

# **Kinderen met disruptieve gedragsstoornissen; zien zij zelf ook problemen?**

Een wetenschappelijk onderzoek naar de relatie tussen een disruptieve gedragsstoornis, competentiebeleving en soort agressie



Student: Simone van der Zalm

Studentnummer: 0963593

Begeleidsters: Mevr. Dr. Sophie van Rijn & Mevr. Jantiene Schoorl MSc

Scriptie geschreven in het kader van de Masteropleiding Education and Child Studies, aan de Faculteit Sociale Wetenschappen, afdeling Orthopedagogiek, Universiteit Leiden.

Januari 2014

## VOORWOORD

Voor u ligt mijn masterscriptie van de studie Education and Child Studies aan de Universiteit van Leiden. Deze masterscriptie is het laatste gedeelte van mijn master waar ik de afgelopen periode druk mee bezig ben geweest. Kinderen met de leeftijd t/m twaalf jaar hebben mij altijd al geïnteresseerd. Mijn bachelorscriptie heb ik geschreven over kinderen van twee t/m vijf jaar en daarom vond ik het leuk dat ik nu ook onderzoek kon doen naar iets oudere kinderen, met de leeftijd van zeven t/m twaalf jaar. Bij deze kinderen, met een klinische score op de schaal externaliserend probleemgedrag van de CBCL, was ik benieuwd naar hun eigen competentiebeleving, waar ik dan ook mijn scriptie over heb geschreven.

Na de driejarige bacheloropleiding Pedagogische Wetenschappen, is dan ook mijn masteropleiding Education and Child Studies bijna voltooid. Na 4,5 jaar zit het studeren, volgens sommige de mooiste tijd van je leven, voor mij erop. Het was inderdaad een leuke periode in mijn leven en ik heb zowel de bacheloropleiding als de masteropleiding als zeer aangenaam ervaren. Dit komt door de fijne manier van lesgeven en de duidelijkheid en structuur die geboden wordt in de opleiding.

Ik wil graag van de gelegenheid gebruik maken om iedereen te bedanken, die op welke manier dan ook, heeft geholpen met de totstandkoming van deze scriptie. Een speciaal woord van dank gaat uit naar mijn begeleidsters; Sophie van Rijn en Jantiene Schoorl. Bedankt voor het begeleiden van mij tijdens het schrijven van mijn masterscriptie en de feedback en steun die ik heb mogen ontvangen. Ook zou ik graag de scholen, de ouders en uiteraard de kinderen willen bedanken die hebben meegewerkt aan het onderzoek. Zonder jullie had ik dit onderzoek nooit kunnen uitvoeren. Allen hartelijk bedankt.

Noordwijk, 16 januari 2014

## INHOUDSOPGAVE

<b>Abstract</b>	04
<b>1. Inleiding</b>	05
<b>2. Methoden</b>	10
2.1 Dataverzameling.....	10
2.2 Participanten.....	11
2.3 Meetinstrumenten.....	12
2.4 Procedures.....	14
2.5 Data-analyse.....	15
<b>3. Resultaten</b>	16
3.1 CBCL/TRF.....	16
3.2 Data inspectie en descriptieve analyse.....	17
3.3 Verschil in competentiebeleving.....	18
3.4 Correlatie competentiebeleving en mate van proactieve en reactieve agressie in de DBD-groep.....	20
<b>4. Discussie</b>	21
4.1 Hoofdbevindingen.....	21
4.2 Uitgebreide beschrijving hoofdbevindingen en vergelijking eerder onderzoek.....	21
4.3 Implicaties voor praktijk/maatschappij.....	24
4.4 Sterk punt van de studie.....	25
4.5 Beperking van de studie.....	25
4.6 Aanbevelingen vervolgonderzoek.....	26
4.7 Conclusie.....	26
<b>Literatuur</b>	27

## ABSTRACT

**Background:** Previous research showed that frontal lobe dysfunctions are implicated in antisocial behaviour and also in self-evaluation. Therefore, frontal lobe dysfunctions might also disrupt the ability to engage in self-reflective processes. **Goal:** To gain more insight in disruptive behavior disorders (DBD), this study will examine whether the perceived competence is different in the group of boys with DBD compared to the control group, and whether this difference is specific to boys with a higher degree of proactive or reactive aggression. **Method:** The participants consisted of 86 boys in the age of seven to twelve. Perceived competence was measured with a self-reporting questionnaire (Competentiebelevingsschaal voor Kinderen). Proactive and reactive aggression were assessed by parent and teacher questionnaires (Instrument voor Reactieve en Proactieve Agressie). **Results:** The boys with DBD scored lower at the perceived competence in the areas behaviour attitudes and self-esteem compared with the control group. The research indicates a negative correlation between the degree of proactive aggression, assessed by the teacher, and perceived competence in the areas behaviour attitudes and self-esteem in the group of boys with DBD. **Conclusion:** This study shows that boys with DBD can encounter problems with competence in some areas. This seems specific to boys with a higher degree of proactive aggression. The amygdala is especially implicated in proactive aggression. A higher degree of proactive aggression doesn't disrupt the ability to engage in self-reflective processes, because the frontal lobe is especially implicated in self-evaluation.

## 1. INLEIDING

Alle kinderen doen wel eens iets wat niet mag en vertonen zo nu en dan lastig gedrag. Sommige kinderen doen dit echter frequent en in ergere mate. Kinderen met een disruptieve gedragsstoornis (DBD; Disruptive Behavior Disorder) vertonen regelmatig lastig, ongehoorzaam en grensoverschrijdend gedrag. De term DBD wordt gebruikt om de twee stoornissen oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD; Oppositional Defiant Disorder) en antisociale gedragsstoornis (CD; Conduct Disorder) aan te duiden (American Psychiatric Association [APA], 2000). ODD wordt door de vierde editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) geformuleerd als “een patroon met negativistisch vijandig en openlijk ongehoorzaam gedrag” (APA, 2000, p. 103). Deze stoornis wordt gekenmerkt door driftigheid, verzetten tegen de leiding van volwassenen, het ergeren van anderen en prikkelbaarheid. CD wordt door de DSM-IV geformuleerd als “een zich herhalend gedragspatroon waarbij de grondrechten van anderen of belangrijke bij de leeftijd horende sociale normen of regels worden overtreden” (APA, 2000, p. 102). Deze stoornis wordt gekenmerkt door agressiviteit, liegen, diefstal, en het ernstig overtreden van regels. Kinderen met DBD vertonen dus ernstige externaliserende problemen en antisociaal gedrag. De prognose van kinderen met DBD is minder gunstig in vergelijking met leeftijdsgenoten zonder DBD (Fergusson, Horwood, & Ridder, 2005). Kinderen met DBD hebben een hogere kans op vroegtijdige schoolverlating, het vertonen van crimineel gedrag, middelenmisbruik en verslaving, depressieve stoornissen, werkeloosheid, het afhankelijk zijn van sociale voorzieningen en zij hebben vaker echtscheidingen (Maughan & Rutter, zoals geciteerd in Matthys, 2010). Het is belangrijk om meer inzicht te verkrijgen in DBD zodat kinderen met deze stoornis geholpen kunnen worden en deze negatieve uitkomsten zoveel mogelijk kunnen worden voorkomen.

Op hersenniveau lijkt een verminderde functionering van de frontaalkwab, zonder zichtbare beschadiging, de onderliggende fysiologische oorzaak te zijn van antisociaal gedrag (Séguin, 2009). Dat een verminderde functionering van de frontaalkwab antisociaal en agressief gedrag tot gevolg heeft zou verklaard kunnen worden doordat agressieve kinderen door deze verminderde functionering minder goed executief functioneren (Séguin, 2009). Executieve functies zijn processen om gedachten en gedrag te reguleren en te controleren (Bunge & Souze, 2009). De prefrontale cortex is verantwoordelijk voor de executieve functies (Robbins, Weinberger, Taylor, & Morris, 1996). Mensen met een verminderde functionering van de

frontaalkwab kunnen dus minder goed hun gedachten en gedrag reguleren en controleren, wat leidt tot antisociaal gedrag.

De frontaalkwab is ook betrokken bij andere concepten, één daarvan is zelfevaluatie. Uit onderzoek blijkt dat de hersengebieden mediale prefrontale cortex, ventrale anterieure cingulate cortex en mediale orbitofrontale cortex betrokken zijn bij zelfevaluatie (Flagan & Beer, 2013). Een laesie in de frontaalkwab heeft een aandoening van de persoonlijkheid tot gevolg, zoals verminderde cognitieve vaardigheden en zelfreflectief bewustzijn (Stuss, Gow, & Hetherington, 1992). Het is dus denkbaar dat een verminderde functionering van de frontaalkwab bij agressieve en antisociale mensen ook een verstoring van de zelfreflectie zal veroorzaken, wat zich uit in een onrealistisch zelfbeeld. Ook Baumeister, Smart en Boden (1996) stellen in hun review dat een hoog, onrealistisch gevoel van eigenwaarde gerelateerd is aan agressie. Er zijn verschillende studies die de relatie tussen competentiebeleving en externaliserende problemen hebben onderzocht.

