

2013



Universiteit Leiden

Frustratietolerantie en copingstrategieën

De invloed van frustratietolerantie op copingstrategieën van jongens met een disruptieve gedragsstoornis

Student: Laura van Dijk
Studentnummer: 1154400
Onderwerp: Masterthesis Orthopedagogiek
Instituut: Universiteit Leiden - faculteit Sociale Wetenschappen
Differentiatie: Orthopedagogiek
Begeleider: Mw. Dr. S. van Rijn
Tweede beoordelaar: Mw. J. Schoorl MSc
Datum: oktober 2013

Voorwoord

Het laatste onderdeel van mijn master Orthopedagogiek is het schrijven van mijn masterthesis. Het masterproject wat bij mij interesse wekte, was het project van mevrouw dr. S. van Rijn: Agressie beter beheersen. Dit onderwerp sloot aan bij mijn interesse omdat ik nu voornamelijk aan het werk ben met kinderen met autisme en mij graag breder wilde oriënteren. Hierdoor wilde ik mij richten op de onderzoeksgroep (Disruptive Behavior Disorders) met mogelijke agressie. Door actief de onderzoeksgroep te onderzoeken in de schoolsetting heb ik kennis mogen maken met deze, voor mij, nieuwe doelgroep. Het was een leerzame periode en mijn interesse naar de frustratietolerantie van deze onderzoeksgroep groeide. Vandaar dat het onderwerp van mijn masterthesis betrekking heeft op de frustratietolerantie van deze kinderen. Door de feedback van dr. S. van Rijn heb ik mijn masterthesis tot een goed eind kunnen brengen waar ik trots op ben. Ook wil ik mijn omgeving, met name mijn vriend Maarten, bedanken voor de steun en het vertrouwen dat hij in mij heeft gehad tijdens het schrijven van mijn masterthesis.

Laura van Dijk

oktober, 2013

Inhoudsopgave

<u>1. Abstract</u>	4
<u>2. Inleiding</u>	5
2.1. Centrale vraagstelling en deelvragen	10
<u>3. Methode</u>	11
3.1. Onderzoeksgroep	11
3.2. Procedure	11
3.3. Meetinstrumenten	12
3.4. Data-analyse	14
<u>4. Resultaten</u>	15
4.1. Data inspectie	15
4.2. Analyses	15
<u>5. Discussie</u>	22
<u>Referenties</u>	27
<u>Bijlagen</u>	
1. Beschrijving numerieke variabelen	32

1. Abstract

This study attempted to investigate the influence of frustration tolerance on the coping strategies of boys with disruptive behavior disorders (DBD). The participants were recruited in regular and special primary schools in the Netherlands. Forty-one children with DBD were compared with a control group of thirty-eight children. The frustration tolerance is measured by using the 'Amsterdamse Neuropsychologische Taken; Delay Frustration' (ANT-DF). The coping strategy is measured by using questionnaires. To determine the emotion regulation, the 'Cognitive Emotion Regulation Questionnaire' (CERQ) is used. The coping strategies are analyzed by using the 'Behavioral Anger Response Questionnaire' (BARQ). Results show that boys with DBD do not differ in frustration tolerance compared to the control group. The effect of negative feedback results in more frustration for both groups. There is a difference between the DBD and control group in using the strategies 'avoidance' and 'diffusion'. Boys with DBD use less often these strategies compared with the control group. In addition, they do not avoid the stress situation but seek more often confrontation. Also, they focus on their anger. The DBD group is split into boys with a low frustration tolerance and boys with a high frustration tolerance because there was no difference between the DBD group and the control group. Of all strategies, DBD boys with a low frustration tolerance only use less often an avoidance coping strategy compared with the control group. Based on this study, it can be concluded that boys with DBD use other coping strategies compared with the control group. Specially boys with a low frustration tolerance, avoid stress situations less often and seek confrontation.

2. Inleiding

Het aantal moeilijk opvoedbare kinderen op de basisschool groeit sterk volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 2011). De toename aan kennis van diagnostiek leidt ertoe dat gedragsproblemen hedendaags eerder worden onderkend (CBS, 2011). Indien een kind langdurig een patroon van oppositionele, antisociale of agressieve gedragingen laat zien, welke het functioneren van het kind belemmert, kan er sprake zijn van een 'Disruptive Behavior Disorder', ook wel disruptieve gedragsstoornis genoemd (Landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2013; American Psychiatric Association, 2000). Disruptive Behavior Disorders (DBD) zijn psychiatrische gedragsstoornissen die externaliserend van aard zijn, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen Oppositioneel Opstandige Gedragsstoornis (ODD), Antisociale Gedragsstoornis (CD) en agressief gedrag (Matthys, 2007; Došen, 2010). Bij kinderen en jongeren in Nederland is de prevalentie van ODD 3.2 procent en van CD 2 procent (Lahey, Miller, Gordon & Riley, 1999). ODD is vaak comorbide met CD (Lahey et al., 1999). DBD wordt gekenmerkt door langere tijd herhaaldelijk tegendraads, antisociaal of agressieve gedragingen (Matthys, 2007). ODD kenmerkt zich door het verzetten tegen leiding of volwassenen, wat leidt tot ongehoorzaamheid, vijandig en negativistisch gedrag (APA, 2000; Verhulst & Verheij, 2002). Er wordt gesproken van CD wanneer fundamentele rechten van anderen geweld wordt aangedaan of sociale normen en regels worden overtreden (APA, 2000; Verhulst & Verheij, 2002). Gedrag is agressief als met opzet schade wordt toegebracht aan een andere persoon of aan een voorwerp, waarbij het fysiek, verbaal of relationeel van aard kan zijn (Matthys, 2007). Kinderen met DBD vertonen problematiek die kan leiden tot negatieve uitkomsten op latere leeftijd, zoals een verhoogde kans op delinquentie, stemmingsstoornissen, psychiatrische stoornissen in de adolescentie, middelenmisbruik en sociaal disfunctioneren op het werk en in het gezin (Matthys, 2007; Kazdin, 1995).

Agressie kan onderverdeeld worden in reactieve en proactieve agressie. Reactieve agressie kan gedefinieerd worden als een impulsieve reactie op een waargenomen dreiging of prikkel, wat duidt op een mogelijk tekort in inhibitiecontrole (Kempes, Matthys, De Vries, Van Engeland, 2005). Dit gaat vaak gepaard met een verminderde zelfcontrole, woede-uitbarstingen en een hoog niveau van opwinding (Vitaro, Brendgen & Tremblay, 2002). Vitaro en collega's (2002) veronderstellen dat reactieve agressie gedreven wordt door gevoelens van vrees, frustratie of woede ten gevolge van een vijandige intentietoekenning aan

de situatie. Dit zou ook benoemd kunnen worden als frustratietolerantie aangezien verondersteld wordt dat deze reactie gedreven wordt door emoties (Vitaro et al., 2002). Reactieve agressie wordt in verband gebracht met de frustratietheorie van Berkowitz (1983, in Kempes et al., 2005). De frustratietheorie stelt dat agressie beschouwd kan worden als een vijandige of boze prikkel op een waargenomen frustratie waarbij gevoelens van woede of bedreiging factoren kunnen zijn die aanzetten tot een agressieve uiting (Kempes et al., 2005). Indien er sprake is van een lage frustratietolerantie, wat eerder leidt tot impulsieve reacties, zouden er dus mogelijk problemen kunnen zijn met de inhibitiecontrole. Raaijmakers en anderen (2008) vinden dan ook een relatie tussen agressief gedrag en tekorten in inhibitie. Proactieve agressie is een doelgerichte handeling om een voorwerp te verkrijgen of anderen te domineren (Vitaro et al., 2002).

DBD wordt ook geassocieerd met cognitieve tekorten, waaronder in de executieve functies (EF) (Huijbregts, Warren, De Sonnevile & Swaab-Barneveld, 2007; Raaijmakers et al., 2008). EF zijn complexe cognitieve processen die voor zelfbeheersing, zelfregulatie en doelgerichte handelingen zorgen (Barkley, 1996; Ellis, Weiss & Lochman, 2009; Denckla, 1994; Lezak, 1983; Pennington & Ozonoff, 1996; Torgesen, 1994). EF zorgen dus voor het reguleren van gedrag. Executieve disfuncties kunnen onder andere leiden tot agressieve uitingen of onaangepast gedrag. EF kunnen verdeeld worden in verschillende domeinen en functies, namelijk inhibitie, werkgeheugen en cognitieve flexibiliteit (Garon & Smith, 2008). Kinderen waarbij sprake is van een DBD en een hoog niveau van agressief gedrag, vertonen voornamelijk problemen met inhibitie (Huijbregts et al., 2007; Barkley, 1996; Ellis et al., 2009). Inhibitie kan gedefinieerd worden als het vermogen om remming te geven aan een respons (Barkley, 1996). Inhibitieprocessen worden al vanaf jongs af aan ontwikkeld (Garon et al., 2008; Smidts, 2003). Onderzoeken van onder andere Berlin en Bohlin (2002), Garon en collega's (2008) en McCabe en BrooksGunn (2007) hebben aangetoond dat inhibitie verbetert naarmate kinderen ouder worden. Executief disfunctioneren, bijvoorbeeld zwakke inhibitie bij kinderen met DBD, kan ertoe leiden dat zij verminderde remming kunnen geven aan een respons en minder adaptieve vaardigheden laten zien wanneer zij een respons moeten geven (Oosterlaan, Logan & Sergeant, 1998; Ellis et al., 2009). Dit uit zich in verstoringen van de zelfbeheersing en doelgericht gedrag (Oosterlaan et al., 1998). Hierdoor wordt de regulatie van gedrag en emoties verstoord, wat zich kan uiten in frustratie of agressie (Garnefski, Rieffe, Meerum Terwogt, Jellesma & Kraaij, 2007; Röhl, Koglin & Petermann, 2012). Vanuit verschillende onderzoeken is bekend dat verstoringen in zelfregulatie of zelfbeheersing van

