

Gedrags- en angststoornissen bij kleuters

Een vergelijkende observatiestudie
naar de gedragingen van kleuters met
gedrags- en angststoornissen, normale
kleuters en diagnost tijdens individueel
diagnostisch onderzoek.

Gedrags- en angststoornissen bij kleuters

Een vergelijkende observatiestudie naar de gedragingen van kleuters met gedrags- en angststoornissen, normale kleuters en diagnost tijdens individueel diagnostisch onderzoek.

Conduct and anxiety disorder preschool children

A comparative observational study to the test-session behaviors of conduct disorder, anxiety disorder and normal preschool children, and examiner.

(with a summary in English)

Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit van Utrecht op gezag van de Rector Magnificus, Prof.Dr.H.O.Voorma, ingevolge het besluit van het College voor Promoties in het openbaar te verdedigen op vrijdag 21 januari 2000 des middags te 14.30 uur

door

Martinus Alexander Traudes
geboren op 30 januari 1957 te Amsterdam

Promotor: Prof.Dr.L.M.Stevens
Universiteit Utrecht
Faculteit Sociale Wetenschappen

Co-promotor: Dr.F.X.Plooi
Gemeentelijk Pedologisch Instituut Amsterdam

ISBN 90-393-2323-2

Dit proefschrift werd nogelijk gemaakt met financiële steun van de Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk onderzoek en de Stichting voor Leer- en Opvoedingsmoeilijkheden

Voorwoord

Een aantal mensen (de laatste uitgezonderd) wil ik bedanken omdat zij in woord en daad hebben bijgedragen aan het onderzoek en/of dit proefschrift.

Allereerst projectleider Dr.Frans Plooiy. De samenwerking met deze bioloog/etholoog heeft een sterke invloed op mij gehad. Die invloed is onder andere verankerd in de overtuiging dat zonder de biologische bril inzicht in gedrag nauwelijks mogelijk is. Niemand kan Frans wat betreft dadendrang en energie evenaren. Ik zeker niet. Het onderzoeksproject heeft veel aan hem te danken. Ook ben ik hem speciaal dankbaar voor zijn geduld.

Ten tweede Prof.Dr.Luc Stevens. Ook hij heeft veel geduld getoond. Verder heeft hij op de juiste, soms moeilijke momenten de juiste dingen gezegd. Daar heb ik bij herhaling veel aan gehad. Zijn precisie bij het doornemen van het manuscript en zijn commentaar hebben geleid tot veel verbeteringen in de tekst.

Jules Klompe, de orthopedagoog die de kleuters diagnostisch heeft onderzocht. Zonder Jules viel er niets te observeren. Je moet het maar durven om je te laten opnemen op video en je gedrag ethologisch te laten analyseren. Ik weet niet of ik het had gedaan.

Jeanette van der Stelt van de Faculteit der Letteren/Instituut voor Fonetische Wetenschappen van de Universiteit van Amsterdam. Zij heeft mij uitvoerig ingeleid in het video/computer systeem waarmee de data zijn verzameld. Zonder haar was ik er veel later achter gekomen hoe het computer/videosysteem werkte.

Ton Schuitemaker, systeembeheerder van het Gemeentelijk Pedologisch Instituut bedank ik voor zijn nuchtere bijstand, altijd en overal. Ik heb hem, geloof ik, zelfs een keer uit bed gebeld. Als ik jou met computers bezig zag, dacht ik vaak: waarom ga ik ook geen vak leren? Alle problemen met computers kon hij oplossen. Hij is onmisbaar geweest in het project.

Ook alle andere medewerkers van het Gemeentelijk Pedologisch

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Instituut en de E.J.van Detschool met wie ik regelmatig te maken heb gehad, wil ik bedanken voor hun samenwerking.

De ouders van de kinderen die zijn geobserveerd wil ik bedanken voor hun medewerking.

Collega Harrie Boelens van de sectie Ontwikkelings- en Onderwijspsychologie van de Universiteit Leiden dank ik voor zijn commentaar bij de laatste tekst. Je krijgt van mij een nieuwe rode viltstift!

Veel waardering voor Annette die al jarenlang moederschap, verantwoordelijk werk en huishouden combineert zonder veel steun van anderen. Wat betreft het moederschap: haar investering in mijn 'genen' Myrthe, Benjamin en Joël is fenomenaal. Verder ben ik slechts uitvoerder in het bedrijf dat 'gezin en huishouden' heet, en geen succesvol manager zoals zij is. Zonder haar zou ons bedrijf niet bestaan en het proefschrift niet zijn geschreven.

Dit boek draag ik op aan mijn ouders. Zij leven niet meer, althans niet hier! Mijn vader heeft beroepshalve vele proefschriften tot op de letter moeten doornemen. Jammer genoeg niet dit proefschrift. Mijn moeder is een half jaar geleden overleden. Reeds tijdens mijn studie heeft zij zich meerdere keren laten ontvallen: opvoeden en het omgaan met kinderen, moet je daar nu voor studeren? In aansluiting daarop denk ik: laat staan promoveren!! Niet iedereen kan met elk kind zo goed contact krijgen, zoals jij dat altijd kon.

En God heeft voor alle hierboven genoemde omstandigheden gezorgd. Ook God bedankt dus.

Inhoudsopgave

Pag.		
		Voorwoord
1	1.	Inleiding: voorlopige probleemstelling
1	1.1.	Achtergrond en relevantie
11	1.2.	Doel- en vraagstelling
12	1.3.	Samenvatting
		Deel 1: Relevant onderzoek, theorie, en exploratie
13	2.	Relevant onderzoek en theorie
13	2.1.	Inleiding
14	2.2.	Angst- en gedragsstoornissen: classificatie, gedragstypering en klinische ervaring
14	2.2.1.	Gedragsstoornissen
18	2.2.2.	Angststoornissen
20	2.2.3.	Diagnostisch vaardig gedrag
21	2.3.	Observatie-instrumenten voor individueel onderzoek
30	2.4.	Observatiestudies naar angst- en gedragsstoornissen, en diagnostgedrag
30	2.4.1.	Inleiding
31	2.4.2.	Observatiestudies naar gedragsstoornissen en gedragsproblemen
36	2.4.3.	Observatiestudies naar angststoornissen, angstproblemen, en angstgedragingen
38	2.4.4.	Observatiestudies naar diagnostgedrag
39	2.5.	Implicaties voor de probleemformulering: eerste hypothesenvorming
52	3.	Exploratie

52	3.1.	Inleiding
52	3.2.	Ethologie en psychiatrie
55	3.3.	Methode
55	3.3.1.	Selectie en samenstelling van de groepen proef- personen
58	3.3.2.	Onderzoekssituatie en video-opname procedure
58	3.3.3.	Descriptie: werkwijze dataverzameling en ver- werking
61	3.4.	Resultaten
61	3.4.1.	Schets en karakterisering van een diagnostische sessie
63	3.4.2.	De structuur van diagnost- en kindgedrag
64	3.4.3.	Gedragscategorieën en hypothesen
66	3.4.3.1.	Gedrag aan het begin van de diagnostische ses- sie en in verband met de onbekende onderzoeks- pag. ruimte
68	3.4.3.2.	Context-ongebonden gedrag
74	3.4.3.3.	Taakgebonden gedrag
94	3.4.3.4.	Gesprekcontext gebonden gedrag
102	3.4.3.5.	Typerende non-verbale gedragingen
110	3.4.3.6.	Typerende non-verbale gedragingen in taak- en gesprekcontext: een contextanalyse
111	3.4.3.7.	Trendanalyse van een aantal non-verbale gedra- gingen in de gesprekcontext
112	3.4.3.8.	Non-verbale gedragingen in verband met ver- moeidheid en ontspanning
113	3.4.3.9.	Non-verbale gedragingen in verband met ver- moeidheid en ontspanning: een trendanalyse
114	3.5.	Exploratie afsluitende kanttekeningen

Deel 2: kwantitatieve analyses en hypothesentoetsing

122	4.	Methode
122	4.1.	Inleiding
122	4.2.	Data-verzameling per Video-Computer Unit
125	4.3.	Betrouwbaarheid
130	4.4.	Data-verwerking en statistisch toetsen
134	5.	Resultaten
134	5.1.	Gedrag aan het begin van de diagnostische ses- sie en in verband met de onbekende onderzoeks- ruimte
137	5.2.	Context-ongebonden gedrag
141	5.3.	Taakgebonden gedrag
158	5.4.	Gesprekcontext gebonden gedrag
163	5.5.	Typerende non-verbale gedragingen
167	5.6.	Typerende non-verbale gedragingen in taak- en gesprekcontext: een contextanalyse

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

171	5.7.	Trendanalyse van een aantal non-verbale gedragingen in de gesprekcontext
172	5.8.	Non-verbale gedragingen in verband met vermoeidheid en ontspanning
173	5.9.	Non-verbale gedragingen in verband met vermoeidheid en ontspanning: een trendanalyse
174	5.10.	Afsluiting
182	6.	Conclusie & discussie
182	6.1.	Resultaten: conclusie, interpretatie en speculatie
182	6.1.1.	Conclusies in termen van hypothesen
189	6.1.2.	Conclusies in termen van uitgangspunten van het pedodiagnosticum
190	6.1.3.	Gedragsverschillen: speculaties omtrent het
		pag.
		waarom en waartoe?
191	6.1.3.1.	Motivationeel conflictgedrag
202	6.1.3.2.	Angst en onzekerheidsreducerendgedrag
203	6.1.3.3.	De aard van de interactie: verstoring van adaptieve balansen
207	6.1.3.4.	Faalangst en faalangstreductie
212	6.1.3.5.	Afsluiting: concrete diversiteit en motivationele eenheid van gedrag
216	6.2.	Methodologische kanttekeningen
224	6.3.	Verder onderzoek
228	6.4.	Praktische relevantie
229		Summary
234		Literatuur
		Bijlagen
253		Bijlage 1: Gedragscategorieën
262		Bijlage 2: Hypothesen
281		Bijlage 3: Gemiddelden, standaarddeviaties en ranges van de gedragscategorieën
287		Curriculum Vitae

Hoofdstuk 1 Inleiding: voorlopige probleemstelling

Zoals de titel van de onderhavige dissertatie aangeeft, heeft het onderzoek dat is verricht betrekking op de interactie van kleuters met gedrags- en angststoornissen en diagnostisch onderzoek. Dit hoofdstuk omvat een voorlopige, algemene probleemstelling. Daarbij zal achtereenvolgens aandacht besteed worden aan het belang van de studie naar de interactie tijdens diagnostisch onderzoek (1.2. Achtergrond en relevantie) en aan een voorlopige doel- en vraagstelling (1.3. Doel- en vraagstelling). Tenslotte volgt een samenvatting in paragraaf 1.4.

1.1. Achtergrond en relevantie

Een individueel diagnostisch onderzoek van het kind maakt nagenoeg altijd deel uit van de diagnostiek van problematisch kindgedrag, naast onderzoek van de noodzakelijk geachte andere informatiebronnen zoals ouders en leerkrachten (Verhulst, 1995; Achenbach, 1998). Het vormt, ook wereldwijd, een hoofdactiviteit van kinderpsychiaters (Miller, Boyer, & Bodoletz, 1990; Verhulst, 1992), psychologen, klinisch- en orthopedagogen (Strein, 1987; Oakland & Hu, 1993; Ter Laak, 1995; Oakland, 1995; Oakland, Gulek & Glutting, 1996). Dat is niet verwonderlijk. Het directe contact met het kind is een onmisbaar element van een betrouwbare, valide diagnostische beeldvorming (Oakland & Glutting, 1990; Berden, 1992; Oakland, Gulek & Glutting, 1996; Van Leeuwen, 1996; Tak, 1996). Hierop worden adviezen en beslissingen gebaseerd die zeer ingrijpend kunnen zijn voor de betrokkenen, zoals verwijzing naar het speciaal onderwijs, opname in een kinderpsychiatrische kliniek of ambulante therapeutische interventie. Bij bepaalde psychiatrische problematiek, zoals angststoornissen, is zelfs empirisch aangetoond dat het directe contact met het kind een voorwaarde is om tot een onderkenning van de stoornis te

komen. Uit de meeste onderzoeken blijkt dat de prevalentie van angststoornissen aanzienlijk hoger is op basis van het onderzoek van het kind in vergelijking tot de rapportages van de ouders; kinderen lijken betere informanten dan ouders wat betreft emotionele stoornissen (zie o.a. Benjamin, Costello & Warren, 1990; Silverman & Eisen, 1992; Anderson, 1994; Silverman, 1994; voor een uitzondering op deze regel, zie Tracey, Chorpita, Douban & Barlow, 1997). Het individuele onderzoek heeft ook zekere voordelen boven het indirect inwinnen van informatie omtrent de aard van het probleemgedrag bij bijvoorbeeld leerkrachten of ouders. Clinici zijn in direct contact met het kind in staat de belevingswereld en de fantasieën van het kind te exploreren; de gedragingen, interactie en relatie met een volwassene te observeren; de stemming, emotie en reacties te peilen op specifieke situaties (bijvoorbeeld taakstelling), de kwaliteit van het handelen te observeren, en de reacties te observeren op proefinterventies met het oog op de behandeling of therapie die moet volgen (Halberstadt-Freud 1989; Oakland & Glutting, 1990; Verhulst, 1992; Slijper, 1992; Ollendick & Hersen, 1993; Oakland, Gulek & Glutting, 1996; Tak, 1996; Groth-Marnat, 1997). En dat allemaal onder (min of meer) dezelfde omstandigheden, zonder moeilijk exact vast te stellen, variërende omgevingsinterferentie die vergelijking bemoeilijkt (Tak, 1996; Glutting, Robins & De Lancey, 1998). Ook de observatie van de non-verbale aspecten van de communicatie zou waardevolle informatie opleveren. Deze direct observeerbare gedragingen kunnen mede belangrijke indicatoren zijn voor een mogelijk problematische emotionele- en sociaal-emotionele ontwikkeling of psychopathologie (Tak, 1996; Glutting, Robins & De Lancey, 1997).

Kohn (1977) heeft een aantal jaren geleden vastgesteld dat een problematische (sociaal) emotionele ontwikkeling vooral een tweetal typen probleemkinderen oplevert, namelijk de kinderen met emotionele problemen en met gedragsproblemen. Op basis van epidemiologische, multivariate onderzoeken (factoranalyse) zijn deze typen probleemgedragingen herhaaldelijk geïdentificeerd, ook in Nederland (Verhulst, 1985; 1995) en in niet westerse culturen; voor het cross-culturele karakter van deze typen probleemgedragingen, zie bijvoorbeeld Luk (1991). Deze twee probleemgroepen zijn de afgelopen decennia respectievelijk met de volgende termen aangeduid: apathy-withdrawal, withdrawn, anxious, internalized, inhibited reaction patterns; en anger-defiance, aggressive, disruptive, externalized, acting-out behavior (Achenbach & Edelbrock, 1978; Quay, 1986; Lewis & Miller, 1990; Ollendick & Hersen, 1998; Achenbach, 1998). Emotionele- en gedragsproblemen vormen verreweg de grootste groepen binnen het domein van problematische kindgedragingen (Frick, 1998; Silverman & Ginsburg, 1998). Deze probleemgedragingen worden door leerkrachten ook als het meest problematisch ervaren en zijn van directe betekenis voor de stress van leerkrachten (Defares, 1987). Externaliserend (opstandig, agressief) probleemgedrag is bij de leeftijdsgroep van kinderen tot 6 à 7 jaar de meest voorkomende reden van aanmelding bij instellingen voor geestelijke gezondheidszorg

en jeugdhulpverlening (Koot, 1992). Onderzoek heeft uitgewezen dat angststoornissen, behorende tot de internaliserende probleemgedragingen, tot de meest voorkomende stoornissen behoren bij kinderen en jeugdigen (Bernstein & Borchardt, 1991; Anderson, 1994; Emmelkamp, Bouman & Scholing, 1995; Tracey, Chorpi-ta, Douban & Barlow, 1997; Silverman & Ginsburg 1998). Verschillende onderzoeken naar het verloop van gedragsstoornissen wijzen bovendien op een opmerkelijke stabiliteit tot in de volwassenheid en zelfs over generaties heen (Eron & Huesmann, 1990; Loeber, Green, Keenan & Lahey, 1995; Ollendick & Hersen, 1998). Longitudinale onderzoeken naar het verloop van angststoornissen zijn er (nog) nauwelijks. Volgens Treffers (1992) is de relatief recente onderkenning en beschrijving van angststoornissen hiervan de oorzaak. De schaarse onderzoeken die zijn gedaan naar het verband tussen de diagnose angststoornis op de kinderleeftijd en op een later tijdstip, wijzen ook in de richting van continuïteit, met name in het geval van fobieën (Treffers, 1992; Strauss, 1994; Anderson, 1994; Silverman & Ginsburg 1998). Emotionele- en gedragsproblemen (angst- en gedragsstoornissen) lijken kortom veelvoorkomende, (maatschappelijk) relevante, persistente vormen van sociaal-emotionele probleemgedragingen bij kinderen.

Kinderpsychiatrische diagnostiek

De laatste decennia is op het terrein van de kinderpsychiatrie een duidelijke interesse ontstaan voor gestandaardiseerde, diagnostische onderzoeksmethoden en systematische diagnostische formuleringen, vaak gestuurd door empirische onderzoeksbevindingen (Verhulst, 1992; 1995; Hodges, 1993; Silverman, 1994). In Nederland zijn tot de jaren tachtig grove beschrijvende diagnostische categorieën gehanteerd en is gebruik gemaakt van sterk idiografisch getinte diagnostische formuleringen die zonder systematiek in het diagnostisch onderzoeksproces tot stand kwamen (Verhulst, 1992); daarbij ontbraken opdrachten die het kind moest uitvoeren (Van Leeuwen, 1996). Clinici gaven vooral diagnostische beschrijvingen van de persoonlijkheid, intrapsychische processen en etiologische overwegingen met betrekking tot het individuele kind. In deze diagnostiek ontbrak standaardisering en een systematische groepering van diagnostische categorieën. Binnen deze relatief recente ontwikkeling zijn voor de klinische kinderpsychiatrische diagnostiek van psychopathologie, in het buitenland en (in mindere mate) in Nederland de laatste jaren een aantal instrumenten beschikbaar gekomen. Voor een nagenoeg volledig overzicht van instrumenten, zie Barkley (1988), Reid, Baldwin, Patterson & Dishion (1988), Slijper (1992), Koot (1992), Rutter, Tuma, & Lann (1988), Verhulst (1992), Hodges, 1993; Silverman 1994, Frick (1998), en Silverman & Ginsburg (1998). Deze diagnostische middelen omvatten (semi-) gestructureerde interviews van de clinicus met het kind of de ouders en beoordelingsschalen, observatie- en gedragsbeoordelingsprocedures, ook voor leerkrachten op school en voor de interactie van het

kind met de ouders. Voor het individuele diagnostische onderzoek, het interview van de clinicus met het jonge kind, is het aanbod echter summier, zeker in Nederland.

Bij het individueel onderzoek van een kind kan een onderscheid worden gemaakt tussen (algemene) interviews die een breed scala aan mogelijke stoornissen bestrijken (screening), en interviews die zich specifiek richten op het voorkomen van specifieke stoornissen, zoals angststoornissen (Hodges, 1993; Silverman, 1994; Verhulst, 1995).

Algemene interviews zijn de Diagnostic Interview Schedule for Children, waarvan inmiddels verschillende versies bestaan (DISC, DISC-R, DISC-2, en DISC-2.3.), de Interview Schedule for Children (ISC), de Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA en DICA-R), de Child Assessment Schedule (CAS), de Schedule for Affective Disorders for School-Age Children (K-SADS), de Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) en de Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA). Voor de vaststelling van specifiek angststoornissen zijn er de Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C) en de Children's Anxiety Evaluation Form (CAEF). Voor de specifieke identificatie van gedragsstoornissen tijdens individueel onderzoek zijn geen instrumenten voor handen. Aan de meeste genoemde instrumenten kleven een (groot) aantal bezwaren wanneer het om de vaststelling van angst- of gedragsstoornissen gaat van jonge kinderen (6 jaar en jonger).

Een groot aantal interviews zijn voor kinderen vanaf 7, 8 en zelfs 9 jaar (ISC, CAS, K-SADS, CAEF, DISC-2.3.). Verder is bij alle instrumenten, uitgezonderd de SCICA, de vaststelling in hoge gebaseerd op de informatie die het kind verstrekt in een sterk gestructureerd interview (DISC, CAS CAEF en DICA zijn zeer sterk gestructureerd; de andere instrumenten zijn semi-gestructureerd). Het interviewen van jongere kinderen levert de nodige problemen (onbetrouwbaarheid) op: kinderen antwoorden onbewust vaak niet naar waarheid, begrijpen de taal der volwassenen niet, kunnen zelf zaken moeizaam verwoorden (Kovacs, 1986; Elbers, 1988; Couturier & Tak, 1996; Van Leeuwen, 1996), en vinden vragen over (bijvoorbeeld) angsten en zorgen vaak lastig en vervelend (Silverman, 1994). De cognitief-emotionele en communicatieve vaardigheden van jonge kinderen zijn beperkt (Berden, 1992; Verhulst, 1992; Tracey et al, 1997). Een te gestructureerde aanpak faalt nogal eens bij jonge kinderen (Verhulst, 1992). De gestelde vragen worden niet door de kinderen op dezelfde manier geïnterpreteerd (Kovacs, 1986). Ook het feit dat jonge kinderen volwassenen gaarne willen behagen door bevestigend te antwoorden, maakt jonge kinderen tot minder betrouwbare informanten (Breslau, 1987).

Onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit (discriminerend vermogen) van de genoemde instrumenten heeft in vele gevallen ongunstige resultaten opgeleverd, zeker bij jonge kinderen en wat betreft de identificatie van specifieke angststoornissen (Hodges, 1993; Silverman, 1994; Verhulst, 1995; Kasius, 1997; Ezpeleta, Osa, Domenech, Navarro & Losilla, 1997). Daarbij moet worden vermeld dat men nogal eens van

mening verschilt aangaande de psychometrische status van een instrument (zie bijvoorbeeld Hodges, 1993 versus Shaffer, 1994), en dat over sommige instrumenten (relatief) weinig psychometrische gegevens zijn verzameld (bijvoorbeeld van de CAPA of de laatste versie van de K-SADS; zie ook Hodges, 1993). Ook is herhaaldelijk geconstateerd de rapportage (het interviewen) van ouders meer dan de rapportage (het interviewen) van hun kinderen leidt tot de identificatie van gedragsstoornissen; bij angststoornissen is het precies omgekeerd (Hodges, 1993; Silverman, 1994; Ezpeleta et al, 1997); daarbij is het zo dat de overeenstemming tussen ouders en kinderen groter is wat betreft gedragsstoornissen in vergelijking tot angststoornissen, zoals Edelbrock & Costello (1988) reeds constateerden (zie ook Rapee, Barrett, Dadds & Evans, 1994; Tracey, Chorpita, Douban & Barlow, 1997).

Omdat de instrumenten van relatief recente datum zijn en de psychometrische status vaak onvoldoende is, zijn de genoemde instrumenten nog steeds in ontwikkeling. Onderzoek naar verbetering van de validiteit en betrouwbaarheid blijft nog steeds noodzakelijk. De oplossing voor de genoemde problemen wordt (is) in verschillende richtingen gezocht. Hierbij gaat het om aanpassingen van de interviewmethode aan jonge kinderen, bijvoorbeeld door dubbel-check vragen te stellen (Silverman, 1994); of ondervragen met behulp van plaatjes, een werkwijze die overigens nauwelijks verbetering te zien geeft (Valla, Bergeron, Berube, Gaudet & Georges, 1994). Verder het combineren van interviewen en observeren zoals bij de SCICA het geval is (overigens ook beperkt succesvol, zie Hoofdstuk 2). De oplossing kan nog in andere richtingen gezocht worden. Zoals er nu reeds aparte versies van bepaalde instrumenten bestaan voor de basisschoolleeftijd en daarna, zo kan ook worden overwogen om een aparte versie voor zeer jonge kinderen te maken, waarbij ook meer rekening wordt gehouden met de leeftijdsafhankelijke manifestatie van psychopathologie (Silverman, 1994). Verder zou, met name in het geval van angststoornissen, meer gericht vergelijkend onderzoek gedaan moeten worden naar kinderen met een angststoornis en kinderen zonder een angststoornis (Silverman, 1994). Ook zijn suggesties gedaan om alternatieve procedures te ontwikkelen: combineren met meer strikte gedragsmatige maten, ondanks het feit dat het bij angsten (meer dan bij gedragsstoornissen) om minder goed observeerbare subjectieve ervaringen zou gaan (Hodges, Gordon & Lennon, 1990; Silverman, 1994; Ezpeleta et al, 1997). Er zouden meer opdrachten kunnen worden gegeven, zoals bij de SCICA het geval is (zij het bij de SCICA in zeer beperkte mate; zie Kasius, 1997). In het gesprek met het jonge kind zou de structuur meer losgelaten moeten worden (Hodges, 1993; Silverman, 1994). Verder dient men zich volgens Silverman (1994) te realiseren dat het om een interview met het gestoorde kind gaat en geen normaal kind. Dit zou de afname van het interview bemoeilijken. In aansluiting hierop zou bij jonge kinderen in plaats van de inhoud van het besprokene ook de vorm centraal kunnen staan en bestudeerd moeten worden. Observatiegegevens spelen, ondanks de geconstateerde beperkingen van het interviewen van jonge kinderen, een onderge-

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

schikte rol bij de instrumenten waarmee ook 6-jarige kinderen kunnen worden ondervraagd (DISC, CAPA, SCICA, DICA en ADIS-C; jonger dan 6 jaar is buiten de leeftijdsrange van alle hier genoemde instrumenten). Alleen de SCICA vormt hierop een uitzondering. Bij de afname moeten 120 gedragsitems worden geobserveerd; ook verschilt de SCICA van de andere instrumenten dat het kind opdrachten moet uitvoeren, zij het in zeer beperkte mate zoals reeds vermeld. Bij een aantal instrumenten worden een klein aantal, globale observatiecategorieën vermeld die van toepassing moeten zijn op een grote leeftijdsrange (van 6/7 tot 16/17 jaar), en die doorgaans verder niet verwerkt worden in tegenstelling tot de SCICA waarbij, zoals gezegd een groot aantal specifieke gedrags(observatie)items moeten worden gescoord en specifiek verwerking plaatsvindt. Op basis van deze verwerking zijn ook (slechts gedeeltelijk geslaagde) pogingen gedaan om deze gedragingen in verband te brengen met angst- en gedragsstoornissen (hierop kom ik uitvoerig terug in het volgende hoofdstuk). Ook is de SCICA het enige instrument waarmee in Nederland substantieel psychometrisch onderzoek is verricht (Kasius, 1997; zie Hoofdstuk 2). Overigens zijn een aantal instrumenten wel vertaald en gebruikt in Nederland (ADIS-C; DICA waarvan alleen de versie voor 13-17 jaar in 1993 uitgebracht/bewerkt door Kortenshout, Van der Sluijs, De Levita, Van Maanen & Defares; en CAS in 1993 uitgebracht en vertaald door Grietens & Hellinckx). Het is zo dat e.e.a. nog niet heeft geleid tot een grondige bestudering en (succesvolle) systematisering van direct observeerbare gedragingen van kleuters en peuters die relevant zijn voor bepaalde psychopathologie waaronder angst- en gedragsstoornissen. Dat is verwonderlijk want ook de ontwikkelaars van de bovengenoemde interviews benadrukken dat de integratie van de rapportage van het kind en de directe observaties van de diagnost dient plaats te vinden voor een adequate oordeelsvorming. Ook deze laatste informatie bron dient systematisch benaderd te worden (Verhulst, 1995). Ter afsluiting van deze sectie betreffende kinderpsychiatrisch diagnostiek, is het volgende tot slot vermeldenswaard. Hierboven is voornamelijk gesproken over gestandaardiseerde klinische interviews. Het ongestructureerde klinisch interview is echter, zeker in Nederland, nog steeds de meest gehanteerde vorm van gegevensverzameling en tevens de minst grondig onderzochte en getoetste manier om psychopathologie bij kinderen vast te stellen (Verhulst, 1992; 1995; Van Leeuwen, 1996; Kasius, 1997). Een groot nadeel van ongestructureerde klinische interviews is de geringe betrouwbaarheid en validiteit (Miller et al., 1990; Verhulst, 1992; 1995). De clinicus heeft slechts globale richtlijnen ter beschikking met betrekking tot de aan te snijden onderwerpen, de wijze waarop dit dient te gebeuren, relevante observaties en de omgang met problematische gedragingen van het kind (Verhulst, 1992). De techniek valt moeilijk te leren uit boeken, maar dient in de praktijk te gebeuren. Het afnemen van ongestructureerde klinische interviews is een activiteit waarin kinderpsychiaters in opleiding bij uitstek geschoold worden, maar waarbij systematische (theoretische, expliciete) kennis grotendeels ontbreekt

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

(Verhulst, 1992). Die situatie is onwenselijk gezien het feit dat de diagnose zwaar leunt op het klinische interview (Ezpeleta et al, 1997).

Psychologisch testen

Individueel psychologisch testen maakt al meer dan 100 jaar deel uit van de psychologie (Oakland, Gulek & Glutting, 1996). Bij het psychologisch (test)onderzoek van de emoties en de persoonlijkheid staat de diagnost een drietal methoden ter beschikking: de psychometrische methode, de observatiemethode, en de projectieve techniek (Slijper, 1992; Kievit, de Wit, Groenendaal & Tak, 1996; Groth-Marnat, 1997). Drenth (1975) definiëert een test als een systematische categoriserings- of meetprocedure die het mogelijk maakt uitspraken te doen over een of meer empirisch-theoretisch gefundeerde eigenschappen of over niet-testgedrag. Dit gebeurt op basis van een objectieve verwerking van de reacties van de onderzochte in vergelijking tot die van anderen in een gestandaardiseerde stimulussituatie. Voor testen gelden de eisen van standaardisatie, objectiviteit, normering, validiteit en betrouwbaarheid (De Zeeuw, 1971; Drenth & Sijsma, 1990). Aan deze eisen wordt alleen voldaan bij de psychometrische methode, het testen in engere zin. Volgens Van Doorn (1992) is het een illusie te denken dat bij het testen van kinderen de persoonlijkheidsontwikkeling (problematisch sociaal-emotioneel gedrag) buiten beschouwing kan worden gelaten. Het gaat om het leveren van prestaties in de nabijheid van een vreemde volwassene. Dit kan aanleiding geven tot emotionele reacties (emotionele- en gedragsproblemen) die interfereren met de opdracht-situatie en de prestaties beïnvloeden. Van Doorn geeft de volgende 'oplossing': de manier waarop- en de mate waarin emotionele reacties interfereren met de opdracht-situatie moet systematisch nagegaan worden, zodat het mogelijk blijft de waarde van de testuitslag te bepalen. Dit klinische standpunt, dat wordt gedeeld door anderen (zie o.a. Tak, 1996) wordt ondersteund door onderzoek waaruit blijkt dat het testgedrag van invloed is op de testresultaten (zie Hoofdstuk 2). De verdenking (hypothese) van onderpresteren omdat het kind niet kan, niet durft of niet wil, moet worden getoetst nadat aan de richtlijnen voor de testafname (afbreeknormen) is voldaan. Dit interferentieverschijnsel zal zich zeker voordoen bij kinderen met angst- of gedragsstoornissen. In overeenstemming met de diagnostische praktijk is het (vanzelfsprekende) gegeven dat de diagnost in dat geval niet standaard kan blijven handelen. Het behoort tot de expertise van een goede diagnost vaardig met het probleemgedrag om te gaan. Dit impliceert een reductie van het probleemgedrag zodat diagnostisch onderzoeken mogelijk blijft, zoals ook Sattler (1992) vaststelt. Sattler (1992) voegt daaraan toe dat binnen zekere grenzen bij de constructie/standaardisatie rekening is gehouden met de genoemde bedreigingen van de betrouwbaarheid en validiteit. Psychodiagnostische (observatie) methoden worden beschouwd als een noodzakelijke aanvulling op het testen in engere zin (De Zeeuw, 1971). Dergelijke informele observatie-methoden zijn

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

niet voorgeschreven en kwalitatief van karakter, waarbij aan de eisen van standaardisatie, objectiviteit en normering niet is voldaan. Onderzoek naar de externe validiteit (generaliseerbaarheid) van test-observaties is nog nauwelijks verricht (Oakland & Glutting 1990; Oakland, Gulek & Glutting, 1996; zie ook Hoofdstuk 2). Testobservaties zijn echter essentieel om de validiteit van testprestaties te kunnen bepalen (zie o.a. Oakland & Glutting, 1990; Konold, Glutting, Oakland & O'Donnell, 1995; Oakland, Gulek & Glutting, 1996; Maller, Konold & Glutting, 1998). Verder zou belangrijke informatie over de persoonlijkheid/sociaal-emotioneel (dys)functioneren (psychopathologie) worden verkregen door de observatie van de interactie met het kind en de overdracht en tegenoverdracht die daarbij een rol spelen. Verder is de observatie van de afweeren copingmechanismen van het kind op de stressvolle testsituatie van belang ((Halberstadt-Freud 1989; Slijper, 1992; Tak, 1996).

Het hanteren van projectieve technieken is afhankelijk van het ontwikkelingsniveau van het kind (voor een overzicht van deze technieken, zie Slijper, 1992; Tak, 1996). Bij een laag emotioneel-cognitief ontwikkelingsniveau van kleuters kan zelfs het werken met vereenvoudigde instructies al problematisch zijn. Daarbij kunnen projectieve technieken bij kinderen met ernstige angststoornissen te bedreigend zijn om tot het uiten van de gevoelens en fantasieën te komen. Voor jonge kinderen is de observatie van het spontane gedrag en spel dan ook de belangrijkste informatiebron (Slijper, 1992; Couturier & Tak, 1996). Schriftelijke tests zijn minder geschikt voor jonge kinderen (Goudena & Meerum Terwogt, 1996; Hekken & Kieviet, 1996). Jonge kinderen missen het vermogen tot zelfreflectie om een oordeel te geven over hun gedrag in bepaalde situaties (Slijper, 1992); daarbij zijn er, zoals eerder gesteld, andere problemen bij het interviewen van kinderen (zie boven). Het is dan ook niet verwonderlijk dat geschikte tests voor jonge kinderen die de persoonlijkheid/het sociaal-emotioneel (dys)functioneren (psychopathologie) direct meten, nog niet voor handen zijn (voor een overzicht en beschrijving van instrumenten, zie Evers, Van Vliet-Mulder en Ter Laak, 1992 en latere aanvullingen op deze documentatie betreffende tests en testresearch in Nederland; zie ook Tak, 1996; en The Tenth (1989), Eleventh (1992), Twelveth (1995) en Thirteenth (1998) Mental Measurements Yearbook).

Orthopedagogisch diagnostisch onderzoek voor kleuters

In het voorgaande is geconstateerd dat het individueel onderzoek van een kind een essentiële onderdeel vormt van de kindepsychiatrische diagnostiek en het psychologisch onderzoek. Daarbij speelt de observatie van het sociaal emotioneel functioneren van jonge kinderen noodzakelijk een belangrijke rol. De geobserveerde gedragingen die een rol spelen bij de veel voorkomende angst- en gedragsstoornissen bij kleuters zijn echter slechts zeer ten dele expliciet gemaakt. En dan betreft de situatie waarop de observaties betrekking hebben het kin-

derpsychiatrisch onderzoek en niet de test(opdracht)situatie. Ook de typerende, voor een deel diagnostisch-vaardige, probleemgedrag-bevloedende gedragingen van de diagnost die bij het onderzoek van deze kleuters een rol spelen, zijn nog onbekend.

Meer dan het geval is bij de kinderpsychiatrische diagnostiek en het psychologische testen, lijkt orthopedagogisch diagnostisch onderzoek, naast een peiling van de sociaal-emotionele status, gericht op de beïnvloedingsmogelijkheden-in-interactie van de probleemgedragingen van het kind (het gaat slechts om een graadueel verschil qua uitgangspunt; volgens Oakland, Gulek & Glutting (1996) gaat het ook bij psychologisch testen om het creëren van optimale condities (beïnvloeden), om het kind maximaal te laten presteren). Effectief orthopedagogisch handelen (preventie, probleemgedragreductie op de korte en de lange termijn) met betrekking tot leer- en sociaal-emotionele probleemgedragingen, lijkt gebaat bij het hanteren van een dergelijk interactieve benadering (Plooi & Van den Dungen, 1985; Velthausz, 1987; Van Werkhoven, Van den Berg & Stevens, 1987; Van Erp & Van Parreren, 1991; Jager & Stevens, 1993; Werkhoven, 1993; Aalsvoort & Ruijssenaars, 1995). Kern van deze recente onderzoekstraditie vormt de systematische beschrijving en analyse van interacties in opvoedings- en onderwijs-situaties. Het doelgericht zoeken en gebruik maken van positieve, compenserende factoren en interventies, en het planmatig gebruik maken van de dyadische communicatie (afstemming) ter positieve beïnvloeding is eveneens kenmerkend. Non-verbale communicatie kan daarbij overigens niet meer buiten beschouwing worden gelaten, niet alleen als opvoedingsfactor, maar ook als opvoedingsmiddel (Berckelaer-Onnes, 1988). Het non-verbale gedrag speelt bij sociale interactie een cruciale rol. Indien het non-verbale gedrag in tegenspraak is met de verbale boodschap (discongruentie), heeft de non-verbale boodschap de meeste effecten (Watzlawick & Weakland, 1977). Een voorbeeld van een individueel orthopedagogisch onderzoeksinstrument waarbij de mogelijkheid tot beïnvloeding van probleemgedrag wordt nagegaan, is het pedodiagnosticum voor kleuters. Dit pedagogisch-didactisch onderzoeksinstrument is reeds zo'n 35 jaar op het Gemeentelijk Pedologisch Instituut te Amsterdam in gebruik. Het pedodiagnosticum voor kleuters is een onderdeel van het multidisciplinaire toelatingsonderzoek voor het speciaal onderwijs en is ontwikkeld door Wilmink e.a. (Wilmink, 1967; 1970; 1975; Van Rijswijk, 1973; Klompe, 1980; en Hagen et al., 1987; Klompe & Van der Heide, 1994; Van der Heide, Koster & Zwart, in voorbereiding). Bij de afname van het pedodiagnosticum zijn de houding van de diagnost en de gebruikte materialen vergelijkbaar met de voor het kind bekende kleuterschoolsituatie. De diagnost draagt het kind taken op, zoals bijvoorbeeld het bouwen van een toren, het maken van een legpuzzel, het logisch rangschikken van plaatjes of het aanwijzen van lichaamsdelen. Deze taken kent het kind uit de alledaagse kleuterschoolpraktijk. Het materiaal vormt een selectie van kleuterontwikkelingsmateriaal en is representatief voor de middelen die op kleuterscholen worden gebruikt bij het voorbereidend- en aanvankelijk leren. De diagnost

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

trekt conclusies omtrent het niveau en de kwaliteit van presenteren en de sociaal-emotionele gedragingen van het kind. De diagnost heeft de vrijheid van pedagogisch en didactisch handelen. Informatie over de reacties van het kind op bepaalde gedragingen van de diagnost en gebeurtenissen tijdens de afname van het onderzoek, de reacties op hulp, de correctiebereidheid, de wijze waarop het kind de taak en de diagnost kennelijk beleeft, vormen een aanzet tot handelingsplanning in het speciaal onderwijs. Naast standaard-didactisch handelen in de vorm van vaststaande hulpsuggesties draagt een deel van de interventies noodzakelijk een ad hoc, variabel karakter volgens de diagnostici die het pedodiagnosticum afnemen. De diagnost reageert flexibel (controlerend) afhankelijk van de situatie en het moment, mede weer afhankelijk van de interne (motivationale, emotionele) conditie van het onderzochte kind, zoals ook bij psychologisch testen het geval is (Van Doorn, 1992; Oakland, Gulek & Glutting, 1996). De regulatieve cyclus van Van Strien (1975; 1984; 1985) vormt het procesalgoritme voor dit realistisch, ingrijpend probleemoplossend omgaan met de werkelijkheid, ook wel interactieve experimentatie genoemd (Van Erp & Van Parreren, 1991). Dat dergelijke interventies ook noodzakelijk zijn moge blijken uit het feit dat wanneer niet ingerepen wordt bij een gebrek aan samenwerking, aandacht voor de taken of zelfvertrouwen, de prestaties verminderen (Oakland, Gulek & Glutting, 1996; zie ook Hoofdstuk 2). De reacties van het kind op deze kortdurende (semi-) experimentele interventies vormen mede de basis voor de sociaal-emotionele diagnose. Hierbij doet de diagnost ook uitspraken over de dynamiek van de (interactie)gedragingen en de aanwezigheid en wisseling van motivaties van het kind. De pedagogisch-didactische instrumenten met een soortgelijke interactieve opzet zijn schaars. Dat is niet verwonderlijk, want het verschijnsel pedagogisch-didactisch onderzoek is in vergelijking tot het testen relatief recent (Achenbach, 1985). Alleen de Psycho Educational Profile (Revised) voor kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis, is qua pedagogische- en didactische opzet vergelijkbaar (Schopler & Reichler, 1979; 1990; voor de Nederlandse versie, zie Van Berckelaer-Onnes & Van Duijn, 1993; Tak, 1996; Steerneman, Muris, Merckelbach & Willems, 1997).

Verondersteld wordt dat de diagnost in staat is tot een objectieve interpretatie van algemener voorkomende en van idiosyncratische reacties van de onderzochte, gerelateerd aan het eigen variabele gedrag. Naar psychometrische normen is de hierboven geschetste klinische beeldvorming van de diagnost bias-gevoelig en een bedreiging voor de validiteit en de betrouwbaarheid. Dit is vooral een gevolg van het ontbreken van een strikte scheiding tussen descriptieve- en interpreterende activiteiten zoals empirisch onderzoek naar de informatieverwerking van diagnostici heeft aangetoond (Ter Laak, 1995; Garb, 1998).

Momenteel wordt de expertise betreffende de afname van het pedodiagnosticum en het stellen van de sociaal-emotionele/motivationale diagnose persoonlijk overgedragen. Om de juiste hantering en overdracht van het pedodiagnosticum te waarbor-

gen, dienen verschillende aspecten empirisch gefundeerd te worden, waaronder de inhoudelijke- en methodologische aspecten van de diagnostiek van het sociaal-emotionele/motivationale gedrag. Het pedodiagnosticum doet tevens een zwaar beroep op de bekwaamheid van de diagnost wat betreft het diagnostisch vaardig en responsief (re)ageren op de sociaal-emotionele problematische gedragingen (Wilmink, 1975). Het is noodzakelijk ook deze aspecten te expliciteren, zodat ze mogelijk verwerkt kunnen worden in de handleiding of een training in de afname van het pedodiagnosticum. Responsief reageren is in belangrijke mate gebaseerd op het 'lezen' en 'begrijpen' van gedragingen. Deze vermogens vereisen nauwkeurige observatie van het gedrag van het kind op basis van morfologische kennis van gedrag, en het vermogen dit gedrag juist te interpreteren in termen van causale factoren (wat is er aan het gedrag voorafgegaan, versterking, verzwakking), effecten, en de betekenis van gedragingen (de aanwezigheid van specifieke emoties en motivaties). De genoemde noodzaak tot observatie van kinderen is volgens de ethologen Tinbergen & Tinbergen (1983) de belangrijkste boodschap in de pedagogiek van Maria Montessori. Tinbergen & Tinbergen menen zelfs dat het overduidelijk om ethologische observatie gaat (zie paragraaf 3.3.3., pag.57). Het is zonder een langdurige ervaring echter onmogelijk om handelend op een wijze te observeren, zoals ethologen dat -op afstand van het object van onderzoek- doen. Het is wel mogelijk te trachten de concrete gedragingen die essentieel zijn in de omgang tussen een volwassene en kleuters met gedrags- en emotionele problemen, op afstand, ethologisch te bepalen. Het bepalen en nauwkeurig omschrijven van relevante gedragingen kan een belangrijke stap en versnelling zijn in het proces om responsief (therapeutisch) gedrag te ontwikkelen (Tinbergen & Tinbergen, 1983).

Door de recente aanwezigheid van video-apparatuur en software voor gedragsanalyse, lijkt het mogelijk geworden ook het moment-, persoon- en situatie-gebundene systematisch en nauwkeurig te bestuderen met empirisch-analytische (observatie) methoden in plaats van de door Wilmink (1967) noodzakelijk geachte fenomenologische methoden. Gezien het exploratieve karakter van deze studie (zie 1.3.Doel- en vraagstelling) en het feit dat in het verleden het ondervragen van de experts-diagnostici met betrekking tot hun expertise niet zinvol en effectief is gebleken (Plooi, Traudes & Van Zijp, 1987), lijkt ethologische observatie geschikt. De ethologie of de biologische benadering van gedrag is een subdiscipline van de biologie/zoölogie (voor overzichten van het vakgebied, zie o.a. Eibl-Eibesfeldt, 1989; Roeell, 1996; Alcock, 1998; zie verder paragraaf 3.2., pag.51). Ethologen leggen een sterke nadruk op de exploratieve fase in het langdurig gedetailleerd observeren en beschrijven van gedrag. Via een dergelijke grondige verkenning, waarbij weinig (minder) kans bestaat essentiële gedragingen en verbanden over het hoofd te zien, lijkt het verantwoord en mogelijk een open onderzoeksvraagstelling -zoals de onderhavige- te beantwoorden.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

1.2. Doel- en vraagstelling

Volgens de uitgangspunten van het pedodiagnosticum gedraagt de diagnost zich zodanig dat ook kleuters met angst- en gedragsstoornissen typerende, problematische gedragingen laten zien. Deze gedragingen zouden een voorspellende waarde hebben naar de classesituatie. Dat laatste hoeft niet zonder meer het geval te zijn in de diagnostische situatie (Rutter, 1988; Verhulst, 1995; Hekken & Kieviet, 1996). Tijdens de afname van het pedodiagnosticum gaat de diagnost de beïnvloedbaarheid van het problematische gedrag na via interventies die gericht zijn op de reductie van het problematische gedrag.

De doelstelling van de onderhavige studie is -algemeen gesproken- te komen tot een hechtere empirische onderbouwing op het terrein van de diagnostiek van angst- en gedragsstoornissen. Hierbij gaat het in het bijzonder om het bepalen van de typerende gedragingen en interactiestructuur van diagnost en (vooral) kleuters met angst en gedragsstoornissen, tijdens de afname van het pedodiagnosticum voor kleuters door een expert. Volgens Kendell (1975) is typeren en classificeren alleen maar mogelijk op basis van de laatste van de volgende drie categorieën: (1) aspecten die een mens gemeenschappelijk heeft met anderen, (2) aspecten die uniek (persoonsgebonden) zijn, en (3) aspecten die een mens deelt met sommigen maar niet met iedereen. Om te bepalen wat de typerende en kenmerkende gedragingen zijn, is vergelijking noodzakelijk. Daarom worden de (interactie)gedragingen van de probleemgroepen vergeleken met de gedragingen van normale kleuters. De exploratieve onderzoeksvraag die daarbij voorop staat, luidt: welke probleemgedragingen zijn kenmerkend voor kleuters met angst- en gedragsstoornissen in interactie met de diagnost, en welke typerende, deels probleemreducerende gedragingen vertoont de diagnost?

1.3. Samenvatting

Individueel diagnostisch onderzoek is een zeer reguliere activiteit van kinderpsychiaters, psychologen, pedagogen en maakt deel uit van multi-axiale, cross informant diagnostiek voorafgaand aan de hulpverlening aan kinderen en jeugdigen. Kinderdiagnosten trachten met behulp van specialistische procedures en instrumenten de aard van psychische- en gedragsafwijkingen/stoornissen te bepalen en maken daarbij ook gebruik van direct observeerbare gedragingen van de kleuter tijdens het individueel diagnostisch onderzoek. De empirische basis waarop zij de interactie met kleuters met angst- en gedragsstoornissen inschatten, en waarop zij professioneel omgaan met kleuters, ontbreekt. Diagnostici maken zich op basis van jarenlange ervaring deze kennis en vaardigheden eigen, in het gunstige geval. Het expliciteren van deze expertise teneinde deze vervolgens beter te kunnen overdragen zou kunnen bijdragen aan een substantiële verbetering van de diagnostiek. Hiertoe kan een aanzet worden gegeven door een nauwkeurige, exploratieve studie te verrichten naar de inter-

actieve gedragingen tijdens de afname van het pedodiagnosticum voor kleuters, een orthopedagogisch diagnostisch instrument. Zo'n studie voorziet in de behoefte aan empirische diagnostische methoden, dat wil zeggen meer empirische basis, scherpere operationele definities, en systematische procedures, en in de behoefte aan orthopedagogisch relevante kennis met betrekking tot het effectief omgaan met probleemgedrag.

Deel I: Relevant onderzoek, theorie en exploratie

Hoofdstuk 2 Relevant onderzoek en theorie

2.1. Inleiding

In het vorige hoofdstuk is vastgesteld dat exacte kennis omtrent typerende, concrete gedragingen van kleuters met gedrags- en angststoornissen en typerende reacties van de diagnost in een individueel diagnostische testsituatie ontbreekt. Het onderhavige onderzoek is echter niet verricht vanuit een volledig kennisvacuum.

Gedrags- en angststoornissen worden beschreven in psychiatrisch-diagnostische categorieën die onderdeel zijn van de laatste versies van de Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R en DSM-IV; American Psychiatric Association, 1987; 1994). Wereldwijd en in Nederland is de DSM het meest gangbare psychiatrische classificatiesysteem (De Wit & Veerman, 1996; Taublieb, 1997; Achenbach, 1998). Andere classificatiesystemen, zoals de International Classification of Diseases (ICD) (WHO, 1992; Nederlandse vertaling: WHO/NVvP, 1994) die is gebruikt bij de selectie van de proefpersonen

(zie Hoofdstuk 3), vermelden equivalente syndromen. Ook is er klinische ervaring met de observatie van- en de omgang met kinderen met angst- en gedragsstoornissen tijdens individueel diagnostisch onderzoek, al is deze ervaring slechts voor een deel expliciet, en gesteld in algemene termen. De psychiatrisch-diagnostische classificatie, kenmerken van angst- en gedragsstoornissen, en de klinische ervaring komen aan de orde in paragraaf 2.2. "Angst- en gedragsstoornissen: classificatie, gedragstypering en klinische ervaring".

Verder zijn er een aantal klinische observatielijsten waarmee het gedrag in de testsituatie in kaart kan worden gebracht. Daarnaast is er pas heel recent een begin gemaakt met het op psychometrisch verantwoorde wijze in kaart brengen van het testgedrag en wel op basis van de Guide to the Assessment of Test Session Behavior (GATSB; Glutting & Oakland, 1993). Ook zijn er kinderpsychiatrische interviews die (summier) gebruik maken van observaties. Een semi-gestructureerd interview waarbij dat meer het geval is, is de Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA; McConaughy & Achenbach, 1994). Deze observatie instrumenten voor de test en interviewsituatie komen aan de orde in paragraaf 2.3. "Observatie-instrumenten voor individueel onderzoek".

De laatste bron van relevante voorkennis vormen observatiestudies naar kinderen met angst- en gedragsstoornissen en diagnost. Deze studies worden behandeld in paragraaf 2.4. "Observatiestudies naar angst- en gedragsstoornissen, en diagnostgedrag".

De implicaties van het voorgaande voor de probleemformulering vormen tenslotte het onderwerp van paragraaf 2.5. "Implicaties voor de probleemformulering: voorlopige hypothesen".

2.2. Angst- en gedragsstoornissen: classificatie, gedragstypering en klinische ervaring

2.2.1. Gedragsstoornissen

In de DSM-III-R/IV (APA, 1987; 1994) gaat het bij gedragsstoornissen of Conduct Disorders (CD) om een steeds terugkerend, persisterend patroon van gedragingen waarbij de basale rechten en behoeften van anderen worden geschonden en waarbij de algemeen geldende, aan de leeftijd aangepaste normen en regels worden overtreden. Gedragsstoornissen, of psychopatische gedragsstoornissen (De Ruyter, 1972) zijn gedragingen die vooral door de omgeving als storend of onaangenaam worden ervaren en primair tegen de buitenwereld gericht lijken te zijn. De DSM-III-R en DSM-IV diagnostische criteria voor de diagnose CD, waarbij 3 of meer criteria van toepassing moeten zijn, komen sterk overeen. De DSM-IV hanteert een 4-tal clusters (tussen haken staan de criteria): agressie naar mensen en dieren (bedreigen/pesten, vechten, wapengebruik, wreed naar mensen, wreed naar dieren, stelen waarbij directe confrontatie met het slachtoffer, gedwongen seksueel contact), vernielen (via brandstichting of op andere wijze), bedriegen en diefstal

(inbraak, liegen), en het overtreden van huis/schoolregels (vóór de leeftijd van 13 jaar vaak ongeoorloofd 's nachts niet thuis zijn, minstens 2 keer weglopen van huis, vaak spijbelen). Er worden een 2-tal subtypen onderscheiden op basis van het startmoment: een CD waarvan sprake is voor de leeftijd van 10 jaar (Childhood-Onset Type), en een CD die daarna aanvangt (Adolescent-Onset Type). In de DSM-III-R worden drie vormen of subtypes CD onderscheiden: de groepsgebonden vorm, optredend in groepsverband; de individuele agressieve vorm, solitair niet in groepsverband optredend; en de ongedifferentieerde vorm, een restcategorie indien classificatie als één van de vorige vormen niet mogelijk is. In het onderhavige onderzoek staat de individuele agressieve vorm (Childhood-Onset Type) centraal, ook wel ongesocialiseerde gedragsstoornis (Quay, 1986), of ontwikkelingspsychopathie (De Ruyter, 1972) genoemd. Hierbij gaat het om een zeer persistente vorm van CD (Lahey et al., 1995; Campbell, 1998). Kenmerkend voor deze vorm is ook dat de kinderen niet of nauwelijks in staat zijn tot het aangaan van affectieve relaties. Deze kinderen (peuters, kleuters) hebben vanaf het begin van hun ontwikkeling, ook in de eerste levensjaren psychopathiforme gedragsstoornissen vertoond (De Witte, 1990). De DSM (III-R en IV) vermeldt naast de diagnostische criteria gedragingen die niet noodzakelijk zijn voor het stellen van de diagnose CD, maar wel vaak voorkomen bij kinderen met CD. Deze gedragingen stemmen in belangrijke mate overeen met- en worden aangevuld door de volgende kenschetsen die in de loop der jaren o.a. zijn gegeven: de diagnostische criteria voor ontwikkelingspsychopathie van Karpman (1952), de karakterisering van de persoonlijkheid van De Witte (1990), de typerende gedragingen van Quay (1986), de klinische typering van Slijper (1992), Koot (1992), Verhulst (1992), en Matthijs (1992) en de dispositionele factoren vermeld in Frick (1998). De op basis van deze literatuur resulterende typering van CD luidt als volgt. Het kernsymptoom vormt het onvermogen tot het aangaan van positieve, bevredigende, betrouwbare, affectieve relaties. Andere mensen zijn gemakkelijk inwisselbaar voor deze kinderen. Je kunt dan ook spreken van schijncontact. Een positieve emotionele betrokkenheid op andere mensen, interesse, wederkerigheid en empathie ontbreken in de relaties van CD kinderen. Twee varianten binnen het concrete affectieve contact (interactie), bijvoorbeeld tijdens diagnostisch onderzoek, zijn van belang. Enerzijds kan het CD kind zich wantrouwend opstellen, waarbij van een grote psychologische afstand sprake is. Deze figuurlijk bedoelde grote 'afstand' -ook wel aangeduid met de term 'onthechting' indien de afstand extreem groot is- wordt vaak verwoord als: "je kunt in gesprek geen contact met ze krijgen". Bij een dergelijke opstelling is het van belang of het contact groeit na de aanvankelijke terughoudende opstelling gedurende het onderzoek. Deze eventuele contactgroei heeft implicaties voor de ernst van de stoornis. Anderzijds kan een te 'vlot' contact, zonder enige initiële aarzeling voorkomen. Het CD kind leeft in voortdurend conflict met de buitenwereld. Dit komt tot uitdrukking in gedragingen die anderen schade

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

berokkenen, pijn doen, zoals agressief, verbaal- en non-verbaal (aanvals-) gedrag, destructieve gedragingen, en gedragingen waaruit gevoelens van wantrouwen, rancune, rivaliteit, en motivaties om anderen te manipuleren en te overheersen, zijn af te leiden. Intrapsychische conflicten en probleembesef, waaronder schuld- en schaamtegevoelens over bijvoorbeeld agressief of oneerlijk gedrag, lijken te ontbreken. Hieruit blijkt de gestoorde gewetensfunctie. Het kind schuift zonder problemen (interne conflicten) de schuld op anderen en het eigen aandeel wordt gebagatelliseerd of ontkend via rationalisatie. Het kind houdt geen rekening met de gevoelens, wensen, en rechten van anderen en zij houden zich niet aan de geschreven-, en ongeschreven regels van de samenleving en de heersende cultuur. Het kind is niet in staat tot het uitstellen van driftbevrediging door genoeg te nemen met fantasieën, sublimatie of andere effectieve, toelaatbare vormen van afweer. Het lustprincipe overheerst ten koste van het realiteitsprincipe. De frustratietolerantie is minimaal. De reactie op (minimale) frustratie is doorgaans vermijding. De overmatig aanwezige afweermechanismen zijn projectie, loochening, compensatie, verdringing, intellectualisering, reactievorming, provocatie, turning passive-into-active, ridiculisering, clownen, zich domhouden of zich kleiner voordoen, en identificatie met de agressor (naast verder gestoorde identificatieprocessen, zoals het ontbreken van een geweten). De projectieve inhoud behelst vaak het idee dat kinderen en volwassenen het op hen gemunt hebben. Ze voelen zich onrechtvaardig bejegend. Dit komt tot uitdrukking in mopperen en klagen over anderen. Met counterfobisch gedrag wordt aangeduid dat deze kinderen in feite geen angst kunnen verdragen en verbaliseren, maar hun angst meteen omzetten in agressieve handelingen. De grondstemming is dysfoor (prikkelbaar). Emoties als kwaadheid en woede (driftbuien) treden snel op, met name indien de omgeving hen fysiek of op andere wijze frustrereert. Verder heeft het kind een laag gevoel van eigenwaarde, een laag zelfbeeld. Dit gevoel wordt afgeweerd met stoerheid, magisch-egocentrisch denken, irreële eigendunk (zelfoverschatting), gevoelens van onkwetsbaarheid, en grootheids- en almachtsfantasieën. Dit kan leiden tot regressieve symptomen als innocent- en fantasy lying. Het kind maakt geen duidelijk onderscheid tussen werkelijkheid en fantasie (innocent lying), waarbij de inhouden tevens wensvervullend en compenserend kunnen zijn (fantasy lying). Ook komt het lage zelfbeeld tot uitdrukking in de grote afhankelijkheid van sommige kinderen van de waardering en de steun van anderen. Een geringe competentiebeleving gaat samen met een onvoldoende ontwikkelde intrinsieke motivatie tot leren.

Matthijs (1992) formuleert expliciet een aantal kenmerken van CD kinderen die betrekking hebben op het denken over de sociale werkelijkheid, waaruit zowel ontwikkelingsachterstand als deviantie blijkt. Deze kenmerken van het denken sluiten nauw aan bij de hiervoor genoemde intrapsychische- en gedragsaspecten. De ontwikkelingsachterstand blijkt uit de voor jongere kinderen kenmerkende zelfbetrokkenheid (egocentrisme) van CD kinderen: vanuit het eigen perspectief waarnemen, zich niet in

de ander kunnen verplaatsen, niet meevoelen van wat in een ander omgaat (empathie), en het morele denken dat sterk afhankelijk is van beloning en straf, alsmede een slecht ontwikkeld gevoel voor causaliteit. De relaties hebben dan ook een wensvervullend of behoeftebevredigend karakter, waarbij de ander onvoldoende wordt gerespecteerd als een apart persoon met eigens gevoelens, intenties en gedachten.

Deviant denken komt tot uitdrukking in het projecteren van agressie in anderen, de overtuiging dat agressie (sociale) problemen kan oplossen en zich bij hanteren van dergelijke 'oplossingen' competentier voelen.

Het kind is niet in staat tot plannen op de wat langere termijn en mist het vermogen tot abstraheren. De 'binnenwereld' is kortom slecht gestructureerd: cognitie en emotie lijken in dit verband een (slecht) geheel te vormen. Het kind is vaak vanaf zeer jonge leeftijd hyperactief en impulsief. Dit komt tot uitdrukking in overbeweeglijkheid, ongedurigheid, of bijvoorbeeld het niet stil kunnen zitten wanneer dat noodzakelijk of gewenst is. Matthijs (1992) brengt de ongedurigheid en impulsiviteit in verband met de lage frustratietolerantie (zie boven). De spanningsboog (aandacht en concentratie) is gering. De bijkomende DSM-III-R/IV diagnose Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (Attention Deficit-Hyperactivity Disorder; ADHD) komt dan ook vaak voor (Martin & Hoffman, 1991; Kazdin, 1993; Frick, 1998).

Het voorgaande leidt ertoe dat deze kinderen niet of nauwelijks leren uit ervaringen als conflict, correcties, straf of mislukkingen. Ze lijken zelfs sterk geneigd om straf te provoceren, waarop ze vervolgens onverschillig reageren. Mogelijk zouden hierbij ook onbewuste strafbehoeften een rol spelen. Een andere verklaring hiervoor vormt de hyporeactiviteit van het autonome zenuwstelsel. Hierdoor reageren deze kinderen met minder angst op stressvolle stimuli en treedt minder inhibitie op van antisociaal- en agressief gedrag, ofwel 'fear avoidance learning' treedt niet op (De Witte, 1990). Ze tonen zich door een gebrekkige reality-testing, het uitsluitend functioneren volgens het lust-onlust principe, en het ontbreken van relaties met pedagogisch relevante personen (ouders, verzorgers, leerkrachten) onbeïnvloedbaar.

Aan opvoedingsgedrag kunnen twee dimensies onderscheiden worden: ondersteuning en regulering (Koot, 1988; Decovic & Janssens, 1991).