Mathias, Biebl en Dilalla (2011) onderzochten de relatie tussen enerzijds cognitieve competentie, fysieke competentie en acceptatie door leeftijdsgenoten en anderzijds externaliserende problemen bij vier- en vijfjarige jongens. Alleen op het domein cognitieve competentie werd een significante relatie gevonden. Uit de studie bleek dat jongens die vergeleken met de leerkracht hun eigen cognitieve vaardigheden overschatten, een jaar later meer problemen met sociale vaardigheden, agressie en delinquentie vertoonden. Heel anders was dit bij een onderzoek van Taylor, Davis-Kean en Malanchuck (2007). Zij vonden bij leerlingen van de middelbare school juist dat een lage waardering van de eigen academische vaardigheden tot meer agressie leidt. Globaal gevoel van eigenwaarde had in deze studie geen relatie met agressie.

Diamantopoulou, Rydell en Henricsson (2008) vonden bij twaalfjarigen uit Zweden zowel een relatie tussen een overdreven hoog gevoel van eigenwaarde en agressie als een relatie tussen een laag gevoel van eigenwaarde en agressie. De eerste relatie werd alleen gevonden bij sociaal afgewezen kinderen en was het sterkst voor jongens. Ybrandt (2008) toonde bij twaalf- tot achttienjarigen een relatie aan tussen een overdreven positief beeld van zichzelf en externaliserend probleemgedrag, maar de relatie tussen een negatief beeld van zichzelf en externaliserend probleemgedrag was veel sterker. Ook Donnellan, Trzesniewski, Robins,

Moffitt en Caspi (2005) hebben een sterke relatie aangetoond tussen een laag gevoel van eigenwaarde en externaliserende problemen, ongeacht de leeftijd, nationaliteit en/of het meetinstrument. Verder hebben zij aangetoond dat kinderen met een laag gevoel van eigenwaarde op elfjarige leeftijd een hogere mate van agressie vertonen op dertienjarige leeftijd.

Uit eerder onderzoek is ook gebleken dat verschillende domeinen van zelfwaardering een andere relatie kunnen hebben met agressie. Webster en Kirkpatrick (2006) toonden aan dat het zelfwaargenomen gevoel over kameraden een positieve relatie heeft met agressie. De domeinen sociale inclusie en globaal gevoel van eigenwaarde hebben een negatieve relatie met agressie. Dit betekent hoe meer iemand het gevoel heeft om er sociaal 'bij' te horen, hoe minder agressie diegene vertoont. Dit geldt ook voor globaal gevoel van eigenwaarde; hoe hoger dit gevoel is bij iemand, hoe minder agressie die persoon vertoont. Ook Vermeiren, Bogaerts, Ruchkin, Deboutte en Schwab-Stone (2004) toonden aan dat verschillende domeinen van het zelfbeeld een andere relatie kunnen hebben met antisociaal gedrag. Zij onderzochten de verschillende domeinen bij twaalf- tot achttienjarigen en toonden een negatieve samenhang met antisociaal gedrag aan bij de domeinen academische competentie en familie acceptatie, gemeten met de self-esteem index (SEI). Het domein populariteit bij leeftijdsgenoten heeft een positieve relatie met antisociaal gedrag en het domein persoonlijke veiligheid vertoonde geen relatie met antisociaal gedrag.

Zoals eerder beschreven vertonen kinderen met DBD onder andere agressief gedrag. Veel studies doen onderzoek naar de relatie tussen zelfwaardering en agressie. Binnen agressie kunnen echter twee soorten worden onderscheiden, namelijk reactieve agressie en proactieve agressie. Reactieve agressie, ook wel affectieve agressie genoemd, ontstaat als gevolg van provocatie (Berkowitz, 1993). De bedreiging of frustratie leidt tot woede en uiteindelijk tot de agressieve gebeurtenis. Reactief agressieve kinderen vertonen agressie, omdat ze de intentie van de ander als vijandig opvatten. Een voorbeeld van reactieve agressie is een jongen die erg gepest wordt op school wat boosheid en verdriet bij hem oproept en vijandig reageert wanneer een ander kind begint te praten, ook al zegt dit kind niks onaardigs. Proactieve agressie, oftewel instrumentele agressie, is doelbewust en doelgericht om een beloning te bereiken (Berkowitz, 1993). Een voorbeeld van proactieve agressie is een jongen die agressie vertoont om zijn zin te krijgen, bijvoorbeeld iemands speelgoed afpakken om er zelf mee te kunnen

spelen of pesten om hoger in de hiërarchie van de groep te komen. Reactief agressieve mensen reageren uit frustratie, proactief agressieve mensen zijn over het algemeen koudbloedig, georganiseerd, berekend en zijn minder emotioneel dan reactief agressieve mensen (Van Manen, 2001). Mensen kunnen zowel reactief als proactief agressief zijn, er is geen eenduidige indeling. Wel kan iemand omschreven worden als overwegend reactief agressief of overwegend proactief agressief. Het is belangrijk om agressie op te splitsen in deze twee subgroepen doordat de verschillende soorten agressie op een verschillende manier ontstaan en dit verschillende aanknopingspunten voor interventie biedt (Prins, 1994). Zo komt reactieve agressie voort uit problemen in de sociale informatieverwerking en proactieve agressie is ontstaan door positieve bekrachtiging van het agressieve gedrag (Van Manen, 2001). Bij reactieve agressie is er sprake van een vertekende aandacht voor signalen van afkeuring en mislukking (Schippell, Vasey, Cravens-Brown, & Bretveld, 2003). Bij proactieve agressie is de morele socialisatie niet goed ontwikkeld (Blair, 2004). Door gewenst gedrag te belonen en ongewenst gedrag te straffen zal het kind leren welk gedrag gewenst is en welk gedrag niet. Bij proactieve agressie is de pijn en angst bij de andere persoon een belangrijke straffer om de morele socialisatie te bevorderen. Hiervoor is wel empathie en de aandacht voor het slachtoffer nodig (Hoffman, 1994). Ook zijn er verschillende hersendelen betrokken bij reactieve en proactieve agressie. De orbitale frontale cortex is het deel van de hersenen dat betrokken is bij de modulatie van reactieve agressie (Blair, 2004). Een verminderd functioneren van de amygdala is betrokken bij proactieve agressie. De amygdala is het hersendeel dat verantwoordelijk is voor aversieve conditionering en passief vermijgend leren die nodig zijn voor morele socialisatie (Blair, 2004; Killcross, Robbins, & Everitt, 1997). Mogelijk is de verstoring van het zelfbeeld verschillend tussen reactieve en proactieve agressie.

Orobio de Castro, Brendgen, Van Boxtel, Vitaro en Schaepers (2007) onderzochten de relatie tussen overschatting van de eigen competentie en reactieve en proactieve agressie bij acht- tot twaalfjarigen. Uit de studie is gebleken dat kinderen met een overschatte sociale competentiebeleving een hogere mate van proactieve agressie lieten zien wanneer zij sociaal afgewezen waren. Er was geen relatie tussen overschatting van de eigen sociale competentie en reactieve agressie. White en Kistner (2011) vonden juist een relatie tussen een verkeerde zelfperceptie en reactieve agressie bij sociaal afgewezen kinderen en vonden geen relatie met proactieve agressie. Reactieve agressie was gerelateerd aan zowel een onderschatte als een



overschatte zelfperceptie bij sociaal afgewezen kinderen in de leeftijd van negen tot vijftien jaar. Ook Brendgen, Vitaro, Turgeon, Poulin en Wanner (2004) tonen aan dat zowel een extreme onderschatting als een extreme overschatting van sociale competentie gerelateerd is aan een toename van agressief gedrag bij agressieve kinderen van acht tot dertien jaar.

In dit onderzoek zal gekeken worden naar verschillende domeinen van competentiebeleving bij jongens met DBD. Er zal naast de totale competentiebeleving ook gekeken worden naar de competentiebeleving op de gebieden schoolvaardigheden, sociale acceptatie, sportieve vaardigheden, fysieke verschijning, gedragshouding en gevoel van eigenwaarde. Veel studies doen alleen onderzoek naar het gevoel van eigenwaarde of alleen naar sociale competentie terwijl de verschillende domeinen van zelfwaardering een verschillende relatie hebben met externaliserende problemen en antisociaal gedrag (Vermeiren et al., 2004; Webster & Kirkpatrick, 2006). Er is weinig onderzoek gedaan naar de Competentiebelevingsschaal voor Kinderen (CBSK) bij kinderen met DBD. Mogelijk zijn niet alle domeinen van competentiebeleving hetzelfde bij kinderen met DBD, waardoor hier rekening mee gehouden moet worden bij het uitvoeren van interventies. Ook kan de relatie met competentiebeleving verschillend zijn per subtype agressie.

In dit onderzoek staan twee onderzoeksvragen centraal:

- *In hoeverre is er een verschil in competentiebeleving tussen jongens met DBD en jongens uit de controlegroep in de leeftijdscategorie van zeven t/m twaalf jaar?;*
- *Wat is de relatie tussen competentiebeleving en mate van reactieve en proactieve agressie in de groep jongens met DBD in de leeftijdscategorie van zeven t/m twaalf jaar?*

Verwacht wordt dat de jongens met DBD een hogere mate van competentiebeleving hebben. Dit wordt verwacht doordat zij door een verminderde functionering van de frontaalkwab mogelijk niet goed op zichzelf kunnen reflecteren en zichzelf overschatten. Verder wordt verwacht dat de mate van proactieve agressie een andere relatie heeft met competentiebeleving in de groep jongens met DBD dan de mate van reactieve agressie, aangezien verschillende hersengebieden bij de verschillende soorten agressie zijn betrokken.