kinderen een risicofactor vormen voor het vertonen van agressief gedrag (Garnefski et al., 2006; Röll et al., 2012; Ellis et al., 2009). Morgan en Lilienfeld (2000) hebben in een uitgebreid metaonderzoek aangetoond dat kinderen met DBD tekorten in inhibitiecontrole laten zien. Echter blijkt bij andere onderzoeken dat vooral comorbiditeit met ADHD een belangrijke factor is in een tekort in inhibitie (Berlin & Bohin, 2002; Kooijmans, Scheres, & Oosterlaan, 2000; Oosterlaan, Scheres & Sergeant, 2005). Deze bevindingen worden weerlegd door andere studies waarin een relatie wordt aangetoond tussen agressief gedrag en tekorten in executief functioneren, ongeacht of er sprake was van ADHD (Raaijmakers et al., 2008). Dit wordt ondersteund door een meta-analyse van Oosterlaan en anderen (1998) waaruit blijkt dat een tekort in de responsinhibitie bij kinderen van zes tot twaalf jaar niet alleen voorkomt bij ADHD, maar ook indien er sprake is van CD.

Executief functioneren kan bovendien uitgesplitst worden naar 'hot' EF wanneer deze betrokken zijn bij emotionele processen en in situaties waarbij motivatie en affect een rol spelen (Zelazo & Müller, 2002). Hierbij kan gedacht worden aan uitstel van bevrediging of een vertraagde respons, waardoor emotionele processen aangewakkerd worden, zoals het opwekken van frustratie. Problemen met de inhibitiecontrole kan leiden tot een mindere controle over het gedrag dat geuit wordt en problemen in de emotieregulatie. De emotieregulatie is het vermogen van iemand om emoties te transformeren of een copingstrategie in te zetten om hiermee om te gaan (Garnefski et al., 2007). Een copingstijl of -strategie kan gedefinieerd worden als de manier waarop kinderen hun emoties reguleren (Losoya, Eisenberg & Fabes, 1998). De problemen in emotieregulatie komen voornamelijk voor indien er sprake is van hot EF omdat dit betrokken is bij emotionele processen. Emotionele disregulatie betekent dat er een respons wordt gegeven die aan de volgende eigenschappen voldoet: emoties worden niet goed verdragen, emoties interfereren met het juiste gedrag, emoties die geuit worden zijn niet gepast in de context of emoties veranderen te abrupt of te langzaam (Röll et al., 2012). De emotieregulatie kan het psychosociaal functioneren bij kinderen voorspellen (Röll et al., 2012). Een onderdeel van de emotieregulatie is dan ook inhibitie (Eisenberg & Spinrad, 2004). De regulatie van emoties zijn belangrijk in het leven van mensen om op stressvolle gebeurtenissen adequaat te kunnen reageren. Een verstoring van deze regulatie kan zorgen voor onaangepaste reacties in de context of onaangepast gedrag (Garnefski et al., 2007; Röll et al., 2012). Indien er sprake is van inhibitieproblemen, kan er minder remming gegeven worden aan een respons waardoor er eerder frustratie opgewekt wordt. Blair (2010) stelt dat individuen waarbij sprake is van

psychopathologie een verhoogd risico hebben op frustratie. Dit zou kunnen betekenen dat er sprake is van een verhoogd risico op een lagere frustratietolerantie bij individuen met psychopathologie. Overigens blijkt uit onderzoek van Bitsakoua, Antrop, Wiersemab en Sonuga-Barke (2006) dat jeugdigen met ADHD een vertraagde tolerantie minder goed kunnen verwerken en eerder reageren dan jeugdigen zonder ADHD. Dit onderzoek is uitgevoerd onder jeugdigen waardoor het mogelijk anders kan zijn voor kinderen. Daarnaast hebben Dodge en Tomlin (1987) aangetoond dat agressieve kinderen situaties eerder negatief beoordelen en sneller tot agressieve uitingen komen. De frustratietheorie benadrukt dat er sprake is van gevoelens van woede of bijvoorbeeld bedreiging, wat aanzetting geeft tot agressieve uitingen (Kempes et al., 2005). Aangezien agressieve kinderen sneller tot deze uitingen komen, zou er sprake kunnen zijn van een lagere frustratietolerantie (Huijbrechts et al., 2007). Kinderen met DBD hebben moeite met de inhibitiecontrole, wat van invloed is op de emotieregulatie en gedragsuitingen (Huijbregts et al., 2007; Barkley, 1996; Garnefski et al., 2007; Röhl et al., 2012). Door een executief disfunctioneren, met name een zwakke 'hot' EF bij kinderen met DBD, wordt verwacht dat de frustratietolerantie bij kinderen met DBD lager is, evenals bij jeugdigen met psychopathologie, dan bij kinderen zonder diagnose. Kinderen waarbij de frustratietolerantie lager ligt, hebben meer moeite om een respons te onderdrukken en tonen moeite met het reguleren van hun emoties en gedrag en zullen eerder externaliserend gedrag vertonen (Huijbregts et al., 2007; Garnefski et al., 2007; Dodge & Tomlin, 1987; Ha, Sharp & Goodyer, 2011; Happe & Frith, 1996).

Eveneens is de emotieregulatie, oftewel de 'hot' EF, een belangrijk onderdeel voor het hanteren van een copingstijl. Coping kan onderverdeeld worden in 'approach' en 'avoidance' coping (Griffith, Dubow & Ippolito, 2000). Approach coping kan gedefinieerd worden als het willen veranderen van de (stress)situatie en avoidance coping als het vermijden van de situatie. Daarnaast kan er sprake zijn van actieve coping, waarbij de coping gericht is op het oplossen van problemen, en passieve coping waarbij er sprake is van het verminderen van stress die de situatie met zich meebrengt (Clarke, 2006). Passieve coping uit zich onder andere in het vermijden van de situatie (Clarke, 2006). De manier van reageren is een expressie van de stijl die het kind hanteert, wat zijn opwindingsniveau kan reflecteren (Losoya et al., 1998). Op de leeftijd van ongeveer acht jaar oud hebben de meeste kinderen een cognitieve basis gecreëerd voor het omgaan met deze gebeurtenissen (Garnefski et al., 2007). Omdat DBD wordt gekenmerkt door onaangepaste gedragingen in de context en externaliserende problemen (APA, 2000), kan dit wijzen op een verstoring van de

emotieregulatie, waarbij zij ook een andere copingstrategie hanteren dan kinderen zonder DBD. Het bovenstaande samenvattend, kan coping omschreven worden als de wijze waarop de emoties gereguleerd worden, waarbij cognitieve vaardigheden als 'hot' EF en inhibitie een belangrijke rol spelen.

Gezien de vaak zwak ontwikkelde 'hot' EF en inhibitie, en daarmee ook zwakke emotieregulatie, bij kinderen met DBD, is het belangrijk om coping te onderzoeken bij kinderen met DBD. Hierbij is het met name interessant om te bepalen in hoeverre copingvaardigheden samenhangen met 'hot' EF zoals frustratietolerantie. Indien kinderen met DBD bepaald gedrag vaker laten zien, kan dat gelden als indicator voor behandeling. Dit kan een reden zijn om alert te zijn op dat gedrag. Actieve coping zou leiden tot minder externaliserende problemen (Clarke, 2006). Het gebruik van ontwijkende copingstrategieën en negatieve reactieve strategieën worden geassocieerd met meer gedragsproblemen (Recklitis & Noam, 1999). Er wordt verwacht dat kinderen met DBD een andere (minder adequate) copingstrategie of -stijl hanteren dan kinderen zonder diagnose. Doordat er sprake zou zijn van een zwak ontwikkelde 'hot' EF en daarbij ook een zwakke emotieregulatie bij kinderen met DBD, zouden zij minder adequate reacties tonen (Oosterlaan et al., 2008; Clark, Prior & Kinsella et al., 2002). Verwacht wordt dan ook dat kinderen met DBD een andere copingstrategie toepassen dan kinderen zonder DBD. Oosterlaan en collega's (2008) stellen dat deze manier zichtbaar is door verscheidene externaliserende gedragingen zoals woede, frustratie en verstoringen in de zelfbeheersing. Voornamelijk in situaties wanneer er omgegaan moet worden met negatieve ervaringen of boosheid wordt verwacht dat zij een andere (negatieve) copingstrategie hanteren ten opzichte van kinderen zonder DBD. De invloed van de mate van frustratietolerantie op de copingstrategie of -stijl die wordt ingezet is weinig onderzocht.