Ondersteuning omvat helpen, het samen ondernemen van activiteiten, belangstelling en positieve affectie tonen. Volgens Matthijs (1992) reageren deze kinderen op twee wijzen inadequaat. Ze verdragen de ondersteuning niet en reageren negatiefistisch-afwijzend. Het CD kind maakt een schijnbaar (over)onafhankelijke, zelfstandige, zelfredzame indruk, waarbij vooral opvalt dat het moeite heeft met een afhankelijke opstelling tegenover anderen. Qua individuatie is sprake van een sterk ontwikkelde, vervroegde schijnindividuatie. Of ze stellen zich uitermate dwingend, aandachttrekkend (onverzadigbaar), (ver)storend, en uitslovend op wanneer het om ouderlijke investering gaat.

Regulering omvat ge- en verboden, en verzoeken. Hierop wordt

met openlijk- of passief verzet (weigering, ongehoorzaamheid, eigenzinnigheid), 'testing the limits', brutaliteit, en provocatie gereageerd. In contact tonen zij zich anticonformistisch. Zij reageren slecht op druk van buitenaf. Deze reacties vormen kernsymptomen van gedragsgestoorde kinderen wanneer zij in contact treden met volwassenen (Patterson & Bank, 1986 ; McMahon, 1987). Tijdens diagnostisch onderzoek kan bijvoorbeeld aversie tegen opdrachten optreden. Dit kan tot uitdrukking komen in passieve vormen van verzet zoals het geven van weinig of onzinnige reacties, door veel te zuchten en te steunen (Paget & Bracken, 1991). De motieven, doelstellingen en dienovereenkomstige gedragingen zijn kortom meestentijds - bijna automatisch- tegengesteld aan die van de omgeving. Analoog aan de bekende mechanicawet wekt een door de omgeving uitgeoefende kracht een daaraan tegengestelde (reactie)kracht bij hen op. Samenwerken met andere mensen kan zeer problematisch zijn. Vanwege de onbeïnvloedbaarheid en de genoemde reactiewijzen op ondersteuning en regulering spreekt men binnen de orthopedagogiek over 'zeer moeilijk opvoedbare kinderen'.

Samenvattend en concluderend kunnen we stellen dat de gedragsgestoorde kinderen typerende gedragingen vertonen die vooral ook onder bepaalde condities optreden. Naast onaangename (storende) gedragingen die doelgericht tegen de buitenwereld gericht zijn, vertonen deze kinderen negatieve reacties die optreden in situaties van frustratie, stress, dwang- en taak (prestatie)situaties, in de interactie met andere mensen, en bij regulering en ondersteuning door volwassenen.

Hier en ook ter afsluiting van de volgende paragrafen wordt geen uitgebreide inhoudelijke samenvatting gegeven. Alle relevante inhoudelijke opbrengsten van de literatuurverkenning zijn verwerkt in de voorlopige hypothesen zoals geformuleerd in paragraaf 2.5. "Implicaties voor de probleemformulering: voorlopige hypothesen".

2.2.2. Angststoornissen

De DSM-III-R (APA, 1987) en de DSM-IV (APA, 1994) vermelden de angststoornis die in het onderhavige onderzoek centraal staat. In de DSM-III-R wordt deze stoornis aangeduid met Overmatige angststoornis (Overanxious Disorder; OD) en wordt vermeld bij de kinderen en jeugdigen. In de DSM-IV staat deze stoornis onder de (volwassen) angststoornissen en wordt deze stoornis aangeduid als Gegeneraliseerde angststoornis waarbij inbegrepen de Overmatige angststoornis van de kindertijd. Bij de Overmatige Angststoornis (DSM-III-R) gaat het om criteria als een buitensporige of irreële, diffuse angst of bezorgdheid over komende gebeurtenissen (in angstige fantasieën), het gedrag in het verleden, of de eigen vaardigheden (in evaluatieve situaties); lichamelijke klachten; opvallende verlegenheid; buitensporige behoefte aan geruststelling (en acceptatie); en een gevoel van gespannenheid. Deze omschrij-

ving komt sterk overeen met de DSM-IV omschrijving waarbij het ook gaat om buitensporige angst/bezorgdheid (verder niet nader gespecificeerd) die de betrokkene niet onder controle heeft. Daarbij moet bij kinderen minstens 1 van de volgende symptomen optreden: zich rusteloos/opgejaagd voelen, snel moe zijn, problemen met concentratie, geïrriteerdheid, spierspanning, en slaapproblemen. De angst of bezorgdheid en de symptomen moeten de betrokkene belemmeren in het functioneren (sociaal, in het werk of op andere terreinen).

Kern in beide omschrijvingen vormt het gevoel van spanning. Deze kern sluit aan bij de definitie van angst (Treffers, 1992): een onplezierig gevoel van beklemming of spanning, gepaard gaand met motorische en fysiologische verschijnselen, als reactie op de gewaarwording van gevaar. Dit gevaar kan een irreëel karakter hebben (angst), of bewust herkend en reëel aanwezig (vrees) zijn. Het gevoel om adequaat te kunnen reageren ontbreekt, men spreekt van hulpeloosheid, vormt een essentieel aspect van de emotie angst (Frijda, 1986). Motorische verschijnselen van acute angst zijn hyperactiviteit (psychomotorische agitatie, bewegingsonrust, rusteloosheid, friemelen; concentratieproblemen), trillen, hyperreagibiliteit (schrikachtig), lichaamsspanning. Fysiologische symptomen zijn versnelde ademhaling en hartslag, polyurie, zweten en andere huidreacties (Frijda, 1986; Strauss, 1994; King, 1994; Silverman & Ginsburg, 1998). De motorische en fysiologische reacties droegen oorspronkelijk bij tot de overleving en vormden noodzakelijke condities voor de functionele gedragspatronen van vechten of vluchten. In plaats van vechten en vluchten lijkt bij mensen vaker bevriezen en geremdheid in gedrag op te treden. Vluchten of ontsnapping is immers niet altijd mogelijk en vechten niet altijd gepast. Men is dan noodzakelijk, gedwongen aanwezig in de (angstige) situatie, waarbij handelen noodzakelijk blijft. Het gedrag kan totaal bevriezen (soms in vreemde houdingen) of gedeeltelijk bevriezen. Onzekere geremdheid impliceert een sterke remming en inperking van de beweging (trage motoriek), activiteit (onderactiviteit) en productiviteit (niet durven).

Bij OD kinderen gaat het volgens Treffers (1992) om kinderen die in het bijzonder bezorgd zijn over hun sociale gedrag en over hun competentie. Dit maakt dat ze extreem angstig zijn om in aanwezigheid van anderen een prestatie te leveren, zoals dat bijvoorbeeld het geval is tijdens individueel diagnostisch onderzoek. Daarbij zijn zij teruggetrokken in het contact. De term 'teruggetrokken' heeft betrekking op de reactie of vermijdingsrespons op een angsttoestand.

Bij het psychiatrisch interview zijn volgens Treffers (1992) de volgende gedragingen indicatief voor angst: een vochtige hand, gespannen motoriek, motorische onrust (bewegen met de benen, wriemelen met de handen), versnelde ademhaling, zacht hakkellend spreken, een angstige blik, blozen, en (bijna) huilen. Paget en Bracken (1991) voegen daar het vermijden van oogcontact en het ontbreken van verbale spontaniteit zoals het initiëren van gesprek aan toe. In de loop van de onderzoekzittingen wordt volgens hem duidelijk of het hier of gaat om manifestaties van permanent aanwezige angst of om angst van

een voorbijgaande aard. Tijdelijke angst is een normaal verschijnsel: ook een normale kleuter zal vaak blij geven van tijdelijke angst voor de onderzoeker en de situatie (Slijper, 1992; Van Woerden, 1992; Tak, 1996; Couturier & Tak, 1996). De totale afwezigheid van angst wijkt af van de normale gang van zaken en zou diagnostisch veelzeggend zijn (Ack, 1968). Maar na een korte periode zijn kleuters (meestal) in staat alleen met de diagnost te werken en gaan zij zich meer op hun gemak voelen, hoewel ook later in het onderzoek verlegenheid kan blijven bestaan (Paget & Bracken, 1991). De kleuter kan aan het begin van het diagnostische onderzoek stereotype gedragingen vertonen. Deze, volgens Paget & Bracken 'autistische' gedragingen worden veroorzaakt door angst en verdwijnen geleidelijk naarmate het kind zich meer op zijn/haar gemak voelt. Angstige kinderen hebben een langere gewenningsperiode nodig (Slijper, 1992). Bij het diagnostisch onderzoek van kinderen is het noodzakelijk dat het kind (tijdelijk) gescheiden wordt van de ouder(s). Er is een aanzienlijk verschil tussen gedwongen scheiding en vrijwillige scheiding. De vrijwillige scheiding impliceert een zekere controle over de situatie die angstreducerend werkt (Treffers, 1992). Tot 4/5 jaar zou scheidingsangst een leeftijdsadequate reactie zijn. Pas daarna zou het pathologisch zijn (Crowell & Waters, 1990; Treffers, 1992; Couturier & Tak, 1996).

Bij chronische angst treden op den duur overigens ook lichamelijke symptomen op die duiden op lusteloosheid, vermoeidheid. De nevendiagnose depressie komt bij kinderen met angststoornissen dan ook vaak voor (Anderson, 1994; Schwartz, Gladstone & Kaslow, 1998).

Resumerend en concluderend kunnen we stellen dat angststoornissen aanleiding geven tot gedragingen die indicatief zijn voor een psychisch probleem van het kind zelf en waarbij onaangename angstgevoelens de boventoon voeren. Dit komt onder andere tot uitdrukking in reguliere gedachten van bezorgdheid. Bij acute angst kunnen verschillende direct observeerbare, angstige gedragingen optreden. Ook nu weer lijken de (direct observeerbare acute angst-) gedragingen van angstgestoorde kinderen op te treden in bepaalde situaties, zoals in de interactie met andere mensen en in taaksituaties, en situaties waarin handelend opgetreden vereist is.

2.2.3. Diagnostisch vaardig gedrag

Reeds in hoofdstuk 1 is gesteld dat uiteenlopende emotionele reacties een probleem kunnen zijn bij het testen van kinderen die prestaties moeten leveren in opdracht en in de nabijheid van een vreemde volwassene. Dit kan tot gevolg hebben dat het kind onderpresteert omdat het niet wil, niet kan of niet durft. Het is voor de diagnost een belangrijk diagnostisch gegeven niet-willen, niet-kunnen en niet-durven te onderscheiden (Paget & Paget, 1991). In aansluiting op de eerder gegeven gedragstyperingen van de probleemgroepen lijkt de eerstgenoemde motivationele reactie -niet willen- meer plausibel bij de kinderen met gedragsstoornissen, terwijl de laatstgenoemde

emotionele reactie -niet durven- meer van toepassing lijkt op de kinderen met angststoornissen. Beide mogelijkheden, niet-willen en niet- durven, vormen een probleem voor de afname van het diagnostisch onderzoek. Diagnostisch vaardig optreden lijkt dan ook vereist.

Indien bij gedragsgestoorde kinderen de aanwezigheid van de diagnost onvoldoende is om het kind taakgericht te houden, kan het gedrag meer gestructureerd worden, of moet worden geprobeerd of beloningen een positieve invloed kunnen uitoefenen (Van Doorn, 1992). Deze noodzaak tot het voortdurend extrinsiek motiveren en aanmoedigen van het kind wijst op gedragsproblematiek (Paget & Bracken, 1991). Volgens Carr et. al (1991) komt het vaardig omgaan met probleemgedrag of verzet op de korte termijn neer op het negeren van het gedrag, het veranderen van taak, en het nemen van een pauze na het inwilligen van een verzoek. Ingaan tegen de afweer van de peuter of kleuter zou het verzet sterker maken. Het kind moet niet in de gewenste richting 'geduwd of getrokken' worden (Paget & Bracken, 1991; Couturier & Tak, 1996). Er is veel creativiteit, flexibiliteit en geduld van de diagnost nodig om de opdrachten in een zodanige vorm te gieten dat het kind het gevoel heeft dat het zelf voor de opdrachten heeft gekozen of keuzemogelijkheden heeft (Slijper, 1992). Dit kan gebeuren door in plaats van te gebieden, open-einde vragen te stellen of het kind te laten kiezen uit verschillende mogelijkheden (Haeussermann, 1958). De diagnost moet echter de boodschap communiceren dat hij/zij de situatie onder controle heeft (Paget & Bracken, 1991). Bij gedragsgestoorde kinderen met een slechte impulsbeheersing kan het verwoorden van de gevoelens van tegenzin door de diagnost als een uitnodiging worden opgevat om het verzet in actieve vorm te uiten. Eventuele duiding moet gekoppeld worden aan het stellen van duidelijke grenzen (Haeussermann, 1985; Paget & Bracken, 1991; Slijper, 1992). Ook kan de diagnost corrigerend optreden door het gedragsgestoorde kind te wijzen op de consequenties van gedragingen die de voortgang van het onderzoek verstoren (Haeussermann, 1985; Paget & Bracken, 1991). Vanwege de hyperactieve- en impulsieve gedragingen moet de diagnost doorgaan, de snelheid op peil houden en het kind regelmatig bemoedigend-structurerend aanraken (Haeussermann, 1985; Paget & Bracken, 1991; Couturier & Tak, 1996). Het gedragsgestoorde kind is zowel tijdens het diagnostisch onderzoek, als in de dagelijkse leefsituatie (De Witte, 1990) in sterke mate aangewezen op ego-support of structuur vanuit de omgeving. Het zal duidelijk zijn dat het diagnostisch onderzoek van gedragsgestoorde kinderen, zoals Paget & Bracken (1991) terecht stellen, bijzondere vaardigheden van de diagnost vereist.

Het diagnostisch onderzoek van angstgestoorde kinderen vormt op de laatstgenoemde stelling geen uitzondering. Bij angstige kinderen kan extra stimulering en ondersteuning noodzakelijk blijken. Daarmee wordt ook duidelijk in hoeverre het kind kan profiteren van uitleg en aanwijzingen (Van Doorn, 1992). Verder kan in potentieel bedreigende, angstige situaties het

angstgestoorde kind veiligheid en rust worden geboden door inzicht te verschaffen in situaties en de voorspelbaarheid van de gebeurtenissen te vergroten (Verhulst, 1992). Acute angst bij kinderen kan verminderd worden indien externe factoren van gevaar en veiligheid voorspelbaar zijn. Ook de beschikbaarheid en het gebruiken van externe afleiders zou gunstig werken (Miller, Boyer, & Rodoletz, 1990). Haeussermann (1958) en Paget & Bracken (1991) stellen dat angstige kinderen expliciet bij de evaluatie van de prestaties, ook wanneer die onder de maat zijn, betrokken moeten worden.

De meeste diagnosten reageren op stiltes die optreden onder invloed van falen of frustratie met compenserende, overmatige aandacht. Dit zou het problematische karakter van de situatie voor het kind slechts verergeren (Paget & Bracken, 1991). Volgens Paget & Bracken (1991) hebben het aanraken van angstige kinderen een kalmerend effect. Hoewel het aanslaan van een kinderachtige toon bij normale kleuters niet geïndiceerd is, gebeurt dat wel op momenten van hevige stress of frustratie (Paget & Bracken, 1991). Ack (1968) stelt dat bij diagnostisch onderzoek van kinderen de attitudes van faalangst en afweer met betrekking tot actuele zaken door de diagnost juist geïnterpreteerd moeten worden om tot goed diagnostisch onderzoek te komen. Deze interpretatie moet verwoord worden en de reacties hierop zijn diagnostisch waardevol. Het doen van juiste interpretaties is een belangrijk middel om contact met het kind te krijgen.

Resumerend en concluderend kunnen we stellen de klinische ervaring met betrekking tot het diagnostisch vaardig optreden bij het onderzoek van gedrags- en angstgestoorde kinderen, naast algemene richtlijnen, een aantal specifieke concrete aanwijzingen omvat omtrent wat te doen en wat juist niet te doen. Richtlijnen en aanwijzingen komen bij gedragsgestoorde kinderen grotendeels neer op het omgaan met weerstanden (verzet) tegen de taken en bij angstige kinderen op het omgaan met (faal)angst.

2.3.Observatie-instrumenten voor individueel diagnostisch onderzoek

Zoals eerder aangekondigd zijn er een aantal klinische observatielijsten ontwikkeld waarmee het gedrag in de testsituatie in kaart kan worden gebracht. Deze lijsten zijn mogelijk relevant met het oog op de onderkenning van angst- of gedragsstoornissen.

Reeds in de jaren '50 en '60 zijn de eerste observatielijsten opgesteld waarmee testgedrag in kaart kan worden gebracht: Test Behavior Observation Guide (TBOG; Caldwell, 1951), Stanford-Binet Observation Schedules (SBOS; Terman & Merrill, 1960; later aangepast door Thorndike, Hagen & Sattler, 1986). Van latere datum zijn de Behavior and Attitude Checklist (BAC; Sattler, 1992), de Test Behavior Checklist (TBC; Aylward & MacGruder, 1986), de Guide to the Assessment of Test Session Behavior (GATSB; Glutting & Oakland, 1993), en de Kaufman WISC-III Integrated Interpretive System Checklist for Behavi-

ors Observed During Administration of WISC-III Subtests (Kaufman, Kaufman, Dougherty & Turtle, 1994).

Deze instrumenten hebben tekortkomingen en zijn van beperkte waarde voor de onderhavige studie, ook omdat de categorieën niet in verband zijn gebracht met angst- en gedragsstoornissen. De TBOG bijvoorbeeld heeft slechts 15 categorieën met een zeer algemeen karakter. Observatiecategorieën zijn bijvoorbeeld: snelheid van werken, oriëntatie op de test of aandacht; de ontbrekende specifieke mogelijkheden binnen deze categorieën zijn nog legio. Voor de SBOS met slechts 13 items geldt hetzelfde (zie onder). De TBC geeft meer specifieke concrete mogelijkheden binnen categorieën betreffende het te observeren gedrag. Bijvoorbeeld binnen de categorie "Activiteit" de mogelijkheden: hyporeactief, hyperactief en goed gedoseerde activiteit; of binnen de categorie "Sociaal-emotionele stijl": teruggetrokken en opdringerig als mogelijkheden. Het aantal mogelijkheden blijft echter nog beperkt en de categorieën vaak algemeen of 'leeg'. Dat is ook het geval met de BAC en de checklist van Kaufman. Voor de meeste instrumenten geldt dat substantieel onderzoek die de betrouwbaarheid en validiteit van het instrument ondersteunt, ontbreekt. De GATSB, een instrument dat ook als enige genormeerd is, vormt hierop een uitzondering. Hierover meer.

Pas het afgelopen decennium is een begin gemaakt met het op psychometrisch verantwoorde wijze in kaart brengen van het testgedrag van kinderen (zie o.a. Glutting & McDermott, 1988; voor een overzicht van het onderzoek dat daarop volgde, zie o.a. Oakland, Gulek & Glutting, 1996; Oakland & Glutting, 1998). Doel van dit onderzoek is geweest te bepalen in hoeverre testgedrag testprestaties beïnvloedt (intrasessie validiteit), en in hoeverre testgedrag extern valide is (exosessie validiteit). Dit onderzoek is voornamelijk verricht op basis van de GATSB (zie boven) tijdens de afname van intelligentie en didactisch onderzoek bij kinderen van 6-17 jaar.

De GATSB is het eerste gestandaardiseerde betrouwbare instrument waarmee de mate van vermijding, aandacht en de medewerking van een kind gemeten kan worden. Daarvóór werden zwakke instrumenten gehanteerd. De manco's van de eerder genoemde instrumenten vormden een aanzet tot de ontwikkeling van de GATSB (Glutting, Oakland & Konold, 1994).

De GATSB is een observatie-instrument bestaande uit een 3-punts ratingschaal met 29 items op basis waarvan op een 3-tal factoren kan worden gescoord: Taakvermijding, Gebrek aan taak-aandacht, en Niet-coöperatieve instelling/stemming. Taakvermijding zou betrekking hebben op angstige terugtrekking, internaliserende gedragsproblemen en een gebrek aan zelfvertrouwen; Niet-coöperatieve instelling/stemming zou betrekking hebben op een gebrek aan zelfcontrole en overeenstemmen met gedragsgestoordheid en externaliserende problemen (Oakland, Gulek & Glutting, 1996). Vanwege de laatste veronderstelde relaties met angst en gedragsstoornissen zijn de items van de dimensies Niet-coöperatieve instelling/stemming en Taakvermijding voor de onderhavige studie van belang. De items van Taakvermijding luiden, genummerd volgens de GATSB-lijst:

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

2. geeft gemakkelijk op,
4. heeft geen belangstelling voor de opdrachten,
5. reageert negatief op opdrachten/vragen,
6. gebrek aan inspanning,
7. toont geen enthousiasme voor opdrachten,
10. toont geen realistisch zelfvertrouwen bij voldoen aan de opdrachten/beantwoorden van de vragen,
14. aarzelt bij beantwoorden van vragen,
15. rigide benadering van de opdrachten,
20. reageert niet op aanmoediging, en
22. geen/nauwelijks oogcontact,

De items van Niet-coöperatieve instelling/stemming zijn, wederom met GATSB item nummers:

12. vraagt wanneer het onderzoek is afgelopen,
13. heeft complimenten nodig,
19. heeft prijzen/aanmoediging nodig,
21. wordt rusteloos in de loop van het onderzoek
23. klaagt dat de test te lang is
25. prestaties verminderen in de loop van het onderzoek,
26. moet worden overgehaald om aan te taak te blijven, en
27. wil geen vragen meer beantwoorden in de loop van het onderzoek

Uit onderzoek met de GATSB blijkt bij herhaling dat testgedragingen die duiden op een gebrek aan aandacht en medewerking, en vermijdend gedrag van het kind de prestaties negatief beïnvloeden (intrasessie validiteit; zie o.a. Konold, Glutting, Oakland & O'Donnell, 1995; Maller, Konold & Glutting, 1998; veel eerder verricht onderzoek wees overigens al in die richting, zie bijvoorbeeld Moriarty, 1961).

Volgens de ontwikkelaars van de GATSB is er nog weinig empirische ondersteuning voor de overtuiging van klinici (zie Hoofdstuk 1) dat testgedrag representatief is voor het leer- en sociale gedrag buiten de testsituatie of exosessie validiteit. Situationele bepaaldheid van kindgedrag lijkt daarentegen meer van toepassing (voor referenties, zie Glutting & McDermott, 1988). Is dat wel zo?

Onderzoek met de Stanford Binet Observation Schedule (SBOS, zie boven) bij 5 en 6 jarige kinderen dat voorafging aan de ontwikkeling van de GATSB, wijst in die richting (Glutting & McDermott, 1988). De SBOS is een instrument dat bestaat uit de volgende dertien items: geabsorbeerd door de taak, normaal activiteitsniveau, initieert activiteit, snel antwoorden/reageren, sociale vaardigheid, realistisch zelfvertrouwen, op zijn/haar gemak, zelfverzekerd, volhardend, reageert realistisch/adequaat op falen, graag willen doorgaan met de taak, wordt uitgedaagd door moeilijke taken, en heeft weinig regulatie/gebieden nodig). Deze dertien items zijn door de ontwikkelaars van de SBOS op basis van rationele (!) analyse geplaatst in 5 gedragsdomeinen: Aandacht, Reacties gedurende taakuitvoering, Emotionele onafhankelijkheid, Probleemoplossend gedrag en Onafhankelijkheid. De empirische analyse (factoranalyse) met de SBOS van Glutting en McDermott resulteerde daarentegen

in slechts een 2-tal factoren: Zelfvertrouwen en Aandacht voor de taak. Zelfvertrouwen en Aandacht voor de taak in de testsituatie zijn vervolgens in verband gebracht met een 3-tal dimensies Impulsiviteit/afleidbaarheid, Bevreesd-niet responsief en Vermijdend-afwerend op basis van gedrag in de kleuterklas. Resultaat: de genoemde dimensies (het gedrag in de klas en tijdens de test) zijn nauwelijks gecorreleerd ($-0.29 < r < 0.00$). Dit resultaat is niet verbazingwekkend: behalve dat situatiebepaaldheid mogelijk een rol speelt, zoals de auteurs zelf sterk suggereren, is de SBOS niet betrouwbaar, evenals vele andere instrumenten die de GATSB voorgingen. Bovendien is het de vraag of het wel om vergelijkbare dimensies gaat, ofwel ligt het op theoretische gronden (aard van de dimensies) wel in de lijn der verwachting dat een significante correlatie resulteert. De conclusie van de onderzoekers luidt dat het voorspellen van leergedrag in de klas vanuit testgedrag onverantwoord is. Op deze conclusie valt echter af te dingen.

Op basis van later onderzoek met de GATSB blijkt testgedrag namelijk wel enige voorspellende waarde te hebben (Glutting, Robbins & Lancey, 1997). In dit onderzoek is de discriminante validiteit van testgedrag onderzocht door kinderen met ADHD (volgens de DSM-III-R/IV) te vergelijken met normale kinderen van 6-12 jaar. Het blijkt dat ADHD kinderen verschillen van normale kinderen op alle GATSB dimensies: Gebrek aan taakaan-dacht, maakt het grootste verschil met scores meer dan 1 SD boven het gemiddelde/het 90-ste percentiel benaderend; Niet-coöperatieve instelling/stemming; en Taakvermijding, maakt het kleinste verschil. De sensitiviteit en de specificiteit zijn hoog (respectievelijk 87.5% en 75.9%; GATSB totaal/cut-off score=60). De conclusie uit dit onderzoek moet luiden dat specifiek gedrag tijdens testen wel degelijk klinisch diagnostisch relevant kan zijn en in relatie staat tot gedrag daarbuiten. Dit tot verbazing van de onderzoekers zelf die zich in het verleden bij herhaling hebben hard gemaakt voor het tegendeel, zoals we vermeldden.

Een aantal zaken zijn in aansluiting op de onderzoeken met de GATSB voor de onderhavige studie relevant.

Het laatstgenoemde onderzoek is opgestart vanuit de klinische verwachting dat kinderen met ADHD slechter zouden moeten scoren op de GATSB dimensies en dat het testgedrag van kinderen met ADHD nog niet systematisch vergeleken is met normale kinderen (Glutting, Robins & De Lancey, 1997). In aansluiting op de sterke suggestie van de onderzoekers zelf om ook in de toekomst meer observatie-onderzoek te doen naar de diagnostische betekenis van testgedrag, ligt het voor de hand discriminatief validiteitsonderzoek te doen naar de GATSB verschillen van angst- en gedragsgestoorde kinderen, en normale kinderen in de verwachting bij deze meer extreme groepen vergelijkbare resultaten te boeken. Immers de dimensies Taakvermijding en Niet-coöperatieve instelling/stemming zijn, zij het op niet empirische maar rationeel analytische gronden, in verband gebracht met respectievelijk angstige terugtrekking en gedrags-gestoordheid. De gedragingen die onder de genoemde factor vallen (zie boven) zouden meer moeten voorkomen bij kinderen

met angst- en gedragsstoornissen. Met de GATSB zijn nog geen pogingen gedaan gedragsobservaties in individueel onderzoek direct in verband te brengen met angst en gedragsstoornissen. Overigens gelden een aantal nadelen zoals deels eerder vermeld bij de voorgangers van de GATSB, ook voor de GATSB. Zoals de ontwikkelaars zelf in de handleiding van de GATSB waarschuwen (Glutting & Oakland, 1993): de in de GATSB-items beschreven gedragingen zijn mogelijk niet de enige (intrasessie/exosessie valide) relevante gedragingen. Er is mogelijk meer. Dit geven ook beoordelaars van de GATSB indirect aan (Corkill, 1995; zij spreekt op pag.473 over een 'quick and easy method'). Ondanks dat er volgens de ontwikkelaars uitvoerige item try-outs vooraf zijn gegaan aan de definitieve versie van de GATSB, blijft het aantal categorieën beperkt, algemeen (en daardoor mogelijk heterogeen) van aard. Bij de GATSB gaat het niet om direct observeren (precies meten) van concreet gedrag, maar om rating op basis van algemene categorieën. Verder is het doel van de GATSB niet geweest psychopathologie vast te stellen in de individuele onderzoekssituatie. Dit heeft mogelijk geleid tot een andere item-keuze (aantal, aard) dan het geval was geweest indien je via observatie tijdens individueel onderzoek (testen) angst- en gedragstoornissen op het spoor wilt komen.

Dat laatste is wel de bedoeling van een aantal kinderpsychiatrische interviews (voor een overzicht en referenties, zie Hoofdstuk 1, pag.3). Bij de meeste interviews wordt in het geheel niet (DISC, ADIS-C, CAPA) of slechts summier gebruik gemaakt van observatie. Ondanks het feit dat alleen de SCICA en de DICA(-R) ook betrekking hebben op 6-jarigen is het volgende betreffende de observatiecategorieën vermeldenswaard. Net als bij de eerder genoemde observatie lijsten voor het testen zijn de observatiecategorieën bij de interviews beperkt in aantal en algemeen van aard. Bij de afname van de ISC bijvoorbeeld worden slechts 12 categorieën geobserveerd, Hierbij gaat het om categorieën als Gestoorte concentratie of Psychomotore onrust. Dat is ook het geval met de DICA(-R; 12 categorieën) en de K-SADS (11 categorieën); voorbeelden van K-SADS categorieën zijn bijvoorbeeld: Aandacht, Motoriek of Uiterlijk.

De CAEF heeft ook slechts 17 observatiecategorieën. Deze categorieën zijn in tegenstelling tot de voorgaande lijsten met categorieën specifiek gericht op de vaststelling van angststoornissen en aanzienlijk concreter van aard (voor de categorieën staan de oorspronkelijke lettercodes van de CAEF):

- a. gespannenheid
- b. gespannen/verschrikte gelaatsexpressie
- c. bijna huilgezicht
- d. bewegingsloos/sprakeloos met angst
- e. graag aan verzoeken willen voldoen
- f. teveel grapjes maken
- g. gedesorganiseerd denken
- h. trillen
- i. rusteloos
- j. overactief

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

- k. tics
- l. nagelbijten
- m. stotteren
- n. slikken
- o. zweten (natte handpalmen)
- p. pupilverwijding
- q. snelle ademhaling/zuchten
- r. overig:

Op basis van deze lijst wordt een rating van 0, 1, 2, 3 of 4 gegeven voor dit derde onderdeel (III). Observaties tijdens het interview. Samen met een rating (dezelfde waarden) voor de rapportage van symptomen (I) en subjectieve aspecten van angst (II) komt een totaalscore (minimaal 0, maximaal 12) tot stand. In een onderzoek bij kinderen en jeugdigen tussen 7-17 jaar bleken kinderen met een angststoornis hoger te scoren dan alle andere klinische groepen (oppositieele stoornis, gedragsstoornis, dysthyme stoornis en een groep andere diagnoses; Hoehn-Saric, Maisami & Wiegand, 1987).

Aanzienlijk meer observatiecategorieën worden gehanteerd bij de CAS (56 items). De CAS bestaat uit een 2-tal delen, waarvan een deel observatie en een deel rapportage. De observatie-items hebben betrekking op de volgende gebieden: inzicht, verzorging, coördinatie, activiteitsniveau/inclusief aandachtspanne/impulsiviteit, ander spontaan fysiek gedrag, cognitieve vaardigheden, kwaliteit van de verbale communicatie (spraak en logica), kwaliteit van de emotionele expressie, en kwaliteit van de interpersoonlijke interacties. De specifieke items van dit laatste gebied zijn: separatie-angst, verzet, uitdagend-conflictueus, oppervlakkig contact, houdt geen rekening met de gevoelens van anderen (geen spijt/schuldgevoel), manipuleert (is in contact op voordeel uit), past zich extreem aan/uit op goedkeuring, contactproblemen vanwege verlegenheid, onvermogen contact, gerelateerd aan niet-relatieve factoren.

Er zijn problemen bij het bepalen van de relevantie van de observatie-items van de CAS voor de onderhavige studie. Allereerst worden de specifieke observatie items binnen de bovengenoemde gebieden niet apart vermeld in de literatuur (voor een overzicht van de bedoelde referenties, zie Hodges, 1993). Een enkel gebied wordt voorbeeldsgewijze nader gespecificeerd, maar een overzicht van alle items ontbreekt. Dit hangt ook samen met het feit dat in geen der studies de specifieke observatie items apart in verband zijn gebracht met specifieke stoornissen (w.o. angst en gedragsstoornissen). Het gaat steeds om totaalscores en de combinatie van interview informatie en observatie gegevens. Wel is het zo dat in Nederlands onderzoek naar de CAS bij 8 jarigen en ouder is aangetoond dat de vaststelling van de dimensie Angst op basis van alleen observatie problematisch lijkt (de correlatie met een ouderinterview is het laagst, waarbij moet worden vermeld dat ook de correlatie tussen de andere 7 observatie gebieden en het ouderinterview laag tot matig is; Verhulst, Althaus & Berden, 1987). Het is alleen (weer) niet duidelijk welke specifieke CAS observatie items een rol hebben gespeeld bij de vaststelling van de dimensie Angst. Overigens lijkt het ontbreken van kennis

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

betreffende de specifieke items die bij angst-en gedragsstoornissen een rol spelen geen probleem. Niet alle van de bovengenoemde gebieden zijn relevant voor angst- en gedragsstoornissen. Daarbij lijkt het zeer waarschijnlijk dat slechts een deel van de specifieke items binnen de gebieden relevant is; niet alle varianten of items van het hiervoor genoemde gebied 'kwaliteit van de interpersoonlijke interacties' zijn bijvoorbeeld van toepassing op angst- of gedragsstoornissen. Dit alles impliceert vermoedelijk dat veel minder dan 56 items relevant zijn voor de onderhavige studie. Het is niet waarschijnlijk dat deze deelverzameling niet gedekt wordt door de CAEF categorieën (zie boven), de klinische ervaring eerder aan de orde gesteld (paragraaf 2.2., pag.13) en de SCICA (zie onder), het kinderpsychiatrisch interview met het grootste aantal observatiecategorieën (120).

Zoals reeds aangekondigd in Hoofdstuk 1 is de SCICA (Semi-structured Clinical Interview for Children and Adolescents) het meest relevant voor de onderhavige studie. Het gaat ook hier om een semi-gestructureerd kinderpsychiatrisch interview gericht op de (kwantitatieve) vaststelling van psychopathologie bij kinderen en jeugdigen en waarbij observatie van het gedrag ook een belangrijke rol speelt (McConaughy & Achenbach, 1994). De SCICA zou vanwege het semi-gestructureerde karakter en het naast interviewen ook observeren, beter geschikt zijn voor jongere kinderen. De observatie van de wijze waarop het kind met de situatie omgaat op basis van een 4-punts rating-schaal voor 120 observatie-items bepaalt de scoring op een aantal dimensies; daarnaast zijn er een aantal zelfrapportage dimensies. Deze dimensies zijn op basis van principale componenten analyse geconstrueerd. Ook opdrachten maken deel uit van het onderzoek. Hierbij gaat het om lees en rekenopdrachten die niet noodzakelijk gedaan hoeven worden en die hooguit 20 minuten in beslag nemen. In Nederland is onderzoek gedaan naar de psychometrische kwaliteiten door Kasius (1997). Relevant voor de onderhavige studie is het volgende. Het onderzoek heeft zij gedaan bij 6-17 jarigen waarbij het ging om 185 kinderen en jeugdigen die waren verwezen voor kinderpsychiatrisch diagnostisch onderzoek, en 86 niet-verwezen kinderen en jeugdigen. Slechts een klein aantal (n=10) 6 jarigen (8 verwezen, 2 niet-verwezen) participeerden in het onderzoek. Op basis van de observatie-items zijn 5 factoren/dimensies geconstrueerd, aldus aangeduid (tussen haken staat achter de betreffende dimensie de interrater betrouwbaarheid aangegeven): Opstandig (.64), Teruggetrokken (.85), Onrijp (.54), Vreemd (.77) en Aandachtsproblemen (.49).

Het is de vraag welke dimensies (en de daarbij behorende observatie-items) van belang zijn voor de onderhavige studie. Specifieker gesteld: welke observatie-dimensies staan in verband (komen overeen) met gegeneraliseerde angstproblematiek en anti-sociale gedragsproblematiek. Door Kasius is het verband onderzocht tussen de observatie-dimensies en clusters DSM-IV stoornissen, waarvan de clusters Angststoornissen en Algemene Gedragsstoornissen (waarvan o.a. de ADHD-varianten ook deel uitmaken; dit ter onderscheiding van de specifieke, anti-sociale gedragsstoornis) hier van belang zijn. Tussen het

cluster Angststoornissen en geen der observatie-dimensies is een verband aangetoond. Tussen het cluster Algemene Gedragsstoornissen en de observatie-dimensies Aandachtsproblemen, Opstandig en Vreemd zijn wel significante, maar zwakke verbanden aangetoond. Overigens is een sterker verband aangetoond tussen de totale observatiescore (alle 120 items opgeteld) en de clusters Angststoornissen, Algemene Gedragsstoornissen en alle DSM-stoornissen tesamen.

Verder is door Kasius de relatie onderzocht tussen de observatie-dimensies van de SCICA en de dimensies van de Teacher Report Form (TRF; een vragenlijst voor leerkrachten ook gebruikt voor de selectie van de proefpersonen voor het onderhavige onderzoek, zie paragraaf 3.3.1., pag.54). In het verleden zijn TRF-dimensies in verband gebracht met en op rationeel analytische/descriptieve gronden gelijk gesteld aan angst en gedragsstoornissen. De gegeneraliseerde angststoornis is bij herhaling in verband gebracht met de TRF-dimensie Angstig/Depressief (Verhulst, 1992; Gould et al., 1993; Achenbach, 1998). De anti-sociale gedragsstoornis is bij herhaling in verband gebracht met de TRF-dimensie Agressief gedrag (door Verhulst zelfs met de individueel agressieve vorm van de anti-sociale gedragsstoornis (!); zie Verhulst, 1992; Gould et al., 1993; Achenbach, 1998). Kasius heeft significante, maar zwakke verbanden aangetoond van de TRF-dimensie Angstig/Depressief met de observatie-dimensies Onrijp en Teruggetrokken; en van de TRF-dimensie Agressie met de observatie-dimensies Onrijp (zwak), Vreemd (zwak), Opstandig (sterker, $r=.35$), en Aandachtsproblemen (sterker, $r=.41$).

Ht voorgaande impliceert dat alleen de items van de observatie-dimensies Opstandig en Aandachtsproblemen voor de observatie van de anti-sociale gedragsstoornis van belang lijken. Voor de observatie van kinderen met een gegeneraliseerde angststoornis dienen zich geen specifieke dimensies (items) aan.

De gedragingen/observatie-items van de dimensie Opstandig en Aandachtsproblemen worden hieronder vermeld. Een aantal van de items differentieerden significant tussen verwezen en niet-verwezen (normale) kinderen; deze items zijn met een '*' tussen haken gecodeerd. Een aantal items kwamen meer voor bij jongere kinderen; deze items zijn tussen haken met 'jk' gecodeerd. Beide typen gecodeerde items (* en jk) zijn mogelijk meer relevant voor het onderhavige onderzoek.

De gedragingen of observatie-items van de dimensie Opstandig zijn:

6. gaat steeds in discussie (*),
8. probeert de onderzoekruimte te verlaten,
10. onverantwoordelijk/destructief/gevaarlijk gedrag (jk),
14. geeft bij problemen met de taak de onderzoeker/taak de schuld,
16. laat boeren/winden zonder zich te verontschuldigen,
19. zegt dat de opdrachten/het interview hem/haar vervelen (*),
27. spreekt tegen/is sarcastisch (*),

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

- 36. explosief/onvoorspelbaar gedrag,
- 43. gokt antwoorden,
- 54. lacht ongepast (*),
- 59. maakt vreemde geluiden,
- 67. staat van stoel op (jk),
- 76. ongehoorzaam/weigert aan verzoeken te voldoen (*),
- 93. koppig/prikkelbaar/nors (*),
- 95. verandert plotseling van stemming/gevoelens (*),
- 96. pruilen (*),
- 97. achterdochtig (*),
- 105. probeert de interviewer te manipuleren (jk),
- 109. ongebruikelijke/plotselinge verandering van gedrag (*, jk),
- 112. houdt met de taak op (*), en
- 115. werkt onzorgvuldig/(te) snel.

De gedragingen/observatie-items van de dimensie Aandachtsproblemen zijn:

- 7. vraagt om feedback bij opdrachten,
- 31. kan zich niet (lang) concentreren (*),
- 32. niet stil zitten/rusteloos (*, jk),
- h33. gemakkelijk afleidbaar door externe stimuli (jk),
- 40. onderbreekt de taak,
- 48. ongeduldig (jk),
- 53. aandachtfluctuaties (jk),
- 60. slordig werk,
- 61. misdraagt zich/test grenzen uit (jk),
- 64. heeft herhaling van vragen/instructies nodig (*),
- 99. praat hardop in zichzelf.

Samenvattend kunnen we stellen dat de speurtocht naar relevante observatie-instrumenten, gebruikt bij het testen of het kinderpsychiatrisch interview, het volgende heeft opgeleverd. De observatie categorieën gebruikt bij het testen zijn veelal nog niet in verband gebracht met angst- en gedragsstoornissen. De interviews maken lang niet allemaal gebruik van observatie. Voorzover dat wel het geval is, hebben de meeste instrumenten een beperkt aantal, algemene of weinig concrete, heterogene categorieën. Alleen de categorieën van de CAEF, GATSB (i.h.b. de items van de dimensies Taakvermijding en Niet-coöperatieve instelling/stemming) en SCICA (i.h.b. de items van de dimensies Opstandig en Aandachtsproblemen) vormen een uitzondering op de regel: deze categorieën zijn in verband gebracht met angst- en gedragsstoornissen, zij het bij de GATSB niet op empirische gronden.

2.4. Observatiestudies naar gedrags- en angststoornissen en diagnostgedrag

2.4.1. Inleiding

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Observatiestudies naar de gedragingen van angst- en gedragsgestoorde kinderen en de interacties van deze kinderen met volwassenen zijn schaars in vergelijking tot vragenlijst-, interview- en zelfrapportage studies (Ollendick & Hersen, 1998). Dit geldt nog meer voor de studies naar angststoornissen dan voor de studies naar gedragsstoornissen (Ollendick, King & Yule, 1994). Er is nog maar een recente bescheiden traditie van studies naar de klinische validiteit van de verschillende angststoornissen, naar de verandering van de aard en de expressie van de symptomen gedurende de ontwikkeling, en naar betrouwbare en valide wijzen van meten en diagnosticeren. Deze traditie heeft slechts een zeer klein aantal observatie-studies opgeleverd.

De empirische bestudering van gedragsstoornissen daarentegen is minder recent. De validiteit van gedragsstoornissen als aparte groep van probleemgedragingen is inmiddels onomstreden. Gedragsstoornissen zijn te onderscheiden van andere stoornissen en normaal gedrag op basis van typerende gedragingen, etiologische factoren, demografische variabelen, psychologische correlaten, neurologische status, en verloop (voor een overzicht van relevant onderzoek, zie Schachar & Wachsmuth, 1990; Frick, 1998). Maar ook binnen dit omvangrijker domein van empirisch onderzoek naar gedragsstoornissen vormen observatie-studies, zoals gezegd, de minderheid.

Hieronder worden observatie-studies behandeld naar de gedragingen en interacties van kinderen met respectievelijk gedragsstoornissen en gedragproblemen (2.4.2.), angststoornissen, angstproblemen, en angstgedrag (2.4.3.). Bij deze studies kan het ook gaan om het gedrag van volwassenen, indien de interactie object van onderzoek vormt; ook de gedragingen van volwassenen kunnen relevant zijn voor een voorspelling van het gedrag van de volwassene/diagnost in de diagnostische situatie. Voor de selectie en behandeling van de observatiestudies gelden enige criteria.

De hier behandelde observatie-studies hebben betrekking op meer gecontroleerde laboratorium-achtige situaties zoals bijvoorbeeld spelsessies, gecombineerde spel- en taaksessies of de diagnostische situatie. Observatie-onderzoek verricht in de dagelijkse situatie, dat wil zeggen: thuis (zie bijvoorbeeld Dadds et al., 1996 en Shaw et al., 1998), in de kliniek (zie bijvoorbeeld Behar & Stewart, 1982) of in de klas (zie bijvoorbeeld Skansgaard & Burns, 1998) komt niet ter sprake.

De hier behandelde observatie-studies hebben ook geen betrekking op diagnostische (screenings) observatie-instrumenten voor de vaststelling van angst en/of gedragsstoornissen/problemen in de dagelijkse omgeving. Dergelijke observatie-instrumenten zijn voor angststoornissen/problemen zijn nauwelijks voorhanden. Alleen Glennon & Weisz (1978) hebben zo'n instrument ontwikkeld zo is herhaaldelijk benadrukt (Dadds, Rapee & Barrett, 1994; Strauss, 1994; Silverman & Ginsburg, 1998); het onderzoek dat met dit instrument in een laboratoriumsessie is verricht, komt in paragraaf 2.4.3. aan de orde. Voor de observatie van gedragsstoornissen/problemen is meer voor handen, vooral rating schalen (voor een overzicht, zie Kazdin, 1993; en Frick, 1998). Een recent instrument is bij-

voorbeeld de Behavior Assessment System for Children (BASC; Merenda, 1996). Instrumenten die al langer gehanteerd worden zijn bijvoorbeeld de Family Interaction Coding System (FICS; Hoffman et al., 1987), of de Conners Parent/Teacher Rating Scale (Frick, 1998) die ook in Nederland voor handen is (Blöte & Curfs, 1986). Deze instrumenten hebben, zoals gezegd, vaak een rating karakter, bevatten een beperkt aantal algemene categorieën en zijn ook gericht op de vaststelling van niet relevante dimensies/problemen in plaats van specifieke angst- of gedragsstoornissen en problemen. Met de ecologische validiteit van de instrumenten is sterk rekening gehouden: categorieën hebben bijvoorbeeld ook betrekking op de interactie met leeftijdgenoten of gebeurtenissen in de schoolklas. Hierbij komt gedrag ter sprake (bijvoorbeeld 'vechten' in het geval van agressieproblematiek) dat in de individueel diagnostische situatie niet waarschijnlijk is.

Functionele gedragsanalysten hebben onder andere de invloed van de gedragingen van volwassenen op het problematische kindgedrag en andersom onderzocht. Deze kennis is toegepast in gedragsmodificerende oudertrainingen en behandelingsprogramma's voor agressief, ongehoorzaam, impulsief en storend gedrag waarbij observatie -van oudsher- een belangrijke rol heeft gespeeld (voor overzichten zie o.a. Luiselli, 1991; Kazdin, 1993; Brestan & Eyberg, 1998). Ook dit gedragsanalytisch onderzoek waarbij observatie toch een belangrijke rol speelt, blijft verder onbesproken.

2.4.2.Observatie-studies naar gedragsstoornissen en gedragproblemen

Roberts (1990) heeft de gedragsverschillen onderzocht tussen gedraggestoorde, hyperactieve, en hyperactief-gedragsgestoorde kinderen tussen 5-12 jaar in verschillende situaties. Tijdens vrij spel vertoonden de hyperactieve kinderen meer locomotorische activiteit dan de gedragsgestoorde kinderen. Zij bleven minder lang op hun stoel zitten. In de gestructureerde spelsituatie wisselden de hyperactieve kinderen meer van taak. De meest uitgesproken verschillen zijn echter geobserveerd in de taaksituatie. De gedraggestoorde kinderen waren gedurende langere tijd taakgeoriënteerd in vergelijking tot de hyperactieve- en hyperactief-gedragsgestoorde kinderen. De laatstgenoemde groep vertoonde meer locomotorische activiteit en bleef minder lang op zijn stoel zitten dan de gedraggestoorde kinderen. De enige gedragscategorie waarbij zij in geen van de situaties verschillen vond was, beweeglijk, rusteloos (niet stil) zitten. Roberts interpreteert haar resultaten als volgt: hyperactieve kinderen zijn wel gemotiveerd (willen) maar niet in staat (kunnen) om aan taakeisen te voldoen, terwijl de hyperactief-gedragsgestoorde kinderen niet willen, noch kunnen (Loney et al., 1978; McGee et al., 1984). Dat leidt zij af uit de uitspraken van de de laatstgenoemde kinderen waarin zij expliciet stellen niet te zullen gehoorzamen. De gedragsgestoorde kinderen acht zij wel gemotiveerd. Mogelijk relevant voor het onderhavige onderzoek is het resultaat dat de ge-

dragsgestoorde kinderen even beweeglijk/rusteloos zijn als de hyperactieve kinderen. Ook het feit dat volgens de onderzoekers gedragsgestoorde kinderen mededelingen doen waarin zij expliciet stellen niet te zullen gehoorzamen is relevant. Het is overigens niet duidelijk of ook statistisch is getoetst of zij meer van dergelijke uitspraken doen.

De observatieprocedure van Roberts is eerder gebruikt in de studie van Milich & Loney (1982). Zij hebben getracht de verschillen tussen hyperactieve- en gedragsgestoorde kinderen tussen 6-12 jaar te verscherpen. De geobserveerde categorieën waren: locomotorische activiteit, op stoel zitten, beweeglijk/rusteloos (niet stil) zitten, aan de taak bezig zijn, taakaandachtsfluctuaties, geluiden maken, en in de taaksituatie: het aanraken of spelen met verboden speelgoed, en het aantal afgeronde taken. De resultaten waren overeenkomstig het beeld van hyperactieve kinderen als zijnde overactief, niet in staat tot langerdurende specifieke aandacht en inhibitie van niet-toegestane gedragingen. De hyperactieve kinderen vertoonden in de vrije spelsituatie meer locomotorische activiteit en zaten minder op hun stoel. Hetzelfde gold voor de taaksituatie, waarbij zij ook minder tijd aan de taak bezig waren, minder taken afronden, en meer met het verboden speelgoed speelden. De resultaten suggereren wederom dat gedragsgestoorde kinderen even overbeweeglijk/rusteloos zijn (niet stil zitten) als hyperactieve kinderen. Bovendien maken zij evenveel geluiden.

Field, Sandberg, Goldstein, Gareia, Vega-Lahr, Porter, en Dowling (1987) hebben de (spel)gedragingen en interacties van normale-, gedragsgestoorde- en depressieve kinderen tussen 4-8 jaar geobserveerd in een viertal situaties van 5 minuten. Na vrije spel interactie tussen moeder en kind en een situatie waarin de moeder het kind moest instrueren voor een taak, mocht het kind alleen vrij spelen en aan een taak werken. We beperken ons hier tot de verschillen tussen de gedragsgestoorde- en de normale kinderen. Tijdens de vrije spel interactie (glim)lachten en dreinden de normale kinderen meer. Verder vroegen zij meer om instructie van de moeder en betrokken moeder meer bij hun spelactiviteiten. De gedragsgestoorde kinderen vertoonden meer locomotorische activiteit. De moeders van de normale kinderen spraken meer met hun kinderen, (glim)lachten meer, waren positiever op hun kind ingesteld, en toonden zich contingent-responsiever. Tijdens de instructie/taaksituatie waren de gedragsgestoorde kinderen minder tijd met de taak bezig. De moeders van de normale kinderen gaven meer goedkeuringen en waren (wederom) positiever op hun kinderen ingesteld, terwijl de moeders van de gedragsgestoorde kinderen meer afkeurden.

Alleen, vrij spelend waren de gedragsgestoorde kinderen minder met spel bezig maar vertoonden zij meer locomotorische activiteit en veranderden meer van (spel)activiteit. Alleen aan een taak waren de gedragsgestoorde kinderen minder tijd aan de taak bezig en voleindden de normale kinderen meer taken. Verbale- en fysieke agressie, en het fysiek tonen van affectie door de moeder is wel geobserveerd, maar kwam nauwelijks voor. De studie van Field et al. levert een aantal direct observeer-

bare gedragscategorieën die mogelijk relevant zijn in de diagnostische situatie.

Forster, Eyberg & Burns (1990) hebben recentelijk (wederom) de interactie tussen gedragsgestoorde kinderen tussen 4-8 jaar en hun moeders geobserveerd in een vrije spelsituatie waarin het kind het spel bepaalt. Op basis van sociale leerprocessen veronderstelden zij dat gedragsgestoorde kinderen bepaalde interactieve gedragingen zoals het minder vragen stellen en prijzen, het leveren van kritiek en het gebieden, kortom de hiervoor geschetste wijze waarop de ouders hun gedragsgestoorde kinderen benaderen, van hun ouders zouden hebben overgenomen. Hiervoor kregen ze ten dele ondersteuning: de gedragsgestoorde kinderen bleken alleen minder te prijzen en minder vragen te stellen. Dat is mogelijk ook het geval in de diagnostische situatie.

Stiles & White (1981) hebben een vergelijkende studie verricht naar de verbale interactie tussen één van beide ouders en kinderen van 8, 9, en 12 jaar met gedragsproblemen, angstproblemen, en normale kinderen in een tweetal laboratorium (rolspel) situaties. De eerste situatie betrof het bespreken van een thuis veelvoorkomende conflictsituatie waarin ouder en kind de instructie kregen het met elkaar eens te worden, tot een oplossing te komen. In de tweede situatie moesten ouder en kind rapporteren over hun gevoelens in de conflictsituatie. Het verbale gedragscategorieënsysteem bevatte een achttal elkaar uitsluitende categorieën, te weten: vragen/verzoeken, zelf-onthulling, informatie geven over zaken/personen, formele bevestiging van antwoord/ontvangst (communicatie), inhoudelijke bevestiging/ontkenning van ervaring/mening, evaluatie van de ander, reflectie van de ervaring van de ander, en suggestie geven/ge- en verbieden die op basis van de grammaticale vorm van de uitspraak en de bedoeling van de spreker zijn gescoord. De grammaticale vorm en de bedoeling (gebaseerd op de interpretatie van de inhoud) kunnen in elkaars verlengde liggen, of niet. In het eerste geval is de uitspraak 'puur' te noemen, in het laatste geval spreken Stiles & White van een 'mix' uitspraak. Ter illustratie: de uitspraak "Ruim je kamer op" is zowel wat betreft de vorm, als wat de spreker met de uitspraak beoogt een imperatief. De uitspraak "Vind je niet dat je je kamer op moet ruimen?" is daarentegen een mix-uitspraak. Grammaticaal is het een vraag, maar de spreker beoogt te gebieden. In totaal zijn er dus $8 \times 8 = 64$ mogelijke combinaties van grammaticale vorm en bedoeling, waarbij 8 pure- en 56 mix-uitspraken. Zowel de uitspraken van de kinderen als van de ouder zijn gescoord. Beperken we ons verder tot de verschillen tussen de groepen (kinderen, ouders) en tot de pure uitspraken (het kleine aantal geobserveerde mix-uitspraken geeft een moeilijk te interpreteren beeld en geen groepsverschillen), dan zijn de resultaten als volgt. Tussen de groepen kinderen en ouders zijn slechts een tweetal verschillen gevonden. De kinderen met gedragsproblemen onderscheidden zich qua verbaal repertoire niet van de normale kinderen. Alleen hun ouders bleken meer puur te ge/verbieden en suggesties te geven. Stiles & White hechten geen waarde aan deze resultaten gezien het grote aantal (niet-significante)

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

statistische resultaten die zij hebben uitgevoerd bij het achterhalen van groepsverschillen. In het licht van het voorgaande lijkt het echter niet (statistisch) toevallig dat de ouders van kinderen met gedragsproblemen meer ge/verbieden. Dienske, Sanders-Woudstra, De Jonge (1985; 1987) hebben een vergelijkende observatiestudie verricht naar de gedragingen (interactie) van kinderen met onder andere gedragsstoornissen en normale kinderen tussen 2-17 jaar tijdens kinderpsychiatrisch diagnostisch onderzoek. De gehanteerde categorieën betroffen de conversatie (vraag/antwoord van kind en diagnost; inhoud van de uitspraken van het kind), non-verbale interactie (kijken naar het gezicht van de diagnost, glimlachen, lachen, knikken met het hoofd; gebaren), gehoorzamen en weigeren te voldoen aan ge/verboden en verzoeken van de diagnost, spelkeuze en -wisseling (veranderen van spel door de diagnost of het kind, geen spel/taak, spelen met auto's, puzzel of tekenen), materiaalhantering (oppakken; manipuleren; functioneel gebruik van materiaal); lichaamshouding/beweging (lopen, staan, zitten). De gevonden gedragsverschillen zijn geïnterpreteerd in termen van (in)adequate biologische aanpassingsfuncties. Dat wil zeggen: in samenhang met de overlevings-of reproductieve waarde van de betreffende gedragingen. Verder is bepaald in hoeverre de typerende gedragingen morfologisch homogeen waren, overeenkomstige oorzaken of effecten hadden of in dezelfde situatie optraden, en multivariaat coherent waren. Ook deze vragen zijn typisch biologische (ethologische) hoofdorïentaties bij het gedragsonderzoek van dier en mens (Tinbergen, 1951; Hinde, 1987).

In tegenstelling tot andere stoornissen (waaronder angststoornissen, zie volgende sectie) vonden de onderzoekers geen gedragsverschillen tussen normale- en gedragsgestoorde kinderen. Zij verwachtten gedragingen die zouden wijzen op een verstoring van de balans samenwerking-competitie, een balans die essentieel is voor een adequate biologische aanpassing. Gedragingen die zouden wijzen op te weinig samenwerking en teveel competitie, verstorende en onbeleefde gedragingen als het niet beantwoorden of negeren van vragen, het buitensporig zelf stellen van vragen, niet gehoorzamen, en gewelddadigheid traden echter niet meer op bij gedragsgestoorde kinderen in vergelijking tot normale kinderen. De gedragsgestoorde kinderen vertoonden wel individueel variabele gedragspatronen die in deze richting wezen. Ook meldden deze kinderen anti-sociale gedragingen. Dienske et al. concludeerden dat op basis van de door hen geselecteerde gedragingen directe observatie in de diagnostische situatie niet gebruikt kon worden om gedragsgestoordheid vast te stellen. De studie van Dienske et al. lijkt te wijzen in de richting van het ontbreken van een aantal specifieke gedragsverschillen in de diagnostische situatie. Buitelaar et al. (1994) hebben een ethologische studie verricht naar de gedragsverschillen tussen hyperactieve, agressieve (gedragsgestoorde), gecombineerde hyperactieve/agressieve en normale kinderen in de basisschoolleeftijd tijdens een spelkamersessie met een diagnost. Deze sessie duurde 30 minuten, waarbinnen een 3-tal fasen werden gehanteerd: eerst een gesprek van 5 minuten, vervolgens een taakperiode van 12

minuten (met een constructieve, motorische en concentratie-taak) en tenslotte een periode van 13 minuten waarin het kind vrij mocht spelen. De geobserveerde, geclusterde kindgedragingen (zie tussen haken) omvatten: activiteit (zitten, lopen, staan, rennen), lichaamsbeweging (stereotype bewegingen, onrustige bewegingen met lichaam/benen, zelfaanraking), taak/spelgedrag (spelhandelingen, manipuleren, correcte reactie op verzoek van diagnost, incorrecte reactie op verzoek van diagnost, taakonderbreking voor voleinding en zonder toestemming, verandering van speelgoed), verbaal gedrag (communicatieve spraak, vragen/verzoeken, verbaal antwoorden, non-verbaal antwoorden, vocaliseren, ongerichte spraak), non-verbaal gedrag (wijzen, aanraken, uit handen pakken van de diagnost/poging daartoe, geven/laten zien aan de diagnost, glimlachen naar de diagnost, glimlachen zonder kijken naar de diagnost, tekenen van wanhoop zoals huilen/schreeuwen/driftbui/zelfverwonding), aankijkgedrag (kijken naar diagnost, kijken naar taak, rondkijken). De volgende diagnostgedragingen zijn geobserveerd: aankijkgedrag (zonder glimlachen naar het kind kijken, glimlachen naar het kind, rondkijken), Ander gedrag van de diagnost (aanraken, communicatieve spraak inclusief beantwoorden van een vraag van het kind, opdracht geven, instrueren, vraag stellen aan het kind, herhalen van de instructie of vraag). De resultaten die meer relevant zijn voor de onderhavige studie hebben betrekking op de verschillen (frequentie, duur, sequentie) tussen gedragsgestoorde- en normale kinderen. Het is gebleken dat gedragsgestoorde kinderen zich niet onderscheiden van normale kinderen wat betreft de bovengenoemde gedragingen. Alleen het gedrag van hyperactieve (zonder/met agressie) kinderen verschilt van het gedrag van normale kinderen, zij het slechts op een 5-tal categorieën: minder zitten, meer onrustige bewegingen met lichaam/benen, minder kijken naar taak, en meer manipuleren. En hyperactieve kinderen vertonen minder vocaliseren, minder glimlachen en minder ongerichte spraak, samengaan met communicatieve spraak van de diagnost.

Matthijs et al. (1998) hebben (o.a.) het sociale gedrag van gedragsgestoorde-, gecombineerd gedragsgestoorde/hyperactieve en normale kinderen vergeleken onder verschillende condities tijdens 13 minuten durend samenspel met een testleider. Bij dit samenspel zijn de handelingen van het kind gedurende een vaststaand aantal minuten verschillend becommentarieerd: de eerste 3 minuten zijn alle handelingen van het kind geprezen (Prijzen I), waarna de testleider overging tot het consistent bekritisieren (Bekritisieren) van de handelingen van het kind gedurende 3 minuten. Vervolgens leverde de testleider gedurende 2 minuten neutraal commentaar in aansluiting op de periode van bekritisieren (Niet-bekritisieren), waarna wederom consistent is geprezen gedurende 3 minuten (Prijzen II). Tenslotte leverde de testleider gedurende 2 minuten wederom neutraal commentaar in aansluiting op het prijzen in de vorige periode (Niet-prijzen). De volgende gedragsclusters zijn geobserveerd: Duidelijk prosociaal gedrag (categorieën: Vriendelijke benadering, Interesse in de ander door vragen stellen, Vriendelijk plagen, Lachen, Enthousiasme tonen tijdens spel), Gematigd

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

prosociaal gedrag (categorieën: Toestemming vragen, Aan de wens/verzoek van de ander voldoen, Opbouwende kritiek leveren, Initiatief nemen/een voorstel doen, Glimlachen), Neutraal gedrag (categorieën: communicateer mededeling zonder pro/antisociale intentie, Naar spelregels verwijzen, Neutraal over zichzelf praten, Zich uitdrukken), Gematigd antisociaal gedrag (categorieën: Vocaal aanhoudend aandacht opeisen, Opschepen/bluffen, Zich aanstellen/branie maken, Ongenoegen laten blijken over spel/situatie, Destructie) en Duidelijk antisociaal gedrag (categorieën: Ongehoorzaam, Dwingend iets van de ander verlangen/eisen, Vocale agressie, Fysieke agressie, Uitlachen, Provocatief/arrogant/gemeen reageren op de ander, Expres spel verstoren). Voor de onderhavige studie zijn alleen de geconstateerde verschillen tussen normale en gedragsgestoorde kinderen van belang. Het is gebleken dat onder alle genoemde condities gedragsgestoorde kinderen meer Duidelijk prosociaal gedrag laten zien. Verder is dat het ook geval wat betreft de Gematigd Antisociaal gedrag, uitgezonderd de periode Niet-bekritisieren; in deze periode vertoonden normale kinderen meer Gematigd antisociaal gedrag. Tenslotte vertoonden gedragsgestoorde kinderen meer Duidelijk antisociaal gedrag onder alle condities (met het grootste verschil in de periode (bekritisieren), uitgezonderd de periode Niet-prijzen; in deze laatste periode verschilden normale en gedragsgestoorde kinderen niet wat betreft Duidelijk antisociaal gedrag.