## 2. METHODEN

In dit hoofdstuk zal beschreven worden hoe de participanten in deze studie geworven zijn, wat de demografische gegevens van de participanten zijn, welke meetinstrumenten gebruikt zijn in de studie en wat de procedures waren. Ten slotte wordt de data-analyse beschreven.

### 2.1 *Dataverzameling*

De data voor dit onderzoek is verzameld op klinische centra (Fortagroep en Ambulatorium Leiden), op het speciaal onderwijs (cluster 4: zeer moeilijk opvoedbare kinderen [ZMOK]) en op reguliere scholen. De dataverzameling op klinische centra verliep anders dan op het speciaal onderwijs en op reguliere scholen. Kinderen van klinische centra werden gescreend met de Child Behavior Checklist (CBCL) door een van de therapeuten. Als het kind op de schaal externaliserende problemen van de CBCL een klinische score behaalde, werd een interview met de Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) module E bij de ouder van het kind afgenomen. Met dit interview werd gekeken of het kind voldeed aan de criteria van ODD of CD. Als dit ook het geval was, stelde de therapeut de ouders op de hoogte van het onderzoek en gaf de therapeut een informatiebrochure aan de ouders mee. Als de ouders aangaven mee te willen doen met het onderzoek, en zij de therapeut toestemming gaven om contactgegevens door te geven aan de onderzoekers, kregen de onderzoekers de contactgegevens en namen zij contact op met de ouders. Dit contact was bedoeld om gedetailleerde informatie te verstrekken aan de ouders, om hun vragen te beantwoorden en om een afspraak te maken voor het onderzoek.

De dataverzameling op het speciaal onderwijs (cluster 4: ZMOK) en op de reguliere scholen verliep als volgt. De directeur van de school werd benaderd door de onderzoekers en er werd een informatiebrochure opgestuurd naar de school. Bij toestemming van de directeur werden de leerkrachten benaderd om informatiebrochures en antwoordkaarten te verspreiden aan de kinderen en de ouders. Met deze brochure werden de ouders op de hoogte gesteld over het onderzoek zelf en over deelname hieraan. Met de ouders die via de antwoordkaart toestemming gaven werd telefonisch contact opgenomen om gedetailleerde informatie te verstrekken en om een afspraak te maken voor het onderzoek. Ook werd telefonisch een ouderinterview afgenomen met de DISC Module E. Tijdens het onderzoek werd naast andere vragenlijsten ook de CBCL afgenomen. Kinderen die zowel voldeden aan de criteria van ODD of CD en een klinische score scoorde op de externaliserende schaal van de CBCL werden ingedeeld in de groep kinderen met DBD. De kinderen van de reguliere scholen die

een normale score behaalden op de CBCL en geen diagnose ODD of CD behaalden op het DISC interview werden ingedeeld in de controlegroep.

## 2.2 *Participanten*

Aan dit onderzoek deden 86 kinderen mee in de leeftijd van zeven tot en met twaalf jaar; 45 kinderen met DBD, 40 controlekinderen en één kind waarvan niet duidelijk is of hij in de groep kinderen met DBD hoort of in de controlegroep. Van de groep kinderen met DBD is 33.3% klinisch geworven, 46.7% via het speciaal onderwijs en 20.0% via regulier onderwijs. Van de controlegroep is 10% geworven via speciaal onderwijs en 90.0% via regulier onderwijs. Alle participanten zijn jongens, er doen geen meisjes mee aan het onderzoek. Van 83 jongens is bekend dat zij op de basisschool zitten, van drie participanten is dit niet bekend. De gemiddelde leeftijd bedraagt 9.7 jaar met een standaarddeviatie van 1.3. De meeste kinderen, namelijk 62.8%, wonen met beide ouders in één huis, 36.0% van de kinderen niet. Bij de overige 1.2% van de kinderen is dit niet bekend. Zoals te zien is in tabel 1 zijn de meeste kinderen in dit onderzoek van Nederlandse afkomst. De SES van de kinderen is niet bekend. Wel is de opleiding van de ouders bekend, wat kan dienen als indicator voor SES. Zoals in tabel 2 te zien is hebben de meeste moeders en vaders voortgezet onderwijs en/of MBO afgerond.

Tabel 1. *Geboorteland kind, moeder, vader.*

Geboorteland	Kind	Moeder	Vader
Nederland	89.5%	74.4%	67.4%
Marokko	1.2%	8.1%	7.0%
Suriname	1.2%	4.7%	4.7%
Antillen of Aruba	0.0%	2.3%	3.5%
Turkije	1.2%	1.2%	2.3%
Ander land	2.3%	8.1%	14.0%
Missend	4.7%	1.2%	1.2%

Tabel 2. *Opleidingsniveau moeder en vader.*

Opleidingsniveau	Moeder	Vader
HBO of academische graad	33.7%	26.7%
Enkele jaren HBO of universitair onderwijs	10.5%	12.8%
Voortgezet onderwijs en/of MBO	34.9%	36.0%
Enkele jaren voortgezet onderwijs	9.3%	15.1%
Basisonderwijs	5.8%	3.5%
Enkele jaren basisonderwijs	2.3%	1.2%
Geen onderwijs	0.0%	1.2%
Missend	3.5%	3.5%

### 2.3 Meetinstrumenten

Voor de screening van de participanten is gebruik gemaakt van de CBCL en de DISC. De CBCL is een vragenlijst ontworpen door Achenbach (Achenbach, zoals geciteerd in Warnick, Bracken, & Kasl, 2008). De CBCL bestaat uit 118 items om probleemgedrag en vaardigheden, zoals gerapporteerd door ouders, vast te stellen bij kinderen van anderhalf tot en met achttien jaar, afhankelijk van de versie. De CBCL wordt individueel door de ouder(s) of verzorger(s) ingevuld op een drie-puntschaal (niet waar (voor zover je weet)/ietwat of soms waar/erg waar of vaak waar). De tijdsduur voor het invullen van de vragenlijst is ongeveer een kwartier. De CBCL bestaat uit negen schalen, namelijk teruggetrokken/depressief gedrag, angstig/depressief gedrag, lichamelijke klachten, sociale problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen, normafwijkend gedrag, agressief gedrag en andere problemen. Verder zijn er nog twee hogere schalen. De eerste drie probleemschalen vormen de hogere schaal internaliserende problematiek en de schalen normafwijkend gedrag en agressief gedrag vormen de hogere schaal externaliserende problematiek. Alle probleemschalen samen vormen de schaal totale problemen. De begrips- en criteriumvaliditeit van de CBCL zijn door de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) in 2013 als voldoende beoordeeld (Nederlands Jeugd Instituut [NJI], z.j.a), de normen en betrouwbaarheid onvoldoende.

De DISC is een gestandaardiseerd diagnostisch interview, gebaseerd op de DSM-IV en de tiende editie van de International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), om meer dan dertig kinder- en jeugdpsychiatrische stoornissen te screenen (Schaffer, Fisher, Lucas, Dulcan, & Schwab-Stone, 2000). De gehele DISC bevat bijna 3000 vragen die opgedeeld zijn in zes diagnostische hoofdcategorieën; angststoornissen, gemengd, stemmingsstoornissen, schizofrenie, gedragsstoornissen en middelmisbruik. In dit onderzoek is alleen gebruik gemaakt van Module E; gedragsstoornissen. Deze module bestaat uit drie subtypen; aandachtstekort met hyperactiviteitstoornis, oppositioneel opstandige gedragsstoornis en antisociale gedragsstoornis. De ouder of verzorger beantwoordt de vragen over hun zes- tot zeventienjarig kind. De meeste vragen zijn beperkt tot een ja/nee antwoord, maar er zijn ook verdiepvragen waar nodig. De test-hertest betrouwbaarheid van het interview in een klinische sample is matig en de validiteit is goed (Schaffer et al., 2000).

In dit onderzoek zijn, naast de screeningsinstrumenten, ook drie andere meetinstrumenten gebruikt; de Teacher Report Form (TRF), de CBSK en Instrument voor Reactieve en

Proactieve Agressie (IRPA). De TRF is gebruikt om te bekijken of de leerkracht van het kind problemen rapporteert. De TRF is bijna hetzelfde als de CBCL, maar dan ingevuld door de leerkracht (Kendall et al., 2007). De TRF bestaat ook uit 118 items die de leerkracht invult op een drie-puntschaal (helemaal niet van toepassing/een beetje of soms van toepassing/duidelijk of vaak van toepassing). Er wordt gevraagd naar het schoolwerk, naar het functioneren en naar emotionele- en gedragsproblemen van het kind in het afgelopen half jaar. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer vijftien minuten. Ook de TRF bestaat uit negen schalen (teruggetrokken/depressief gedrag, angstig/depressief gedrag, lichamelijke klachten, sociale problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen, normafwijkend gedrag, agressief gedrag en andere problemen) die bij elkaar de totale problemen vormen. Verder zijn er nog twee hogere schalen. De hogere schaal internaliserende problematiek bestaat uit de schalen teruggetrokken/depressief gedrag, angstig/depressief gedrag en lichamelijke klachten. De hogere schaal externaliserende problematiek bestaat uit de schalen normafwijkend gedrag en agressief gedrag. De COTAN heeft in 1999 de TRF beoordeeld als voldoende tot goed, maar heeft de nieuwe versie van de TRF niet beoordeeld (NJI, z.j.b).