Kortom, de resultaten van dit onderzoek kunnen leiden tot inzicht in de mate van frustratietolerantie bij kinderen met DBD. Daarnaast wordt er inzicht verkregen in de emotieregulatie en coping die zij toepassen bij negatieve gebeurtenissen en het omgaan met boosheid. Hierdoor zou het kunnen dat er neurologisch gezien bepaald gedrag meer voorkomt bij de DBD-groep. Dit kan als indicator gelden voor eventuele behandeling of interventies. Dit vraagt om alertheid indien dat gedrag voorkomt. Een effectieve copingstrategie kan leiden tot minder externaliserende gedragsproblemen (Clarke, 2006), waardoor het belangrijk is om te onderzoeken of kinderen met DBD ook daadwerkelijk een ineffectieve strategie hanteren in het dagelijkse leven. Indien nodig kan er tijdens een behandeling aandacht geschonken

worden aan het hanteren van andere copingstrategieën. Daarnaast is het gedrag dat kinderen met DBD vertonen beter te interpreteren. Het is dus van belang om voor een behandeling te weten of kinderen met DBD een lagere frustratietolerantie bezitten en eventuele ineffektieve copingstrategieën hanteren. Hierdoor komt er ook meer informatie beschikbaar over het functioneren van kinderen met DBD in de praktijk.

2.1. Centrale vraagstelling en deelvragen

In dit onderzoek wordt getracht antwoord te geven op de vraag ‘Welke invloed heeft de frustratietolerantie bij jongens met een disruptieve gedragsstoornis op de ingezette copingstrategieën? Om deze centrale vraagstelling te beantwoorden, zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Is er een verschil in de mate van frustratietolerantie tussen jongens met een gedragsprobleem (DBD) en jongens zonder een gedragsprobleem?
2. Is er een verschil in de (toegepaste) copingstrategieën tussen jongens met een gedragsprobleem (DBD) en jongens zonder gedragsprobleem?
3. In hoeverre bestaat er een relatie tussen de mate van frustratietolerantie en de copingstrategieën die gebruikt worden?

3. Methode

3.1. Onderzoeksgroep

Dit onderzoek is een onderdeel van een groter langdurig onderzoek naar jongens met DBD en de invloed van de PMTO behandeling aan ouders, uitgevoerd door de afdeling Orthopedagogiek van de Universiteit Leiden. De onderzoeksgroep bestond uit een klinische groep met een DBD diagnose (ODD, CD en/of agressief gedrag) en een groep gezonde controles zonder diagnose. Naar aanleiding van de onderzoeksdag en vragenlijsten en interviews met de ouders van het kind, is duidelijkheid verschaft of diegene aan de criteria voor DBD voldeed. De klinische groep is vanuit het speciaal onderwijs (SO) of cluster 4 scholen en reguliere scholen benaderd en de controle groep via verschillende reguliere scholen. In de huidige onderzoeksgroep zijn alleen kinderen opgenomen met de diagnose DBD en de controlegroep. De participanten die meegenomen zijn in dit onderzoek hebben alle metingen voltooid welke noodzakelijk waren om deze analyses uit te voeren. Overige participanten zijn verwijderd uit de dataset. De uiteindelijke verdeling voor dit onderzoek bestaat uit een DBD groep van 41 jongens met een M_{leeftijd} van 10.86 jaar, $SD= 2.75$ en een controlegroep bestaande uit 38 jongens met een M_{leeftijd} van 10.97 jaar, $SD= 1.34$.

3.2. Procedure

De participanten voor het onderzoek zijn benaderd via hun eigen school. Het betrof scholen uit het speciaal onderwijs (cluster 4/ZMOK), maar ook reguliere basisscholen. De directie van de school is benaderd door de onderzoekers van de Universiteit Leiden, waarbij informatie gegeven werd over het onderzoek. De directie is gevraagd of er contact opgenomen mag worden met de leerkrachten binnen de school. De leerkrachten zetten het contact tussen de onderzoekers vanuit Universiteit Leiden en de ouders van de kinderen in gang. De leerkrachten ontvangen een informatiebrief over het onderzoek, die zij uitdelen aan de leerlingen. Hierbij is meteen een retourenvelop aanwezig, zodat ouders het kosteloos terug kunnen sturen naar de Universiteit Leiden. Ouders kunnen in het antwoordstrookje van de informatiebrief aangeven of zij toestemming geven dat de onderzoekers vanuit Leiden contact met hen opnemen om meer informatie te verschaffen over het onderzoek. Indien gewenst wordt er meer gedetailleerde informatie gegeven over het onderzoek en wordt een uitgebreide brief toegestuurd waarin ook de PMTO behandeling toegelicht staat. Op de onderzoeksdag wordt onderzocht of de participant aan de criteria van DBD voldoet of niet. De controlegroep

in dit onderzoek bestaat uit kinderen die op dezelfde wijze als hierboven benaderd zijn, echter alleen niet aan de criteria voldoen voor DBD. Voorafgaand aan het onderzoek hebben de participanten na uitgebreide toelichting van het onderzoek, zowel schriftelijk als mondeling, een toestemmingsverklaring getekend voor deelname aan het onderzoek. Aangezien de onderzoeksgroep jongens betreft niet ouder dan 12 jaar, hebben alleen de ouders ondertekend voor deelname.

De afname van het onderzoek heeft 4 verschillende meetmomenten gehad. Allereerst is er fysiologisch en psychologisch onderzoek uitgevoerd door ervaren onderzoekers van de Universiteit Leiden. Alle kinderen, zowel de klinische groep als de controle groep, werden op de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Leiden getest. De testruimte was beschikbaar in het Ambulatorium van de Universiteit Leiden. Deze testdag betrof een hele dag, waarbij er in het ochtenddeel fysiologische reacties zijn gemeten en het tweede deel psychologische reacties. Ook zijn er vragenlijsten ingevuld door de onderzochte. In een andere onderzoeksruijme werden verschillende vragenlijsten en een interview afgenomen bij de ouder van de onderzochte. De participanten kregen een waardebon en een cadeautje voor deelname. Ongeveer een week later is er op de basisschool van de onderzochte een cognitiesessie afgenomen en een half jaar later nog eens. De eerste cognitiesessie bedroeg ongeveer drie uur en vond plaats onder schooltijd. De tweede cognitiesessie bedroeg ongeveer anderhalf uur en vond ook plaats onder schooltijd. De leerkrachten van de onderzochten hebben ook verschillende vragenlijsten ingevuld. Tot slot is er nog een nameting die een jaar na de onderzoeksdag op de Universiteit Leiden plaatsvindt, waarvoor geen direct contact meer nodig is.

3.3. Meetinstrumenten

Frustratietolerantie

De frustratietolerantie van zowel de klinische groep als de controlegroep is gemeten met behulp van een test van de Amsterdamse Neuropsychologische Taken (ANT) (Sonneville, 2010). Het onderdeel dat de executieve functies weergeeft en dan vooral de frustratietolerantie is Delay Frustration (Huijbregts et. al., 2007). Frustratietolerantie is geoperationaliseerd als het aantal keer dat een muisknop wordt ingedrukt en de gemiddelde duur daarvan tijdens een serie onvoorspelbare vertragsperiodes die de voortgang van een eenvoudige reactietijdtaak onderbreken. Het aantal keer klikken op de muisknop en de gemiddelde duur daarvan gelden als afhankelijke variabelen en het type groep (DBD of controle) als onafhankelijke variabele.

De test bestaat uit vijfenvijftig trials, waarbij er zevenendertig trials zijn waarbij er na duizend milliseconden na de respons de volgende stimuli verschijnt. De eerste tien trials zijn op deze manier gepresenteerd, waarna de overige zevenentwintig trials random gemixt zijn met acht trials waarbij de duur varieert tussen twee en negen seconden en tien trials met een vaste duur van zestien seconden. Deze test wordt nogmaals afgenomen bij de onderzochte maar nu met behulp van een soort wedstrijd. De onderzochte krijgt een filmpje te zien dat zijn tegenspeler meekijkt. Vervolgens krijgt de onderzochte negatieve feedback van zijn tegenspeler op zijn prestaties, waardoor er geprobeerd wordt meer frustratie op te wekken. Door beide afnamen mee te nemen in de analyses kunnen eventuele interactie effecten onderzocht worden en de mate van beïnvloeding door de negatieve feedback van de tegenstander. Hierbij is dus de factor 'tijd', welke meting 1 en meting 2 beslaat, meegenomen als onafhankelijke variabele. Hierdoor wordt er inzicht verkregen in de frustratietolerantie.