Resumerend kunnen we stellen dat de hierboven behandelde observatie-studies van kinderen met gedragsstoornissen betrekking hebben op een laboratorium-achtige situatie: spelen/of taaksituatie van beperkte duur of de diagnostische situatie die daaraan het meest verwant is. In deze studies vormen de gedragingen van gedraggestoorde kinderen; de aard en de hoeveelheid sociale interactie tussen gedragsgestoorde (gedragsproblematische) kinderen en volwassenen (ouders, proefleiders, diagnost) object van onderzoek. Het gaat bij deze studies om de onderkenning van gedragsverschillen tussen gedragsgestoorde kinderen, en normale kinderen of andere kinderpsychiatrische populaties.

2.4.3.Observatiestudies naar angststoornissen, angstproblemen en angstgedragingen

De vorige paragraaf (2.4.2.) "Observatie-studies naar gedragsstoornissen en gedragsproblemen", is afgesloten met de observatie-studies van respectievelijk Stiles & White (1981) en Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge (1985; 1987). In de studie van Stiles & White zijn ook kinderen met angstproblemen geobserveerd, en in de studie van Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge ook kinderen met angststoornissen. De resultaten hieromtrent luiden als volgt. Voor verdere details betreffende gebruikte gedragscategorieën, opzet van de studie en kritische kanttekeningen verwijzen we naar de vorige paragraaf. Stiles & White hebben, zoals gezegd, een vergelijkende studie verricht naar de verbale interactie tussen één van beide

ouders en kinderen van 8, 9, en 12 jaar met gedragsproblemen, angstproblemen, en normale kinderen in een tweetal laboratorium (rollenspel) situaties. De eerste situatie betrof het bespreken van een thuis veelvoorkomende conflictsituatie waarin ouder en kind de instructie kregen het met elkaar eens te worden, tot een oplossing te komen. In de tweede situatie moesten ouder en kind rapporteren over hun gevoelens in de conflictsituatie. De kinderen met angstproblemen onderscheidden zich qua verbaal repertoire niet van de normale kinderen. Bij een vergelijking van hun ouders bleken in de tweede situatie de ouders van de kinderen met angstproblemen meer de antwoorden/ontvangsten (communicatie) van hun kinderen te bevestigen dan de ouders van de normale kinderen.

De reeds eerder vermelde observatie-studie van Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge (1985; 1987) naar gedragingen van kinderen met psychiatrische stoornissen tijdens kinderpsychiatrisch diagnostisch onderzoek resulteerde ook in een aantal kenmerkende gedragingen van kinderen (n=29) met angststoornissen. Angstgestoorde kinderen weigerden in vergelijking tot normale kinderen vaker mee te gaan met de diagnost en gaven meer de wens te kennen de diagnostische onderzoeksruimte te willen verlaten. Verder waren zij bang voor geluiden, vertoonden meer een angstige gezichtsexpressie, en een langer aanhoudende verlegenheid en teruggetrokkenheid. Ook rapporteerden zij meer dan 4 angstige situaties en gaven zij op meer symbolische wijze -via tekeningen en poppenspel- uiting aan angsten. In bijna alle gevallen toonden zowel angstige- als normale kinderen zich angstig aan het begin van het diagnostische onderzoek vanwege de onbekendheid met de onderzoeksruimte en de diagnost. De concrete, angstige gedragingen kwamen in vele verschillende en subtiele vormen voor volgens de onderzoekers, en veel kinderen trachtten hun angsten te verbergen. De gevonden gedragsverschillen zijn homogeen in termen van inadequate biologische aanpassing. De normale functie van angst die moet leiden tot het vermijden van reëel, levensbedreigend gevaar lijkt te zijn verstoord. Morfologisch waren de typerende gedragingen weinig homogeen en de multivariate coherentie laag. Wel waren de oorzaken van de angstgedragingen overeenkomstig: steeds waren echte, overdreven, herinnerde of ingebeelde gevaren de oorzaak van de overmatige, ongepaste angst, volgens de onderzoekers. De studie van Dienske levert een aantal concrete direct observeerbare gedragingen op van toepassing in een diagnostische situatie en die typerend lijken voor angstgestoorde kinderen.

Glennon & Weisz (1978) hebben de Preschool Observational Scale for Anxiety (POSA) ontwikkeld ter observatie van angst bij jonge kinderen. Op basis van uitvoerig literatuuronderzoek hebben zij de volgende gedragsmatige indicatoren voor angst in de POSA opgenomen: melden van lichamelijk ongemak (hoofdpijn, buikpijn etcetera), geeft te kennen weg te willen, uit zich bezorgd, huilen, schreeuwen, dreinen/zeuren, trillende stem, stotteren, fluisteren, vragen niet beantwoorden, nagel bijten, lip-likken, zelfaanraking mondregio, objecten zuigen/kauwen, lip bewegingen/verdraaiingen, zelfaanraking oorregio, zelfaanraking boven op het hoofd/haar, niet doelgerichte aanraking

van een object, aanraking van het geslachtsorgaan, resterende zelfaanrakingen, niet doelgerichte bewegingen van hand, been, of voet, rompverdraaiingen, rigide houding, angstige gezichtsexpressie, afgeleid-zijn (te scoren via het voorkomen van een aanmaning om op te letten van de diagnost), het vermijden van oogcontact (te scoren via de onderkenning van de moeite die het de diagnost kost om oogcontact met het kind te maken). Na pilot studies zijn onbetrouwbare, moeilijk te observeren, door Glennon & Weisz verder niet nader omschreven gedragingen niet in de POSA opgenomen. De validiteit is bepaald door het verband na te gaan tussen de POSA-scores en angst-scores op vragenlijsten voor leerkrachten en ouders, en de kinderen te observeren in een meer- en minder stressvolle situatie van 10 minuten. De eerste keer was de situatie onbekend en moest het kind een drietal taken uitvoeren met een onbekende testleider. De tweede keer moesten de kinderen dezelfde taken uitvoeren, maar was ook de moeder aanwezig en de inmiddels bekende testleider. De meeste hierboven genoemde gedragingen vertoonden in combinatie een verband met de vragenlijsten. Alleen de volgende individuele gedragingen waren in dit opzicht relevant: niet doelgerichte beweging van hand, been, of voet; lip-bewegingen/verdraaiingen; rompverdraaiingen; aanraking van het geslachtsorgaan; zelfaanraking oorregio, boven op het hoofd/haar; niet doelgerichte aanraking van een object; en resterende zelfaanrakingen. Verder bleken de gemiddelde, gecombineerde POSA-scores voor de eerste situatie significant hoger dan voor de tweede situatie. Ook nu waren er een aantal individuele gedragingen die verschillen gaven voor situatie 1 en 2: vragen niet beantwoorden, zelfaanraking mondregio, niet doelgerichte beweging van de hand, rompverdraaiing, en rigide houding. Uit de studie van Glennon & Weisz blijkt dat op basis van observatie van gedragingen, in een situatie die lijkt op een diagnostische situatie, meer- en minder angstige normale, jonge kinderen kunnen worden onderscheiden. Glennon & Weisz geven een bijzonder uitgebreid repetoir aan bruikbare concrete, direct observeerbare angstige gedragingen.

Resumerend kunnen we stellen dat de hierboven behandelde Observatie-studies van kinderen met angststoornissen/problemen, en studies naar angstgedragingen bij normale kinderen betrekking hebben op de laboratorium-situatie, rollenspelsituatie, taaksituatie of de daaraan meest verwante individueel diagnostische situatie.

In deze studies vormen de gedragingen van angstgestoorde of angstproblematische kinderen, de aard van de sociale interactie tussen deze kinderen en volwassenen (ouders, proefleiders, diagnost), en angstige gedragingen van normale kinderen objecten van onderzoek.

Het gaat bij deze studies om de onderkenning van gedragsverschillen tussen angstgestoorde kinderen en normale kinderen, en de toe- of afname van angstige gedragingen bij normale kinderen bij de experimentele manipulatie van het stresskarakter van de laboratoriumsituatie.

2.4.4.Observatiestudies naar diagnostgedrag

De hiervoor behandelde studies betroffen grotendeels observatie-studies naar de gedragingen en de interacties van angstige, en angst- en gedraggestoorde kinderen, en volwassenen. Slechts twee studies (Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987; en Buitelaar et al., 1994) hadden ook betrekking op de individueel diagnostische situatie. Bij de studie van Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge vormde het gedrag van de diagnost slechts zijdelings mede-object van onderzoek: het gedrag van de diagnost was slechts relevant om bepaalde reacties van het kind te observeren. Bijvoorbeeld: ge- en verboden van de diagnost werden direct in samenhang met weigeren of gehoorzamen van het kind geobserveerd. In de studie van Buitelaar et al. (1994) zijn slechts een 8-tal, eerder beschreven gedragingen bij de diagnost onderscheiden. Zij melden geen verschillen wat betreft diagnostgedrag tussen normale en gedragsgestoorde kinderen. Wel benadrukken zij het belang van de meting van het gedrag van de diagnost om te kunnen controleren of de diagnost zich hetzelfde gedraagt en om gedragssequenties te meten. Verder dringen zij voor toekomstig onderzoek aan op uitbreiding van het gedragsrepertoire van de diagnost van slecht een 8-tal gedragscategorieën en suggereren zij nadere analyse van dit gedrag: het bepalen van mogelijke verschillen bij diverse diagnostische groepen en de effecten van deze gedragingen op het gedrag van het kind.

In de observatie-studie van Strein (1984) stond daarentegen het gedrag van de diagnost centraal. Bij deze studie ging het alleen om de bepaling van de betrouwbaarheid van The Systematic Observation Scale for Assessments (SOS-A). Volgens Strein is geen gedetailleerd onderzoek verricht naar de interactie tussen diagnost en kind waarbij ook het gedrag van de diagnost verregaand is geanalyseerd. Om metingen te kunnen verrichten aan de diagnost heeft hij The Systematic Observation Scale for Assessments (SOS-A) ontwikkeld. Met dit systeem kan het verbale gedrag van de diagnost tijdens diagnostisch onderzoek systematisch worden geobserveerd. Het systeem bestaat uit een 11-tal elkaar uitsluitende verbale functionele categorieën van boodschappen ('apparent messages', pag.317) die de diagnost kan communiceren. Zoals gezegd zijn met het instrument alleen intra/interobservator-betrouwbaarheidsmetingen verricht op basis van diagnostisch onderzoek van verder niet nader gespecificeerde kinderen. Omdat met de SOS-A geen gericht onderzoek is verricht naar diagnostgedrag in interactie met kinderen met angst- of gedragsstoornissen laten we de gedragscategorieën hier verder onbesproken.

2.5.Implicaties voor de probleemformulering: voorlopige hypothesen

In deze paragraaf is een uitgebreide inhoudelijke samenvatting van het voorgaande aan de orde. In de vorige paragrafen zijn mogelijke kenmerkende gedragingen van gedragsgestoorde en

angstige kinderen en volwassenen beschreven. Die beschrijvingen zijn gebaseerd op classificatie, klinische ervaring, instrumenten en gedragsstudies. Hieronder vatten we de kenmerkende gedragingen hypothesegetwijze samen. De hypothesen zijn omwille van enige ordening geclusterd weergegeven. De ordening en de titels zijn arbitrair gekozen, gebaseerd op rationele analyse van de inhoud van de hypothesen. Tussen haken staan de bronnen van de hypothesen vermeld. Het gaat daarbij om de verwijzingen naar de hiervoor behandelde onderzoekers of om de aanduiding 'CK' die betrekking heeft op Classificatie/Klinische ervaring of om de naam van het instrument waaraan het genoemde gedragsaspect is ontleend. De lijst luidt aldus:

Typerende gedragingen van gedragsgestoorde kinderen

Anpassing, anti of non sociaal- en onverantwoordelijk gedrag

1. Misdraagt zich (SCICA)
2. Meer schenden van de basale rechten en behoeften van anderen (CK)
3. Meer schenden van de algemeen geldende, geschreven en ongeschreven, aan de leeftijd aangepaste normen en regels (CK)
4. Meer storende, onaangename, tegen de buitenwereld gerichte gedragingen (CK)
5. Meer rapportage anti-sociale gedragingen (Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985;1987)
6. Meer aanhoudend vocaal de aandacht opeisen (Matthys et al., 1998)
7. Meer zich aanstellen; branie maken (Matthys et al., 1998)
8. Lacht ongepast (SCICA)
9. Laat boeren of winden zonder zich te verontschuldigen (SCICA)
10. Maakt meer (vreemde) geluiden (SCICA; Milich & Loney, 1982)
11. Onverantwoordelijk gevaarlijk gedrag (SCICA)

Gesprek, interactie & relatie

- In interactie met anderen minder (12 t/m 17):
12. Interesse voor de ander (CK)
 13. Wederkerigheid (CK)
 14. Vragen stellen (Forster, Eyberg & Burns, 1990; Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987)
 15. Vragen beantwoorden (Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987)
 16. Prijzen (Forster, Eyberg & Burns, 1990)
 17. Glimlachen (Field et al., 1987)
 18. Meer Vriendelijk benaderen van de ander (Matthys et

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

- al., 1998)
19. Meer Interesse in de ander door vragen stellen (Matthys et al., 1998)
 20. Vriendelijk plagen
 21. Meer Lachen (Matthys et al., 1998)
 22. Minder initiële aarzeling met vreemde anderen(CK)
 23. Minder contactgroei (CK)
 24. Minder opbouw van een positief-affectieve relatie (CK)
 25. Minder dreinen (Field et al., 1987)
 26. Vaker zeggen dat het gesprek hem/haar verveelt (SCICA)
 27. Minder samenwerking (Diencke, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987)
 28. Meer negativistisch-afwijzend reageren op ondersteuning door volwassenen (CK)
 29. Overonafhankelijkheid (CK)
 30. Meer rivaliserend, competitief gedrag (CK; Diencke, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987; Matthys et al., 1998)
 31. Meer arrogant (Matthys et al., 1998)
 32. Meer in discussie gaan of tegenspreken (SCICA)
 33. Meer wantrouwen en achterdocht (CK; SCICA)
 34. Meer overheersend, manipulerend dominantiegedrag (CK; SCICA)
 35. Meer egoïstisch, eenzijdige wensvervullend en behoeftebevredigend gedrag dat ten koste gaat van anderen (CK)
 36. Meer ongehoorzaam (Diencke, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987; SCICA; Matthys et al., 1998)
 37. Meer uitspraken doen waarin expliciet wordt gesteld niet te zullen gehoorzamen (Roberts, 1990)
Als volgt reagerend op de situatie, dwang, ge/verboden en straf:
 38. In het geheel niet (CK)
 39. Met weigering en verzet (CK)
 40. Koppig aanhoudend verzet (SCICA)
 41. Onverschillig (CK)
 42. Provocerend; brutaal; toont geen respect (CK; Matthys et al., 1998)
 43. 'Testing the limits'(CK; SCICA)
 44. Op passieve wijze verzetten (CK)
 45. Proberen de onderzoeksruimte te verlaten (SCICA)

Agressie & destructie

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

- 46. Meer agressieve, voornamelijk verbale en mogelijk non-verbale aanvalsgedragingen (CK)
- 47. Verbale en fysieke agressie komt nauwelijks voor (Field et al., 1987; Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987)
- 48. Meer Uitlachen (Matthys et al., 1998)
- 49. Meer Gemeen reageren op de ander (Matthys et al., 1998)
- 50. Meer destructief gedrag of vernielen (CK; SCICA; Matthys et al., 1998)

Negatieve emoties

- 51. Meer emotioneel labiel (SCICA)
- 52. Meer dysfoor (prikkelbaar) gestemd (CK; SCICA)
- 53. Pruilen (SCICA)
- 54. Meer kwaadheid en rancune (CK)
- 55. Meer driftbuien (CK)
- 56. Idem, m.n. bij fysieke en anderssoortige frustratie (CK)

Probleemgedrag, afweermechanismen en gevoelens van schuld en schaamte

- Met betrekking tot het probleemgedrag en wat betreft hun aandeel in conflicten:
- 57. Minder rapporteren van schuld- of schaamtegevoelens; ontbrekend geweten (CK)
 - 58. Meer bagatelliseren en ridiculiseren (CK)
 - 59. Meer ontkennen en loochenen (CK)
 - 60. Meer rationaliseren; intellectualiseren (CK)
 - 61. Minder intrapsychische conflicten (CK)
 - 62. Meer anderen de schuld geven (CK)
 - 63. Meer rapporteren of projecteren van onrechtvaardige, agressieve behandeling door anderen (CK)
 - 64. Meer klagen over anderen (CK)

(Sociale) cognitie

- 65. Minder empathie; meer egocentrisch: minder in de ander kunnen verplaatsen en meer vanuit het eigen perspectief waarnemen (CK)
- 66. Minder in staat tot abstraheren (CK)
- 67. Slechter gevoel voor causaliteit; minder probleembesef (CK)
- 68. Minder in staat tot plannen op de lange termijn (CK)

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Eigenwaarde & Afweermechanismen

- Als reactie op een lager gevoel van eigenwaarde of geringere competentiebeleving treden de volgende afweermechanismen meer op:
- 69. Compensering (CK)
 - 70. Verdringing (CK)
 - 71. Reactievorming: rapportage van stoerheid, onkwetsbaarheid, omnipotentie e.d.; opscheppen en bluffen (CK; Matthys et al., 1998)
 - 72. Primitief-regressieve vormen van afweer, zoals grootheid- en almachtsfantasieën (CK)
 - 73. Idem, zoals magisch-egocentrisch denken (CK)
 - 74. Idem, 'innocent/fantasy lying' met wensvervullende, compenserende inhouden (CK)

 - 75. Grotere afhankelijkheid van de waardering en steun van anderen (CK)

Hyperactiviteit, impulsiviteit, aandacht en concentratie

- 76. Meer (hyper)actief (CK)
- 77. Meer locomotorische activiteit (Field et al., 1987)
Minder in staat zijn aan de taakeisen te voldoen (onvermogen) door:
- 78. Minder lang op de stoel zitten (CK; SCICA)
- 79. Meer beweeglijk; rusteloos, niet stil zitten (Roberts, 1990; Milich & Loney, 1982; SCICA)
- 80. Meer rusteloos in de loop van het onderzoek (GATSB)

- 81. Meer impulsief, onvoorspelbaar, ongebruikelijke verandering in gedrag (CK; SCICA)

- 82. Praat hardop in zichzelf (SCICA)

- 83. Geringere spanningsboog, niet lang concentreren (CK; SCICA)
- 84. Aandachtsfluctuaties (SCICA)
- 85. Gemakkelijk afleidbaar door externe stimuli (SCICA)

Taakmotivatie en afweermechanismen

- 86. Minder intrinsieke motivatie (CK)
- 87. Even gemotiveerd, taakgeoriënteerd (Roberts, 1990)

- 88. Minder voleinden van taken; meer onderbreking (SCICA)
- 89. Minder tijd met taak bezig (Field et al., 1987)
- 90. Wil geen vragen meer beantwoorden in de loop van het onderzoek (GATSB)
- 91. Prestaties verminderen in de loop van het onderzoek (GATSB)

- 92. Meer Ongenoegen laten blijken over de taaksituatie (Matthys et al., 1998)

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

- 93. Vraagt meer wanneer het onderzoek is afgelopen (GAT-SB)
- 94. Klaagt meer dat de test te lang is (GATSB)
- 95. Zegt vaker dat de opdrachten vervelen (SCICA)

- 96. Minder om instructie vragen (Field et al., 1987)

- 97. Meer lust/onlust bepaald gedrag (CK)
- 98. Minder frustratie-tolerantie (CK)
- 99. Minder frustratie-tolerantie door zich ongeduldiger te tonen (SCICA)
- 100. Minder frustratie-tolerantie door meer vermijdend gedrag (bij minder frustratie) (CK)
- 101. Minder frustratie-tolerantie door 'turning-passive-into-active' (CK)

- 102. Vraagt om feedback bij opdrachten (SCICA)
- 103. Geeft bij problemen met de taak de onderzoeker of de taak de schuld (SCICA)

- Meer op passieve wijze aversie tegen de opdrachten tot uitdrukking brengen door:
- 104. Het geven van weinig- of onzinnige reacties; clownen (CK)
- 105. Zich dom houden; zeggen het niet te weten of te kunnen (CK)
- 106. Gokt antwoorden (SCICA)
- 107. Zich kleiner voor te doen (CK)
- 108. Te zuchten en steunen (CK)
- 109. Werkt onzorgvuldig en snel (SCICA)

Spel

- 110. Minder tijd met de spel bezig zijn (Field et al., 1987)
- 111. Minder speltaken voleinden (Field et al., 1987)
- 112. Meer van spelactiviteit veranderen (Field et al., 1987)
- 113. Meer locomotorische activiteit (Field et al., 1987)
- 114. Minder anderen bij spel betrekken (Field et al., 1987)
- 115. Meer Enthousiasme tonen bij spel (Matthys et al., 1998)
- 116. Meer Ongenoegen laten blijken over spelsituatie (Matthys et al., 1998)
- 117. Meer Spel expres verstoren (Matthys et al., 1998)

Typerende gedragingen van volwassenen bij gedragsgestoorde kinderen

Interactie en contact

- 118. Minder positief, responsief (Field et al., 1987)
- 119. Idem, door minder glimlachen en spreken (Field et

al., 1987)

Probleemgedragreactie

- 120. Meer communicatie dat de diagnost de zaak onder controle heeft, d.w.z. domineert (CK)
- 121. Meer consequent structureren en ge/verbieden, meer duidelijke grenzen stellen (CK; Stiles & White, 1981)
- 122. Minder goedkeuren; meer kritische afkeurende opmerkingen maken (Field et al., 1987)
- 123. Meer suggesties geven in conflictsituatie (Stiles & White, 1981)

(Re)acties in de taaksituatie

- 124. Heeft vaker herhaling van vragen of instructies nodig (SCICA)
- 125. Meer de snelheid op peil houden (CK)
- Meer extrinsiek motiveren door:
- 126. Meer belonen (CK)
- 127. Meer complimenten (GATSB)
- 128. Meer prijzen (GATSB)
- 129. Meer bemoedigen en aanmoedigen (GATSB), verbaal en non-verbaal, o.a. via aanraken (CK)
- 130. Moet meer worden overgehaald om aan de taak te blijven (GATSB)
- 131. Minder dwang en 'duwen en trekken'. I.v.m. probleemgedrag:
- 132. Meer de opdrachten in een zodanige vorm gieten dat het kind het gevoel heeft dat het zelf voor de opdrachten gekozen heeft of keuzemogelijkheden heeft (CK)
- 133. Meer open-einde vragen stellen (CK)
- 134. Negeren van probleemgedrag (CK)
- 135. Van taak veranderen (CK)
- 136. Meer direct reageren op ongewenste situaties (CK)

Typerende gedragingen van angstgestoorde kinderen

Aanvangsangst & vlucht

- 137. Weigeren met de diagnost mee te gaan (Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987)
- 138. Even angstig aan het begin van het diagnostisch onderzoek (Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987)
- 139. Meer vluchtreacties (CK)
- 140. Meer de wens te kennen geven de onderzoeksruijme te willen verlaten (Dienske, Sanders-Woudstra & De Jon-

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

ge, 1985;1987; Glennon & Weisz, 1978)

Gesprek, relatie & verlegenheid

- 141. Meer verlegen (CK)
- 142. meer terugtrekken uit, vermijden van het sociale contact (CK)
- 143. Langer aanhoudende verlegenheid en teruggetrokkenheid (CK; Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987)
- 144. Meer vermijden van oogcontact (CK; Glennon & Weisz, 1978; GATSB)
- 145. Minder gesprek initiëren (CK; CAEF)
- 146. Minder beantwoorden van vragen (CK; Glennon & Weisz, 1978; CAEF)
- 147. Meer zacht, fluisterend spreken (CK; Glennon & Weisz, 1978)
- 148. Meer hikkend, stotterend spreken (CK; Glennon & Weisz, 1978; CAEF)
- 149. Meer met trillende stem spreken (CK; Glennon & Weisz, 1978)
- 150. Meer dreinen en zeuren (Glennon & Weisz, 1978)
- 151. Meer behoefte aan acceptatie van volwassenen (CK)

Acute angstgedragingen

- Meer motorisch, acuut reactief angstgedrag:
- 152. Meer bewegingsonrust; overactief (CK; CAEF)
- 153. Meer niet doelgerichte bewegingen met handen, benen, of voeten, friemelen (CK; Glennon & Weisz, 1978), zelfaanrakingen van o.a. mondregio, oorregio, hoofd en haar, en geslachtsorgaan (Glennon & Weisz, 1978)
- 154. Meer niet-doelgerichte aanraking, manipuleren van een object (Glennon & Weisz, 1978)
- 155. Meer trillen (CK; CAEF)
- 156. Meer lip-bewegingen zoals verdraaien en likken (Glennon & Weisz, 1978)
- 157. Meer objecten zuigen en kauwen, nagel bijten (Glennon & Weisz, 1978; CAEF)
- 158. Meer slikken (CAEF)
- 159. Meer tics (CAEF)
- 160. Meer schrikachtig (CK)
- 161. Rigide houding en lichaamsspanning (CK; Glennon & Weisz, 1978; CAEF), romp verdraaien (Glennon & Weisz, 1978; CAEF), bevriezen (CK; CAEF), en gespannen motorisch bewegen (CK; CAEF)
- Meer fysiologische acute, reactieve angstgedragingen als:
- 162. Meer pupilverwijding (CAEF)
- 163. Meer versnelde ademhaling (CK; CAEF)
- 164. Meer zuchten (CAEF)

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

165. Versnelde hartslag (CK)
 166. Meer zweten, natte handpalmen (CK; CAEF)
 167. Meer blozen (CK)
 168. Meer plassen (CK)
- Meer geremd, gedeeltelijk bevroren, d.w.z. een grotere remming en inperking van de:
169. Beweging; trage motoriek (CK)
 170. Activiteit; onderactiviteit (CK)
 171. Productiviteit; niet durven (CK)
- Gelaatsexpressie:
172. Meer een angstige gelaatsexpressie (Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987); Glennon & Weisz, 1978)
 173. Meer een gespannen, verschrikte gelaatsexpressie (CAEF)
 174. Meer een bijna huilgezicht (CAEF)
 175. Meer huilen (Glennon & Weisz, 1978)
176. Banger voor geluiden (Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987)
177. In de loop van het diagnostisch onderzoek meer, verder niet nader gespecificeerde angstgedrag vertonen (CK)

Depressie

178. Meer gedragingen die kenmerkend zijn voor een depressieve stemming (CK)

Rapportages

179. Meer rapporteren van lichamelijke klachten: o.a. hoofdpijn, buikpijn (CK; Glennon & Weisz, 1978)
 180. Meer rapporteren van gespannenheid (CK)
 181. Rapporteren van meer dan 4 angstige situaties (Dienske, Sanders-Woudstra & De jonge, 1985; 1987)

Aanpassing & taakmotivatie

182. Graag aan verzoeken willen voldoen (CAEF)
 183. Reageert negatief op opdrachten en vragen (GATSB)
 184. Heeft geen belangstelling voor de opdrachten (GATSB)
 185. Toont geen enthousiasme voor de opdrachten (GATSB)
 186. Meer afgeleid van de taak (Glennon & Weisz, 1978))
 187. Gebrek aan inspanning (GATSB)
 188. Geeft gemakkelijk op (GATSB)
 189. Rigide benadering van de opdrachten (GATSB)

Faalangst

- 190. Meer tonen van angsten, bezorgdheden, onzekerheden, vooral met betrekking tot de eigen vaardigheden in evaluatieve situaties en in de nabijheid van anderen (CK; Glennon & Weisz, 1978)
- 191. Meer behoefte aan geruststelling van volwassenen (CK)
- 192. Toont geen realistisch zelfvertrouwen bij het voldoen aan de opdrachten en het beantwoorden van de vragen (GATSB)
- 193. Aarzeling bij beantwoorden van taakvragen (GATSB)
- 194. Reageert niet op aanmoediging (GATSB)
- 195. Gedesorganiseerd denken (CAEF)

Afweermechanismen

- 196. Teveel grapjes maken (CAEF)

Spel

- 197. Meer symbolisch angstige spelthema's (Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985;1987)

Typerende gedragingen van volwassenen bij angstgestoorde kinderen

Angstreductie

- 198. Meer inzicht verschaffen in de situatie (CK)
- 199. Vergroten van de voorspelbaarheid van gebeurtenissen (CK)
- 200. Meer aanraken ter kalmering (CK)
- 201. Meer verwoorden van actuele angsten (CK)
- 202. Op momenten van hevige angst of stress meer een verder niet nader gespecificeerde kinderlijke toon aanslaan (CK)
- 203. Meer antwoorden bevestigen (Stiles & White, 1981)
- 204. Op momenten van stiltes tijdens gesprek meer reageren met compenserende, overmatige aandacht (CK)
- 205. Meer ondersteunen, helpen, geruststellen) (CK)
- 206. Meer de angstige kinderen expliciet bij de evaluatie van de prestaties betrekken (CK)

Ter afsluiting: op weg naar definitieve hypothesen

Hoewel de lijst indrukwekkend lijkt, zijn een aantal zaken in verband met de lijst onzeker of problematisch, te weten:

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

- a. Bij Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge (1985; 1987) zijn bij de gedragsgestoorde kinderen 'resultaten' vermeld die niet zijn aangetoond, maar waarbij het om individueel variabele gedragingen ging die wel in de betreffende 'richting' wezen (zie hypothesen 27, 30, 36 en 47). De vragen naar die individuele variabiliteit en naar een concretisering van de 'richting' dienen nog beantwoord te worden. Nader exploratief onderzoek kan deze vragen beantwoorden. Ook in verband met angstgestoorde kinderen is door Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge (1985;1987) gesteld dat angstgedragingen in vele verschillende, subtiele vormen voorkwam, zonder nadere concretisering. Ook de CAEF suggereert dat angstgedrag in andere vormen kan optreden dan in de lijst is aangegeven, getuige de categorie 'overig'. De vraag naar de verschillende, subtiele (concrete) vormen dient ook nog geëxploreerd te worden.
- b. Bij Glennon & Weisz (1978) staan gedragingen vermeld die slechts in combinatie gemeten indicatief zijn voor angst (zie hypothesen 140, 144, 150, 157, 161, 172, 175 en 190). Voor de gedragingen afzonderlijk is dat, gemeten bij angstgestoorde kinderen, nog niet gebleken. Onderzoek kan hier nader uitsluitsel over geven.
- c. Roberts (1990) stelt dat gedragsgestoorde kinderen uitspraken doen waarin expliciet gesteld wordt niet te zullen gehoorzamen (zie hypothese 37). In hoeverre dit is aangetoond, is niet duidelijk. Onderzoek kan hierover meer duidelijkheid verschaffen.
- d. Gedragingen zijn vaak genoemd zonder vermelding van bijzondere omstandigheden of situaties waarin de gedragingen optreden (het gedragsgestoorde kind is, doet...). Zonder vermelding van bijzondere omstandigheden wordt gesuggereerd dat de probleemkinderen in uiteenlopende situaties, en -logisch beschouwd- dus ook in de diagnostische situatie, de vermelde gedragingen vertonen. In hoeverre dat het geval is, verdient nadere exploratie.
- e. De concrete context waarin en onderzoekscondities waaronder onderzoeksresultaten zijn geboekt zou nog wel eens kunnen verschillen van de onderhavige onderzoeks/diagnostische situatie. In dat geval zijn de vragen: in hoeverre zijn de onderzoeksresultaten van toepassing op de onderhavige onderzoeks/diagnostische situatie en in hoeverre is van een soortgelijke context sprake tijdens het diagnostisch onderzoek? Pas als soortgelijke contexten voorkomen, is toetsing mogelijk. Zo vermelden bijvoorbeeld hypothesen 56, 98, 100 en 101 expliciet de conditie/context van de aanwezigheid van frustratie; hypothesen 110, 111, 112, 113, 114 alsmede 197 de conditie/context van spel; en hypothese 79 een taakcontext. Of van dergelijke contexten of condities sprake is, dient nog nader geëxploreerd te worden.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

In een aantal gevallen is de situatie wel een individueel diagnostisch onderzoek zoals kinderpsychiatrische diagnostiek; zie o.a. CAEF, SCICA). Het is de vraag of individueel kinderpsychiatrisch onderzoek wel overeenkomt met de situatie van het onderhavige onderzoek: opdrachten maken niet (CAEF) of nauwelijks (SCICA) deel uit van het onderzoek met een overwegend interviewkarakter.

- g. Het is vaak niet duidelijk om welk direct observeerbaar concreet gedrag het gaat. Zaken zijn in termen op een hoger abstractie-niveau beschreven. Zo zouden gedragsgestoorde kinderen bijvoorbeeld geneigd zijn meer storende, onaangename tegen de buitenwereld gerichte gedragingen te vertonen (zie hypothese 4), en ook minder interesse hebben voor de ander (zie hypothese 12). Hoe zich dit concreet manifesteert, is (nog) onduidelijk. Ook op dit punt is nader onderzoek nodig. Overigens staan soms zowel abstract omschreven als concrete gedragingen die daarop lijken te wijzen, vermeld; bijvoorbeeld 'verlegenheid' (zie hypothese 141) en het vermijden van oogcontact (zie hypothese 144). Een belangrijke exploratieve vraag in dit verband is dan: zijn er nog andere concrete wijzen waarop 'verlegenheid' zich manifesteert? En hoe dan, ofwel de vraag naar operationalisaties?
- h. Onderzoeksresultaten onderling, en onderzoeksresultaten en classificatie/klinische ervaring lijken soms strijdig (zie hypothesen 12, 14, 15, 16, 17, 24 versus 18, 19, 20, 21; hypothese 28 versus 75; hypothese 46 versus 47; hypothese 86 versus 87; hypothese 96 versus 102; hypothese 131 versus 130; hypothesen 152, 153, 154 versus 169 & 170; en tenslotte hypothese 182 versus 184, 188 & 187). Aangezien het, ook om de hier genoemde redenen, niet mogelijk is op voorhand te bepalen welke bron meer gewicht moet krijgen, is het noodzakelijk eerst te exploreren welke verwachting het meest plausibel lijkt.
- i. Op basis van onderzoek is veel minder bekend over het gedrag van de psychodiagnost in interactie met kinderen met angst- of gedragsstoornissen. Wederom lijkt zelf onderzoeken noodzakelijk. De exploratieve vraag luidt in dit kader: welke typerende concrete gedragingen vertoont de diagnost?
- j. In de hiervoor vermelde lijst worden ook concrete gedragingen genoemd. Het is echter nog onzeker of deze gedragingen ook voorkomen tijdens diagnostisch onderzoek en/of de gesuggereerde verwachting ook plausibel lijkt voor de diagnostische situatie. Op basis van exploratie is de beantwoording van deze vragen mogelijk.

Alvorens toetsing kan plaatsvinden, vergen de bovengenoemde problemen/onzekerheden vooral exploratieve onderzoeksactiviteiten.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Zoals gezegd is de voorlopige lijst aanzienlijk. Dat neemt niet weg dat er wellicht nog andere typerende gedragingen een rol spelen tijdens diagnostisch onderzoek. Er zijn geen redenen om te veronderstellen dat de genoemde lijst uitputtend is. Ten eerste is het een goede wetenschappelijk grondhouding om te twijfelen totdat het tegendeel is 'bewezen'. Dit 'bewijs' impliceert in het onderhavige geval: op basis van een grondige exploratie hebben we geen hypothesen of gedragingen kunnen toevoegen. Ten tweede ontbreekt in de eerder behandelde studies de vermelding van een descriptieve exploratieve fase. Een dergelijke fase in gedragsonderzoek is kenmerkend voor de ethologische benadering waarbij -zoals eerder gesteld- weinig kans bestaat dat essentiële gedragingen en verbanden over het hoofd worden gezien doordat langdurig gedetailleerd gedrag wordt geobserveerd en beschreven. Hierna wordt nader ingegaan op de exploratieve onderzoeksactiviteiten. Deze exploratieve onderzoeksactiviteiten resulteren in een definitieve lijst met hypothesen die getoetst zullen worden.

Hoofdstuk 3 Exploratie

3.1. Inleiding

Ter afsluiting van het vorige hoofdstuk is beargumenteerd dat een ethologische benadering aansluit bij noodzakelijke exploratieve onderzoeksactiviteiten. Bij de ethologische benadering wordt een sterke nadruk gelegd op het eerst langdurig gedetailleerd observeren en beschrijven van gedrag (Tinbergen, 1963; Hinde, 1987). Bij een dergelijke grondige verkenning bestaat weinig kans dat essentiële gedragingen/verbanden over het hoofd worden gezien.

Op de ethologische methode van beschrijven wordt in 3.3.3., "Descriptie: werkwijze dataverzameling en verwerking", nader ingegaan, nadat in 3.3.1. en 3.3.2. respectievelijk de selectie en samenstelling van de proefpersonen, en de onderzoekssituatie en video-opname procedure uit de doeken zijn gedaan. In 3.4. volgen de resultaten van de exploratie: de structuur van een diagnostische sessie (3.4.1.), de structuur van diagnost- en kindgedrag (3.4.1), en gedragscategorieën en hypothesen (3.4.3.).

Reeds eerder is de ethologische benadering toegepast bij de bestudering van (kinder)psychiatrische populaties. Hierover eerst meer in de komende paragraaf 3.2.

3.2. Ethologie en psychiatrie

De ethologie heeft zich als subdiscipline van de zoölogie (biologie) oorspronkelijk beziggehouden met de bestudering van diergedrag. Vanaf de jaren '20 en '30 zijn Tinbergen en Lorenz in belangrijke mate verantwoordelijk geweest voor de ontwikkeling van het vakgebied (Roell, 1996). Typerend voor de ethologische benadering van gedrag is naast het descriptieve fundament ook: de classificatie van gedrag; de vraag naar de functie van gedrag en het onmiddellijke effect; de formulering

van samenhangende vragen en verklarende hypothesen met betrekking tot de onmiddellijke veroorzaking; de individuele ontwikkeling (ontogenese); de evolutie van gedrag (fylogenese); en tenslotte een sterk besef van de diversiteit en variabiliteit binnen de natuur (Tinbergen 1951; 1963; Hinde, 1987).

Pas in tweede instantie kwam daar de ethologische bestudering van menselijk gedrag bij. Dit gebeurde niet zonder reden. De mens lijkt niet slechts in biochemisch-fysiologische- en anatomische opzichten op de hogere diersoorten, maar ook in de organisatie van gedrag. Dit rechtvaardigt volgens Kummer (1986) de toepassing van de ethologische onderzoeksmethode bij de bestudering van de mens, in het bijzonder bij de bestudering van non-verbaal en sociaal gedrag. In dit kader stelt Kummer (1986) dat het gedrag van de mens voor een etholoog meer en meer herkenbaar wordt naarmate de mens zich emotioneel-primitiever gaat gedragen, bijvoorbeeld in het geval van een sociaal conflict. Het gedragsrepertoire enadering bij de bestudering van sociaal gedrag (sociale ontwikkeling), en geeft tevens aan op welke wijze sociaal gedrag beschreven kan worden, namelijk in termen van inhoud en kwaliteit (respectievelijk wat en hoe), duur, intensiteit, relatieve en absolute frequentie, en specifiekere analyses met betrekking tot de patroonvorming in plaats en tijd (bijvoorbeeld de context/situatie-afhankelijkheid of de temporele ordening van gedrag, de periodiciteit van gedragingen of de vaststelling van gedragsketens).

De ethologische studies naar kindgedrag in Blurton Jones (1972) en de studie van McGrew (1972) vormen in de historie van de humane ethologie belangrijke mijlpalen. Deze studies vormden de aanzet tot ethologisch onderzoek bij normale kinderen dat nog steeds actueel is en waarbij het gaat om specifieke gedragsfenomenen in groepsverband, zoals bijvoorbeeld agonistisch gedrag (agressie), dominantie, of het oplossen van conflicten (zie onder andere Eibl-Eibesfeldt, 1991; Pelligrini, 1992; Strayer, 1995).

Voor een omschrijving en historie van de humane ethologie en een uitvoerige beschrijving van humaan ethologische studies naar universele aspecten van menselijk gedrag (o.a. hechting, agressie, sociaal gedrag, emotionele expressie), zij verwezen naar de belangrijkste vertegenwoordiger van de humane ethologie Eibl-Eibesfeldt (1989; zie ook Archer, 1992; Schiefenhövel, 1997). Zijn eigen onderzoek bij westerse, en uiteenlopende niet-westerse culturen en overzicht van humaan-ethologische studies van anderen laat vooral zien dat veel menselijke gedragsaspecten niet aantoonbaar door cultuur worden beïnvloed, maar een universeel karakter dragen. Overigens is de laatste jaren (de jaren '90) het biologische/evolutionaire perspectief meer dan ooit tevoren gehanteerd in de psychologie, getuige de opkomst van de zogenaamde evolutionaire psychologie. Daarbij is het perspectief ook toegepast op minder traditioneel ethologische (dat wil zeggen direct observeerbare) 'gedragingen' als bewustzijn, dromen, intra-psychische conflicten of gelukkig-zijn (voor die intergratie van psychologie en biologie, zie bijvoorbeeld Segal, Weisfeld & Weisfeld, 1997).

Binnen de recente humaan ethologische traditie zijn studies verricht naar gedragspathologie bij de mens (kinderen, volwassenen) relatief ondervertegenwoordigd. De ethologische psychiatrie is in dat opzicht relatief nog recenter.

De studies in McGuire (1977) vormden een belangrijke aanzet tot de toepassing van de ethologische benadering bij de bestudering van psychopathologisch gedrag. Vanaf de eerste toepassingen van de ethologische benadering hebben de meningen uiteengelopen op welke wijze de ethologie een waardevolle bijdrage kan leveren aan de psychiatrie en ook nu nog is het onderwerp van discussie (Richer, 1994).

De bijdrage van de ethologie aan de psychiatrie ligt volgens Kummer (1986) in het stellen van een motivationele en functionele diagnose en het achterhalen van de structuur en mechanismen van pathologisch gedrag.

Grant (1968) daarentegen vindt alleen het nauwkeurig beschrijven en tellen, de toepassing van de ethologische methodologie een waardevolle bijdrage aan de psychiatrie. Immers, het zou in psychiatrie ontbreken aan een grondige beschrijving en objectieve, kwantitatieve criteria voor normaal en abnormaal gedrag. Dit was medio de jaren '60 meer het geval. De laatste jaren is echter meer voorzien in de behoefte aan empirische diagnostisch methoden in de kinderpsychopathologie, zoals in hoofdstuk 1 is geconstateerd. Veel ethologisch onderzoek sluit goed aan bij de methodologische bijdrage van de ethologie zoals door Grant gepropageerd (zie ook Saku, 1992). De meeste humaan ethologische onderzoeken bij psychiatrische populaties zijn vanuit ethologisch oogpunt bezien vaak systematische kwantitatieve metingen (beschrijvingen). Hierbij gaat het bijvoorbeeld om een nauwkeurige, naturalistische beschrijving van autistisch gedrag (Pedersen & Schelde, 1997) of het meten van de effecten van behandeling en het doen van prognoses bij depressieve patienten (Pedersen et al., 1988; Bouhuys, Beersma & van den Hoofdakker, 1988; Schelde et al., 1988; Pedersen & Schelde, 1998; voor Nederlandse ethologische studies naar kinderpsychiatrische populaties, zie onder). Het typisch ethologische, evolutionaire perspectief is daarentegen schaars gehanteerd, blijft impliciet of is nog grotendeels een kwestie van beschrijving en speculatie. Experimenteel onderzoek naar (mal)adaptieve gedragsmechanismen in de biologische betekenis, ofwel de effecten van deviante gedragingen op de reproductiviteit bij de menselijke soort is niet zonder problemen. Dit geldt vanzelfsprekend nog meer voor het onderzoek naar dergelijke gedragsmechanismen bij kinderen. Er zijn overigens alternatieve, humaan ethologische methoden ter beantwoording van vraagstellingen betreffende de biologische adaptie van universeel menselijke gedragspatronen (zie o.a. Eibl-Eibesfeldt, 1991).

In Nederland is de afgelopen decennia enige traditie opgebouwd van ethologische studies naar de gedragingen van kinderpsychiatrische populaties. Tinbergen & Tinbergen (1983) hebben de gedragingen van autistische kinderen onderzocht, hoewel bij sommigen twijfel bestaat of het object van onderzoek wel

autistische kinderen betrof (zie onder andere Schopler, 1974; Wing & Ricks, 1976). Ook Buitelaar (1991) heeft de gedragingen van autistische kinderen ethologisch bestudeerd. Verder zijn de effecten van een farmacologische behandeling bij autistische kinderen ethologisch getoetst (Willemsen-Swinkels et al., 1996), en werden het gedrag van kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis, een taalstoornis en normale kinderen ethologisch vergeleken (Willemsen-Swinkels et al., 1997). Kalverboer (1972) heeft nauwkeurige gedragsmetingen verricht bij kinderen met hyperactiviteit en een aandachtstekortstoornis, evenals Willemsen-Swinkels & Buitelaar (1996). Aan de ethologische studie van Buitelaar et al. (1994) naar het gedrag van agressieve, hyperactieve en normale kinderen is reeds de nodige aandacht geschonken (zie 2.4.2.), evenals aan de ethologische vergelijking van het sociale gedrag van kinderen met een antisociale gedragsstoornis, hyperactieve, en normale kinderen door Matthijs et al. (1998; zie 2.4.2.). Velthausz (1987) heeft een ethologische studie verricht naar het gedrag van diepzwakzinnige kinderen. Ook aan de ethologische studies van Dienske & Sanders-Woudstra (1985; 1987) o.a. naar het gedrag van kinderen met een angst- of antisociale gedragsstoornis is reeds de nodige aandacht geschonken (zie 2.4.1. en 2.4.2.).

Alleen Tinbergen & Tinbergen (1983) en Dienske & Sanders-Woudstra (1985; 1987) hebben een poging gedaan aan probleemgedragingen een evolutionaire betekenis te verlenen. De andere Nederlandse kinderpsychiatrische studies betreffen systematische, nauwkeurige kwantitatieve metingen.

Overigens is opvallend dat bij geen der genoemde studies expliciet is vermeld op welke wijze de keuze van de soms wel zeer beperkte hoeveelheid gedragingen tot stand is gekomen (zie ook 2.4.1. en 2.4.2.; wat betreft die beperkte hoeveelheid vormt Velthausz (1987) overigens een uitzondering). De keuze lijkt niet gebaseerd op een uitvoerige descriptieve basis, die zo kenmerkend is voor de ethologie.

Samenvattend en concluderend kunnen we stellen dat ondanks de noodzakelijke moeilijkheden en beperkingen van het huidige humaan ethologische onderzoek naar (kinder)psychiatrische populaties, de humane ethologie een zinvol kader lijkt voor de onderhavige vergelijkende studie naar de gedragingen van een tweetal kinderpsychiatrische populaties, een groep normale kleuters, en een diagnost. Het nauwkeurig beschrijven, definiëren en meten van gedrag dat reeds bij herhaling met succes is toegepast bij de bestudering van (kinder)psychiatrische populaties sluit aan bij de vraag naar het bepalen van de gedragsverschillen tussen gedragsgestoorde, angstgestoorde en normale kinderen. In het bijzonder bij de bestudering van non-verbale gedragingen is de ethologie waardevol gebleken en ligt ook de kracht van de discipline. De analyse van taaluitingen moet hierop vanzelfsprekend een noodzakelijke aanvulling vormen, wil je aan alle gedragsaspecten van de mens recht doen. Door de analyse van de spontane taaluitingen kun je inzicht krijgen in de subjectieve belevingen van de onderzoeksobjecten. Het is dan ook niet zo dat de etholoog geen

inzicht kan krijgen in subjectieve belevingen omdat een directe wisselwerking tussen onderzoeker en onderzoeksobject wordt vermeden (de zogenaamde objectieve methode wordt gehanteerd), zoals de ethologen Van Rhijn & Plantenga-Westerterp (1989) menen.

3.3.Methode

3.3.1.Selectie en samenstelling van de groepen proefpersonen

De selectie angstige, gedraggestoorde en normale kleuters is gebaseerd op:

- a. de afname van de Teacher Report Form (TRF; Achenbach en Edelbrock, 1986; Achenbach, 1991; Verhulst, 1995) bij de leerkrachten van de kleutergroepen van de Gemeentelijk Pedologisch Instituutschool E.J.Van Det, en de groepen 2 van een drietal basisscholen te Amsterdam.
- b. de classificatie van de probleemgedragingen van de kleuters op basis van het Multi Axiaal Classificatiesysteem (MAC)/ International Classification of Diseases (ICD) van de World Health Organisation (Gerritzen, Van Goor-Lambo en Mussert, 1986; WHO, 1992; WHO/NVvP, 1994) door kinderpsychiaters van het Gemeentelijk Pedologisch Instituut.

Beide instrumenten maken deel uit van de reguliere multidisciplinaire diagnostiek van kinderen die zijn aangemeld op het Ambulatorium van het Gemeentelijk Pedologisch Instituut te Amsterdam. Kinderen worden gezien door de psycholoog, pedagoog, kinderpsychiater en kinderarts naast de sociaal psychiatrisch verpleegkundige die uitvoerig anamnestiche informatie verzamelt. Uit de populatie van kinderen die bij het Gemeentelijk Pedologisch Instituut zijn aangemeld zijn de kleuters met angst- en gedragsstoornissen geselecteerd. Om voor selectie in aanmerking te komen zijn op basis van de genoemde instrumenten duidelijke grenzen gehanteerd (zie onder). Verder moest er onder de verschillende disciplines consensus bestaan dat het bij de gedragsgestoorde kinderen om extreme agressieproblemen ging en bij de kinderen met angststoornissen om extreme angstproblematiek.

De normale kleuters zijn geselecteerd op een 3-tal basisscholen in Amsterdam-Zuid. Zij hebben de bovengenoemde diagnostische procedure niet doorlopen. Om voor selectie in aanmerking te komen is bij de normale kinderen alleen de TRF afgenomen. Over de TRF en het MAC/ICD en de gehanteerde grenzen nu meer.

De TRF is een probleemgedragsvragenlijst voor leerkrachten van kinderen en jeugdigen van 5-18 jaar op basis waarvan de aanwezigheid en ernst van een aantal dimensies kan worden vastgesteld. De TRF-dimensies die voor de selectie van de proefpersonen relevant zijn, betreffen zoals reeds eerder vermeld: Agressief Gedrag en Angstig/depressief. De gegeneraliseerde angststoornis is bij herhaling in verband gebracht met de TRF-

dimensie Angstig/depressief en de antisociale gedragsstoornis (individueel agressieve vorm) met de TRF-dimensie Agressief gedrag (Verhulst, 1992; Gould et al., 1993; Achenbach, 1998). Voor de TRF zijn voor verschillende leeftijdsgroepen (binnen de range van 5-16 jaar) en beide geslachten normen bepaald en profielen ontwikkeld. Met behulp van deze profielen is het mogelijk om voor de individuele 5 en 6 jarige kleuters voor elk van een achttal empirische probleemgedrag dimensies de relatieve positie van de score van dat kind ten opzichte van de leeftijds- en geslachtsgenoten te bepalen. Tevens kan een Totale Probleemgedragscore worden bepaald.

Op basis van de percentielgrens-scores die zijn gehanteerd om voor selectie in aanmerking te komen (90-ste en 69-ste percentiel), discrimineert de TRF adequaat tussen kinderen die verwezen zijn voor kinder- en jeugdpsychiatrische hulp ofwel binnen de klinische range vallend, en normale, niet-verwezen kinderen die buiten de klinische range vallen. Om voor selectie voor de probleemgroepen in aanmerking te komen, moest de probleemkleuter binnen de klinische range vallen van uitsluitend de relevante dimensie of deze range benaderen. Dit kwam neer op een score boven het 90-ste percentiel voor alleen de relevante dimensie. Aldus zijn qua problematiek 'zuivere' groepen geselecteerd. Om voor selectie voor de normale groep kleuters in aanmerking te komen, moest de kleuter ruim buiten de klinische ranges vallen van alle 8 specifieke dimensies en ruim buiten de klinische range vallen van de Totale Probleemgedragscore. Dit kwam neer op een 9-tal scores corresponderend met- of beneden het 69-ste percentiel (Achenbach & Edelbrock, 1987).

Ten aanzien van de classificatie van de gedragingen van de probleemkleuters op basis van het MAC/ICD golden de volgende criteria voor selectie.

De probleemgedragingen van de geselecteerde gedragsgestoorde probleemkleuters dienden volgens de kinderpsychiater qua ernst en aantal duidelijk (dat wil zeggen zonder differentiaal diagnostische alternatieven) overeen te komen met de gedragingen zoals vermeld in het MAC/ICD onder de niet-gesocialiseerde Gedragsstoornis (overeenkomend met de antisociale gedragsstoornis/individueel agressieve vorm/childhood-onset type van de DSM-III-R/IV; voor criteria en klinische typering, zie 2.2.1.).

Ook de gedragingen van de geselecteerde angstige probleemkleuters dienden volgens de kinderpsychiater qua ernst en aantal duidelijk overeen te komen met de gedragingen zoals vermeld in het MAC/ICD onder de Gegeneraliseerde angststoornis (overeenkomend met de Overmatige (gegeneraliseerde) angststoornis van de DSM-III-R/IV; voor criteria en klinische typering, zie 2.2.2.)

Op basis van de beschreven procedure en de gehanteerde criteria is het (met moeite) mogelijk gebleken weliswaar geen grote, maar qua problematiek een 2-tal 'zuivere' probleemgroepen van 8 proefpersonen samen te stellen. Het samenstellen van de groep van 8 normale kleuters was minder problematisch.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Ook met het oog op de tijdsintensieve bestudering zou het in eerste instantie beperkte aantal proefpersonen noodzaak blijken. Voor respectievelijk de gedragsgestoorde groep (pp1 t/m pp8), de angstige groep (pp9 t/m pp16), en de normale groep (pp17 t/m pp24) zijn de volgende kleuters geselecteerd (j=jongens, m=meisjes, leeftijd in jaren, TRF-scores in percentielen):

Proefpersonen met een gedragsstoornis:

pp01. sexe: j, leeftijd: 6, TRF-score Agressief Gedrag: 95
pp02. sexe: m, leeftijd: 5, TRF-score Agressief Gedrag: >98
pp03. sexe: j, leeftijd: 6, TRF-score Agressief Gedrag: >98
pp04. sexe: j, leeftijd: 5, TRF-score Agressief Gedrag: 95
pp05. sexe: j, leeftijd: 6, TRF-score Agressief Gedrag: 90
pp06. sexe: m, leeftijd: 5, TRF-score Agressief Gedrag: >98
pp07. sexe: j, leeftijd: 5, TRF-score Agressief Gedrag: 98
pp08. sexe: j, leeftijd: 6, TRF-score Agressief Gedrag: 95

Proefpersonen met een angststoornis:

pp09. sexe: m, leeftijd: 6, TRF-score Angstig/Depressief: 93
pp10. sexe: m, leeftijd: 6, TRF-score Angstig/Depressief: 85
pp11. sexe: j, leeftijd: 5, TRF-score Angstig/Depressief: 93
pp12. sexe: j, leeftijd: 5, TRF-score Angstig/Depressief: 86
pp13. sexe: j, leeftijd: 6, TRF-score Angstig/Depressief: 98
pp14. sexe: j, leeftijd: 6, TRF-score Angstig/Depressief: 98
pp15. sexe: m, leeftijd: 5, TRF-score Angstig/Depressief: >98
pp16. sexe: m, leeftijd: 6, TRF-score Angstig/Depressief: >98

Normale proefpersonen:

pp17. sexe: j, leeftijd: 5, TRF-score Dim./Alg.Probl.Gdr: <69
pp18. sexe: j, leeftijd: 6, idem
pp19. sexe: j, leeftijd: 6, idem
pp20. sexe: j, leeftijd: 6, idem
pp21. sexe: j, leeftijd: 5, idem
pp22. sexe: j, leeftijd: 5, idem
pp23. sexe: m, leeftijd: 6, idem
pp24. sexe: m, leeftijd: 5, idem

Zoals uit de bovenstaande opsomming blijkt, is het niet mogelijk geweest met behoud van de gehanteerde selectiecriteria evenveel jongens als meisjes te selecteren en de groepen volledig te matchen op leeftijd en sexe. Zoals gezegd moesten de probleemkleuters de klinische range benaderen van uitsluitend de relevante dimensie om voor selectie voor de probleemgroepen in aanmerking te komen. Deze selectie van zuivere probleemgroepen vormde een groot praktisch probleem. Op deze "mismatches" kom ik in Hoofdstuk 6 "Conclusie & discussie" terug.

3.3.2. Onderzoekssituatie en video-opname procedure

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

De kleuters zijn diagnostisch onderzocht in een onderzoeks/spelkamer van het Orthopedagogisch Instituut van de Universiteit van Amsterdam. In alle gevallen zijn de kleuters onderzocht door dezelfde ervaren diagnost (orthopedagoog) van het Gemeentelijk Pedologisch Instituut. Dit laatste is gebeurd om de vergelijking zo zuiver mogelijk te houden. De diagnost was wel op de hoogte van de aard en ernst van de problematiek van het kind maar niet op de hoogte van de metingen met de selectie-instrumenten (TRF en ICD/MAC, zie paragraaf 3.3.1.). Door het one-way screen zijn video-opnamen gemaakt van diagnost en kind die op 3 meter afstand aan tafel zaten. Bij het maken van deze video-opnamen zijn zowel de diagnost als het kind geheel in beeld gehouden.

3.3.3.Descriptie: werkwijze ruwe dataverzameling en -verwerking

Data-verzameling: ethologisch beschrijven

In de beschrijvende fase van het onderzoek zijn een 3-tal opnamen van gedragsgestoorde kinderen, een 2-tal opnamen van angstgestoorde kinderen en een 3-tal opnamen van normale kinderen gedeeltelijk beschreven. Om precies te zijn, uit de gedragsgestoorde groep: pp01: 35 minuten, ofwel 73% van de totale onderzoeksduur van 47.7 minuten, pp02: 46 min./83%, en pp08: 39 min./75% . Uit de angstgestoorde groep: pp09: 40 min./81%, en pp15: 35 min./69%. En uit de normale groep: pp19: 30 min./66%, pp22: 25 min./49%, en pp23: 28 min./49% (voor de beslissing om niet meer gedeelten/banden te observeren, zie onder). Dit is gebeurd door een 4-tal observatoren: de hoofdonderzoeker, een onderzoeksassistente en een 2-tal studenten orthopedagogiek.

Bij het maken van een ethologische basisbeschrijving of specimen record zijn video-banden gedeeltelijk seconde-na-seconde geobserveerd en zijn de gedragingen van kind en diagnost zo nauwkeurig en volledig mogelijk beschreven (Blurton Jones, 1972). Hierbij zijn onder andere de onderstaande specifieke richtlijnen voor observatie en registratie in acht genomen:

- beschrijf zo concreet mogelijk in alledaagse taal
- wees zo volledig en nauwkeurig mogelijk; let op details
- geef het juiste verloop van seconde-tot-seconde, chronologisch weer
- specificeer -indien relevant- afzonderlijk de motorische componenten waaruit gedragingen zijn opgebouwd, in aanvulling op zogenaamde functionele beschrijvingen (dit zijn totaalbeschrijvingen als lopen, schrijven, etcetera)
- geef weer wat iemand zegt en doet, de inhoud van het gedrag, en omschrijf indien dit opvallend is tevens hoe iemand dat zegt en doet, de kwaliteit van het gedrag
- betrek de situatie of context zo nodig in de beschrijving. Dat wil zeggen de gelijktijdige of voorafgaande

- omstandigheden, gebeurtenissen en gedragingen die het gedrag mede beïnvloeden
- laat bij twijfel of onzekerheid omtrent het geobserveerde de herobservatie doorslaggevend zijn voor de verbetering van de beschrijving
 - maak bij registratie een zo strikt mogelijk onderscheid tussen de concrete beschrijving en interpretatie en hypothesen met betrekking tot actie-reactiepatronen, typerende gedragingen, de betekenis van gedragingen in termen van aanwezige intenties, motivaties, en emoties
 - onderbouw interpretatie en hypothesen altijd met concreet gedrag

Observatoren die in deze fase van het onderzoek participeerden zijn getraind in beschrijvend observeren, het volgen van de bovengenoemde richtlijnen. In de trainingsfase zijn de oefenprotocollen van deze observatoren per seconde vergeleken met de criteriumprotocollen van ervaren observatoren om eventueel aanwezige verschillen, vooral onvolledigheid, op het spoor te komen. De training is afgesloten indien de overeenstemming met criteriumprotocollen observatoren voldoende bleek. Tevens is gecontroleerd of de overeenstemming tussen de observatoren en de criteriumobservatoren, en tussen de criteriumobservatoren onderling, voldoende bleef nadat formeel de trainingsfase achter de rug was.

Ter bepaling van deze overeenstemming bood de bepaling van het percentage overeenstemming berekend volgens de formule: het aantal overeenstemmende observaties gedeeld door het aantal overeenstemmende observaties + aantal verschillen, een goede indicatie. Bij het bepalen van de overeenkomsten en verschillen zijn de elementaire registraties van het intentionele gedrag (de handelingen), het non-verbale gedrag (de lichaamstaal), wat is gezegd (taaluitingen) en de kwaliteit van de handeling, de lichaamstaal, en de verbale uiting vergeleken. Bij de bepaling van de overeenstemming zijn in totaal 21 samples van tussen 1 en 3 minuten vergeleken, waarbij het ging om de vergelijking van ongeveer 80 (in 1 minuut) tot ongeveer 240 (in 3 minuten) elementaire registraties. De berekende percentages overeenstemming varieerden van 82% tot 95%. Overigens zij nadrukkelijk gesteld dat we bij de beschreven procedure ter controle op de waarnemingen niet kunnen spreken in termen van betrouwbaarheid. Bij een dergelijk open observatiesysteem, dat wil zeggen met een onbeperkt aantal niet exact gedefinieerde categorieën, kan de betrouwbaarheid in strikt methodologische zin niet bepaald worden (Fassnacht, 1982).

