

Emotionele intelligentie bij kinderen met angstig en stemmingsverstoord gedrag

Eva Verstegen

Universiteit Leiden

Afdeling Orthopedagogiek

Thema bachelorproject: Emotionele intelligentie bij kinderen
met ontwikkelingsstoornissen.

April 2014, Leiden

Begeleider: MSc. E. Hoogenboom



Algemene gegevens

Gegevens student

Eva Verstegen

Havenstraat 15 B

2681 LB Monster

+316 25 44 69 30

e.g.h.verstegen@umail.leidenuniv.nl

Studentnummer: 1134078

Afstudeerrichting: Orthopedagogiek

Studiejaar: 2013-2014

Aantal studiepunten: 20

Gegevens begeleiding

Eerste begeleider

MSc. E. Hoogenboom

Pieter de la Court gebouw

Wassenaarseweg 52

2333 AK Leiden

+31 71 527 2727

e.hoogenboom@fsw.leidenuniv.nl

Tweede begeleider

Dhr. Prof.dr. E.M. Scholte

Pieter de la Court gebouw

Wassenaarseweg 52

2333 AK Leiden

+31 71 527 4056

scholte@fsw.leidenuniv.nl

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt mijn scriptie over de emotionele intelligentie bij kinderen met angstig en stemmingsverstoord gedrag. Deze scriptie heb ik geschreven ter afsluiting van mijn Bachelor Pedagogische Wetenschappen aan de Universiteit van Leiden. Met veel plezier heb ik mijn scriptie geschreven. Tevens is mijn interesse voor verschillende stoornissen gegroeid, met name voor angstig en stemmingsverstoord gedrag.

In het bijzonder wil ik mijn eerste begeleider MSc. E. Hoogenboom bedanken. Door haar enthousiasme, geweldige begeleiding en de goede feedback heb ik deze scriptie met veel plezier tot stand kunnen brengen.

Daarnaast wil ik ook mijn tweede begeleider dhr. Prof. dr. E.M. Scholte bedanken voor het beoordelen van mijn scriptie.

Tot slot wil ik mijn familie bedanken voor hun steun en toeverlaat tijdens het schrijven van mijn scriptie.

Eva Verstegen

Universiteit Leiden, 23 april 2014

Inhoudsopgave

Algemene gegevens.....	2
Voorwoord	3
Samenvatting.....	6
1. Inleiding	7
2. Theoretisch kader	9
2.1. Inleiding	9
2.2. Emotionele intelligentie	9
2.3. Angststoornis	10
2.4. Depressiestoornis	13
2.5. Comorbiditeit	14
2.6. Sekse en leeftijd	15
2.7. Gezinsamenstelling.....	16
2.8. Hypothesen	16
3. Methode.....	17
3.1. Inleiding	17
3.2. Onderzoeksvragen.....	17
3.3. Onderzoeksdesign	17
3.4. Procedure	18
3.5. Onderzoeksgroep	18
3.6. Meetinstrumenten.....	19
3.7. Data-analyse en methoden	20
3.8. Variabelen	21
3.9. Assumpties voor toetsing.....	22
4. Resultaten	22
4.1. Inleiding	22
4.2. Resultaten van de data-inspectie.....	22

4.3.	Assumpties voor toetsing.....	23
4.4.	Betrouwbaarheid van de schalen.....	23
4.5.	Beantwoording van de onderzoeksvragen	23
5.	Conclusie en discussie.....	27
5.1.	Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek en praktijk	29
	Literatuur	31
	Bijlage 1	40

Samenvatting

In dit onderzoek wordt het verschil in de emotionele intelligentie tussen kinderen van 4 jaar tot en met 18 jaar ($M = 10.67$, $SD = 3.67$) met angstig en stemmingsverstoord gedrag en kinderen zonder angstig en stemmingsverstoord gedrag onderzocht. De onderzoeksgroep ($N=422$) bestaat uit 233 jongens en 189 meisjes. Met behulp van de Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV) is er vastgesteld of de kinderen kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag vertoonden. Met behulp van de Emotionele Intelligentie Vragenlijst (EIQ) is de emotionele intelligentie van de kinderen vastgesteld.

Dit onderzoek toont aan dat kinderen met kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag een significant lagere score op de emotionele intelligentie lieten zien dan kinderen zonder kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag. Tevens heeft de dimensie angstig gedrag in het algemeen een negatieve invloed op de emotionele intelligentie, net als de dimensie sociaal-angstig gedrag. Daarnaast beïnvloeden de dimensies angstig gedrag in het algemeen en angstig-depressief gedrag samen de emotionele intelligentie. Er is geen significant verschil gevonden tussen kinderen met en zonder kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag voor wat betreft leeftijd, sekse en gezinssamenstelling.

1. Inleiding

Angst is een reactie op een bedreiging en is een onderdeel van de normale psychologische ontwikkeling waarbij de hoogste prioriteit overleven is (Gullone, 2000; Gullone, King, & Ollendick, 2001; Westenberg, Drewes, Goedhart, Siebeling, & Treffers, 2004). Bij sommige kinderen en adolescenten is deze angst ernstiger dan de angst die bij de normale psychologische ontwikkeling hoort (Verhulst, Van der Ende, Ferdinand, & Kasisus, 1997). Er kan een angststoornis ontstaan als de angstreactie niet passend is bij de aard van de situatie, als de angst blijft aanhouden en als de angst een negatieve invloed heeft op het functioneren van het kind of de adolescent. Angststoornissen zijn de meest voorkomende psychische stoornissen bij kinderen en adolescenten (Donovan & Spence, 2001; Garralda & Bailey, 1986; Kashani, Orvaschel, Rosenberg, & Reid, 1989; Legerstee, Garnefski, Jellesma, Verhulst, & Utens, 2010; Viken, 1985; Walters & Inderbitzen, 1998).

Vaak is er sprake van comorbiditeit. Ongeveer 20 procent van de basisschoolkinderen en 50 procent van de adolescenten lijdt aan een angststoornis en tegelijkertijd aan een stemmingsstoornis, zoals een depressie (Angold, Costello, & Erkanli, 1999). Ongeveer 10 tot 15 procent van de jongeren met een angststoornis heeft een depressie en ongeveer 25 tot 50 procent van de depressieve jongeren heeft een angststoornis (Axelson & Birmaher, 2001). Bij 1 tot 4 procent van de kinderen komt depressie voor. Bij 15 tot 20 procent van de adolescenten komt depressie voor (Lakdawalla, Hankin, & Mermestein, 2007).

Indien er symptomen van angst en depressie aanwezig zijn, is er verhoogde kwetsbaarheid voor verdere symptomen en dit kan leiden tot een ernstigere vorm van psychopathologie, zoals angst- en depressiestoornissen (Birmaher et al., 1996; Moutier & Stein, 1999). Vroegtijdige herkenning en behandeling van angstig en depressief gedrag zijn erg belangrijk zodat verstoringen in de ontwikkeling en ernstigere vormen van psychopathologie voorkomen kunnen worden (Lewinsohn et al., 1994).

Angst en depressie zijn allebei internaliserende stoornissen. Kinderen met internaliserende stoornissen hebben moeite met het uiten van emoties waardoor de problematiek internaliserend tot uiting komt (Rigter, 2002). Hierdoor hebben kinderen en adolescenten met internaliserende stoornissen minder relaties met leeftijdsgenoten en hebben zij een lager zelfbeeld (Strauss, Frame, & Forehand, 1987). Uit het onderzoek van Hay, Payne en Chadwick (2004) is gebleken dat het voldoen aan de eisen van een sociale groep moeilijker is voor kinderen met emotionele en internaliserende problemen, omdat zij sociale problemen hebben, zoals weinig aanvaarding door leeftijdsgenoten, sociale isolatie en ervaringen van sociale incompetentie. Uit zelfrapporteringen van het onderzoek van La Greca en Lopez

(1998) blijkt dat sociaal angstige kinderen weinig steun en intimiteit ervaren van hun klasgenoten. Hierdoor is het moeilijker voor de kinderen om ervaringen op te doen op het gebied van socialisatie en hierdoor ontwikkelen zij minder aangepaste sociale vaardigheden (La Greca & Lopez, 1998).

Om later actief aan de samenleving te kunnen deelnemen, dienen kinderen en adolescenten adaptieve vaardigheden te ontwikkelen (DeHart, Sroufe, & Cooper, 2004). Algemene adaptieve vaardigheden zijn leeftijdsgerelateerde vaardigheden die men nodig heeft om met de dagelijkse eisen van de omgeving om te gaan (Kerig & Wenar, 2006; Scholte, Van Duijn, Dijkxhoorn, Noens, & Van Berckelaer-Onnes, 2008). Volgens een studie van Slot en Spanjaard (2009) hebben psychische stoornissen een negatieve invloed op de ontwikkeling van deze vaardigheden. De ontwikkeling van deze kinderen verloopt minder goed dan de ontwikkeling van leeftijdgenoten die een meer normatieve ontwikkeling doormaken, omdat zij de adaptieve vaardigheden minder goed ontwikkelen en dus minder ervaring hebben met deze adaptieve vaardigheden. Het is erg belangrijk om deze kinderen bij de vaardigheden te begeleiden om latere problematiek te voorkomen. Dit onderzoek gaat in op een onderdeel van de algemene adaptieve vaardigheden, namelijk de emotionele intelligentie. De emotionele intelligentie houdt in dat men de eigen gevoelens en emoties kan monitoren, maar ook de gevoelens en emoties van anderen (Salovey & Mayer, 1990).

In dit onderzoek wordt onderzocht of er een verband is tussen de emotionele intelligentie en kenmerken van een angst- of depressiestoornis. De meeste kinderen met een angst- of depressiestoornis ervaren tekortkomingen in de drie componenten van de emotionele intelligentie. Namelijk met het onderkennen, het hanteren en het reguleren van emoties (Salovey & Mayer, 1990). Een belangrijke vraag hierbij is op welke wijze de emotionele intelligentie tussen kinderen met kenmerken van een angst- of depressiestoornis en kinderen zonder kenmerken van een angst- of depressiestoornis verschilt. Er wordt hierbij ook onderzocht of de componenten sekse, leeftijd en gezinssamenstelling een rol spelen. Met deze kennis kan wellicht een angst- of depressiestoornis vroegtijdig gesignaleerd worden, waardoor er een passende interventie kan worden toegepast die de kenmerken van een angst- of depressiestoornis terugdringt. Dit onderzoek is relevant voor de wetenschap, omdat er kan worden bijgedragen aan de praktijk van diagnostiek en behandeling.

