	F (3, 184)	Bonferroni
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
% jongens	66.0	80.0	86.7	83.0	0.57 ^b *	
Leeftijd (mnd)	55.66 (7.38)	55.64 (7.50)	51.37 (8.22)	54.64 (6.84)		
IQ	112.47 (10.27)	101.66 (12.09)	101.53	101.28 (12.10)		
SES ^a	6.77 (1.63)	3.84 (1.88)	4.10 (2.28)	4.19 (2.29)		
CBCL Aandacht	50.81 (2.09)	67.85 (7.64)	64.03 (8.52)	69.43 (6.72)	88.84*	1 < 2, 3, 4 + 4 > 3
CBCL Aggressie	50.58 (1.61)	62.89 (10.17)	76.87 (10.75)	75.57 (10.96)	85.71*	1 < 2, 3, 4 + 2 < 3, 4
TRF Aandacht	51.75 (3.56)	71.05 (11.21)	59.43 (7.51)	69.04 (11.79)	48.21*	1 < 2, 3, 4 + 3 < 2, 4
TRF Aggressie	51.60 (2.74)	62.51 (9.38)	62.10 (9.88)	65.72 (11.05)	25.53*	1 < 2, 3, 4

^a. SES is gemeten aan de hand van een negen-puntsschaal. 0 = geen opleiding afgemaakt, 1 = lagere school afgemaakt, 2 = lager beroepsonderwijs, 3 = mavo of vergelijkbaar, 4 = middelbaar beroepsonderwijs, 5 = havo of vergelijkbaar, 6 = vwo, 7 = hoger beroepsonderwijs, 8 = wetenschappelijk onderwijs.

^b dit betreft een X² toets; df = 1.
* p < .01

Meetinstrumenten

Screening: Gedragsvragenlijsten

Voor deelname aan het onderzoek moesten de kinderen een score van minimaal het 90^e percentiel op de schaal Aandachtsproblemen of op de schaal Agressief gedrag van de Child Behavior Checklist 1.5-5 (CBCL 1.5-5; Achenbach & Rescorla, 2000) of de Caregiver-Teacher Rating Form 1.5-5 (C-TRF 1.5-5; Achenbach & Rescorla, 2000).

Diagnostiek: Interview, observatie en intelligentieonderzoek

In de diagnostiekfase werd gebruik gemaakt van het semi-gestructureerd interview Kiddie-Disruptive Behavior Schedule for Preschool Children (K-DBDs; Keenan & Wakschlag, 2002).

De gedragsobservatie die werd uitgevoerd bij de diagnostiek werd uitgevoerd volgens het Disruptive Behavior-Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS; Wakschlag et al., 2005).

Bij de kinderen is het IQ gemeten aan de hand van een verbale intelligentietest, namelijk Peabody Picture Vocabulary Test-III (PPVT-III: Dunn & Dunn, 1997; Schlichting, 2005) evenals een performale intelligentietest, namelijk Raven Colored Matrices test. Het gemiddelde van deze twee tests, werd gebruikt als maat voor het IQ van de participanten.

Huidige studie: Sociaal-economische status en Parenting Practices Interview

De sociaal-economische status (SES) is berekend aan de hand van het opleidingsniveau van de moeder. Dit opleidingsniveau is gemeten aan de hand van een negen puntsschaal oplopend van 'geen opleiding afgemaakt' tot 'wetenschappelijk onderwijs'.