Copingstrategieën

Om de copingstrategieën van de participant te meten op het gebied van omgaan met boosheid, wordt gebruikt gemaakt van de gestandaardiseerde vragenlijst met normgegevens vanaf negen jaar, namelijk Behavioral Anger Response Questionnaire (BARQ) (Miers, Rieffe, Meerum Terwogt, Cowan & Linden, 2007). Deze vragenlijst bevat vierenzeventig items, verdeeld met ongeveer zes tot negen items per schaal. De schalen zijn onderverdeeld in: 'Direct Anger-out', 'Avoidance', 'Assertion', 'Diffusion', 'Social support-seeking' en 'Rumination'. De participant kan op de vragenlijst aangeven of een item voor hem niet waar (0), soms waar (1) of vaak waar (2) is. Een voorbeelditem uit de vragenlijst is: 'Ik stel me voor hoe ik het de jongen die me boos maakte betaald zet'. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer tien minuten. Er wordt een grens gehanteerd van 0.6 of hoger om van een betrouwbare schaal te spreken (Field, 2005). Alle schalen zijn betrouwbaar gevonden met een Cronbach's alpha tussen 0.601 en 0.841. Hoge scores op een bepaalde schaal duiden op een strategie die veel wordt toegepast door de onderzochte.

Daarnaast is er ook gebruik gemaakt van de zelfrapportage-vragenlijst 'Cognitive Emotion Regulation Questionnaire' (CERQ) (Garnefski et al., 2007). Deze vragenlijst gaat over de mate van gebruik van negen verschillende copingstrategieën bij negatieve gebeurtenissen: jezelf de schuld geven, accepteren, rumineren, concentreren op andere positieve zaken, concentreren op planning, positief herinterpreteren, relativeren, catastroferen, anderen de schuld geven. Elke strategie wordt gemeten met ieder vier items. Deze vragenlijst meet voornamelijk de emotieregulatie. Vanaf negen jaar zijn er ook normgegevens

beschikbaar (Garnefski et al., 2007). Er zijn in totaal vierendertig items verdeeld over de negen schalen. Het betreft een vijfpuntsschaal, waarbij er geantwoord kan worden met (bijna) nooit (1), soms (2), regelmatig (3), vaak (4) of (bijna) altijd (5). De score per schaal verloopt van 4 (nooit gebruikte copingstrategie) tot 20 (vaak gebruikte cognitieve copingstrategie). Een voorbeelditem uit deze vragenlijst is: 'Ik denk dat het de fout van anderen is'. Het invullen van deze zelfrapportage-vragenlijst duurt ongeveer tien minuten. Alle schalen zijn betrouwbaar met een Cronbach's alpha tussen 0.768 en 0.825. Hoge scores op een bepaalde schaal duiden op een strategie die veel wordt toegepast door de onderzochte.

3.4. Data analyse

Voor de statistische analyses is er gebruik gemaakt van Statistical Packages for Social Sciences (SPSS), versie 19 (De Vocht, 2010). In dit onderzoek is er onderscheid gemaakt tussen twee groepen (DBD en controlegroep). Om de eerste deelvraag te onderzoeken wordt er gebruik gemaakt van een Repeated Measures Anova. Hierdoor kunnen beide metingen van de frustratietolerantie meegenomen worden en beide groepen. Ook kunnen er eventuele interactie effecten geanalyseerd worden. Deze toets is geschikt om een mogelijk verschil aan te tonen tussen de frustratietolerantie van deze twee groepen op beide metingen. Hierbij is de responsvariabele de mate van frustratietolerantie en de afhankelijke variabelen de onderzoeksgroep (DBD of controle) en de meting (1 of 2). Daarnaast is de tweede deelvraag uitgevoerd met behulp van een multivariate variantieanalyse (MANOVA) toets. Hierbij kunnen meerdere groepen met elkaar vergeleken worden. De copingstrategieën worden vergeleken met de onderzoeksgroep (DBD – laag of hoog- of controle). Hierbij wordt een significantieniveau van $\alpha = 0.05$ gehanteerd.

4. Resultaten

4.1. Data inspectie

Allereerst is er een univariate data-inspectie uitgevoerd. Bij een univariate data-inspectie wordt er nader gekeken naar de missende waarden, verdeling van de variabelen (normaliteit), de uitbijters en de beschrijvende waarden van de variabelen zoals het gemiddelde, minimum en maximum (Moore, McCabe & Craig, 2006). Hieronder volgt de beschrijving van de numerieke variabelen.

De numerieke variabelen zijn onderzocht op de normaliteit van de variabelen. Dit is gedaan aan de hand van histogrammen/Q-Q Plots, scheefheid en gepiekttheid. In bijlage 1 staan de tabellen met de beschrijvingen van de numerieke variabelen die in dit onderzoek gebruikt zijn. Bij de numerieke variabelen waren geen extreme uitbijters waar te nemen en indien er een uitbijter was, is deze onderzocht op de invloed van deze respondent. Echter was het niet nodig om deze respondenten te verwijderen. Er is ook onderzocht of de variabelen scheef verdeeld zijn of dat er sprake is van een bepaalde piek. In bijlage 1 zijn deze waarden af te lezen. Hieruit blijkt dat de waarden tussen de -3.00 en de 3.00 zijn, waardoor er aangenomen mag worden dat er sprake is van normaliteit. Ook bij de Q-Q plots was te zien dat de variabelen bij benadering normaal verdeeld zijn. Daardoor zijn alle respondenten behouden. Vervolgens zijn de statistische analyses uitgevoerd, waar hieronder de resultaten volgen.

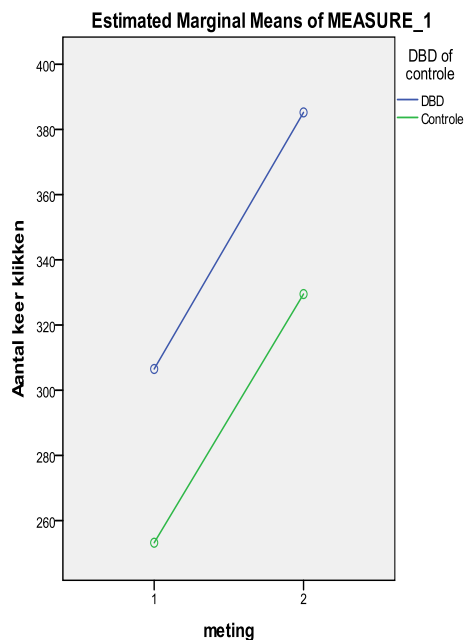
4.2. Analyses

Frustratietolerantie

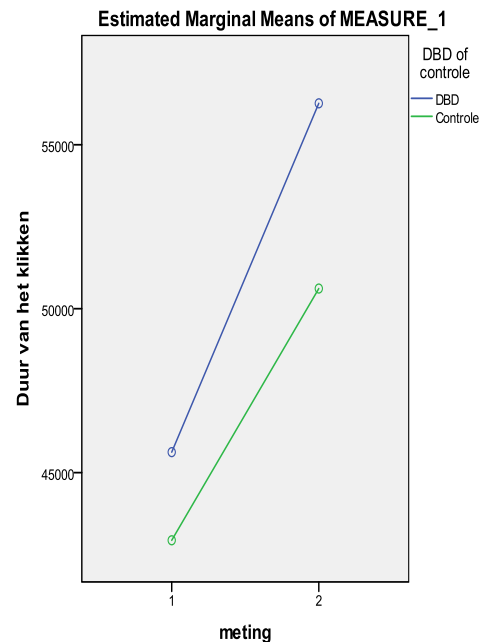
Hoofdeffect Type groep. Allereerst is er onderzocht of er een verschil is tussen het aantal keer klikken op de muis tussen de twee groepen ($F(1,77) = 1.68, p = .20$). Ook is onderzocht of de duur van het klikken verschilt tussen de groepen ($F(1,77) = .52, p = .47$). Er is geen hoofdeffect wat betreft type groep (zie figuur 1). Er is dus geen significant verschil gevonden tussen de DBD-groep en de controle groep als het gaat om het aantal keer klikken en de duur van het klikken op de muis. Dit betekent dat de verschillen in het aantal keer klikken en de duur van het klikken niet verklaard kunnen worden door het type groep.

Hoofdeffect Tijd. Daarentegen is er een significant verschil gevonden tussen de twee metingen die plaatsgevonden hebben bij het aantal keer klikken op de muis ($F(1,77) = 32.37, p < .001$) en de duur van het klikken ($F(1,77) = 31.38, p < .001$). Een hogere score betekent dat

er vaker geklikt wordt op de muis en dat deze langer wordt ingedrukt. Bij de tweede meting zijn er hogere scores behaald, wat inhoudt dat er na negatieve feedback significant vaker op de muis werd geklikt en de duur ook langer was. Zowel bij het aantal keer klikken op de muis, $F(1,77) = .09, p = .93$, als de duur van het klikken, $F(1,77) = .82, p = .37$, is er geen sprake van een interactie-effect. Dit betekent dat de verschillen tussen de groepen niet verklaard kunnen worden uit een gecombineerd effect van beide factoren. De verschillen in resultaten kunnen verklaard worden door de factor 'meting' (hoofdeffect tijd) en is dus niet afhankelijk van het type groep (zie figuur 2). De DBD-groep wijkt dus niet af van de normgroep (controle), beide groepen hebben eenzelfde verschil tussen de twee metingen.



Figuur 1. Hoofdeffect tijd voor het aantal keer klikken.



Figuur 2. Hoofdeffect tijd voor de duur van het klikken.