Dit onderzoek wordt gedaan door middel van literatuuronderzoek en empirisch onderzoek. Door literatuuronderzoek zal er informatie die bekend is over het onderwerp worden bestudeerd. Door middel van empirisch onderzoek zal worden onderzocht wat het verschil in emotionele intelligentie tussen kinderen met kenmerken van angstig en

stemmingsverstoord gedrag en kinderen zonder kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag.

2. Theoretisch kader

2.1. Inleiding

In het theoretisch kader worden de begrippen die in dit onderzoek centraal staan gedefinieerd en uitgelegd. Daarna wordt de comorbiditeit van angststoornissen en depressiestoornissen besproken. Vervolgens worden de variabelen sekse, leeftijd en gezinssamenstelling behandeld. Tot slot worden de hypothesen besproken.

2.2. Emotionele intelligentie

Adaptieve vaardigheden zijn de competenties die nodig zijn om dagelijkse ontwikkelingstaken adequaat te kunnen volbrengen (Slot & Spanjaard, 2009). De emotionele intelligentie is een onderdeel van de adaptieve vaardigheden. Om het begrip emotionele intelligentie uit te leggen, wordt eerst het begrip intelligentie uitgelegd. Intelligentie is de individuele variatie in hoe goed mensen taken uitvoeren in een specifiek domein, zoals het domein taal of het domein logica (Carroll, 1993; Côte, 2010). Emotionele intelligentie gaat in op de verschillen van de individuen op het gebied van emoties, zoals de vaardigheid om emoties te herkennen (Côte & Miners, 2006; Mayer & Salovey, 1997). Volgens deze benadering is de emotionele intelligentie beoordeeld door middel van testen waarbij proefpersonen gezichtsuitdrukkingen moesten herkennen. De antwoorden van de proefpersonen werden getoetst aan vooraf vastgestelde scorecriteria (Freudenthaler & Neubauer, 2005). Kinderen met een depressie hebben moeite met deze test omdat zij tekortkomingen ervaren in het onderkennen van emoties van anderen (Mikhailova, Vladimirova, Iznak, Tsusulkovskaya, & Sushko, 1996; Schepman, Taylor, Collishaw, & Fombonne, 2011).

Emotionele intelligentie houdt in dat men de eigen gevoelens en emoties kan monitoren, maar ook de gevoelens en emoties van anderen. Dit wordt ook wel het ‘onderkennen van emoties’ genoemd (Salovey & Mayer, 1990). Mensen die hoger scoren op dit gebied, rapporteren een lager niveau van depressie (Ciarrochi, Deane, & Anderson, 2002). Een ander aspect van emotionele intelligentie is het ‘reguleren van emoties’, dit houdt in dat men de eigen gevoelens en emoties controleert en op een passende manier uit. Ook zorgt het

reguleren van emoties ervoor dat het kind niet overrompeld wordt door de eigen emoties tijdens of na het ervaren van een bedreigende stressvolle situatie (Garnefski et al., 2002; Garnefski & Kraaij, 2007). Het derde aspect van emotionele intelligentie is het ‘hanteren van emoties’, dit houdt in dat men de gevoelens en emoties zo toepast, dat ze adequaat denken en het juiste handelen stimuleren (Salovey & Mayer, 1990).

Mensen met een depressie ervaren de kwaliteit van leven negatief, dit kan op een lagere emotionele intelligentie duiden, omdat een hogere emotionele intelligentie zorgt voor een betere kwaliteit van leven (Goleman, 1995; Saklofske, Austin, & Minski, 2003). Nolidin, Downey, Hansen, Schweitzer en Stough (2013) beschrijven dat mensen met een depressie moeite hebben met de emotieregulatie en met de emotionele controle.

Volgens de studie van Strauss et al. (1987) laten kinderen met een angststoornis meer problemen zien in vriendschapsrelaties, zelfvertrouwen, schoolprestaties en sociaal gedrag ten opzichte van kinderen zonder angststoornis. De genoemde studie wijst uit dat er bij kinderen met een angststoornis sprake kan zijn van een lager ontwikkelingsniveau van de emotionele intelligentie. Relaties met leeftijdsgenoten zijn erg belangrijk in de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen en adolescenten. Als deze relaties worden aangetast, ontstaan er problemen, zoals angst en depressie bij kinderen (Ginsburg, La Greca, & Silverman, 1998). Tevens is in de studie van Turk, Heimberg, Luterek, Mennin en Fresco (2005) aangetoond dat de emotionele intelligentie niet zo goed ontwikkeld is bij mensen met een gegeneraliseerde angststoornis. Slecht begrip van emoties, verhoogde intensiteit van subjectieve emotionele ervaring, negatieve reactiviteit op emotionele ervaring en het gebruik van onaangepaste emotie management strategieën duiden hierop.

2.3. Angststoornis

Normale angst is een reactie op een bedreiging en een vorm van de ontwikkeling waarbij de hoogste prioriteit overleven is (Gullone, 2000). Er wordt gesproken van een angststoornis wanneer de angst van een persoon niet reëel is en wanneer de persoon hevige problemen aan de angst ondervindt, zoals sociale of beroepsmatige problemen (American Psychiatric Association (APA), 2000). De angst bij een angststoornis is zo intens, dat het normale functioneren wordt aangetast.

Er zijn een aantal risicofactoren voor de ontwikkeling van angststoornissen (Nederlands Jeugd Instituut, z.j. a). De erfelijkheid en het temperament van het kind zijn risicofactoren. Tevens zijn omgevingsfactoren zoals een onveilige gehechtheidsrelatie met de ouders en het opvoedgedrag van de ouders risicofactoren voor de ontwikkeling van

angststoornissen. Daarnaast spelen verstoorde cognitieve processen een rol bij het ontwikkelen van een angststoornis, zoals een stoornis in de emotieregulatie die een component van de emotionele intelligentie is (Gross & Munoz, 1995). Negatieve levensgebeurtenissen en ervaringen kunnen ook voor de ontwikkeling van een angststoornis zorgen, zoals echtscheiding van de ouders of bijvoorbeeld een vervelend bezoek aan de tandarts (Nederlands Jeugd Instituut, z.j. a).

Beschermdende factoren bij angst zijn persoonlijke variabelen zoals zelfwaardering en geloof in eigen kunnen. Sociale steun is ook een belangrijke beschermende factor (Nederlands Jeugd Instituut, z.j. a)

Er zijn interventies om angststoornissen te behandelen (Nederlands Jeugd Instituut, z.j. b). Cognitieve gedragstherapie is geschikter voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen en jongeren dan ouderinterventies of psychodynamische therapie. Cognitieve gedragstherapie zorgt ervoor dat de kinderen en jongeren meer vaardigheden leren om hun angstsymptomen te beheersen. Onderdelen van de cognitieve gedragstherapie zijn psycho-educatie, vaardigheidstraining, cognitieve herstructurering en blootstelling (Nederlands Jeugd Instituut, z.j. b).

De *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR) onderscheidt zeven typen angststoornissen. In de literatuur is er nog onduidelijkheid over de aanvangsleeftijd van de verschillende angststoornissen. Men is het er wel over eens dat de paniekstoornis pas in de late adolescentie optreedt (Costello, Egger, & Angold, 2004). De scheidings-angststoornis, paniekstoornis met of zonder agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, obsessief-compulsieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis en de posttraumatische stressstoornis komen voor bij kinderen en adolescenten (Muris, Dreessen, Bögels, Weckx, & Van Melick, 2004).

De scheidings-angststoornis houdt in dat het kind ongepaste en overmatig veel angst ervaart als het wordt gescheiden van diegenen aan wie het kind gehecht is. Kinderen met een scheidings-angststoornis proberen bepaalde situaties te vermijden, zoals bijvoorbeeld alleen thuis zijn. Vaak hebben deze kinderen last van heimwee (Nauta, 2005). Door de angst ervaart het kind significante problemen op belangrijke functioneringsgebieden, zoals het sociale functioneringsgebied (APA, 2000).

Paniek aanvallen kunnen voorkomen bij levensgevaarlijke situaties. Bij de mensen met een paniekstoornis is de paniekaanval niet in verhouding tot de omstandigheden. Bij een paniekaanval is er sprake van extreme angst die gepaard gaat met lichamelijke en cognitieve symptomen. Mensen met een paniekstoornis zijn vaak ook voortdurend ongerust over het

krijgen van een volgende aanval (APA, 2000). De paniekstoornis gaat vaak samen met agorafobie. Agorafobie verwijst naar de angst op een plaats of in een situatie te zijn van waaruit ontsnappen moeilijk kan zijn of waarbij het krijgen van hulp moeilijk of niet mogelijk is (Sucheta, Connolly, Gail, Bernstein, & the Work Group on Quality Issues, 2007).

Iemand met een sociale fobie heeft een duidelijke en aanhoudende angst en onzekerheid voor alledaagse sociale interacties of gebeurtenissen (Sucheta et al., 2007). De angst treedt op in de interactie met onbekenden of in de interactie met leeftijdsgenoten. Wanneer de gevreesde sociale situatie zich voordoet, kan er een paniekaanval komen. Hierdoor worden allerlei sociale situaties vermeden of men zoekt men redenen/uitvluchten om deze te vermijden (Sucheta et al., 2007). Naarmate de adolescentie vordert, neemt de prevalentie van sociale angst toe, omdat in de adolescentie het zelfstandig kunnen verkrijgen van een plek in de maatschappij steeds belangrijker wordt (Compton, Nelson, & March, 2000).

Bij de specifieke fobie beperkt de angst zich tot specifieke situaties, objecten of mensen. Een duidelijke en irreële angst treedt op. Mensen met een fobie proberen de prikkel die angst veroorzaakt te vermijden. Wanneer de prikkel zich toch voordoet, kan er een angstreactie optreden die een paniekaanval veroorzaakt (Verheij, Verhulst, & Ferdinand, 2007).