De operationalisatie van de opvoedingsstrategieën gebeurt aan de hand van de schaalesscores op de Parenting Practices Interview (PPI; Webster-Stratton, 1998). Dit is een vragenlijst die als doel heeft een beeld te geven van het opvoedingsgedrag van de ouder. Er werd gevraagd naar reactie van de ouder op ongewenst gedrag van het kind en de opvattingen van de ouder over o.a. toezicht op het kind. De PPI bestaat uit 80 items waarop ouders een antwoord op een 5- of 7-puntsschaal (1=nooit/ totaal niet waarschijnlijk/ helemaal oneens en 7=altijd/ zeer waarschijnlijk/ helemaal mee eens) konden geven. Verder bestaat de vragenlijst uit zeven schalen. De schaal Gepaste Discipline (GD) meet de adequate afstemming van de disciplineren op de situatie, bijvoorbeeld door een time-out te geven of het kind zelf een probleem laten oplossen. Harde en Inconsistente Discipline (HID) meet de manier waarop de moeder reageert op negatief gedrag, bijvoorbeeld door haar stem te verheffen of door te dreigen met straffen. De schaal Positieve Verbale Discipline (PVD) meet de positieve verbale feedback op gedrag van het kind, zoals het geven van complimenten of praten over problemen.

Monitoren (MO) bestaat uit items die meten in welke mate de moeder het kind in de gaten houdt, bijvoorbeeld toezicht houden en weten waar het kind is. Fysiek Straffen (FS) meet de mate waarin de moeder het kind fysiek disciplineert, met items als slaan wanneer het kind zich misdraagt of iets weigert. De schaal Prijzen en Belonen (PB) meet de mate waarin het kind geprezen of beloond werd voor gewenst gedrag. Voorbeelden hiervan zijn knuffelen of extra privileges bij gewenst gedrag. Heldere Verwachtingen (HV) meet de mate waarin de verwachtingen van de moeder duidelijk zijn voor het kind. Enkele voorbeelden hiervan zijn de items waarin gevraagd werd naar duidelijk regels en consequenties van ongewenst gedrag. De betrouwbaarheid van de schalen is vastgesteld aan de hand van de Cronbach's α en was voor GD: .70, HID: .85, PVD: .75, MO: .47, FS: .89, PB: .70 en voor HV: .65.

Van deze schalen zullen Monitoren en Heldere Verwachtingen niet worden meegenomen in de verdere analyses, omdat deze schalen in mindere mate toepasbaar zijn op kinderen van deze leeftijdscategorie en omdat deze schalen een lage Cronbach's α hadden (lager dan .7). Alleen PPI gegevens afkomstig van de moeder zijn meegenomen in de analyses. Dit omdat de vragenlijst niet altijd door vaders is ingevuld, maar wel altijd door moeders. Er werd hierbij aangenomen dat moeders voor deze levensfase de hoofdopvoeders zijn.

Statistische analyse

Om te onderzoeken in hoeverre de opvoedingsstrategieën van ouders verschillen bij kinderen met ADHD, DBD, comorbide ADHD en DBD en kinderen zonder diagnose, werd gebruik gemaakt van een meervoudige variantieanalyse. Dit is een geschikte analysemethode omdat meerdere groepen worden vergeleken op meerdere variabelen. Hierbij zijn de onafhankelijke variabelen diagnose en sekse van nominaal meetniveau. De afhankelijke variabele score op de PPI is van interval meetniveau.

Allereerst is nagegaan in hoeverre er sprake is van een correlatie tussen SES en de gemiddelde scores op de schalen van de PPI. Wanneer hier sprake van was, werd SES meegenomen als covariaat in de verder variantieanalyses. In de eerste variantieanalyse werd de controlegroep met de klinische groepen vergeleken op opvoedingsstrategieën. Daarna vond een tweede variantieanalyse plaats waarbij de verschillende klinische groepen onderling werden vergeleken.

Resultaten

Allereerst werd getoetst of SES significant samenhangt met de schaalcores op de PPI. Hiertoe werd de correlatie tussen deze variabelen berekend, waarbij een correlatie van meer dan .25 als voldoende werd aangenomen. Dit gold voor de schalen HID ($r=-.26$; $p<.01$), PVD ($r=.31$; $p<.01$) en FS ($r=-.29$; $p<.01$). Op basis hiervan werd besloten om de SES mee te nemen als covariaat in de analyse van de verschillen in PPI scores tussen de groepen.

Vervolgens is nagegaan of er sprake was van een verschil in opvoedingsstrategieën tussen de controlegroep en de drie klinische groepen als geheel. In Tabel 2 zijn de gemiddelden, standaardafwijkingen en toetsresultaten per groep voor de schalen opgenomen.