Voor het meten van de competentiebeleving is gebruik gemaakt van de CBSK. De CBSK is een Nederlandse vertaling en bewerking van de Self-Perception Profile for Children (SPPC) (NJI, z.j.c). De SPPC is ontworpen door S. Harter in 1985 en de Nederlandse bewerking is gedaan door J.W. Veermen en collega's in 1997. De CBSK wordt afgenomen bij het kind door een psycholoog, orthopedagoog, remedial teacher of door iemand die een speciale training heeft gevolgd. De afname duurt ongeveer vijftien minuten. De CBSK bestaat uit 36 items om vast te stellen hoe bekwaam kinderen van acht tot twaalf jaar zichzelf vinden op een aantal gebieden en hoe hoog hun globaal gevoel van eigenwaarde is. De CBSK bestaat uit zes schalen. Bij de schaal schoolvaardigheden draait het om de competentiebeleving van de schoolprestaties van het kind. De schaal sociale acceptatie gaat om de beleving van het kind op het gebied van 'erbij' horen, vrienden maken en aardig gevonden te worden. De schaal sportieve vaardigheden omvat competentiebeleving omtrent sport, gymnastiek en buitenspelletjes. Wat het kind van zijn of haar uiterlijk vindt is terug te vinden in de schaal fysieke verschijning. Bij de schaal gedragshouding gaat het om de beleving van het kind over zijn of haar gedrag; gedraagt hij of zij zich zoals dat verwacht wordt? De laatste schaal, gevoel van eigenwaarde, gaat over de algemene beoordeling van het kind over zichzelf. Het kind kan bij elk item kiezen uit twee stellingen. Daarna moet het kind aangeven of deze

stelling helemaal waar is voor hem of haar of een beetje waar. De scores per item lopen van 1 t/m 4; 1 is het minst competent en 4 is het meest competent. De betrouwbaarheid en begripsvaliditeit van de CBSK zijn door de COTAN 1998 beoordeeld als voldoende (NJI, z.j.c). De criteriumvaliditeit is niet bekend.

Voor het meten van de mate van reactieve en proactieve agressie is gebruik gemaakt van de IRPA. Deze vragenlijst kan ingevuld worden door zowel de ouder als door de leerkracht en kan gebruikt worden voor het meten van de aanwezigheid en frequentie van reactieve en proactieve agressie bij kinderen (Polman, 2008). De IRPA bestaat uit zeven vragen met twee delen. In deel a wordt op een vijf-puntschaal (nooit/een enkele keer/wekelijks/meerdere keren per week/dagelijks) aangegeven hoe vaak het kind bepaald agressief gedrag vertoonde in de afgelopen maand. In deel b wordt ook op een vijf-puntschaal (nooit/zelden/soms/meestal/steeds) aangegeven in hoeverre bepaalde redenen een rol gespeeld hebben bij het vertonen van het agressieve gedrag. De verschillende redenen zijn: om te kwetsen/gemeen te zijn, om de baas te spelen, uit plezier, omdat het kind zelf geplaagd werd, omdat het kind zich bedreigd/aangevallen voelde en omdat het kind kwaad was. De eerste drie redenen geven de mate van proactieve agressie aan, de laatste drie redenen geven de mate van reactieve agressie aan. De tijdsduur om de vragenlijst in te vullen is ongeveer tien minuten. De IRPA is een valide en betrouwbaar instrument (Polman, 2008; Polman, Orobio de Castro, & Van Aken, 2008).

#### *2.4 Procedures*

De kinderen die participeren in dit onderzoek werden een dag getest op het Ambulatorium. Er werden afwisselend van elkaar zowel cognitieve taken als vragenlijsten afgenomen. De testsessie werd gedaan door een onderzoeker of een student die getraind was om het onderzoek af te nemen. De studenten kregen een paar bijeenkomsten waarin de taken werden uitgelegd. Vervolgens kregen zij feedback op een testvideoband die zij hebben afgenomen met een kind naar keuze. Ook keken de studenten eerst mee met de onderzoeker voordat de studenten zelf het onderzoek af gingen nemen. De onderzoekers namen de taken en vragenlijsten af bij het kind volgens de instructies die beschreven staan in de Testhandleiding, gemaakt door de onderzoekers. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen zullen de scores van de TRF, de CBSK en de IRPA worden gebruikt.

## 2.5 *Data-analyse*

Nadat alle data verzameld en ingevoerd is in SPSS, zal allereerst het kind, waarvan niet bekend is of het in de DBD-groep of in de controlegroep hoort, verwijderd worden uit het databestand. Ook worden de vragen van de CBSK met omgekeerde scores gehercodeerd en worden de schaalscores berekend. Vervolgens zal er een data-inspectie en descriptieve analyse plaatsvinden voordat de statistische analyses worden uitgevoerd. Analyses worden uitgevoerd met het statistische software programma SPSS versie 22.

Als er sprake is van normaliteit of als er geen sprake is van normaliteit maar wel van groepen groter dan 30, zal een t-toets voor twee onafhankelijke steekproeven uitgevoerd worden om de vraag te kunnen beantwoorden of de competentiebeleving bij jongens met DBD verschilt van jongens uit de controlegroep. Als er sprake is van een significant verschil zal de effectgrootte worden berekend met behulp van Cohen's d. Als er sprake is van een niet normaal verdeelde verdeling en als één of beide groep(en) kleiner is/zijn dan 30, zal de niet-parametrische Mann-Whitney toets uitgevoerd worden.

Voordat de relatie tussen enerzijds competentiebeleving en anderzijds mate van proactieve agressie en mate van reactieve agressie in de groep jongens met DBD wordt onderzocht, zal alleen de data van de groep jongens met DBD worden geselecteerd. Als er sprake is van een lineair verband en een bivariate normale verdeling (of een steekproef groter dan 30) zal met behulp van de Pearson's correlatiecoëfficiënt gekeken worden of de relatie tussen zelfbeeld en mate van proactieve en reactieve agressie significant is. Wanneer er geen sprake is van een lineair verband tussen competentiebeleving en soort agressie en/of als er geen sprake is van een bivariate normale verdeling of een steekproef groter dan 30 zal de Spearman's rangcorrelatie worden uitgevoerd.

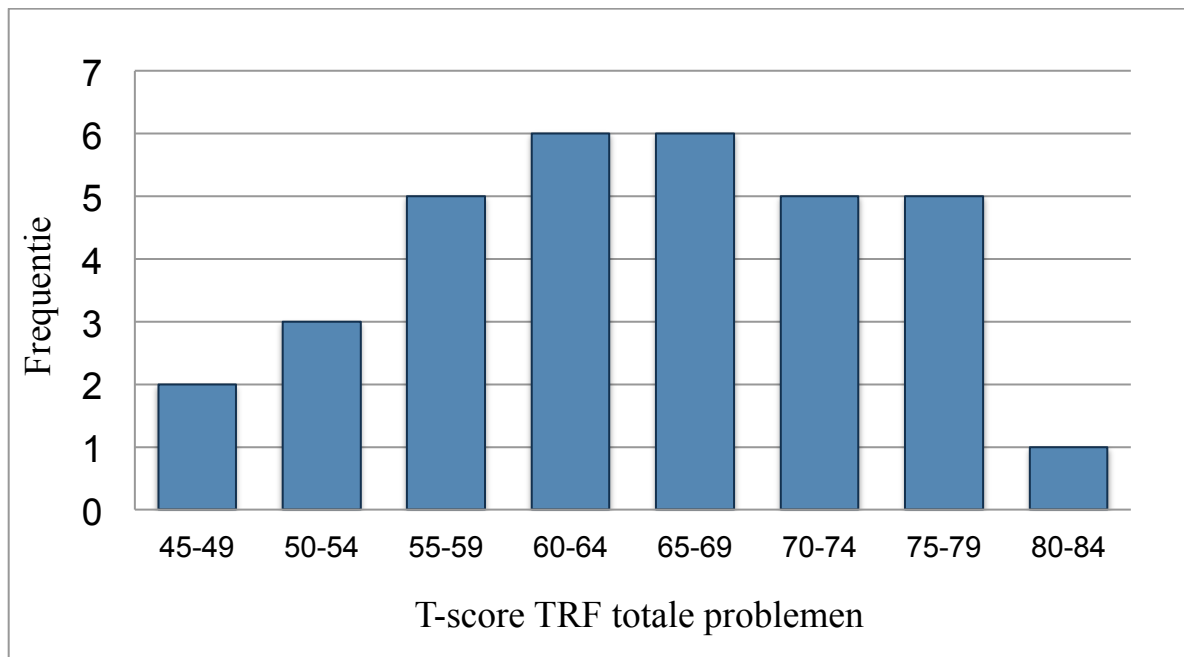
### 3. RESULTATEN

In dit hoofdstuk zullen de uitkomsten van de statistische analyses worden gepresenteerd. Allereerst zal met behulp van de CBCL en de TRF gekeken worden of er problemen bestaan in de groep jongens met DBD en zal de data inspectie en de descriptieve analyse worden besproken. Vervolgens zal het verschil in competentiebeleving tussen de twee groepen worden berekend en ten slotte zal de relatie tussen competentiebeleving en mate van proactieve en reactieve agressie worden onderzocht.