De obsessief-compulsieve stoornis kenmerkt zich door de dwangmatige gedachten en dwangmatige handelingen van een persoon. Een voorbeeld is dat de persoon met deze stoornis steeds zijn/haar handen wast als gevolg van de dwangmatige gedachten (APA, 2000; Sucheta et al., 2007).

Bij de gegeneraliseerde angststoornis maakt een persoon zich overmatig veel zorgen om veel dingen. De frequentie, duur en intensiteit van die zorgen staan niet in verhouding tot de bron. Als deze symptomen zes maanden aanhouden, is er sprake van een gegeneraliseerde angststoornis. Bij jongeren zijn ook rusteloosheid, vermoeidheid, prikkelbaarheid, zich moeilijk kunnen concentreren, spierspanning en verstoorde slaap aanwezig (APA, 2000).

De posttraumatische stressstoornis is het gevolg van ernstig stressvolle situaties, een trauma (Verheij et al., 2007). Kinderen en adolescenten met deze stoornis herbelevende gebeurtenis vaak en zij proberen alles wat er met de gebeurtenis geassocieerd kan worden, te vermijden. Deze symptomen van een posttraumatische stressstoornis kunnen zich voordoen in de situatie zelf, direct na de situatie of een langere tijd na de situatie (Verheij et al., 2007). Kinderen en adolescenten hebben soms een verhoogde prikkelbaarheid en problemen met slapen.

2.4. Depressiestoornis

Een depressiestoornis wordt gedefinieerd als hevige neerslachtigheid die het dagelijks functioneren aantast (APA, 2000). Een risicofactor voor een depressie is de erfelijkheid van depressie (Nederlands Jeugd Instituut, z.j. c). Tevens is sekse een risicofactor waarbij meisjes meer kans hebben op een depressie. Een andere belangrijke risicofactor is stress zoals conflicten, ziekte en slechte schoolprestaties (Lewinsohn, Seeley, & Rohde, 1998). Andere risicofactoren zijn een lage zelfwaardering, negatief denken, een naar binnen gekeerde houding en weinig autonomie (Nederlands Jeugd Instituut, z.j. c).

Beschermdende factoren zijn vooral persoonlijkheidskenmerken, zoals positief denken, sociale competentie, sociaal zijn en actief betrokken zijn bij de omgeving. Ook kan een goede relatie met tenminste één ouder een beschermende factor zijn en een goed gezinsklimaat en steun uit de omgeving (Nederlands Jeugd Instituut, z.j. c).

Waakzaam afwachten is een optie bij mildere vormen van depressie (Nederlands Jeugd Instituut, z.j. d). Als er geen spontaan herstel optreedt, is het verstandig om psychotherapie toe te passen. Psychotherapie is de eerste keuze als depressies niet overgaan, volgens Amerikaanse en Britse praktijkrichtlijnen. Cognitieve gedragstherapie werkt in de praktijk het beste bij kinderen en jongeren en interpersoonlijke therapie voor jongeren (Nederlands Jeugd Instituut, z.j. d).

Er is weinig bekend over de werkzaamheid en de mogelijke bijwerkingen van antidepressiva bij kinderen en jongeren. Er is wel bekend dat het gebruik van antidepressiva leidt tot een vergroot risico op suïcidaal gedrag en vijandigheid. Het Nederlands College ter Beoordeling van Geneesmiddelen ontraadt het gebruik van antidepressiva voor kinderen en jongeren onder de achttien jaar (Nederlands Jeugd Instituut, z.j. d).

Om een depressie te kunnen vaststellen, dienen ten minste vijf van de negen symptomen volgens de DSM-IV-TR aanwezig te zijn gedurende twee weken. Ten minste een van de symptomen ‘depressieve stemming’ of ‘verlies aan interesse en plezier’ moet aanwezig zijn. Kenmerkend voor een depressie is een depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag. Dit kan waargenomen worden door anderen door middel van observatie of door anderen door middel van gesprekken met de depressieve persoon. Bij baby's kunnen kenmerken van een depressie waargenomen worden bij frequent en ontoestbaar huilen, eet- en slaapstoornissen of een groeiachterstand (Hammen, 2002). Bij peuters en kleuters kan een prikkelbare stemming duiden op een depressie. Ook ontbreekt bij peuters en kleuters het symbolisch spel, hebben ze vaak scheidingsangst of vertonen ze lichamelijke klachten. Kinderen met de schoolleeftijd kunnen de depressieve stemmingen

verwoorden en bij hen komen suïcide gedachten en somatisatie voor. Een adolescent met een depressie kan nergens meer van genieten en heeft nergens zin in (De Wit, 2000). Afhankelijk van de leeftijd wordt depressie anders geuit (Klein, Dougherty, & Olino, 2005). Een ander symptoom is een duidelijke vermindering in interesse en plezier in dingen die voorheen wel als prettig ervaren werden. Dit symptoom dient gedurende de hele dag dagelijks plaats te vinden. Een duidelijke gewichtsverandering die niet door een dieet kan worden verklaard, kan ook duiden op een depressie. Bij kinderen wordt met dit symptoom bedoeld dat de kinderen niet voldoen aan de verwachte gewichtstoename. Ook insomnie en hypersomnie kunnen symptomen van een depressie zijn. Insomnie houdt in dat er moeite wordt ervaren met inslapen of doorslapen gedurende ten minste een maand en hypersomnie houdt in dat er veel sprake is van slaperigheid gedurende ten minste een maand. Psychomotorische remming kan ook duiden op een depressie, dit houdt in dat de bewegingen van de depressieve persoon erg langzaam gaan en dat deze persoon soms zelfs een tijdlang bewegingloos is. Ook praten gaat erg langzaam. Psychomotorische agitatie kan ook duiden op een depressie, dit houdt in dat de depressieve persoon onrustig en ongeduldig is in zijn/haar bewegingen en vaak doelloze bewegingen maakt. Vermoeidheid of verlies aan energie moet bijna iedere dag plaatsvinden om te kunnen zeggen dat er sprake is van een depressie. Een ander symptoom is het hebben van gevoelens van waardeloosheid. Tevens kan het verminderde vermogen tot nadenken, zich concentreren of besluiteloosheid duiden op een depressie. De depressieve persoon kan zich minder goed concentreren. Het laatstgenoemde symptoom is de steeds terugkerende gedachte aan de dood. Terugkerende suïcidegedachten, een suïcidepoging of een plan om suïcide te plegen vallen hieronder (APA, 2000).

2.5. Comorbiditeit

Het samen voorkomen van verschillende stoornissen bij eenzelfde individu wordt comorbiditeit genoemd (Lilienfeld, Waldman, & Israel, 1994; Mineka, Watson, & Clark, 1998). Personen met comorbide angststoornissen en depressieve stoornissen vertonen, in vergelijking met personen met enkel een angst- of depressieve stoornis, een vroegere aanvang van de stoornis, ernstigere symptomen, meer hinder in het alledaags functioneren, een mindere levenskwaliteit, medisch onverklaarbare somatische symptomen en een grotere kans op suïcide (Bijl & Ravelli, 2000; Bruce et al., 2005; Lenze et al., 2005; Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1995; Rush et al., 2005; Sartorius, Ustun, & Lecrubier, 1996; Schoevers et al., 2003; Schoevers, Deeg, van Tilburg, & Beekman, 2005; Stordal, Bjelland, Dahl, & Mykletun, 2003). Verschillende studies tonen aan dat 80 procent van de adolescenten met een

angststoornis lijdt aan meerdere angststoornissen (Benjamin, Costello, & Warren, 1990; Francis, Last, & Strauss, 1992; Kashani & Orvaschel, 1990; Last, Perrin, Hersen, & Kazdin, 1992; Strauss & Last, 1993). Uit het onderzoek van Last, Strauss en Francis (1987) kwam naar voren dat 50 procent van de kinderen met een angststoornis is gediagnosticeerd met een comorbide angststoornis. Uit het onderzoek van Strauss, Last, Hersen en Kazdin (1988) blijkt dat 28 procent van de kinderen met een angststoornis ook een depressie hebben.

Door overeenkomsten, zoals negatieve affectiviteit, tussen angststoornissen en stemmingsstoornissen is vaak dezelfde aanpak voor preventie of behandeling mogelijk (Boeting, Ferdinand, Barrett, & Dadds, 2002). Een van de overeenkomsten van angststoornissen en stemmingsstoornissen is de negatieve affectiviteit. Negatieve affectiviteit beschrijft emotionele instabiliteit of de neiging om negatieve emoties te ervaren. Volgens Cole, Truglio en Peeke (1997) zou dit een eventuele verklaring kunnen zijn voor de hoge mate van comorbiditeit tussen angststoornissen en stemmingsstoornissen.

2.6. Sekse en leeftijd

Vrouwen blijken meer kans te hebben op het ontwikkelen van een angststoornis en een depressie, in vergelijking met mannen (Halbreich & Kahn, 2007; Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley, & Allen, 1998; Pigott, 1999). Tevens hebben vrouwen twee maal meer kans op een depressieve stoornis dan mannen (Weissman, Livingston, & Leaf, 1991; Weissman & Olfson, 1995; Wolk & Weissman, 1995). Uit het onderzoek van Salguero, Extremera en Fernández-Berrocal (2012) blijkt dat een lagere emotionele intelligentie vaker gerelateerd is aan een hogere kans op depressie bij mannen dan bij vrouwen. Echter, als jongens tussen de zes en twaalf jaar zijn, vertonen zij een groter risico om depressief te worden (De Fever, 2001). Meisjes vertonen pas in de midden adolescentie tot late adolescentie de verhoogde kwetsbaarheid voor een depressie (Cyranski, Frank, Young, & Shear, 2000; Hankin et al., 1998). Meisjes hebben op die leeftijd twee maal meer kans op een depressie dan jongens (Nolen-Hoeksema, 2001; Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Uit een ander onderzoek kwam naar voren dat meisjes over het algemeen hoger scoren op emotionele intelligentie dan jongens (Ciarrochi, Chan, & Bajgar, 2001). Nog een ander onderzoek toont aan dat er geen verschil is tussen de emotionele intelligentie van mannen en vrouwen (Slaski & Cartwright, 2002). Uit het onderzoek van Mayer, Salovey, Caruso en Sitarenios (2001) blijkt dat de emotionele intelligentie toeneemt met de leeftijd.