Data-verwerking: van beschrijving naar gedragscategorieën en hypothesen

Tijdens de exploratieve fase van het onderhavige onderzoek, is in tegenstelling tot wat de indeling in paragrafen suggereert, geen al te strikte chronologische onderscheiding geweest tussen het ethologisch, louter beschrijven van gedrag (data-

verzameling), en de registratie van mogelijk aanwezige structuren, de formulering van hypothesen, en de interpretatie van gedragingen. Beide niveau's van registreren (beschrijven en interpreteren/formuleren hypothesen) zijn wel strikt gescheiden gehouden.

Het is voor de observator een vruchtbare werkwijze gebleken om gedragingen en patronen op het spoor te komen en deze direct te expliciteren en te registreren. Hierbij ging het bijvoorbeeld om temporele structuren of om gedragingen die herhaaldelijk leken voor te komen.

In een later stadium van het onderzoek, tijdens de formele data-verwerking zijn deze registraties verwerkt tot definitieve te toetsen hypothesen met bijbehorende gedragscategorieën (zie paragraaf 3.4.3., pag.63). Het gegeven (criterium) dat bepaalde gedragingen en patronen bij herhaling voorkwamen bij kinderen van een problematische of normale groep, was daarbij niet altijd doorslaggevend. Soms kwamen bepaalde gedragingen een enkele keer uitsluitend voor bij één kind uit een probleemgroep en zijn zij ook als gedragscategorie gedefinieerd. De resultaten van deze data-verwerking hadden directe gevolgen voor de beschrijvende activiteiten: op het moment dat geen nieuwe patronen en relevante gedragingen werden gevonden, is gestopt met beschrijven. Deze werkwijze resulteerde in de eerder genoemde aantallen beschreven banden/minuten (zie boven).

De gedragingen van de probleemgroepen en de normale groep zijn in deze fase met een sterk inductief karakter niet systematisch en nauwkeurig vergeleken. Die exacte meting (vergelijking) zou in de volgende fase van toetsing gebeuren op basis van real-time scoring van nieuw materiaal met een gesloten systeem van helder gedefinieerde gedragscategorieën.

Wel zijn op basis van exploratie de structuur van een diagnostische sessie en van diagnost- en kindgedrag bepaald. Deze structuren hebben gevolgen voor de mogelijkheid om bepaalde hypothesen te toetsen. Daarom worden deze structuren in de volgende paragrafen 3.4.1. en 3.4.2. behandeld.

3.4.Resultaten

3.4.1.Schets van een diagnostische sessie

Bij de afname van het pedodiagnosticum voor kleuters zijn vooral langerdurende taakperioden aan de orde, die worden afgewisseld met korter durende gesprekjes. Voor de frequentie en duren van deze perioden wordt verwezen naar de onderstaande tabel 1. In een aantal gevallen krijgt het kind de gelegenheid de spelkamer waar het onderzoek plaatsvindt, te verkennen of te spelen. Hiertoe kan de diagnost het kind expliciet uitnodigen, bijvoorbeeld wanneer het kind aarzelt om te exploreren en de diagnost het blijkbaar wenselijk acht. Het kind kan ook ongevraagd overgaan tot verkenning. Hierop kom ik nog terug. Van belang is nu dat niet bij alle diagnostische onderzoeken daadwerkelijk gespeeld wordt aan het begin van de sessie. Hetzelfde geldt voor de afsluiting van de diagnostische ses-

sies. Niet in alle gevallen krijgt het kind de gelegenheid nog even te spelen nadat het diagnostisch onderzoek formeel is beëindigd en alvorens diagnost en kind de spelkamer verlaten.

Het diagnostisch onderzoek bestaat voor het kind grotendeels uit het verrichten van taakjes. Deze taken worden grotendeels aan tafel gezeten, verricht. Diagnost en kind zitten daarbij, aannemende dat zij recht aan tafel zitten, in een hoek van 90 graden ten opzichte van elkaar.

Bij een kleine subset van opdrachten zitten diagnost en kind niet aan tafel. Hierbij gaat het dan om voornamelijk motorische verrichtingen zoals het vangen van een bal, het imiteren van lichaamshoudingen of hinkelen.

In de onderstaande tabel 1 staan voor de verschillende groepen gemiddelde frequentie- en totale duurgegevens in minuten van de gespreksperioden en taakperioden, waarbij de taak in de ruimte apart staat vermeld. De totale onderzoeksduur verschilt per kind (range van 42.4 - 58.7 minuten), maar gemiddeld nauwelijks per groep, zoals ook Tabel 1 toont.

Tabel 1. Gemiddelde frequentie/duren (GF/GD) taak- en gespreksperioden bij de groepen van G(edragsgestoorde), A(ngstige) en N(ormale) kinderen

	G	A	N
GF Taakperioden	12.5	10.2	14.3
GD Taakperioden	36.0 min	37.8 min	38.7 min
GF Taak in ruimte	1	1	1
GD Taak in ruimte	3.2 min	2.7 min	2.8 min
GF Gespreksperioden	14.3	12.2	16.3
GD Gespreksperioden	11.0 min	9.8 min	8.9 min
Gem. totale oz. duur	50.2 min	50.3 min	50.4 min

Om het bovenstaande te kunnen vaststellen, contextgebonden gedragingen te kunnen vaststellen en context-analyses te kunnen doen (zie 3.4.3.) zijn de bovengenoemde perioden of contexten gedefinieerd. De 'Taakperiode', 'Taak in ruimte', en 'Gespreksperiode' zijn als volgt gedefinieerd:

Taakperiode

- de periode dat kind en diagnost bezig zijn met de taakonderdelen waarbij de taakperiode aanvangt op het moment van de eerste verbale referentie van de diagnost aan de nieuwe taak; het moment dat de taakperiode eindigt is het opruimen van het materiaal of de eerste verbale referentie aan het einde van de taak door de diagnost

Taak in ruimte

- de onderzoeksonderdelen 'ballen' en 'lichaamsstanden' vinden plaats in de ruimte, niet aan tafel gezeten; deze periode vangt aan op het moment dat het kind opstaat van

de stoel en eindigt op het moment dat het kind weer gaat zitten voor het volgende onderzoeksonderdeel of gesprek aan tafel

Gespreksperiode

- de periode waarin het kind en diagnost een gesprek voeren tussen de taakperioden in

Er zijn een tweetal soorten taken: taken die een perfoormaal karakter dragen, om daadwerkelijke actie vragen, en taken die een verbale reactie, de beantwoording van vragen vergen. De taakverrichtingen worden door de diagnost begeleid. De diagnost presenteert de taken en geeft instructie aan het kind. Als het kind aan de taak bezig is, kan de diagnost zich terugtrekken uit de interactie. Hij zal echter interveniëren op het moment dat er ongewenste processen gaande zijn. Zo geeft hij aanvullende richtlijnen of hulp voor de correcte uitvoering van de taak in het geval het kind stagneert. Indien het kind de voortgang van de taakuitvoering ongewenst onderbreekt, treedt de diagnost corrigerend op.

Tot de afname van het pedodiagnosticum behoort een aantal vanzelfsprekendheden die, met het oog op de formulering en toetsing van hypothesen zoals nog zal blijken, toch de moeite waard zijn expliciet te stellen.

Tot de gebeurtenissen bij de afname van het pedodiagnosticum behoort vanzelfsprekend het falen van een kind bij de uitvoering van taken of de beantwoording van vragen (overvragen). Dit is een direct gevolg van de diagnostische doelstellingen van het pedodiagnosticum. De diagnost dient immers conclusies te trekken omtrent het niveau en de kwaliteit van presteren op het terrein van het voorbereidend en aanvankelijk leren.

Verder zijn de diagnostische situatie en de activiteiten die het kind verricht niet vrijwillig. De diagnost is in zijn relatie met het kind dominant of poogt dat te zijn. Hij oefent immers in hoge mate controle uit op de gedragingen van het kind. Het praktische doel dat de diagnost in interactie met het kind voor ogen heeft, en waar de mogelijkheid tot het stellen van een diagnose in belangrijke mate van afhangt, is hiermede gegeven: het kind laten verrichten van een aantal taakjes.

Het zal duidelijk zijn dat in bovengenoemd verband van een taak-context gesproken kan worden. Deze taak-context behelst specifieke activiteiten of gedragingen van de diagnost en het kind, en gebeurtenissen die met de taakuitvoering te maken hebben.

Naast de taak-context is er, zoals gezegd, tevens sprake van minstens één andere duidelijk afgrensbare context, namelijk de gesprek-context. Aan het begin van het diagnostisch onderzoek en tussen de periodes dat het kind taakjes verricht, voert de diagnost korte gesprekken met het kind. Het kind zit daarbij meestal aan tafel. Aan het begin van een diagnostisch onderzoek kan het kind zich gedurende het kennismakingsgesprek, bij het verkennen elders in de onderzoeksräume bevinden. Kenmerkend voor de verbale uitwisseling tijdens deze gesprekken is dat er onderwerpen worden besproken die niets met de uit-

voering van taken te maken hebben, maar daarentegen betrekking hebben op thuis of vriendjes. Deze gesprekjes hebben, naast een diagnostische functie met betrekking tot de persoonlijkheids-, sociaal-emotionele, en cognitieve ontwikkeling, ook een ontspannende functie: de taakspanningsboog kan voor een kleuter niet altijd gespannen zijn. Het diagnostisch onderzoek duurt immers gemiddeld zo'n 50 minuten (zie Tabel 1).

Tenslotte is van belang te benadrukken hoezeer het diagnostische onderzoek voor diagnost en kind een gedwongen sociale situatie inhoudt. Tijdens gesprek is zeker sprake van gedwongen sociaal contact. Tijdens taakuitvoering is dit minder het geval.

Tot zover een globale schets van een diagnostische sessie. Reeds eerder is gesuggereerd dat de afname van het pedagogisch diagnosticum voor kleuters geen standaardaangelegenheid is (1.2.). Dat blijkt ook uit de bovenstaande schets van de diagnostische sessie. Dit gebrek aan standaardisering heeft gevolgen voor de vergelijkbaarheid van de sessies, zoals uit de formulering van hypothesen, en de mogelijkheid en wijzen van toetsing van de hypothesen nog zal blijken in 3.4.3.

3.4.2. De structuur van diagnost- en kindgedrag

Ethologen plegen op basis van hun beschrijving een zogenaamd ethogram vast te stellen. Een ethogram omvat het volledige, in direct observeerbare concrete termen gedefinieerde gedragsrepertoire van het te bestuderen organisme.

Dit is slechts mogelijk bij het non-verbale gedrag van bepaalde diersoorten met een morfologische en functioneel beperkt gedragsrepertoire. Voor de menselijke soort zou het niet mogelijk zijn een uitputtende lijst van mogelijke verbale en non-verbale gedragingen vast te stellen (Hinde, 1987). Bij de bestudering van menselijk gedrag kan daarom beter gesproken worden van het relevante gedragsrepertoire. Dit gedragsrepertoire omvat zowel expressieve- als instrumentele gedragingen. Met relevant wordt dan aangeduid: mogelijk van belang in de te bestuderen situatie, met het oog op de toetsing van de geformuleerde hypothesen en de te beantwoorden vraagstelling.

In het onderhavige onderzoek is het mogelijk gebleken veel verbale uitingen van kind en diagnost in een betrouwbaar categorieënsysteem van elkaar uitsluitende categorieën onder te brengen (zie 4.2.). De verbale uitingen van de diagnost en het kind zijn voor een deel varianten die typerend zijn voor de hierboven onderscheiden taak- of gesprekscontext. Zo kunnen de verbale uitingen betreffende het introduceren van een taak, het geven van informatie over een taak, het geven van instructie, feedback op de uitvoering, aanmoedigen, het afsluiten van de taak per definitie slechts voorkomen in de taakcontext als een cyclus die zich ongeveer 10 à 15 keer (zie tabel 1) herhaalt gedurende een diagnostische sessie. Ook voor de meeste verbale uitingen van het kind geldt deze contextgebondenheid.

In tegenstelling tot de verbale uitingen zijn niet alle non-verbale gedragsvarianten gedefinieerd, maar slechts een deel daarvan. Dit is zeker het geval bij de diagnost. Slechts een 7-tal non-verbale gedragsvarianten die betrekking hebben op de sociale lichaamsoriëntatie ten opzichte van het kind, zijn bij de diagnost onderscheiden.

Wat betreft het kind zijn een groter aantal (110) non-verbale gedragsvarianten onderscheiden. Deze non-verbale varianten omvatten relevant geachte zitvarianten, locomotie, arm/handbewegingen, ooggedrag, sociale lichaamsoriëntatie ten opzichte van de diagnost, bepaalde intentionele handelingen en de kwaliteit ervan, oriëntatie van het hoofd en functionele hoofdbewegingen, dynamische en statische spanning in het lichaam, lichaamshoudingen, gelaatsexpressies, ademhalingsvarianten, en vocalisaties.

Tot zover de grove structuur van diagnost- en kindgedrag. De specifieke gedragscategorieën en de daarbij behorende hypothesen zijn het onderwerp van de volgende paragraaf.

3.4.3. Gedragscategorieën en definitieve hypothesen

Bij de onderstaande presentatie van de exploratieve bevindingen, gedragingen en gedragspatronen, is -indien van toepassing- verwezen naar de voorlopige genummerde hypothesen zoals in paragraaf 2.5. (pag.39) vermeld, en waarvan het gedrag of gedragspatroon een operationalisatie lijkt. De lijst met hypothesen is overigens ook als Bijlage 1: Hypothesen, toegevoegd om het opzoeken te vergemakkelijken.

Hieronder wordt een groot aantal gedragscategorieën gepresenteerd en gedefinieerd. Deze gedragscategorieën zijn, op titel alfabetisch geordend, te vinden in Bijlage 2: Gedragscategorieën.

De resultaten van de exploratie, de gedragscategorieën, worden groepsgewijze gepresenteerd in een 9-tal paragrafen (3.4.3.1. t/m 3.4.3.9.). Dit gebeurt omdat het aantal gedragscategorieën aanzienlijk is, wat overigens betekent dat de noodzakelijke geachte descriptie de moeite waard is geweest. Het betekent wel dat het moeilijk is overzicht te behouden. Daarom is gebruik gemaakt van een zekere 'natuurlijke' ordening die groepsgewijze presentatie aannemelijk maakt.

Bij de paragrafen 3.4.3.1. t/m 3.4.3.4. zijn de gedragscategorieën ingedeeld op basis van het moment van optreden: gedrag aan het begin van de sessie (3.4.3.1.), ongebonden gedrag dat op elk moment kan optreden (3.4.3.2.), gedrag dat slechts in de taakcontext kan optreden (3.4.3.3.) en gedrag dat alleen in de gesprekcontext kan optreden (3.4.3.4.), ofwel:

- 3.4.3.1. Gedrag aan het begin van de diagnostische sessie en in verband met de onbekende onderzoeksruimte
- 3.4.3.2. Context-ungebonden gedrag
- 3.4.3.3. Taakcontext-gebonden gedrag

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

3.4.3.4. Gesprekscontext-gebonden gedrag

Een aantal ongebonden, voornamelijk expressieve non-verbale gedragingen zijn niet altijd gemakkelijk in verband te brengen met welomschreven emoties en intenties van de actor. Deze gedragingen worden in de paragrafen 3.4.3.5. t/m 3.4.3.9. aan de orde gesteld. Deze indeling is vooral gebaseerd op het soort analyse dat met deze gedragingen wordt verricht: eerst worden gedragingen gemeten over de gehele sessie in 3.4.3.5., vervolgens in taak en gesprekcontext in 3.4.3.6., waarna het verloop in de tijd aan de orde komt in 3.4.3.8.

Omdat een aantal gedragingen -op voorhand- in verband lijken te staan met vermoeidheid en ontspanning, worden deze gedragingen apart aan de orde gesteld, eerst gedurende de gehele sessie in 3.4.3.8. en tenslotte het verloop in de tijd van deze gedragingen in 3.4.3.9.

Bovenstaande leidt tot de volgend indeling van de paragrafen 3.4.3.5. t/m 3.4.3.9.:

- 3.4.3.5. Typerende non-verbale gedragingen
- 3.4.3.6. Typerende non-verbale gedragingen in taak- en gesprekcontext: een contextanalyse
- 3.4.3.7. Trendanalyse van een aantal non-verbale gedragingen in de gesprekcontext
- 3.4.3.8. Non-verbale gedragingen in verband met vermoeidheid en ontspanning
- 3.4.3.9. Non-verbale gedragingen in verband met vermoeidheid en ontspanning: een trendanalyse

Nogmaals wordt benadrukt dat de exploratie nogal wat concreet materiaal heeft opgeleverd, zoals ook de bedoeling is geweest. Aan dergelijk uitgebreid descriptief materiaal, een produkt van de noodzakelijke geachte exploratie, is inherent dat het wellicht moeilijk is voor de lezer om het overzicht te behouden. Dit is zo vanwege de omvang en omdat de betekenis van gedrag niet altijd direct duidelijk is, al zullen vele beschreven gedragingen voor diagnostici zeer herkenbaar zijn. De mogelijke betekenis van gedragingen in termen van emoties en motivaties van de betrokkenen wordt in Hoofdstuk 6 uitvoerig aan de orde gesteld. Daarbij zal, vooruitlopend op wat komen gaat, blijken dat de concrete diversiteit kan worden gereduceerd tot een beperkt aantal motivationele mechanismen. Dat neemt niet weg dat, zoals in de ethologie gebruikelijk is, eerst de 'rijke' concrete werkelijkheid van zich moet laten spreken alvorens tot toetsing (Hoofdstuk 5), en reductie en ordening (Hoofdstuk 6) kan worden overgegaan.

3.4.3.1. Gedrag aan het begin van de diagnostische sessie en in verband met de onbekende onderzoeksruimte

Zoals eerder gezegd krijgt het kind in een aantal gevallen de gelegenheid de spelkamer waar het onderzoek plaatsvindt, te exploreren of te spelen. Hiertoe kan de diagnost het kind expliciet uitnodigen of de diagnost laat het kind begaan

wanneer het zelf ongevraagd overgaat tot verkenning.

Gedragingen van gedragsgestoorde kinderen

Ongeremd exploratief spelgedrag

Het ongevraagd overgaan tot verkenning leek meer voor te komen bij de gedragsgestoorde kinderen. Om dit gedragspatroon te toetsen is de onderstaande gedragscategorie 'Verkennen en spelen' gedefinieerd.

Verkennen en spelen

- het kind gaat aan het begin van de sessie ongevraagd de onderzoekskamer verkennen en met het aanwezige speelgoed spelen.

De relevante hypothesen uit het domein van de gedragsgestoorde kinderen lijken in dit verband 3: schending algemene, ongeschreven aan de leeftijd aangepaste normen en regels, 29: overonafhankelijkheid, mogelijk 101: turning passive into active en 76: meer hyperactief.

Niet bij alle diagnostische onderzoeken wordt daadwerkelijk gespeeld aan het begin van de sessie. Hetzelfde geldt voor de afsluiting van de diagnostische sessies. Niet in alle gevallen krijgt het kind de gelegenheid nog even te spelen nadat het diagnostisch onderzoek formeel is beëindigd en alvorens diagnost en kind de spelkamer verlaten. Het is overigens niet duidelijk waarom dat zo is. Hierdoor vervalt wel de mogelijkheid om hypothesen 110 t/m 117 te toetsen; deze hypothesen hebben betrekking op de kenmerken/aard van het spelgedrag van gedragsgestoorde kinderen. Ook hypothese 197, betrekking hebbend op het spelgedrag van angstgestoorde kinderen, vervalt.

Diagnostgedrag bij gedragsgestoorde kinderen

Indien het kind (nog) niet aan tafel zat bij de diagnost, kon de diagnost dit op een drietal verbale wijzen, en op een non-verbale wijze induceren. De vier gedragscategorieën die hierop betrekking hebben zijn als volgt gedefinieerd (achter de definities zijn ter illustratie letterlijke voorbeeld-uitspraken vermeld; ook bij de definities in het vervolg zijn ter illustratie tussen haken voorbeelden van uitspraken of handelingen vermeld):

Directe verzoeken zitten

- met een directe vraag het kind verzoeken te gaan zitten ("kun je even komen zitten?", "nu mag jij van mij hier komen zitten, hè?")

Gebieden zitten

- het kind gebieden aan tafel te komen zitten ("ga zitten")

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Indirecte inductie zitten

- indirect aan het zitten aan tafel refereren ("ohh kijk, de stoel staat er al")

Leiden naar stoel

- met hand op de rug of schouders van het kind geplaatst zachtjes duwend het kind naar de stoel leiden

Bij de gedragsgestoorde kinderen leek 'Gebieden zitten' meer voor te komen.

Het eerstgenoemde gedragspatroon 'Gebieden zitten' lijkt aannemelijk op basis van hypothese 121: meer consequent structureren, ge/verbieden, duidelijke grenzen stellen, en hypothese 120: communicatie dat de diagnost de zaak onder controle heeft.

Gedragingen van angstgestoorde kinderen

Geremd gedrag (I): exploratie

De angstgestoorde kinderen leken zich daarentegen meer (geremd) afwachtend te tonen. Om dit gedragspatroon te toetsen is gedragscategorie 'Afwachten' gedefinieerd.

Afwachten

- het kind blijft aan het begin van de sessie na binnenkomst afwachtend stilstaan

De relevante hypothese uit het domein van de angstgestoorde kinderen lijkt in dit verband 170: een grotere remming en inperking van de activiteit; niet durven.

Van meet af aan en gedurende het hele onderzoek, bleek de geremde exploratie van de angstgestoorde kinderen ook uit een tweetal andere gedragspatronen. Deze kinderen leken de onderzoeksruimte ook visueel minder te exploreren. Om dit te toetsen is de gedragscategorie 'De kamer rondkijken' gedefinieerd: De kamer rondkijken

- rondkijken in de kamer waarbij de ogen, het hoofd in beweging zijn of fixeren

De relevante hypothese uit het domein van de angstgestoorde kinderen lijkt in dit verband wederom 170: een grotere remming en inperking van de activiteit; niet durven.

Diagnostgedrag bij angstgestoorde kinderen

Voorzichtig stimulerend gedrag

Eerder zijn een viertal gedragscategorieën onderscheiden die betrekking hebben op de wijzen waarop de diagnost kan induceren dat het kind aan tafel komt zitten (zie boven).

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

In reactie op het geremde afwachtende gedrag van de angstgestoorde kinderen leken bij deze groep 'Indirecte inductie zitten' en 'Leiden naar stoel' meer voor te komen. Voor de gedragspatronen 'Leiden naar stoel' en 'Indirecte inductie zitten' lijken geen hypothese voor handen.

3.4.3.2. Context-ongebonden gedrag

Gedragingen van gedragsgestoorde kinderen

Negatieve, onaangename gedragingen

De gedragsgestoorde kinderen leken meer gedragingen te vertonen, waaruit bleek dat deze kinderen de "natuurlijke" pedagogische dominantie relatie tussen een volwassene (dominant) en een kind (ondergeschikt) niet accepteerden. Zij draaiden deze dominantie-verhouding in zekere zin om, of leken dit althans te proberen.

Mogelijk in verband hiermede leken ook meer agressief geladen gedrag alsmede andere negatieve, onaangename gedragingen op te treden. Hierbij ging het om de volgende gedragscategorieën:

Opdracht geven aan de diagnost (gebieden)

- het kind stelt hoe de diagnost moet handelen, wat de diagnost moet doen ("en jij moet dat doosje pakken")

Opdrachtvraag aan de diagnost

- het kind vraagt de diagnost om een bepaalde handeling te verrichten ("kun jij een bootje maken met dat vouwblaadje?")

Afweren van de diagnost

- het kind geeft in afwerende woorden of gebaren te kennen gedragingen van de diagnost te verwerpen ("dat hoeft je niet te zeggen, dat weet ik wel"; het wegduwen van de handen/armen van de diagnost)

Bekritisieren van de diagnost

- het kind bekritiseert, evalueert, verbetert de diagnost ("dat moet helemaal niet zo"; "wat een flauwekul zeg")

Onderbreken van verbale uitingen van de diagnost

- het kind spreekt, vraagt, maakt opmerkingen en/of start een andere interfererende handeling terwijl de diagnost aan het woord is (het kind spreekt door de taakinstructie van de diagnost heen of begint reeds met de taakuitvoering)

Onderbreken van handelingen van de diagnost,

- een later gestarte handeling van het kind interfereert op zodanige wijze met de handeling van de diagnost dat deze

handeling een corrigerend karakter dragen en/of ertoe bijdragen dat de diagnost de handeling zoals gepland niet kan afmaken. Bijvoorbeeld: het kind tracht onderzoeksmateriaal uit handen van de diagnost te pakken

Voor de gedragspatronen 'Opdracht geven aan de diagnost (gebieden)' en 'Opdrachtvraag aan de diagnost' lijken de hypothesen 3: schending van de algemeen geldende, ongeschreven normen en regels, 34: meer overheersend en manipulerend dominantiegedrag, relevant.

Voor het gedragspatroon 'Afweren van de diagnost' lijken de hypothesen 3: schending van de algemeen geldende, ongeschreven normen en regels, 4: meer storend onaangename gedragingen, 34: meer overheersend en manipulerend dominantiegedrag, en 28: meer negativistisch-afwijzend reageren op pedagogische ondersteuning, relevant.

Voor het gedragspatronen 'Onderbreken van verbale uitingen van de diagnost' en 'Onderbreken van handelingen van de diagnost' lijken de hypothesen 3: schending van de algemeen geldende, ongeschreven normen en regels, 4: meer storend onaangename gedragingen, en 34: meer overheersend en manipulerend dominantiegedrag.

Voor het gedragspatroon 'Bekritisieren van de diagnost' lijken de hypothesen 3: schending van de algemeen geldende, ongeschreven normen en regels, 4: meer storend onaangename gedragingen, 34: meer overheersend en manipulerend dominantiegedrag, en 46: meer agressieve, voornamelijk verbale aanvalsgedragingen, en 32: meer in discussie gaan, tegenspreken relevant.

Diagnostgedrag bij gedragsgestoorde kinderen

Reacties op probleemgedragingen: gebieden, negeren, afspraken maken & bespreken

Hiervoor is gebleken dat gedragsgestoorde kinderen bepaalde onaangename, negatieve, voor de diagnost mogelijk onaanvaardbare gedragingen leken te vertonen. Behalve deze gedragingen leken de gedragsgestoorde kinderen ook nog een groot aantal andere probleemgedragingen te vertonen, zowel in de context van de taaksituatie als in de gespreksituatie, zoals uit het onderstaande nog zal blijken. Daarom zijn de onderstaande diagnostgedragingen die betrekking hebben op verschillende vormen van gebieden en die meer lijken voor te komen bij de gedragsgestoorde kinderen, geen verrassing.

Direct verbaal gebieden, verbieden en corrigeren

- het stellend formuleren van een gebod/verbod met gebruikmaking van de imperatief, met inbegrip van het gedrag dat verlangd wordt en/of gestaakt dient te worden ("nu moet je gaan zitten"; "houd op met gooien")

Direct non-verbaal gebieden, verbieden en corrigeren

- het fysiek ingrijpen in de handelingen van het kind,

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

beletten/tegen houden; teniet doen

Indirect sturen, gebieden, verbieden en corrigeren

- op indirecte wijze duidelijk maken wat de (on)gewenste gedragslijn is; dit kan op uiteenlopende wijzen gebeuren: de diagnost wijst op de consequenties van het gedrag, zegt bijvoorbeeld wanneer het kind de voortgang van het onderzoek onderbreekt: "hebben we straks dan nog tijd om te spelen als we klaar zijn"); op zodanige wijze formuleren dat het gebods/verbods/correctie-karakter van de uitspraak op grond van de semantiek niet duidelijk is (bijvoorbeeld door te zeggen: "dat hoeft niet" wanneer een kind een ongeoorloofde handeling verricht

Hoewel het optreden van de genoemde gedragingen op basis van hypothese 121 in de lijn der verwachting lag (hypothese 121: meer consequent structureren, gebieden en duidelijke grenzen stellen zonder moraliseren, verwijten en afwijzing van de persoon), leek het opvallend dat op uiteenlopende wijzen gedragscorrectie plaatsvond. De diagnost had ook kunnen volstaan met voortdurende directe ge- en verboden in de trant van: "niet doen", "houd op", "blijf af", volgens de bovenstaande gedragscategorie 'Direct verbaal gebieden, verbieden en corrigeren'.

Ook leek de diagnost veelvuldig de hier behandelde en nog te behandelen probleemgedragingen te negeren. Om dit te toetsen is de gedragscategorie 'Negeren' gedefinieerd.

Negeren

- de diagnost reageert niet op bepaalde storende gedragingen van het kind, bijvoorbeeld als het kind de voortgang van het onderzoek onderbreekt, of op de storende aspecten van bepaalde gedragingen van het kind, bijvoorbeeld het schreeuwend beantwoorden van een gestelde vraag

Voor dit gedragspatroon lijkt -althans ten dele- hypothese 134 relevant. Deze hypothese heeft betrekking op het negeren van probleemgedragingen van de gedragsgestoorde kinderen.

De diagnost leek meer afspraken te maken met de gedragsgestoorde kinderen, meer bepaalde activiteiten in het vooruitzicht te stellen en te beloven, bijvoorbeeld spelen na afronding van het diagnostisch onderzoek. Om dit te toetsen is de gedragscategorie 'Beloven en afspreken' gedefinieerd.

Beloven en afspreken

- de diagnost doet een belofte, stelt een activiteit in het vooruitzicht of de diagnost maakt expliciet afspraken met het kind

Voor dit gedragspatroon lijkt geen hypothese voor handen.

Zoals hieronder nog zal blijken uit verschillende gedragingen,

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

lijkt bij de gedragsgestoorde kinderen weerstand te bestaan tegen het diagnostisch onderzoek. Zonder dat een hypothese daar direct aanleiding toe gaf, leek de diagnost die weerstand bespreekbaar te maken. Om dit te toetsen is de gedragscategorie 'Bespreken van weerstand' gedefinieerd.

Bespreken van weerstand

- de diagnost stelt een vraag, maakt een opmerking waarmee hij ingaat op de actuele weerstand en weerzin van het kind tegen de afname van het onderzoek ("vind je het niet leuk?")

Terugtrekken

Bij de diagnost zijn, zoals hieronder nog zal blijken, om verschillende hypothesen te toetsen een aantal non-verbale zit/kijkposities onderscheiden. Een zit/kijkpositie die de diagnost bij wijze van terugtrekking, d.w.z. ten dienste van de reductie van de non-verbale betrokkenheid bij het kind, bij de gedragsgestoorde kinderen meer leek te vertonen, is als volgt gedefinieerd:

Zit/kijkpositie: volledige non-verbale terugtrekking

- recht aan tafel zitten en kijken naar eigen handelingen/materiaal

Daarentegen leek de volgende zit/kijkpositie minder voor te komen bij de gedragsgestoorde kinderen:

Zit/kijkpositie: incomplete non-verbale terugtrekking

- recht aan tafel zitten en kijken naar het kind

De hypothesen die zijdelings met de genoemde gedragspatronen in verband lijken te staan, is hypothese 118: verminderde responsiviteit. De diagnost kan, indien interactie en bemoeienis met het kind niet strikt noodzakelijk zijn, trachten de interactie te beperken of te vermijden door zich op de omschreven wijze terug te trekken mogelijk met de intentie problemen in de interactie te voorkomen. Aldus zou het ook gaan om een vorm van anticiperen.

Gedragingen van angstgestoorde kinderen

Nabijheid zoeken

Niet in overeenstemming met de verwachting volgens hypothesen 142 en 141, waarin gesteld wordt dat de angstgestoorde kinderen het sociale contact vermijden en zich terugtrekken, verlegen zijn, lijkt gedragspatroon 'Toewending met toenadering van het kind' bij de angstgestoorde kinderen meer op te treden. Dit gedragspatroon heeft betrekking op de sociale oriëntatie met het lichaam. De definitie luidt als volgt:

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Toewending met toenadering van het kind

- het zittende lichaam (de romp) is met de voorkant naar de diagnost gericht en helt voorover naar de diagnost toe wat een verkleining van de afstand tussen het kind en de diagnost betekent

Overmatig bevestigen van de diagnost

Het angstige kind leek een zekere gretigheid te vertonen om op de acties van de diagnost instemmend en bevestigend te reageren. Dit leek vooral naar voren te komen in het optreden van de gedragscategorie Ongepast/ongericht bevestigen. Deze gedragscategorie is als volgt gedefinieerd:

Ongepast en ongericht bevestigen

- het kind bevestigt uitspraken, opmerkingen, mededelingen, en niet gestelde vragen van de diagnost die geen bevestiging/beantwoording behoeven (na de mededeling van de diagnost: "nu leg ik dit hier neer", reageert het kind: "ja")

De hypothese die dit gedragspatroon van de angstgestoorde kinderen lijkt te ondersteunen is 151: behoefte aan acceptatie van volwassenen. Niet direct in overeenstemming is het gedragspatroon met hypothese 146: minder antwoorden.

Diagnostgedrag bij angstgestoorde kinderen

Varianten van toewending en toenadering

Eigenlijk onverwacht, geen enkele hypothese gaf er aanleiding toe, leken de volgende gedragingen van de diagnost bij de angstgestoorde kinderen meer voor te komen:

Toewending, toenadering en kijken

- het zittende lichaam (de romp) is naar het kind gericht, sterk voorover gebogen met het lichaam (het gezicht) het kind dicht naderend, en kijkend naar de handelingen of het gezicht van het kind

Toewending, toenadering, met het hoofd op gelijke hoogte, het kind recht aankijken

- het zittende lichaam (de romp) is naar het kind gericht, met gekromde rug het kind naderend en op gelijke hoogte het kind recht in de ogen kijkend (de blik van het kind "vangend")

Het eerder gedefinieerde gedragspatroon Zit/kijkpositie: incomplete non-verbale terugtrekking (zie **Het voorkomen van probleemgedrag: terugtrekken (I)**) leek ook bij de angstgestoorde kinderen minder voor te komen. In plaats daarvan leken -zoals gezegd- de bovengenoemde varianten meer

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

voor te komen.

Uitleg geven en angst bespreken

Een wijze waarop de diagnost de angst van het kind leek te willen reduceren was door zijn handelingen verbaal te begeleiden en te verwoorden.

Om dit te toetsen is het volgende gedragspatroon gedefinieerd:

Diagnost verwoordt eigen handelingen

- de diagnost verwoordt de eigen handelingen ("leg die even daar"; ik pak 'ns even"; ik ga hier eens wat tekenen")

Hypothesen 198 en 199 die betrekking heeft op het verschaffen van meer inzicht in de situatie en het vergroten van de voorspelbaarheid van de situatie, sluit direct aan bij het meer voorkomen van het gedragspatroon 'Diagnost verwoordt eigen handelingen' bij de gedragsgestoorde kinderen.

Kennelijk gevoelig voor de angsten van het kind, leek de diagnost angsten meer expliciet aan de orde te stellen bij de angstgestoorde kinderen. Om dit gedragspatroon te toetsen is de gedagscategorie 'Angst aan de orde stellen' gedefinieerd.

Angst aan de orde stellen

- de diagnost stelt een vraag of maakt een opmerking waarin hij ingaat op de actuele/gerapporteerde angst van het kind ("je bent bang, hè"; "waarvoor ben je dan zo bang?")

De hypothese 201 die betrekking heeft op het verwoorden van angsten, is in dit kader relevant.

Direct non-verbaal gebieden, verbieden en corrigeren

Hoewel de normale en de angstgestoorde kinderen (in vergelijking tot de gedragsgestoorde kinderen) weinig aanleiding gaven om te gebieden, verbieden, en corrigeren, leek de diagnost - indien noodzakelijk- bij de angstgestoorde kinderen meer gebruik te maken van Direct non-verbaal gebieden, verbieden en corrigeren (voor de definitie, zie 3.4.3.2., sectie **De reactie op probleemgedragingen: gebieden, negeren, afspraken maken, en bespreken**).

Het optreden van dit gedragspatroon lag niet in de lijn der verwachting op basis van een of meerdere hypothesen betreffende het gedrag van de diagnost bij de angstgestoorde kinderen.

3.4.3.3. Taakgebonden gedrag

Gedragingen van de gedragsgestoorde kinderen

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Inwinnen van informatie voorafgaand aan de taak

Voordat van taakuitvoering sprake was, leken de gedragsgestoorde kinderen meer te vragen naar de inhoud van het gepresenteerde onderzoeksmateriaal en de moeilijkheid van de komende taak. Hierbij ging het om de volgende gedragspatronen:

Informatie inwinnen omtrent de komende taak

- informatie vragen omtrent de inhoud van de komende taak of de lopende taak ("gaan we met die blokken bouwen")

Vragen naar de moeilijkheidsgraad van de komende taak

- het kind vraagt om informatie omtrent de moeilijkheidsgraad van de komende taak ("is dat moeilijk")

Voor het optreden van het laatstgenoemde gedragspatroon lijkt geen hypothese voor handen.

Op basis van de hypothese 96: minder om instructie vragen, lijkt het optreden van het gedragspatroon 'Informatie inwinnen over de komende taak' daarentegen minder plausibel.

Afweermechanismen I: compensatie, rivaliteit, & externe attributie falen

De gedragsgestoorde kinderen leken meer te bluffen over de komende prestatie, meer zichzelf positief te evalueren en minder negatief te evalueren, en na afloop de simpelheid van de taak te benadrukken. Hierbij ging het om het optreden van de volgende gedragspatronen:

Bluffen

- voor/tijdens de taakuitvoering uitspraken doen waarbij in krachtige bewoordingen en/of op overdreven wijze gezegd wordt dat de opdracht simpel is of dat het kind gemakkelijk in staat is aan de opdracht te voldoen ("kan ik gemakkelijk"; "dat is doodsimpel")

Positieve zelfevaluatie

- het kind waardeert zelf de taakuitvoering/het produkt in termen van "goed" en/of suggereert een dergelijke kwalificatie in andere bewoordingen ("zo is het goed")

Negatieve zelfevaluatie

- het kind waardeert zelf de taakuitvoering/het produkt in termen van "fout", en/of suggereert een dergelijke kwalificatie in andere bewoordingen ("het is niet goed"; "het is veel te groot")

Grootspraak achteraf

- het kind doet nadat de taak is volbracht uitspraken waarin de simpelheid van de opdracht wordt benadrukt; het kind doet dit in krachtige bewoordingen en/of op andere overdreven wijze

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Voor het optreden van de gedragspatronen lijken de hypothesen 69: compensatie en 71: opscheppen/bluffen relevant.

Hypothese 31: rivaliserend competitief gedrag, is ook relevant met betrekking tot het vaker doen van uitspraken door de gedragsgestoorde kinderen waarin de prestaties van andere kinderen aan de orde worden gesteld. Dit kon op twee wijzen gebeuren: min of meer neutraal en in uitspraken waarbij duidelijk een competitie-element naar voren kwam. Om dit te toetsen zijn een tweetal gedragscategorieën gedefinieerd.

Prestaties van anderen aan de orde stellen

- het kind maakt opmerkingen over- of vraagt naar de prestaties van andere kinderen ("kon Jan dit goed?")

Competitieve uitspraken

- het kind doet uitspraken waarin competitie elementen, zoals beter doen, beter kunnen, toch wel kunnen een rol spelen, waarbij het kind zijn/haar prestaties hoger waardeert dan de prestaties van andere kinderen, volwassenen, waarbij inbegrepen de diagnost ("ik kan dit veel beter dan Jan"; "Je dacht dat ik niet snel ging, hè")

Na voleinding van de taak gaven kinderen vaak aan, ook op verzoek van de diagnost, of ze de taak moeilijk of gemakkelijk hadden gevonden. Overeenkomstig het optreden van het gedragspatroon Bluffen vooraf, leken de gedragsgestoorde kinderen vaker te melden dat zij de taak gemakkelijk hadden gevonden. Om dit te toetsen zijn een tweetal gedragscategorieën gedefinieerd.

Rapportage: het was makkelijk

- het kind stelt dat de taak gemakkelijk was

De hypothesen 69: compensatie en 71: opscheppen/bluffen zijn wederom van toepassing op het optreden van deze beide gedragscategorieën.

De gedragsgestoorde kinderen leken falen ook meer toe te schrijven aan oorzaken buiten zichzelf. Om dit te toetsen is de gedragscategorie 'Externe attributie falen' gedefinieerd.

Externe attributie falen

- het kind schrijft falen toe aan oorzaken buiten zichzelf ("de puzzle stukjes waren veel te klein")

Verminderde oriëntatie op de taak

De gedragsgestoorde kinderen leken minder georiënteerd op de taak. Dit bleek uit het minder voorkomen van de volgende gedragspatronen bij de gedragsgestoorde kinderen:

Kijken naar bijzettafel met onderzoeksmateriaal

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

- het kind kijkt naar de bijzettafel met onderzoeksmateriaal, naar wat de diagnost van de bijzettafel pakt

Taakherkenning

- het kind geeft blijk het taakmateriaal en/of de taak te kennen ("hé, die ken ik"; "ohhh, deze")

Hypothese 86: minder intrinsieke (leer)motivatie, lijkt mogelijk relevant. Het gedragspatroon stemt echter niet overeen met de verwachting volgens hypothese 87: even gemotiveerd/taakgeoriënteerd.

Onderbreking (I) van de onderzoeksvoortgang in woord en daad

Zowel in woord als in daad leken de gedragsgestoorde kinderen de taakuitvoering en de voortgang van het onderzoek te onderbreken. Om deze motivatie te toetsen zijn een 4-tal gedragscategorieën gedefinieerd, te weten:

Toestemming vragen voor onderbreking van de onderzoeksvoortgang

- om toestemming vragen de taakuitvoering, de gewenste voortgang van het onderzoek te mogen onderbreken ("mag ik met het speelgoed spelen"; "mag ik water drinken")

Melding doen van onderbreking van de onderzoeksvoortgang

- zeggen bepaalde handelingen te gaan verrichten, waarmee de taakuitvoering, gewenste voortgang van het onderzoek wordt onderbroken ("ik ga met het poppenhuis spelen"; "ik wil die bal pakken")

Daadwerkelijk onderbreken van de onderzoeksvoortgang

- de taakuitvoering, de gewenste voortgang van het onderzoek op uiteenlopende wijze onderbreken, zijn/haar eigen gang gaan zonder dat daar toestemming voor is verkregen, bijvoorbeeld met onderzoeksmateriaal gaan spelen aan tafel; het beginnen van een gesprek daarmee de taakuitvoering onderbrekend; de onderbrekingen gebeuren anders dan op te staan of van tafel weg te lopen; de laatstgenoemde '(hyper)actieve', onderbrekende varianten staan apart vermeld onder de secties **Onderbreking (II) van de onderzoeksvoortgang: opstaan en weglopen** (in de taaksituatie) en **Onderbreking (III) tijdens conversatie: opstaan en weglopen** (in de gesprekscontext).

Volharden in het onderbreken van de onderzoeksvoortgang

- volharden in de onderzoeksvoortgang(taak)onderbrekende activiteit na een gebod van de diagnost om de onderbreking te staken, bijvoorbeeld doorgaan met eigen spel met onderzoeksmateriaal

Verder leek opvallend dat de gedragsgestoorde kinderen bij het volharden in de onderbreking (laatste definitie) wel zeiden dat ze de onderbreking zouden staken en de gewenste handeling

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

zouden verrichten, maar het niet deden (bijvoorbeeld wel zeggen: "ja, ik kom", maar het tegelijkertijd niet doen).

Voor het voorkomen van de gedragscategorieën 'Toestemming vragen voor onderbreking van de onderzoeksvoortgang', 'Melding doen van onderbreking van de onderzoeksvoortgang', en 'Daadwerkelijk onderbreken van de onderzoeksvoortgang' lijken de relevante hypothesen 29: overonafhankelijk, 86: (minder intrinsieke motivatie, 88: meer onderbreking, en mogelijk 100 (meer vermijdend gedrag bij frustratie), 98: minder frustratietolerantie, 97: meer lust/onlust bepaald gedrag en 101: turning passive into active.

Voor het gedragspatroon 'Volharden in het onderbreken van de onderzoeksvoortgang' zijn, behalve de genoemde hypothesen, ook hypothesen 36: meer ongehoorzaam, 38: in het geheel niet reageren op ver/geboden, 39: met weigering/verzet reageren op ver/geboden, 40: met koppig/aanhoudend verzet reageren op ge/verboden, en 43: testing the limits, relevant.

De gedragingen zijn mogelijk niet in overeenstemming met hypothese 87: even gemotiveerd/taakgeoriënteerd

Anders voldoen aan de opdracht, fouten maken & passief verzet

Hiervoor is gesuggereerd dat de gedragsgestoorde kinderen zowel in woord als in daad de taakuitvoering en de voortgang van het onderzoek trachten te onderbreken.

Ook leek opvallend dat de gedragsgestoorde kinderen vaak op een eigen wijze voldeden aan het al dan niet herhaalde gebod van de diagnost of de gestelde eisen in plaats van "gewoon" voldoen aan de eisen. Dit leek vooral naar voren te komen bij de taakuitvoering, waarbij de gedragsgestoorde kinderen steeds veranderingen wilden aanbrengen in de taakstelling en 'uitvoering', of op andere 'ongewone' wijzen voldeden aan de eisen. Om dit te toetsen zijn een vijftal gedragscategorieën gedefinieerd:

Vragen om toestemming taakverandering

- toestemming vragen om de oorspronkelijke instructie/opdracht te mogen veranderen ("zal ik met de blokken een huis bouwen en geen garage?")

Melding taakverandering, en

- zeggen/stellen veranderingen te (willen) aanbrengen in de oorspronkelijke instructie/opdracht ("ik wil een huis bouwen"; "ik ga die puzzle doen")

Daadwerkelijke taakverandering

- daadwerkelijk verandering(en) aanbrengen in de oorspronkelijke instructie /opdracht

Ongebruikelijk voldoen aan de opdracht

- op onvoorspelbare, ongebruikelijke manier voldoen aan de opdracht (je been op tafel doen na de vraag van de diagnost "waar zit je voet?")

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Bijzondere stemgeving/verdraaiing

- het kind antwoordt onverstaanbaar, mompelend, schreeuwend of overdreven articulerend op taakvragen

Taak-parallel onnodige, storende acties

- onnodige, mogelijk storende acties die niet met de taak-uitvoering interfereren (bij het ordenen van plaatjes tegelijk met de voet op de vloer stampen)

De hypothesen die relevant zijn voor de genoemde gedragspatronen zijn 36: meer ongehoorzaam, 100: meer vermijndend gedrag, 98: minder frustratietolerantie, 104: clownen, 86: minder intrinsieke motivatie, en mogelijk 88: meer taakonderbreking. Voor het gedragspatroon 'Bijzondere stemgeving/verdraaiing' komt daar nog hypothese 7: zich aanstellen/branie maken, bij. Voor het laatste gedragspatroon 'Taak-parallel onnodige, storende acties' komt daar nog hypothese 4: onaangename storende gedragingen tegen de buitenwereld gericht, mogelijk bij. De gedragspatronen lijken echter op te treden tegen de verwachting van hypothese 87: even gemotiveerd, taakgeornteerd.

Behalve 'gewoon voldoen aan de gestelde eisen, 'niet voldoen' of -zoals hierboven geschetst- 'niet gewoon voldoen' aan de eisen, leek het ook mogelijk meer te voldoen aan de gestelde eisen dan strikt noodzakelijk was (een vorm van vlijt). Dit gedragspatroon vertoonden de gedragsgestoorde kinderen minder. Om dit te toetsen is de volgende gedragscategorie gedefinieerd:

Vlijtig voldoen

- het kind toont zich (overmatig) vlijtig bij de uitvoering van de taak, het opruimen van het materiaal, of het beantwoorden van taakvragen; verricht ongevraagd extra handelingen indien reeds aan de opdracht is voldaan om verbeteringen aan te brengen; het kind gaat extra snel te werk om aan de opdracht te voldoen; als de diagnost zegt: "je gaat snel zeg", reageert het kind met nog sneller werken; of wanneer de diagnost zegt: "we gaan de blokjes weer eens netjes opruimen", reageert het kind direct met het opruimen

Voor het optreden van dit gedragspatroon zou, voor zover het taakhandelingen betreft, alleen hypothesen 86: minder intrinsieke motivatie, van belang kunnen zijn. In verband hiermede is het van belang te vermelden dat het niet zeker is of het vertonen van het gedragspatroon bij de normale kinderen een kwestie is van intrinsieke motivatie of van extrinsieke motivatie (bijvoorbeeld het voldoen aan de opdracht voor de diagnost).

Bij het beantwoorden van taakvragen leken de gedragsgestoorde kinderen vaker te zeggen dat ze de vraag niet konden beantwoorden. Zo leken zij ook meer fout te antwoorden, te stagneren in de taakuitvoering, en de opdracht verkeerd uit te

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

voeren. Behalve dat de diagnost deze fouten meldde of corrigeerde, reageerde de diagnost ook vaak met Direct verbaal gebieden, verbieden en corrigeren (zie sectie **De reactie op probleemgedragingen: gebieden, negeren, afspraken maken, & bespreken**) om het kind te gebieden het goede antwoord te geven, juist te handelen, of door te gaan met de taakuitvoering, waarna regelmatig alsnog het goede antwoord werd gegeven of de taak alsnog juist werd uitgevoerd. Dit suggereert dat zij het goede antwoord wel konden geven, dat ze de taak wel konden uitvoeren, maar niet wilden. Indien dat laatste het geval is, dan is een aantal hypothesen van toepassing: hypothese 105: zich dom houden/zeggen het niet te weten of te kunnen, 86: minder intrinsieke motivatie, 100: vermijdend gedrag, 98: minder frustratietolerantie; en wat betreft de categorie 'Verkeerd handelen' ook hypothese 109: werkt onzorgvuldig en de categorie 'Verkeerd antwoorden' hypothese 106: gokt antwoorden. Hypothese 87: even gemotiveerd/taakgeoriënteerd ondersteunt de bovenstaande suggestie dat het zou gaan om 'niet willen' overigens niet. Toch lijkt toetsing van de volgende gedragspatronen gepast, ook al omdat er geen enkele aanleiding is om te veronderstellen dat gedragsgestoorde kinderen minder zouden presteren:

Stagneren

- het kind houdt op met de taakuitvoering, beantwoordt een gestelde vraag niet, zonder te zeggen dat het het niet kan/weet

Verbaal melden onvermogen

- het kind stelt vragen niet te kunnen beantwoorden, de opdracht niet te kunnen uitvoeren ("dat weet ik echt niet"; "dat kan ik niet")

Fout beantwoorden van vragen

- Niet nader gedefinieerd; voor een betrouwbare scoring van deze gedragscategorie bleek verdere definiëring niet noodzakelijk

Non verbaal melden stagneren

- het kind neemt oogcontact met de diagnost op in verband met het stagneren van de taakuitvoering

Hulpvraag

- het kind vraagt om hulp ("hoe moet dit?")

Verkeerd handelen

- het kind handelt verkeerd; voert de opdracht op een verkeerde manier uit

Weerzin uitspreken en informeren naar het einde van het onderzoek

Dat de gedragsgestoorde kinderen zich minder goed aan de

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

taaksituatie aanpassen, verwoordden zij in directe bewoordingen door hun weerzin uit te spreken tegen het onderzoek of de taak. Om dit te toetsen zijn de volgende gedragscategorieën gedefinieerd:

Uitspraken weerzin taak

- het kind stelt de taak niet meer te willen verrichten, ermee op te (willen) houden ("ik doe het niet meer"; "ik heb hier geen zin meer in")

Uitspraken weerzin onderzoek

- het kind stelt met het onderzoek te willen stoppen, maakt de wens kenbaar te willen stoppen, er genoeg van te hebben, ergens anders naar toe te willen ("ik wil stoppen"; "ik wil naar de klas terug")

Verder leken zij meer op directe wijze te vragen naar het einde van het onderzoek; het was ook mogelijk op indirecte wijze te vragen naar het einde van het onderzoek, maar dit leek minder voor te komen bij de gedragsgestoorde kinderen. Om dit te toetsen zijn de volgende gedragscategorieën gedefinieerd:

Direct vragen naar het definitieve einde van het onderzoek

- vragen naar het einde van het onderzoek, daarbij sprekend in termen van stoppen, klaar zijn weggaan, teruggaan ("wanneer zijn we klaar?"; "stoppen we?")

Indirect vragen naar het einde van het onderzoek

- het kind vraagt indirect naar het definitieve einde van het onderzoek ("straks gaan we weer met de lift, hè?")

In het kader van het toetsen van de hypothesen 98: minder frustratietolerantie, 86: minder intrinsieke motivatie, 95: zeggen dat de opdrachten hem/haar vervelen, 93: vragen wanneer het onderzoek is afgelopen, 92: meer ongenoegen laten blijken over de situatie, lijken deze gedragspatronen een rol te kunnen spelen. De gedragspatronen stroken niet met hypothese 87: even gemotiveerd/taakgeorienteerd.

Taakbegeleidend vocaliseren

Ook het volgende gedragspatroon leek meer voor te komen bij de gedragsgestoorde kinderen:

Verwoording van de eigen taakhandeling

- het verwoorden van de taakhandeling, in zichzelf spreken ("en nu deze"; "de blauwe auto erachter")

Volgens geen der hypothesen ligt het optreden van dit gedragspatroon in de lijn der verwachting. Mogelijk dat hier hypothese 6: meer aanhoudend vocaal de aandacht opeisen, een rol speelt.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Afsluiting van de taak en evaluatie

De volgende gedragspatronen leken meer voor te komen bij de gedragsgestoorde kinderen:

Initiatief tot opruimen van het kind

- kind neemt het initiatief tot het opruimen van het onderzoeksmateriaal/het product of vernietigt het produkt, terwijl daar niet om gevraagd is en geen toestemming voor is gegeven door de diagnost

Vragen naar aantekeningen

- het kind vraagt naar de aantekeningen die de diagnost maakt ("wat schrijf je daar")

Het volgende gedragspatroon leek -ten koste van het gedragspatroon 'Initiatief tot opruimen van het kind'- minder voor te komen bij de gedragsgestoorde kinderen:

Toestemming vragen om op te ruimen

- het kind vraagt om toestemming om het materiaal te mogen opruimen ("mag ik opruimen?"; "moet ik inpakken?")

Voor het optreden van het eerstgenoemde gedragspatroon (initiatief tot opruimen), en het laatstgenoemde gedragspatroon (toestemming daarvoor vragen) lijken de hypothesen 3: schending van normen en regels en 29: Overonafhankelijk van toepassing.

Voor het veelvuldig voorkomen van de gedragscategorie 'Vragen naar aantekeningen' lijkt geen hypothesen voor handen; mogelijk wederom 6: vocaal de aandacht opeisen. De gedragsgestoorde kinderen lijken wel geïnteresseerd in een positieve evaluatie, ook door de diagnost (dit is reeds gesuggereerd in de sectie **Afweermechanismen I: compensatie, rivaliteit, & externe attributie falen**; mogelijk dat faalangst hierbij ook een rol speelt).

Agressie en het leveren van kritiek

Op de presentatie van het taakmateriaal alsook gedurende de taakuitvoering kon het kind op een drietal wijzen commentaar leveren. Het leveren van negatief commentaar leek vooral voorbehouden aan de gedragsgestoorde kinderen ten koste van positief commentaar. Om dit te toetsen zijn (volledigheidshalve) een drietal gedragscategorieën onderscheiden:

Neutraal commentaar leveren

- het kind doet neutrale, niet waarderende uitlatingen over het materiaal ("dit is een groot puzzlestukje")

Positief commentaar leveren

- het kind doet positieve uitlatingen over het materiaal ("wat een mooie auto's")

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Negatief commentaar leveren

- het kind doet negatieve uitlatingen over het materiaal; kraakt het materiaal af

Hypothese 46: verbaal aanvalsgedrag, lijkt in dit kader relevant, al zijn mensen hier niet het object van aanval en kritiek, maar gaat het om materiaal. Hierbij zou het afweermechanisme 'verplaatsing' een rol kunnen spelen.

Onderbreking (II) van de onderzoeksvoortgang: opstaan en weglopen

Een van de specifieke, typerende wijzen waarop de gedragsgestoorde kinderen ook de voortgang van het onderzoek, de taakuitvoering onderbraken, was door op te staan en van tafel weg te lopen, en zich in de onderzoeksruimte te begeven. Om dit (hyper)actieve, impulsieve gedragspatroon te toetsen, zijn de volgende gedragscategorieën van belang:

Opstaan van de stoel
Weglopen van tafel

Voor een betrouwbare scoring van deze gedragscategorieën bleek verdere definering niet noodzakelijk.

De mogelijk relevante hypothesen zijn 29: overonafhankelijk, 86: minder intrinsieke: motivatie, 88: meer onderbreking, en wellicht 100: meer vermijdend gedrag bij frustratie, 98: minder frustratietolerantie, 97: meer lust/onlust bepaald gedrag en 101: turning passive into active. Behalve de genoemde hypothesen kunnen ook de hypothesen 76: meer hyperactief, 81: meer impulsief, onvoorspelbaar, ongebruikelijke verandering in gedrag en 78: onvermogen om aan de taakeisen te voldoen door minder lang op de stoel zitten, een rol spelen.

Diagnostgedrag bij gedragsgestoorde kinderen

Specifieke wijzen van instructie en het geven van taakinformatie

Instructie van het kind kon op een drietal wijzen plaatsvinden:

Instructie stellend

- op grond van de zinsbouw de instructie stellend formuleren; gebruik van de imperatief ("bouw een toren"; "vertel me wat je op dat plaatje ziet")

Instructie vragend

- op grond van de zinsbouw de instructie vragend-uitnodigend formuleren; verzoeken ("zou jij deze toren kunnen

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

bouwen?"; kun jij mij vertellen wat je allemaal op dat plaatje ziet?"

Instructie aanvullend

- een vraag formuleren waarmee, indien beantwoord, de instructie aanvullenderwijs gegeven is; de diagnost laat het kind de instructie zelf formuleren ("weet jij wat je met deze bakjes kunt doen?")

Bij de gedragsgestoorde kinderen leek de diagnost de instructie meer stellend en aanvullend te formuleren. Hypothese 120: meer communicatie dat de diagnost de zaak onder controle heeft, lijkt voor het optreden van de stellende instructie relevant. De hypothesen 132: minder dwang; opdracht in zodanige vorm geven dat het kind het gevoel heeft zelf voor de opdracht gekozen te hebben of keuzemogelijkheden heeft, lijkt voor het optreden van aanvullende instructie relevant.

De diagnost leek de instructie (in ruime zin opgevat) bij de gedragsgestoorde kinderen in omvang te beperken. Voordat het kind met de opdracht begon, was het namelijk mogelijk dat de diagnost (extra) informatie verstreekte over de moeilijkheid van de komende taak. Hierbij waren de volgende gedragscategorieën van toepassing:

Informatie over de hoge moeilijkheidsgraad vooraf

- de diagnost stelt dat de komende taak moeilijk is ("ik ga het een beetje moeilijk maken"; wat we nu gaan doen is niet gemakkelijk")

Informatie over de lage moeilijkheidsgraad vooraf

- de diagnost stelt dat de komende taak gemakkelijk is ("we gaan gemakkelijk beginnen"; "dit is niet moeilijk")

Geen hypothese was van toepassing.

Motiveren

Dat de diagnost waarschijnlijk er op uit is om de motivatie van het kind op peil te houden is af te leiden uit het voorlopige gegeven dat de diagnost bij de gedragsgestoorde kinderen meer direct lijkt te motiveren. De gedragscategorie 'Motiveren' is als volgt gedefinieerd:

Motiveren

- de diagnost voert gronden aan waarom het kind de taak moet uitvoeren ("als we snel opschieten, dan kunnen we snel terug naar je moeder"; "als je niet opschiet, kun je straks niet meer spelen")

Voor het optreden van dit gedragspatroon lijkt hypothese 125: extrinsiek motiveren door belonen, relevant.

Uitdagen

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Nog een wijze waarop de diagnost de gedragsgestoorde kinderen leek te motiveren was de kinderen enigszins uit te dagen of aan de mogelijk competentie van het kind te refereren, en wel op de volgende wijzen:

Uitdagen: verwachting van mogelijk falen

- de diagnost spreekt de verwachting/twijfel uit dat het kind de taak (misschien) niet kan uitvoeren ("ik weet niet of je dit wel kunt"; "ik denk dat je dit niet lukt"; "kun je je naam al schrijven?...ik geloof er niks van")

Uitdagen: competentie-vraag in termen van "kunnen"

- de diagnost stelt aan het kind de vraag of hij/zij in staat is tot het verrichten van de taak(handelingen) in absolute termen van kunnen/niet kunnen ("kun jij al knippen?")

Geen der hypothesen maakt het optreden van beide gedragscategorieën aannemelijk. Mogelijk dat hypothese 132 indirect hiermede in verband staat; deze hypothese heeft betrekking op het in een zodanige vorm gieten van de opdracht dat het kind het gevoel heeft zelf voor de opdracht gekozen te hebben. Immers als het kind wil laten zien dat het tot slagen in staat is, dan kiest het kind zelf voor de opdracht.

Enigszins verwant aan de genoemde uitdagende, motiverende gedragspatronen waarbij (wederom) het competentiegevoel van het kind wordt aangesproken, leek het optreden van een tweetal bij elkaar horende gedragspatronen die ook een compliment impliceerden, te weten:

Grote, knappe kinderen competentie

- de diagnost stelt met betrekking tot de komende of lopende taak dat alleen grote kinderen in staat zijn tot voleinding ("dit is voor grote jongens"; alleen knappe kinderen kunnen dat"; "eens kijken of jij al zo knap bent")

Grote, knappe kinderen compliment

- de diagnost stelt dat het kind tot de groep van grote, knappe kinderen behoort

Hypothese 132: de opdracht in een zodanige vorm gieten dat het kind het gevoel heeft zelf voor de opdracht gekozen te hebben, staat mogelijk indirect in verband met het optreden van het eerstgenoemde gedragspatroon. Hypothese 127: meer motiveren door complimenteren, staat mogelijk in verband met het laatstgenoemde gedragspatroon.