Tabel 2. *Gemiddelden, standaardafwijkingen en MANCOVA resultaten van controlegroep en klinische groepen*

	Klinische groepen N = 132 M (SD)	Controlegroep N = 53 M (SD)	MANCOVA F (1, 182)
Gepaste Discipline	4.24 (0.78)	4.09 (0.79)	0.80
Harde en Inconsistente Discipline	2.93 (0.75)	2.46 (0.50)	7.24*
Positieve Verbale Discipline	5.43 (0.78)	5.99 (0.60)	7.44*
Fysiek Straffen	1.60 (0.70)	1.15 (0.27)	8.17*
Prijzen en Belonen	4.42 (0.67)	4.01 (0.77)	10.02*

* $p < .01$

De gemiddelden bleken significant te verschillen voor alle schalen, uitgezonderd de schaal Gepaste Discipline. Daardoor werd Gepaste Discipline achterwege gelaten in de vervolganalyses.

Moeders uit de controlegroep bleken meer positief verbaal te disciplineren, maar onverwacht significant minder te prijzen en te belonen ten opzichte van moeders uit de klinische groepen. Ook bleek geen verschil te zijn in het gepast disciplineren tussen de controlegroep en de klinische groepen. Moeders uit de controlegroep maken dus niet geheel meer gebruik van positieve opvoedingsstrategieën. Verder bleken moeders uit de klinische groepen significant meer hard en inconsistent te disciplineren en vaker fysiek te straffen dan de moeders uit de controlegroep. Hiermee scoorden de moeders uit de klinische groepen significant hoger op de negatieve opvoedingsstrategieën.

Uit de meervoudige variantieanalyse met de SES als covariaat bleken de klinische groepen ADHD, DBD en comorbide ADHD en DBD tegen de verwachting in op alle

schalen niet significant van elkaar te verschillen in de PPI scores. De resultaten van deze analyse zijn opgenomen in Tabel 3.

Tabel 3. *Gemiddelden, standaardafwijkingen en MANCOVA resultaten voor de drie klinische groepen*

	ADHD	DBD	ADHD + DBD	MANCOVA
	N = 55	N = 30	N = 47	F (2,128)
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
Harde en Inconsistente Discipline	2.88 (0.70)	3.08 (0.89)	2.88 (0.73)	0.93
Positieve Verbale Discipline	5.42 (0.76)	5.51 (0.79)	5.40 (0.82)	0.21
Fysiek Straffen	1.54 (0.62)	1.75 (0.92)	1.59 (0.61)	0.99
Prijzen en Belonen	4.29 (0.67)	4.52 (0.60)	4.50 (0.70)	1.58

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om na te gaan in hoeverre de opvoedingsstrategieën verschillen tussen ouders van kinderen met een diagnose ADHD, DBD, comorbide ADHD-DBD en zich gunstig ontwikkelende kinderen. Omdat in de meeste onderzoeken sprake is van niet-klinische *at risk* kinderen, brengt het huidige onderzoek nieuwe inzichten voor de wetenschappelijke kennis op dit gebied.

Gecorrigeerd voor de sociaal-economische status, bleek een verschil aanwezig te zijn tussen de opvoedingsstrategieën van de ouders van kinderen uit de klinische groepen en de controlegroep. In de eerste hypothese werd verwacht dat vanwege de minder grote belasting van de opvoeding, de controlegroep hoger scoort op positieve opvoedingsstrategieën, waaronder; op een gepaste wijze disciplineren, positief verbaal interacteren met het kind en het kind voldoende prijzen en belonen voor positief gedrag. Moeders uit de controlegroep bleken meer positief verbaal te disciplineren, maar onverwacht minder te prijzen en te belonen ten opzichte van moeders uit de klinische groepen. Ook bleek tegen de verwachting in verschil te zijn in het gepast disciplineren tussen de moeders uit de klinische groepen en de moeders uit de controlegroep. Moeders uit de controlegroep maken dus niet geheel meer gebruik van positieve opvoedingsstrategieën. Deze hypothese werd dan ook verworpen.