2.7. Gezinssamenstelling

Uit het onderzoek van Nijboer (2009) blijkt dat gezinssamenstelling invloed heeft op het psychisch welbevinden. Van de kinderen in kerngezinnen heeft 16.1% een lage score op psychisch welbevinden en 2.9% van deze kinderen laat af en toe emotionele symptomen zien, zoals onzeker en angstig gedrag. Van de kinderen in een niet-traditioneel gezin heeft 33.3% een lage score op psychisch welbevinden, en 11.5% van deze kinderen laat af en toe emotionele symptomen zien.

Uit een ander onderzoek blijkt dat kinderen in een één-oudergezin meer problemen hebben dan kinderen die opgroeien in een gezin met twee ouders, zoals een verhoogd risico op depressie, angst, stress en andere emotionele en gedragsproblemen (Dawson, 1991; Kellam, Ensminger, & Turner, 1977).

2.8. Hypothesen

Gebaseerd op de literatuurstudie wordt er verwacht dat er een verschil in emotionele intelligentie tussen kinderen met kenmerken van een angst- of depressiestoornis en kinderen zonder kenmerken van een angst- of depressiestoornis is. Er wordt verwacht dat kinderen met kenmerken van een angst- of depressiestoornis lager zullen scoren op emotionele intelligentie dan kinderen zonder kenmerken van een angst- of depressiestoornis. Verder wordt er verwacht dat er een verschil is in de emotionele intelligentie bij de subdimensies angstig gedrag in het algemeen, sociaal-angstig gedrag en angstig-depressief gedrag. Tevens wordt er verwacht dat sekse en leeftijd invloed hebben op de emotionele intelligentie voor wat betreft kenmerken van angst en depressie onder jeugdigen. Er wordt verwacht dat vrouwen lager scoren op de emotionele intelligentie aangezien angst- en depressiestoornissen het meest voorkomen bij vrouwen. Een andere verwachting is de verwachting dat de emotionele intelligentie lager is bij de groep van 13 jaar tot en met 18 jaar, omdat de symptomen van angst en depressie toenemen naarmate een individu ouder wordt. Daarnaast wordt er verwacht dat gezinssamenstelling invloed heeft op de emotionele intelligentie voor wat betreft kenmerken van angst en depressie onder jeugdigen. Kinderen uit een niet-traditionele gezinssamenstelling zullen hoger scoren op angstig en stemmingsverstoord gedrag en lager scoren op de emotionele intelligentie dan kinderen uit kerngezinnen.

3. Methode

3.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zullen de onderzoeksvragen worden besproken. Daarna zullen het onderzoeksdesign, de procedure en de onderzoeksgroep besproken worden. Vervolgens worden de meetinstrumenten, de data-analyse en methoden en de variabelen besproken. Tot slot worden de assumpties voor toetsing besproken.

3.2. Onderzoeksvragen

De onderzoeksvraag die is geformuleerd is de volgende: “Op welke wijze verschilt de emotionele intelligentie tussen kinderen met kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag en kinderen zonder kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag?”

Uit deze vraag ontstaan de volgende drie deelvragen:

1. Is er een verschil in de emotionele intelligentie tussen kinderen met kenmerken van angstig gedrag in het algemeen, kenmerken van sociaal-angstig gedrag en kenmerken van angstig-depressief gedrag en kinderen zonder kenmerken?
2. Wat is de invloed van sekse en leeftijd op de emotionele intelligentie bij kinderen met kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag en kinderen zonder kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag?
3. Wat is de invloed van gezinssamenstelling op de emotionele intelligentie voor wat betreft kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag onder jeugdigen?

3.3. Onderzoeksdesign

Bij dit onderzoek wordt een cross-sectioneel onderzoeksdesign gehanteerd, waarbij de verschillende groepen die elkaar opvolgen in de tijd gelijktijdig worden gemeten (Moore, McCabe, & Craig, 2009). Het betreft een vragenlijstonderzoek onder kinderen in de leeftijd van vier tot en met achttien jaar oud uit de algemene bevolking. De vragenlijst brengt de emotionele intelligentie in kaart en screent op de mogelijke aanwezigheid van sociaal-emotionele problemen.

3.4. Procedure

De onderzoekssubjecten van dit onderzoek zijn kinderen van 4 jaar tot en met 18 jaar van het regulier onderwijs en kinderen van het speciaal onderwijs. De participanten van dit onderzoek betreffen de ouders en docenten van de onderzoekssubjecten en kinderen van 9 jaar tot en met 18 jaar. Deze participanten werden gezocht door heel Nederland door middel van het telefonisch of via de mail benaderen van scholen. Na toestemming van de school om mee te werken aan het onderzoek, werden er door de onderzoekers brieven verspreid onder de ouders en docenten. In deze brieven staat in begrijpelijke taal voor de ouders en docenten dat de school toestemming heeft gegeven om deel te nemen aan het onderzoek en dat de school toestemming heeft gegeven om de participanten voor dit onderzoek te benaderen. In deze brief staat een link naar de digitale vragenlijst vermeld die de participanten kunnen invullen. Verder wordt in de brief vermeld dat zij anoniem deelnemen aan het onderzoek. Er is sprake van *Informed Consent*. De deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig en de participant mag op elk moment stoppen. Als de participant deelneemt aan het onderzoek, betekent dit dat de ingevulde gegevens gebruikt mogen worden voor het onderzoek.

3.5. Onderzoeksgroep

Er hebben 422 participanten deelgenomen aan het onderzoek. Er is data binnengekomen van 422 kinderen met een leeftijd van 4 jaar tot en met 18 jaar, waarvan 233 (55.2%) jongens en 189 (44.8%) meisjes. De leeftijdsgroepen zijn opgedeeld in twee groepen, namelijk de leeftijd 4 jaar tot en met 12 jaar ($N=277$, 65.6%) en de leeftijd 13 jaar tot en met 18 jaar ($N=145$, 34.4%). De gemiddelde leeftijd van de kinderen is 10.67 ($SD=3.67$) jaar. Er zijn 329 (78%) kinderen in de steekproef die regulier onderwijs volgen en 93 (22%) kinderen die speciaal onderwijs volgen. Er zijn 41 (9.7%) kinderen in de steekproef die kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag vertonen.

De participanten die deelnamen aan het onderzoek waren voornamelijk vrouwen. Er namen 321 (76.1%) vrouwelijke participanten en 101 (23.9%) mannelijke participanten deel aan het onderzoek.

De meeste kinderen komen uit een gezin met twee eigen (biologische) ouders ($N=349$, 82.7%). Het aantal kinderen dat uit een gezin met een eigen (biologische) ouder en een pleeg/stiefouder komt is 28 (6.6%). Het aantal kinderen dat uit een gezin met pleeg/stiefouders komt is vijf (1.2%). Het aantal kinderen dat uit een eenoudergezin komt is 31 (7.3%). Bij negen (2,1%) kinderen kwam een andere gezinssamenstelling voor.

Er zijn 41 kinderen (9.7%) met kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag. Er zijn 39 (9.2%) kinderen met kenmerken van angstig gedrag in het algemeen, er zijn 67 (15.9%) kinderen met kenmerken van sociaal-angstig gedrag en er zijn 41 (9.7%) kinderen met kenmerken van angstig-depressief gedrag.

Er gaan 25 kinderen (61%) met kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag naar het regulier onderwijs en er gaan 16 kinderen (39%) met kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag naar het speciaal onderwijs.

Kinderen met andere kenmerken dan angstig en stemmingsverstoord gedrag zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

In Bijlage 1 is de verdeling van de kinderen naar stoornistype, leeftijdsgroep en sekse opgenomen.

3.6. Meetinstrumenten

De vragenlijst die in dit onderzoek wordt gebruikt is samengesteld uit drie bestaande vragenlijsten, namelijk de Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV), de Emotionele Intelligentie Vragenlijst (EIQ) en de Vragenlijst Psychosociale Vaardigheden (VPV). In dit onderzoek wordt alleen gebruik gemaakt van de SEV en de EIQ. De ouders en de docenten vullen deze vragenlijst in en deze rapportages zijn de bronnen die in deze studie worden gebruikt.

De SEV is een screeningsinstrument waarmee er wordt nagegaan in hoeverre kinderen problemen vertonen in de sociaal-emotionele ontwikkeling (Scholte & Van der Ploeg, 2013). Vier clusters van sociaal-emotionele problematiek worden onderscheiden, namelijk aandachtstekort met hyperactiviteit, sociale gedragsproblematiek, angstig en stemmingsverstoord gedrag en autistisch gedrag. Bij elk cluster worden er specifieke vormen van sociaal-emotionele problematiek onderscheiden. In dit onderzoek is alleen het cluster angstig en stemmingsverstoord gedrag en de daarbij horende specifieke vormen angstig gedrag in het algemeen, sociaal-angstig gedrag en angstig-depressief gedrag gebruikt (Scholte & Van der Ploeg, 2013).

De SEV bestaat uit 72 stellingen. Deze stellingen kunnen beoordeeld worden op een vijf punt Likertschaal lopend van nul tot vier. Nul betekent dat het gedrag niet voorkomt bij het kind, één betekent dat het gedrag af en toe voorkomt bij het kind, twee betekent dat het gedrag geregeld voorkomt bij het kind, drie betekent dat het gedrag vaak voorkomt bij het kind en vier betekent dat het gedrag zeer vaak voorkomt bij het kind (Scholte & Van der Ploeg, 2013). De uitgangspunten van de testconstructie en de kwaliteit van de handleiding van de SEV worden als 'voldoende' beoordeeld door de COTAN. De kwaliteit van het

testmateriaal, de normen, betrouwbaarheid, begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit worden als ‘goed’ beoordeeld (Scholte & Van der Ploeg, 2005).