Evaluatieve feedback: specifieke wijzen van foutmelding I

Op verschillende wijzen kon de diagnost het kind op een fout wijzen (een fout melden):

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Directe persoonsgerichte foutmelding

- de diagnost refereert aan het kind en de taakuitvoering, het geleverde produkt, het antwoord wordt als fout, onvoldoende gekwalificeerd ("dat heb je fout gedaan")

Directe zaakgerichte foutmelding

- de diagnost verwijst alleen naar het produkt en kwalificeert het produkt, het antwoord als fout, onvoldoende ("nee, dat is fout"; "het antwoord is niet goed")

Indirecte persoonsgerichte foutmelding

- de diagnost refereert aan het kind (als persoon) en de taakuitvoering, het geleverde produkt of het antwoord wordt "in bedekte termen" als gedeeltelijk (on)voldoende, (on)voltooid gekwalificeerd ("dat heb je bijna goed gedaan"; "je bent bijna helemaal klaar, maar dat geeft niet hoor")

Indirecte zaakgerichte foutmelding,

- de diagnost verwijst alleen naar het produkt en kwalificeert het produkt, het antwoord "in bedekte termen" als gedeeltelijk (on)voldoende, (on)voltooid ("dat is niet helemaal goed"; "het is nog niet helemaal klaar")

Bij de gedragsgestoorde kinderen leek de diagnost meer direct, zaakgericht fouten te melden. Het optreden van deze variant ligt echter niet in de lijn der verwachting volgens hypothese 122, waarin gesteld wordt volwassenen in contact met gedragsgestoorde kinderen minder goedkeuringen en meer kritische en afkeurende opmerkingen zouden maken.

Evaluatieve feedback: goedmelding en prijzen I

Gedragspatronen die een (mogelijk) motiverende functie hebben, zijn:

Goedmelding

- de diagnost spreekt de kwalificatie, zonder verwijzing naar de persoon, zonder nadruk en/of kort uit ("dat gaat goed"; "daar moet-ie" na een juiste handeling van het kind; "juist")

Prijzen

- de diagnost looft nadrukkelijk de taakuitvoering of het resultaat en/of de persoon van het kind. Dit kan op verschillende wijzen gebeuren: de diagnost spreekt de kwalificatie met nadruk uit en/of refereert aan de persoon van het kind ("hééééél goed!!!"; "dat doe jij prima!!!")

Voor het optreden van het gedragspatroon 'Prijzen' is hypothese 128: meer prijzen, relevant. Volgens hypothese 122 zou de diagnost bij de gedragsgestoorde kinderen niet meer, maar minder moeten goedkeuren.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Helpen, corrigerend niet helpen, en vergoelijken

Het zou kunnen zijn dat de diagnost tracht het falen bij de gedragsgestoorde kinderen te beperken. Een wijze waarop dat zou kunnen gebeuren, is het kind vroegtijdig, dat wil zeggen voordat verkeerd gehandeld wordt, te helpen bij de taakuitvoering en/of daaraan voorafgaand hulp aan te bieden. Eerder is gesuggereerd dat deze kinderen bij wijze van (passief) verzet meer fouten maken en om hulp vragen (zie sectie **Anders voldoen aan de opdracht, fouten maken & passief verzet**). Indien dat laatste het geval zou zijn, en de diagnost heeft dit in de gaten, dan lijkt het meer gepast niet te helpen, geen hulp aan te bieden, hulp te weigeren indien de kinderen daarom vragen, en eventueel "falen" niet te vergoelijken. Niet vanuit een expliciete verwachting, maar om toch meer helderheid te verkrijgen over wat er aan de hand zou kunnen zijn, zijn de volgende gedragscategorieën gedefinieerd:

Aanbieden van hulp

- de diagnost laat weten dat hij op dat moment bereid is te helpen ("zal ik je helpen"; "als het niet gaat, wil ik je wel helpen")

Helpen

- de diagnost verleent bijstand bij de taakhandeling/het beantwoorden van taakvragen door de vraag of instructie te herhalen/eventueel versimpelen, of door doorvragen, het geven van een alternatieve gedragslijn, het geven van extra informatie, uitleg, aanwijzingen, het concreet voordoen of demonstreren

Afweren van de hulpvraag

- de diagnost laat weten dat hij (nog) niet helpt ("probeer het even alleen"; "als het straks echt niet lukt, zal ik je helpen")

Vergoelijken

- de diagnost vergoelijkt het falen van het kind ("dat geeft niet hoor")

In het licht van het voorgaande is het waarschijnlijk dat althans een deel van de hulpvragen van deze kinderen ook vormen van passief verzet zijn, waarop de diagnost -begrijpelijk- met afwijzing reageert. Zo'n afwijzing impliceert de boodschap: ik help niet, je moet het alleen doen, ga door, je doet het, en je kunt het of weet het, ofwel een vorm van gedragscorrectie. Het gedragspatroon 'Afweren van de hulpvraag' lijkt op het eerste gezicht niet in overeenstemming met het beperken van falen en niet overvragen. Maar zoals is gesuggereerd: dreigend falen is mogelijk helemaal niet aan de orde, het gaat immers om een vorm van passief verzet.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Contact houden, aanmoedigen en feedback tijdens/na de taakuitvoering

De diagnost leek meer te informeren naar de voortgang van de taak. Om dit te toetsen is de gedragscategorie 'Informeren' gedefinieerd.

Informeren

- de diagnost doet navraag naar de voortgang van de taak ("gaat 't?"; "lukt 't?")

Hypothese 129: aanmoedigen, lijkt relevant voor het optreden van het gedragspatroon. Het gedragspatroon is niet geheel in overeenstemming met hypothese 118: minder positief/responsief.

Ook niet in lijn met hypothese 118: minder positief/responsief, is het optreden van de volgende gedragspatronen:

Empathische reactie

- de diagnost verwoordt de door hem veronderstelde gevoelens of taakbeleving van het kind die op dat moment -de taak uitvoerende' mogelijk aan de orde zijn ("moeilijk hè?!"; "dat gaat niet zo gemakkelijk , hè?")

Verwoording van handelingen van het kind

- de diagnost verwoordt handelingen, de taakuitvoering van het kind zonder expliciete waardering ("bakje erop"; het laatste plaatje")

Verwoording van vorderingen door de diagnost

- de diagnost verwoordt dat de taakuitvoering vordert ("we schieten al aardig op")

Alleen voor de categorie 'Verwoording vorderingen door diagnost' lijkt een hypothese, namelijk 128: meer prijzen, voor handen.

Gedragingen van angstgestoorde kinderen

Geremd gedrag (II): stagneren, aarzeling en geremd gedrag na taakvoleinding

Zoals hieronder nog zal blijken, lijken de angstgestoorde kinderen op uiteenlopende wijzen geremd gedrag te vertonen. Mogelijk dat het meer stagneren van de taakuitvoering ook een vorm van geremd gedrag was (voor de definitie van 'Stagneren', zie sectie **Anders voldoen aan de opdracht, fouten maken & passief verzet**). Over de vraag of het kind het niet kan of niet durft kan echter weinig zekerheid worden verkregen. Mogelijk geven angstgestoorde kinderen makkelijker op

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

(hypothese 188), vertonen zij een gebrek aan inspanning (hypothese 187) en/of tonen zij geen realistisch zelfvertrouwen bij het voldoen aan de opdrachten (hypothese 192). Meerzeggend in verband met geremdheid was mogelijk de wijze waarop het stagneren zich voltrok. Eerder zijn bij de gedragsgestoorde kinderen gedragscategorieën gedefinieerd waarbij ook stagneren aan de orde was, maar waarbij tevens aan de diagnost werd gemeld dat het kind de vraag niet kon beantwoorden of de taak niet kon uitvoeren. Hierbij gaat het om de gedragscategorieën 'Verbaal melden onvermogen' en 'Non verbaal melden stagneren' (zie wederom sectie **Anders voldoen aan de opdracht, fouten maken & passief verzet**). Van de beide varianten leek de laatstgenoemde, meer geremde variant ('Non-verbaal melden stagneren') bij de angstige kinderen meer voor te komen. Hierbij zijn 170: geremd gedrag, onderactiviteit en 171: geremd gedrag, niet durven, en wellicht 187: gebrek aan inspanning, 188: geeft gemakkelijk op en 192: toont geen realistisch zelfvertrouwen, ook relevant voor het optreden van de genoemde gedragspatronen.

Duidelijker leek de geremdheid van de angstige kinderen in het aarzelend handelen bij de uitvoering van de taak. De gedragscategorie 'Aarzelend handelen' is als volgt gedefinieerd:

Aarzelend handelen

- het kind toont aarzeling bij het aanvangen van een taak of het uitvoeren van een handeling binnen de taakuitvoering, bijvoorbeeld: het kind twijfelt om op een tweetal verschillende punten te beginnen met knippen en herhaalt dit een aantal keren

De hypothesen 169: remming en inperking van de beweging, trage motorie, 170: remming en inperking van de activiteit, onderactiviteit, en 171: remming en inperking van de productiviteit, niet durven, zijn in dit kader relevant. Daarnaast is 193: aarzelen bij het beantwoorden van taakvragen, relevant, al gaat het hier om handelen. En 192: toont geen realistisch zelfvertrouwen, is hier relevant.

De geremdheid van de hypothesen 170 en 171 leek op nog tweetal wijzen naar voren te komen en wel na voleinding van de taak. Na voleinding van de taak kon het voorkomen dat de diagnost niet in de gaten had dat de taak was afgerond. Er konden dan twee gedragspatronen optreden:

Melding einde taakuitvoering

- het kind meldt dat hij/zij klaar is ("klaar")

Afwachten na voleinding taak

- het kind wacht na beëindiging van de taak passief af, kijkt daarbij naar de diagnost

De angstige kinderen leken minder te melden dat de taak was volbracht ('Melding einde taakuitvoering') en meer passief af te wachten ('Afwachten na voleinding taak').

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Eerder is de gedragscategorie 'Grootspraak achteraf' gedefinieerd (zie sectie **Afweermecanisme I: compensatie, rivaliteit & externe attributie falen**). Hierbij gaat het om uitspraken waarbij na taalvoldeinding in krachtige bewoordingen of op overdreven wijze de simpelheid van de opdracht wordt benadrukt. Gedragsgestoorde kinderen leken dergelijke uitspraken meer te doen dan normale kinderen. Bij de angstgestoorde kinderen leken de bedoelde uitspraken minder voor te komen. Mogelijk dat ook bij het minder optreden van het gedragspatroon 'Grootspraak achteraf' hypothese 171 een rol speelt.

Nadat de taak was voltooid, hielpen de normale kinderen vaak spontaan bij het opruimen van het onderzoeksmateriaal. De angstgestoorde kinderen leken dit gedragspatroon 'Spontaan helpen opruimen' minder te vertonen. De definitie van dit gedragspatroon luidt:

Spontaan helpen opruimen

- het kind helpt ongevraagd mee met opruimen van het onderzoeksmateriaal

Wederom lijken hypothese 170: remming en inperking van de activiteit, onderactiviteit, en 171: remming en inperking van de productiviteit, niet durven, in dit kader relevant.

Zekerheid verkrijgen en om bevestiging vragen

Tijdens het diagnostisch onderzoek maakt de diagnost regelmatig notities. De angstige kinderen leken hierin meer geïnteresseerd. Dit toonden zij door te kijken naar het papier waarop de aantekeningen werden gemaakt. Om dit na te gaan is de gedragscategorie Kijken naar notities gedefinieerd:

Kijken naar notities

- het kind kijkt naar het papier waarop de diagnost aantekening maakt

De mogelijk relevante hypothese is 190: meer tonen van angsten, zorgen en onzekerheden, vooral met betrekking tot de eigen vaardigheden in evaluatieve situaties in de nabijheid van anderen.

De angstige kinderen toonden duidelijker hun onzekerheid over de juistheid van hun taakhandelingen door meer te vragen om bevestiging van de juistheid van de handeling bij de taakuitvoering. Twee varianten leken voor te komen. De kinderen konden verbaal om bevestiging vragen of tijdens/voor het verichten van een handeling kijken naar de diagnost om bevestiging te krijgen dat zij juist handelden. Deze gedragscategorieën genaamd 'Verbaal om bevestiging vragen' en 'Non-verbaal om bevestiging vragen' zijn als volgt gedefinieerd:

Verbaal om bevestiging vragen

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

- het kind vraagt om bevestiging van de juistheid van een zojuist verrichte taakhandeling ("is het goed zo?"; "zo hè?"; "helemaal uitknippen?")

Non-verbaal om bevestiging vragen

- het kind kijkt naar de diagnost ter bevestiging van de juistheid van een zojuist verrichte taakhandeling

Voor het optreden van beide gedragspatronen zijn de hypothesen 190: onzekerheden met betrekking tot de eigen vaardigheden, 191: meer behoefte aan geruststelling van volwassenen, en 192: toont geen realistisch zelfvertrouwen bij het voldoen aan de opdrachten, mogelijk relevant. Zeker de meer actieve, verbale vorm van vragen om bevestiging is niet direct in overeenstemming met hypothese 171: remming van de productiviteit/niet durven. Je zou kunnen stellen dat 'de onzekerheid (faalangst) het wint van de geremdheid'.

Eerder is de gedragscategorie Hulpvraag gedefinieerd (zie sectie **Anders voldoen aan de opdracht, fouten maken & passief verzet**). De angstgestoorde kinderen leken meer hulpvragen te stellen. Dezelfde hypothesen zijn hierop van toepassing (wel 190: onzekerheden met betrekking tot de eigen vaardigheden, 191: meer behoefte aan geruststelling van volwassenen en 192: toont geen realistisch zelfvertrouwen bij het voldoen aan opdrachten; en niet 171: remming van de productiviteit/niet durven).

Het gedragspatroon 'Verwoording van vorderingen door het kind' leek meer voor te komen, zonder dat er een hypothese voor handen was:

Verwoording van vorderingen door het kind

- het kind verwoordt de vorderingen met betrekking tot de taakuitvoering ("dit is al klaar, nu nog..")

Het gedragspatroon is wederom niet geheel in overeenstemming met hypothese 171: remming productiviteit/niet durven. Ook nu zou je kunnen stellen dat de 'noodzaak' om dergelijke uitspraken te doen groter is dan de geremdheid.

Angstige kinderen leken zich ook meer direct onzeker te tonen over hun prestaties door overprecies te werk te gaan. Om dit te toetsen is de gedragscategorie 'Precisie' gedefinieerd:

Precisie

- het kind toont nauwkeurigheid en precisie bij de uitvoering van de taak; past de uitvoering van de taak bij herhaling aan, corrigeert onnodig, bijvoorbeeld: nadat aan de opdracht met blokken is voldaan, legt het kind de blokjes bij herhaling netjes loodrecht

Hypothese 190: onzekerheden met betrekking tot de eigen vaardigheden, is hierbij relevant. Het optreden van dit gedragspa-

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

troon is in het geheel niet in overeenstemming met 187: gebrek aan inspanning.

Overmatig vlijtig

Eerder is gesteld dat het angstige kind een zekere gretigheid leek te vertonen om op de acties van de diagnost positief (instemmend) en bevestigend te reageren (zie sectie **Overmatig bevestigen van de diagnost**). Daarbij voldeden de angstige kinderen gaarne aan de geboden en wensen van de diagnost. In de taaksituatie leek dit ook op diverse wijzen naar voren te komen in de ijver die het kind op deze wijze ten toon spreidde. Eerder is de categorie 'Vlijtig voldoen' gedefinieerd (zie sectie **Anders voldoen aan de opdracht, fouten maken & passief verzet**).

De hypothesen 151: behoefte aan acceptatie van volwassenen en 182: graag aan verzoeken voldoen, lijken van toepassing.

Diagnostgedrag bij angstgestoorde kinderen

Specifieke wijze van instructie

Eerder hebben we een aantal wijzen van instrueren onderscheiden (zie sectie **Specifieke wijzen van instructie en het geven van taakinformatie**). Ook bij de angstgestoorde kinderen leek het aanvullend instrueren (gedragscategorie 'Instructie aanvullend') meer voor te komen. Geen hypothese leek dit te voorspellen.

De volgende, eerder gedefinieerde gedragspatronen (zie sectie **Specifiek wijzen van instructie en het geven van taakinformatie**) leken minder voor te komen:

'Informatie over de hoge moeilijkheidsgraad vooraf'

'Informatie over de lage moeilijkheidsgraad vooraf'

Het minder verschaffen van informatie is niet in overeenstemming met hypothese 198: meer inzicht verschaffen in de situatie en 199: vergroten van de voorspelbaarheid van gebeurtenissen. Het minder verschaffen van informatie over de lage moeilijkheidsgraad is niet in overeenstemming met hypothese 205: meer geruststellen.

Ook is eerder de gedragscategorie 'Uitdaging: competentievraag in termen van "kunnen"' gedefinieerd (zie Sectie **Uitdagen**). De diagnost leek op een andere, minder evaluatieve wijze de competentie van de angstgestoorde kinderen aan de orde te stellen. Het ging hierbij om de volgende gedragscategorie:

Competentie-vraag in termen van "een beetje kunnen"

- de diagnost stelt aan het kind de vraag of hij/zij in staat is tot het verrichten van de taak(handelingen) in

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

relatieve termen van een beetje kunnen ("kun jij al een beetje puzzelen?")

Verwachting van slagen

De diagnostiek leek op uiteenlopende wijzen de angstige kinderen te ondersteunen en de faalangst te reduceren. Om dit te toetsen zijn de volgende gedragscategorieën gedefinieerd:

Verwachting van slagen

- de diagnostiek spreekt een verwachting uit met betrekking tot het goede verloop van de taakuitvoering; de diagnostiek spreekt in uiteenlopende bewoordingen uit dat het kind de taak kan uitvoeren ("dat kan je best"; "dat lukt wel")

De hypothese 205: meer ondersteunen, lijkt relevant voor het optreden van 'Verwachting van slagen'.

Direct aansluitend op de verwachting die de diagnostiek uitsprak dat het kind zou slagen is het volgende gedragspatroon dat meer leek op te treden bij de angstgestoorde kinderen:

Uitkomen van de positieve verwachting

- de diagnostiek refereert aan de eerder gedane uitspraak over de verwachting dat het kind zou slagen ("zie je wel dat je het kon!")

Wederom is hypothese 205: meer ondersteunen, van toepassing.

Taakinformatie geven

De diagnostiek gaf bij de angstige kinderen veel informatie vooraf over de komende taak. Mogelijk is dit een vorm van angstreductie door inzicht te verschaffen, de voorspelbaarheid vergroten, en geruststelling, respectievelijk hypothese 198, 199 en 205. Dit informatie verschaffen kon op twee wijzen gebeuren, namelijk:

Taakinformatie geven

- de diagnostiek geeft informatie over de taak/taakmateriaal ("dit zijn allemaal puzzelstukjes"; "deze blokken heb je ook in de klas, daarmee kun je bouwen")

Taakinformatie aanvullend

- de diagnostiek formuleert een vraag die het kind dient te beantwoorden, en waarmee aanvullenderwijs de taakinformatie gegeven is ("hebben jullie dit ook in de klas?"; "heb jij dit wel eens gezien?")

Vergroting van de betrokkenheid op de taak

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Een tweetal gedragspatronen die ook meer bij de angstsgestoorde kinderen leken voor te komen, waren het wekken van de nieuwsgierigheid van het kind en de extra controle of de instructie werd begrepen. Om dit te toetsen zijn een tweetal gedragscategorieën gedefinieerd te weten 'Check' en 'Nieuwsgierig maken'.

Check

- de diagnost controleert of het kind blijk geeft onderdelen van de instructie of de hulp te hebben begrepen ("snap je het?"; "heb je het gezien?")

Nieuwsgierig maken

- de diagnost houdt informatie en/of materiaal achter en doet uitspraken waarmee hij de nieuwsgierigheid van het kind tracht te wekken (terwijl de diagnost het materiaal buiten het gezichtsveld van het kind houdt: "weet jij wat ik hier voor jou heb??")

Deze gedragingen leken niet voorspelbaar op basis van specifiek hypothesen.

Evaluatieve feedback: goedmelding en prijzen II

De diagnost leek op uiteenlopende wijzen de angstige (geremde) kinderen te stimuleren, ondersteunen en de effecten van faalangst te reduceren.

Zo leken de eerder gedefinieerde gedragscategorieën 'Goedmelding' en 'Prijzen' meer voor te komen bij de angstige kinderen (voor de definities, zie sectie **Evaluatieve feedback: goedmelding en prijzen I**).

Hypothese 205: meer geruststellen en ondersteunen, staat hier mogelijk mee in verband.

Een andere vorm van prijzen bestond in het geven van complimenten waarbij te kennen werd gegeven dat het kind tot de grote, knappe kinderen behoort (gedragscategorie 'Grote knappe kinderen compliment', voor de definitie zie sectie **Uitdagen en aansluiten bij de competentie-gevoeligheid van het kind**).

Wederom is 205: meer geruststellen en ondersteunen, mogelijk relevant.

Helpen

Eerder is de gedragscategorie 'Aanbieden van hulp' gedefinieerd (zie sectie **Helpen, corrigerend niet helpen, en vergeenlijken**). De diagnost leek meer hulp aan te bieden aan de angstige kinderen.

Hypothese 205: meer ondersteunen en geruststellen, is in dat kader relevant.

De diagnost leek bij de angstgestoorde kinderen ook meer aan te bieden samen aan de taak werken. Om dit te toetsen is de gedragscategorie 'Aanbieden samenwerking' gedefinieerd:

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Aanbieden van samenwerking

- de diagnost biedt aan samen met het kind de taak te willen uitvoeren ("zullen we het samen doen?")

Hypothese 205: meer ondersteunen en geruststellen, lijkt ook het optreden van 'Aanbieden van samenwerking' te voorspellen.

Aanmoedigen en feedback tijdens de taakuitvoering

Zeer direct leek de diagnost het angstige kind te stimuleren in de gedragspatronen 'Aanmoedigen' en 'Verwoording van vorderingen door de diagnost. Voor de definitie van 'Verwoording van vorderingen, zie sectie **Contact houden, aanmoedigen en feedback tijdens de taakuitvoering**; 'Aanmoedigen' is aldus gedefinieerd:

Aanmoedigen

- de diagnost tracht in specifieke bewoordingen de geneigdheid tot het beginnen aan- of het voortgaan met een taak te versterken, of de vorderingen met de taakuitvoering te verwoorden, daarmee op de zaken vooruitlopend ("ga door"; "probeer maar"; "je bent er bijna"; "en nu die nog")

De hypothese 205: meer ondersteunen en geruststellen, lijkt ook nu van toepassing.

Ook het gedragspatroon 'Verwoording van handelingen van het kind- (zie sectie **Contact houden, aanmoedigen en feedback tijdens de taakuitvoering**) leek meer voor te komen.

Eerder is de gedragscategorie 'Empathische reactie' gedefinieerd (zie sectie **Contact houden, aanmoedigen en feedback tijdens de taakuitvoering**). Ook leek deze reactie meer voor te komen bij de angstgestoorde kinderen. Hypothese 201: verwoorden actuele angsten, heeft hierop betrekking.

Evaluatieve feedback: specifieke wijzen van foutmelding II

Eerder zijn een aantal wijzen van foutmelden onderscheiden en gedefinieerd (zie sectie **Evaluatieve feedback: specifiek wijze van foutmelding I**).

De diagnost leek bij de angstgestoorde kinderen minder direct persoonsgericht, maar meer indirect persoonsgericht en indirect zaakgericht fouten te melden.

Geen der hypothesen lijkt direct van toepassing.

Vergoeilijken van falen

In de sectie **Helpen, corrigerend niet helpen, en vergoeilijken** is de gedragscategorie 'Vergoeilijken' gedefinieerd. De diagnost leek meer het falen van de angstige kinderen te vergoei-

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

lijken. Mogelijk speelt ook hier 205: meer geruststellen/ondersteunen, een rol.

3.4.3.4. Gesprekscontext gebonden gedrag

Gedragingen van gedragsgestoorde kinderen

Verminderde oriëntatie op de diagnost

De gedragsgestoorde kinderen leken verminderd georiënteerd op de diagnost. Dit leek zo te zijn op basis van het minder voorkomen van de volgende gedragingen:

Rechttop zitten

- Rechttop, recht aan tafel zitten en licht voorover gebogen met de romp

Kijken naar het handelen van de diagnost

- kijken naar de handen van de diagnost, het materiaal in handen van de diagnost, de handelingen die de diagnost verricht, het schrijven van de diagnost uitgezonderd

Gezichtsexpressie: neutraal, aandacht, en concentratie (drie varianten a, b, en c)

- aangezichtsspieren ontspannen, ogen geopend, wenkbrouwen niet opgetrokken of gefronst, mond ontspannen geopend of gesloten (a); lichte gespannenheid in het gelaat, gericht kijken, ogen meer geopend, wenkbrouwen iets opgetrokken, en hoofd licht voorover gebogen (b); ogen toegeknepen, frons in het midden naar beneden met de wenkbrouwen, enigszins gespannen mond (c); Volgen van de diagnost volgen van de diagnost in de ruimte; achter de diagnost aanlopen

Voor deze gedragspatronen lijkt de hypothese 12: minder interesse voor de ander, relevant.

Gestoorte communicatie

In B.Context-ongebonden gedragingen en gedragspatronen is reeds gesuggereerd dat de gedragsgestoorde kinderen meer dominante, (semi-) agressieve, en andere negatieve gedragingen vertonen (zie sectie **Negatieve onaangename gedragingen**). In de vorige sectie leken zij verminderd georiënteerd op de diagnost. Deze verminderde oriëntatie leek vooral tijdens gesprekken duidelijk tot uitdrukking te komen in het optreden van een aantal gedragspatronen. Deze gedragspatronen representeren de gestoorde communicatie. Bij de onderstaande gedragspatronen gaat het erom dat na een vraag van de diagnost het gedragsgestoorde kind de communicatie doet stagneren, het

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

gesprek stopt en/of het kind antwoordt niet zoals verwacht mag worden, het kind antwoordt niet 'gewoon'. Het gaat om de volgende gedragspatronen (direct na de definitie staan relevante hypothesen vermeld):

Niet reageren van het kind

- het kind reageert niet op vragen of opmerkingen van de diagnost, maar gaat door waar het mee bezig is, reageert niet specifiek communicatief naar de ander toe, stelt handelingen niet bij, toont zich niet ontvankelijk. Er is geen breekpunt in het gedrag, onderbreking van het gaande gedrag.

Relevante hypothesen: 3: schending aan de leeftijd aangepaste normen en regels, 12: minder interesse voor de ander, 13: minder wederkerigheid, 15: minder vragen beantwoorden en mogelijk 100: vermijndend gedrag; weliswaar niet in de taaksituatie)

Herhaling van de gestelde vraag

- het kind herhaalt direct geheel of gedeeltelijk de gestelde vraag of de gemaakte opmerking van de diagnost (diagnost: "speel jij wel eens met blokken?", waarop het kind antwoordt: "met blokken spelen")

Relevante hypothesen: 3: meer schenden van normen en regels, 13: minder wederkerigheid, en 15: minder vragen beantwoorden, en mogelijk 100: minder frustratie-tolerantie door vermijndend gedrag

Stellen van dezelfde vraag

- het kind stelt direct dezelfde vraag aan de diagnost (diagnost: "vind jij appels lekker?", waarop het kind antwoordt: "en jij?")

Relevante hypothesen: behalve de zojuist vermelde hypothesen 3, 13, 15 en 100 is ook 19: meer interesse in de ander door vragen te stellen, relevant. Het gedragspatroon is niet in overeenstemming met hypothesen 12: minder interesse voor de ander en 14: minder vragen stellen.

Nieuwe wedervraag met aspectverschuiving

- in directe reactie op een vraag van de diagnost stelt het kind een nieuwe vraag of maakt een nieuwe opmerking die niet betrekking heeft op het voorgaande onderwerp of waarbij het om een fundamenteel ander aspect van hetzelfde onderwerp gaat (diagnost: "ga je vandaag nog zwemmen met school?", waarop het kind antwoordt: "vind jij zwemmen leuk?")

Relevante hypothesen: wederom zijn de hierboven vermelde hypothesen 3, 13, 15, 19 en mogelijk 100 relevant. Het gedragspatroon is niet in overeenstemming met hypothesen 12: minder interesse voor de ander en 14: minder vragen stellen.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Irrelevant antwoorden

- het kind geeft in relatie tot de gestelde vraag direct een inhoudelijk irrelevante of onzinnig antwoord (diagnost: "wat heb je gisteren gegeten?", waarop het kind antwoordt: "bloemkool niet"; diagnost: "en zijn er ook varkens op die vakantieboerderij?", waarop het kind antwoordt: "knorrr, knorrr, knorrrrrrr", daarbij op handen en voeten door de ruimte kruipend

Relevante hypothesen: 3: meer schenden van normen en regels, 4: meer storende, onaangename tegen de buitenwereld gerichte gedragingen, 12: minder interesse voor de ander, 13: minder wederkerigheid, 15: minder vragen beantwoorden, mogelijk 100: minder frustratie-tolerantie door vermijdend gedrag, en 104: het geven van weinig- of onzinnige reacties. Het gedragspatroon is niet in overeenstemming met 18: meer vriendelijke benadering van de ander.

Summier antwoorden

- het kind antwoordt slechts met "ja" of "nee" of zeer summier terwijl op basis van de gestelde vraag een meer uitgebreide reactie/antwoord en meer toelichting verwacht mag worden of normaal is (diagnost: "heb je gisteren naar de televisie gekeken en waar heb je naar gekeken?", waarop het kind antwoordt: "ja")

Relevante hypothesen: 3: schending normen en regels, 12: minder interesse voor de ander, 13: minder wederkerigheid, 104: het geven van weinig of onzinnige reacties, en mogelijk 100: minder frustratie-tolerantie door meer vermijdend gedrag.

Bijzondere stemgeving/verdraaiing

- het kind antwoordt/spreekt onverstaanbaar, mompelend, schreeuwend, met stemverdraaiing of overdreven articulerend (schreeuwend: 'bal!!!', 'jjjjjjjjjjaaaaaaaaaaaa')

Relevante hypothesen: 3: meer schenden van normen en regels, 4: meer storend onaangenaam gedrag, 7: zich aanstellen/branie maken, 10: maakt meer (vreemde) geluiden, en 104: het geven van weinig of onzinnige reacties

Verzoek tot herhalen van de vraag

- het kind verzoekt de diagnost de vraag herhalen ("wat zei je?"; "mmm..?")

Relevante hypothesen: 12: minder interesse voor de ander, 13: minder wederkerigheid, 15: minder vragen beantwoorden en mogelijk 19: meer interesse in de ander door vragen stellen en 100: minder frustratie-tolerantie door meer vermijdend gedrag

Dat de gesprekken met de gedragsgestoorde kinderen anders verliepen dan de gesprekken met de normale kinderen leek ook

tot uitdrukking te komen in het minder initiëren van het gesprek door de gedragsgestoorde kinderen en het minder gebaren tijdens de gesprekken. Hierdoor ontbrak de (normale) levendigheid van het gesprek. Indien de gedragsgestoorde kinderen het gesprek initieerden, dan waren deze initiaties van een bijzondere kwaliteit: deze kinderen leken veel vragen te stellen waarop het antwoord reeds aan hun bekend was. De gedragscategorieën 'Initiëren van het gesprek', 'Gebaren', en 'Vragen naar de bekende weg' zijn als volgt gedefinieerd:

Initiëren van gesprek

- het kind begint, heropent of continueert een gesprek, stelt een vraag, maakt een opmerking die betrekking heeft op zaken buiten de taak, waarbij deze initiatie geen reactie is op of niet direct in verband staat met het besprokene daaraan voorafgaand, voorzover van voorafgaand gesprek sprake is geweest

Gebaren

- uiteenlopende bewegingen met de armen, handen, vingers die de verbale uitingen ondersteunen

Vragen naar de bekende weg

- het kind stelt vragen waarop het antwoord voor de hand ligt, aan het kind reeds bekend is (het kind staat voor het raam: "is daar buiten?")

Voor minder Initiëren van het gesprek zijn de hypothesen 12: minder interesse voor de ander, 13: minder wederkerigheid, 14: minder vragen stellen, en mogelijk 100: meer vermijnd gedrag, relevant. Het gedragspatroon heeft als contra-hypothese 19: meer interesse in de ander door vragen te stellen. Geen der hypothesen voorspelt het optreden van minder gebaren. Voor het gedragspatroon 'Vragen naar de bekende weg' zijn de hypothesen 3: meer schenden van normen en regels en 4: meer storend onaangenaam gedrag, relevant.

Afweermechanismen II: projectie, regressief liegen, reactievorming en compensatie

De gedragsgestoorde kinderen leken meer te klagen over hun juffrouw, andere kinderen, klasgenoten of vriendjes, en de ouders. Zij zouden het slachtoffer zijn van de juffrouw die hen onrechtvaardig behandelt, van vriendjes die plagen, zij zouden onterecht gestraft worden etcetera. Om dit te toetsen is het gedragspatroon 'Klagen' gedefinieerd:

Klagen

- het kind stelt dat anderen het op hem gemunt hebben en dat het kind het slachtoffer is van anderen; hierbij gaat het om de onvriendelijke of onrechtvaardige behandeling die het kind krijgt, om plagen, de schuld krijgen, gestraft worden ("de kinderen pesten mij altijd"; "de juf

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

is niet aardig voor mij")

De hypothesen 63: meer rapporteren/projecteren dat zij onrechtvaardig, agressief behandeld zijn door anderen en 64: meer klagen over anderen, zijn in dit kader relevant.

Zonder dat je volstrekt zeker kon zijn van de juistheid van de beweringen van de kinderen, leek het vertellen van onwaarheden bij de gedragsgestoorde kinderen meer voor te komen. Dit is in overeenstemming met hypothese 74: afweermechanismen: innocent-en fantasy lying. Ook hypothese 3: schending van de leeftijd-aangepaste normen en regels, is in dit verband van toepassing, al gaat het hier om een schending waarbij geen opzet in het spel is maar eerder sprake is van een ernstig regressief symptoom. Het gedragspatroon 'Vertellen van onwaarheden' is als volgt gedefinieerd:

Vertellen van onwaarheden

- het kind vertelt onwaarheden of geeft een verkeerde voorstelling van zaken

Op basis van de hypothesen 69 en 71: reacties op laag gevoel van eigenwaarde, respectievelijk: compensering, bluffen/opscheppen, is het eveneens te verwachten dat de gedragsgestoorde kinderen meer opscheppen over hun daden. Om dit te toetsen is de gedragscategorie 'Opscheppen' gedefinieerd:

Opscheppen

- het kind vertelt sterke verhalen die betrekking op zaken buiten de taak waarin de kracht, stoerheid, prestaties van het kind ter sprake komen en worden benadrukt ("ik kan de bal heel hoog schoppen")

Ook ligt het in de lijn der verwachting op grond van hypothese 71: stoerheid, dat het gedragsgestoorde kind stelt niet bang te zijn. Om dit te toetsen is de gedragscategorie 'Rapportage: zonder vrees' gedefinieerd:

Rapportage: zonder vrees

- het kind stelt niet bang te zijn voor liften, spinnen, dieren, mensen of andere situaties, schepselen, of voorwerpen

Onderbreking (III) tijdens conversatie: opstaan en weglopen

Eerder is vastgesteld dat de gedragsgestoorde kinderen de voortgang van het onderzoek (de taakuitvoering, een sterk gestructureerde situatie) o.a. onderbraken door op te staan van de stoel en mogelijk weg te lopen (zie sectie **Onderbreking (II) van de onderzoeksvoortgang: opstaan en weglopen**).

Ook tijdens gesprekken leken de gedragsgestoorde kinderen meer het gesprek te onderbreken door dergelijke gedragingen te vertonen.

De volgende, eerder gedefinieerde gedragscategorieën zijn

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

gebruikt om te toetsen:

'Opstaan van de stoel'
'Weglopen van tafel'

De hypothesen 3: schending leeftijdaangepaste normen en regels, 12: minder interesse voor de ander, 29: overonafhankelijk, 100: meer vermijdend gedrag bij frustratie, 89: meer lust/onlust bepaald gedrag, 101: turning passive into active, 76: meer hyperactief, 81: meer impulsief, onvoorspelbaar, ongebruikelijke verandering in gedrag, zijn hier in het geding.

Diagnostgedrag bij gedragsgestoorde kinderen

Aspecten van gesprek: initiëren en complimenteren

Reeds eerder is gewezen op de neiging van de diagnost zich terug te trekken (zie sectie **Het voorkomen van probleemgedrag: terugtrekken (I)**). Het ging hierbij om een non-verbale, context-ongebonden vorm van terugtrekken. Tijdens gesprekken met de gedragsgestoorde kinderen leek de diagnost zich ook verbaal meer terug te trekken en wel door minder gesprek te initiëren. Op deze wijze leverde ook de diagnost zijn bijdrage aan de ontbrekende levendigheid van het gesprek. Om het gedragspatroon te toetsen is de gedragscategorie 'Initiëren van gesprek' gedefinieerd.

Initiëren van gesprek

- de diagnost begint een gesprek, stelt een vraag, maakt een opmerking die betrekking heeft op zaken buiten de taak

De hypothesen 118: minder positief of responsief reageren van volwassenen, 119: idem door minder glimlachen of spreken, zijn in dit kader relevant.

De diagnost leek de gedragsgestoorde kinderen meer te complimenteren met zaken buiten de taak. Ter toetsing is de gedragscategorie 'Complimenten geven of bewondering uitspreken' gedefinieerd:

Complimenten geven of bewondering uitspreken

- de diagnost geeft het kind complimenten over zijn uiterlijk, kleding, daden, competenties buiten de taak

Dit gedragspatroon is in lijn met hypothese 127: meer complimenten, zij het dat de hypothese betrekking heeft op het complimenteren van het kind vanwege taakverrichtingen.

Gedragingen van angstgestoorde kinderen

Geremd gedrag (III)

In het voorgaande is gesuggereerd dat de angstige kinderen aan

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

het begin van de diagnostische sessie (zie sectie **Geremd gedrag (I): exploratie**) en in de taaksituatie (zie sectie **Geremd gedrag (II): stagneren, aarzeling, en geremd gedrag na taakvoldoening**) specifieke geremde gedragingen vertonen. Ook tijdens conversatie leken specifieke gespreksgebonden gedragingen in meerdere of juist mindere mate voor te komen, waarbij ook nu weer de interpretatie dat de angstige kinderen geremd leken, voor de hand lag. De volgende, eerder gedefinieerde (zie sectie **Gestoorte communicatie**) gedragingen leken meer voor te komen:

'Niet reageren'
'Summier antwoorden'

De volgende, eerder gedefinieerde (zie sectie **Gestoorte communicatie**) gedragingen leken minder voor te komen:

'Gebaren'
'Initiëren van gesprek'

De hypothesen 141: meer verlegen, 145 en 146: minder initiëren van gesprek, en het beantwoorden van vragen, 142: meer terugtrekken uit, vermijden van het sociale contact en 169 t/m 171: geremde motoriek, inperking van de activiteit en productiviteit) zijn in dit kader relevant.

Rapportage van angst

Gedeeltelijk op grond van hypothese 181: rapportage van meer dan 4 angstige situaties, ligt het in de lijn der verwachting dat de angstige kinderen het gedragspatroon 'Rapportage van angst' meer laten zien. Het gedragspatroon is als volgt gedefinieerd:

Rapportage van angst

' het kind stelt bang te zijn voor liften, spinnen, dieren, mensen of andere situaties, schepselen, of voorwerpen

Overmatig instemmen

Eerder is gesteld dat de angstige kinderen een zekere gretigheid vertonen om op de acties van de diagnost positief en bevestigend te reageren (zie sectie **Overmatig bevestigen van de diagnost**). Dit leek ook naar voren te komen in het optreden van de gedragscategorieën 'Naar de mond praten'. Deze categorie is als volgt gedefinieerd:

Naar de mond praten

- wanneer de diagnost suggestieve vragen stelt waarin een antwoord besloten ligt, geeft het kind het gesuggereerde antwoord of beantwoordt het kind de vraag snel (nadat de

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

diagnost heeft gevraagd: "dorst je eerst niet in de lift?...Jawel toch!?", reageert het kind met: "ja")

Dit gedragspatroon wordt ondersteund door hypothese 151: behoefte aan acceptatie van volwassenen. Overigens is het zo dat 'Naar de mond praten' ook enigszins gevoed leek te worden door het stellen van suggestieve vragen door de diagnost (zie onder, sectie **Angstreductie II**).

Diagnostgedrag bij angstgestoorde kinderen

Aspecten van gesprek: suggestieve vragen, bevestigen, en complimenteren

Hierboven is gesuggereerd dat de angstige kinderen geremd gedrag vertoonden, ook tijdens gesprekken waardoor het gesprek als tweerichtingsverkeer nauwelijks gaande blijft. Een van de wijzen waarop de diagnost het gesprek gaande lijkt te houden, is het stellen van suggestieve vragen. Dit zijn vragen waarin het antwoord besloten ligt en waarop slechts met "ja" of "nee" geantwoord hoeft te worden. Op deze wijze leek de diagnost zich aan te passen aan de geremdheid van het kind; het kind hoeft dan immers niet te komen met uitgebreide antwoorden. En toch kun je -met de minimale respons- spreken van een uitwisseling, een tweerichtingsverkeer, een "gesprek" waarbij de gesprekspartners op een lijn zitten. Ook dat laatste aspect is mogelijk essentieel voor het angstreducerende effect: voor de ander met wie je het duidelijk eens bent, hoef je niet bang te zijn. Om dit gedragspatroon te toetsen is de gedragscategorie Suggestieve vraag stellen gedefinieerd:

Suggestieve vraag

- de diagnost stelt een vraag waarin een verwijzing naar het te geven antwoord besloten ligt ("je wilt zeker niks drinken, hè?"; "je bent toch wel naar het circus geweest?")

Mogelijk dat ook hypothese 204: meer reageren met compenserende, overmatige aandacht op momenten van stilte, een rol speelt.

Op basis van hypothese 203: meer bevestigen van antwoorden, is het plausibel dat het gedragspatroon 'Antwoordbevestiging' meer voorkomt bij angstgestoorde kinderen. De gedragscategorie is als volgt gedefinieerd:

Antwoordbevestiging

- de diagnost geeft verbaal, vocaal, of non-verbaal te kennen het antwoord van het kind te hebben gehoord, beaamt het antwoord van het kind zonder evaluatie of kwalificatie van het gegeven antwoord ("jaja"; "mmm"; "dat denk ik ook wel"; knikken met het hoofd)

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Zonder dat daar een hypothese aanleiding voor gaf, leek te diagnost de angstgestoorde kinderen meer te complimenteren met zaken buiten de taak. Ter toetsing is de gedragscategorie 'Complimenten geven/bewondering uitspreken' gedefinieerd (zie Sectie **Aspecten van gesprek: initiëren en complimenteren**)

3.4.3.5. Typerende non-verbale gedragingen

In hoofdstuk 2 zijn een groot aantal, grotendeels algemene hypothesen geformuleerd die betrekking hebben op het gedrag van angstgestoorde kinderen, gedragsgestoorde kinderen en diagnostgedrag bij het diagnostisch onderzoek van de genoemde kinderpsychiatrische populaties. In de voorgaande paragrafen 3.4.3.1 t/m 3.4.3.4 zijn concrete gedragingen genoemd die hiermede in verband gebracht kunnen worden.

De eerder geformuleerde verwachting dat de gedragsgestoorde kinderen typerende gedragingen vertonen die vooral onder bepaalde condities optreden, lijkt -op basis van de exploratie- voorlopig terecht. Zij vertonen in de gedwongen diagnostische situatie waarbij van het verrichten van taken en contact met een diagnost sprake is, vermijdend, negatief of semi agressief verzetgedrag. Zowel de taakverrichtingen als de gedragingen tijdens conversatie verlopen problematisch.

Ook bij de angstgestoorde kinderen lijken zowel de taak- als de gespreksituatie ervoor te zorgen dat deze kinderen verval- len in problematisch gedrag, zij het gedragingen van een geheel andere orde. Hierbij gaat het om angstige, geremde, onzekere gedragingen waarbij zij zich overaanpassen aan de situatie en zich te zeer schikken naar de diagnost.

Deze bevindingen sluiten aan bij de concrete gedragingen die de diagnost laat zien tijdens het diagnostisch onderzoek. Bij de gedragsgestoorde kinderen gaat het voornamelijk om het omgaan met het genoemde probleemgedrag en het in stand houden van de motivatie. Bij de angstgestoorde kinderen gaat het vooral om stimuleren en angstreductie.

Een groot aantal, voornamelijk expressieve non-verbale gedra- gingen zijn -althans ten dele- minder gemakkelijk in verband te brengen met welomschreven éénduidige emoties en intenties van de actor. Deze gedragingen worden, indien mogelijk clus- tergewijze, in de paragrafen 3.4.3.5 t/m 3.4.3.9 aan de orde gesteld.

Gedragingen van gedragsgestoorde kinderen

De gedragsgestoorde kinderen leken een aantal voornamelijk grof motorische, op de buitenwereld gerichte gedragingen te vertonen.

Allereerst ging het om een aantal gedragingen die kunnen worden gecategoriseerd als bewegelijkheid & hyperactiviteit:

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Naar achteren zitten

- zitten en achterover tegen de rugleuning van de stoel zitten, waarbij de stoel naar achteren geplaatst is

Half zitten

- op de benen zitten, op de punt van de stoel, of half knielend op of voor de stoel

Van de stoel vallen

- niet nader gedefinieerd

Op de stoel balanceren

- met het lichaam op de twee achterpoten van de stoel balanceren

Wegdraaien

- doelgerichte, van de ander wegdraaiende beweging van het lichaam, buiten de 90 graden zone

Relevante hypothesen zijn: 76: meer hyperactief, 78: minder lang op stoel blijven zitten, 79: meer beweeglijk/rus-teloos/niet stil zitten.

Wellicht dat bij 'Wegdraaien' ook 100: meer vermijdend gedrag bij frustratie en 97: meer lust/onlust bepaald gedrag en 98: minder frustratie-tolerantie, een rol spelen.

Eerder, in de secties **Onderbreking (II) van de onderzoeksvoortgang: opstaan en weglopen** en **Onderbreking (III) tijdens conversatie: opstaan en weglopen**, zijn de gedragspatronen: 'Opstaan van de stoel', en 'Weglopen van de stoel' onderscheiden. Ook deze gedragingen zijn vormen van beweeglijkheid & hyperactiviteit. Andere vormen van beweeglijkheid en hyperactiviteit die optraden wanneer het kind niet aan tafel zat, in aansluiting op Opstaan en Weglopen, waren:

'Lopen'
'Rennen'
'Springen'
'Kruipen'

Deze gedragspatronen zijn verder niet gedefinieerd. Voor een betrouwbare scoring van deze gedragscategorie bleek verdere definiëring niet noodzakelijk.

Hypothese 76: meer hyperactief en 77: meer locomotorische activiteit lijken relevant.

Daarnaast ging het nog om de volgende gedragingen die gedragsgestoorde kinderen meer leken te vertonen:

Objectmanipulatie

- manipuleren met objecten (onderzoeksmateriaal); op niet doelgerichte, niet stereotype, niet destructieve wijze

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Relevante hypothesen: 79: meer beweeglijk/rusteloos/niet stil zitten en 154: motorisch reactief angstgedrag door niet doelgerichte aanraking of manipulatie van een object

Een aantal gedragingen waarbij vooral de kwaliteit van de actie of het bewegen centraal staat, te weten:

Overdreven bewegingen en acties

- op overdreven wijze doelgerichte bewegingen uitvoeren, bijvoorbeeld zichzelf in een stoel laten vallen; met (onnodige) zwaaibewegingen een toren met de bouwbekers bouwen

Relevante hypothese: 7: zich aanstellen of branie maken

Destructief handelen

- op hardhandige wijze met materiaal omgaan zoals slaan, gooien, buigen waarbij het risico bestaat dat het materiaal stukgaat

Relevante hypothese: 50: meer destructief gedrag of vernielen

Overdreven lopen

- overdreven of afwijkende loopbewegingen met de benen en/of armen maken: met de armen wijd zwaaiend, met gekromde benen door de benen gezakt, met de voeten over de grond slepen, waggelen

Relevante hypothese: 7: zich aanstellen/branie maken

Tot slot nog een 2-tal vocalisaties:

Geluiden maken

- betekenisloze klanken uiten

Relevante hypothese: 10: meer vreemde geluiden

Gereduceerd melodieus zingen, fluiten, neuriën & schreeuwend zingen

- uiting met een muzikaal (continu, melodieus, rythmisch) karakter, maar waarbij de melodie afgevlakt is en accenten ontbreken: een niet bestaand lied of het lied is niet herkenbaar door de vervorming in de melodie; idem, alleen nu lijkt de melodie onder het feit dat het kind de tekst of klanken meer schreeuwt dan zingt

Relevante hypothesen: 7: zich aanstellen/branie maken en 6: meer vocaal de aandacht opeisen

Gedragingen van angstgestoorde kinderen

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Onder de sectie **Acute angstgedragingen & geremdheid** (zie 2.5. onder **Typerende gedragingen van angstgestoorde kinderen**) is een aantal deels zeer concrete reactieve angstgedragingen genoemd. Hoewel de meeste gedragingen wel zijn waargenomen tijdens de exploratie, leek slechts een klein aantal gedragingen meer voor te komen bij de angstgestoorde kinderen. Het gaat om gedragingen die grotendeels zijn samen te vatten onder de noemers ambivalente- en negatief-emotionele lichaamshoudingen en gelaatsuitdrukkingen, vormen van zelfaanrakingen, lokale of meer gegeneraliseerde statische lichaamsspanning, stereotype gedragingen en gedragingen die te maken hebben met terugtrekking of afscherming, en geremdheid. Hieronder worden de definities van de geclusterde gedragscategorieën gegeven.

Ambivalente- en negatief-emotionele lichaamshoudingen, gelaatsuitdrukkingen, en vocalisatie

Toegewend op afstand

- met het lichaam naar de ander toegewend zitten en daarbij zoveel mogelijk afstand nemend

Relevante hypothese: 141: meer verlegen

Hoofd voorover aankijken

- met het hoofd naar beneden en voren gericht de ander aankijken, niet recht d.w.z. met het hoofd in verticale positie, in de ogen kijken

Relevante hypothese: 141: meer verlegen, 144: meer vermijden van oogcontact

Hoofd achterover aankijken

- met het hoofd naar achteren gehouden, meer afstand nemend tot de ander, de ander aankijken

Relevante hypothesen: 141: meer verlegen, 144: meer vermijden van oogcontact

Pruilen

- de onderlip naar voren gekruld over de bovenlip geduwd, waarbij de mondhoeken naar beneden wijzen, vaak voorafgaand aan huilen

Relevante hypothese: 174: bijna huilgezicht

Verdriet/huilgezicht

- niet nader gedefinieerd

Relevante hypothesen: 174: bijna huilgezicht en 175: meer huilen

Vlakke gelaatsuitdrukking

- verstrakken van de gelaatsspieren; een statische, licht gespannen toestand van het gelaat waarbij geen duidelijke

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

extreme expressie aan de orde is

Relevante hypothese: 173: gespannen verschrikte gelaatsuitdrukking en 172: angstige gelaatsexpressie

Angstige gelaatsuitdrukking

- bovenste ooglid opgeheven, onderste ooglid gespannen, wenkbrouwen bij elkaar omhoog, mond open, en lippen gespannen

Relevante hypothese: 173: gespannen verschrikte gelaatsuitdrukking en 172: angstige gelaatsexpressie

Onecht glimlachen

- drie vormen (a, b en c): a.een angstgrijns: een mengvorm van een Angstige gelaatsuitdrukking en een plezier/glimlach gezicht b.een gespannen glimlach: een mengvorm van een plezier of glimlach gezicht en een Vlakke gelaatsuitdrukking c.een trieste glimlach: een mengvorm van plezier of glimlach gezicht en een verdrietig of huilgezicht

Relevante hypothese: 173: gespannen verschrikte gelaatsuitdrukking, 172: angstige gelaatsexpressie, 174: bijna huilgezicht en 175: meer huilen

Angstig-schrikachtige gelaatsuitdrukking

- mengvorm van een angstige gelaatsuitdrukking en een gelaatsuitdrukking van verbazing of schrik: wenkbrouwen opgeheven, ogen wijd open, ogen (blik) gefixeerd, mond open en hoofd achterover

Relevante hypothese: 160: meer schrikachtig, 172: angstige gelaatsexpressie, 173: gespannen verschrikte gelaatsuitdrukking

Dreinen

- kreunend, op zeur of huiltoon spreken als een jonger kind pleegt te doen; regressief gedragspatroon

Relevante hypothese: 150: meer dreinen en zeuren

Vormen van zelfaanrakingen

Zelfaanraking: statisch

- aanraking van lichaam, kleren, hoofd, gezicht, de mondregio uitgezonderd

Relevante hypothese: 154: niet-doelgerichte bewegingen, zelfaanrakingen

Zelfaanraking: wrijven

- zelfaanraking met wrijvende, herhalende beweging aan lichaam, kleren, hoofd, armen, handen; frunniken, de

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

mondregio, het gezicht en de ogen uitgezonderd

Relevante hypothesen: 154: niet-doelgerichte bewegingen, zelfaanrakingen, 152: bewegingsonrust/overactief

Zelfaanraking: krabben

- met gekromde vingers, nagels herhalend bewegen over lichaam, kleren, hoofd, gezicht, de mondregio uitgezonderd

Relevante hypothesen: 154: niet-doelgerichte bewegingen, zelfaanrakingen, 152: bewegingsonrust/overactief

Mondregio contact

- aanraken van de mondregio (rondom de lippen, wangen) met hand of vingers; handen of vingers in mond steken, zuigen (regressief aspect van dit gedragspatroon), en bijten

Relevante hypothesen: 154: niet-doelgerichte bewegingen, zelfaanrakingen, 157: objecten zuigen/kauwen

Zelfvastklampen

- zichzelf (het lichaam, de armen) vastklampen, stevig vasthouden met gebruikmaking van beide armen of handen

Relevante hypothesen: 154: niet-doelgerichte bewegingen, zelfaanrakingen

Lokale & gegeneraliseerde vormen van lichaamsspanning

Tafel/stoel vastklampen

- aan de stoel of tafel vastklampen, stevig vastpakken van de tafelrand, stoelrand, leuning of poten, of handen op het tafelblad drukkend

Op dit gedragspatroon lijken geen relevante hypothesen van toepassing.

Mondspanning

- de lippen strak op elkaar geperst; op de lippen bijten; met de tong tegen de binnenkant van de mond gedrukt; op de tong bijten; spanning van de mondregio; tik-achtige bewegingen van de mondregio

Relevante hypothesen: 156: meer lipbewegingen zoals verdraaien en likken, 158: meer slikken, 159: meer tics

Hoogspanning

- lokale of meer generaliseerde sterke spierspanning van het lichaam, schouders, ledematen

Relevante hypothese: 161: lichaamsspanning/rigide houding/romp verdraaien/bevriezen/gespannen motorisch bewegen

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Abrupte sterke houdingsverandering

- een plotselinge, snelle beweging of verandering van een gespannen houding

Relevante hypothese: 160: meer schrikachtig

Hypothese 161: lichaamspanning/rigide houding/romp verdraaien/bevriezen/gespannen motorisch bewegen, is relevant voor de volgende gedragingen:

Bevroren

- totale bewegingsloze gespannen toestand van het lichaam

Asymmetrische houding

- (relatief) gespannen toestand van het lichaam waarbij een horizontaal en/of verticale asymmetrie optreedt: bijvoorbeeld met scheve schouders)

Ineengedoken zitten

- half bewegingsloze, gespannen zittende houding van het lichaam waarbij de handen bij elkaar tussen de benen worden gehouden, de rug en schouders gekromd (naar binnen gebogen) zijn, en het hoofd naar voren gehouden, zich kleiner makend

Tenen lopen

- niet nader gedefinieerd

Stereotype gedragingen

Stereotype bewegen met hoofd, ledematen

- repetitief-rythmisch oscillatief bewegen met hoofd, armen, handen, vingers, benen, voeten op de tafel of op de grond, met of zonder object

Relevante hypothese: 153: niet-doelgerichte bewegingen, zelfaanrakingen, 152: bewegingsonrust/overactief

Stereotyp bewegen met de torso

- repetitief-rythmisch, oscillatief voorover of opzij bewegen met de torso

Relevante hypothese: 152: bewegingsonrust/overactief

Echokinese

- repetitieve doelgerichte acties, handelingen, bijvoorbeeld een aantal keren de stoel verschuiven om recht aan tafel te zitten

Relevante hypothese: 157: bewegingsonrust/overactief

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Terugtrekking en afscherming

De hypothesen 141: meer verlegen, 144: meer vermijden van oogcontact, 142: terugtrekken, vermijden van sociaal contact zijn relevant voor de volgende gedragingen:

Wegkijken van de ander

- het oogcontact, het kijken naar het gezicht van de ander verbreken

Ogen gesloten

- niet nader gedefinieerd

Gezicht en ogen bedekken

- met opgeheven arm(en)/hand(en) voor- of over het gezicht gehouden de ogen bedekken

Geremdheid als kwaliteit van actie & bewegen

Geremde bewegingen en acties

- opvallend langzaam bewegen; langzamer dan de normale snelheid, op te maken uit de snelheid van bewegen daarvoor en de plotselinge verandering of vermindering van snelheid

Relevante hypothese: 169: remming en inperking van de beweging/trage motoriek

Niet soepele bewegingen en acties

- trillend bewegen, niet vloeiend of schokkerig bewegen, onvrijwillig materiaal uit handen laten vallen

Relevante hypothesen: 155: trillen, 161: gespannen motorisch bewegen

3.4.3.6. Typerende non-verbale gedragingen in taak- en gesprekcontext: een contextanalyse

Eerder, in de paragrafen 3.4.3.1., 3.4.3.3 en 3.4.3.4. is gesuggereerd dat zowel de gedragsgestoorde- als de angstige kinderen problematisch gedrag vertonen in de taak- en gesprekcontext. Beide contexten zijn, zo is gespeculeerd, mogelijk frustrerend. Ook de gesprekcontext, een meer zuivere 'sociale' situatie. Deze speculatie wordt -althans voor de angstige kinderen- onder andere ondersteund door hypothese 142 waarin expliciet wordt gesteld dat angstige kinderen het frustrerende sociale contact meer vermijden, zich terugtrekken. Het lijkt erop dat angstige kinderen angstiger gedrag vertonen in reactie op 'neutrale' stimuli. Dergelijke neutrale stimuli lijken vooral in de gesprekcontext aanwezig, meer dan in de taakcon-

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

text waarin het risico van falen en controle-verlies over de taak aan de orde zijn. Op basis van de bovenstaande analyse ligt de vraag voor de hand: vertonen angstige kinderen angstige gedragingen in de gespreksituatie, ofwel: in reactie op neutrale stimuli? Overigens gaan we daarbij uit van de veronderstelling dat 'de' emotionele betekenis van stimuli en communicatie op voorhand of in het algemeen bestaat. Dat is niet zo. 'De' emotionele betekenis van stimuli en communicatie kan strikt genomen op voorhand niet worden bepaald. 'Een' emotionele betekenis kan daarentegen wel achteraf worden bepaald. Deze betekenis kan worden afgelezen aan de aard van de responsen van de actor in een specifieke situatie.

Kortom, de mate waarin de probleemgroepen de non-verbale probleemgedragingen uit de vorige paragraaf vertonen in de taak- of gesprekcontext hangt mogelijk ook samen met het frustrerend karakter van één of beide contexten. Per taak- en gesprekcontext is bepaald in hoeverre de non-verbale gedragingen van de vorige paragraaf bij de probleemgroepen en de normale kinderen in gelijke mate voorkomen. Geen hypothese, gebaseerd op literatuur, gaf expliciet aanleiding voor deze analyse of een specifieke verwachting. Deze analyse is vooral gebaseerd op de vraag of er gedragsverschillen zijn tussen de normale en probleemgroepen in de taak- en gesprekcontext. Hierbij speelt de overweging een rol dat de gesprekcontext en de taakcontext frustrerend zijn voor de probleemgroepen en dat in beide contexten verschillen zullen optreden tussen normale en probleemkinderen.

Bij de **gedragsgestoorde kinderen** gaat het om een contextanalyse van de eerder gedefinieerde gedragingen (zie paragraaf 3.4.3.5, sectie **Gedragingen van gedragsgestoorde kinderen**).

Bij de **angstgestoorde kinderen** gaat het om een contextanalyse van de eveneens eerder gedefinieerde gedragingen (zie paragraaf 3.4.3.5., sectie **Gedragingen van angstgestoorde kinderen**).

3.4.3.7. Trendanalyse van een aantal non-verbale gedragingen in de gesprekcontext

De **gedragsgestoorde kinderen** leken tijdens de gesprekken met de diagnost in bepaalde opzichten steeds beweeglijker te worden in tegenstelling tot de normale kinderen. Deze exploratieve bevinding wordt ondersteund door hypothese 80: meer rusteloos in de loop van het onderzoek. Je zou kunnen veronderstellen dat het eventueel frustrerende karakter van het directe sociale contact met de diagnost en van de steeds langere duur van het onderzoek bij normale kinderen niet toeneemt, terwijl dat bij de gedragsgestoorde kinderen wel het geval lijkt.

Om die 'beweeglijkheid' te kunnen analyseren, is van een aantal gedragingen uit het domein van non-verbale gedragingen

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

(zie 3.3.3.5.) bepaald of van een toename van de frequentie in de tijd sprake is. Op basis van exploratie leek vooral bij de onderstaande geselecteerde gedragingen sprake te zijn van een toename in de tijd. Hierbij gaat het allereerst om een cluster van een 4-tal gedragingen, te weten:

'Naar achteren zitten'
'Half zitten'
'Van de stoel vallen'
'Op de stoel balanceren'

De gedragscategorie:

'Wegdraaien'

is als vorm van beweeglijkheid apart geanalyseerd omdat dit gedragspatroon een duidelijk sociaal aspect heeft: het gaat namelijk om wegdraaien van de ander. Bovendien leek het in dit geval niet te gaan om een toename in de tijd bij de gedragsgestoorde kinderen, maar eerder om een afname in de tijd bij de normale kinderen.

Voor de definities van de genoemde gedragscategorieën, zie paragraaf 3.4.3.5, sectie **Gedragingen van gedragsgestoorde kinderen**).