De tweede hypothese was dat de klinische groepen hoger scoren op de negatieve opvoedingsstrategieën. Dit zijn de harde en inconsistente vormen van disciplineren en het fysiek straffen door moeders. Dit wordt veelal uitgelokt door het gedrag van kinderen waar moeders machteloos tegenover kunnen staan. Moeders uit de klinische groepen bleken inderdaad vaker hard en inconsistent te disciplineren en vaker fysiek te straffen dan de moeders uit de controlegroep. Deze hypothese werd dan ook

aangenomen. Moeders uit de klinische groepen maken vaker gebruik van negatieve opvoedingsstrategieën ten opzichte van moeders met zich gunstig ontwikkelende kinderen. Dit komt tevens overeen met de bevindingen uit de literatuur. Zowel ouders van kinderen met ADHD als met DBD blijken meer fysieke (harde en inconsistente) disciplinerende te gebruiken dan de ouders van de controle groepen (Modesto-Lowe et al., 2008; Alizadeh et al., 2007, zoals geciteerd in Modesto-Lowe et al., 2008 (Lefkowitz, Huesmann & Eron, 1978, zoals geciteerd in Lahey et al., 1999; Burke, Loeber & Birmaher, 2002; McKee et al., 2007).

De laatste hypothese was dat de comorbide ADHD-DBD groep, vanwege de grotere belasting van moeders, hoger scoort op de genoemde negatieve aspecten van de opvoeding. De comorbide groep zou gevolgd worden door de DBD groep. Van de groep ADHD werd verwacht dat deze negatieve aspecten van opvoeding het minst voorkomen binnen de klinische groepen. De klinische groepen bleken echter tegen de verwachting in op alle schalen niet van elkaar te verschillen. De hypothese werd verworpen. DBD scoort niet hoger op de negatieve aspecten van de opvoeding dan de ADHD en comorbide ADHD-DBD groepen. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat de scores voor aandachttrekort of agressie niet veel verschillen tussen de klinische groepen (zie Tabel 1). Hoewel een kind met ADHD bijvoorbeeld alleen op aandachttrekort hoog zou moeten scoren, scoort de ADHD-groep ook voor agressie gemiddeld veel hoger dan de controlegroep voor agressie. Deze verschillen kunnen betekenen dat op deze leeftijd nog geen duidelijk verschil te zien is tussen de belasting die het probleemgedrag voor de moeder oplevert. Daardoor kunnen de opvoedingsstrategieën van moeders uit alle klinische groepen dicht bij elkaar liggen.

In de meeste onderzoeken is gebruik gemaakt van niet-klinische *at risk* kinderen of kinderen met minder ernstige problematiek (Campbell, et al., 2000; Cunningham & Boyle, 2002; Dadds & Salmon, 2003). Om die reden is dit onderzoek vernieuwend omdat kinderen met ADHD, DBD en kinderen met beide stoornissen zijn onderzocht. Ook betreft dit onderzoek een zeer jonge doelgroep (3,5 tot 5,5 jaar) waar nog weinig onderzoek naar is gedaan. Voorts wordt in veel studies een vergelijking gemaakt tussen klinische groepen en controlegroepen. De meerwaarde van de huidige studie is dat er ook een vergelijking is gemaakt tussen klinische groepen van ADHD, DBD en comorbide ADHD-DBD.

Er is echter wel een aantal beperkingen te noemen aangaande het onderzoek. In vervolgonderzoek kan worden gestreefd naar meer diversiteit in de onderzoeksgroep. Er kunnen specifieke vergelijkingen worden gemaakt tussen jongens en meisjes. Jongens en meisjes reageren wellicht anders op bepaalde opvoedingsstrategieën die door ouders worden toegepast en hebben mogelijk niet hetzelfde gedrag van het kind tot gevolg.

Tevens kan er meer aandacht worden besteed aan opvoedingsstrategieën bij etnische minderheden en gezinnen met een lage SES, vergeleken met gezinnen met een hoge SES, omdat SES blijkt samen te hangen met de manier van opvoeden (Bradley & Corwyn, 2002).