De EIQ is een vragenlijst die de vaardigheid van een kind in het omgaan met de emoties van zichzelf en van anderen in kaart brengt. De EIQ bestaat uit drie subschalen, namelijk het onderkennen, reguleren en hanteren van emoties (Scholte & Van der Ploeg, 2013). De EIQ bestaat uit 45 stellingen. Deze stellingen kunnen beoordeeld worden op een vijf punt Likertschaal lopend van één tot vijf. Eén betekent helemaal niet mee eens, twee betekent niet mee eens, drie betekent tussenin, vier betekent mee eens en vijf betekent helemaal mee eens (Van der Ploeg & Scholte, 2013). Voor de EIQ is er een informantenrapportageversie en een zelfrapportageversie beschikbaar. De EIQ is nog niet beoordeeld door de COTAN, omdat de vragenlijst zich nog in een experimenteel stadium bevindt.

3.7. Data-analyse en methoden

De gegevens van dit onderzoek worden geanalyseerd met behulp van SPSS. Er zal een variantieanalyse worden uitgevoerd om de verschillen tussen de te onderzoeken groepen te vergelijken. Verder zullen in dit onderzoek de beschrijvende statistische kenmerken van de numerieke variabelen worden genoemd. De beschrijvende statistische kenmerken die vermeld zullen worden zijn het gemiddelde, de mediaan, de modus, de standaardafwijking en de normaliteit (Moore et al., 2009; Field, 2009). Ook wordt er gekeken of een verdeling normaal verdeeld is, om te kunnen voldoen aan de assumpties voor de variantieanalyse. Om te onderzoeken of een verdeling normaal verdeeld is, wordt er gekeken naar de gestandaardiseerde scheefheid (*skewness*) van de verdeling en naar de gestandaardiseerde gepiekttheid (*kurtosis*) van de verdeling. Als de gestandaardiseerde scheefheid en de gestandaardiseerde gepiekttheid door de eigen standaardafwijking gedeeld zijn en de waarde zich tussen de min drie en de plus drie bevindt, dan mag de verdeling als normaal beschouwd worden (Kroonenberg, 2006). Ook is het mogelijk om met SPSS een lijn voor de normaalverdeling door het histogram te laten trekken, waardoor er gezien kan worden of een verdeling normaal is. Als de steekproef niet normaal verdeeld is, wordt er toch aangenomen dat de steekproefverdeling bij benadering normaal is en wordt er parametrisch getoetst gezien de steekproefgrootte.

Tevens zal er naar de hoofdeffecten en interactie-effecten worden gekeken, zodat de invloed van een onafhankelijke variabele op de afhankelijke variabele kan worden vastgesteld en de samenhang tussen onafhankelijke variabelen die samen invloed hebben op de afhankelijke variabele.

3.8. Variabelen

Bij de hoofdvraag en bij elke deelvraag wordt als afhankelijke variabele de emotionele intelligentie gebruikt. De hoofdvraag ‘Op welke wijze verschilt de emotionele intelligentie tussen kinderen met kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag en kinderen zonder kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag?’ wordt onderzocht met een enkelvoudige variantieanalyse. Er is gekozen voor deze methode omdat er gekeken wordt naar gemiddelden van twee of meer groepen (Moore et al., 2009). Kenmerken van een angst- of depressiestoornis is de onafhankelijke variabele. De onafhankelijke variabele bestaat uit twee categorische groepen bestaande uit ‘stoornis’ en ‘geen stoornis’ waarbij de grens de normscore was voor de klinische groep.

De eerste deelvraag ‘Is er een verschil in de emotionele intelligentie tussen kinderen met kenmerken van angstig gedrag in het algemeen, kenmerken van sociaal-angstig gedrag en kenmerken van angstig-depressief gedrag en kinderen zonder kenmerken?’ wordt onderzocht met een drieweg-variantieanalyse. Angstig gedrag in het algemeen, sociaal-angstig gedrag en angstig-depressief gedrag zijn de onafhankelijke variabelen. Van de subdimensies angstig gedrag in het algemeen, sociaal-angstig gedrag en angstig-depressief gedrag zijn drie afzonderlijke variabelen gemaakt, welke elk uit de groepen ‘stoornis’ en ‘geen stoornis’ bestaat, waarbij de grens de normscore was voor de klinische groep.

Bij de tweede deelvraag ‘Wat is de invloed van sekse en leeftijd op de emotionele intelligentie bij kinderen met kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag en kinderen zonder kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag?’ is er sprake van een drieweg-variantieanalyse. Sekse, leeftijd en kenmerken van een angst- of depressiestoornis zijn de onafhankelijke variabelen. De numerieke variabele leeftijd is opgedeeld in twee categorische groepen, namelijk de groep met de leeftijd 4 jaar tot en met 12 jaar en de groep met de leeftijd 13 jaar tot en met 18 jaar. De categorische variabele sekse is onderverdeeld in de groepen man en vrouw.

Bij de derde deelvraag ‘Wat is de invloed van gezinssamenstelling op de emotionele intelligentie voor wat betreft kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag onder jeugdigen?’ is er sprake van een tweeweg-variantieanalyse. Gezinssamenstelling en kenmerken van een angst- of depressiestoornis zijn de onafhankelijke variabelen. De categorische variabele gezinssamenstelling is onderverdeeld in vijf groepen welke bestonden uit eenoudergezinnen, gezinnen met twee eigen (biologische) ouders, gezinnen met eigen (biologische) ouder en een pleeg/stiefouder, gezinnen met pleeg/stiefouders, anders.

Bij alle deelvragen zal het significantieniveau van $\alpha = 0.05$ gebruikt worden.

3.9. Assumpties voor toetsing

Om een variantieanalyse uit te kunnen voeren, moet aan een aantal assumpties voldaan zijn. Als aan deze assumpties voldaan is, is het mogelijk om op een correcte wijze te kunnen generaliseren van een steekproef naar een populatie (Field, 2009). De observaties dienen aselect getrokken uit de populatie te zijn en onafhankelijk van elkaar te zijn (Moore et al., 2009). De data van de afhankelijke variabele moet normaal verdeeld zijn. Ook dienen de varianties van de verschillende groepen gelijk te zijn. Dit wordt bekeken door middel van de Levene's test. Als er significante hoofd- en interactie-effecten worden gevonden, zal er indien mogelijk een post-hoc toets worden uitgevoerd om te zien hoe de groepsgemiddelden van elkaar verschillen (Moore et al., 2009).

4. Resultaten

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van de statistische toetsen besproken. Allereerst zullen de resultaten van de data-inspectie worden besproken. Vervolgens zal er worden gekeken of aan de assumpties voor toetsing voldaan is. Daarna zal er gekeken worden naar de betrouwbaarheid van de gebruikte schalen. Tot slot wordt per onderzoeksvraag weergegeven wat de gevonden resultaten zijn.

4.2. Resultaten van de data-inspectie

Uit de data-inspectie blijkt dat er data is binnengekomen van 422 kinderen. De kinderen zijn gemiddeld 10.67 jaar oud ($SD=3.67$). De modus is 12 jaar en de mediaan is 11 jaar. Er deden 233 (55.2%) jongens en 189 (44.8%) meisjes mee aan het onderzoek. De gemiddelde score van de emotionele intelligentie van de hele steekproef is 154.28 ($SD=29.93$). De modus is een score van 176 en de mediaan is een score van 157. Er zijn 41 kinderen (9.7%) met kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag. De gemiddelde score op de emotionele intelligentie van kinderen met kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag is 114.82 ($SD=28.49$). De gemiddelde score op de emotionele intelligentie van kinderen zonder kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag is 158.42 ($SD=26.94$). Er zijn 39 (9.2%) kinderen met kenmerken van angstig gedrag in het algemeen ($M=121.64$, $SD=18.74$), er zijn 67 (15.9%) kinderen met kenmerken van sociaal-angstig gedrag ($M=136.22$, $SD=28.95$) en er zijn 41 (9.7%) kinderen met kenmerken van angstig-depressief gedrag ($M=139.89$, $SD=23.37$).

Er gaan 25 kinderen (61%) met kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag naar het regulier onderwijs en er gaan 16 kinderen (39%) met kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag naar het speciaal onderwijs.

4.3. Assumpties voor toetsing

De data zijn via *random sampling* verkregen. De scholen zijn willekeurig benaderd en de participanten hadden een gelijke kans om in de steekproef terecht te komen.

De afhankelijke variabele benadert een normaalverdeling met een lichte scheefheid naar links. Er zijn geen transformaties op de data toegepast, omdat de steekproef vrij groot is ($N = 422$).

Levene's test is niet significant voor de hoofdvraag en de drie deelvragen. Dit betekent dat alle vragen voldoen aan de assumptie van de gelijkheid van varianties tussen de verschillende groepen.

4.4. Betrouwbaarheid van de schalen

De hoofdschaal emotionele intelligentie heeft een hoge betrouwbaarheid. De drie aspecten van de emotionele intelligentie onderkennen van emoties, reguleren van emoties en hanteren van emoties hebben een Cronbach's alpha van 0.84. Voor een betrouwbare schaal is een Cronbach's alpha van 0.70 of hoger vereist.

4.5. Beantwoording van de onderzoeksvragen

Hoofdvraag: *Op welke wijze verschilt de emotionele intelligentie tussen kinderen met kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag en kinderen zonder kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag?*

Er werd een hoofdeffect gevonden voor kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag ($F(1, 408) = 91.48, p < .05$) met een grote effectgrootte van $\eta^2 = .183$. Zoals te zien in Tabel 1 scoren kinderen met kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag gemiddeld lager op emotionele intelligentie dan kinderen zonder kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag. Er werden geen interactie-effecten gevonden.

Tabel 1

Beschrijvende gemiddelden van emotionele intelligentie, uitgesplitst naar kinderen met kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag en kinderen zonder kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag.

Afhankelijke variabele: Emotionele intelligentie.