Copingstrategieën

Om te onderzoeken of er een verschil is tussen de toegepaste copingstrategieën en de manier om je emoties te reguleren bij jongens met DBD en zonder DBD, is er gebruik gemaakt van een multivariate variantieanalyse (MANOVA). Er zijn twee verschillende toetsen uitgevoerd omdat de eerste strategieën betrekking hebben op de emotieregulatie en de andere strategieën meer betrekking hebben op de copingstrategieën.

Emotieregulatie (CERQ)

De categorieën voor het reguleren van de emoties bestaan uit: jezelf de schuld geven, accepteren, rumineren, concentreren op andere positieve zaken, concentreren op planning, positief herinterpreteren, relativieren, catastroferen en anderen de schuld geven. Uit de analyses blijkt dat er geen verschil is tussen de emotieregulatie van jongens met een DBD en jongens zonder een DBD. Op geen van de categorieën (manieren om emoties te reguleren) is een significant verschil tussen de groepen gevonden. Jongens uit beide groepen gebruiken dus gemiddeld even vaak de verschillende manieren om hun emoties te reguleren.

Copingstrategieën (BARQ)

De categorieën voor het toepassen van de copingstrategieën voor het omgaan met boosheid zijn: 'Direct Anger-out', 'Avoidance', 'Assertion', 'Diffusion', 'Social support-seeking' en 'Rumination'. Uit de analyses voor het omgaan met boosheid blijkt dat er een significant verschil in gemiddelden is tussen jongens met DBD en zonder DBD en het toepassen van de copingstrategie 'Avoidance' ($F= 4.73, p= .03$) en 'Diffusion' ($F= 4.10, p= .05$). Jongens met een DBD ($M= 8.08, SD= 4.71$) passen significant minder vaak de copingstrategie 'Avoidance' toe dan jongens zonder DBD ($M= 10.29, SD= 4.26$).

Avoidance houdt in dat iemand de stresssituatie vermijdt. Aangezien jongens met DBD deze strategie minder vaak toepassen, vermijden zij dus minder snel de stresssituatie en gaan eerder de confrontatie aan. Daarnaast passen jongens met een DBD ($M= 8.98, SD= 5.02$) ook minder vaak de strategie 'Diffusion' toe in vergelijking met jongens zonder DBD ($M= 11.08, SD= 4.09$). Diffusion houdt in dat diegene de boosheid afbuigt of vermindert door zich te richten op een andere stimulus of andere activiteit. Jongens met een DBD verminderen hun woede dus minder vaak door zich met andere activiteiten bezig te houden of zich op iets anders te richten. De gemiddelden zijn waar te nemen in tabel 1.

Tabel 1. Gemiddelden per copingstrategie uitgesplitst naar type groep.

Copingstrategie	N	Gemiddelde	SD
Direct Anger-out			
DBD	40	5.93	2.96
Controle	38	4.84	3.31
Avoidance			
DBD	40	8.08*	4.71
Controle	38	10.29*	4.26
Assertion			
DBD	40	5.68	3.57
Controle	38	6.68	2.92
Diffusion			
DBD	40	8.98*	5.02
Controle	38	11.08*	4.09
Social support-seeking			
DBD	40	5.43	3.61
Controle	38	5.92	3.04
Rumination			
DBD	40	6.70	3.12
Controle	38	6.05	3.53

* Verschil in gemiddelden is significant bij $\alpha = 0.05$.

Frustratietolerantie & DBD

Aangezien de DBD-groep in zijn geheel niet afwijkt ten opzichte van de normgroep wat betreft frustratietolerantie, is het misschien mogelijk om een subgroep te onderscheiden binnen de DBD-groep. Daarom is de DBD groep onderverdeeld in jongens met een lage frustratietolerantie en een hoge frustratietolerantie op basis van de onderste 50% en de bovenste 50% van de resultaten van deze DBD-groep op de frustratietolerantietaak tijdens de eerste meting.

Emotieregulatie (CERQ)

Indien er gekeken wordt naar de verschillen in gemiddelden tussen de jongens uit de DBD-groep met een hoge en lage frustratietolerantie en de controlegroep, is er alleen te zien dat jongens uit de DBD-groep met een hoge frustratietolerantie minder vaak de regulatietechniek ‘concentreren op andere positieve zaken’ toepassen in vergelijking met de jongens uit de DBD-groep met een lage frustratietolerantie ($F = 3.28, p = .04$). Jongens uit de DBD-groep met een hoge frustratietolerantie ($M=12.26, SD=3.77$), passen deze strategie dus minder vaak toe dan jongens met een lage frustratietolerantie ($M=15.50, SD= 4.17$). Ten opzichte van de controlegroep is het dus niet anders (zie tabel 2).

Tabel 2. Gemiddelden en standaarddeviaties van de emotieregulatie uitgesplitst per type groep.

Emotieregulatie	N	Gemiddelde	SD
Rumineren			
<i>Lage frustratietolerantie</i>	20	11.55	4.41
<i>Hoge frustratietolerantie</i>	23	11.22	3.58
<i>Controle</i>	36	11.39	3.54
Concentreren op andere positieve zaken			
<i>Lage frustratietolerantie</i>	20	15.50*	4.17
<i>Hoge frustratietolerantie</i>	23	12.26*	3.77
<i>Controle</i>	36	13.83	4.33
Concentreren op planning			
<i>Lage frustratietolerantie</i>	20	13.05	4.06
<i>Hoge frustratietolerantie</i>	23	12.87	4.63
<i>Controle</i>	36	13.47	3.54
Positief herinterpreteren			
<i>Lage frustratietolerantie</i>	20	10.75	4.97
<i>Hoge frustratietolerantie</i>	23	11.35	4.28
<i>Controle</i>	36	11.42	3.64
Relativeren			
<i>Lage frustratietolerantie</i>	20	12.35	4.21
<i>Hoge frustratietolerantie</i>	23	12.04	5.34
<i>Controle</i>	36	12.36	3.78
Catastroferen			
<i>Lage frustratietolerantie</i>	20	11.25	4.46
<i>Hoge frustratietolerantie</i>	23	10.13	4.33
<i>Controle</i>	36	9.50	3.74
Anderen de schuld geven			
<i>Lage frustratietolerantie</i>	20	7.90	2.99
<i>Hoge frustratietolerantie</i>	23	9.09	3.94
<i>Controle</i>	36	7.44	3.00
Jezelf de schuld geven			
<i>Lage frustratietolerantie</i>	20	9.05	3.20
<i>Hoge frustratietolerantie</i>	23	9.70	3.05
<i>Controle</i>	36	9.47	3.26
Accepteren			
<i>Lage frustratietolerantie</i>	20	10.25	3.75
<i>Hoge frustratietolerantie</i>	23	10.70	3.57
<i>Controle</i>	36	10.94	3.70

* Verschil in gemiddelden is significant bij $\alpha = 0.05$.

Copingstrategieën (BARQ)

Ook is er een verschil waar te nemen in copingstrategieën tussen de jongens met een lage frustratietolerantie en de controlegroep. Jongens (DBD) met een lage frustratietolerantie passen 'Avoidance' minder vaak toe in vergelijking met de jongens uit de controlegroep ($F = 3.19, p = .05$). Deze verschillen zijn waar te nemen bij het aantal keer klikken op de muis. Jongens met een lage frustratietolerantie ($M=7.00, SD= 4.81$) passen deze strategie dus minder vaak toe dan jongens uit de controlegroep ($M=10.08, SD= 4.28$). Hieruit blijkt dat er dus geen verschil is tussen de DBD-groep met een lage en hoge frustratietolerantie.

Zodoende blijkt dat er veel individuele verschillen kunnen zijn binnen de DBD groep waardoor de subgroep met een lage frustratietolerantie wel verschilt ten opzichte van de controlegroep en de subgroep met een hoge frustratietolerantie niet (zie tabel 3). De DBD groep is een diverse groep waardoor zij dus niet als geheel gezien kunnen worden wat betreft frustratietolerantie.

Tabel 3. Gemiddelden en standaarddeviaties van de copingstrategieën uitgesplitst per type groep.

Copingstrategie	N	Gemiddelde	SD
Direct Anger-out			
<i>Lage frustratietolerantie</i>	20	6.15	2.76
<i>Hoge frustratietolerantie</i>	23	5.39	3.24
<i>Controle</i>	36	4.89	3.32
Avoidance			
<i>Lage frustratietolerantie</i>	20	7.00*	4.81
<i>Hoge frustratietolerantie</i>	22	9.59	4.49
<i>Controle</i>	36	10.08*	4.28
Assertion			
<i>Lage frustratietolerantie</i>	20	4.95	4.24
<i>Hoge frustratietolerantie</i>	23	6.57	2.56
<i>Controle</i>	36	6.67	3.00
Diffusion			
<i>Lage frustratietolerantie</i>	20	8.70	5.50
<i>Hoge frustratietolerantie</i>	23	9.57	4.67
<i>Controle</i>	36	11.06	4.00
Social support-seeking			
<i>Lage frustratietolerantie</i>	20	4.70	3.44
<i>Hoge frustratietolerantie</i>	23	6.04	3.50
<i>Controle</i>	36	5.92	3.12
Rumination			
<i>Lage frustratietolerantie</i>	20	6.10	3.43
<i>Hoge frustratietolerantie</i>	23	6.96	2.93
<i>Controle</i>	36	6.08	3.53

* Verschil in gemiddelden is significant bij $\alpha = 0.05$.