Verder zijn moeders meegenomen in dit onderzoek omdat zij in deze levensfase vaak de hoofdopvoeders zijn. Toch is het voor vervolgonderzoek aan te raden dat ook vaders worden meegenomen in de analyses. Hierbij kunnen er ook verschillen naar voren komen tussen beide ouders.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens van de PPI van de moeder. De Cronbach's α hiervan was goed. Maar omdat de PPI één enkel instrument is dat door ouders zelf is ingevuld, is het aan te raden om voor verder onderzoek meerdere instrumenten te gebruiken om een conclusie te kunnen trekken over de opvoedingsstrategieën van een ouder. Hierbij kan gedacht worden aan interviews over de opvoeding, het gezinsfunctioneren, aanvullende gezinsvragenlijsten en observaties. Wanneer met andere en meerdere instrumenten in kaart is gebracht wat de verschillen in opvoedingsstrategieën zijn, kunnen preventieve interventies ingezet worden die gericht strategieën aanpakken (Ellis & Nigg, 2009). De interventies met betrekking tot eventuele ouderbegeleiding zouden zich dan meer kunnen toespitsen op het aanpassen van de (niet effectieve) opvoedingsstrategieën die door de betreffende ouders worden toegepast. Uit dit onderzoek blijkt dat er veel overlap bestaat tussen aandacht- en concentratieproblemen en gedragsproblemen. Dit betekent dat interventies die bijvoorbeeld gericht zijn op ADHD ook rekening moeten houden met het feit dat gedragsproblemen vaak tegelijkertijd aanwezig kunnen zijn in de onderzochte leeftijdscategorie.

Samenvattend is met het huidige onderzoek tot meer inzicht gekomen ten aanzien van de opvoedingsstrategieën van moeders van kinderen met ADHD, DBD en comorbide ADHD-DBD in de leeftijdscategorie 3,5 tot 5,5 jaar. Moeders met zich gunstig ontwikkelende kinderen maken niet vaker gebruik van positieve opvoedingsstrategieën dan moeders uit klinische groepen. Moeders uit klinische groepen maken echter wel meer gebruik van negatieve opvoedingstrategieën. Hierbij zijn echter geen verschillen gevonden tussen de groepen ADHD, DBD en comorbide ADHD-DBD. Met de suggesties die zijn gedaan voor vervolgonderzoek zal echter des te meer wetenschappelijk onderzoek gedaan kunnen worden om de interventies die hedendaags gebruikt worden in de praktijk voor het aanleren van opvoedingsvaardigheden aan ouders verbeterd kunnen worden.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association (2001). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision)*. DSM-IV-TR. Washington DC: APA.
- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles: An integrated system or multi-informant assessment*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, 3rd ed. New York: Guilford Press.
- Beyers, J.M., Bates, J.E., Pettit, G.S., & Dodge, K.A. (2003). Neighborhood structure, parenting processes, and the development of youths' externalizing behaviors: A multilevel analysis. *American Journal of Community Psychology*, 31, 35-53.
- Bradley, R.H., & Corwyn, R.F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, 53, 371-399.
- Burke, J. D., Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years: Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1275-1293.
- Campbell, S.B., Shaw, D.S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467-488.
- 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 the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (12), 1706-1714.
- Carlson, C.L., Mann, M., & Alexander, D.K. (2000). Effects of reward and response cost on the performance and motivation of children with ADHD. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 87-98.
- Connor, D.F., & Doerfler, L.A. (2008). ADHD with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder: Discrete or nondistinct disruptive behavior disorders? *Journal of Attention Disorders*, 12, 126-134.
- Cunningham, C. E., & Boyle, M. H. (2002). Preschoolers at risk for attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family, parenting and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (6), 555-569.
- Dadds, M.R., & Salmon, K. (2003). Punishment insensitivity and parenting: Temperament and learning as interacting risks for antisocial behavior. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 69-86.
- De Mey, W., & Merlevede, E. (2008). Protocol voor behandeling van jonge kinderen met gedragsproblemen. In C. Braet & S. Bögels (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten* (pp. 229-259). Amsterdam: Boom.
- Dishion, T.J., Patterson, G.R., & Kavanagh, K.A. (1992). An experimental test of the