#### 3.1 CBCL/TRF

De jongens in de DBD groep hebben allen een klinische score op de schaal externaliserende problemen van de CBCL, aangezien dit één van de inclusievoorwaarden is voor de DBD-groep. De TRF is niet voor alle jongens ingevuld. Voor de jongens met DBD waarvan de leerkracht wel de TRF heeft ingevuld, staat in figuur 1 een overzicht van de T-scores van de totale score. Een T-score van 60 t/m 63 geeft een subklinische score aan en een score van 64 of hoger geeft een klinische score aan. Zoals in figuur 1 te zien is scoren niet alle jongens met DBD (sub)klinisch op de totale problemen van de TRF. Wel scoren de meeste jongens met DBD in het (sub)klinische gebied. Wanneer alleen gekeken wordt naar de schaal externaliserende problemen van de TRF blijkt dat ook niet alle jongens met DBD hierop (sub)klinisch scoren. Doordat de jongens wel allemaal klinisch scoren op de schaal externaliserende problemen van de CBCL en de scores van de meeste jongens met DBD op totale problemen van de TRF in (sub)klinisch gebied vallen kan er van uitgegaan worden dat er wel degelijk problemen zijn bij de jongens met DBD. Door het verschil in competentiebeleving te onderzoeken tussen jongens in de DBD-groep en jongens in de controlegroep en door de relatie tussen competentiebeleving en mate van proactieve en reactieve agressie te berekenen in de DBD-groep zal gekeken worden of de jongens in de DBD-groep zelf ook problemen ervaren.





Figuur 1. Overzicht T-scores van de totale problemen op de TRF van de jongens met DBD.

### 3.2 Data inspectie en descriptieve analyse

Allereerst is de proefpersoon, waarvan niet duidelijk is of hij in de DBD-groep of in de controlegroep zit, verwijderd uit het databestand. Ook zijn de vragen van de CBSK met omgekeerde scores gehercodeerd. Verder zijn de schalen van de CBSK en de mate van proactieve en reactieve agressie berekend op basis van de scores op de afzonderlijke vragen. De data inspectie is zowel uitgevoerd bij de gehele populatie als bij de DBD-groep. Bij een aantal variabelen was er sprake van uitbijters. Deze zijn uit het databestand verwijderd, omdat ze mogelijk de data teveel kunnen beïnvloeden. Een waarde die op een afstand van minimaal anderhalf keer de boxlengte ligt, ligt te ver buiten de verdeling en wordt buiten de boxplot weergegeven en dus als uitbijter gezien. Alleen bij de variabelen gevoel van eigenwaarde en mate van proactieve agressie, beoordeeld door de ouder, kwamen nieuwe uitbijters tevoorschijn bij het opnieuw bekijken van de variabele. Deze zijn behouden, omdat door het verwijderen van uitbijters de verdeling verschuift, waardoor mogelijk steeds nieuwe uitbijters tevoorschijn komen. De descriptieve analyse van de variabelen in de populatie alsmede de descriptieve analyse van de variabelen in de groep jongens met DBD worden weergegeven in tabel 3. Aan de voorwaarden voor de t-toets voor twee onafhankelijke steekproeven en de Pearson's correlatiecoëfficiënt wordt voldaan.

Tabel 3. *Descriptieve analyse van de variabelen.*

		N	M	SD	Min	Max
Schoolvaardigheden	T:	79	18.70	4.11	9.00	24.00
	DBD:	40	18.00	4.42	9.00	24.00
Sociale Acceptatie	T:	77	19.26	3.83	10.00	24.00
	DBD:	39	19.05	3.68	12.00	24.00
Sportieve vaardigheden	T:	78	19.73	3.77	9.00	24.00
	DBD:	40	19.65	3.82	11.00	24.00
Fysieke verschijning	T:	79	20.21	3.31	12.00	24.00
	DBD:	40	19.93	3.42	13.00	24.00
Gedragshouding	T:	79	18.34	3.80	9.00	24.00
	DBD:	40	17.18	3.83	10.00	24.00
Gevoel van eigenwaarde	T:	76	21.04	3.08	13.00	24.00
	DBD:	38	20.03	3.48	13.00	24.00
Totale competentie-beleving	T:	78	116.50	16.54	76.00	141.00
	DBD:	40	113.05	17.89	76.00	141.00
Mate van proactieve agressie, beoordeeld door de ouder	T:	80	5.30	6.82	0.00	28.00
	DBD:	41	8.56	7.71	0.00	28.00
Mate van reactieve agressie, beoordeeld door de ouder	T:	83	16.73	16.21	0.00	54.00
	DBD:	44	24.39	16.97	0.00	54.00
Mate van proactieve agressie, beoordeeld door de leerkracht	T:	52	11.29	13.33	0.00	48.00
	DBD:	34	14.24	12.81	0.00	40.00
Mate van reactieve agressie, beoordeeld door de leerkracht	T:	53	19.19	18.59	0.00	54.00
	DBD:	34	24.47	18.52	0.00	54.00

T = gehele steekproef

DBD = groep jongens met een disruptieve gedragsstoornis

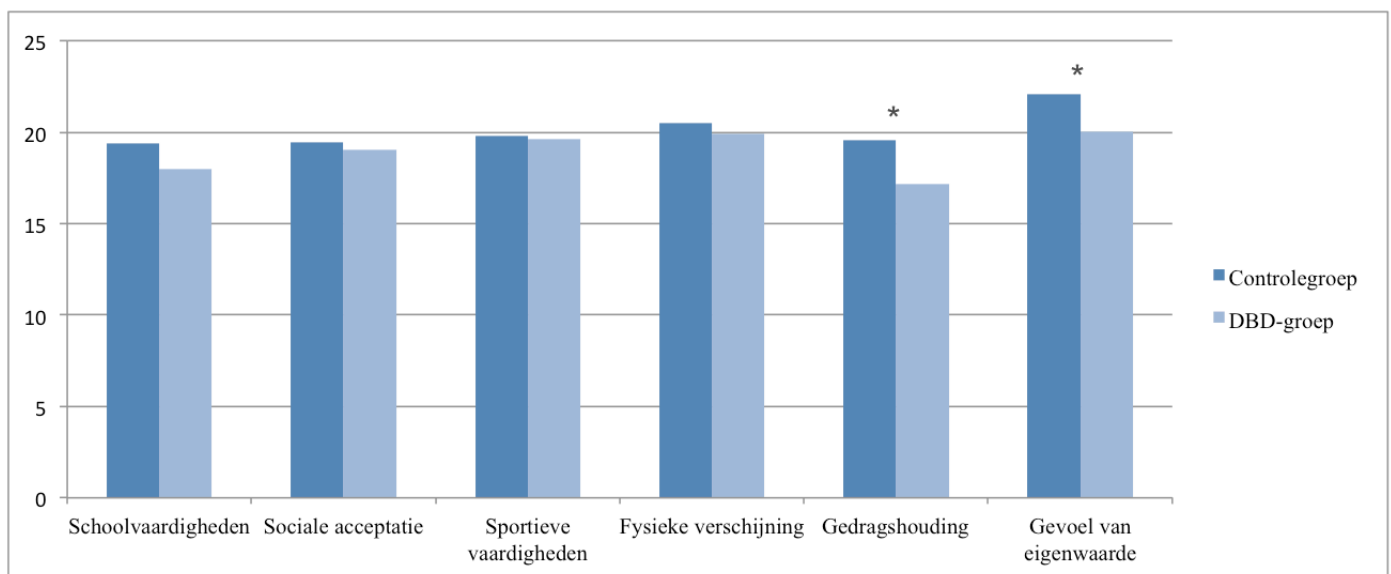
### 3.3 *Verskil in competentiebeleving*

Om een antwoord te geven op de vraag of er een verschil is in competentiebeleving tussen jongens met DBD en jongens uit de controlegroep is de t-toets voor twee onafhankelijke steekproeven uitgevoerd. In tabel 4 en figuur 2 zijn de resultaten van de toets weergegeven. In de tabel en de figuur is te zien dat er een significant verschil is in competentiebeleving op het gebied van gedragshouding ( $t(77) = -2.90$ ,  $p = 0.01$ ) tussen jongens met DBD ( $M = 17.18$ ,  $SD = 3.83$ ) en jongens uit de controlegroep ( $M = 19.54$ ,  $SD = 3.41$ ). Ook is er een significant verschil in competentiebeleving op het gebied van gevoel van eigenwaarde ( $t(63.24) = -3.02$ ,  $p < 0.01$ ) tussen jongens met DBD ( $M = 20.03$ ,  $SD = 3.48$ ) en jongens uit de controlegroep ( $M = 22.05$ ,  $SD = 2.24$ ). Op de andere gebieden van competentiebeleving is er geen sprake van een significant verschil. Met behulp van Cohen's d zijn de effectgroottes voor de significante verschillen in competentiebeleving berekend. Voor competentiebeleving op het gebied van gedragshouding is Cohen's d - 0.65 en voor competentiebeleving op het gebied van gevoel van eigenwaarde is Cohen's d - 0.69.