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Angst en depressie	39	114.821	28.491
Geen stoornis	371	158.429	26.937
Totaal	410	154.281	29.932

Deelvraag 1: *Is er een verschil in de emotionele intelligentie tussen kinderen met kenmerken van angstig gedrag in het algemeen, sociaal-angstig gedrag en angstig-depressief gedrag en kinderen zonder kenmerken?*

Er werden hoofdeffecten gevonden voor de dimensie angstig gedrag in het algemeen ($F(1, 402) = 19.47, p < .05$) met een kleine effectgrootte van $\eta^2 = .046$ en voor de dimensie sociaal-angstig gedrag ($F(1, 402) = 15.08, p < .05$) met een kleine effectgrootte van $\eta^2 = .036$. Dit houdt in dat er een significant verschil is gevonden in de emotionele intelligentie tussen de groepen kinderen met kenmerken van angstig gedrag in het algemeen en kinderen zonder kenmerken van deze dimensie. Tevens is er een significant verschil gevonden in emotionele intelligentie tussen kinderen met kenmerken van sociaal-angstig gedrag en kinderen zonder kenmerken van deze dimensie.

In Tabel 2 zijn de resultaten van de drieweg-variantieanalyse weergegeven. In Tabel 3 is te zien dat kinderen met kenmerken van angstig gedrag in het algemeen lager scoren dan de kinderen met kenmerken van sociaal-angstig gedrag. Kinderen zonder kenmerken van deze twee dimensies scoren het hoogst op de emotionele intelligentie. Voor de dimensie angstig-depressief gedrag werd geen hoofdeffect gevonden. Dat betekent dat er geen significant verschil is gevonden in de emotionele intelligentie tussen de groep kinderen met kenmerken van angstig-depressief gedrag en kinderen zonder kenmerken van angstig-depressief gedrag.

Tabel 2

Uitkomsten drieweg-variantieanalyse. Vergelijking van de gemiddelden op emotionele intelligentie, uitgesplitst naar kenmerken van angstig gedrag in het algemeen, kenmerken van sociaal-angstig gedrag en kenmerken van angstig-depressief gedrag.

Afhankelijke variabele: Emotionele intelligentie.

Bron	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	<i>F</i>	Sig.	Partiële η^2
Kenmerken van angstig gedrag in het algemeen	12314.066	1	12314.066	19.472	.000*	.046
Kenmerken van sociaal-angstig gedrag	9533.468	1	9533.468	15.075	.000*	.036
Kenmerken van angstig-depressief gedrag	1032.175	1	1032.175	1.632	.202	.004
Kenmerken van angstig gedrag in het algemeen* Kenmerken van sociaal-angstig gedrag	105.786	1	105.786	.167	.683	.000
Kenmerken van angstig gedrag in het algemeen* Kenmerken van angstig-depressief gedrag	3675.515	1	3675.515	5.812	.016*	.014
Kenmerken van sociaal-angstig gedrag* Kenmerken van angstig-depressief gedrag	185.092	1	185.092	.293	.589	.001
Residueel	254222.432	402	632.394			
Totaal	10125441.000	410				
Gecorrigeerd totaal	366428.744	409				

*Significant bij p -waarde < 0.05

Tabel 3

Beschrijvende gemiddelden van emotionele intelligentie, uitgesplitst naar kenmerken van angstig gedrag in het algemeen, kenmerken van sociaal-angstig gedrag en geen kenmerken van angstig gedrag in het algemeen of sociaal-angstig gedrag.

Afhankelijke variabele: Emotionele intelligentie.

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Kenmerken van angstig gedrag in het algemeen	17	121.765	19.237
Kenmerken van sociaal-angstig gedrag	43	132.581	29.482
Geen kenmerken	330	161.746	24.908
Totaal	390	154.281	29.932

Er werd een interactie-effect gevonden voor de groepen angstig gedrag in het algemeen en angstig-depressief gedrag samen zoals te zien is in Tabel 2 ($F(1, 402) = 5.81$, $p < .05$). Dit betekent dat een hoge score op angstig gedrag in het algemeen samengaat met een hoge score op angstig-depressief gedrag wat zorgt voor verschillen in de emotionele intelligentie.

Er is sprake van een kleine effectgrootte van $\eta^2 = .014$, waardoor deze interactie geen grote rol zal spelen in het gevonden resultaat. De groep met kenmerken van angstig-depressief gedrag scoort hoger op de emotionele intelligentie dan de groep met kenmerken van angstig gedrag in het algemeen. De groep zonder kenmerken van angstig gedrag in het algemeen of angstig-depressief gedrag scoort het hoogst op de emotionele intelligentie, zie Tabel 4.

Tabel 4

Beschrijvende gemiddelden van emotionele intelligentie, uitgesplitst naar kenmerken van angst in het algemeen, kenmerken van angstig-depressief gedrag en geen kenmerken van angst in het algemeen of angstig-depressief gedrag.

Afhankelijke variabele: Emotionele intelligentie.

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Kenmerken van angstig gedrag in het algemeen	14	115.714	21.327
Kenmerken van angstig-depressief gedrag	16	128.500	27.427
Geen kenmerken	357	159.723	26.328
Totaal	387	154.281	29.932

Deelvraag 2: *Wat is de invloed van sekse en leeftijd op de emotionele intelligentie bij kinderen met kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag en kinderen zonder kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag?*

Bij het uitvoeren van een drieweg-variantieanalyse werd er een hoofdeffect gevonden voor de variabele kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag ($F(1, 402)=84.88, p<.05$) met een grote effectgrootte van $\eta^2 = .174$. De variabele kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag blijkt invloed te hebben op de emotionele intelligentie. De variabelen leeftijd en sekse van het kind blijken geen invloed op de emotionele intelligentie te hebben, omdat er geen hoofdeffecten voor deze variabelen zijn gevonden. Er werden geen interactie-effecten gevonden.

Deelvraag 3: *Wat is de invloed van gezinssamenstelling op de emotionele intelligentie voor wat betreft kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag onder jeugdigen?*

Er werd een hoofdeffect gevonden voor de variabele kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag ($F(1, 401) = 23.94, p < .05$) met een kleine effectgrootte van $\eta^2 = .056$. De variabele kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag blijkt invloed te hebben op de emotionele intelligentie. Er werd geen significant hoofdeffect gevonden voor gezinssamenstelling. De variabele gezinssamenstelling blijkt geen invloed te hebben op de emotionele intelligentie. Er werden geen interactie-effecten gevonden.

5. Conclusie en discussie

In dit onderzoek staat de vraag ‘op welke wijze verschilt de emotionele intelligentie tussen kinderen met kenmerken van een angst- of depressiestoornis en kinderen zonder kenmerken van een angst- of depressiestoornis?’ centraal.

Uit dit onderzoek blijkt dat er een verschil is in emotionele intelligentie tussen kinderen met kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag en kinderen zonder kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag. Ook zijn er verschillen in de emotionele intelligentie gevonden voor de subdomeinen van angstig en stemmingsverstoord gedrag van de SEV.

Zoals verwacht, scoren kinderen met kenmerken van een angst- of depressiestoornis lager op emotionele intelligentie dan kinderen zonder kenmerken van een angst- of depressiestoornis. Dit resultaat komt overeen met het feit dat kinderen met een ontwikkelingsstoornis problemen ervaren op emotioneel en sociaal gebied (Scholte, 2008). Uit eerder onderzoek bleek al dat mensen met een depressie de kwaliteit van leven negatief

ervaren, dit kan op een lagere emotionele intelligentie duiden omdat een hogere emotionele intelligentie voor een betere kwaliteit van leven zorgt (Goleman, 1995; Saklofske, Austin, & Minski, 2003). Tevens hebben mensen met een depressie moeite met de emotieregulatie en met de emotionele controle (Nolidin, Downey, Hansen, Schweitzer, & Stough, 2013). Uit een onderzoek van Strauss et al. (1987) blijkt dat kinderen met een angststoornis meer problemen ervaren in vriendschapsrelaties, zelfvertrouwen, schoolprestaties en sociaal gedrag ten opzichte van kinderen zonder angststoornis. Dit onderzoek wijst uit dat er bij kinderen met een angststoornis sprake kan zijn van een lager niveau van de emotionele intelligentie. Relaties met leeftijdsgenoten zijn erg belangrijk in de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen en adolescenten. Dit verklaart waarom kinderen met kenmerken van angst en depressie lager scoren op de emotionele intelligentie dan kinderen zonder kenmerken van angst en depressie.

Er werd verwacht dat er een verschil zou zijn in de emotionele intelligentie tussen de dimensies angstig gedrag in het algemeen, sociaal-angstig gedrag en angstig-depressief gedrag. Uit huidig onderzoek blijkt dat de dimensie angstig gedrag in het algemeen invloed heeft op de emotionele intelligentie. Een hoge score op angstig gedrag in het algemeen gaat samen met een lagere score op de emotionele intelligentie. Tevens heeft de dimensie sociaal-angstig gedrag invloed op de emotionele intelligentie. Een hoge score op sociaal-angstig gedrag gaat samen met een lagere score op de emotionele intelligentie. Daarnaast beïnvloeden de dimensies angstig gedrag in het algemeen en angstig-depressief gedrag samen de emotionele intelligentie. Er is sprake van een negatief verband. De groep met kenmerken van angstig-depressief gedrag scoort gemiddeld hoger op de emotionele intelligentie.

De verwachting dat sekse en leeftijd invloed zouden hebben op de score van emotionele intelligentie voor wat betreft kenmerken van angst en depressie blijkt niet te kloppen. Er is geen significant verschil te zien in de resultaten van dit onderzoek. Uit een onderzoek uit de literatuurstudie bleek dat meisjes minder hoog scoorden op de emotionele intelligentie (Bender, Reinholdt-Dunne, Esbjørn, & Pons, 2012; Brackett, Mayer, & Warner, 2004). Uit andere onderzoeken in de literatuurstudie over sekse en emotionele intelligentie zijn geen eenduidige resultaten naar voren gekomen (Salguero, Extremera, & Fernández-Berrocal, 2012; Ciarrochi, Chan, & Bajgar, 2001; Slaski & Cartwright, 2002). De literatuur ondersteunt dat de emotionele intelligentie toeneemt met de leeftijd (Mayer, Salovey, Caruso, & Sitarenios, 2001). Tevens ondersteunt de literatuur dat in de leeftijd van 4 jaar tot en met 12 jaar een belangrijk stadium van de emotieregulatie wordt doorlopen, wat zorgt voor een verschil tussen de groepen van 4 jaar tot en met 12 jaar en van 13 jaar tot en met 18 jaar (Han

& Schaffer, 2012; Yap, Allen, & Sheeber, 2007). Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of leeftijd invloed heeft op de emotionele intelligentie voor wat betreft kenmerken van angst en depressie.