Ook de **angstgestoorde kinderen** leken tijdens gesprekken in toenemende mate een aantal van de eerder gedefinieerde, voor deze kinderen kenmerkende non-verbale gedragingen te vertonen. Het gaat om meer dan alleen een langer aanhoudende verlegenheid en teruggetrokkenheid, zoals hypothese 51 voorspelt. Het lijkt veel meer te gaan om langer aanhoudende tekenen van ongemak in een zuivere sociale situatie.

Van een 5-tal clusters gedragingen, een selectie uit het hele domein van non-verbale gedragingen zoals gedefinieerd in paragraaf 3.4.3.5. (pag.101), is de ontwikkeling in de tijd bepaald tijdens gesprekken. Alleen bij deze gedragingen leek van het ontbreken van een afname in frequentie in de tijd bij de angstige kinderen sprake te zijn.

Het eerste cluster betreft vormen van zelfaanraking:

'Zelfaanraking: statisch'
'Zelfaanraking: wrijven'
'Zelfaanraking krabben'

Het tweede cluster bevat vormen van stereotype gedragingen:

'Stereotyp bewegen met hoofd/ledematen'
'Stereotyp bewegen met de torso'
'Echokinese'

Het derde cluster omvat een 2-tal vormen van ambivalente houdingen:

'Hoofd voorover aankijken'
'Hoofd achterover aankijken'

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Bij het vierde cluster gaat het om alle varianten van meer gegeneraliseerde lichaamsspanning:

'Hoogspanning'
'Abrupte sterke houdingsveranderingen'
'Bevroren'
'Asymmetrische houding'
'Ineengedoken zitten'

Het vijfde (rest)cluster omvat:

'Onecht glimlachen'
'Mondspanning'

Voor de definities van de genoemde gedragscategorieën, zie ook paragraaf 3.4.3.5, sectie **Gedragingen van angstgestoorde kinderen**).

3.4.3.8. Non-verbale gedragingen in verband met vermoeidheid en ontspanning

De **gedragsgestoorde kinderen** leken een aantal gedragingen, die doorgaans in termen van vermoeidheid worden geïnterpreteerd, meer te vertonen. Hierbij ging het om de volgende gedragingen:

Gezicht wrijven

- met de handen in het gezicht wrijven

Over de tafel hangen

- ontspannen met het bovenlichaam, de armen en het hoofd recht of schuin over de tafel hangen en daarbij over het tafelblad een dweilende beweging makend

Achterover hangen

- achterover en onderuit (d.w.z. het bovenlichaam verdwijnt voor een deel onder tafel) tegen de rugleuning van de stoel hangen

Gapen

- niet nader gedefinieerd

Geen der hypothesen gaf aanleiding tot het bepalen van de verschillen van voorkomen bij gedragsgestoorde- en normale kinderen, doch de exploratie gaf er aanleiding toe.

Bij de **angstgestoorde kinderen** leek het meer te gaan om non-verbale gedragingen die mogelijk met spanning samenhangen en een poging lijken om te ontspannen. Hierbij ging om de volgende gedragingen:

Uitrekken

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

- het lichaam strekken met opgeheven, uitgestrekte, aangespannen armen, handen en vingers

Zuchten

- een eenmalige diepe, langzame hoorbare in- en uitademing

Blazen

- duidelijk hoorbare uitademing met ontsnapping van de uitgeademde lucht tussen de lippen en bolle wangen

Hypothesen 164: meer zuchten, voorspelt het meer voorkomen van 'Zuchten' en 'Blazen'. Ook lijkt hypothese 165: versnelde ademhaling, mogelijk relevant. Een versnelde ademhaling maakt het wellicht fysiologisch noodzakelijk dat angstige kinderen meer zuchten, dat wil zeggen meer éénmalig diep, hoorbaar in- en uitademen.

3.4.3.9. Non-verbale gedragingen in verband met vermoeidheid en ontspanning: een trendanalyse

Bij de **gedragsgestoorde kinderen** leek het tevens zo te zijn dat de gedragingen die mogelijk op vermoeidheid wijzen (zie 3.4.3.8.) gedurende het diagnostisch onderzoek in frequentie toenamen. Van een 2-tal clusters gedragingen is de ontwikkeling in de tijd bepaald.

Het eerste cluster bevat de beweeglijkheidsvarianten:

- 'Over tafel hangen'
- 'Achterover hangen'

Het tweede cluster bestaat uit de gedragscategorieën:

- 'Gezicht wrijven'
- 'Gapen'

De genoemde gedragspatronen waren op basis van geen der hypothesen voorspelbaar.

Hoewel er op basis van de exploratie geen duidelijke aanwijzingen waren dat er van een bepaald verloop in de tijd sprake was bij de 'ontspanningsgedragingen', is er -volledigheidshalve- ook bij de **angstige kinderen** een trendanalyse gedaan. Het ging hierbij om één cluster, te weten de gedragscategorieën:

- 'Zuchten'
- 'Blazen'

En één gedragscategorie apart, namelijk: 'Uitrekken'.

3.5. Exploratie afsluitende kanttekeningen

De hiervoor gedefinieerde categorieën bestaan uit een 2-tal typen:

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

- gedragscategorieën die niet in verband konden worden gebracht met hypothesen
- gedragscategorieën die in verband zijn gebracht met een deel van de eerder geformuleerde hypothesen (zie paragraaf 2.5., pag.39).

Bij het eerstgenoemde 'losstaande' type gaat het om de onderstaande gedragscategorieën. Achter de gedragscategorie staat de voorspelling vermeld. Deze gedragscategorieën met de bijbehorende voorspellingen vormen de 'nieuwe' hypothesen die het resultaat zijn van de exploratie. Het gaat om: Indirecte inductie zitten (A>N), Leiden naar stoel (A>N), Beloven en afspreken (G>N), Bespreken van weerstand (G>N), Toewending met toenadering kind (A>N, kind), Toewending met toenadering van het kind (A>N, diagnost), Toewending en toenadering op gelijke hoogte (A>N, diagnost), Z/K positie incomplete non-verbale terugtrekking (A<N), Direct non-verbaal ge/verbieden en corrigeren (A>N), Informatie inwinnen over de komende taak (G>N), Vragen naar de moeilijkheid van komende taak (G>N), Externe attributie falen (G>N), Verwoording van eigen taakhandeling (G>N), Positief commentaar (G<N), Informatie geven over de hoge moeilijkheidsgraad (G<N), Informatie geven over de lage moeilijkheidsgraad (G<N), Direct zaakgericht foutmelden (G>N), Aanbieden hulp (G<N), Helpen (G<N), Afweren van de hulpvraag (G>N), Vergoelijken (G<N), Empathische reactie (G>N), Verwoorden handelingen van het kind (G>N), Verwoorden vorderingen door het kind (A>N), Instructie aanvullend (A>N), Info lage moeilijkheidsgraad (A<N), Info hoge moeilijkheidsgraad (A<N), Competentievraag 'beetje kunnen' (A>N), Check (A>N), Nieuwsgierig maken (A>N), Verwoording handelingen van het kind (A>N), Direct persoonsgericht foutmelden (A<N), Indirect persoonsgericht foutmelden (A<N), Indirect zaakgericht foutmelden (A>N), Complimenteren (A>N), Tafel/stoel vastklampen (A>N), Gezicht wrijven (G>N), Over tafel hangen (G>N), Achterover hangen (G<N), en Uittrekken (G>N).

Het laatstgenoemde type gedragscategorie kon in verband worden gebracht met hypothesen. De onderstaande hypothesen zijn -in meer of mindere mate- op weg naar een empirische onderbouwing. Deze selectie uit de eerder genoemde lijst in Hoofdstuk 2 is dus gebaseerd op het feit dat de onderstaande hypothesen met één of meerdere categorieën in verband zijn gebracht. Er zijn ook hypothesen afgefallen. Op de hypothesen die zijn afgefallen wordt hieronder nader ingegaan. Eerst de gereduceerde lijst van definitieve hypothesen. Deze lijst luidt aldus:

Typerende gedragingen van gedragsgestoorde kinderen

Aanpassing, anti of non sociaal- en onverantwoordelijk gedrag

2. Meer schenden van de basale rechten en behoeften van anderen (CK)
3. Meer schenden van de algemeen geldende, geschreven en ongeschreven, aan de leeftijdaangepaste normen en

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

regels (CK)

4. Meer storende, onaangename tegen de buitenwereld gerichte gedragingen (CK)
6. Meer aanhoudend vocaal de aandacht opeisen (Matthys et al., 1998)
7. Meer zich aanstellen/branie maken (Matthys et al., 1998)
10. Maakt meer (vreemde) geluiden (SCICA; Milich & Loney, 1982)

Gesprek, interactie & relatie

In interactie met anderen minder:

12. Interesse voor de ander (CK)
13. Wederkerigheid (CK)
14. Vragen stellen (Forster, Eyberg & Burns, 1990; Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987)
15. Vragen beantwoorden (Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987)
19. Meer Interesse in de ander door vragen stellen (Matthys et al., 1998)
28. Meer negativistisch-afwijzend reageren op ondersteuning door volwassenen (CK)
29. Overonafhankelijkheid (CK)
30. Meer rivaliserend, competitief gedrag (CK; Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987; Matthys et al., 1998)
32. Meer in discussie gaan of tegenspreken (SCICA)
34. Meer overheersend, manipulerend dominantiegedrag (CK; SCICA)
36. Meer ongehoorzaam (Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987; SCICA; Matthys et al., 1998)
Als volgt reagerend op de situatie, dwang, ge/verboden en straf:
38. In het geheel niet (CK)
39. Met weigering/verzet (CK)
40. Koppig aanhoudend verzet (SCICA)
43. 'Testing the limits'(CK; SCICA)

Agressie & destructie

46. Meer agressieve, voornamelijk verbale en mogelijk non-verbale aanvalsgedragingen (CK)
50. Meer destructief gedrag of vernielen (CK; SCICA; Matthys et al., 1998)

Probleemgedrag, afweermechanismen en gevoelens van schuld en

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

schaamte

- 63. Meer rapporteren of projecteren van onrechtvaardige, agressieve behandeling door anderen (CK)
- 64. Meer klagen over anderen (CK)

Eigenwaarde & Afweermechanismen

Als reactie op een lager gevoel van eigenwaarde of geringere competentiebeleving treden de volgende afweermechanismen meer op:

- 69. Compensering (CK)
- 71. Reactievorming/rapportage van stoerheid, onkwetsbaarheid, onnipotentie e.d.; opscheppen/bluffen (CK; Matthys et al., 1998)
- 74. Idem, 'innocent/fantasy lying' met wensvervullende, compenserende inhouden (CK)
- 75. Grotere afhankelijkheid van de waardering/steun van anderen (CK)

Hyperactiviteit, impulsiviteit, aandacht/concentratie

- 76. Meer (hyper)actief (CK)
- 77. Meer locomotorische activiteit (Field et al., 1987)
Minder in staat zijn aan de taakeisen te voldoen (onvermogen) door:
- 78. Minder lang op de stoel zitten (CK; SCICA)
- 79. Meer beweeglijk/rusteloos/niet stil zitten (Roberts, 1990; Milich & Loney, 1982; SCICA)
- 80. Meer rusteloos in de loop van het onderzoek (GATSB)
- 81. Meer impulsief, onvoorspelbaar, ongebruikelijke verandering in gedrag (CK; SCICA)

Taakmotivatie en afweermechanismen

- 86. Minder intrinsieke (leer)motivatie (CK)
- 88. Minder voleinden van taken; meer onderbreking (SCICA)
- 89. Minder tijd met taak bezig (Field et al., 1987)
- 92. Meer Ongenoegen laten blijken over de taaksituatie (Matthys et al., 1998)
- 93. Vraagt meer wanneer het onderzoek is afgelopen (GATSB)
- 97. Meer lust/onlust bepaald gedrag (CK)
- 98. Minder frustratie-tolerantie (CK)
- 100. Minder frustratie-tolerantie door meer vermijdend gedrag (bij minder frustratie) (CK)
- 101. Minder frustratie-tolerantie door 'turning-passive-

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

into-active' (CK)

- Meer op passieve wijze aversie tegen de opdrachten tot uitdrukking brengen door:
- 104. Het geven van weinig- of onzinnige reacties/clownen (CK)
 - 105. Zich dom houden of zeggen het niet te weten of te kunnen (CK)
 - 106. Gokt antwoorden (SCICA)
 - 109. Werkt onzorgvuldig/snel (SCICA)

Typerende gedragingen van volwassenen bij gedragsgestoorde kinderen

Interactie en contact

- 118. Minder positief/responsief (Field et al., 1987)
- 119. Idem, door minder glimlachen en spreken (Field et al., 1987)

Probleemgedragreactie

- 120. Meer communicatie dat de volwassene of diagnost de zaak onder controle heeft, domineert (CK)
- 121. Meer consequent structureren/ge/verbieden, meer duidelijke grenzen stellen (CK; Stiles & White, 1981)

(Re)acties in de taaksituatie

- Meer extrinsiek motiveren door:
- 126. Meer belonen (CK)
 - 127. Meer complimenten (GATSB)
 - 128. Meer prijzen (GATSB)
 - 129. Meer be/aanmoedigen (GATSB), verbaal en non-verbaal, o.a. via aanraken (CK)
-
- 132. Meer de opdrachten in een zodanige vorm gieten dat het kind het gevoel heeft dat het zelf voor de opdrachten gekozen heeft of keuzemogelijkheden heeft (CK)
 - 134. Negeren van probleemgedrag (CK)

Typerende gedragingen van angstgestoorde kinderen

Gesprek, relatie & sociale angst

- 141. Meer verlegen (CK)
- 142. Meer terugtrekken uit, vermijden van het sociale contact (CK)
- 144. Meer vermijden van oogcontact (CK; Glennon & Weisz, 1978; GATSB)
- 145. Minder gesprek initiëren (CK; CAEF)
- 146. Minder beantwoorden van vragen (CK; Glennon & Weisz,

1978; CAEF)

- 150. Meer dreinen en zeuren (Glennon & Weisz, 1978)
- 151. Meer behoefte aan acceptatie van volwassenen (CK)

Acute angstgedragingen

- 152. Meer motorisch, acuut reactief angstgedrag: Meer bewegingsonrust/overactief (CK; CAEF)
 - 153. Meer niet doelgerichte bewegingen met handen, benen, of voeten, friemelen (CK; Glennon & Weisz, 1978), zelfaanrakingen van o.a. mondregio, oorregio, hoofd en haar, en geslachtsorgaan (Glennon & Weisz, 1978)
 - 154. Meer niet-doelgerichte aanraking/manipuleren van een object (Glennon & Weisz, 1978)
 - 155. Meer trillen (CK; CAEF)
 - 156. Meer lip bewegingen zoals verdraaien en likken (Glennon & Weisz, 1978)
 - 157. Meer objecten zuigen en kauwen, nagel bijten (Glennon & Weisz, 1978; CAEF)
 - 158. Meer slikken (CAEF)
 - 159. Meer tics (CAEF)
 - 160. Meer schrikachtig (CK)
 - 161. Rigide houding/lichaamsspanning (CK; Glennon & Weisz, 1978; CAEF), romp verdraaien (Glennon & Weisz, 1978; CAEF), bevriezen (CK; CAEF), en gespannen motorisch bewegen (CK; CAEF)
- Meer fysiologische acute, reactieve angstgedragingen als:
- 163. Meer versnelde ademhaling (CK; CAEF)
 - 164. Meer zuchten (CAEF)
- Meer geremd/gedeeltelijk bevroren, d.w.z. een grotere remming en inperking van de:
- 169. Beweging/trage motoriek (CK)
 - 170. Activiteit/onderactiviteit (CK)
 - 171. Productiviteit/niet durven (CK)
- Gelaatsexpressie:
- 172. Meer een angstige gelaatsexpressie (Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987); Glennon & Weisz, 1978)
 - 173. Meer een gespannen, verschrikte gelaatsexpressie (CAEF)
 - 174. Meer een bijna huilgezicht (CAEF)
 - 175. Meer huilen (Glennon & Weisz, 1978)

Rapportages

- 181. Rapporteren van meer dan 4 angstige situaties (Dienske, Sanders-Woudstra & De jonge, 1985; 1987)

Aanpassing & taakmotivatie

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

- 182. Graag aan verzoeken willen voldoen (CAEF)
- 187. Gebrek aan inspanning (GATSB)
- 188. Geeft gemakkelijk op (GATSB)

Faalangst

- 190. Meer tonen van angsten, bezorgdheden, onzekerheden, vooral met betrekking tot de eigen vaardigheden in evaluatieve situaties en in de nabijheid van anderen (CK; Glennon & Weisz, 1978)
- 191. Meer behoefte aan geruststelling van volwassenen (CK)
- 192. Toont geen realistisch zelfvertrouwen bij het voldoen aan de opdrachten/beantwoorden van de vragen (GATSB)
- 193. Aarzeling bij beantwoorden van taakvragen (GATSB)

Typerende gedragingen van volwassenen bij angstgestoorde kinderen

Angstreductie

- 198. Meer inzicht verschaffen in de situatie (CK)
- 199. Vergroten van de voorspelbaarheid van gebeurtenissen (CK)
- 201. Meer verwoorden van actuele angsten (CK)
- 203. Meer antwoorden bevestigen (Stiles & White, 1981)
- 204. Op momenten van stiltes tijdens gesprek meer reageren met compenserende, overmatige aandacht (CK)
- 205. Meer ondersteunen/helpen/geruststellen) (CK)

Het behouden van hypothesen is gebaseerd op het exploratieve materiaal, in het bijzonder op het bij herhaling optreden van gedragingen die operationalisaties leken van de gedragingen genoemd in de hypothesen (zie ook 3.3.3. "Descriptie: werkwijze ruwe data-verzameling en verwerking").

Wat betreft de hypothesen die zijn afgevallen het volgende. Er zijn geen expliciete, precieze criteria vooraf geformuleerd die hebben geleid tot het afvallen van hypothesen. Post hoc zijn er wel een aantal duidelijke categorieën van afgevallen hypothesen.

Zo zijn hypothesen afgevallen die niet betrekking hebben op direct observeerbaar gedrag, bijvoorbeeld: 165: versnelde hartslag, of 166: zweten/natte handpalmen.

Daarnaast kwamen bepaalde concrete gedragingen gewoon niet voor of leken gedragsverschillen niet voor te komen op basis van de exploratie; bijvoorbeeld hypothese 55: meer driftbuien, hypothese 166: minder in staat tot abstraheren, of hypothese 178: meer gedragingen die kenmerkend zijn voor een depressieve stemming. Aldus zijn ook eerder vermelde strijdige hypothesen

(zie 2.5.) 'opgelost'. Op basis van exploratie bleek bijvoorbeeld hypothese 46: gedragsgestoorde kinderen vertonen meer verbaal aanvalsgedrag, van toepassing ten koste van de daarmee strijdige hypothese 47: verbale agressie komt niet meer voor bij gedragsgestoorde kinderen. Slechts een 2-tal strijdigheden lijken te restereren. Bij de gedragsgestoorde kinderen gaat het om de hypothesen 152 en 153: meer bewegingsonrust/overactief versus de hypothesen 169 en 170: remming en inperking van beweging en activiteit/onderactief. En bij de angstgestoorde kinderen gaat het om de hypothesen 187 en 188: geeft gemakkelijk op/gebrek aan inspanning versus hypothese 182: graag aan verzoeken willen voldoen.

Ook hadden hypothesen betrekking op situaties, contexten of activiteiten die niet of nauwelijks aan de orde waren tijdens het diagnostisch onderzoek, bijvoorbeeld: spel of de rapportage en het bespreken van probleemgedrag.

Verder waren er algemeen geformuleerde hypothesen die doorgaans wel van toepassing lijken, maar die zich op zeer uiteenlopende manieren concreet manifesteren. Hypothese 1: misdraagt zich, is daarvan een voorbeeld. Onder deze hypothesen vallen nagenoeg alle probleemgedragingen van gedragsgestoorde kinderen die in het voorgaande zijn gedefinieerd.

Tenslotte zijn er ook hypothesen die in verband kunnen worden gebracht met de gedefinieerde gedragingen, maar waarbij de 'afstand' tussen het gedrag en de hypothese groot is. Hypothese 42: toont geen respect, is daarvan een voorbeeld. Er zijn gedragingen waaruit zou blijken dat het kind weinig respect toont, bijvoorbeeld: het onderbreken van verbale uitingen van de diagnost of het schreeuwend of overdreven articulerend antwoorden op taakvragen. Dit weliswaar vaag aangeduide probleem van een 'grote afstand' tussen gedrag en hypothese is, ondanks die vaagheid, ook reëel voor gedragingen die wél zijn geplaatst onder hypothesen. Zij het, naar onze mening, in mindere mate. Het probleem wordt door Robertson & Powers (1990) ook vermeld. Er zijn bijvoorbeeld nogal wat uiteenlopende, concrete gedragingen gedefinieerd waaruit zou blijken dat bij de gedragsgestoorde kinderen minder sprake zou zijn van een intrinsieke leermotivatie. Het is eigenlijk prematuur om te stellen dat gedragsgestoorde kinderen de taak onderbreken omdat ze minder intrinsieke leermotivatie hebben. Je kunt niet alleen maar verwijzen naar het concrete gedrag om deze verklaring 'te bewijzen'. Daarom is het belangrijk expliciet te stellen dat het bij de onderhavige exploratieve activiteiten vaak niet gaat om het leveren van bewijzen, maar om het verzamelen van concrete gedragingen in de natuurlijke gedragsstroom die mogelijk indicatief zijn voor de als juist veronderstelde motivationele of emotionele toestanden van het kind. Wat noodzakelijk is om bijvoorbeeld het bestaan van een ontbrekende intrinsiek leermotivatie te bewijzen, is een procedure -mogelijk een experimentele- die niet afhangt van het observeren van een gedragsgestoord kind die gedragingen vertoont in de natuurlijke situatie, die mogelijk 'alleen maar lijken op' een ontbrekende intrinsieke leermotivatie. Hierop kom ik terug in Hoofdstuk 6.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Ondanks het laatstgenoemde probleem, kunnen we stellen dat met vrucht is geëxploreerd. In 2.5. zijn een aantal argumenten genoemd die exploratie aannemelijk maken. Ter afsluiting van dit hoofdstuk, op deze argumenten terugkomend, kunnen we stellen dat:

- er een aantal nieuwe, dat wil zeggen op basis van de hypothesen onverwachte, mogelijk typerende concrete diagnost- en kindgedragingen gedefinieerd
- in aansluiting op de hypothesen een groot aantal concrete diagnost- en kindgedragingen zijn gedefinieerd, ondanks het gegeven dat hypothesen betrekking hadden op het gedrag van de probleemgroepen zonder vermelding van specifieke contexten of betrekking hadden op een andere context dan de onderhavige, of hypothesen waren geformuleerd in termen op een hoog abstractie-niveau
- een aantal van de door Glennon & Weisz (1978) gedefinieerde angstgedragingen niet alleen in combinatie indicatief lijken voor angst
- in aansluiting op Robertson (1990) die op onduidelijke gronden stelde dat gedragsgestoorde kinderen uitspraken doen waarin zij expliciet stellen niet te zullen gehoorzamen, kan worden gesteld dat dit niet het geval lijkt te zijn in de onderhavige diagnostische onderzoekssituatie (hypothese 37 is dan ook vervallen)
- in aansluiting op de veronderstelde individuele variabiliteit en het idiosyncratische karakter van gedrag van angst- en gedragsgestoorde kinderen en op basis van exploratie het gerechtvaardigd lijkt niet alleen te bepalen in hoeverre de gedefinieerde gedragingen groepsverschillen geven, maar ook te bepalen in hoeverre gedragingen bij individuen extreem voorkomen, met name exclusief bij de probleemgroepen

Deel 2: kwantitatieve analyses en hypothesentoets

Hoofdstuk 4 Methode

4.1. Inleiding

In de laatste paragraaf van het vorige hoofdstuk zijn een groot aantal gedragscategorieën gedefinieerd. Deze categorieën zijn gebruikt om exact individueel extreem voorkomend gedrag en de groepsverschillen te bepalen tussen enerzijds de groep

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

van normale kleuters en anderzijds de groepen van angstgestoorde- en gedragsgestoorde kleuters. Hierbij is gebruikt gemaakt van andere observatoren en nieuw materiaal: ook het materiaal dat niet is gebruikt in de descriptieve fase (5 opnamen van gedragsgestoorde kinderen, 6 opnamen van angstgestoorde kinderen en 5 opnamen van normale kinderen) is gescoord. Dit resulteerde in een vergelijking van 8 gedragsgestoorde, 8 angstgestoorde en 8 normale kinderen. Bij het exact bepalen van de groepsverschillen en extreem voorkomend gedrag ging het om:

- a. frequenties en uren over de gehele diagnostische sessie gemeten, afgezien van de context
- b. frequenties en uren in specifieke contexten, de taak- en gesprekcontext: context-analyse
- c. de ontwikkeling in de tijd die het gedrag doormaakt, ofwel het achterhalen van de trend in termen van de toename of afname van frequenties en uren

Om uiteindelijk de genoemde analyses (toetsing) te kunnen doen, was het eerst noodzakelijk het vóórkomen van een grote hoeveelheid gedragscategorieën op een tijd-as te registreren: data-verzameling. Dit moest op betrouwbare wijze kunnen gebeuren. Vervolgens moest op basis van deze vastlegging gerekend kunnen worden: data-verwerking, waarna het bepalen van groepsverschillen en extreem voorkomende gedrag heeft plaatsgevonden: statistisch toetsen. Hieronder wordt op de genoemde zaken, respectievelijk data-verzameling (4.2.), betrouwbaarheid (4.3.), data-verwerking en statistisch toetsen (4.4.) nader ingegaan.

4.2. Data-verzameling per Video-Computer Unit (VCU)

De hierboven geschetste situatie resulteerde in een aantal criteria waaraan het Data-Invoersysteem (DI-systeem) moest voldoen.

Allereerst was het noodzakelijk om met behulp van het DI-systeem -vanwege de te grote hoeveelheid gedragscategorieën- de gedragingen clustergewijze, in meerdere observatie-sessies te scoren. Met scoren wordt bedoeld: op een tijd-as vastleggen.

Verder was het noodzakelijk dat om met het DI-systeem te komen tot in de tijd elkaar overlappende beschrijvingswijzen van het interactie-proces. Concreter gesteld: het was noodzakelijk dat we bijvoorbeeld, ten behoeve van de context-analyse, langer durende periodes van taak- en gesprekscontext konden onderscheiden en registreren en binnen deze periodes specifieke gedragingen konden traceren.

Tenslotte moesten er, in aansluiting op het DI-systeem, mogelijkheden zijn om de genoemde analyses te doen, ofwel mogelijkheden voor data-verwerking moesten aanwezig zijn.

Een DI-systeem dat aan de genoemde voorwaarden voldeed was het data-invoer programma PROTIN, ontwikkeld op het Instituut voor

Fonetische wetenschappen van de Universiteit van Amsterdam (Dijkstra, 1989; Kerkhoven, 1989). Zoals de naam aanduidt, gaat het voornamelijk om de INvoer van zogenaamde PROTOcols in een personal computer, waarop een aantal data-verwerkingsprogramma's aansluiten (zie de paragrafen 4.3. en 4.4). Bij deze software voor gedragsregistratie gaat het om zogenaamde 'event-data'. Event-data hebben de vorm van een reeks geobserveerde gebeurtenissen, events of discrete toestanden, geordend in de tijd, waarbij aan iedere gebeurtenis het tijdstip van optreden is gekoppeld. Bij events waarvan de duur van belang is (states) kunnen begin- en eindtijd worden geregistreerd. Bij events van zeer korte duur, waarbij de duur verder niet van belang is (spike events), kan worden volstaan met het vastleggen van het moment van optreden. Op deze wijze kan dan het verloop van een proces in de tijd beschreven worden. De aard van het proces doet er eigenlijk niet toe. Het kan, zoals in het onderhavige geval, gaan om gedragsprocessen, maar evenzeer een natuurkundig- of anderssoortig proces betreffen. Over de essentie van PROTIN, de wijze waarop de invoer-bestanden tot stand komen en de structuur van deze bestanden, het volgende. Voor de details en andere eigenschappen, zoals de data-opslag boom, verschillende controle- en edit-mogelijkheden, printfaciliteiten, en meer technische aspecten, zie Dijkstra, 1989.

Om nu met PROTIN te kunnen werken, dient eerst een zogenaamde kanalen-set te worden gedefinieerd. Zo'n set bevat een aantal kanalen. Binnen een kanaal is steeds een aantal elkaar uitsluitende gedragscategorieën ondergebracht. Dit is een deelverzameling van de eerder gedefinieerde gedragscategorieën. Uiteindelijk zijn in 15 kanalen alle gedefinieerde gedragscategorieën ondergebracht. Per kanaal zijn video-banden gescoord op basis van een deelverzameling van de gedefinieerde gedragscategorieën. Het is immers ondoenlijk alle gedragscategorieën tegelijkertijd te scoren. Dezelfde video-banden zijn herhaald geobserveerd op basis van steeds een andere deelverzameling van gedragscategorieën.

Een 5-tal observatoren, de hoofdonderzoeker die als enige ook heeft geparticipeerd in de beschrijvende fase, een 2-tal onderzoeksassistenten en een 2-tal studenten orthopedagogiek is in verschillende mate verantwoordelijk geweest voor het kanaalsgewijze scoren van de banden. Zij zijn ruim 200 keer bij scoringssessies betrokken geweest, waarbij zij respectievelijk 43%, 38% en 19% van het materiaal hebben gescoord. Van een strikte verdeling van categorieën/kanalen over de verschillende observatoren (bepaalde observatoren alleen bepaalde categorieën scorend), of het scoren van slechts bepaalde groepen door bepaalde observatoren (bepaalde observatoren bijvoorbeeld alleen de angstige kinderen scorend) is geen sprake geweest. De observatoren waren niet blind voor het doel van het onderzoek en ook niet voor het groepslidmaatschap van het kind op de te scoren video-band. Deze blindheid bleek praktisch niet haalbaar (zo was de hoofdonderzoeker genoodzaakt te participeren bij het scoren en was de assistentie ook betrokken bij andere zaken van het onderzoek dan alleen het scoren). Verder ging het om extreme representanten van de problemati-

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

sche kinderen waarbij ook zonder informatie vooraf omtrent het groepslidmaatschap duidelijk was om welk type problematiek (kind) het ging. De evaluatie van deze zwakte in verband met de betrouwbaarheid van de scoring is aan de orde in paragraaf 6.2. "Methodologische kanttekeningen".

Het kanaalsgewijze scoren is, meer in technische zin, als volgt gebeurd. In paragraaf 3.3.2. "Onderzoekssituatie en video-opname procedure" (pag.57) is de wijze waarop video-opnamen zijn gemaakt van de diagnostische sessie reeds aan de orde geweest. PROTIN is o.a. geschikt voor het protocolleren van video-registraties. PROTIN kent hiervoor een aparte invoer mode. Hierbij moet men wel de beschikking hebben over een Video-Code Generator/Detector (VCGD) systeem. Dit is een zogenaamd VCGD kastje met bijbehorende interface-kaart voor in de PC. Voor het onderhavige onderzoek is het VCGD-systeem geconstrueerd op het Instituut voor Fonetische Wetenschappen te Amsterdam op basis van een ontwerp van TNO. Met deze Video-Computer Unit (VCU) wordt met het VCGD kastje ieder beeldje van een video-registratie voorzien van een een uniek volgnummer, een zogenaamd framenummer. Als vervolgens de video-speler via het VCGD kastje gekoppeld wordt aan de interface-kaart in de PC dan zal tijdens het afspelen/observeren van de band bij het intoetsen van een code automatisch het framenummer behorend bij het beeldje dat op dat moment zichtbaar is, worden ingelezen en gekoppeld aan de ingetoetste code. Je leest a.h.w. video-framenummers in de PC in en PROTIN rekent uit welke tijd daarbij hoort (een video-beeldje heeft immers een vaste duur van 0.02 seconde en het tijdstip waarop het gedrag zich voordoet is dus gelijk aan het produkt van het framenummer en 0.02 seconde). Hiervoor is wel noodzakelijk dat men aan het begin van een sessie aan een specifiek videobeeld een begintijd (framenummer 0) koppelt. Op basis van deze constructie kan men -indien gewenst- beeld-voor-beeld vertraagd, dus in 0.02 seconde nauwkeurig, gedrag registreren.

De oorspronkelijke kanaal-protocollen kunnen worden samengevoegd of in elkaar worden geschoven tot één combinatie-protocol. De lijsten met kanaalaanduidingen, gescoorde gedragingen (codes) en de exacte tijdstippen waarop deze gedragingen zich voordeden worden a.h.w. vervlochten tot één lijst. De plaats van de regel waarop de gebeurtenis staat aangegeven, wordt bepaald door het tijdstip dat voorafgaat aan de code. Dit wordt in PROTIN dan ook "vlechten" genoemd, en is alleen zinvol indien voor alle kanalen hetzelfde exacte begintijdstip van observatie geldt.

Met het bovengenoemde DI-systeem tot onze beschikking is gebruikt gemaakt van zogenaamde 'continuous real time measurement' ook wel 'full event recording (sampling)' genoemd (Slater, 1978; Sackett, 1978; Fassnacht, 1982). Van gedragingen met een relevant geachte duur worden het beginmoment en het moment waarop het gedrag eindigt op een continue tijdschaal vastgelegd. Een dergelijke weliswaar arbeidsintensieve procedure heeft niet de beperkingen van bijvoorbeeld minder arbeidsintensieve procedures als 'event sampling' (registratie zonder begin en eind) of 'time sampling' (slecht op bepaalde, regelmatige momenten scoren of regelmatig over tijdsinter-

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

vallen samenvattend scoren). Met full event recording is het wel mogelijk exacte duren en frequenties te berekenen terwijl dergelijke duurberekeningen bij event sampling niet mogelijk zijn, en bij de beide time sampling methoden slechts een benadering kan worden gegeven van zowel de duur als de frequentie. Ook voor de contextuele analyse en voor het achterhalen van de ontwikkeling van gedrag in de tijd geeft full event sampling het meest nauwkeurige beeld.

4.3. Betrouwbaarheid

De wijze waarop met het DI-systeem volledig is geregistreerd (full-event sampling) bood de mogelijkheid om tot een nauwkeurige berekening van de betrouwbaarheid te komen. Het was immers in principe mogelijk de overeenstemming in de tijd tussen de observatoren (inter-observator overeenstemming) of van een observator met zichzelf bij herhaalde observatie (intra-observator overeenstemming) exact te bepalen. Bij het eerder genoemde 5-tal observatoren (zie vorige paragraaf), dat betrokken is geweest bij de uiteindelijke scoring van de banden, is de intra- en interobservator overeenstemming in de tijd bepaald. In totaal zijn 1996 uitspraken van kind en diagnost en non-verbale gedragingen gedurende 18.330 seconden (305 minuten ofwel 5 uur en 5 minuten) vergeleken. Daaraan is geen langdurige training van de observatoren vooraf gegaan. Met het doornemen van de definities van de categorieën, eventueel met het geven van voorbeelden kon worden volstaan. De hoofdonderzoeker die als enige observator ook in de beschrijvende fase participeerde, speelde hierbij een belangrijke rol. Aan de observatoren zijn, indien nog wenselijk, illustratieve fragmenten van de gedragingen getoond. Deze fragmenten zijn ontleend aan de video's die zijn gebruikt in de beschrijvende fase. Verder stonden de specimen records uit de beschrijvende fase tot onze beschikking om categorieën te illustreren. De banden die zijn gebruikt om de overeenstemming in de tijd te bepalen waren (vanzelfsprekend) niet de illustratieve trainingsbanden.

Een betrouwbaarheidsmaat die gebaseerd is op het bepalen van de echte overeenstemming in de tijd is Cohen's Kappa (Cohen, 1960) in tegenstelling tot andere betrouwbaarheidsmaten, zoals het bepalen van het percentage overeenstemming op basis van een gesommeerde score of het gebruik van correlatiematen (zie Hollenbeck, 1978; Lehner, 1979). Ook omdat bij de bepaling van Cohen's Kappa gecorrigeerd wordt op de kans dat observatoren op grond van toeval overeenstemmen is Kappa een superieure betrouwbaarheidsmaat voor het berekenen van de inter en intra-observator overeenstemming. Cohen's Kappa is gedefinieerd als de proportie overeenstemming na verwijdering van overeenstemming op basis van kans en wordt als volgt berekend (Cohen, 1960):

$$K = (P_o - P_e) / (1 - P_e)$$

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

waarbij:

P_o = geobserveerde proportie overeenstemming

en

P_e = proportie overeenstemming op basis van kans

Voor de berekening van Cohen's Kappa is op het Gemeentelijk Pedologisch Instituut door Schuitemaker (1989) software ontwikkeld waarmee op de PROTIN bestanden zowel de inter- als de intra-observator overeenstemming is bepaald. Hiertoe deelt het computerprogramma de geobserveerde periode in in tijdsintervallen. De duur van deze tijdsintervallen kan worden gevarieerd. Om scherp zicht te krijgen op exacte overeenstemming in de tijd zijn intervallen gehanteerd van maximaal 2 seconden (doorgaans 1 seconde). Het programma gaat voor elk interval bij beide PROTIN bestanden afkomstig van verschillende observatoren, of van dezelfde observator, na welke gedragingen (codes) in het interval voorkomen. Op grond hiervan wordt een kruistabel ingevuld en Cohen's Kappa berekend.

Het meten van beide vormen van overeenstemming wordt essentieel geacht voor een goede indicatie van de betrouwbaarheid (Hollenbeck, 1978; Lehner, 1979). De intra-observator overeenstemming, waarbij eenzelfde video-fragment door dezelfde observator opnieuw is gescoord, is in een later stadium van het onderzoek bepaald; het kort na elkaar scoren van dezelfde video-band is niet waardevol voor betrouwbaarheidsbepaling vanwege de herinnering aan de momenten waarop is gescoord tijdens de eerste scoring. Het opnieuw scoren van eenzelfde video-band na minimaal 6 weken geeft goed zicht op eventuele 'observer-drift' (Hollenbeck, 1978).

Tabel 2 geeft een overzicht van de berekende Kappa's ter bepaling van de inter- en intra-observator overeenstemming. In het onderhavige onderzoek is een criterium van .70 gehanteerd. Alleen gedragscategorieën waarvan beide berekende Kappa's > 0.70 waren, zijn gebruikt voor verdere analyse en toetsing. Alleen deze gedragscategorieën staan in tabel 2 vermeld (een 28-tal gedragscategorieën zijn op basis van onvoldoende intra en interobservator betrouwbaarheid afgevallen en blijven verder onvermeld). Tabel 2 vangt aan met de Kappa's van eerder gedefinieerde perioden of contexten (zie 3.4.1.; Taakperiode, Taak in ruimte periode, Gesprekperiode). In tabel 2 is verder dezelfde volgorde aangehouden waarin de gedragscategorieën in het vorige hoofdstuk zijn geïntroduceerd (zie paragraaf 3.4.3., pag.63). In verband met de beperkte ruimte zijn namen van gedragscategorieën soms ingekort, de afkorting 'nv' staat voor non-verbaal. De volledige titels en bijbehorende definities van de gedragscategorieën zijn, op titel alfabetisch geordend, te vinden in Bijlage 2: Gedragscategorieën.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Tabel 2. Inter- en intra Observator Overeenstemming (OO)

Gedragscategorie	Cohen's Kappa	
	Inter-OO	Intra-OO
Periode/context onderscheiding	.95	.94
Verkennen en spelen	.93	.96
Gebieden zitten	.81	.90
Indirecte inductie zitten	.84	.71
Leiden naar stoel	.77	1.00
Afwachten	.83	.70
De kamer rondkijken	.79	.91
Opdracht geven aan de diagnost	.79	.92
Opdrachtvraag aan de diagnost	1.00	1.00
Afweren van de diagnost	.74	.85
Bekritisieren van de diagnost	.77	.86
Onderbreken verbale uitingen diagnost	.72	.81
Onderbreken handeling diagnost	.74	.71
Direct verbaal ge/verbieden, corrigeren	.79	.76
Direct nv ge/verbieden, corrigeren	.73	.86
Indirect ge/verbieden, corrigeren	.71	.76
Negeren	.83	.73
Beloven en afspreken	.74	.85
Bespreken van weerstand	.85	.74
Volledige nv terugtrekking	.72	.71
Incomplete nv terugtrekking	.69	.73
Toewending met nadering van het kind	.77	.90
Ongepast en ongericht bevestigen	.73	.82
Toewending, toenadering en kijken	.77	.84
Idem, en op gelijke hoogte komen	.82	.96
Diagnost verwoordt eigen handeling	.75	.76
Angst aan de orde stellen	.82	.90
Informatie inwinnen over komende taak	.79	.83
Vragen moeilijkheidsgraad komende taak	.74	.81
Bluffen	.84	.75
Positieve zelfevaluatie	.78	.72
Negatieve zelfevaluatie	.70	.70
Grootspraak achteraf	.75	.90
Prestaties anderen a/d orde stellen	.78	1.00
Competitieve uitspraken	.79	.85
Rapportage: het was gemakkelijk	.81	.84
Externe attributie falen	1.00	1.00
Kijken naar bijzettafel/materiaal	.80	.84
Taakherkenning	.88	.78
Toestemming vragen onderbreking	.92	.96
Melding onderbreking voortgang	.91	.95
Daadwerkelijke onderbreking voortgang	.93	.94
Volharden onderbreking voortgang	.79	1.00
Vragen toestemming taakverandering	.76	.72
Melding taakverandering	.83	.87
Daadwerkelijke taakverandering	.90	.81
Ongebruikelijk voldoen aan de opdracht	.77	.98

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Taak-parallel onnodige/storende acties	.85	.80
Vlijtig voldoen	.76	.78
Stagneren	.78	.82
Verbaal melden onvermogen	.78	.72
Fout beantwoorden van vragen	.89	.91
Non-verbaal melden stagneren	.74	.75
Hulpvraag	.79	.91
Verkeerd handelen	.86	.82
Uitspraken weerzin taak	.92	.83
Uitspraken weerzin onderzoek	.78	.84
Direct vragen definitieve einde oz	.91	1.00
Indirect vragen einde onderzoek	.79	.88
Verwoording eigen taakhandeling	.92	.87
Initiatief tot opruimen van het kind	.86	.73
Vragen naar aantekeningen	.78	.78
Toestemming vragen om op te ruimen	1.00	1.00
Positief commentaar leveren	.84	.73
Negatief commentaar leveren	1.00	1.00
Opstaan van de stoel	.94	1.00
Weglopen van de stoel	.98	.82
Lopen	.92	.80
Rennen	.89	.83
Springen	.70	.99
Kruipen	.94	.84
Instructie stellend	.71	.74
Instructie aanvullend	.74	.71
Info hoge moeilijkheidsgraad vooraf	.75	.78
Info lage moeilijkheidsgraad vooraf	.88	.73
Motiveren	.79	.90
Uitdagen: verwachting mogelijk falen	.77	.85
Uitdagen: competentie-vraag 'kunnen'	.81	.83
Grote, knappe kinderen competentie	.90	.94
Grote, knappe kinderen compliment	.76	.81
Directe persoonsgerichte foutmelding	.76	.86
Directe zaakgerichte foutmelding	.71	.74
Indirecte persoonsgerichte foutmelding	.88	1.00
Indirecte zaakgerichte foutmelding	.71	.71
Goedmelding	.81	.86
Prijzen	.90	.91
Aanbieden van hulp	.80	.89
Helpen	.86	.84
Afweren van de hulpvraag	.87	.77
Vergoeilijken	.80	.76
Informeren	.77	.84
Empathische reactie	.81	.87
Verwoording handelingen van het kind	.86	.87
Verwoording vorderingen door diagnost	.83	.90
Aarzelend handelen	.71	.80
Melding einde taakuitvoering	.90	.86
Afwachten na voleinding taak	.85	.79
Spontaan helpen opruimen	.94	.89
Kijken naar notities	.70	.96
Verbaal om bevestiging vragen	.92	.95
NV om bevestiging vragen	.80	.86
Verwoording vorderingen door het kind	.78	.88

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Precisie	.72	.78
Competentie-vraag 'een beetje kunnen'	.93	1.00
Verwachting van slagen	.97	.93
Uitkomen van de positieve verwachting	.79	.85
Taakinformatie geven	.71	.71
Taakinformatie aanvullend	.72	.86
Check	.79	.88
Nieuwsgierig maken	.77	.85
Aanbieden van samenwerking	.85	1.00
Aanmoedigen	.72	.71
Rechtop zitten	.96	.92
Kijken naar handelen van de diagnost	.77	.94
Gez.expressie/neutr./aandacht/concentr.	.70	.70
Niet reageren van het kind	.73	.80
Herhaling van de gestelde vraag	.92	.78
Stellen van dezelfde vraag	.79	.88
Nieuwe wedervr. met accentverschuiving	.78	.77
Irrelevant antwoorden	.90	.84
Summier antwoorden	.71	.76
Bijzondere stemgeving/verdraaiing	.84	.88
Verzoek tot herhalen van de wedervraag	.75	.82
Initiëren van gesprek door het kind	.76	.70
Gebaren	.74	.72
Vragen naar de bekende weg	.73	.80
Klagen	.91	.82
Vertellen van onwaarheden	.79	1.00
Opscheppen	.90	.84
Rapportage: zonder vrees	.79	1.00
Initiëren van gesprek door de diagnost	.70	.78
Complimenten/bewondering uitspreken	.79	.88
Rapportage van angst	.78	.84
Naar de mond praten	.75	.85
Suggestieve vraag stellen	.92	.87
Antwoordbevestiging	.85	.89
Over de tafel hangen	.80	.98
Achterover hangen	.70	.82
Naar achteren zitten	.70	.79
Half zitten	.699	.71
Van de stoel vallen	.98	1.00
Op de stoel balanceren	.82	.89
Wegdraaien	.81	.86
Toegewend op afstand	.77	.73
Zelfaanraking: statisch	.75	.93
Zelfaanraking: wrijven	.70	.71
Gezicht wrijven	.97	1.00
Zelfaanraking: krabben	.83	.93
Mondregio contact	.75	.82
Zelfvastklampen	.83	1.00
Objectmanipulatie	.98	1.00
Tafel/stoel vastklampen	.96	.99
Stereotyp bewegen met hoofd/ledematen	.78	.91
Stereotyp bewegen met het lichaam	.91	.95
Echokinese	.85	.89
Hoofd voorover aankijken	.71	.85
Hoofd achterover aankijken	.89	.90

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Ogen gesloten	.81	.84
Gezicht en ogen bedekken	.75	.81
Mondspanning	.71	.83
Hoogspanning	.91	.92
Abrupte sterke houdingsverandering	.80	.79
Bevroren	.76	.82
Asymmetrische houding	.91	.96
Ineengedoken zitten	.84	.86
Geremde bewegingen en acties	.73	.74
Niet soepele bewegingen en acties	.72	.69
Overdreven bewegingen en acties	.81	.84
Destructief handelen	.87	1.00
Overdreven lopen	.75	.86
Tenen lopen	.77	.85
Vlakke gezichtsuitdrukking	.71	.76
Pruilen	.83	.75
Verdriet/huilgezicht	.90	.98
Angstige gezichtsuitdrukking	.70	.70
Angstige-schrik gezichtsuitdrukking	.71	.72
Onecht glimlachen	.72	.87
Dreinen	1.00	1.00
Geluiden maken	.89	.98
Gereduceerde melodie/schreeuwend zingen	.98	.95
Uitrekken	1.00	1.00
Zuchten	.82	.98
Blazen	1.00	1.00
Gapen	1.00	1.00

 -
 Uit tabel 2 blijkt wat betreft het bepalen van de intra-observer-overeenstemming dat bij 68% van de gedragscategorieën de Cohen's Kappa groter dan .80 was. Hetzelfde geldt voor 52% van de categorieën bij het bepalen van de inter-observer-overeenstemming. Kappa's groter dan .80 zijn ruimschoots voldoende of zoals Landis en Koch (1977) stellen 'bijna perfect'; zij beschouwen overigens een Kappa van .60 reeds als voldoende. Nu zijn de berekende Kappa's weliswaar veelzeggend voor de betrouwbaarheid, maar niet alleszeggend. Andere factoren die van belang zijn voor de evaluatie van de betrouwbaarheid worden besproken in paragraaf 6.2. "Methodologische kanttekeningen". Deze factoren worden vooral besproken in relatie tot de eerder genoemde zwakte dat de observatoren op de hoogte waren van het onderzoeksdoel en van het groepslidmaatschap van de kinderen (zie vorige paragraaf).

4.4. Data-verwerking en statistisch toetsen

Met de PROTIN-functie 'transformeren' kunnen de gecreëerde protocols (zie paragraaf 4.2, pag.121) geschikt worden gemaakt voor bepaalde verwerkingsprogramma's. In aansluiting op het DI-systeem PROTIN is in het onderhavige onderzoek de onderstaande software voor data-verwerking gebruikt. Het programma Trace Constructie/Utilities, ontwikkeld voor het Gemeentelijk Pedologisch Instituut door Van de Horst (1987),

is gebruikt om frequentie- en duurtabellen te genereren. Dit programma was functioneel bij het toetsen van hypothesen die betrekking hadden op (totaal) frequenties en duren over de gehele diagnostische sessie gemeten (zie paragraaf 4.1, onder a, pag.121).

Met het programma Prograaf (Kerkhoven, 1989), dat -zoals de naam reeds doet vermoeden- in aansluiting op PROTIN was ontwikkeld, was het mogelijk gescoorde codes (kanalen) langs een tijdas met tijdsaanduiding grafisch weer te geven en visueel te inspecteren. Op deze wijze is zonder verdere hulpmiddelen achterhaald hoe vaak frequentie en hoelang bepaalde gedragingen voorkwamen in verschillende perioden gedurende het diagnostische onderzoek. Dit is gebeurd met het oog op het toetsen van hypothesen die betrekking hebben op het achterhalen van de trend van bepaalde gedragingen (zie paragraaf 4.1, onder c, pag.121).

Voor de contextuele analyse (zie paragraaf 4.1, onder b, pag. 121) is gebruik gemaakt van de mogelijkheid van Prograaf om frequenties en duren te bepalen van overlappende codes (in het onderhavige geval: de overlapping van bepaalde gedragscodes met codes die betrekking hebben op de taak- of gesprekcontext).

Tenslotte is gebruikt gemaakt van een spreadsheet programma om relatieve frequenties en duren te genereren. Zoals in het volgende hoofdstuk nog zal blijken, zijn een aantal toetsingen niet uitgevoerd op basis van absolute frequenties en duren, maar op basis van relatieve frequenties en duren. De reden daarvoor is evident. In het vorige hoofdstuk is reeds gemeld dat de diagnostische sessies van ongelijke duur waren. Datzelfde gold voor de duren van taak- en gesprekcontexten binnen de verschillende sessies. Daarom was het noodzakelijk het voorkomen of de duur van het gedrag te relateren aan de duur van de sessie of de context. Daarbij was het noodzakelijk de frequentie of de duur van sommige gedragingen te relateren aan andere, specifieke gedragingen. Om een voorbeeld te noemen. Om eventuele verschillen te toetsen wat betreft de verschillende wijzen waarop kinderen konden reageren op een vraag van de diagnost, bijvoorbeeld: niet reageren, irrelevant antwoorden, stellen van een wedervraag, was het noodzakelijk deze reacties te relateren aan het aantal gestelde vragen. In het volgende hoofdstuk (Hoofdstuk 5: Resultaten) zal steeds op het moment dat een resultaat van een specifiek toets aan de orde is, worden aangegeven op basis waarvan (duur van de diagnostische sessie, duur van de context, of welke specifieke gedragingen) relativering is aangebracht.

Bij het toetsen van de hypothesen is gebruik gemaakt van non-parametrische toetsen. Met steekproeven van kleine/matige omvang zoals in het onderhavige onderzoek (n=8) is er immers geen alternatief in de vorm van parametrisch toetsen, tenzij de populatieverdeling van de bestudeerde grootheid exact bekend is (Siegel, 1956). Maar dat laatste was niet het geval. Daarbij bevatten de exploratieve waarnemingen reeds contra-indicaties, in de vorm van uitbijters, dat veel van de bestudeerde grootheden niet normaal verdeeld waren (De Jonge &

Wielenga, 1973). Bij de bespreking van de resultaten in Hoofdstuk 5 zal overigens blijken dat deze verwachting veelvuldig bevestigd is: extreme waarden komen veel voor. Ofwel: al waren de steekproeven van een voldoende omvang geweest dan nog was de normaliteitsonderstelling niet gerechtvaardigd op grond van het voorkomen van uitbijters. In een dergelijke situatie verdienen verdelingsvrije methoden de voorkeur (De Jonge & Wielenga, 1973). De volgende verdelingsvrije methoden zijn gebruikt.

Bij het toetsen van de groepsverschillen, gedragsgestoord versus normaal en angstig versus normaal, is gebruik gemaakt van de Mann-Whitney U Test (MWU-test) als specifieke 2-steekproeven toets. Deze test is een uitstekend (non-parametrisch) alternatief voor de parametrische t-test met een power-efficiëntie van 95% in termen van de t-test, zelfs voor matige groepsgroottes van 2×8 zoals in het onderhavige geval (Siegel & Castellan, 1988). Alleen bij 2 kleine steekproeven (aantal per steekproef $< 4/5$) zijn randomisatie technieken het meest efficiënt (voor deze technieken, zie bijvoorbeeld Siegel, 1956 en Siegel & Castellan, 1988; voor (non-parametrische) ANOVA/Kruskal-Wallis vervangende randomisatie technieken ter toetsing van meer dan 2 steekproeven, zie Adams & Anthony, 1996). In het onderhavige geval met 2 grotere steekproeven (2×8) is de MWU-test even efficiënt als de randomisatie-technieken en verdient de voorkeur boven de Kolmogorov-Smirnov test (Siegel & Castellan, 1988). De laatstgenoemde test is (wederom) alleen bij zeer kleine steekproefgroottes efficiënter dan de MWU-test; bij grotere steekproeven is het omgekeerde het geval (Siegel & Castellan, 1988). Het zal duidelijk zijn dat er nogal wat MWU-toetsingen plaatsvinden. Hierbij kan het gevaar van kanscapitalisatie, de toename van de kans op het maken van Type I fouten bestaan. Voor deze problematiek bij onafhankelijk toetsen, zie o.a. Feild & Armenakis (1974); en bij afhankelijke toetsen, zie Whitney & Feldt (1973). Evaluatie van de geboekte resultaten met het oog op dit (mogelijke) gevaar is dan ook noodzakelijk. Dit gebeurt in Hoofdstuk 6 "Conclusie & discussie", paragraaf 6.2. "Methodologische kanttekeningen".

Trendanalyse heeft plaatsgevonden op basis van de Nonparametric Monotonic trend test for correlated samples (Ferguson, 1966).

En tenslotte zijn individueel extreem voorkomende gedragingen bepaald met de procedure Boxplot (SPSS) in de vorm van extreme waarden en uitbijters. Boxplot vat een aantal statistieken grafisch samen. De ondergrens van de box is het 25-ste percentiel en de bovengrens is het 75-ste percentiel; de lengte van de box correspondeert dus met de range van het interkwartiel, het verschil tussen het 75-ste en het 25-ste percentiel. Extreme waarden liggen meer dan 3 boxlengten boven of onder de box. Uitbijters liggen tussen 1.5 en 3 boxlengten boven of onder de box.

In hoeverre de verdeling van extreme waarden/uitbijters over

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

de probleemgroepen en normale groep statistisch significant verschillend is, kan niet getoetst worden want de waarnemingen zijn niet onafhankelijk. Was dat wel het geval geweest, dan was de Fisher exact Test voor 2*2 tabellen in aanmerking gekomen (Siegel en Castellan, 1988). Wat betreft extreme waarden/uitbijters moet nu worden volstaan met beschrijvende statistiek.

Hoofdstuk 5 Resultaten

Bij de presentatie van de resultaten is de hoofdindeling van paragraaf 3.4.3. "Gedragscategorieën en definitieve hypothesen" (pag.63), aangehouden.

Ook de volgorde binnen paragrafen 3.4.3.1 t/m 3.4.3.9 is dezelfde: eerst de gedragingen van de kinderen vervolgens de diagnost, geordend binnen secties.

De tabellen waarin de resultaten van de toetsen zijn weergegeven, zijn steeds op dezelfde wijze opgebouwd. Alleen bij de eerste tabel wordt nader ingegaan op de opbouw van de tabel en de betekenis van de gehanteerde symbolen. Bij een eventuele veranderde opbouw, worden de tabellen bij wijze van inleiding opnieuw toegelicht.

In de tabellen worden alleen titels van gedragscategorieën en nummers van hypothesen vermeld. In Bijlage 2: Gedragscategorieën, staan de gedragscategorieën, op titel alfabetisch geordend, vermeld. Voor de lijst met genummerde hypothesen, zie Bijlage 1: Hypothesen. In Bijlage 3 staan gemiddelden, standaarddeviaties en ranges van de frequenties en duren (absoluut, relatief) waarvan de groepsverschillen zijn bepaald.

Bij de paragrafen 5.1.t/m 5.6. en 5.8. worden de belangrijkste resultaten bij wijze van afsluiting samengevat. Deze samenvattingen betreffen overzichten van gedragingen die groepsverschillen hebben opgeleverd, en overzichten van gedragingen die geen groepsverschil hebben opgeleverd maar die extreem en exclusief voorkomen bij individuen van de voorspelde probleemgroep. De laatstgenoemde overzichten zijn van belang om te bepalen in hoeverre idiosyncratisch probleemgedrag een rol speelt.

De paragrafen 5.7 en 5.9 waarin trendanalyses aan de orde zijn, hebben geen samenvatting omdat het hier slechts gaat om een kleine hoeveelheid gegevens.

Voortdurend wordt hieronder in vergelijkende zin geschreven.

Bijvoorbeeld: 'gedragsgestoorde kinderen vertonen meer of minder.....' Zonder dat het steeds expliciet is vermeld, wordt dan bedoeld 'meer of minder dan normale kinderen'.

5.1. Gedrag aan het begin van de diagnostische sessie en in verband met de onbekende onderzoeksruimte

Gedragingen van gedragsgestoorde kinderen

Ongereemd exploratief spelgedrag

Zoals Tabel 2 laat zien gaan de gedragsgestoorde kinderen overeenkomstig de voorspelling meer over tot het ongevraagd verkennen van de onderzoeksruimte.

De voorspelde extreme waarden of uitbijters bij proefpersonen uit de groep van gedragsgestoorde kinderen komen niet voor.

Tabel 2. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorie 'Verkennen en Spelen'

Categorie (1)	Hypo (2)	Voorspelling (3)	Resultaten	
			P (4)	E & U (5)
Verkennen & spelen	3, 29, 101, 76	G > N	0.03	-

- (1) Titel van de gedragscategorie
- (2) Nummers van de relevante hypothesen zoals vermeld in paragraaf 3.4.3. "Gedragscategorieën en definitieve hypothesen" (pag.63)
- (3) Voorspelling van de te verwachten groepsverschillen zoals gedaan in paragraaf 3.4.3. (pag.63). Betekenis van de gebruikte symbolen: G = gedragsgestoorde groep, A = angstige groep, N = normale groep. G > N betekent dat de voorspelling luidde dat het betreffende gedrag meer leek voor te komen bij de gedragsgestoorde groep dan bij de normale groep.
- (4) P-waarde Mann-Whitney U-test, ééNZijdig; voor een verantwoording van het gebruik van deze toets, zie paragraaf 4.4. "Data-verwerking en statistisch toetsen" (pag.129); N.S. = Niet Significant; trends zijn tussen haken vermeld.
- (5) Extreme waarden (E) en uitbijters (U); voor de wijze van bepaling, zie paragraaf 4.4. (pag.129). Alleen bij kindgedragingen zijn extreme waarden of uitbijters bepaald. Verder staan de nummers van de proefpersonen vermeld waarbij extreem hoge waarden of uitbijters voorkomen. Bijvoorbeeld: E(pp2) betekent dat bij proefpersoon 2 de betreffende categorie een extreem hoge waarde vertoont. Voor de betekenis van het resultaat is het relevant te weten dat pp1 t/m pp8 de gedragsgestoorde kinderen zijn; pp9 t/m pp16 zijn de angstige kinderen; en pp17 t/m pp24 zijn de normale kinderen. De vermelding '-', zoals in Tabel 2, impliceert dat er geen extreme waarden of uitbijters voorkwamen.

Diagnostgedrag bij gedragsgestoorde kinderen

Tabel 3 laat zien dat de diagnost in tegenstelling tot de verwachting 'Gebieden zitten' niet méér vertoont bij gedragsgestoorde kinderen.

Tabel 3. Groepsverschil, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorie 'Gebieden zitten'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten
			P

Gebieden 120, 121 G > N N.S.
zitten

Gedragingen van angstgestoorde kinderen

Geremd gedrag (I): exploratie

Tabel 4 toont dat gedragscategorie 'Afwachten' het voorspelde groepsverschil laat zien. 'De kamer rondkijken' vertoont slechts een trend in de 'goede' richting (A > N). Bij de gedragscategorie 'Afwachten' komen extreme waarden voor bij een angstig en een normaal kind. De uitbijter en de extreme waarde bij de andere gedragscategorie komt, zoals voorspeld, uitsluitend voor bij normale kinderen (pp23 en pp21).

Tabel 4. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorieën 'Afwachten' en 'De kamer rondkijken'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
Afwachten	170	A > N	0.05	E(pp15)(pp17)
De kamer rond- kijken	170	A < N	(0.09)	U(pp23)E(pp21)

Diagnostgedrag bij angstgestoorde kinderen

Voorzichtig stimulerend gedrag

Tabel 5 toont een aantal voorspelde resultaten. Hoewel gedragscategorie 'Indirecte inductie zitten' slecht een trend in de goede richting laat zien (A > N), treedt er bij de gedragscategorie 'Leiden naar stoel' een duidelijk groepsverschil op.

Tabel 5. Groepsverschillen van de gedragscategorieën 'Indirecte inductie zitten' en 'Leiden naar stoel'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten
			P
Indirecte inductie zitten	-	A > N	(0.09)
Leiden naar stoel	-	A > N	0.05

Samenvatting

De gedragscategorieën die groepsverschillen hebben gegeven, staan in tabel 6 samengevat, waarbij tussen haken de trends staan aangegeven.

Tabel 6. Gedragscategorieën van gedragingen van kind en diagnost aan het begin van de diagnostische sessie en in verband met de onbekende onderzoekssituatie die groepsverschillen geven.