Tabel 4. *Verskil in competentiebeleving tussen de controlegroep en de DBD-groep.*

	Controlegroep	DBD-groep	Statistieken
Schoolvaardigheden	19.41 (3.68)	18.00 (4.42)	$t(77) = -1.54$ $p = 0.13$
Sociale acceptatie	19.47 (4.02)	19.05 (3.68)	$t(75) = -0.48$ $p = 0.63$
Sportieve vaardigheden	19.82 (3.76)	19.65 (3.82)	$t(76) = -0.19$ $p = 0.85$
Fysieke verschijning	20.51 (3.20)	19.93 (3.42)	$t(77) = -0.79$ $p = 0.43$
Gedragshouding	19.54 (3.41)	17.18 (3.83)	$t(77) = -2.90$ $p = 0.01^*$
Gevoel van eigenwaarde	22.05 (2.24)	20.03 (3.48)	$t(63.24) = -3.02$ $p < 0.01^*$
Totale competentiebeleving	120.13 (14.35)	113.05 (17.89)	$t(73.96) = -1.93$ $p = 0.06$

\* = significant



\* = significant verschil

Figuur 2. *Verskil in competentiebeleving tussen de controlegroep en de DBD-groep.*

### 3.4 Correlatie competentiebeleving en mate van proactieve en reactieve agressie in de DBD-groep

De Pearson's correlatiecoëfficiënt is uitgevoerd om de sterkte en de richting van het verband tussen competentiebeleving en mate van proactieve en reactieve agressie in de groep jongens met DBD weer te geven. De resultaten van de correlatiecoëfficiënt zijn weergegeven in tabel 5. In tabel 5 is te zien dat de mate van proactieve agressie, beoordeeld door de leerkracht, significant samenhangt met de schaal gedragshouding ( $r = - 0.50$ ,  $p < 0.01$ ) en de schaal gevoel van eigenwaarde ( $r = - 0.55$ ,  $p < 0.01$ ) van de CBSK. Mate van reactieve agressie, beoordeeld door de leerkracht, hangt samen met de totale competentiebeleving ( $r = - 0.37$ ,  $p = 0.04$ ). Bij correctie voor multiple comparisons zou deze relatie echter wegvallen, waardoor deze relatie voorzichtig geïnterpreteerd moet worden.

Tabel 5. Correlatie competentiebeleving en mate van proactieve en reactieve agressie in groep jongens met DBD.

	Mate van proactieve agressie, beoordeeld door de ouder	Mate van reactieve agressie, beoordeeld door de ouder	Mate van proactieve agressie, beoordeeld door de leerkracht	Mate van reactieve agressie, beoordeeld door de leerkracht
Schoolvaardigheden	$r = 0.14$ $p = 0.40$	$r = 0.07$ $p = 0.69$	$r = - 0.05$ $p = 0.79$	$r = - 0.27$ $p = 0.15$
Sociale acceptatie	$r = 0.13$ $p = 0.44$	$r = - 0.22$ $p = 0.19$	$r = - 0.31$ $p = 0.10$	$r = - 0.32$ $p = 0.09$
Sportieve vaardigheden	$r = 0.20$ $p = 0.22$	$r = 0.17$ $p = 0.30$	$r = 0.01$ $p = 0.94$	$r = - 0.19$ $p = 0.30$
Fysieke verschijning	$r = 0.16$ $p = 0.34$	$r = - 0.13$ $p = 0.42$	$r = - 0.09$ $p = 0.62$	$r = - 0.21$ $p = 0.25$
Gedrags-houding	$r = - 0.26$ $p = 0.12$	$r = - 0.15$ $p = 0.36$	$r = - 0.50$ $p < 0.01^{**}$	$r = - 0.24$ $p = 0.19$
Gevoel van eigenwaarde	$r = 0.06$ $p = 0.75$	$r = - 0.19$ $p = 0.25$	$r = - 0.55$ $p < 0.01^{**}$	$r = - 0.29$ $p = 0.12$
Totale competentie-beleving	$r = 0.10$ $p = 0.57$	$r = - 0.11$ $p = 0.48$	$r = - 0.30$ $p = 0.11$	$r = - 0.37$ $p = 0.04^*$

\* = significant bij  $\alpha = 0.05$

\*\* = significant bij  $\alpha = 0.01$

#### 4. DISCUSSIE

Doel van deze studie was het onderzoeken van de relatie tussen DBD, competentiebeleving en mate van proactieve en reactieve agressie bij jongens van zeven t/m twaalf jaar. Er is gekeken in hoeverre er een verschil is in competentiebeleving tussen jongens met DBD en jongens uit de controlegroep. Ook is er gekeken naar de relatie tussen competentiebeleving en mate van proactieve en reactieve agressie in de groep jongens met DBD. Verwacht werd dat de jongens met DBD een hogere mate van competentiebeleving hebben dan de controlegroep. Ook werd verwacht dat de mate van proactieve agressie een andere relatie heeft met competentiebeleving in de groep kinderen met DBD dan de mate van reactieve agressie.

##### 4.1 *Hoofdbevindingen*

Ten eerste is onderzocht of jongens met DBD van zeven tot en met twaalf jaar zichzelf anders scoren qua competentiebeleving in vergelijking met jongens uit de controlegroep. Alleen de competentiebeleving op het gebied van gedragshouding en op het gebied van gevoel van eigenwaarde verschilden tussen de twee groepen; de jongens uit de groep met DBD voelen zich minder bekwaam op deze gebieden dan jongens uit de controlegroep. De beleving over het eigen gedrag van de jongens uit de groep met DBD is dus lager dan bij jongens uit de controlegroep. Ook de algemene beoordeling over zichzelf is lager in de groep jongens met DBD. Bij beide is er sprake van een middelgroot effect.

Vervolgens is gekeken naar de groep jongens met DBD. Onderzocht is of er binnen deze groep een relatie bestaat tussen competentiebeleving en mate van proactieve en reactieve agressie. Er bestaan in de groep jongens met DBD matige negatieve relaties tussen de mate van proactieve agressie, beoordeeld door de leerkracht, en de schalen gedragshouding en gevoel van eigenwaarde van de CBSK. De mate van reactieve agressie, beoordeeld door de leerkracht, heeft een zwakke negatieve relatie met de totale competentiebeleving. Deze relatie moet echter wel voorzichtig worden geïnterpreteerd, omdat deze relatie weg zou vallen bij correctie voor multiple comparisons.

##### 4.2 *Uitgebreide beschrijving hoofdbevindingen en vergelijking eerder onderzoek*

Uit eerder onderzoek is gebleken dat verschillende domeinen van zelfwaardering een verschillende relatie kunnen hebben met externaliserende problemen en antisociaal gedrag (Vermeiren et al., 2004; Webster & Kirkpatrick, 2006). Ook deze studie toont aan dat de gebieden van competentiebeleving kunnen verschillen; niet alle domeinen verschillen tussen

de DBD-groep en de controlegroep. Alleen bij competentiebeleving op het gebied van gedragshouding en gevoel van eigenwaarde is er een verschil tussen de twee groepen. Deze twee soorten competentiebeleving zijn lager in de groep jongens met DBD. Kinderen met DBD vertonen ernstige externaliserende problemen en antisociaal gedrag; ze gedragen zich dus niet zoals verwacht wordt. Dit komt ook naar voren in de beleving van het kind zelf; de jongens met DBD beoordelen hun gedragshouding lager in vergelijking met de jongens uit de controlegroep. De jongens met DBD vinden zichzelf dus ook minder goed naar verwachting gedragen vergeleken met de jongens uit de controlegroep. Zij voelen zich hier ook minder goed over. De jongens met DBD scoren de algemene beoordeling over zichzelf dan ook lager dan de jongens in de controlegroep. Bij de andere domeinen van competentiebeleving is geen verschil gevonden tussen de groepen. Ook niet bij de soorten waarbij in andere studies wel een relatie werd gevonden met agressie, antisociaal gedrag en externaliserende problemen, zoals competentiebeleving op het gebied van schoolvaardigheden (Taylor et al., 2007; Vermeiren et al., 2004) en sociale acceptatie (Vermeiren et al., 2004; Webster & Kirkpatrick, 2006). De participanten bij de studies die wel een relatie vonden bij deze domeinen waren echter adolescenten of studenten. Mogelijk hebben schoolvaardigheden en sociale acceptatie geen relatie met externaliserende problemen en antisociaal gedrag bij kinderen van zeven tot en met twaalf jaar.

Ondanks dat verwacht werd dat jongens met DBD hun competentiebeleving zouden overschatten is er bij deze groep een lagere competentiebeleving gevonden op de gebieden gedragshouding en gevoel van eigenwaarde in vergelijking met de controlegroep. De ouder en/of de leerkracht gaven op de CBCL of TRF aan dat er problemen zijn bij de groep jongens met DBD. De jongens met DBD hebben dit zelf dus ook op bepaalde gebieden door. Dit komt niet overeen met de studies die een relatie tussen een overschatting van de eigen competentie en agressie aantonen (Baumeister et al., 1996; Mathias et al., 2011; Orobio de Castro et al., 2007), maar komt wel overeen met de studies die een relatie vonden tussen een lage waardering van competentiebeleving en agressie (Donnellan et al., 2005; Taylor et al., 2007).