5. Discussie

In dit onderzoek is de mate van frustratietolerantie onderzocht bij jongens met DBD en een controlegroep. Dit onderzoek brengt in kaart of er verschil is in de mate van frustratietolerantie en welke invloed dit heeft op de ingezette copingstrategieën van deze groepen. Tot op heden is er voornamelijk wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de executieve disfuncties, voornamelijk problemen met de inhibitie, bij kinderen met DBD (Huijbregts et al., 2007; Barkley, 1996; Ellis et al., 2009). Deze tekorten zouden kunnen leiden tot een verminderde controle en een verhoogde frustratie en onaangepaste aanpassingen in het dagelijks leven (coping). De vraag in dit onderzoek is of er sprake is van een verhoogde frustratie en welke invloed dit heeft op de coping. Coping kan omschreven worden als de wijze waarop emoties gereguleerd worden, waarbij cognitieve vaardigheden een rol spelen. Een inadequate of negatieve copingstijl wordt geassocieerd met meer gedragsproblemen (Recklitis, & Noam, 1999).

Allereerst is er onderzocht of er een verschil is in de frustratietolerantie tussen jongens met DBD en jongens zonder DBD (controlegroep). Uit de resultaten is gebleken dat er geen aanwijzingen zijn voor een verschil in gemiddelden. Dit betekent dat de mate van frustratietolerantie niet verschilt tussen de groepen. De verwachting was echter dat kinderen met DBD over een zwakkere (of lagere) frustratietolerantie beschikken, met name door problemen in het executief functioneren (Morgan, & Lilienfeld, 2000, Raaijmakers et al., 2008; Oosterlaan et al., 1998). Het niet aanwezig zijn van een verschil tussen de groepen kan mogelijk verklaard worden doordat de DBD groep een diverse groep is waardoor er veel individuele verschillen in frustratietolerantie kunnen zijn. Dit blijkt ook uit het feit dat de DBD groep met een lage frustratietolerantie wel verschilt in het toepassen van copingstrategieën ten opzichte van de controlegroep en de DBD groep met een hoge frustratietolerantie niet. Pennington en Ozonoff (1996) concluderen dat een verschil in inhibitiecontrole bij kinderen met DBD, voornamelijk toegeschreven kan worden aan de comorbide ADHD. Uit onderzoek werd eerder geconcludeerd dat voornamelijk ADHD de grootste relatie heeft tot de tekorten in de executieve functies (Berlin, & Bohin, 2002; Kooijmans et al., 2000, Oosterlaan et al., 2005). Dit is door verschillende andere onderzoeken bevestigd (Clark et al., 2000; Oosterlaan et al., 2005). In dit onderzoek is niet geselecteerd op comorbide ADHD, wat mogelijk van invloed geweest kan zijn op de resultaten. Mogelijk is hierdoor een verschil gevonden tussen de DBD groep met een lage frustratietolerantie en de

controlegroep en niet tussen de DBD groep met een hoge frustratietolerantie en de controlegroep.

Daarnaast is onderzocht in hoeverre de groepen zich laten beïnvloeden door negatieve feedback. Er is gepoogd, door middel van een stresssituatie, om meer frustratie op te wekken. Beide groepen lieten meer frustratie zien indien zij zich in een stresssituatie bevonden. Deze hogere frustratie is dus zichtbaar als de onderzochten zich in een andere, meer stressvolle, situatie bevinden. De frustratietolerantie lijkt beïnvloed te worden indien een stresssituatie zich voordoet. Echter, dit is niet afhankelijk van het type groep, waardoor dit geldt voor zowel jongens met DBD als de controlegroep. Eerder onderzoek van Geurts, Luman en Van Meel (2008) stelt dat de motivatie (in competitie) niet anders is tussen kinderen met ADHD en anderen. Dit kan mogelijk verklaren waarom er tussen jongens met DBD en jongens zonder DBD ook geen verschil is gevonden. Bij beide groepen wordt er meer frustratie waargenomen in een stresssituatie. Dit zou kunnen betekenen dat, ongeacht welke groep, kinderen in het algemeen meer frustratie bezitten indien zij in een stresssituatie zitten. Wellicht is er nog een subgroep te onderscheiden in de DBD groep die aanzienlijk meer problemen vertoont wat betreft frustratie in een stresssituatie. Tijdens de frustratie taak wordt er gepoogd om meer frustratie op te wekken door het onthouden van een reactie. Onderzoek van Brissett & Nowicki (1973) wijst op de verschillen van interne en externe controle van versterking en reactie op frustratie. Hieruit blijkt dat mensen met een interne controle meer constructief reageren op frustratie dan mensen met een externe controle, die het zien als een onoverkomelijke situatie. Indien er frustratie ontstaat zouden de mensen met een interne controle minder algemeen storende tendensen laten zien. Gezien de vaak zwak ontwikkelde interne controle bij kinderen met DBD, zouden zij gezien kunnen worden als de groep met de focus op externe controle (Brissett, & Nowicki, 1973; Reiff, & Tippins, 2004). Zij schrijven de situatie toe aan anderen en niet aan zichzelf. Dit zou kunnen betekenen dat hoe meer frustratie er wordt opgewekt, hoe minder constructief kinderen met DBD zouden reageren. Interessant kan zijn om verschillende vertragingperiodes binnen de frustratietask te analyseren om te onderzoeken of er een groter verschil ontstaat tussen de reacties van de groepen naarmate er meer frustratie wordt opgewekt.

Als laatste is onderzocht of er een verschil is in de toegepaste copingstrategieën en de emotieregulatie tussen jongens met een DBD en de controlegroep. Uit de resultaten is gebleken dat er bij de copingstrategieën 'Avoidance' en 'Diffusion' een verschil is tussen jongens met DBD en de controlegroep. Jongens met DBD passen beide strategieën minder vaak toe ten opzichte van de controlegroep. Jongens met DBD gaan de situatie dus minder

vaak uit de weg en richten hun aandacht ook niet snel op een andere stimulus. Hierbij wordt eerder de confrontatie aangegaan. Dit wordt bevestigd door verscheidene onderzoeken (Ha et al., 2011; Coy, Speltz, DeKloeyen, & Jones, 2001; Miers et al., 2007). Dit betekent dat er jongens met DBD in een stresssituatie anders omgaan met hun emoties dan jongens zonder DBD. In situaties waar de emoties omhoog gaan wordt er minder adequaat omgegaan met de situatie door jongens met een DBD. De persoonlijkheid van mensen speelt een grote rol in de manier van het ervaren van een stresssituatie en de beïnvloeding daarvan op de copingstrategie die ingezet wordt (Young, 2005). Dit wordt mede bepaald door de cognitieve mogelijkheden die iemand bezit. Doordat kinderen met DBD tekorten laten zien in de executieve functies, en daarbij verminderde cognitieve mogelijkheden hebben, zou het verschil in ingezette copingstrategie kunnen verklaren. Young (2005) benadrukt hierbij ook dat mensen met verminderde cognitieve mogelijkheden, eerder impulsief reageren op een stressvolle situatie en minder adequate reacties laten zien.

Lage en hoge frustratietolerantie

Aangezien er tussen de DBD-groep en controlegroep geen verschil is aangetoond wat betreft de frustratietolerantie, is er ingezoomd op de DBD-groep. De DBD-groep is erg divers waardoor er individuele verschillen binnen deze groep kunnen zijn wat betreft frustratietolerantie. Hierdoor wordt er onderscheid gemaakt tussen een hoge en lage frustratietolerantie in de DBD-groep. Deze diversiteit kan veroorzaakt worden door individuele verschillen en de reactie op frustratie (Block, & Martin, 1955). De ego-controle kan omschreven worden als de individuele karakteristieke middelen die diegene gebruikt om met de wereld, in dit geval een stresssituatie, om te gaan (Block, & Martin, 1955). Door de vernieuwde indeling naar een hoge en lage frustratietolerantie, kan er inzicht verkregen worden in bepaald gedrag dat zij per groep vertonen zodat de verschillen binnenin de groep verkleind worden. Op deze manier wordt er meer onderscheid gemaakt binnen de groep DBD.

Er is onderzocht of de mate van frustratietolerantie van invloed is op de copingstrategieën. De cognitieve strategieën voor het omgaan met negatieve gebeurtenissen kunnen gevolgen hebben voor de psychologische ontwikkeling van kinderen (Garnefski et al., 2007). Als een groep bepaald gedrag meer laat zien, kan dit als indicator gelden voor behandeling. Er is een verschil waar te nemen met de strategie 'concentreren op andere, positieve dingen'. De jongens met een lage frustratietolerantie passen deze strategie vaker toe dan jongens met een hoge frustratietolerantie. Dit houdt in dat jongens met een lage frustratietolerantie vaker denken aan andere, plezierige zaken in plaats van aan de gebeurtenis

in kwestie (Garnefski et al., 2007). Dit kan suggereren dat zij de situatie makkelijker kunnen tolereren. Echter, ze wijken niet af van de controlegroep, waardoor zij dit niet vaker of minder vaak toepassen dan controle kinderen. Dit is een resultaat wat tegen de verwachtingen ingaat.