De verwachting dat gezinssamenstelling invloed zou hebben op de emotionele intelligentie voor wat betreft kenmerken van angst en depressie onder jeugdigen klopte niet. Er was geen significant verschil in de data te zien. De literatuur ondersteunt dat gezinssamenstelling wel degelijk een rol speelt voor kenmerken van angst en depressie (Dawson, 1991; Kellam, Ensminger, & Turner, 1977). Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of gezinssamenstelling invloed heeft op de emotionele intelligentie voor wat betreft kenmerken van angst en depressie.

5.1. Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek en praktijk

In het huidige onderzoek is de groep met kenmerken van angst en stemmingsverstoord gedrag niet groot genoeg, waardoor de groep met kenmerken van angst en depressie en de groep zonder kenmerken van angst en depressie niet in verhouding zijn. Een andere limitatie van dit onderzoek is dat er diagnoses zijn gesteld aan de hand van symptomen die ouders en kinderen hebben ingevuld bij de vragenlijst. Er is niet bekend of de kinderen daadwerkelijk gediagnosticeerd zijn. Daarnaast is een limitatie dat er vooral data is gebruikt uit het westen van Nederland. Eveneens is het onderzoek vrijblijvend, waardoor veel participanten de tweede keer de vragenlijst niet hebben ingevuld. Een andere limitatie van het onderzoek is dat nog onbekend is of de EIQ betrouwbaar is, omdat deze zich nog in een experimenteel stadium bevindt. Er is in dit onderzoek geen sprake van een voor- en een nameting. Tevens is het invullen van de vragenlijst een momentopname, waardoor de uitslag niet altijd even betrouwbaar is.

Een sterk punt van dit onderzoek is de waarborging van de privacy van de participanten. Daarnaast is een cross-sectioneel onderzoek een sterk punt, omdat er minder kans is dat er mensen stoppen met het onderzoek. De belasting voor participanten is laag, wat ook een sterk punt is van dit onderzoek. Daarnaast is dit onderzoek één van de eerste onderzoeken die de emotionele intelligentie in kaart brengt. Een ander sterk punt van het onderzoek is het aantal participanten dat geworven is ($N=422$). De power, de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek zijn hoger naarmate er meer participanten aan het onderzoek deelnemen (Moore, McCabe, & Craig, 2009).

De uitkomsten van het huidige onderzoek kunnen in de toekomst hulp bieden in de klinische praktijk. Het verschil in emotionele intelligentie tussen jongens en meisjes met

kenmerken en zonder kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag is niet zodanig groot dat er een verschillende aanpak toegepast moet worden. Tevens is het verschil in emotionele intelligentie tussen de leeftijdsgroepen en gezinssamenstelling van kinderen met en zonder kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag niet groot genoeg. De klinische praktijk dient echter wel rekening te houden met verschillen tussen kinderen met kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag en kinderen zonder kenmerken van angstig en depressief gedrag. Daarnaast dient er rekening gehouden te worden met verschillen tussen kinderen met kenmerken van angstig gedrag in het algemeen ten opzichte van kinderen zonder kenmerken van angstig gedrag in het algemeen. Hetzelfde geldt voor kinderen met kenmerken van sociaal-angstig gedrag. Met kinderen met kenmerken van angstig gedrag in het algemeen en kenmerken van angstig-depressief gedrag samen dient ook rekening gehouden te worden.

Bij toekomstig onderzoek dient er rekening gehouden te worden met de grootte van de groep met kenmerken van angst en depressie, zodat er een meer evenwichtige verdeling is. Verder zal toekomstig onderzoek door herhaling moeten vaststellen of de resultaten valide zijn en toe te passen zijn in de praktijk.

Literatuur

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*(1), 57-87.
- Axelson, D. A., & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety, 14*, 67–78.
- Bender, P.K, Reinholdt-Dunne, M.L., Esbjørn, B.H., & Pons, F. (2012). Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences. *Personality and individual differences, 53*(3), 284-288.
doi:10.1016/j.paid.2012.03.027
- Benjamin, R. S., Costello, E. J., & Warren, M. (1990). Anxiety disorders in a pediatric sample. *Journal of Anxiety Disorders, 4*, 293–316.
- Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine, 30*, 657-668.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J., & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*(11), 1427-1439.
- Boeting, M. A., Ferdinand, R. F., Barrett, P. M., & Dadds, M. R. (2002). Interventie- en preventieve programma's voor angst en depressie. *Kind en Adolescent, 23*(4), 300-312.
- Brackett, M.A., Mayer, J.D., & Warner, R.M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personal and Individual Differences, 36*(6), 1387-1402.
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., Shea, M. T., & Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1179-1187.
- Carroll, J. B. (1993). *Human cognitive abilities: A survey of factor-analytic studies*. New York, NY: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511571312

- Ciarrochi, J., Chan, A.Y.C., & Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 7, 1105-1119.
- Ciarrochi, J., Deane, F.P., & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32, 197-209.
- Cole, D.A., Truglio, R., & Peeke, L. (1997). Relation between symptoms of anxiety and depression in children: A multitrait-multimethod-multigroup assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 110-119.
- Compton, S. N., Nelson, A. H., & March, J. S. (2000). Social phobia and separation anxiety symptoms in community and clinical samples of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(8), 1040-1046.
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2004). Developmental epidemiology of anxiety disorders. In T. H. Ollendick & J. S. March (Eds.). *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pp. 61-91). New York: Oxford University Press.
- Côté, S. (2010). Taking the “intelligence” in emotional intelligence seriously. *Industrial and Organizational Psychology: Perspectives on Science and Practice*, 3, 127–130. doi:10.1111/j.1754-9434.2010.01211.x
- Côté, S., & Miners, C. (2006). Emotional intelligence, cognitive intelligence, and job performance. *Administrative Science Quarterly*, 51, 1–28.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., & Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 21-27.
- Dawson, D. A. (1991). Family Structure and Children's Health and Well-Being: Data from the 1988 National Health Interview Survey on Child Health. *Journal of Marriage and Family*, 53, 573-584.
- DeHart, G. B., Sroufe, L. A., & Cooper, R. G. (2004). *Child development: its nature and course*. Boston: McGraw-Hill.
- Donovan, C. L., & Spence, S. H. (2001). Anxiety Disorder in Children. *Elsevier Science Ltd*, 570-576.
- Fever, de, F. (2001). *Kinderen met een depressie: Handboek voor opvoeding en onderwijs*. Leuven: Accedo.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Thousand Oaks, CA: Sage

Publications Ltd.

- Francis, G., Last, C. G., & Strauss, C. C. (1992). Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *31*, 1086–1089.
- Freudenthaler, H. H., & Neubauer, A. C. (2005). Emotional intelligence: The convergent and discriminant validities of intra- and interpersonal emotional abilities. *Personality and Individual Differences*, *39*, 569-579. doi: 10.1016/j.paid.2005.02.004
- Garralda, M. E., & Bailey, D. (1986). Children with psychiatric disorders in primary care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *27*, 611-624.
- George, J. M. (2000). Emotions and Leadership: The role of emotional intelligence. *Human Relations*, *53*, 1027-1055. doi:10.1177/0018726700538001
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. London; Bloomsbury.
- Gross, J.J., & Munoz, R.F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *2*, 151–164.
- Gullone, E. (2000). The development of normal fear: a century of research. *Elsevier*, *20*(4), 429-451.
- Gullone, E., King, N. J., & Ollendick, T. H. (2001). Self-reported anxiety in children and adolescents: a three-year follow-up study. *The Journal of Genetic Psychology*, *162*, 5-19.
- Hammen, C. (2002). *Depression*. Hove: Psychology Press.
- Han, Z.R. & Shaffer, A. (2013). The relation of parental emotional dysregulation to children's psychopathology symptoms: The moderating role of child emotion dysregulation. *Child psychiatry and human development*, *44*, 591-601. doi:10.1007/s10578-012-0353-7
- Hay, D. F., Payne, A., & Chadwick, A. (2004). Peer relations in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*(1), 84-108.
- Kashani, J. H., & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 313–318.
- Kashani, J. H., Orvaschel, H., Rosenberg, T. K., & Reid, J. C. (1989). Psychopathology in a community sample of children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *28*, 701-706.
- Kellam, S. G., Ensminger, M. E., & Turner, R. J. (1977). Family structure and the mental health of children. Concurrent and longitudinal community-wide studies.

- Archives of General Psychiatry*, 34, 1012-1022.
- Kerig, P. K., & Wenar, C. (2006). *Developmental Psychopathology: From Infancy through Adolescence*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Klein, D. N., Dougherty, L. R., & Olino, T. M. (2005). Toward guidelines for evidence-based assessment of depression in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 412-432.
- Kroonenberg, P. M. (2006). *Data inspection for students*. Leiden, Nederland: Leiden University.
- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkage with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(2), 83-94.
- Lakdawalla, Z., Hankin, B. L., & Mermestein, R. (2007). Cognitive theories of depression in children and adolescents: A conceptual and quantitative review. *Clinical Child and Family Psychology*, 10, 1-24.
- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 31-35.
- Last, C. G., Strauss, C. C., & Francis, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 726-730.
- Legerstee, J. S., Garnefski, N., Jellesma, F., Verhulst, F. C., & Utens, E. M. W. J. (2010). Cognitive coping and childhood anxiety disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(2), 143-150.
- Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Mohlman, J., Shear, M. K., Dew, M. A., Schulz, R., Miller, M. D., Tracey, B., & Reynolds, C. F. (2005). Generalized anxiety disorder in late life. Lifetime course and comorbidity with major depressive disorder. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 77-80.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R., & Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 109-117.
- Lewinsohn, P. M., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Rohde, P., Gotlib, I. H., & Hops, H., (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 302-315.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1995). Adolescent psychopathology. III. The clinical consequences of comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 510-519.

- Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Rohde, P. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 7, 765–794.
- Lilienfeld, S. O., Waldman, L. D., & Israel, A. C. (1994). Critical examination of the use of the term and concept of comorbidity in psychopathology research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 71-83.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3–34). New York, NY: Basic Books.
- Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D.R., & Sitarenios, G. (2001). Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 1, 232-242.
- Mikhailova, E.S., Vladimirova, T.V., Iznak, A.F., Tsusulkovskaya, E.J., & Sushko, N.V. (1996). Abnormal recognition of facial expression of emotions in depressed patients with major depression disorder and schizotypal personality disorder. *Biological Psychiatry*, 8, 697-705.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review Psychology*, 49, 377-412.
- Moore, D. S, McCabe, G. P., & Craig, B. A. (2009). *Introduction to the practice of statistics*. New York, NY: W.H. Freeman and Company.
- Moutier, C. Y., & Stein, M. B. (1999). The history, epidemiology, and diagnosis of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 4-8.
- Muris, P., Dreessen, L., Bögels, S., Weckx, M., & Van Melick, M. (2004). A questionnaire for screening a broad range of DSM-defined anxiety disorder symptoms in clinically referred children and adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(4), 813-820.
- Nederlands Jeugd Instituut (z.j. a). Risicofactoren. Geraadpleegd op <http://www.nji.nl/Angststoornissen-Probleemschets-Risicofactoren>
- Nederlands Jeugd Instituut (z.j. b). Wat werkt?. Geraadpleegd op <http://www.nji.nl/Angststoornissen-Praktijk-Wat-werkt>
- Nederlands Jeugd Instituut (z.j. c). Risicofactoren. Geraadpleegd op <http://www.nji.nl/Depressie-Probleemschets-Risicofactoren>
- Nederlands Jeugd Instituut (z.j. d). Wat werkt?. Geraadpleegd op <http://www.nji.nl/Depressie-Praktijk-Wat-werkt>

- Nijboer, J. M. (2009). *Symptoms of Distress and Imbalance in Children: A Study About the Effects of Individual and Environmental Factors on Symptoms of Distress and Imbalance in Children*. Groningen: University of Groningen.
- Nolen-Hoeksema, S. & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, *115*, 424-443.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, *10*, 173-176.
- Nolidin, K., Downey, L.A., Hansen, K., Schweitzer, I., & Stough, C. (2013). Associations Between Social Anxiety and Emotional Intelligence Within Clinically Depressed Patients. *Psychiatr Q*, *84*, 513-521.
- Pigott, T. A. (1999). Gender differences in the epidemiology and treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, *60*, 4-15.
- Rigter, J. (2002). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Coutinho.
- Rush, A. J., Zimmerman, M., Wisniewski, S. R., Fava, M., Hollon, S. D., Warden, D., Biggs, M. M., Shores-Wilson, K., Shelton, R. C., Luther, J. F., Thomas, B., & Trivedi, M. H. (2005). Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: demographic and clinical features. *Journal of Affective Disorders*, *87*, 43-55.
- Saklofske, D.H., Austin, E.J., & Minski, P.S. (2003). Factor structure and validity of a trait emotional intelligence measure. *Personality and Individual Differences*, *4*, 707-721.
- Salguero, J.M., Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2012). Emotional intelligence and depression: The moderator role of gender. *Personality and Individual Differences*, *53*, 29-32.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, *9*, 185-211.
- Sartorius, N., Ustun, T. B., & Lecrubier, Y. (1996). Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on « Psychological disorders in primary health care ». *British Journal of Psychiatry*, *168*, 38-43.
- Schepman, K., Taylor, E., Collishaw, S., & Fombonne, E. (2011). Face Emotion Processing in Depressed Children and Adolescents with and without Comorbid Conduct Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *40*, 583-593.
- Scholte, E. M. (2008). *Meervoudig Effectief. Een verhandeling over orthopedagogiek, jeugdzorg en speciaal onderwijs*. Leiden: Universiteit Leiden.
- Scholte, E. M., Duijn, G. van., Dijkxhoorn, Y., Noens, I., & Berckelaer-Onnes, I. A. van.

- (2008). *Vineland Screener 0-6 jaar, handleiding*. Leiden, Nederland: Pits B.V.
- Scholte, E. M., & Ploeg, J. D. van der (2005). *SEV. Sociaal-Emotionele Vragenlijst*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Scholte, E. M., & Van der Ploeg, J. D. (2013). *Handleiding Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Scholte, E. M., & Van der Ploeg, J. D. (2013). *Vragenlijst Emotioneel Intelligentie Quotiënt (EIQ) – informantenversie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., Deeg, J. D. H., Hooijer, C., Jonker, C., & van Tilburg, W. (2003). The natural history of late-life depression: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Affective Disorders*, *76*, 5-14.
- Schoevers, R. A., Deeg, J. D. H., van Tilburg, W., & Beekman, A. T. F. (2005). Depression and generalized anxiety disorder. Co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *13*, 31-9.
- Slaski, M., & Cartwright, S. (2002). Health, performance and emotional intelligence: an exploratory study of retail managers. *Stress and Health*, *18*, 63-68.
- Slot, N. W., & Spanjaard, H. J. M. (2009). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg*. Baarn: HB uitgevers.
- Strauss, C. C., Frame, C. L., & Forehand, R. (1987). Psychosocial impairment associated with anxiety in children. *Journal of Clinical Child Psychology*, *16*, 235-239.
- Strauss, C. C., & Last, C. G. (1993). Social and simple phobias in children. *Journal of Anxiety Disorders*, *7*, 141-152.
- Strauss, C. C., Last, C. G., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1988). Association between anxiety and depression in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *16*, 57-68.
- Stordal, E., Bjelland, I., Dahl, A. A., & Mykletun, A. (2003). Anxiety and depression in individuals with somatic health problems. The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *21*, 136-41.
- Sucheta, D., Connolly, M. D., Gail, A., Bernstein, M. D., & the Work Group on Quality Issues (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*, 267-283.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion Dysregulation in Generalized Anxiety Disorder: A Comparison with

- Social Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 89-106.
doi:10.1007/s10608-005-1651-1
- Van der Ploeg, J. D., & Scholte, E. M. (2013). *Handleiding Vragenlijst Psychosociale Vaardigheden (VPV)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van der Stoep, A., Weiss, N.S., McKnight, B., Beresford, S. A.A., & Cohen, P. (2002). Which measure of adolescent psychiatric disorder – diagnosis, number of symptoms, or adaptive functioning – best predicts adverse young adult outcomes? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 56-65.
- Verheij, F., Verhulst, F. C., & Ferdinand, R. F. (2007). *Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Behandeling en begeleiding*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Verhulst, F. C., Van der Ende, J., Ferdinand, R. F., & Kasisus, M. C. (1997). The prevalence of DSM- III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-336.
- Viken, A. (1985). Psychiatric epidemiology in a sample of 1,510 tenyear-old children. 1: Prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 55-75.
- Walters, K. S., & Inderbitzen, H. M. (1998). Social Anxiety and Peer Relations Among Adolescents: Testing a Psychobiological Model. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(3), 183-198.
- Weissman, M. M., & Olfson, M. (1995). Depression in women: Implications for health care research. *Science* 269, 799–801.
- Weissman, M. M., Livingston, B. M., & Leaf, P. J. (1991). Affective Disorders. In L. N. Robins, D. A. Regier, (Eds.). *Psychiatric Disorders in America* (pp. 53-80). Free Press, New York.
- Westenberg, P.M., Drewes, M.J., Goedhart, A.W., Siebeling, B.M., & Treffers, Ph.D.A. (2004). A developmental analysis of self-reported fears in late childhood through mid adolescence: social-evaluative fears on the rise? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 481-495.
- Wit, de, C. A. M. (2000). *Depressie bij kinderen en adolescenten. Theorie en onderzoek, diagnostiek en behandeling*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wolk, S. I., & Weissman, M. M. (1995). Women and depression: an update. In J.M. Oldham, M. B. Riba (Eds.). *Review of Psychiatry. Vol 14* (pp. 227-259). American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- Yap, M.B.H., Allen, N.B., & Ladouceur, C.D. (2008). Maternal socialization of positive affect: the impact of invalidation on adolescent emotion regulation and

depressive symptomatology. *Child development*, 79, 1415-1431.

Bijlage 1

Verdeling van kinderen met kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag en kinderen zonder kenmerken van angstig en stemmingsverstoord gedrag naar sekse en leeftijd.

Afhankelijke variabele: Emotionele intelligentie.

Angstig en stemmingsverstoord gedrag	Leeftijd	Sekse	<i>M</i>	<i>N</i>	Percentage
Geen kenmerken	4 t/m 12 jaar	Man	151.70	139	33.9%
		Vrouw	159.53	101	24.6%
		Total	155.00	240	58.5%
	13 t/m 18 jaar	Man	158.46	63	15.4%
		Vrouw	170.51	68	16.6%
		Total	164.72	131	32%
	Total	Man	153.81	202	49.3%
		Vrouw	163.95	169	41.2%
		Total	158.43	371	90.5%
Wel kenmerken	4 t/m 12 jaar	Man	114.44	16	3.9%
		Vrouw	116.58	12	2.9%
		Total	115.36	28	6.8%
	13 t/m 18 jaar	Man	109.80	5	1.2%
		Vrouw	116.50	6	1.5%
		Total	113.45	11	2.7%
	Total	Man	113.33	21	5.1%
		Vrouw	116.56	18	4.4%
		Total	114.82	39	9.5%
Totaal	4 t/m 12 jaar	Man	147.85	155	37.8%
		Vrouw	154.97	113	27.6%
		Total	150.85	268	65.4%
	13 t/m 18 jaar	Man	154.88	68	16.6%
		Vrouw	166.14	74	18%
		Total	160.75	142	34.6%
	Total	Man	150.00	223	54.4%
		Vrouw	159.39	187	45.6%
		Total	154.28	410	100%