Dat de jongens met DBD hun gedragshouding en gevoel van eigenwaarde lager scoren dan de controlegroep lijkt specifiek te zijn voor de jongens met een hogere mate van proactieve agressie, beoordeeld door de leerkracht. Hoe hoger de mate van proactieve agressie bij de jongens met DBD hoe lager zij hun gedragshouding en gevoel van eigenwaarde scoren. Bij

proactieve agressie is vooral een verminderde functionering van de amygdala betrokken (Blair, 2004; Killcross et al., 1997). Voor zelfevaluatie is vooral de frontaalkwab verantwoordelijk (Flagan & Beer, 2013). Doordat bij proactieve agressie en zelfevaluatie verschillende hersengebieden betrokken zijn, tast proactieve agressie niet de zelfevaluatie aan. Dit resultaat is tegenstrijdig met het resultaat van een eerdere studie (Orobio de Castro et al., 2007) die een relatie aantoonde tussen een overschat sociale competentiebeleving en een hoge mate van proactieve agressie. Wel was deze relatie alleen gevonden bij kinderen die sociaal afgewezen waren. In deze studie is niet gekeken naar kinderen die sociaal zijn afgewezen, waardoor mogelijk de relatie van proactieve agressie met overschatting niet is gevonden.

Zoals verwacht heeft de mate van reactieve agressie een andere relatie met competentiebeleving in de groep kinderen met DBD dan de mate van proactieve agressie. Op de verschillende domeinen van competentiebeleving is er in de groep jongens met DBD geen relatie gevonden met de mate van reactieve agressie. De jongens met DBD met een hogere mate van reactieve agressie scoren hun competentiebeleving over het algemeen dus niet hoger of lager dan de jongens met DBD met een lagere mate van reactieve agressie. Terwijl jongens met een hogere mate van reactieve agressie over het algemeen zich minder gedragen als verwacht wordt dan jongens met een lagere mate van reactieve agressie, beoordelen zij hun gedragshouding en andere domeinen van competentiebeleving niet lager dan jongens met een lagere mate van reactieve agressie. Ook dit resultaat kan verklaard worden vanuit de hersenen. Bij reactieve agressie is vooral de orbitale frontale cortex betrokken (Blair, 2004). Ook bij zelfevaluatie is de frontale cortex betrokken (Flagan & Beer, 2013). Een verminderde functionering van de frontaalkwab, wat over het algemeen het geval is bij jongens met een hoge mate van reactieve agressie, zorgt dus ook voor een verstoring van de zelfreflectie bij deze jongens. Zij scoren hun gedrag over het algemeen niet lager dan de jongens met een lage mate van reactieve agressie, terwijl zij zich wel minder goed gedragen dan verwacht wordt. Bij jongens met DBD en een hoge mate van reactieve agressie lijkt dus wel sprake van een overschatting van de eigen competentie en hun eigen gedrag. Dat de mate van reactieve agressie, in tegenstelling tot mate van proactieve agressie, geen relatie heeft met de competentiebeleving op het gebied van gedragshouding, kan ook verklaard worden vanuit de verkeerde sociale informatieverwerking bij kinderen met reactieve agressie. Reactieve agressie ontstaat als gevolg van provocatie (Berkowitz, 1993). Een kind gedraagt zich agressief doordat hij de intentie van anderen (verkeerd) als vijandig opvat. Het kind reageert

impulsief en uit frustratie. Zij zullen dan ook eerder de ander de schuld geven van het eigen agressieve gedrag (Van Manen, 2001). Hierdoor is het plausibel dat ze zichzelf niet laag zullen beoordelen op de schaal gedragshouding; in hun beleving is het immers de schuld van de ander.

Wel zijn er aanwijzingen gevonden voor een relatie tussen mate van reactieve agressie, beoordeeld door de leerkracht, en totale competentiebeleving in de groep jongens met DBD. Deze relatie moet echter voorzichtig worden geïnterpreteerd. Doordat veel correlaties uitgevoerd zijn bestaat de kans dat er een relatie wordt gevonden die in werkelijkheid niet bestaat. Wanneer het significantieniveau verlaagd zou worden naar 0.01 zou deze relatie niet meer bestaan. Er is dus meer onderzoek nodig of deze relatie daadwerkelijk bestaat. Wanneer deze relatie bestaat, kan dit verklaard worden doordat reactief agressieve kinderen de intentie van anderen vijandig opvatten (Berkowitz, 1993). Zij zullen signalen eerder opvatten als een afkeuring (Schippell et al., 2003). Doordat zij het gevoel hebben dat de omgeving negatief op hen reageert en dit frustratie en emotie bij hen oproept, lijkt het logisch dat zij zichzelf dan ook als minder competent zullen beoordelen.

Er is geen relatie gevonden tussen competentiebeleving en mate van proactieve en reactieve agressie, beoordeeld door de ouder. Een mogelijke verklaring waarom deze samenhang niet gevonden wordt wanneer proactieve en reactieve agressie beoordeeld wordt door de ouder is dat agressie thuis en op school kan verschillen (Youngstrom, Loeber, & Stouthammer-Loeber, 2000). Ook zijn ouders andere waarnemers dan leerkrachten. Ouders kunnen gewend raken aan de agressiviteit van het kind, waardoor hun norm verschuift. Zo kunnen zij de mate van het agressieve gedrag van het kind als laag beoordelen, wanneer het kind minder agressief gedrag vertoont dan een aantal jaar eerder, terwijl de mate van het agressieve gedrag vergeleken met leeftijdsgenoten alsnog hoog is. De leerkracht kan het gedrag van het kind vergelijken met de leeftijdsgenoten in de klas. Verder zal sociale wenselijkheid meer bij ouders optreden dan bij de leerkracht.

#### **4.3** *Implicaties voor praktijk/maatschappij*

De resultaten brengen mogelijk implicaties voor de praktijk met zich mee. Uit de resultaten blijkt dat de groep jongens met DBD ook zelf enige problemen ervaren. Zo scoren zij lager op competentiebeleving op het gebied van gedragshouding en gevoel van eigenwaarde in



vergelijking met de controlegroep. Dit lijkt specifiek te zijn voor jongens met een hoge mate van proactieve agressie. Kinderen met proactieve agressie weten blijkbaar wel dat ze zich niet gedragen zoals het hoort, maar gedragen zich wel zo. Mogelijk komt dit doordat de beloning die verkregen wordt (de positieve bekrachtiging) van hogere waarde voor het kind is dan de straf (de negatieve bekrachtiging) (Van Manen, 2001). Een implicatie voor de praktijk is dan ook om de positieve bekrachtiging van het agressieve gedrag zo klein mogelijk te laten zijn en om de negatieve bekrachtiging groter te maken. Ook de aandacht van het kind vestigen op het slachtoffer kan helpen (Hoffman, 1994). Zo kan de pijn en de angst bij het slachtoffer als een negatieve bekrachtiger kunnen werken voor de agressie. Wanneer het agressieve gedrag meer gestraft dan beloond wordt zal het vertonen van proactieve agressie minder aantrekkelijk zijn voor het kind. Het is wel belangrijk om zo vroeg mogelijk te beginnen met het negatief bekrachtigen van het agressieve gedrag, aangezien kinderen met een gedragsstoornis vaak moeilijk van hun agressie afkomen (Verhulst & Verheij, 2009). Een andere implicatie is preventie van het agressieve gedrag. Zo kunnen betrokkenen zorgen dat het kind niet in situaties terecht kan komen waarin het risico groot is om agressief en/of antisociaal gedrag te vertonen. Ten slotte is het opsplitsen van agressie in proactieve en reactieve agressie theoretisch gezien een belangrijke implicatie, omdat dit verschillende resultaten met zich meebrengt.

#### *4.4 Sterk punt van de studie*

Er kan een sterk punt van de studie geformuleerd worden. Zo is de IRPA, de vragenlijst om de mate van proactieve en reactieve agressie te meten, afgenomen bij zowel de ouder als de leerkracht. Een voordeel van meerdere informanten is dat er een vollediger en betrouwbaarder beeld ontstaat. Zo wordt er gekeken naar meerdere situaties; zowel naar situaties waarbij de ouder is betrokken als naar situaties waarbij de leerkracht is betrokken. Ook zal de leerkracht de vragenlijst waarschijnlijk minder sociaal wenselijk invullen dan de ouder.

#### *4.5 Beperking van de studie*

Een beperking van de studie is dat de variabelen in deze studie met vragenlijsten gemeten zijn. Zo kan er sprake zijn van sociale wenselijkheid, waardoor het kind de competentiebeleving hoger zal beoordelen of waardoor vooral de ouders, maar ook de leerkracht, niet snel zullen toegeven dat er sprake is van agressie bij het kind. Ook zou de relatie met het kind de rapportage kunnen beïnvloeden. Bij een goede relatie kan de ouder en de leerkracht de vragenlijst positiever invullen dan het geval is bij een slechte relatie.

Agressieve kinderen roepen agressie en afwijzing op van anderen, zowel van kinderen als van volwassenen (Van Manen, 2001). Wellicht hebben jongens met DBD door de agressie en afwijzing die ze oproepen met hun externaliserende problemen en hun antisociale gedrag een minder goede relatie met hun ouder en/of leerkracht dan jongens zonder DBD.