De verwachting was dat jongens met een lage frustratietolerantie de situatie eerder negatief beoordelen en agressief reageren (Ha et al., 2011; Coy et al., 2001). Ook werd er verwacht dat jongens met een lagere frustratietolerantie en DBD juist eerder anderen de schuld geven (Reiff, & Tippins, 2004). Onder andere onderzoek van Garnefski en collega's (2002) wijst uit dat een klinische populatie ten opzichte van een niet-klinische populatie zowel 'anderen de schuld geven' als 'jezelf de schuld geven' vaker gebruiken. Echter is dat onderzoek uitgevoerd onder adolescenten met verschillende psychiatrische stoornissen, waardoor dit anders kan zijn voor de huidige resultaten. Een mogelijke verklaring kan gegeven worden door theorieën die benadrukken dat het voortdurend aandacht geven aan schuld, zowel schuld aan jezelf of anderen, een belemmering kan vormen voor de aanpassing aan negatieve ervaringen of trauma (Tedeschi, 1999). In een onderzoek van Hampel, Manhal, Roos en Desman (2008) kwam naar voren dat kinderen met ADHD en CD een verstoorde interpersoonlijke copingstijl hebben ten opzichte van controlekinderen. Ook kwam hier naar voren dat jongens met hoge agressie minder adequaat reageren en minder effectieve emotionele coping vertonen. In bovenstaand onderzoek is de onderzoeksgroep geselecteerd op het al dan niet hebben van ADHD. Daarnaast omvat de onderzoeksgroep in deze studie te weinig jongens met CD om een uitspraak te kunnen doen over deze resultaten. Mogelijk geldt dit dus niet voor jongens met DBD. Het lijkt alsof dit geen reden is om alert te zijn op dit gedrag. Ze verschillen ten opzichte van de controlegroep namelijk niet.

Daarentegen is er sprake van een verschil tussen jongens met een lage frustratietolerantie en de controlegroep wat betreft het toepassen van de copingstrategie 'Avoidance'. Jongens (DBD) met een lage frustratietolerantie passen minder vaak deze strategie toe dan de controlegroep. Hieruit blijkt dat de subgroep binnen de DBD-groep (met lage frustratietolerantie) wel verschilt van de controlegroep en de subgroep met een hoge frustratietolerantie niet. Zoals eerder besproken, kunnen deze verschillen verklaard worden doordat de DBD-groep divers is en er sprake kan zijn van individuele verschillen. De subgroep met de lage frustratietolerantie onderscheidt zich hiermee van de subgroep met de hoge frustratietolerantie. Deze subgroep met een lage frustratietolerantie zoekt eerder de confrontatie en gaat de situatie minder snel uit de weg. Eerder onderzoek toont aan dat kinderen met DBD moeite hebben om een respons te kunnen onderdrukken en het reguleren van hun emoties. Hierdoor vindt er eerder externaliserend gedrag plaats (Huijbregts et al.,

2007; Garnefski et al., 2007; Dodge, & Tomlin, 1987; Ha et al., 2011; Happe, & Frith, 1996). Dit blijkt nu ook uit bovenstaand resultaat, waarbij voornamelijk kinderen met DBD en een lage frustratietolerantie minder snel een situatie vermijden en juist de confrontatie opzoeken.

Concluderend vertoont de gehele DBD-groep een andere coping ten opzichte van de controlegroep. Jongens met DBD gaan stresssituaties minder vaak uit de weg en gaan de confrontatie eerder aan. Ook wordt hun boosheid minder snel omgebogen door zich op andere activiteiten of stimuli te richten. Dit betekent dat jongens met DBD eerder in de situatie blijven hangen en de confrontatie daarbij opzoeken. Specifiek bij jongens met DBD en een lage frustratietolerantie, wordt er minder vermijding vertoond en meer confrontatie opgezocht.

Limitaties

Er zijn vragenlijsten gebruikt om de copingstrategieën te meten bij de kinderen uit het onderzoek. Echter, het betreft zelf-rapportages. Bij een zelf-rapportage kunnen de resultaten vertekend zijn door individuele responsstijlen. Hierbij wordt er vooral ingegaan op bewuste cognitieve strategieën die de kinderen kunnen herkennen. Echter kunnen er ook veel onbewuste strategieën een rol spelen bij de emotieregulatie van kinderen. Een aanbeveling hiervoor is om ook andere vormen dan zelfrapportages te gebruiken om de emotieregulatie en copingstrategieën in kaart te brengen. Hierbij kan gedacht worden aan het gebruik van verschillende informanten, zoals leerkrachten en ouders. Deze informanten kunnen met behulp van vragenlijsten of observatielijsten het gedrag van de kinderen bijhouden. Ook kan er gedacht worden aan het gebruik maken van fysiologische metingen in combinatie met het vertonen van een filmpje om mogelijke reacties op te wekken. Dit kan als versterking van de bevindingen gebruikt worden.

Ook wordt er aanbevolen om onderzoek te doen naar mogelijke verschillen tussen kinderen met ADHD en kinderen met DBD. Doordat veel onderzoeken gericht zijn op DBD met comorbide ADHD is het cruciaal om deze groepen te kunnen onderscheiden. Door onderscheid te maken kan de bijdrage van comorbide ADHD uitgesloten of bevestigd worden. In het vervolg zal er in een eerder stadium geselecteerd moeten worden in de onderzoeksgroep welke respondenten meegenomen kunnen worden in het onderzoek. Hierbij zullen de uitsluitingscriteria dan ook bijgesteld moeten worden om kinderen met ADHD uit te sluiten of als aparte groep mee te nemen in het onderzoek. Op basis van eerdere literatuur had er een splitsing van groep gemaakt moeten worden, waardoor de mogelijke verklarende factor binnen dit onderzoek toegeschreven kunnen worden aan één of meerdere onderzoeksgroepen.

Referenties

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Barkley, R. A. (1996). Linkages between attention and executive functions. In G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.). *Attention, memory, and executive function*, (pp. 307-326). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: Its causes, consequences, and control*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Berlin, L. & Bohlin, G. (2002). Response Inhibition, Hyperactivity, and Conduct Problems Among Preschool Children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(2), 242-251.
- Bitsakou, P., Antrop, I., Wiersema, J. R., & Sonuga-Barke, E. J. (2006). Probing the limits of delay tolerance: Preliminary young adult data from the Delay Frustration Task (DeFT). *Journal of Neuroscience Methods*, 151, (1), 38-44.
- Blair, R.J.R. (2010). Psychopathy, frustration and reactive aggression: The role of ventromedial prefrontal cortex. *British journal of Psychology*, 101, 383-399.
- Block, J. & Martin, B. (1955). Predicting the behavior of children under frustration. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51(2), 281-285.
- Brissett, M., & Nowicki, S. (1973). Internal versus external control of reinforcement and reaction to frustration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 25(1), 35-44.
- Clark, C., Prior, M., & Kinsella, G. J. (2000). Do executive function deficits differentiate between adolescents with ADHD and oppositional defiant/conduct disorder? A neuropsychological study using the six elements test and Hayling sentence completion test. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 403-414.
- Clark, C., Prior, M., & Kinsella, G. J. (2002). The relationship between executive function abilities, adaptive behavior, and academic achievement in children with externalizing behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(6), 785-796.
- Clarke, A. T. (2006). Coping with Interpersonal Stress and Psychosocial Health Among Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, (1), 11- 24.
- Centraal Bureau voor Statistiek (2011) *Aantal leerlingen op speciale scholen groeit aanhoudend*. Verkregen op 28 februari 2013 van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/onderwijs/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3527-wm.htm>

- Coy, K., Speltz, M. L., DeKlyen, M., & Jones, K. (2001). Social-cognitive process in preschool boys with and without oppositional defiant disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29,(2), 107-119.
- Denckla, M. B. (1994). Measurement of executive function. In G. R. Lyon (Ed.), *Frames of reference for the assessment of learning disabilities : New views on measurement issues* (pp. 117-142). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Dodge, K. A. & Tomlin, A. M. (1987). Utilization of self-schemas as a mechanism of interpretational bias in aggressive children. *Social Cognition*, 5, 280-300.
- Došen, A. (2010). Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Eisenberg, N., & Spinrad, T.L. (2004) Emotion-related regulation: sharpening the definition. *Child Development*, 75, (2), 334–339.
- Ellis, M.L., Weiss, B., & Lochman, J.E. (2009) Executive Functions in Children: Associations with Aggressive Behavior and Appraisal Processing. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, (7), 945–956.
- Field, A. P. 2005. *Discovering statistics using SPSS*. Londen: Sage
- Garnefski, N., Kommer, T., van den, Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002) The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European Journal of Personality*, 16, 403-420.
- Garnefski, N., Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: the development of an instrument. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, (1), 1-9.
- Garon, N., Bryson, S. E., & Smith, I. M. (2008). Executive Function in Preschoolers: A Review using an Integrative Framework. *Psychological Bulletin*, 134 (1), 31-60.
- Geurtz, H.M., Luman, M., & Meel, C.S., van. (2008). What's in a game: the effect of social motivation on interference control in boys with ADHD and autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 49, (8), 848-857.
- Griffith, M. A., Dubow, E. F., & Ippolito, M. F. (2000). Developmental and Cross-Situational Differences in Adolescents' Coping Strategies. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, (2), 183-204.