Gedragscategorie	Kind	Diagnost
Verkennen en spelen	G > N	
Afwachten	A > N	
De kamer rondkijken	(A < N)	
Indirecte inductie zitten		(A > N)
Leiden naar stoel		A > N

Bij gedragscategorieën met extreme waarden en uitbijters voorbehouden aan probleemkinderen, traden ook groepsverschillen op. Om die reden worden ze niet apart in een tabel vermeld.

5.2. Context-ongebonden gedrag

Gedragingen van gedragsgestoorde kinderen

Negatieve onaangename gedragingen

Om een exact beeld te krijgen van de mate waarin de gedragsgestoorde en de normale kinderen de verbale uitingen van de diagnost onderbreken, is het bepalen van de groepsverschillen en extreme waarden of uitbijters bij de gedragscategorie 'Onderbreken van verbale uitingen' gebaseerd op relatieve frequenties. Dat wil zeggen: gebaseerd op de frequentie van het voorkomen van onderbreken gerelateerd aan het totaal aantal verbale uitingen van de diagnost bij elk kind.

Tabel 7 toont een aantal voorspelde resultaten. Alleen bij de gedragscategorie 'Opdrachtvraag aan de diagnost' treedt geen groepsverschil. Bij de andere gedragscategorieën wel. Bij een 4-tal gedragscategorieën treden extreme waarden of uitbijters uitsluitend op bij gedragsgestoorde kinderen.

Tabel 7. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorieën 'Opdracht geven aan de diagnost (gebieden)', 'Opdrachtvraag aan de diagnost', 'Afweren van de diagnost', 'Bekritisieren van de diagnost', 'Onderbreken van verbale uitingen van de diagnost' en 'Onderbreken van handelingen van de diagnost'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
Opdracht geven aan de diagnost (gebieden)	3, 34	G > N	0.005	E(pp1)(pp6) (pp8)(pp7)
Opdrachtvraag aan de diagnost	3, 34	G > N	N.S.	-
Afweren van de diagnost	3, 4, 28, 34	G > N	0.01	-
Bekritisieren van de diagnost	3, 4, 34	G > N	0.002	E(pp3)U(pp7)
Onderbreken verbale uitingen	idem	G > N	0.0005	E(pp1)(pp7)
Onderbreken handelingen	idem	G > N	0.003	E(pp3)(pp8)

Diagnostgedrag bij gedragsgestoorde kinderen

Reacties op probleemgedragingen: gebieden, negeren, afspraken maken, & bespreken

Zoals tabel 8 laat zien, treedt bij een 3-tal categorieën een duidelijk groepsverschil op.

Tabel 8. Groepsverschillen van de gedragscategorieën 'Direct verbaal gebieden, verbieden en corrigeren', 'Direct non-verbaal gebieden, verbieden en corrigeren', 'Indirect gebieden, verbieden en corrigeren', 'Negeren', 'Beloven en afspreken', en 'Bespreken van weerstand'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten
			P
Direct verbaal ge/verbieden en corrigeren	121	G > N	0.0001
Dir.non-verbaal ge/verbieden en corrigeren	idem	G > N	0.0001
Indirect ge/verbieden corrigeren	idem	G > N	N.S.
Negeren	134	G > N	0.0001
Beloven en afspreken	-	G > N	N.S.
Bespreken van weerstand	-	G > N	N.S.

Terugtrekken

Tabel 9 toont dat de gedragscategorie 'Zit/kijkpositie: volledige non-verbale terugtrekking' slechts een trend in de 'goede' richting ($G > N$) laat zien. En de gedragscategorie 'Zit/kijkpositie: incomplete non-verbale terugtrekking' laat een duidelijk groepsverschil zien.

Tabel 9. Groepsverschillen betreffende de gedragscategorieën 'Zit/kijkpositie: volledige non-verbale terugtrekking' en 'Zit/kijkpositie: incomplete non-verbale terugtrekking'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	
Z/K pos voll non-verbale terugtrekking	118	$G > N$	(0.08)	
Z/K pos incompl non-verbale terugtrekking	idem	$G < N$	0.005	

Gedragingen van angstgestoorde kinderen

Nabijheid zoeken

Zoals voorspeld laat tabel 10 een groepsverschil zien in de voorspelde richting ($A > N$) bij de gedragscategorie 'Toewending met toenadering van het kind'.

Extreme waarden en uitbijters komen niet voor.

Tabel 10. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorie 'Toewending met toenadering van het kind'

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
Toewending met toenadering van het kind	-	$A > N$	0.03	-

Overmatig bevestigen van de diagnost

Tabel 11 toont voor de gedragscategorie 'Ongepast en ongericht bevestigen' geen groepsverschil.

Wel is sprake van een drietal extreme waarden bij angstige kinderen, zoals voorspeld.

Tabel 11. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de

gedragscategorie 'Ongepast en ongericht bevestigen'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
Ongepast en ongericht bevestigen	151	A > N	N.S.	E(pp11)(pp12)(pp14)

Diagnostgedrag bij angstgestoorde kinderen

Varianten van toewending en toenadering

Tabel 12 toont groepsverschillen voor alle vermelde gedragscategorieën.

Tabel 12. Groepsverschillen van de gedragscategorieën 'Toewending met toenadering van het kind', 'Toewending, toenadering, kijken, en op gelijke hoogte komen van het kind', 'Zit/kijkpositie: incomplete non-verbale terugtrekking'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten
			P
Toewending met toenadering van het kind	-	A > N	(0.06)
Toewending, toenadering op gelijke hoogte	-	A > N	0.0009
Z/K pos incompl non-verbale terugtrekking	-	A < N	0.005

Uitleg geven en angst bespreken

In tabel 13 wordt slechts bij de gedragscategorie 'Angst aan de orde stellen' een groepsverschil vermeld.

Tabel 13. Groepsverschillen van de gedragscategorieën 'Diagnost verwoordt eigen handelingen' en 'Angst aan de orde stellen'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten
			P
Diagnost eigen handelingen	198, 199	A > N	N.S.
Angst aan	201	A > N	0.05

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

de orde
stellen

Direct non-verbaal gebieden, verbieden en corrigeren

Zoals verwacht is bij de gedragscategorie 'Direct non-verbaal gebieden, verbieden en corrigeren' van een groepsverschil sprake.

Tabel 14. Groepsverschillen van de gedragscategorie 'Direct non-verbaal gebieden, verbieden en corrigeren'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten
			P
Dir.non-verbaal - ge/verbieden en corrigeren	-	A > N	0.03

Samenvatting

De bovengenoemde gedragscategorieën die groepsverschillen hebben gegeven, staan in tabel 15 samengevat.

Tabel 15. Gedragscategorieën van context-ongebonden gedragingen van kind en diagnost die groepsverschillen geven.

Gedragscategorie	Kind	Diagnost
Opdracht geven aan de diagnost (gebieden)	G > N	
Afweren van de diagnost	G > N	
Bekritisieren van diagnost	G > N	
Onderbreken verbale uitingen	G > N	
Onderbreken handelingen	G > N	
Direct verbaal ge/verbieden & corrigeren		G > N
Direct non-verbaal ge/verbieden & corr.		G > N
Negeren		G > N
Compleet non-verbaal terugtrekken		(G > N)
Incompleet non-verbaal terugtrekken		G < N
Toewending met toenadering (kind)	A > N	
Toewending met toenadering (diagnost)		(A > N)
Toewending/toenadering op gelijke hoogte		A > N
Incompleet non-verbaal terugtrekken		A < N
Angst aan de orde stellen		A > N
Direct non-verbaal ge/verbieden & corr.		A > N

Tabel 16 vermeldt de enige gedragscategorie ('Ongepast en ongericht bevestigen') waarbij extreme waarden of uitbijters uitsluitend voorkomen bij kinderen van de probleemgroep van angstige kinderen (zie markering '*' onder 'A' in tabel)

Tabel 16. Gedragscategorieën zonder groepsverschil en met extreme waarden of uitbijters uitsluitend bij angstige (A) of gedragsgestoorde kinderen (G)

Gedragscategorie	probleemgroep:	G	A
Ongepast en ongericht bevestigen			*

5.3. Taakcontext gebonden gedrag

Gedragingen van de gedragsgestoorde kinderen

Inwinnen van informatie voorafgaand aan de taak

De mate waarin de kinderen informatie inwinnen of vragen naar de moeilijkheidsgraad van komende taak is mede afhankelijk van het aantal taken dat wordt aangeboden. Dit aantal verschilt per kind en per groep. Om die reden is het bepalen van groepsverschillen en extreme waarden of uitbijters gebaseerd op relatieve frequenties, dat wil zeggen: gebaseerd op de frequentie van het voorkomen van de beide gedragingen gerelateerd aan het aantal aangeboden taken.

Tabel 17 toont dat alleen de gedragscategorie 'Informatie inwinnen omtrent de komende taak' een groepsverschil te zien geeft. Ook laat alleen deze gedragscategorie extreme waarden zien bij gedragsgestoorde kinderen, zoals voorspeld.

Tabel 17. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorieën 'Informatie inwinnen omtrent de komende taak' en 'Vragen naar de moeilijkheidsgraad van de komende taak'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
Info inwinnen komende taak	-	G > N	0.05	E(pp3)(pp7)(pp8)
Vragen naar moeilijkheid komende taak	-	G > N	N.S.	-

Afweermechanismen I: compensatie, rivaliteit, & externe attributie falen

Het bepalen van de groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters zijn bij een vijftal van de hieronder vermelde gedragscategorieën gebaseerd op relatieve frequenties. Zo is het voorkomen van 'Positieve zelfevaluatie' en 'Rapportage: het was makkelijk' afhankelijk gesteld van het aantal keren dat het kind slaagt in de uitvoering van de opdracht. En het voorkomen van de gedragscategorieën 'Negatieve zelfevaluatie', 'Rapportage: het was moeilijk', en 'Externe

attributie falen' is afhankelijk gesteld van het aantal keren dat het kind faalt.

Tabel 18 toont een viertal gedragscategorieën waarbij van een groepsverschil sprake is.

De extreme waarden of uitbijters geven een gemengd beeld: naast gedragsgestoorde kinderen staan ook normale kinderen vermeld. Alleen bij de categorieën 'Rapportage: het was gemakkelijk' en 'Externe attributie falen' zijn extreme waarden exclusief voorbehouden aan gedragsgestoorde kinderen.

Tabel 18. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorieën 'Bluffen', 'Grootspraak achteraf', 'Positieve zelfevaluatie', 'Negatieve zelfevaluatie', 'Prestaties van anderen aan de orde stellen', 'Competitieve uitspraken', 'Rapportage: het was moeilijk', 'Rapportage: het was makkelijk', en 'Externe attributie falen'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	P	Resultaten	
				E	U
Bluffen	69, 71	G > N	0.01	E(pp1)(pp2)(pp3)(pp7)	U(pp23)
Grootspraak achteraf	69, 71	G > N	N.S.	E(pp2)(pp7)(pp21)	
Positieve zelfevaluatie	69, 71	G > N	0.0035	-	
Negatieve zelfevaluatie	69, 71	G < N	0.05	E(pp4)	
Prestaties anderen a/d orde stellen	31	G > N	N.S.	E(pp4)(pp20)(pp22)	
Competitieve uitspraken	31	G > N	0.02	E(pp3)U(pp5)(pp21)	
Rapportage: het was makkelijk	69, 71	G > N	N.S.	U(pp5)	
Externe attributie falen	-	G > N	N.S.	E(pp7)	

Verminderde oriëntatie op de taak

Bij gedragscategorie 'Kijken naar bijzettafel' is sprake van een trend in de voorspelde richting (N > G). De gedragscategorie 'Taakherkenning' geeft een duidelijk groepsverschil. De extreme waarde komt, zoals voorspeld, voor bij een angstig kind.

Tabel 19. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorieën 'Kijken naar bijzettafel met onderzoeksmateriaal' en 'Taakherkenning'.

Resultaten

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
Kijken naar bijzettafel	86	G < N	0.08	-
Taakherkenning	86	G < N	0.05	E(pp17)

Onderbreking (I) van de onderzoeksvoortgang in woord en daad

Tabel 20 laat voor alle gedragscategorieën groepsverschillen zien; bij 'Volharden in het onderbreken van de onderzoeksvoortgang' gaat het om een trend.

Bij 'Toestemming onderbreken' en 'Volharden onderbreken' staan uitsluitend extreme waarden/uitbijters bij gedragsgestoorde kinderen vermeld.

Tabel 20. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorieën 'Toestemming vragen voor onderbreking van de onderzoeksvoortgang', 'Melding doen van onderbreking van de onderzoeksvoortgang', 'Daadwerkelijk onderbreken van de onderzoeksvoortgang' en 'Volharden in het onderbreken van de onderzoeksvoortgang'

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
Toestemming onderbreken	29, 86, 88, 97, 98, 100, 101	G > N	0.0001	U(pp3)
Melding onderbreken	idem	G > N	0.003	E(pp1)(pp3)(pp5) (pp7)(pp8)(pp18)
Daadwerkelijk onderbreken	idem	G > N	0.0001	E(pp8)
Volharden onderbreken	36, 38 39, 40, 43	G > N	(0.08)	U(pp18)

Anders voldoen aan de opdracht, fouten maken & passief verzet

De analyses van de onderstaande categorieën zijn voor een deel verricht op basis van relatieve frequenties. Zo is het voorkomen van 'Vragen om toestemming taakverandering', 'Melding taakverandering', 'Daadwerkelijke taakverandering', en 'Ongebruikelijk voldoen aan de opdracht', gerelateerd aan het aantal aangeboden taken. Het voorkomen van 'Bijzondere stemgeving/verdraaiing' en het 'Fout beantwoorden van vragen' is gerelateerd het aantal gestelde taakvragen.

Van de 13 gedragscategorieën die in tabel 21 worden genoemd, geven een 7-tal categorieën groepsverschillen. De categorie 'Meer voldoen

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

aan de opdracht dan noodzakelijk is' vertoont overigens een trend. De extreme waarden en uitbijters komen uitsluitend voor bij gedragsgestoorde kinderen, waaronder een 2-tal categorieën zonder groepsverschil: 'Ongebruikelijk voldoen aan de opdracht' en 'Verkeerd handelen'.

Tabel 21. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorieën 'Vragen om toestemming taakverandering', 'Melding taakverandering', 'Daadwerkelijke taakverandering', 'Ongebruikelijk voldoen aan de opdracht', 'Stemgevingsstoornis bij het antwoorden van taakvragen', 'Taak-parallel onnodige, storende acties', 'Meer voldoen aan de opdracht dan noodzakelijk is', 'Fout beantwoorden van vragen', 'Hulpvraag', 'Verkeerd handelen', 'Stagneren', 'Verbaal melden onvermogen/verwachting falen', en 'Non verbaal melden stagneren'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
Vragen om toestemming taakverandering	36, 88, 86, 98, 104,	G > N	0.005	-
Melding taakverandering	idem	G > N	0.003	U(pp8)
Daadwerkelijke taakverandering	idem	G > N	0.005	U(pp6)
Ongebruikelijk voldoen aan opdracht	idem	G > N	N.S.	E(pp1)(pp2)(pp8)
Bijzondere stemgeving taakantwoorden	idem & 7	G > N	0.02	-
Taakparallel onnodig storen	idem & 4	G > N	0.001	E(pp1)(pp2)(pp5)(pp7)(pp8)
Vlijtig voldoen aan opdracht	86	G < N	(0.08)	E(pp22)(pp23)
Hulpvraag	86, 98, 100, 105	G > N	0.01	E(pp2)
Fout beantwoorden vragen	idem & 106	G > N	N.S.	-
Verkeerd handelen	idem & 109	G > N	N.S.	U(pp6)
Stagneren	idem	G > N	N.S.	-
Verbaal melden onvermogen	idem	G > N	N.S.	-
Non-verbaal melden	idem	G > N	N.S.	-

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

stagneren

Weerzin uitspreken en informeren naar het einde van het onderzoek

Tabel 22 toont alleen een duidelijk groepsverschil bij de gedragscategorie 'Direct vragen naar het definitieve einde van het onderzoek'.

Het is wel zo dat bij alle categorieën, ook zonder groepsverschillen, extreme waarden vermeld staan bij de voorspelde groepen.

Tabel 22. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorieën 'Uitspraken weerzin taak', 'Uitspraken weerzin onderzoek', 'Direct vragen naar het definitieve einde van het onderzoek', en 'Indirect vragen naar het einde van het onderzoek'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
Uitspraken weerzin taak	86, 92, 93, 95, 98	G > N	N.S.	E(pp3)(pp6)
Uitspraken weerzin onderzoek	idem	G > N	N.S.	E(pp3)(pp6)
Direct vragen einde onderzoek	idem	G > N	0.01	E(pp1)(pp6)(pp7)
Indirect vragen einde onderzoek	idem	G > N	N.S.	E(pp4)(pp5)(pp6)

Taakbegeleidend vocaliseren

In tabel 23 staat slechts de gedragscategorie 'Verwoording van eigen taakhandeling' vermeld, met een duidelijk voorspeld groepsverschil.

Extreme waarden en uitbijters komen niet voor.

Tabel 23. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorie 'Verwoording van eigen taakhandeling'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
Verwoording	-	G > N	0.04	-

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

eigen
taakhandeling

Afsluiten van de taak en evaluatie

De analyse van de categorieën die betrekking hebben op het opruimen zijn gebaseerd op relatieve frequenties. Het voorkomen van deze gedragingen is gerelateerd aan het aantal aangeboden taken. Op basis van dit aantal zijn reeds eerder analyses verricht (zie o.a. sectie **Inwinnen van informatie voorafgaand aan de taak**).

Tabel 24 toont: alleen de gedragscategorie 'Initiatief tot opruimen van het kind' geeft een groepsverschil. Bij deze categorie zijn echter geen extreme waarden en uitbijters getraceerd. Dat is wel het geval bij de andere categorieën. Alleen bij de gedragscategorie 'Toestemming vragen om op te ruimen' staat uitsluitend een normaal kind vermeld.

Tabel 24. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorieën 'Initiatief tot opruimen van het kind', 'Vragen naar aantekeningen-en 'Toestemming vragen om op te ruimen'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
Initiatief opruimen	3, 29	G > N	0.01	-
Vragen naar aantekeningen	6	G > N	N.S.	E(pp20)
Toestemming vragen opruimen	3, 29	N < G	N.S.	E(pp19)

Agressie en het leveren van kritiek

In Tabel 25 laten geen van de gedragscategorieën groepsverschillen zien.

Wel treden extreme waarden op bij de voorspelde groepen.

Tabel 25. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorieën 'Neutraal commentaar leveren', 'Positief commentaar leveren', en 'Negatief commentaar leveren'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
Positief commentaar	-	G < N	N.S.	E(pp18)
Negatief	46	G > N	N.S.	E(pp3)

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

commentaar

Onderbreking (II) van de onderzoeksvoortgang: opstaan en weglopen

Tabel 26 laat voor beide vermelde categorieën duidelijke groepsverschillen zien.

Ook de uitbijter komt voor bij een gedragsgestoord kind.

Tabel 26. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorieën 'Opstaan van de stoel' en 'Weglopen van de tafel'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
Opstaan vd stoel	29, 76, 78, 81, 86, 97, 98, 100	G > N	0.005	U(pp1)
Weglopen vd tafel	idem	G > N	0.009	-

Diagnostgedrag bij gedragsgestoorde kinderen

Specifieke wijzen van instructie en het geven van taakinformatie

Alle in Tabel 27 vermelde categorieën laten groepsverschillen zien.

Tabel 27. Groepsverschillen van de gedragscategorieën 'Instructie stellend', 'Instructie aanvullend', 'Informatie over de hoge moeilijkheidsgraad vooraf' en 'Informatie over de lage moeilijkheidsgraad vooraf'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten
			P
Instructie stellend	120	G > N	0.05
Instructie aanvullend	132	G > N	0.005
Info hoge moeilijkheidsgraad		G < N	0.05
Info lage moeilijkheidsgraad		G < N	0.03

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Uitdagen

De analyses zijn -wederom- gebaseerd op relatieve frequenties. Ook in het onderhavige geval zijn de frequenties van voorkomen van de genoemde categorieën, behalve 'Grote knappe kinderen compliment', gerelateerd aan het aantal aangeboden taken. De laatstgenoemde categorie is gerelateerd aan het aantal keren dat het kind slaagt, dat wil zeggen de de taak goed uitvoert en de gestelde taakvragen goed beantwoordt.

Geen der gepresenteerde gedragscategorieën in tabel 28 geeft groepsverschillen.

Tabel 28. Groepsverschillen van de gedragscategorieën 'Uitdaging: verwachting van mogelijk falen', 'Uitdaging: competentievraag in termen van "kunnen"', 'Grote knappe kinderen competentie' en 'Grote knappe kinderen compliment'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten
			P
Uitdaging verwachting falen	132	G > N	N.S.
Uitdaging competentie kunnen	idem	G > N	N.S.
Grote kinderen competentie	idem	G > N	N.S.
Grote kinderen compliment	127	G > N	N.S.

Motiveren

In tabel 29 laat de enige vermelde gedragscategorie 'Motiveren' een trend zien.

Tabel 29. Groepsverschil van de gedragscategorie 'Motiveren'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten
			P
Motiveren	125	G > N	(0.09)

Evaluatieve feedback: specifieke wijzen van foutmelding (I)

Het voorkomen van de hierbovengenoemde wijzen van foutmelden is vanzelfsprekend afhankelijk gesteld van de mate waarin het kind faalt. Op basis van deze relatieve frequenties zijn analyses verricht.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

De enige in tabel 30 vermelde gedragscategorie 'Directe zaakgerichte foutmelding' een groepsverschil.

Tabel 30. Groepsverschil van de gedragscategorie 'Directe zaakgerichte foutmelding'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten
			P
Direct zaakgericht foutmelden	-	G > N	0.005

Evaluatieve feedback: goedmelding en prijzen I

De groepsvergelijking en het bepalen van extreme waarden en uitbijters bij de genoemde gedragscategorieën is gebaseerd op relatieve frequenties. Het voorkomen van de categorieën is gerelateerd aan het aantal keren dat het kind slaagt in de uitvoering van de opdracht (zie sectie **Afweermechanismen I: compensatie, rivaliteit, & externe attributie falen**).

Tabel 31 toont alleen een groepsverschil bij de gedragscategorie 'Goedmelding'.

Tabel 31. Groepsverschillen van de gedragscategorieën 'Goedmelden' en 'Prijzen'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten
			P
Goedmelden	128	G > N	0.04
Prijzen	128	G > N	N.S.

Helpen, corrigerend niet helpen, en vergoeilijken

Bij de helft van de gedragscategorieën die in tabel 32 worden getoond ('Afweren van de hulpvraag', 'Vergoeilijken') is een groepsverschil aan de orde, zij het dat het bij de gedragscategorie 'Vergoeilijken' slechts om een trend gaat.

Tabel 32. Groepsverschillen van 'Aanbieden van hulp', 'Helpen', 'Afweren van de hulpvraag', en 'Vergoeilijken'.

Resultaten

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Categorie	Hypo	Voorspelling	P
Aanbieden hulp	-	G < N	N.S.
Helpen	-	G < N	N.S.
Afwerpen hulpvraag	-	G > N	(0.08)
Vergoeilijken	-	G < N	0.005

Contact houden, aanmoedigen en feedback tijdens en na de taakuitvoering

De volgende relatieve frequenties zijn berekend. Het voorkomen van de categorie 'Evaluatie taakmoeilijkheid: moeilijke taak' is gerelateerd aan het aantal keren dat het kind faalt. Het voorkomen van de categorie 'Evaluatie taakmoeilijkheid: gemakkelijke taak' is gerelateerd aan het aantal keren dat het kind slaagt, dat wil zeggen probleemloos aan de opdracht kan voldoen. Tot slot is 'Melding taakeinde' afhankelijk gesteld van het aantal aangeboden taken.

Tabel 33 toont geen groepsverschillen.

Tabel 33. Groepsverschillen van 'Informereren', 'Empathische reactie', 'Verwoorden van de handelingen van het kind', 'Verwoording van vorderingen door de diagnost'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten P
Informereren	129	G > N	N.S.
Empathische reactie	-	G > N	N.S.
Verwoorden handelingen kind	-	G > N	N.S.
Verwoorden vorderingen diagnost	128	G > N	N.S.

Gedragingen van angstgestoorde kinderen

Geremd gedrag (II): stagneren, aarzeling en geremd gedrag na taakvoleinding

Analyses bij een 3-tal categorieën, te weten 'Melding einde taakuitvoering', 'Afwachten na taakvoleinding' en 'Spontaan helpen opruimen', zijn verricht op basis van relatieve frequenties. Bij deze categorieën is het voorkomen gerelateerd aan het aantal aangeboden taken.

Bij een 4-tal gedragscategorieën in tabel 34 staan groepsverschillen vermeld. Het gaat om de categorieën 'Stagneren', 'Aarzelend

handelen', 'Grootspraak' en 'Spontaan helpen opruimen'.
 Alle extreme waarden of uitbijters zijn bij de voorspelde groepen;
 bij een 2-tal categorieën die geen groepsverschillen geven is dit
 ook het geval: 'Non verbaal melden stagneren' en 'Afwachten na
 voleinding'.

Tabel 34. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de
 'Stagneren', 'Non verbaal melden stagneren', 'Aarzelend
 handelen', 'Melding einde taakuitvoering', 'Afwachten na
 taakvoleinding', 'Grootspraak achteraf', en 'Spontaan
 helpen opruimen'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
Stagneren	170, 171, 187, 188, 192	A > N	0.02	E(pp10)(pp12)
Non verbaal melden stagneren	idem	A > N	N.S.	E(pp15)
Aarzelend handelen	169 t/m 171, 192,193	A > N	0.03	
Melding einde taakuitvoering	170, 171	A < N	N.S.	U(pp23)
Afwachten na voleinding	idem	A > N	N.S.	-
Grootspraak achteraf	idem	A < N	0.05	E(pp21)
Spontaan helpen opruimen	170	A < N	0.01	U(pp24)

Zekerheid verkrijgen en om bevestiging vragen

Geen van de categorieën van tabel 35 geeft groepsverschillen.
 Wel zijn bij een 4-tal categorieën uitsluitend extreme waarden bij
 de angstige kinderen, zoals voorspeld.

Tabel 35. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van
 'Kijken naar notities', 'Verbaal om bevestiging vragen',
 'Non verbaal om bevestiging vragen', 'Hulpvraag', 'Ver-
 woording van vorderingen door het kind', 'Precisie'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
Kijken naar notities	190	A > N	N.S.	E(pp15)
Verbaal om bevestiging vragen	190, 191, 192	A > N	N.S.	-

Non verbaal om bevestiging vragen	idem	A > N	N.S.	E(pp10)
Hulpvraag	idem	A > N	N.S.	E(pp11)(pp18)(pp19)
Verwoording vorderingen door kind	-	A > N	N.S.	E(pp11)
Precisie	190	A > N	N.S.	E(pp10)(pp11)(pp15)

Overmatig vlijtig

In tabel 36 staat een groepsverschil vermeld en wel voor de gedragscategorie 'Vlijtig voldoen'.

Tabel 36. Groepsverschil, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorie 'Vlijtig-

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
vlijtig voldoen	151, 182	A > N	0.03	E(pp9)(pp14)(pp23)

Diagnostgedrag bij angstgestoorde kinderen

Specifieke wijze van instructie

Alle analyses zijn gebaseerd op relatieve frequenties: het voorkomen van de genoemde gedragingen is gerelateerd aan het aantal aangeboden taken.

Wederom zijn een aantal groepsverschillen getraceerd; zie tabel 37.

Tabel 37. Groepsverschillen van de gedragscategorieën 'Instructie aanvullend', 'Informatie over de lage moeilijkheidsgraad vooraf', 'Informatie over de hoge moeilijkheidsgraad vooraf', en 'Competentie vraag in termen van "een beetje kunnen'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten
			P
Instructie aanvullend	-	A > N	0.005
Info lage moeilijkheidsgraad	-	A < N	(0.08)

Info hoge moeilijkheid graad	-	A < N	N.S.
Competentie vraag "beetje" kunnen	-	A > N	N.S.

Verwachting van slagen

In tabel 38 laat alleen de gedragscategorie 'Verwachting van slagen' een trend zien.

Overigens is het voorkomen van deze categorie afhankelijk gesteld van het aantal aangeboden taken. Het voorkomen van de andere categorie: 'Uitkomen van de positieve verwachting', is gerelateerd aan het voorkomen van de eerste categorie.

Tabel 38. Groepsverschillen van de gedragscategorieën 'Verwachting van slagen' en 'Uitkomen van positieve verwachting'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten
			P
Verwachting slagen	205	A > N	(0.08)
Uitkomen positieve verwachting	idem	A > N	N.S.

Taakinformatie geven

Wederom is getoetst op basis van relatieve frequenties; het aantal aangeboden taken is immers relevant in verband met het optreden van de genoemde gedragingen.

Alleen bij de categorie 'Taakinformatie geven' staat in tabel 39 een groepsverschil vermeld.

Tabel 39. Groepsverschillen van de gedragscategorieën 'Taakinformatie geven' en 'Taakinformatie aanvullend'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten
			P
Taakinformatie geven	198, 199, 205	A > N	0.01
Taakinformatie aanvullend	idem	A > N	N.S.

Vergroting van de betrokkenheid op de taak

Beide vermelde categorieën: 'Check' en 'Nieuwsgierig maken', geven groepsverschillen.

Tabel 40. Groepsverschillen van de gedragscategorieën 'Check' en 'Nieuwsgierig maken'

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten
			P
Check	-	A > N	0.02
Nieuwsgierig maken	-	A > N	0.005

Evaluatieve feedback: goedmelding en prijzen II

Van alle categorieën zijn de relatieve frequenties berekend. Het voorkomen van beide gedragingen is afhankelijk gesteld van het aantal keren dat het kind slaagt in de taakuitvoering en taakvragen goed beantwoord.

De categorieën 'Goedmelding' en 'Prijzen' geven een groepsverschil in tabel 41.

Tabel 41. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorieën 'Goedmelding', 'Prijzen' en 'Grote knappe kinderen compliment'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten
			P
Goedmelding	205	A > N	(0.08)
Prijzen	idem	A > N	0.0001
Grote kinderen compliment	idem	A > N	N.S

Helpen

Het voorkomen van de gedragscategorieën die in tabel 42 worden vermeld zijn gerelateerd aan het aantal keren dat het kind stagneert en fouten maakt in de uitvoering van de taak.

Tabel 42 toont dat bij de gedragscategorie 'Aanbieden van hulp' van een groepsverschil sprake is.

Tabel 42. Groepsverschillen van de gedragscategorieën 'Aanbieden van hulp' en 'Aanbieden van samenwerking'.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Resultaten

Categorie	Hypo	Voorspelling	P
Aanbieden van hulp	205	A > N	0.005
Aanbieden van samenwerking	idem	A > N	N.S.

Aanmoedigen en feedback tijdens de taakuitvoering

Alleen de gedragscategorie 'Verwoording vorderingen' laat een groepsverschil zien.

Tabel 43. Groepsverschillen van de gedragscategorieën 'Aanmoedigen', 'Verwoording van handelingen van het kind', 'Verwoording vorderingen', en 'Empathische reactie'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	P
Aanmoedigen	205	A > N	N.S.
Verwoording vorderingen	idem	A > N	0.03
Verwoording handelingen kind	-	A > N	N.S.
Empathische reactie	201	A > N	N.S.

Evaluatieve feedback: specifieke wijzen van foutmelding II

Zoals eerder gesteld (zie sectie **Evaluatieve feedback: specifieke wijzen van foutmelding**), is het voorkomen van de onderstaande wijzen van foutmelden afhankelijk gesteld van de mate waarin het kind faalt. Op basis van deze relatieve frequenties zijn analyses verricht.

In tabel 44 worden alleen bij 'Directe persoonsgerichte foutmelding', en 'Indirecte persoonsgerichte foutmelding' groepsverschillen vermeld.

Tabel 44. Groepsverschillen van de gedragscategorieën 'Directe persoonsgerichte foutmelding', 'Directe zaakgerichte foutmelding', 'Indirecte persoonsgerichte foutmelding' en 'Indirecte zaakgerichte foutmelding'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	P
-----------	------	--------------	---

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Direct	-	A < N	0.05
persoonsgericht foutmelden			
Indirect	-	A < N	0.05
persoonsgericht foutmelden			
Indirect	-	A > N	N.S.
zaakgericht foutmelden			

Vergoeilijken van falen

Analyses bij deze categorie zijn gebaseerd op relatieve frequenties. Het voorkomen van 'Vergoeilijken' is gerelateerd aan het aantal keren falen van het kind.

In Tabel 45 staat geen groepsverschil vermeld.

Tabel 45. Groepsverschil van de gedragscategorie 'Vergoeilijken-

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten
			P
Vergoeilijken	205	A > N	N.S.

Samenvatting

De bovengenoemde gedragscategorieën die groepsverschillen hebben gegeven, staan in tabel 46 samengevat.

Tabel 46. Gedragscategorieën van gedragingen van kind en diagnost in de taakcontext die groepsverschillen geven.

Gedragscategorie	Kind	Diagnost
Informatie inwinnen over de komende taak	G > N	
Kijken naar bijzettafel met materiaal	(G < N)	
Taakherkenning	G < N	
Bluffen	G > N	
Verwoorden eigen taakhandeling	G > N	
Positieve zelfevaluatie	G > N	
Negatieve zelfevaluatie	G < N	
Competitieve uitspraken	G > N	
Toestemming onderbreken taakuitvoering	G > N	
Melding onderbreken taakuitvoering	G > N	
Daadwerkelijk onderbreken taakuitvoering	G > N	
Opstaan van de stoel	G > N	
Weglopen van de tafel	G > N	

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Volharden onderbreken taakuitvoering	(G > N)	
Vragen toestemming taakverandering	G > N	
Melding taakverandering	G > N	
Daadwerkelijke taakverandering	G > N	
Stemverdraaiing taakantwoorden	G > N	
Taakparallel onnodig storende acties	G > N	
Vlijtig voldoen	(G < N)	
Hulpvraag	G > N	
Direct vragen naar het einde onderzoek	G > N	
Initiatief nemen tot opruimen	G > N	
Instructie stellend		G > N
Instructie aanvullend		G > N
Informatie hoge moeilijkheidsgraad		G < N
Informatie lage moeilijkheidsgraad		G < N
Motiveren		(G > N)
Direct zaakgericht foutmelden		G > N
Goedmelden		G > N
Afweren van hulpvraag		(G > N)
Vergoeilijken		G < N
Stagneren	A > N	
Aarzelend handelen	A > N	
Vlijtig voldoen	A > N	
Grootspraak achteraf	A < N	
Spontaan helpen opruimen	A < N	
Nieuwsgierig maken		A > N
Instructie aanvullend		A > N
Informatie lage moeilijkheidsgraad		(A < N)
Taakinformatie geven		A > N
Verwachting slagen		(A > N)
Check		A > N
Goedmelding		(A > N)
Prijzen		A > N
Verwoording vorderingen		A > N
Aanbieden van hulp		A > N
Direct persoonsgericht fouten melden		A < N
Indirect persoonsgericht fouten melden		A < N

Tabel 47 vermeldt de gedragscategorieën zonder groepsverschil, waarbij extreme waarden of uitbijters uitsluitend voorkomen bij de kinderen van de voorspelde groepen.

Tabel 47. Gedragscategorieën zonder groepsverschil en met extreme waarden of uitbijters uitsluitend bij angstige (A), gedragsgestoorde (G), of normale (N) kinderen

Gedragscategorie	probleemgroep:	G	A	N
Rapportage: het was gemakkelijk		*		
Externe attributie falen		*		
Ongebruikelijk voldoen aan de opdracht		*		
Verkeerd handelen		*		
Uitspraken weerzin taak		*		
Uitspraken weerzin onderzoek		*		

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Indirect vragen naar einde van het onderzoek	*	
Toestemming vragen om op te ruimen		*
Positief commentaar		*
Negatief commentaar	*	
Non-verbaal melden stagneren		*
Melden einde taakuitvoering		*
Kijken naar notities		*
Non-verbaal om bevestiging vragen		*
Verwoording vorderingen door het kind		*
Precisie		*

5.4. Gesprekscontext gebonden gedrag

Gedragingen van gedragsgestoorde kinderen

Verminderde oriëntatie op de diagnost

Bij alle gedragscategorieën die genoemd worden in tabel 48 staan groepsverschillen vermeld. Alleen bij de categorie 'Kijken naar handelen van de diagnost' komt een voorspelde uitbijter voor.

Tabel 48. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorieën 'Rechttop zitten', 'Kijken naar het handelen van de diagnost', 'Gezichtsexpressie: neutraal, aandacht, en concentratie (drie varianten a, b, en c)', 'Volgen van de diagnost'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
Rechttop zitten	12	G < N	0.003	-
Kijken naar handelen van de diagnost	idem	G < N	0.005	U(pp24)
Expressie: neutraal, aandacht concentratie	idem	G < N	0.05	
Volgen diagnost	idem	G < N	0.03	

Gestoorde communicatie

Bij alle categorieën zijn relatieve frequenties berekend: 'Niet reageren van het kind', 'Herhaling van de gestelde vraag', 'Stellen van dezelfde vraag', 'Nieuwe wedervraag met accentverschuiving', 'Irrelevant antwoorden', 'Summier antwoorden' en 'Verzoek tot herhaling van de vraag' zijn gerelateerd aan het aantal gestelde vragen, terwijl de categorieën 'Initiëren van het gesprek', 'Gebaren', 'Vragen naar de bekende weg' en 'Bijzondere stemgeving/ver-

draaiing' zijn gerelateerd aan de duur van de gespreksperiode.

Tabel 49 laat een 6-tal groepsverschillen zien.

Naast de voorspelde extreme waarden en uitbijters bij categorieën die groepsverschillen geven, komen er ook extreme waarden voor bij een 2-tal categorieën zonder groepsverschillen: 'Bijzondere stemgeving/verdraaiing' en 'Stellen van dezelfde vraag'.

Tabel 49. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorieën 'Niet reageren van het kind', 'Herhaling van de gestelde vraag--Stellen van dezelfde vraag', 'Nieuwe wedervraag met aspectverschuiving', 'Irrelevant antwoorden', 'Summier antwoorden', 'Verzoek tot herhalen van de vraag', 'Initiëren van het gesprek', 'Gebaren', 'Vragen naar de bekende weg' en 'Bijzondere stemgeving/verdraaiing'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
Niet reageren	3, 12, 13, 15, 100	G > N	0.0001	U(pp6)(pp8)
Herhaling vraag	3, 13, 15, 100	G > N	0.02	E(pp3)
Stellen dezelfde vraag	idem & 19	G > N	N.S.	E(pp4)(pp8)
Nieuwe vraag met accent verschuiving	idem	G > N	N.S.	E(pp1)(pp7)(pp8)(pp21)
Irrelevant antwoorden	3, 4, 13, 15, 100, 104	G > N	0.001	E(pp2)(pp8)
Summier antwoorden	3, 12, 13, 100, 104	G > N	0.01	E(pp1)(pp7)(pp8)
Verzoek tot herhalen vraag	12, 13, 15, 19, 100	G > N	N.S.	-
Initiëren gesprek	12, 13, 14, 100	G < N	0.003	-
Gebaren	-	G < N	0.005	E(pp21)(pp22)
Vragen naar bekende weg	3, 4	G > N	N.S.	E(pp8)(pp18)
Bijzondere stemgeving	3, 4, 7, 10, 104	G > N	N.S.	E(pp1)(pp5)(pp6)

Afweermechanismen II: projectie, regressief liegen, reactievorming en compensatie

In de onderstaande tabel 50 laat alleen de gedragscategorie 'Klagen' een groepsverschil zien.

Wel is het zo dat alle extreme waarden voorkomen bij gedragsgestoorde kinderen, niet alleen bij de gedragscategorie 'Klagen' maar ook bij de categorieën die geen groepsverschillen geven.

Tabel 50. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorieën 'Klagen', 'Vertellen van onwaarheden', 'Opscheppen' en 'Rapportage zonder vrees'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
Klagen	63, 64	G > N	0.005	E(pp4) (pp6) (pp8)
Vertellen onwaarheden	74	G > N	N.S.	E(pp3) (pp5)
Opscheppen	69, 71	G > N	N.S.	E(pp4)
Rapportage zonder vrees	71	G > N	N.S.	E(pp6) (pp8)

Onderbreking (III) tijdens conversatie: opstaan en weglopen

Tabel 51 laat voor beide vermelde categorieën duidelijke groepsverschillen zien.

Tabel 51. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorieën 'Opstaan van de stoel' en 'Weglopen van de tafel'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
Opstaan vd stoel	13, 12, 29, 76, 81, 89, 100, 101	G > N	0.03	-
Weglopen vd tafel	idem	G > N	0.05	-

Diagnostgedrag bij gedragsgestoorde kinderen

Aspecten van gesprek: initiëren en complimenteren

Bij de toets is 'Initiëren van het gesprek' gerelateerd aan de duur van de gespreksperiode.

De gedragscategorie 'Initiëren van gesprek' geeft een groepsverschil, zoals tabel 52 toont.

Tabel 52. Groepsverschillen van de gedragscategorieën 'Initiëren van gesprek' en 'Complimenten geven of bewondering uitspreken'.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	
Initiëren van gesprek	118, 119	G < N	0.005	
Complimenten bewondering uitspreken	127	G > N	N.S.	

Gedragingen van angstgestoorde kinderen

Geremd gedrag (III)

Het voorkomen van 'Niet reageren' en 'Summier antwoorden' is gerelateerd aan het aantal gestelde vragen; 'Gebaren' en 'Initieren van gesprek' is gerelateerd aan de duur van de gespreksperiode. De gedragscategorie 'Summier antwoorden' uitgezonderd, laten de andere categorieën groepsverschillen zien. Bij de gedragscategorie 'Summier antwoorden' komt wel een extreme waarde voor bij een angstig kind.

Tabel 53. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorieën 'Niet reageren--Summier antwoorden', 'Gebaren' en 'Initiëren van gesprek'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
Niet reageren	141, 142, 145, 146, 169 t/m 171	A > N	0.005	U(pp10)(pp13)
Summier antwoorden	idem	A > N	N.S.	E(pp9)
Gebaren	idem	A < N	0.01	E(pp21)(pp22)
Initiëren van gesprek	idem	A < N	0.001	E(pp11)

Rapportage van angst

Tabel 54 vermeldt geen groepsverschil en geen extreme waarden of uitbijters.

Tabel 54. Groepsverschil, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorie 'Rapportage van angst'.

Resultaten

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Categorie	Hypo	Voorspelling	P	E & U
Rapportage van angst	181	A > N	N.S.	-

Overmatig instemmen

Tabel 55 toont een voorspeld resultaat. De gedragscategorie 'Naar de mond praten' laat zowel een groepsverschil als voorspelde extreme waarden zien.

Tabel 55. Groepsverschil, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorie 'Naar de mond praten'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	E & U
Naar de mond praten	151	A > N	0.015	E(pp10)(pp11) (pp12)(pp14)

Diagnostgedrag bij angstgestoorde kinderen

Aspecten van gesprek: suggestief vragen, bevestigen en complimenten

In de onderstaande tabel 56 staan groepsverschillen vermeld bij de gedragscategorieën 'Suggestief vragen' en 'Antwoord bevestigen'.

Tabel 56. Groepsverschillen, extreme waarden en uitbijters van de gedragscategorieën 'Suggestief vragen', en 'Complimenteren'.

Categorie	Hypo	Voorspelling	Resultaten	
			P	
Suggestief vragen	203	A > N	0.015	
Antwoord bevestigen	204	A > N	(0.06)	
Complimenteren	-	A > N	N.S.	

Samenvatting

De bovengenoemde gedragscategorieën die groepsverschillen hebben gegeven, staan in tabel 57 samengevat.

Tabel 57. Gedragscategorieën van gedragingen van kind en diagnost in de gesprekcontext die groepsverschillen geven.

Gedragscategorie	Kind	Diagnost
------------------	------	----------

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Rechttop aan tafel zitten	G < N	
Kijken naar het handelen van de diagnost	G < N	
Gelaatsexpressie: neutraal/aand./conc.	G < N	
Volgen diagnost in de ruimte	G < N	
Initiëren van het gesprek door kind	G < N	
Niet reageren	G > N	
Herhaling vraag	G > N	
Irrelevant antwoorden	G > N	
Summier antwoorden	G > N	
Gebaren	G < N	
Klagen	G > N	
Initiëren van het gesprek door diagnost		G < N
Initiëren van het gesprek door kind	A < N	
Niet reageren	A > N	
Gebaren	A < N	
Naar de mond praten	A > N	
Suggestief vragen		A > N
Antwoord bevestigen		(A > N)

Tabel 58 vermeldt de gedragscategorieën zonder groepsverschil, waarbij extreme waarden of uitbijters uitsluitend voorkomen bij de kinderen van de voorspelde groepen.

Tabel 58. Gedragscategorieën zonder groepsverschil en met extreme waarden of uitbijters uitsluitend bij angstige (A), gedragsgestoorde (G), of normale (N) kinderen

Gedragscategorie	probleemgroep:	G	A	N
Stellen dezelfde vraag		*		
Bijzondere stemgeving		*		
Vertellen onwaarheden		*		
Opscheppen		*		
Rapportage zonder vrees		*		

5.5. Typerende non-verbale gedragingen

Gedragingen van gedragsgestoorde kinderen

Tabel 59 toont een aantal overtuigende ('Wegdraaien') en minder overtuigende ('Kruipen' en 'Overdreven lopen') groepsverschillen van een aantal geclusterde gedragscategorieën. Daarnaast ook een aantal extreme waarden of uitbijters bij voorspelde groepen zonder dat van een groepsverschil sprake is. Hierbij gaat het om de volgende categorieën: 'Springen', 'Overdreven bewegingen en acties', 'Gereduceerd melodieus zingen/fluiten/neuriën & schreeuwend zingen' en 'Destructief handelen'.

Tabel 59. Groepsverschillen bij gedragsgestoorde versus normale

kinderen, extreme waarden en uitbijters van een aantal non-verbale gedragscategorieën

Cluster/ Categorie	Hypo	Resultaten	
		P(G>N)	E & U
<u>Beweeglijkheid en hyperactiviteit:</u>			
Naar achteren zitten	76, 78, 79, 97, 98, 100	0.005	-
Wegdraaien	idem	0.0005	E(pp2)(pp3)(pp4)
Half zitten	idem	N.S.	-
Van de stoel vallen	idem	0.015	E(pp1)(pp3)(pp4)(pp7)
Op de stoel balanceren	idem	N.S.	E(pp1)(pp3)(pp23)
Lopen	76, 77	0.005	-
Rennen	idem	0.03	-
Springen	idem	N.S.	E(pp1)
Kruipen	idem	(0.08)	E(pp5)
Objectmanipulatie	79, 154	0.01	-
<u>Kwaliteit van actie/bewegen:</u>			
Overdreven bewegingen en acties	7	N.S.	E(pp1)(pp3)(pp7)
Overdreven lopen	idem	(0.08)	E(pp1)(pp3)(pp7)
Deconstructief handelen	50	N.S.	E(pp1)(pp3)(pp5)
<u>Vocalisaties:</u>			
Geluiden maken	10	0.03	E(pp1)(pp3)(pp5)(pp7)(pp8)
Gereduceerd melodieus zingen/fluiten/neuriën schreeuwend zingen	7, 6	N.S.	E(pp1)(pp3)(pp5)(pp7)(pp8)

Gedragingen van angstgestoorde kinderen

Tabel 60 toont dat in de meeste gevallen verschillen ontbreken. Een 6-tal gedragscategorieën geven groepsverschillen, waarvan een 2-tal trends. Daarbij zitten een 2-tal gedragingen die tegen de verwachting in meer voorkomen bij normale kinderen: 'Zelfaanraking: statisch' en 'Zelfaanraking: krabben'.

Verder zijn bij de volgende gedragscategorieën zonder groepsverschillen, extreme waarden/uitbijters aanwezig: 'Verdriet/huilgezicht', 'Angstige gelaatsuitdrukking', 'Abrupte sterke houdingsverandering', 'Asymmetrische houding', 'Tenen lopen', 'Echokinese' en 'Geremde beweging en acties'.

Tabel 60. Groepsverschillen bij angstgestoorde versus normale kinderen, extreme waarden en uitbijters van een aantal

non-verbale gedragscategorieën

Cluster/ Categorie	Hypo	Resultaten	
		P(A>N)	E & U
<u>Ambivalente- en negatief emotionele lichaamshoudingen, gelaatsuitdrukkingen en vocalisatie:</u>			
Toegewend op afstand	141	N.S.	-
Hoofd voorover aankijken	141, 144	N.S.	E(pp9)(pp16)(pp19)(pp23)
Hoofd achterover aankijken	idem	N.S.	E(pp18)(pp19)
Pruilen	174	N.S.	E(pp12)(pp21)
Verdriet/huilgezicht	174, 175	N.S.	E(pp12)
Vlakke gel.uitdrukking	172, 173	N.S.	E(pp20)
Angst gel.uitdrukking	idem	N.S.	E(pp13)
Angst/schrik gel.uitd.	idem & 160	N.S.	-
Onecht glimlachen	172, 173	0.05	E(pp16)(pp17)(pp18)
Dreinen	150	N.S.	-
<u>Vormen van zelfaanraking:</u>			
Zelfaanr.: statisch P(N>A!)	154	(0.06)	E(pp15)(pp20)
Zelfaanr.: wrijven	152, 154	N.S.	E(pp16)(pp18)
Zelfaanr.: krabben P(N>A!)	idem	(0.08)	E(pp19)(pp20)
Mondregio contact	154, 157	(0.08)	E(pp10)(pp13)
Zelfvastklampen	154	N.S.	E(pp15)(pp24)
<u>Lokale & gegeneraliseerde (statische) vormen van lichaamsspanning:</u>			
Tafel/stoel vastkl.	-	0.08	E(pp9)
Mondspanning	156, 158, 159	N.S.	E(pp9)(pp19)U(pp21)
Hoogspanning	161	N.S.	-
Abrupte sterke houdingsverandering	160	N.S.	E(pp9)(pp15)

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Bevroren	161	N.S.	E(pp9)(pp16)U(pp15)(pp23)
Asymmetrische houding	idem	N.S.	E(pp9)(pp15)
Ineengedoken zitten	idem	N.S.	E(pp11)(pp16)(pp17)
Tenen lopen	idem	N.S.	E(pp9)(pp13)

Stereotype gedragingen:

stereotype bew.torso	152	N.S.	E(pp9)
stereotype bew. hoofd, ledematen	152, 153	N.S.	-
Echokinese	152	N.S.	E(pp9)(pp14)(pp16)

Terugtrekking en afscherming:

Ogen gesloten	141, 142, 144	N.S.	E(pp13)(pp21)(pp22)
Gezicht/ogen bedekken	idem	N.S.	E(pp13)(pp19)(pp22)

Geremdheid als kwaliteit van actie/bewegen:

Geremd beweg./acties	169	N.S.	E(pp9)(pp12)(pp13)(pp16)
Niet soepele bew./acties	155, 161	0.001	E(pp9)(pp10)(pp11)(pp12)(pp13)(pp15)(pp16)

Samenvatting

De bovengenoemde gedragscategorieën die groepsverschillen hebben gegeven, staan in tabel 61 samengevat.

Tabel 61. Non-verbale kindgedragingen die groepsverschillen geven.

Gedragscategorie	Kind
Naar achteren zitten	G > N
Van de stoel vallen	G > N
Lopen	G > N
Rennen	G > N
Kruipen	(G > N)
Wegdraaien	G > N
Objectmanipulatie	G > N
Overdreven lopen	(G > N)
Geluiden maken	G > N
Onecht glimlachen	A > N
Mondregio contact	(A > N)
Tafel/stoel vastklampen	(A > N)
Niet soepele bewegingen/acties	A > N
Zelfaanraking: statisch	A < N

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Zelfaanraking: krabben A < N

Tabel 62 vermeldt de gedragscategorieën zonder groepsverschil, waarbij extreme waarden of uitbijters uitsluitend voorkomen bij de kinderen van de voorspelde groepen.

Tabel 62. Gedragscategorieën zonder groepsverschil en met extreme waarden of uitbijters uitsluitend bij angstige (A) en gedragsgestoorde (G) kinderen

Gedragscategorie	probleemgroep:	G	A
Springen		*	
Overdreven bewegingen en acties		*	
Gereduceerd melodieus zingen/fluiten/ neurin & schreeuwend zingen		*	
Destructief handelen		*	
Verdriet/huilgezicht			*
Angstige gelaatsuitdrukking			*
Abrupte sterke houdingsverandering			*
Asymmetrische houding			*
Tenen lopen			*
Echokinise			*
Geremde beweging en acties			*

5.6. Typerende non-verbale gedragingen in taak- en gesprekcontext: een contextanalyse

Gedragingen van gedragsgestoorde kinderen

Tabel 63 toont het volgende. In de Taakcontext is sprake van een aanzienlijk groter aantal groepsverschillen (11) dan in de gesprekscontext (4).

Wat betreft de Taakcontext komen bij een 3-tal categorieën, van de in totaal 4 categorieën waarbij geen groepsverschil is getraceerd, extreme of waarden voor bij gedragsgestoorde kinderen.

In de Gesprekcontext komen bij een 5-tal categorieën zonder groepsverschil extreme waarden of uitbijters bij gedragsgestoorde kinderen.

Tabel 63. Groepsverschillen bij gedragsgestoorde versus normale kinderen, extreme waarden en uitbijters van een aantal non-verbale gedragscategorieën in taak- en gesprekcontext

Cluster/ Categorie	Taakcontext	Gesprekcontext
	P(G>N) E & U	P(G>N) E & U

Beweeglijkheid en (hyper)activiteit:

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Naar achteren zitten (d)	0.04	E(pp6;7)	(0.008)	E(pp7)
Half zitten (d)	0.01	E(pp2;7)	N.S.	E(pp7)
Van de stoel vallen	0.015	E(pp1;3;4;7)	N.S.	E(pp1;3;7)
Op de stoel balanceren (d)	N.S.	E(pp3;21)	N.S.	E(pp3;23)
Lopen (d)	0.003	-	0.04	-
Rennen (d)	0.03	-	N.S.	-
Springen	N.S.	E(pp1)	N.S.	-
Kruipen (d)	(0.08)	E(pp1;5)	N.S.	-
Wegdraaien	0.0001	U(pp2)	0.01	U(pp2)

Kwaliteit van actie/bewegen:

Objectmanipulatie	0.0009	-	N.S.	E(pp4;7)
Overdreven bewegingen en acties	N.S.	E(pp1;3;7)	N.S.	E(pp1;7)
Overdreven lopen	(0.08)	E(pp1;3;7)	(0.08)	E(pp1)
Deconstructief handelen	N.S.	E(pp1;3;5)	N.S.	E(pp1)

Vocalisaties:

Geluiden maken	0.03	-	N.S.	-
Gereduceerd melodieus zingen, fluiten, neuriën & schreeuwend zingen	0.005	-	N.S.	-

 In tabel 63 staan geen hypothesen vermeld. De contextanalyses bij beide probleemgroepen zijn in paragraaf 3.4.3.6. (pag.109) immers niet opgestart vanuit bepaalde hypothesen.

Gedragingen van angstgestoorde kinderen

Tabel 64 toont voor de Taakcontext een 6-tal groepsverschillen waarvan een 2-tal niet volgens verwachting: bij de categorieën 'Zelfaanraking: statisch-' en 'Zelfaanraking: krabben' (N > A in plaats van A > N). Wederom is het zo dat in de Gesprekcontext minder groepsverschillen voorkomen; slechts een 2-tal, waarvan de categorie 'Zelfaanraking: statisch' niet volgens verwachting (N > A).

Wat betreft de Taakcontext komen bij een 10-tal categorieën zonder groepsverschillen, extreme waarden of uitbijters voor. In de Gesprekcontext gaat het om een 12-tal categorieën zonder groepsverschil en met extreme waarden of uitbijters.

Tabel 64. Groepsverschillen bij angstgestoorde versus normale kinderen, extreme waarden en uitbijters van een aantal non-verbale gedragscategorieën in taak- en gesprekcontext

<u>Cluster/</u> <u>Categorie</u>	<u>Taakcontext</u>	<u>Gesprekcontext</u>
	----- P(A>N) E & U	----- P(A>N) E & U
	-----	-----

Ambivalente- en negatief emotionele lichaamshoudingen, gelaatsuitdrukkingen en vocalisatie:

Toegewend op afstand	(0.09)	-	(0.08)	E(pp16)
Hoofd voorover aankijken	N.S.	E(pp9;13;16;19;23)	N.S.	E(pp9;16;23)
Hoofd achterover aankijken	N.S.	E(pp12;18;19)U(pp16)	N.S.	E(pp9;14;23)
Pruilen	N.S.	E(pp12;21)	N.S.	-
Verdriet/huilgezicht	N.S.	-	N.S.	E(pp12)
Vlakke gel.uitdrukking	N.S.	-	N.S.	E(pp20)
Angstige gel.uitdrukking	N.S.	E(pp13)	N.S.	E(pp15)
Angst/schrik gel.uitdr.	N.S.	-	N.S.	-
Onecht glimlachen	N.S.	U(pp9;16)	N.S.	E(pp9;14)
Dreinen	N.S.	E(pp13)	N.S.	E(pp13)

Vormen van zelfaanraking:

Zelfaanraking: statisch	0.02	U(pp14)	(0.09)	U(pp20)
	P(N>A)		P(N>A)	
Zelfaanraking: wrijven	N.S.	-	N.S.	-
Zelfaanraking: krabben	(0.06)	U(pp18;19)	N.S.	-
	P(N>A)			
Mondregio contact	N.S.	E(pp13;21)	N.S.	-
Zelfvastklampen	N.S.	E(pp11;19)	N.S.	E(pp9)U(pp24)

Lokale & gegeneraliseerde (statische) vormen lichaamspanning:

Tafel/stoel vastklampen	N.S.	E(pp9)	N.S.	E(pp9)
Mondspanning	N.S.	-	N.S.	U(pp9)
Hoogspanning (d)	0.05	E(pp9;11;16;21)	N.S.	E(pp9;16)
				U(pp11)
Abrupte sterke houdingsverandering	N.S.	E(pp9;11;15)	N.S.	E(pp15)
Bevroren	N.S.	E(pp9)	N.S.	E(pp23)
Asymmetrische houding (d)	N.S.	E(pp9;15)	N.S.	-
Ineengedoken zitten (d)	N.S.	E(pp16;17)	N.S.	E(pp11;17)
Tenen lopen (d)	N.S.	E(pp9;13)	N.S.	-

Stereotype gedragingen:

Stereotype bew.torso (d)	N.S.	E(pp9;19)	N.S.	E(pp9;19)
Stereotype bew. hoofd en ledematen	(0.09)	-	N.S.	E(pp14)
Echokiniese	N.S.	E(pp9;14;16)	N.S.	E(pp9;16)

Terugtrekking en

afscherming:

Ogen gesloten	N.S.	-	N.S.	E(pp13;21;22)
Gezicht/ogen bedekken	N.S.	E(pp13;19;22)	N.S.	E(pp11;17)

Geremdheid als
kwaliteit van actie/
bewegen:

Geremde beweg./acties (d)	N.S.	E(pp9;12;13;16)	N.S.	E(pp9;13)
Niet soepele beweg./acties (d)	0.001	E(pp11;12;13;15)	N.S.	E(pp11;13;15)

Ook in deze tabel 64 staan geen hypothesen vermeld; de analyses zijn ook hier niet vanuit hypothesen opgestart.

Samenvatting

De bovengenoemde gedragscategorieën die groepsverschillen hebben gegeven in taak- en gesprekcontext, staan in tabel 65 samengevat.

Tabel 65. Non-verbale gedragingen die groepsverschillen geven in taak- en gesprekcontext.

Categorie	Taakcontext	Gesprekcontext
Naar achteren zitten	G > N	(G > N)
Half zitten (d)	G > N	-
Van de stoel vallen	G > N	-
Lopen (d)	G > N	G > N
Rennen (d)	G > N	-
Kruipen (d)	(G > N)	-
Wegdraaien	G > N	G > N
Objectmanipulatie	G > N	-
Overdreven lopen	(G > N)	(G > N)
Geluiden maken	G > N	-
Gereduceerd melodieus zingen, fluiten, neuriën & schreeuwend zingen	G > N	-
Toegewend op afstand	(A > N)	(A > N)
Zelfaanraking: statisch	A < N	(A < N)
Zelfaanraking: krabben	(A < N)	-
Hoogspanning (d)	A > N	-
Stereotype bew. hoofd en ledematen	(A > N)	-
Niet soepele beweg./acties (d)	A > N	-

Tabel 66 vermeldt de gedragscategorieën zonder groepsverschil, waarbij extreme waarden of uitbijters uitsluitend voorkomen bij de

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

kinderen van de voorspelde groepen in de taak- en gesprekcontext.

Tabel 66. Gedragscategorieën zonder groepsverschil en met extreme waarden of uitbijters uitsluitend bij gedragsgestoorde (G) en angstige (A) kinderen in de taak- en gesprekcontext.

Gedragscategorie	Probleemgroep:	Taakcontext		Gesprekcontext	
		G	A	G	A
Springen		*			
Overdreven bewegingen en acties		*		*	
Destructief handelen		*		*	
Half zitten				*	
Van de stoel vallen				*	
Objectmanipulatie				*	
Angstige gelaatsuitdrukking			*		*
Onecht glimlachen			*		*
Dreinen			*		*
Tafel of stoel vastklampen			*		*
Abrupte sterke houdingsverandering			*		*
Bevroren			*		
Asymmetrische houding			*		
Tenen lopen			*		
Echokinese			*		*
Geremde bewegingen en acties			*		*
Verdriet/huilgezicht					*
Mondspanning					*
Hoogspanning					*
Stereotype bewegingen hoofd/ledematen					*
Niet soepele bewegingen/acties					*

5.7. Trend analyse van een aantal non-verbale gedragingen in de gesprekcontext

Gedragingen van gedragsgestoorde kinderen

Tabel 67 toont een verwachte toename van beweeglijkheid tijdens conversatie bij gedragsgestoorde kinderen en de verwachte afname van een meer sociale vorm van beweeglijkheid ('Wegdraaien') bij normale kinderen.

Tabel 67. Resultaten trendtoets van een aantal non-verbale beweeglijkheidsgedragingen in de gesprekcontext.