- coercion model: Linking theory, measurement and intervention. In McCord, J., Tremblay, R.E. (Eds.), *Preventing antisocial behavior – Interventions from birth to adolescence* (pp. 253-282). New York: The Guilford Press.
- Dunn, L.M. & Dunn, L.M. (1997). *Peabody Picture Vocabulary Test*, Third edition. Circle Pines, Minnesota: American Guidance Service.
- Ellis, B. & Nigg, J. (2009). Parenting practices and attention-deficit/hyperactivity disorder: New findings suggest partial specificity of effects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48 (2), 146-154.
- Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1036-1045.
- Harvey, E.A., Friedman-Weieneth, J.L., Goldstein, L.H., & Sherman, A.H. (2007). Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children, part I: Investigating validity of subtypes and biological risk-factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 97-110.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207.
- Lahey, B. B., Waldman, I.D., & McBurnett, K. (1999). Annotation: The development of antisocial behavior: An integrative causal model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 669-682.
- Keenan, K., & Wakschlag, L. (2002). *Kiddie disruptive behavior disorders schedule for preschool children (K-DBDs)*. Chicago: University of Chicago.
- Kimonis, E.R., & Frick, P.J. (2010). Etiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: Biological, familial and environmental factors identified in the development of disruptive behavior disorders. In R.C. Murrihy, et al. (Eds.), *Clinical Handbook of Assessing and Treating Conduct Problems in Youth* (pp. 49-76). New York: Springer Science and Business Media.
- Luman, M., Noesel, van, S.J.P., Papanikolau, A., Oostenbruggen-Scheffer, van, J., Veugelers, D., Sergeant, J.A., & Oosterlaan, J. (2009). Inhibition, reinforcement sensitivity and temporal information processing in ADHD and ADHD+ODD: Evidence of a separate entity? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 1123-1135.
- McKee, L., Roland, E., Coffelt, N., Olson, A.L., Forehand, R., & Massari, C. (2007). Harsh discipline and child problem behaviors: The roles of positive parenting and gender. *Journal of Family Violence*, 22, 187-196.

- McLaughlin, D. P., & Harrison, C. A. (2006). Parenting practices of mothers of children with ADHD: The role of maternal and child factors. *Child and Adolescent Mental Health, 11* (2), 82-88.
- Modesto-Lowe, V., Danforth, J. S., & Brooks, D. (2008). ADHD: Does parenting style matter? *Clinical Pediatrics, 47* (9), 865-872.
- Multidisciplinaire Richtlijn ADHD (2005). *Richtlijn voor diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Pelham, W. E., & Lang, A. R. (1999). Can your children drive you to drink? *Alcohol Research and Health, 23* (4), 292-304.
- Schlichting, L. (2005). *Peabody Picture Vocabulary Test-III-NL, Nederlandse versie*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.
- Scholte, E. M. (2005). Psychosociale jeugdzorg: naar een empirisch onderbouwde diagnostiek en behandeling. In M. H. van Ijzendoorn & H. de Frankrijker (Eds.), *Pedagogiek in beeld* (pp. 205-222). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983). A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry, 40*, 1228-1231.
- 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, 9*, 931-942.
- Tzang, R-F., Chang, Y-C., & Liu, S-I. (2009). The association between children's ADHD subtype and parenting stress and parental symptoms. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 13*, 318-325.
- Wakschlag, L.S., Leventhal, B.L., Briggs-Gowan, M.J., Danis, B., Keenan, K., Hill, C., Egger, H.E., Cicchetti, D., & Carter, A.S. (2005). Defining the "Disruptive" in preschool behaviour: What diagnostic observation can teach us. *Clinical Child and Family Psychology Review, 8*, 183-201.
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 715-730.