#### *4.6 Aanbevelingen vervolgonderzoek*

Er kunnen enkele aanbevelingen worden geformuleerd voor vervolgonderzoek. In vervolgonderzoek is het gewenst om naast vragenlijsten ook een gedragsobservatie toe te voegen om de mate van proactieve en reactieve agressie te meten, zodat er naast een subjectieve meting (vragenlijsten) ook een objectieve meting (gedragsobservatie) is van proactieve en reactieve agressie. Een andere aanbeveling is om in vervolgonderzoek niet alleen naar jongens te kijken, maar ook naar meisjes, zodat gekeken kan worden of de resultaten hetzelfde voor meisjes zijn. Ten slotte wordt voor vervolgonderzoek aanbevolen om de relatie tussen reactieve agressie en totale competentiebeleving verder te onderzoeken.

#### *4.7 Conclusie*

Concluderend laten de resultaten zien dat jongens met DBD zelf ook door hebben dat er problemen bestaan op sommige gebieden. Dit lijkt specifiek te zijn voor de jongens met een hoge mate van proactieve agressie. In plaats van dat zij zichzelf overschatten, scoren zij juist lager op competentiebeleving op het gebied van gedragshouding en gevoel van eigenwaarde. Doordat vooral de amygdala betrokken is bij proactieve agressie, zorgt een hoge mate van proactieve agressie niet voor een verstoring van de zelfevaluatie, waarbij vooral de frontaalkwab betrokken is. Vervolgonderzoek bij meisjes met DBD is nodig, zodat gekeken kan worden of dit ook het geval is bij meisjes met DBD.

## LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (2000). *Beknopte handleiding bij de diagnostisch criteria van de DSM-IV-TR*. Washington, DC: Autor.
- Baumeister, R.F., Smart, L., & Boden, J.M. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: the dark side of high self-esteem. *Psychological Review*, *103*(1), 5-33. doi: 10.1037/0033-295X.103.1.5
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: Its causes, consequences, and control*. New York: McGraw-Hill.
- Blair, R.J.R. (2004). The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behavior. *Brain and Cognition*, *55*(1), 198-208. doi: 10.1016/S0278-2626(03)00276-8
- Brendgen, M., Vitaro, F., Turgeon, L., Poulin, F., & Wanner, B. (2004). Is there a dark side of positive illusions? Overestimation of social competence and subsequent adjustment in aggressive and nonaggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *32*(3), 305-320. doi: 0091-0627/04/0600-0305/0
- Bunge, S.A., & Souze, M.J. (2009). Executive function and higher-order cognition: neuroimaging. *Encyclopedia of Neuroscience*, *4*, 111-116.
- Diamantopoulou, S., Rydell, A., & Henricsson, L. (2008). Can both low and high self-esteem be related to aggression in children? *Social Development*, *17*(3), 682-698. doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00444.x
- Donnellan, M.B., Trzesniewski, K.H., Robins, R.W., Moffitt, T.E., & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological Science*, *16*, 328-335. doi: 10.1111/j.0956-7976.2005.01535.x
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., & Ridder, E.M. (2005). Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*, 837-849. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00387.x
- Flagan, T., & Beer, J.S. (2013). Three ways in which midline regions contribute to self-evaluation. *Frontiers in Human Neuroscience*, *7*, 450-461. doi: 10.3389/fnhum.2013.00450
- Hoffman, M.L. (1994). Discipline and internalization. *Developmental Psychology*, *30*(1), 26-28. doi: 10.1037/0012-1649.30.1.26

- Kendall, P.C., Puliatico, A.C., Barmish, A.J., Choudhury, M.S., Henin, A., & Treadwell, K.S. (2007). Assessing anxiety with the Child Behavior Checklist and the Teacher Report Form. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(8), 1004-1015. doi: 10.1016/j.anxdis.2006.10.012
- Killcross, S, Robbins, T.W., & Everitt, B.J. (1997). Different types of fear-conditioned behaviour mediated by separate nuclei within amygdala. *Nature*, 388(6640), 377-380. doi: 10.1038/41097
- Mathias, J.L., Biebl, S.J.W., & Dilalla, L.F. (2011). Self-esteem accuracy and externalizing problems in preschool-aged boys. *The Journal of Genetic Psychology*, 172(3), 285-292. doi: 10.1080/00221325.2010.530702
- Matthys, W. (2010). Gedragsstoornissen. In F. Verheij, F.C. Verhulst, & R.F. Ferdinand (red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie. Behandeling en begeleiding* (pp. 124-140). Assen, Nederland: Van Gorcum.
- Nederlands Jeugd Instituut (z.j.a). Child Behavior Checklist (CBCL). Geraadpleegd op [http://nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Databank-Instrumenten-en-Richtlijnen/Child-Behavior-Checklist-\(CBCL\)](http://nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Databank-Instrumenten-en-Richtlijnen/Child-Behavior-Checklist-(CBCL))
- Nederlands Jeugd Instituut (z.j.b). Teacher's Report Form (TRF). Geraadpleegd op [http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Databank-Instrumenten-en-Richtlijnen/Teachers-Report-Form-\(TRF\)](http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Databank-Instrumenten-en-Richtlijnen/Teachers-Report-Form-(TRF))
- Nederlands Jeugd Instituut. (z.j.c). Competentiebelevingsschaal voor kinderen (CBSK). Geraadpleegd op <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/23/564.dWl0Z2VicmVpZD0x.html>
- Orobio de Castro, B., Brendgen, M., Van Boxtel, H., Vitaro, F., & Schaeppers, L. (2007). "Accept me, or else...": disputed overestimation of social competence predicts increases in proactive aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(2), 165-178. doi: 10.1007/s10802-006-9063-6
- Polman, H. (2008). *Hot-heated or cold-blooded? Towards a clear distinction between reactive and proactive aggression in youth (dissertation)*. Utrecht, Nederland: Prins Partners Ipskamp.
- Polman, H., Orobio de Castro, B., & Van Aken, M.A.G. (2008). Experimental study of the differential effects of playing versus watching violent video games on children's aggressive behavior. *Aggressive Behavior*, 34(3), 256-264. doi: 10.1002/ab.20245
- Prins, P.J.M. (1994). Gedragsstoornissen bij kinderen: conceptualisering en behandeling. *Gedragstherapie*, 27(3), 187-215.

- Robbins, T.W., Weinberger, D., Taylor, J.G., & Morris, R.G. (1996). Dissociating executive functions of the prefrontal cortex. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 351(1346), 1463-1471. doi: 10.1098/rstb.1996.0131
- Schaffer, D., Fisher, P., Lucas, C.P., Dulcan, M.K., & Schwab-Stone, M.E. (2000). NIMH Diagnostic interview schedule for children version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(1), 28-38. doi: 10.1097.00004583-200001000-00014
- Schippell, P.L., Vasey, M.W., Cravens-Brown, L.M., & Bretveld, R.A. (2003). Suppressed attention to rejection, ridicule, and failure cues: a unique correlate of reactive but not proactive aggression in youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(1), 40-55. doi: 10.1207/15374420360533059
- Séguin, J.R. (2009). The frontal lobe and aggression. *European Journal of Developmental Psychology*, 6(1), 100-119. doi: 10.1080/17405620701669871
- Stuss, D.T., Gow, C.A., & Hetherington, C.R. (1992). "No longer gage": frontal lobe dysfunction and emotional changes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 349-359. doi: 10.1037/0022-006X.60.3.349
- Taylor, L.D., Davis-Kean, P., & Malanchuck, O. (2007). Self-esteem, academic self-concept, and aggression at school. *Aggressive Behavior*, 33(2), 130-136. doi: 10.1002/ab.20174
- Van Manen, T. (2001). *Zelfcontrole. Een sociaal-cognitief interventieprogramma voor kinderen met agressief en oppositioneel gedrag*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vermeiren, R., Bogaerts, J., Ruchkin, V., Deboutte, D., & Schwab-Stone, M. (2004). Subtypes of self-esteem and self-concept in adolescent violent and property offenders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 405-411. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00231.x
- Verhulst, F., & Verheij, F. (2009). Continuïteit en discontinuïteit van psychopathologie in de kindertijd en de adolescentie. In E.H.M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul & W.M. Snellen (2009). *Handboek persoonlijkheidspsychopathologie* (p.51). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Warnick, E.M., Bracken, M.B., & Kasl, S. (2008). Screening efficiency of the child behavior

checklist and strenghts and difficulties questionnaire: an systematic review. *Child and Adolescent Mental Health, 13*(3), 140-147. doi: 10.1111/j.1475-3588.2007.00461.x

Webster, G.D., & Kirkpatrick, L.A. (2006). Behavioral and self-reported aggression as a function of domain-specific self-esteem. *Aggressive Behavior, 32*(1), 17-27. doi: 10.1002/ab.20102

White, B.A., & Kistner, J.A. (2011). Biased self-perceptions, peer rejection, and aggression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*, 645-656. doi: 10.1007/s10802-011-9506-6

Ybrandt, H. (2008). The relation between self-concept and social functioning in adolescence. *Journal of Adolescence, 31*(1), 1-16. doi: 10.1016/j.adolescence.2007.03.004

Youngstrom, E., Loeber, R., & Stouthammer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(8), 1038-1050. doi: 10.1037/0022-006X.68.6.1038