- Ha, C., Sharp, C., & Goodyer, I. (2011). The role of child and parenting mentalizing for the development of conduct problems over time. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20, (6), 291-300.
- Hampel, P., Manhal, S., Roos, T., & Desman, C. (2008). Interpersonal coping among boys with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11, (4), 427-436.
- Happé, F. & Frith, U. (1996). Theory of mind and social impairment in children with conduct disorder. *British Journal of Developmental Psychology*, 14, (4), 385-398.
- Huijbregts, S.C.J., Warren, A.J., Sonnevile, L.M.J., de, & Swaab-Barneveld, H. (2007). Hot and cool forms of inhibitory control and externalizing behavior in children of mothers who smoked during pregnancy: An exploratory study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, (3), 323-333.
- Kazdin, A. (1995). *Conduct disorders in childhood and adolescence* (second edition). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kempes, M., Matthys, W., Vries, H. van., & Engeland, H. van. (2005) Reactive and proactive aggression in children A review of theory, findings and the relevance for child and adolescent psychiatry. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, (1), 11-19
- Kooijmans, R., Scheres, A., & Oosterlaan, J. (2000). Response inhibition and measures of psychopathology: A dimensional analysis. *Child Neuropsychology*, 6, 175-184.
- Landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie (2013) *Oppositional Defiant Disorder / Conduct Disorder bij kinderen en adolescenten*. Verkregen op 20 februari 2013 van <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Stoornissen/ODD-CD/Omschrijving-5>
- Lahey, B.B., Miller, T.L., Gordon, R.A. & Riley, A.W. (1999). *Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Lezak, M. D. (1983). *Neuropsychological assessment* (2nd edn.). New York: Oxford University Press.
- Losoya, S., Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1998). Developmental issues in the study of coping. *International Journal of Behavioral Development*, 22, (2), 287-313.
- Matthys, W. (2007). Oppositioneel opstandige en antisociale gedragsstoornissen. In: F.C. Verhulst, F. Verheij & R.F. Ferdinand (red.). *Kinder-en jeugdpsychiatrie. Psychopathologie* (pp 151-166). Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- McCabe, L. A., & Brooks-Gunn, J. (2007). With a little help from my friends?: selfregulation in groups of young children. *Infant Mental Health Journal*, 28 (6), 584-605.

- Miers, A.C., Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., Cowan, R. & Linden, W. (2007). The relation between anger coping strategies, anger mood and somatic complaints in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, (4), 653-664.
- Moore, D.S., McCabe, G.P., & Craig, B.A. (2006). *Introduction to the Practice of Statistics*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Morgan, A.B., & Lilienfeld, S.O. (2000). A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function. *Clinical Psychology Review*, 20, (1), 113-136.
- Oosterlaan, J., Logan, G. D., & Sergeant, J. A. (1998). Response inhibition in AD/HD, CD, comorbid AD/HD + CD, anxious, and control children: A meta-analysis of studies with the stop task. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, (3), 411–425.
- Oosterlaan, J., Scheres, A., & Sergeant, J. A. (2005). Which executive function deficits are associated with AD/HD, ODD/CD and comorbid AD/HD+ODD/CD? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 69–85.
- Pennington, B. F., & Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, (1), 51-87.
- Raaijmakers, M. A. J., Smidst, D. P., Sergeant, J. A., Maassen, G. H., Posthumus, J. A., Engeland, H., van, & Matthys, W. (2008). Executive functions in preschool children with aggressive behavior: impairments in inhibitory control. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36 (7), 1097-1107
- Recklitis, C. J., & Noam, G. G. (1999). Clinical and Developmental Perspectives on Adolescent Coping. *Child Psychiatry and Human Development* , 87-101.
- Reiff, M.I., & Tippins, S., (2004). *ADHD: A Complete and Authoritative Guide*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- Röll, J., Koglin, U., & Petermann, F. (2012) Emotion Regulation and Childhood Aggression: Longitudinal Associations. *Child Psychiatry Human Development*, 43, (6).
[doi:10.1007/s10578-012-0303-4](https://doi.org/10.1007/s10578-012-0303-4).
- Smidts, D. (2003). Executieve functies van geboorte tot adolescentie: een literatuuroverzicht. *Neuropraxis*, 7, 133-140
- Sonneville, L. M. J. de (2010). *ANT handleiding*. Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Tedeschi, R. G. (1999). Violence transformed: posttraumatic growth in survivors and their societies. *Aggression and Violent Behavior*, 4, (3), 319–341.

- Torgesen, J. K. (1994). Issues in the assessment of executive function: An information-processing perspective. In G. R. Lyon (Ed.), *Frames of reference for the assessment of learning disabilities : New views on measurement issues* (pp. 143-162). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Verhulst, F.C. & Verheij, F. (red). (2003). *Kinder- en jeugdpsychiatrie. Onderzoek en diagnostiek*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Vitaro, F., Brendgen, M., & Tremblay, R.E. (2002). Reactive and proactively aggressive children: antecedent and subsequent characteristics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, (4), 495-505.
- Young, S. (2005). Coping strategies by adults with ADHD. *Personality and Individual Differences*, 38(4), 809-816.
- Zelazo, P. D., & Müller, U. (2002). Executive function in typical and atypical development. In U. Goswami (Ed.), *Handbook of childhood cognitive development* (pp. 445–469), Oxford, England: Blackwell.

Bijlage 1. Beschrijving van de numerieke variabelen

	<i>N</i>	Min	Max	<i>M</i>	<i>Sd</i>	Zscheefheid	Zgepiektheid
Copingsstrategieën							
Jezelf de schuld geven							
<i>DBD</i>	41	4.00	16.00	9.46	3.16	0.29	-1.43
<i>Controle</i>	38	4.00	18.00	9.39	3.20	1.56	-0.16
Accepteren							
<i>DBD</i>	41	4.00	19.00	10.59	3.67	1.08	-0.60
<i>Controle</i>	38	4.00	20.00	10.82	3.65	0.86	-0.69
Rumineren							
<i>DBD</i>	41	5.00	18.00	11.32	3.95	0.15	-1.56
<i>Controle</i>	38	4.00	19.00	11.45	3.55	-0.15	-0.96
Concentreren op andere, positieve zaken							
<i>DBD</i>	41	4.00	20.00	13.71	4.29	-0.53	-1.51
<i>Controle</i>	38	4.00	20.00	13.89	4.28	-0.95	-0.67
Concentreren op planning							
<i>DBD</i>	41	4.00	20.00	12.93	4.41	-1.17	-0.85
<i>Controle</i>	38	4.00	20.00	13.47	3.46	-0.57	-0.46
Positief herinterpreteren							
<i>DBD</i>	41	4.00	20.00	11.00	4.67	0.14	-1.72
<i>Controle</i>	38	4.00	18.00	11.47	3.55	-1.59	0.36
Relativeren							
<i>DBD</i>	41	4.00	20.00	12.20	4.86	0.07	-1.66
<i>Controle</i>	38	4.00	20.00	12.34	3.74	-0.48	-0.75
Catastroferen							
<i>DBD</i>	41	4.00	20.00	10.78	4.44	0.18	-1.45
<i>Controle</i>	38	4.00	19.00	9.42	3.66	1.70	0.15
Anderen de schuld geven							
<i>DBD</i>	41	4.00	18.00	8.68	3.55	2.14	0.09
<i>Controle</i>	38	4.00	14.00	7.34	2.97	1.95	-0.07

Noot: Zscheefheid = Scheefheid/standaardmeetfout

Zgepiektheid = Gepiektheid/standaardmeetfout

	<i>N</i>	Min	Max	<i>M</i>	<i>Sd</i>	Zscheefheid	Zgepiektheid
Copingstijlen							
Direct anger-out							
<i>DBD</i>	41	0.00	13.00	5.83	2.99	0.09	-0.08
<i>Controle</i>	38	0.00	14.00	4.84	3.31	2.58	0.84
Avoidance							
<i>DBD</i>	40	0.00	17.00	8.08	4.71	0.91	-0.82
<i>Controle</i>	38	2.00	18.00	10.29	4.26	-0.33	-1.21
Assertion							
<i>DBD</i>	41	0.00	12.00	5.76	3.56	-0.04	-1.39
<i>Controle</i>	38	1.00	12.00	6.68	2.92	0.57	-0.61
Diffusion							
<i>DBD</i>	41	0.00	18.00	9.05	4.97	0.05	-1.21
<i>Controle</i>	38	2.00	18.00	11.08	4.09	-0.02	-0.77
Social support seeking							
<i>DBD</i>	41	0.00	12.00	5.39	3.57	1.01	-1.37
<i>Controle</i>	38	0.00	11.00	5.92	3.04	-0.16	-0.80
Rumination							
<i>DBD</i>	41	0.00	13.00	6.61	3.14	-0.17	-0.61
<i>Controle</i>	38	0.00	14.00	6.05	3.53	1.41	-0.57

Noot: Zscheefheid = Scheefheid/standaardmeetfout

Zgepiektheid = Gepiektheid/standaardmeetfout