Cluster	Hypo	G	N
Naar achteren zitten, Half zitten, Van de stoel vallen & Balanceren	121	Toename	-

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Wegdraaien idem - Afname

Gedragingen van angstgestoorde kinderen

Tabel 68 geeft een aantal toe- en afnames te zien. Volgens de verwachting zijn: de toename van vormen van stereotyp bewegen bij angstige kinderen, en de afnames van vormen van stereotyp bewegen, hoofd voorover aankijken & hoofd achterover aankijken en spanningsgedragingen bij normale kinderen. Niet volgens de verwachting zijn de toename van vormen van zelfaanraking bij normale kinderen en de afname van spanningsgedragingen bij angstige kinderen.

Tabel 68. Resultaten trendtoets van een aantal non-verbale beweeglijkheidsgedragingen in de gesprekcontext.

Cluster	Hypo	A	N
Zelfaanraking statisch, Wrijven & Krabben	-	-	Toename
Stereotyp bewegen met torso, hoofd/ledematen & Echokinese	-	Toename	Afname
Hoofd voorover & Achterover aankijken	-	-	Afname
Hoogspanning, Abrupte sterke houdingsverandering, Bevroren, Asymmetrische houding & Ineengedoken zitten	-	Afname	Afname
Onecht glimlachen & Mondspanning	-	-	-

In de inleiding van dit hoofdstuk is aangekondigd dat de paragrafen 5.7 en 5.9 niet zijn samengevat vanwege de summiere omvang van de gegevens.

5.8. Non-verbale gedragingen in verband met vermoeidheid en ontspanning

Gedragingen van gedragsgestoorde kinderen

In tabel 69 zijn een 3-tal groepsverschillen getoond.

Tabel 69. Groepsverschillen bij gedragsgestoorde versus normale kinderen, extreme waarden en uitbijters van een aantal non-verbale vermoeidheidsgedragingen.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Categorie	Hypo	Resultaten	
		P(G>N)	E & U
Gezicht wrijven	-	0.02	U(pp5)(pp6)
Over tafel hangen (d)	-	0.009	E(pp6)(pp7)
Achterover hangen (d)	-	N.S.	E(pp1)(pp3)(pp7)(pp17)
Gapen	-	(0.08)	-

Gedragingen van angstgestoorde kinderen

Slechts één gedragscategorie ('Zuchten') geeft een groepsverschil zoals tabel 70 laat zien.

Tabel 70. Groepsverschillen bij angstgestoorde versus normale kinderen, extreme waarden en uitbijters van een aantal non-verbale ontspanningsgedragingen.

Categorie	Hypo	Resultaten	
		P(A>N)	E & U
Zuchten	164, 165	0.03	E(pp14)(pp21)
Uitrekken	-	N.S.	E(pp19)
Blazen	164, 165	N.S.	-

Samenvatting

De bovengenoemde non-verbale gedragscategorieën in verband met vermoeidheid en ontspanning die groepsverschillen hebben gegeven staan in tabel 71 samengevat.

Tabel 71. Non-verbale kindgedragingen in verband met vermoeidheid en ontspanning die groepsverschillen hebben gegeven.

Gedragscategorie	Kind
Gezicht wrijven	G > N
Over tafel hangen	G > N
Gapen	(G > N)
Zuchten	A > N

Bij de resterende categorieën zonder groepsverschil kwamen geen extreme waarden of uitbijters uitsluitend bij de probleemgroepen voor.

5.9. Non-verbale gedragingen in verband met vermoeidheid en ontspanning: een trendanalyse

Gedragingen van gedragsgestoorde kinderen

Tabel 72 toont een 2-tal verwachte toenames bij de gedragsgestoorde kinderen. Onverwacht is de toename van 'Gezicht wrijven' en 'Gapen' bij normale kinderen.

Tabel 72. Resultaten trendtoets van een aantal non-verbale vermoeidheidsgedragingen

Cluster	Hypo	G	N
Over tafel hangen & Achterover hangen	-	Toename	-
Gezicht wrijven & Gapen	-	Toename	Toename

Gedragingen van angstsgestoorde kinderen

Eigenlijk zoals verwacht, toont tabel 73 geen duidelijke trends bij angstige en normale kinderen.

Tabel 73. Resultaten trendtoets van een aantal non-verbale ontspanningsgedragingen

Cluster	Hypo	A	N
Zuchten & blazen	-	-	-
Uitrekken	-	-	-

In de inleiding van dit hoofdstuk is aangekondigd dat de paragrafen 5.7 en 5.9 niet zijn samengevat vanwege de summiere omvang van de gegevens.

5.10. Afsluiting

Eerder zijn de gevonden groepsverschillen van de paragrafen 5.1. t/m 5.5. kort samengevat in tabelvorm. De paragrafen 5.7. en 5.9. zijn verder niet samengevat vanwege de summiere omvang. Reeds op basis van deze samenvattingen moge duidelijk zijn dat het gedrag van kleuters en diagnost verschilt in het geval van de probleemgroepen in vergelijking tot de normale kinderen. De precieze verschillen, dat wil zeggen de typerende gedragingen van de probleemgroepen, normale groep en diagnost komen ter afsluiting van dit hoofdstuk hieronder aan de orde: eerst een samenvatting van de groepsverschillen, vervolgens -het geheel overziend- enkele conclusies aangaande de kwantiteit en kwaliteit van de geconstateerde groepsverschillen. Tenslotte volgt samenvattende descriptieve statistiek wat betreft individueel extreem voorkomend gedrag en enkele conclusies daaromtrent.

Groepsverschillen

Typerende gedragingen aan het begin en in verband met exploratie

Gedragsgestoorde kinderen gaan aan het begin van de diagnostische sessie meer over tot het ongevraagd verkennen en spelen in de onderzoeksruimte.

Angstige kinderen blijven daarentegen na binnenkomst meer afwachtend stilstaan. Ook kijken zij minder naar zaken die zich in de onderzoeksruimte bevinden, minder visueel exploreren.

De diagnost maakt bij angstige kinderen meer op indirecte wijze duidelijk dat het kind kan gaan zitten. Ook doet hij dat meer op non-verbale wijze, door het kind naar de stoel te leiden. Beide voorzichtig stimulerende gedragingen zijn geen verrassing in het licht van de eerder genoemde geremdheid van de angstige kinderen.

Typerende gedragingen gedurende de gehele sessie

Gedragsgestoorde kinderen gebieden de diagnost meer een bepaalde handeling te verrichten. Ook laten zij op verbale- of non-verbale wijze meer weten handelingen en uitspraken van de diagnost te verwerpen en onderbreken zij meer handelingen en uitspraken van de diagnost. Zij gaan ook meer over tot het bekritisieren en verbeteren van de diagnost.

Gedragsgestoorde kinderen zitten meer naar achteren op hun stoel. Ook vallen zij meer van hun stoel. Verder lopen, rennen en kruipen zij meer, en als zij lopen doen zij dit vaak op overdreven wijze. Zij draaien meer weg van de diagnost en de onderzoekstafel, manipuleren meer met objecten en maken meer geluiden. Gedragsgestoorde kinderen wrijven meer in hun gezicht, hangen meer over tafel hangen en gapen meer. Gedragsgestoorde kinderen gaan in de loop van het onderzoek meer over tafel hangen en achterover hangen op hun stoel. Ook wrijven zij in de loop van het onderzoek steeds meer in het gezicht en gapen zij, evenals de normale kinderen.

Het gedrag van de diagnost lijkt in verband te staan met de genoemde negatieve, onaangename gedragingen.

De diagnost moet gedragsgestoorde kinderen meer direct verbaal- en direct non-verbaal ge/verbieden en corrigeren. Daarbij reageert de diagnost meer niet op storende gedragingen van het gedragsgestoorde kind. Deze gedragingen zijn niet verwonderlijk in het licht van de gedragingen genoemd in de vorige alinea en de gedragingen die nog volgen in de Taak- en Gespreksituatie. Verder trekt de diagnost zich bij de gedragsgestoorde groep meer non-verbaal terug door recht aan tafel te gaan zitten en naar eigen handelingen te kijken; recht aan tafel zitten en naar het kind kijken doet de diagnost daarentegen minder bij gedragsgestoorde kinderen.

Angstige kinderen wenden zich met het lichaam meer naar de diagnost toe en zoeken meer toenadering. Angstige kinderen glimlachen vaker onecht. Verder raken zij de mondregio meer aan. Ook pakken zij de tafel of de stoel vaker stevig vast. Niet-soepele bewegingen en

acties komen meer voor bij angstige kinderen. De angstige kinderen slaken meer zuchten.

Normale kinderen krabben zichzelf meer en raken zichzelf meer statisch aan in vergelijking tot angstige kinderen.

De diagnost wendt zich meer toe naar angstige kinderen en zoekt letterlijk meer toenadering. Ook doet hij dit meer bij deze kinderen waarbij hij zichzelf verkleint en met het hoofd op gelijke hoogte komt van het kind. Recht aan tafel zitten en naar het kind kijken doet de diagnost daarentegen minder bij angstige kinderen. De diagnost stelt bij angstige kinderen verder meer angsten van het kind aan de orde. Tenslotte ge/verbiedt en corrigeert de diagnost bij angstige kinderen meer op directe, non-verbale wijze.

Typerende gedragingen in de Taaksituatie

Gedragsgestoorde kinderen winnen vaker informatie in over de komende taak. Gedragsgestoorde kinderen kijken daarentegen minder naar de bijzettafel met onderzoeksmateriaal om te kijken wat de diagnost pakt en geven minder blijk het taakmateriaal of de taak te kennen. Voor en tijdens de taakuitvoering laten ze wel op overdreven wijze meer weten dat de opdracht simpel is; positieve zelfwaardering komt bij deze kinderen ook meer voor, terwijl negatieve zelfwaardering minder voorkomt. Gedragsgestoorde kinderen doen ook meer competitieve uitspraken, waarbij het kind de eigen prestaties hoger waardeert dan de prestaties van andere kinderen of volwassenen, inclusief de diagnost. Verder verwoorden zij frequenter hun taakhandelingen. Gedragsgestoorde kinderen vragen niet alleen meer om toestemming de taakuitvoering en de voortgang te mogen onderbreken, zij melden ook meer tot een onderbreking over te gaan en doen dat ook daadwerkelijk meer. Ook door meer van de stoel op te staan en eventueel van tafel weg te lopen. Ook na een gebod van de diagnost volharden zij meer in de onderbreking. Tevens vragen zij meer om toestemming de oorspronkelijke taakinstructie te mogen veranderen. Zij melden ook meer de taakinstructie te veranderen en doen dit ook daadwerkelijk meer. Verder antwoorden zij vaker onverstaabaar, mompelend, schreeuwend of overdreven articulerend op taakvragen en stellen zij vaker hulpvragen. Onnodig storende acties of handelingen die verder niet met de taakuitvoering interfereren komen bij gedragsgestoorde kinderen ook meer voor. Het meer voldoen aan de opdracht dan noodzakelijk is, laten gedragsgestoorde kinderen minder zien. Gedragsgestoorde kinderen vragen vaker direct wanneer het onderzoek beëindigd wordt. Zij nemen ongevraagd ook meer het initiatief tot het opruimen van het onderzoeksmateriaal. In de Taaksituatie gaan gedragsgestoorde kinderen ook meer half zitten/naar achteren zitten op hun stoel. Zij vallen meer van hun stoel, lopen, rennen en kruipen meer, en als zij lopen doen zij dit vaak op overdreven wijze. Zij draaien meer weg van de diagnost en de onderzoekstafel, manipuleren meer met objecten en maken meer geluiden. Tot slot uiten zij zich tijdens de taakuitvoering meer 'muzikaal' door gereduceerd melodieus of schreeuwend te zingen, fluiten, of te neuriën.

De reeds eerder genoemde en onderstaande gedragingen van de diagnost lijken, althans ten dele, geen verrassing in het licht van de probleemgedragingen van de gedragsgestoorde kinderen.

De diagnost instrueert bij de gedragsgestoorde kinderen vaker stellend en aanvullend. De diagnost informeert deze kinderen minder vaak over de moeilijkheidsgraad, dat wil zeggen: hij zegt minder vaak dat de komende taak moeilijk of gemakkelijk is. Verder meldt hij de fouten die deze kinderen maken vaker op directe, zaakgerichte wijze. Bij gedragsgestoorde kinderen weert de diagnost vragen om hulp ook meer af. Ook vergoeilijkt de diagnost bij gedragsgestoorde kinderen minder het falen. Tenslotte meldt hij vaker bij gedragsgestoorde kinderen kort en zonder nadruk dat de taakuitvoering goed verloopt.

Angstige kinderen stagneren vaker. Geremde productiviteit ofwel niet durven komt duidelijk tot uitdrukking in het feit dat angstige kinderen vaker aarzelend handelen tijdens de taakuitvoering en dat zij minder vaak spontaan helpen met opruimen. Verder doen angstige kinderen, nadat de opdracht is voltooid, minder uitspraken waarin op overdreven wijze de simpelheid van de opdracht wordt benadrukt.

Tenslotte tonen angstige kinderen tonen in het algemeen meer ijver en inspanning bij de uitvoering van de taak. In de taakcontext wenden angstige kinderen hun lichaam weliswaar naar de diagnost toe, maar zij houden daarbij veel afstand. Ook tonen zij meer lichaamsspanning, een rigide houding, gedeeltelijk bevroren door lokale of meer gegeneraliseerde sterke spierspanning. Zij laten meer stereotype bewegingen met het hoofd en de ledematen zien. Ook zijn de bewegingen en acties van angstige kinderen minder soepel. Normale kinderen krabben zichzelf meer en raken zichzelf meer statisch aan dan angstige kinderen.

De diagnost vertoont typerende gedragingen die lijken aan te sluiten bij de (faal?)angstige, geremde gedragingen van de angstige kinderen. De diagnost tracht vaker angstige kinderen nieuwsgierig te maken naar de komende taak. Verder instrueert de diagnost bij angstige kinderen vaker aanvullend. Ook is het zo dat de diagnost bij angstige kinderen minder stelt dat de komende taak gemakkelijk is. Wel geeft hij bij angstige kinderen meer neutrale informatie voorafgaand aan de taak. Bij angstige kinderen spreekt de diagnost vaker de verwachting uit dat het kind zal slagen bij de taakuitvoering. De diagnost controleert bij angstige kinderen meer of zij de instructie of geboden hulp hebben begrepen. De diagnost meldt vaker bij angstige kinderen kort en zonder nadruk dat de taakuitvoering goed verloopt en verwoordt hij vaker de vorderingen van het kind. Tevens looft hij angstige kinderen vaker zeer nadrukkelijk voor de geleverde prestaties. Tot slot meldt de diagnost fouten bij angstige kinderen minder op directe, persoonsgerichte wijze en minder op indirecte persoonsgerichte wijze.

Typerende gedragingen in de Gespreksituatie

Gedragsgestoorde kinderen zitten minder rechtop aan tafel tijdens gesprekken. Ook kijken zij minder naar het handelen van de diagnost. Zij vertonen ook minder een neutrale, geconcentreerde gelaatsexpressie, en volgen de diagnost minder in de ruimte. Verder

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

zijn een aantal zaken betreffende de communicatie opvallend verschillend. Gedragsgestoorde kinderen initiëren minder het gesprek. Verder reageren gedragsgestoorde kinderen meer niet op vragen op opmerkingen van de diagnost, herhalen zij vaker de gestelde vraag of gemaakte opmerking, geven zij vaker summierere antwoorden en geven meer inhoudelijk irrelevante, onzinnige antwoorden. Gedragsgestoorde kinderen klagen meer. Deze kinderen gebaren ook minder tijdens conversatie.

Weliswaar op minder uiteenlopende wijzen dan in de taaksituatie tonen de gedragsgestoorde kinderen zich ook beweeglijker en impulsiever in de gespreksituatie. Zij gaan meer naar achteren zitten, draaien meer weg van de diagnost en de onderzoekstafel en lopen meer gewoon en op overdreven wijze.

Een aantal beweeglijkheidsgedragingen samen: 'Naar achteren zitten', 'Half zitten', 'Van de stoel vallen' en 'Balanceren') neemt toe in de loop van het onderzoek, terwijl normale kinderen in de loop van het onderzoek aan tafel gezeten minder wegdraaien van de diagnost.

De diagnost initiëert bij gedragsgestoorde kinderen minder het gesprek.

Angstige kinderen initiëren minder het gesprek, reageren vaker niet op vragen of opmerkingen van de diagnost. Ook gebaren zij minder tijdens conversatie. Verder tonen angstige kinderen zich vaker gretig om de uitlating van de diagnost te ondersteunen, de vraag te beantwoorden. In de gesprekcontext wenden angstige kinderen het lichaam meer toe naar de diagnost, maar nemen daarbij veel afstand. Ook is het zo dat de normale kinderen, net als in de taaksituatie, meer statische zelfaanrakingen laten zien.

Een aantal stereotype gedragingen samen (stereotyp bewegen met torso, hoofd/ledematen, echokinese) neemt bij angstige kinderen toe in de loop van het onderzoek, terwijl deze gedragingen bij de normale kinderen afnemen in de loop van het onderzoek. Een aantal spanningsgedragingen (hoogspanning in het lichaam, abrupte sterke houdingsverandering, bevroren en asymmetrische houding en ineengedoken zitten) neemt af bij de angstige kinderen en bij de normale in de loop van het onderzoek. De normale kinderen laten verder nog een toename zien in de loop van het onderzoek wat betreft zelfaanrakingen (statisch, wrijven en krabben) en een afname wat betreft het niet recht aankijken (met hoofd voorover of achterover).

Tenslotte stelt de diagnost angstige kinderen vaker vragen waarin een verwijzing naar het antwoord besloten ligt, zogenaamde suggestieve vragen. Bovendien bevestigt hij de uitlatingen van het kind meer.

Wat betreft de kwantiteit en kwaliteit van de geconstateerde verschillen is het volgende relevant.

Veelzeggend wat betreft de mate waarin (kwantiteit) de interactie bij de probleemgroepen verschilt van de interactie bij de normale kinderen zijn de absolute aantallen van alle categorieën en trends in de tijd die groepsverschillen geven. Deze absolute aantallen staan in tabel 74 vermeld. Hierbij zijn alleen de non-verbale gedragsverschillen in de contexten meegenomen, dus niet nog eens

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

gemeten gedurende de gehele sessie; er zou dan immers sprake zijn van een dubbelrapportage.

Tabel 74. Absolute aantallen van alle gevonden groepsverschillen betreffende kind- en diagnostgedrag bij gedragsgestoorde (G), angstgestoorde kinderen (A)

	Kind	Diagnost
G	63	15
A	34	21

Tabel 74 illustreert:

- het gedrag van diagnost en probleemkleuters met een gedragsstoornis of angststoornis verschilt van het gedrag van diagnost en normale kleuters
- het gedrag van kleuters met een gedragsstoornis wijkt meer af van het normale dan het gedrag van angstige kleuters afwijkt van het normale

Het beeld kan worden gedifferentieerd voor de Taak- en Gespreksituatie. Veelzeggend wat betreft de mate waarin de het gedrag bij de probleemgroepen verschilt van het gedrag bij de normale kinderen in die contexten zijn wederom de absolute aantallen van de categorieën die groepsverschillen geven in die contexten. Deze absolute aantallen staan in tabel 75 vermeld.

Tabel 75. Absolute aantallen van de gevonden groepsverschillen betreffende kind- en diagnostgedrag bij gedragsgestoorde (G), angstgestoorde kinderen (A) in taak- en gesprekcontext

	Taakcontext		Gesprekcontext	
	Kind	Diagnost	Kind	Diagnost
G	34	9	17	1
A	10	12	20	2

Tabel 75 illustreert:

- in de taak- en gesprekcontext verschilt het gedrag van diagnost en probleemkleuters van het gedrag van diagnost en normale kleuters
- in de gesprekcontext wijkt het gedrag van de diagnost bij zowel de gedragsgestoorde als de angstige kinderen nauwelijks af van het normale

- in de taakcontext wijkt het gedrag van kleuters met een gedragsstoornis meer af van het normale dan het gedrag van angstige kleuters afwijkt van het normale in die context, terwijl dit in de gesprekcontext niet het geval is
- het gedrag van gedragsgestoorde kleuters wijkt in de taakcontext meer af van het normale dan in de gesprekcontext, terwijl bij de angstgestoorde kleuters het omgekeerde het geval is: bij angstgestoorde kleuters wijkt in de gesprekcontext het gedrag meer af van het normale dan in de taakcontext

De aard (kwaliteit) van het gedrag van de probleemkleuters nader beschouwend kunnen we concluderen dat het bij de gedragsgestoorde kinderen meestentijds gaat om instrumentele, doelgerichte gedragingen, terwijl het bij de angstgestoorde kinderen vaak gaat om opvallende expressieve, lichaamstaalgedragingen of juist ontbrekend instrumenteel gedrag (geremd gedrag).

Individueel extreem voorkomend gedrag

Eerder is gesuggereerd dat in het geval van een ontbrekend groepsverschil, gedragingen typerend kunnen zijn voor en uitsluitend voorkomen bij individuele kinderen uit de probleemgroepen. Dit kan blijken uit het feit dat specifiek gedrag in extreme mate kan voorkomen. Om hier zicht op te krijgen zijn extreme waarden of uitbijters bepaald. Eerder zijn in de samenvattingen in Hoofdstuk 5 tabellen gegeven die zicht geven op dit voorspelde, exclusieve, extreme voorkomen van gedragingen die geen groepsverschillen hebben gegeven. Het is echter ook voorgekomen dat zowel bij probleemgroepen als normale kinderen extreme waarden of uitbijters voorkwamen, ofwel: gemengd voorkwamen. Of dat uitsluitend bij de normale kinderen, dat wil zeggen: bij de verkeerde groep, extreme waarden of uitbijters voorkwamen. Of dat in het geheel geen extreme waarden of uitbijters voorkwamen. De absolute aantallen van voorkomen van deze mogelijkheden in het geval van wel of geen groepsverschil zijn in de onderstaande tabellen 76 voor gedragsgestoorde kinderen, en 77 voor angstgestoorde kinderen gegeven. Eerst de gedragsgestoorde kleuters.

Tabel 76. Absolute aantallen betreffende het voorkomen van extreme waarden of uitbijters (E/U) bij de voorspelde groep van gedragsgestoorde kinderen (G), voorkomen bij de normale groep (N), gemengd voorkomen (G & N) en niet-voorkomen (geen E/U) in het geval van wel of geen groepsverschil

	Groepsverschil	
	Wel	Geen
E/U bij G	32	19
E/U bij N	2	1

E/U bij G & N	5	4
Geen E/U	24	8

Uit Tabel 76 blijkt dat de speciale aandacht voor typerende extreme individuele gedragspatronen gerechtvaardigd is: bij maar liefst 19 getoetste categorieën zonder groepsverschillen, dat wil zeggen: 21% van het totaal aantal getoetste categorieën, komen extreme waarden of uitbijters uitsluitend bij gedragsgestoorde kinderen voor. Hiermee komt het aantal relevante categorieën kenmerkend voor gedragsgestoorde kinderen, dat wil zeggen waarbij groepsverschil is opgetreden of met extreme waarden of uitbijters bij gedragsgestoorde kinderen, op 81 (63 + 19).

Vervolgens de angstgestoorde kleuters.

Tabel 77. Absolute aantallen betreffende het voorkomen van extreme waarden of uitbijters (E/U) bij de voorspelde groep van angstgestoorde kinderen (A), voorkomen bij de normale groep (N), gemengd voorkomen (A & N) en niet-voorkomen (geen E/U) in het geval van wel of geen groepsverschil

	Groepsverschil	
	Wel	Geen
E/U bij A	12	16
E/U bij N	0	3
E/U bij A & N	5	9
Geen E/U	1	6

Ook uit tabel 77 blijkt dat de speciale aandacht voor typerende extreme individuele gedragspatronen bij angstige kinderen gerechtvaardigd is: een 16-tal getoetste categorieën zonder groepsverschil, dat wil zeggen: 30% van het totaal aantal getoetste categorieën, komen extreme waarden of uitbijters uitsluitend bij angstgestoorde kinderen voor. Het aantal relevante categorieën kenmerkend voor angstgestoorde kinderen, dat wil zeggen waarbij groepsverschil is opgetreden of met extreme waarden of uitbijters bij angstgestoorde kinderen, is 50 (34 + 16).

Nog een afgeleid resultaat waaruit blijkt dat de aandacht voor individueel extreem voorkomend gedrag gerechtvaardigd is, betreft het aantal extreme waarden of uitbijters per individu en de groepsverschillen op basis van deze aantallen. De aantallen extreme waarden of uitbijters per individu uit de gedragsgestoorde groep zijn: 7, 7, 12, 13, 16, 20, 20 (range 7-20;

tot.=114; gem.=14.25; sd.=5.39). Deze aantallen per individu uit de normale groep zijn: 0, 0, 1, 1, 2, 2, 3, 3 (range 0-3; tot.=12; gem.=1.5; sd.=1.19). Het is duidelijk dat de aantallen extreme waarden of uitbijters per individu bij een vergelijking van de gedragsgestoorde groep en de normale groep aanzienlijk verschillen: gedragsgestoorde kleuters laten individueel veel meer extreem voorkomende gedragingen zien.

Deze laatste conclusie gaat evenzeer op, zij het in mindere mate, bij een vergelijking van de angstgestoorde groep en de normale groep op basis van gedragscategorieën die zijn gebruik om typerende angstige gedragingen op het spoor te komen. De aantallen extreme waarden of uitbijters per individu uit de angstgestoorde groep zijn: 5, 7, 7, 7, 8, 8, 10, 13 (range 5-13; tot.=65; gem.=8.12; sd.=2.41). Deze aantallen per individu uit de normale groep zijn: 0, 1, 1, 3, 3, 3, 4, 5 (range 0-5; tot.=20; gem.=2.5; sd.=1.69). Ook nu weer, zoals gezegd, verschillen wat betreft de aantallen extreme waarden of uitbijters tussen de angstige en de normale groep, waarbij de conclusie luidt dat angstgestoorde kinderen individueel veel meer extreem voorkomende gedragingen laten zien.

Hoofdstuk 6 Conclusie & discussie

6.1. Resultaten: conclusie, interpretatie en speculatie

De doelstelling van de onderhavige studie was -algemeen gesproken- het vergroten van kennis of een hechtere empirische onderbouwing op het terrein van de diagnostiek van angst- en gedragsstoornissen bij kleuters. De onderzoeksvraag die daarbij voorop stond, luidde: welke gedragingen zijn kenmerkend voor kleuters met angst- en gedragsstoornissen en welke typerende, mogelijk deels probleemreducerende gedragingen vertoont de diagnost tijdens afname van individueel diagnostisch onderzoek.

De bovengenoemde doelstelling lijkt, met de nodige reserves zoals in dit hoofdstuk nog zal blijken, bereikt. De resultaten zoals behaald en gerapporteerd in het vorige Hoofdstuk vormen voorlopig een bevredigende beantwoording van de vraagstelling.

In deze paragraaf gaan we in op de conclusies die kunnen worden getrokken in termen van hypothesen in de paragraaf 6.1.1. "Conclusies in termen van hypothesen". Verder wordt ingegaan op de betekenis van de resultaten in termen van de uitgangspunten van het pedodiagnosticum in de paragraaf 6.1.2. "Conclusies in termen van uitgangspunten van het pedodiagnosticum". En tenslotte wordt gespeculeerd over de motivationele betekenis en de veroorzaking van de typerende gedragingen in de paragraaf 6.1.3. "Groepsverschillen: speculaties omtrent het waarom en waartoe?".

6.1.1. Conclusies in termen van hypothesen

De eerder geformuleerde definitieve hypothesen (zie 3.5.) zijn in verschillende mate ondersteund door de resultaten. Sommige hypothe-

sen zijn in het geheel niet ondersteund omdat groepsverschillen ontbreken. Andere hypothesen zijn met een enkel groepsverschil ondersteund of hebben een empirische basis van een groter aantal groepsverschillen. De conclusie in termen van hypothesen staat hieronder vermeld. Tussen haken zijn frequenties gegeven van het aantal geconstateerde significante groepsverschillen, zoals gerapporteerd in Hoofdstuk 5, dat de betreffende interpretatie ondersteunt.

Gedragsgestoorde kinderen schenden aanzienlijk meer de algemeen geldende, geschreven en ongeschreven normen en regels (f=13). Ook vertonen zij storende, onaangename tegen de buitenwereld gerichte gedragingen (f=6), stellen zij zich meer aan (f=4) en maken zij meer (vreemde) geluiden (f=1). In interactie met de diagnost is er minder interesse voor de diagnost (f=9) en is er minder sprake van wederkerigheid (f=5). Zij stellen minder vragen (f=1) en beantwoorden minder vragen (f=3). Zij tonen zich overonafhankelijk (f=10), meer rivaliserend competitief (f=1), negativistisch-afwijzend (f=1) en overheersend en manipulerend dominant (f=5). Zij gehoorzamen minder (f=6), plegen koppig en aanhoudend verzet (f=2) en tasten de grenzen van het toelaatbare af (f=8). Zij laten meer verbale aanvalsgedragingen zien (f=1) en rapporteren meer dat zij onrechtvaardig agressief worden behandeld door anderen (f=1) en zij klagen ook meer over anderen (f=1). Afweermechanismen als compensering (f=3) en reactievorming (opscheppen, bluffen; f=3) treden meer op. Gedragsgestoorde kinderen tonen zich (hyper)actiever (f=17), o.a. in meer locomotorische activiteit (f=6). Verder zitten zij minder lang op hun stoel (f=8) en zijn ze beweeglijker op hun stoel (kunnen minder lang stilzitten; f=7). Rusteloosheid neemt toe in de loop van het onderzoek (f=2). Zij vertonen verder meer impulsieve, onvoorspelbare, ongebruikelijke veranderingen in gedrag (f=4). Zij zijn minder intrinsiek (leer)gemotiveerd (f=16), voleinden minder taken (f=8), laten meer hun ongenoegen blijken over de taaksituatie (f=1) en vragen ook meer wanneer het onderzoek is afgelopen (f=1). Zij vertonen meer lust-onlustbepaald gedrag (f=11) en hebben minder frustratie-tolerantie (f=15) waardoor zij ook meer vermijdend gedrag vertonen (f=20) en actief greep op zaken proberen te krijgen (f=8). Zij geven weinig of onzinnige reacties (clownen; f=8) of houden zich dom, zeggen het niet te weten of te kunnen (f=1).

De **diagnost** is minder responsief en positief (f=2). Hij communiceert meer dat hij de zaak onder controle heeft (f=2) en structureert (ge/verbiedt) meer (f=3); daarnaast negeert hij het probleemgedrag van het kind (f=1). Daarbij motiveert hij meer extrinsiek door meer te belonen (f=1) en meer te prijzen (f=1). Tenslotte giet hij de opdrachten in een zodanige vorm dat het kind het gevoel heeft dat hij voor de opdrachten gekozen heeft.

Angstige kinderen zijn meer verlegen (f=5), trekken zich meer terug (f=3), initiëren minder gesprekken (f=3) en beantwoorden minder vragen (f=3). Zij hebben meer behoefte aan acceptatie van volwassenen (f=2). Zij vertonen de volgende angstgedragingen: meer bewegingsonrust (f=1), niet-doelgerichte bewegingen zonder object (f=1) of met objecten (f=1), meer trillen (f=1), rigide lichaamshouding en lichaamsspanning (f=2), versnelde ademhaling (f=1) en zuchten

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

(f=1). Zij tonen zich geremd door een trage motoriek (f=3), onderactiviteit (f=8) en onderproductiviteit (f=5). Zij kunnen een gebrek aan inspanning tonen en gemakkelijk opgeven (f=2) maar willen graag aan verzoeken voldoen (f=1). Tot slot tonen zij geen realistisch zelfvertrouwen bij het voldoen aan de opdrachten of het beantwoorden van de taakvragen (f=1).

De **diagnost** verschaft bij angstige kinderen meer inzicht in de situatie (f=1), vergroot de voorspelbaarheid van gebeurtenissen (f=1), verwoordt meer actuele angsten (f=1). In gesprek bevestigt hij meer antwoorden (f=1) en reageert hij op momenten van stilte met compenserende overmatige aandacht (f=1). Tenslotte ondersteunt, helpt hij het angstige kind meer (f=6).

Zoals gesteld zijn de definitieve hypothesen (zie 3.5.) in verschillende mate ondersteund door de resultaten. De bronnen van de hypothesen vormen een deel van de classificatie en klinische ervaring, instrumenten en onderzoek (zie 3.5.). In hoeverre deze bronnen hebben bijgedragen aan wel of niet bevestigde hypothesen staat in de onderstaande tabel 78 vermeld.

Tabel 78. Hypothesen-bronnen en aantal wel of niet bevestigde hypothesen

Bron	Aantal bevestigde H	
	wel	niet
Classif./klin.erv.	33	9
GATSB	6	4
CAEF	8	5
SCICA	9	4
Roberts (1990)	1	0
Milich & Loney (1982)	2	0
Field et al. (1987)	3	2
Stiles & White (1981)	2	0
Dienske, Sanders-W & De jonge (1985; 1987)	4	2
Matthys et al. (1998)	5	3
Glennon & Weisz (1978)	4	7

Uit de tabel 78 blijkt dat de bronnen in verschillende mate hebben bijgedragen aan het wel dan niet bevestigen van hypothesen. De classificatie en klinische ervaring heeft gezorgd voor het grootste aantal 'succesvolle' hypothesen (33), al zijn ook een 9-tal hypothesen niet bevestigd. Voor de andere bronnen betreffende instrumenten en onderzoek is de bijdrage aan het cluster bevestigde hypothesen minder groot en staan er relatief ook meer niet-bevestigde hypothesen vermeld in tabel 78.

Je kunt speculeren over de oorzaken waarom de geformuleerde eerder gevonden verschillen op basis van instrumenten en onderzoek zoals

in hypothesen vermeld, niet zijn bevestigd in het onderhavige onderzoek. Deze oorzaken zijn mogelijk ook verantwoordelijk voor het feit dat eerder geen of slechts een beperkt aantal gedragsverschillen zijn gevonden per onderzoek of instrument, terwijl dat aantal in het onderhavige onderzoek aanzienlijk is. Zo is bij geen enkel onderzoek het gedrag van de diagnost bestudeerd, ontbrak voorafgaand aan toetsing een uitgebreide descriptieve basis waardoor mogelijk slechts een beperkt aantal gedragingen zijn geanalyseerd, of zijn bij bepaalde studies de verschillen onderzocht tussen gedragsgestoorde kinderen en kinderen met ADHD in plaats van normale kinderen. Deze en andere verschillen die hieronder per instrument en studie aan de orde komen, zijn mogelijk de oorzaken van het feit dat nu, in tegenstelling tot eerder, juist wel of niet gedragsverschillen zijn gevonden. Een aantal van de verschillen vormen mogelijk ook de oorzaak van het feit dat de eerder behandelde studie van Buitelaar et al. (1994) geen enkel gedragsverschil tussen gedragsgestoorde kinderen en normale kinderen heeft opgeleverd. Omdat de studie van Buitelaar et al. (1994) geen hypothesen heeft opgeleverd ontbreken zij in tabel 78. Tenslotte hebben deze verschillen mogelijk te maken met het feit dat een aantal hypothesen op basis van exploratie niet plausibel leken en in Hoofdstuk 3 reeds zijn afgevoerd en later dus niet getoetst. De volgorde van tabel 78 aanhoudend, zijn de volgende kritische kanttekeningen bij de vermelde instrumenten of onderzoeken en de daarmee geboekte resultaten in verband met de onderhavige resultaten relevant. Voor de details van de instrumenten of studies, zie Hoofdstuk 2.

De **GATSB** is niet ontwikkeld om angst- en gedragsstoornissen vast te stellen en bevat een beperkt aantal, deels algemene categorieën. Dimensies en items zijn wel in verband gebracht met angst- en gedragsstoornissen, maar niet op empirische gronden.

Voor de **CAEF**, gericht op de vaststelling van angststoornissen, geldt ook dat het slechts een beperkt aantal categorieën bevat. Daarbij wordt de CAEF gehanteerd in een interviewsituatie, geen taaksituatie. Verder zijn kinderen met angststoornissen onderscheiden van kinderen met anderssoortige psychiatrische problematiek, maar zij zijn niet vergeleken met normale kinderen. In dit onderzoek waren de onderzochte kinderen in de brede leeftijdsrange van 7-17 jaar en niet 5/6 jaar. Tot slot is het zo dat de resultaten die zijn geboekt met de CAEF zijn gebaseerd op een samengestelde score van observatie en rapportage en niet op basis van observatie alleen.

De **SCICA** is niet specifiek ontwikkeld om angststoornissen vast te stellen. Ook de SCICA wordt grotendeels gehanteerd in een interviewsituatie; de taaksituatie beslaat maximaal 20 minuten. Het aantal proefpersonen van 6 jaar in het psychometrische onderzoek dat ten grondslag ligt aan de Nederlandse SCICA is beperkt (n=10; 5-jarigen komen niet voor). In dit laatstgenoemde onderzoek is het niet gelukt om SCICA observatiescores overtuigend in verband te brengen met angst- en gedragsstoornissen. De correlatie met de betreffende DSM-IV categorieën was zwak. Alleen op niet-empirische,

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

descriptief-analytische gronden zijn items en dimensies met angst- en gedragsstoornissen in verband gebracht.

De meeste laboratorium-achtige onderzoekssituaties waarin is geobserveerd verschillen qua aard en duur van de onderhavige diagnostische situatie. Vaak betreft het een spelsituatie, rollenspel, interview of een taaksituatie van zeer beperkte duur. Daarnaast zijn er nog tal van andere verschillen.

Roberts (1990) heeft niet de gedragsverschillen onderzocht tussen normale- en gedragsgestoorde kinderen maar tussen gedragsgestoorde kinderen en kinderen met ADHD. De gebruikte gedragscategorieën hebben betrekking op hyperactiviteit. Sociale gedragingen die typerend voor gedragsgestoorde kinderen zijn zoals in de onderhavige studie is gebleken, zijn niet geobserveerd door Roberts. Verder is het zo dat in de vrije spelsituatie aan het begin van de observatieprocedure de kinderen werden rondgeleid in de kamer en gezegd dat ze mochten gaan spelen, waarna de volwassene de kamer verliet en slechts 15 minuten observatie volgde. Ook de taaksituatie verschilde wezenlijk van de diagnostische situatie: het kind werd éénmalig aan een taak gezet waarna de volwassene weer de ruimte verliet en slechts 15 minuten observatie volgde. Daarbij is niet onderzocht in hoeverre de taak moeilijkheden opleverde met alle mogelijke gevolgen voor het gedrag. Dit commentaar is overigens onverkort van toepassing op de nagenoeg identieke studie van **Milich & Loney (1982)**.

In de studie van **Field, Sandberg, Goldstein, Gareia, Vega-Lahr, Porter & Dowling (1987)** zijn in een 4-tal situaties van slechts 5 minuten de interactieverschillen tussen gedragsgestoorde kinderen en normale kinderen en hun moeders geobserveerd. Slechts een enkele situatie betrof een taaksituatie. De situaties verschillen in de genoemde opzichten wezenlijk van de onderhavige onderzoekssituatie. In hoeverre het in de studie van Field et al. gaat om zuiver gedragsgestoorde kinderen, dan wel kinderen met de nevendiagnose hyperactiviteit is ook niet duidelijk.

Stiles & White (1981) hebben een vergelijkende studie verricht naar alleen de verbale interactie tussen ouders en kinderen van 8, 9 en 12 jaar met gedragsproblemen en angstproblemen, geen stoornissen, in een 2-tal rollenspelsituaties. Volgens de onderzoekers zou het extralinguïstische kanaal meer geschikt zijn om te differentiëren tussen de interacties van kinderen met angst of gedragsproblemen en normale kinderen. Dit is in het onderhavige onderzoek ten dele bevestigd: naast het verbale gedrag is ook het instrumentele en expressieve non-verbale gedrag relevant gebleken. Verder benadrukken de onderzoekers zelf dat het werken met meer extreme, klinische populaties -bijvoorbeeld met kinderen met angst- en gedragsstoornissen in plaats van angst- en gedragsproblemen- in een meer naturalistische, minder gekunstelde setting met andere taken en gedurende een langere tijd mogelijk meer groepsverschillen te zien geeft. Ook dat laatste, met een diagnost in plaats van de ouders, kunnen we bevestigen. Overigens is het verwonderlijk dat de onderzoekers geen waarde hechten aan hun resultaten -meer structu-

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

reren en ge/verbieden bij gedragsgestoorde kinderen, en meer antwoorden bevestigen bij angstige kinderen- vanwege het grote aantal statistische toetsen die zij hebben uitgevoerd en waarbij dus slechts een 2-tal significante verschillen optraden. De destijds reeds aanwezige klinische ervaringskennis suggereert sterk dat zeker het eerstgenoemde resultaat niet tot de statistische toevalligheden behoort. Beide resultaten zijn bevestigd in de onderhavige studie en suggereren dat de resultaten geen toevalstreffers waren.

De conclusie van **Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge (1985; 1987)** dat de door hen geselecteerde gedragingen in de diagnostische situatie niet gebruikt konden worden om gedragsgestoordheid vast te stellen is strikt genomen juist. Dit impliceert niet dat die vaststelling wel mogelijk is op basis van andere categorieën in een diagnostische situatie met een ander karakter. Hoewel de situatie tijdens kinderpsychiatrisch diagnostisch onderzoek beter vergelijkbaar is met de situatie tijdens de afname van het pedodiagnosticum dan de meeste situaties genoemd in de voorgaande studies, heeft de situatie tijdens de afname van het pedodiagnosticum een uitgesproken taak karakter. Verder observeerde Dienske et al. 'live' een beperkte selectie van gedragingen bij een groot aantal kinderen in een grote leeftijdsrange van 2-17 jaar met uiteenlopende psychiatrische problematiek. De studie draagt noodzakelijk een extensief karakter. Mogelijk zijn relevante, subtiele gedragingen over het hoofd gezien. Het op exploratieve, beschrijvende gronden selecteren van meer gedragingen geobserveerd bij uitsluitend gedragsgestoorde en angstgestoorde kleuters en niet in een leeftijdsrange waarbinnen ontwikkelingspsychologisch grote kwalitatieve gedragsveranderingen optreden, leidt tot gedragsverschillen, zoals in het onderhavige onderzoek is gebleken.

Oorspronkelijk waren Dienske et al. van plan zich te beperken tot concrete, direct observeerbare gedragingen. Dat is niet gelukt, zo melden zij. Bij de observatie van oudere kinderen met angststoornissen spelen symbolische inhouden en wat de kinderen in gesprek rapporteren een belangrijke rol. Ook het verbergen van angsten komt meer voor bij oudere kinderen. Genoemde zaken zijn minder aannemelijk bij jonge kinderen. In de onderhavige studie is gebleken dat je je bij jonge kinderen kunt beperken tot concrete gedragingen. Verder hebben de onderzoekers de selectie van de gedragscategorieën mede laten afhangen van de mogelijkheid tot statistische verwerking; idiosyncratische gedragingen zijn daarom niet geanalyseerd. Behalve dat de beschikbaarheid van statistische methoden analyses niet zouden moeten bepalen, is het afzien van de analyse van idiosyncratische gedragingen moeilijk te rijmen met de constatering van de onderzoekers zelf dat gedragsgestoorde kinderen sterk individuele anti-sociale gedragspatronen vertonen, en dat de wel gekwantificeerde typerende gedragscategorieën van andere stoornissen, waaronder angststoornissen, morfologisch zo weinig homogeen zijn en dat de multivariate samenhang laag is, maar in termen van aanpassing wel degelijk bij elkaar horen. Ofwel: idiosyncratieën zijn het analyseren waard, zoals ook uit het onderhavige onderzoek is gebleken. Tot slot is van belang te benadrukken dat de gedragingen van de diagnost slechts summier zijn geanalyseerd voorzover daar gedragingen van de kinderen mee in verband stonden, bijvoor-

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

beeld wel- of niet antwoorden op vragen van de diagnost, maar vormden geen object van onderzoek.

In de studie van **Matthys, Van Goozen, De Vries, Cohen-Kettenis & Van Engeland (1998)** is het sociale gedrag van gedragsgestoorde kinderen en normale kinderen vergeleken gedurende 13 minuten durend spel, waarbij de reacties van de spelleider in hoge mate werden geprogrammeerd: gedurende een vaststaand aantal minuten werd er geprezen, bekritiseerd of neutraal gereageerd. Het zal duidelijk zijn dat de situatie in de genoemde opzichten nogal afwijkt van de onderhavige diagnostische situatie waardoor de resultaten van de studie van Matthys et al. (1998) en de resultaten van de onderhavige studie niet overeenkomen.

In de studie van **Glennon & Weisz (1978)** zijn in tegenstelling tot de bovenstaande studies een groter aantal voornamelijk non-verbale indicatoren voor angst geselecteerd. Hiermee zijn jonge kinderen in meer en minder angstige taaksituaties van slechts 10 minuten geobserveerd en werden de resultaten gerelateerd aan angstvragenlijsten. Slechts een klein aantal individuele indicatoren bleek te kunnen differentiëren tussen de meer angstige en minder angstige situatie en bleek in verband te staan met de vragenlijsten. De gecombineerde score van alle indicatoren was in beide gevallen een succes. Tekortkomingen volgens de onderzoekers vormen de korte observatieduur waardoor wellicht relatief weinig individuele gedragingen indicatief waren, en het meten van gedragsfrequenties en geen gedragsintensiteit. De voorspellende kracht van individuele gedragingen bij het onderscheiden van normale kinderen en de klinische populatie van angstgestoorde kinderen zou mogelijk groter zijn. Dit gegeven zou aldus de validiteit van de gedragingen en het instrument dat deze gedragingen vormen, bevestigen volgens de onderzoekers. Dat laatste is in onze studie niet het geval gebleken. Zoals tabel 78 ook laat zien is de studie van Glennon & Weisz de enige studie die hypothesen heeft geleverd waarvan er meer niet (7) dan wel (4) zijn ondersteund door de resultaten van onze studie. Het is in onze studie met observaties in een situatie die nogal afwijkt van de studie van Glennon & Weisz, wel degelijk mogelijk gebleken angstgestoorde kinderen te onderscheiden van normale kinderen.

De mogelijke oorzaken van het feit dat het hier gerapporteerde onderzoek en de hier beschreven instrumenten van relatieve waarde zijn gebleken voor de onderhavige studie, dat wil zeggen eerder verschillen hebben opgeleverd die hier niet zijn bevestigd, en omgekeerd (eerder niet, nu wel) kunnen als volgt worden samengevat. De doel en vraagstelling van de studies verschilden van die van deze studie. De opzet van de onderzoeken was daarom in veel opzichten anders. De diagnost was geen object van onderzoek. Verder heeft een exploratieve, descriptieve basis ontbroken. Een gevolg hiervan is mogelijk geweest dat nogal eens gebruik is gemaakt van een beperkt aantal, algemene, soms uitsluitend verbale categorieën of categorieën die primair waren bedoeld om typerende ADHD-gedragingen te meten. Ook de aard en de duur van de geobserveerde situaties verschilden nogal eens van de onderhavige situatie: vaak een beperkt, enkel taakaanbod waarvan de moeilijkheidsgraad onduidelijk

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

was en zonder continue aanwezigheid van een volwassene; veel kortere observaties in het algemeen en in de taaksituatie; veel gesprekssituaties, soms met ouders of moeders of een volwassene die onnatuurlijk geprogrammeerd reageerde. Het interactieve-, gedwongen taak/prestatie-, en regulerings karakter van een langer durende diagnostische situatie met een overwegend taakkarakter, waarbij het kind mogelijk niet aan de taakeisen kan voldoen en sprake is van afleidende taakvermijdende omstandigheden als de aanwezigheid van speelgoed of ramen (Bracken & Paget, 1991), vergroot aanmerkelijk de kans op het optreden van probleemgedragingen (Barkley, 1981; Field et al, 1987; Reid, 1988; Bracken & Paget, 1991; Verhulst, 1992; Boekaerts, 1993). Dit lijkt hier bevestigd.

Ook is er nogal eens direct geobserveerd zonder video-opnamen. Verder stond niet vast in hoeverre de problematiek van de proefpersonen 'zuiver' was. Ook waren de kinderen qua problematiek niet altijd extreem, wat betreft leeftijd vaak ouder of was er sprake van een brede leeftijdsrange. Verder is het verband tussen de geobserveerde gedragingen en angst- en gedragsstoornissen niet helder empirisch aangetoond. Ook zijn bepaalde analyses in de studies niet verricht, zoals trend-analyse.

Tot slot is het van belang te vermelden dat in het onderhavige onderzoek veel meer toetsingen zijn uitgevoerd dan in de bovengenoemde studies waardoor de kans op significante verschillen toenam. Op de problematiek van kanscapitalisatie kom ik terug in 6.2. Methodologische kanttekeningen.

De genoemde oorzaken hebben er vermoedelijk voor gezorgd dat de bijdrage van de studies afzonderlijk in de vorm van bevestigde hypothesen beperkt is gebleven. Classificatie en klinische ervaring zijn rijkere bronnen gebleken. Hiervoor zijn vermoedelijk verschillende oorzaken. De informatie uit deze bronnen is een neerslag van ervaringskennis over de jaren verzameld en uitgewisseld door klinici en heeft betrekking op het gedrag in een diagnostische situatie. Bovendien draagt een aantal classificatie- en klinische ervaringshypotesen een heel algemeen karakter. Bijvoorbeeld: gedragsgestoorde kinderen schenden aanzienlijk meer de algemeen geldende, geschreven en ongeschreven normen en regels. Dit blijkt in concreto op vele, uiteenlopende wijzen te gebeuren tijdens het diagnostisch onderzoek, zo is in Hoofdstuk 5 gebleken. Ofwel: dergelijke algemene hypothesen zijn veel bevestigd. Dit feit en het gegeven dat veel verschillen, ten dele ook gevonden in andere studies, hier zijn bevestigd lijkt een empirische ondersteuning voor de overtuiging van klinici dat testgedrag buiten de test-sessie valide is (zie Hoofdstuk 1). Dit impliceert dat de eerder vermelde stelling van Glutting & McDermott (1988; zie Hoofdstuk 1 en 3) dat testgedrag situatie-bepaald zou zijn, niet kan worden onderschreven.

6.1.2. Conclusies in termen van de uitgangspunten van het pedodiagnosticum

In paragraaf 1.2. (pag.11) zijn het doel en de uitgangspunten van het pedodiagnosticum voor kleuters vermeld en is aannemelijk gemaakt dat, algemeen gesteld, de bouwstenen van de sociaal-emotio-

nele diagnose en van diagnostisch vaardig gedrag geëxpliciteerd dienden te worden. Waar ging het om en in hoeverre is dit gelukt?

Bij de sociaal emotionele diagnose ging het om het observeren en duiden van: de dynamiek van het interactiegedrag van het kind, de reacties op de diagnost, taakstelling en gebeurtenissen als onderdelen van de individueel diagnostische situatie; de aanwezigheid en wisseling van motivaties en emoties; en het nagaan van de beïnvloedingsmogelijkheden van het probleemgedrag. Mogelijke probleemgedragingen die eerder zijn genoemd: een gebrek aan aandacht, zelfvertrouwen of samenwerking. De vaardigheid tot beïnvloeding zou gebaseerd zijn op morfologische kennis van het gedrag en het vermogen om het gedrag juist te interpreteren in termen van motivaties en emoties.

Bij diagnostisch vaardig gedrag ging het om het ad hoc en variabel, probleemgedragreducerend, verbaal en non-verbaal reageren van de diagnost dat is gebaseerd op bovengenoemde perceptuele en interpretatieve vermogens.

Op basis van het gebruik van video-opnamen werd het mogelijk geacht bovenstaande zaken die in hoge mate moment-, persoon- en situatiegebonden lijken, in kaart te brengen. Hiermee zou de bias-gevoelige klinische beeldvorming, veroorzaakt door het ontbreken van een scheiding tussen nauwkeurige descriptie van concreet gedrag en de interpretatie daarvan, kunnen worden doorbroken.

De vraag is: in hoeverre is dit gelukt?

Het is mogelijk gebleken het momentgebundene (bijvoorbeeld gedragingen na afronding van de taak of op het moment dat er fouten worden gemaakt), het persoonsgebundene (extreme gedragingen en uitbijters analyse), en het situatiegebundene (context analyses) in kaart te brengen. Wat betreft de sociaal-emotionele diagnose lijkt het gelukt typerende verbale en non-verbale gedragingen, concrete reacties van angstige- en gedragsgestoorde kinderen op de diagnost, taakstelling en andere gebeurtenissen, morfologisch in kaart te brengen. Dit geldt ook voor het verbale gedrag van de diagnost hoewel bij de analyse van het non-verbale gedrag van de diagnost minder varianten zijn onderscheiden en getoetst.

Het zicht op de preciese dynamiek van de gedefinieerde gedragingen, trend analyses uitgezonderd, en de wisseling van motivaties en emoties is ook beperkt gebleven. Verder is niet exact bepaald in reactie waarop de probleemkinderen zich gedragen zoals zij zich gedragen; gaat het om de diagnost, de taakstelling of zijn er andere factoren? En voor de aanwezigheid van bepaalde motivaties en emoties zijn weliswaar indicatoren gevonden, maar zekerheid ontbreekt. Op de betekenis van gedragingen in termen van motivaties en emoties en de vraag naar het 'waarom' van de gedragsverschillen kom ik uitvoeriger terug in de volgende paragraaf 6.1.3. "Gedragsverschillen: speculaties omtrent het waarom en waartoe?".

Tenslotte zijn er weliswaar typerende diagnostgedragingen gedefinieerd die, althans wat sommige gedragingen betreft, duidelijk in verband staan met het gedrag van het kind -bijvoorbeeld het gebied van de diagnost- maar waarbij het lang niet in alle gevallen duidelijk is of het om probleemgedragreducerend gedrag gaat. Ook hieraan wordt aandacht besteed in de nu volgende sectie.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

6.1.3. Gedragsverschillen: speculaties omtrent het waarom en waartoe?

Op basis van het voorgaande kunnen we concluderen dat er gedragsverschillen bestaan. Hier gaat het om de vraag naar het waarom van deze verschillen, om de mogelijke verklaring van deze verschillen. In het bijzonder gaat het om de vragen:

waarom komen de geconstateerde typerende gedragingen voor en waarom ziet het gedrag eruit zoals het eruit ziet?

Deze vragen kunnen nader gespecificeerd worden in:

1. wat is de **motivationale betekenis** van het gedrag in termen van (1) directe effecten van het gedrag en (2) achterliggende doelen die het kind nastreeft?
2. wat is de **emotionele betekenis** van het gedrag: welke emoties spelen een rol?
3. wat **veroorzaakt** het gedrag in termen van externe gebeurtenissen en omstandigheden?

In Hoofdstuk 3 is gesteld dat het in deze studie gaat om het verzamelen van concrete gedragingen die mogelijk indicatief zijn voor de veronderstelde emotionele en motivationele toestand van het kind. Hier gaat het er eigenlijk voor het eerst om, vertrekkende vanuit het concrete gedrag, specifieke motivationele en emotionele toestanden te veronderstellen en te bepalen in hoeverre die veronderstellingen plausibel lijken. In een aantal van de 'bevestigde' hypothesen wordt verwezen naar de motivationele en emotionele toestand van het kind. Gedragingen zijn onder hypothesen 'geschoven'. Echter: alleen naar het gedrag verwijzen is onvoldoende om de motivationele en emotionele verklaring te bewijzen, al ligt de motivationele en emotionele betekenis, in het bijzonder het directe effect, van sommige gedragingen wel heel erg voor de hand. Zoals we in Hoofdstuk 3 hebben gezien ligt volgens sommigen (Kummer, 1986; Richer, 1994) de bijdrage van de ethologie aan de psychiatrie in het stellen van de motivationele en emotionele diagnose en het aantonen van de biologische dysfunctionaliteit van bepaalde gedragingen. Ethologen maken overigens geen wezenlijk onderscheid tussen emotie en motivatie, zoals later nog zal worden toegelicht, zodat bij herhaling in termen van motivaties zal worden gesproken zonder expliciet ook over emoties te spreken.

Ethologische onderzoek en concepten leveren inderdaad een bijdrage aan het beantwoorden van de bovengenoemde vragen, zoals hieronder nog zal blijken.

Eerst worden ethologische inzichten betreffende motivationeel conflict aan de orde gesteld en in verband gebracht met de hier gevonden gedragsverschillen. Dit gebeurt in paragraaf 6.1.3.1. "Motivationeel conflictgedrag". Vervolgens wordt aandacht besteed aan manieren om angst en onzekerheid te reduceren. Deze manieren dragen een universeel karakter, zo heeft ethologisch onderzoek

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

aangetoond. Een aantal typerende gedragingen van gedragsgestoorde kinderen zijn duidelijk interpreteerbaar in termen van angst en onzekerheidsreductie. Maar ook de diagnost laat bij de angstgestoorde kinderen universele gedragswijzen zien die erop gericht zijn angst en onzekerheid bij het kind te reduceren. Dit vormt het onderwerp van paragraaf 6.1.3.2. "Angst en onzekerheidsreducerend gedrag". De laatste ethologische bijdrage aan de interpretatie van de geconstateerde gedragsverschillen komt aan de orde in paragraaf 6.1.3.3. "De aard van de interactie: verstoring van adaptieve balansen". Zoals de titel al aangeeft gaat het daarbij om de interpretatie van de gedragsverschillen in termen van verstoorde biologisch-functionele balansen die in interactie en relatievorming en rol spelen.

Naast ethologisch onderzoek is het onderzoek naar faalangst en faalangstreductie relevant voor de interpretatie van een aantal gedragverschillen. Deze relevantie wordt toegelicht in paragraaf 6.1.3.4. "Faalangst en faalangstreductie".

Tenslotte wordt deze paragraaf 6.1.3. afgesloten met paragraaf 6.1.3.5. "Afsluiting: concrete diversiteit & motivationele eenheid van gedrag". In deze paragraaf worden de speculaties samengevat betreffende het hoe en waarom van de gedragsverschillen, de motivationele en emotionele betekenis en veroorzaking, ofwel de kernvragen van deze paragraaf 6.1.3. "Gedragsverschillen: speculaties omtrent het waarom en waartoe".

Hieronder worden wederom alleen titels van gedragscategorieën genoemd. Voor de vierde en laatste keer wordt verwezen naar Bijlage 2: Gedragscategorieën, alwaar de gedragscategorieën op titel alfabetisch geordend staan vermeld.

6.1.3.1. Motivationeel conflictgedrag

In de dierethologie is motivationeel conflict een bekend gedragsverschijnsel (Van Rhijn & Westerterp-Plantinga, 1989). Ook op mensen is het concept toegepast, waarbij in het geval van psychopathologie angst/vrees en frustratie een centrale rol lijken te spelen (zie onder andere Tinbergen & Tinbergen, 1983; Hinde, 1977; McGuire & Fairbanks, 1977; Richer, 1994). Waar gaat het om? Het is zeer waarschijnlijk dat bij vrijwel alle sociale ontmoetingen tussen soortgenoten conflicten tussen verschillende gedragssystemen ontstaan (Van Rhijn & Westerterp-Plantinga, 1989). Nagenoeg alle sociale situaties zijn meestal mild en kortdurend motivationeel conflictmatig en in dat opzicht "frustrerend". De vorm van de sociale gedragingen doen dan ook denken aan een vermenging van componenten uit verschillende sociale gedragssystemen, meestal: naderen of afstand nemen, vechten of vluchten. Dit motivationele conflict is het gevolg van de interactie tussen meerdere gedragssystemen. Conflicten tussen verschillende systemen voor sociaal gedrag kunnen volgens Van Rhijn & Westerterp-Plantinga (1989) op 3 verschillende wijzen tot uitdrukking komen:

1. Overspronggedragingen: deze gedragingen lijken in het geheel niet te passen bij de situatie of de gegeven omstandigheden en zijn dan ook afkomstig van een ander, niet relevant gedragssysteem. Het friemelen aan kleren in een sociale situatie van verlegenheid is een voorbeeld van menselijk overspronggedrag.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

2. Ambivalentie: componenten uit verschillende gedragssystemen zijn aanwezig. Er zijn twee hoofdvormen van ambivalent gedrag: successieve ambivalentie en simultane ambivalentie. Successieve ambivalentie heeft betrekking op opeenvolgende dynamische ambivalente gedragingen, bijvoorbeeld afwisselend naderen en zich meer op afstand begeven. Simultane ambivalentie heeft betrekking op simultaan statisch ambivalent gedrag, bijvoorbeeld een dreigende houding aannemen waarbij elementen van aanval en vlucht in het gedrag traceerbaar zijn.
3. Omrichting: hierbij gaat het om gedragingen die niet gericht zijn op het individu dat het gedrag heeft opgewekt. Een klassiek voorbeeld is beschreven door Tinbergen (1952). Hij vond dat zilvermeeuwen bij het vestigen en verdedigen van hun territoria hun aanvallen niet richten op soortgenoten maar op graspollen in de grensstreek.

Uit ethologisch onderzoek blijkt dat de eerstgenoemde reactiewijze van Overspronggedragingen optreedt wanneer van een **milde** frustratie of motivationeel conflict sprake is. Volgens Grant (1967) zouden overspronggedragingen spanning verminderen. Ambivalentie en Omrichting treden op bij **matige** frustratie of motivationeel conflict (Grant, 1967; Eibl-Eibesfeldt; 1989; Richer, 1994). Een aantal van de hier gedefinieerde gedragingen die groepsverschillen hebben opgeleverd zijn vormen van de drie onderscheiden conflictgedragingen. Ook zijn veel groepsverschilgedragingen vormen van het hieronder nog te behandelen type **zwaar** conflictgedrag. Veel van deze gedragingen hebben extreme waarden en uitbijters opgeleverd en groepsverschillen gegeven. Hier beperken we ons alleen tot de rapportage van motivationele conflictgedragingen die groepsverschillen hebben gegeven, waarbij tussen haken staat aangegeven om welk groepsverschil het gaat. Om welke concrete vormen van milde, matige en zware conflictgedragingen gaat het en zijn bepaalde typen -mild, matig of zwaar- kenmerkend voor probleem- of normale kinderen?

Mild motivationeel conflictgedrag

De gedragingen 'Gezicht wrijven' (G>N), 'Gapen' (G>N), 'Objectmanipulatie' (G>N), 'Geluiden maken' (G>N), 'Zelfaanraking: statisch' (N>A en toename N), 'Zelfaanraking: krabben' (N>A en toename N) en 'Zelfaanraking: wrijven' (toename N) zijn vormen van Overspronggedrag.

Volgens Grant (1967) zou gapen de minst milde vorm van overspronggedrag zijn. De functie van gapen bij dieren is divers (o.a. dreiging, synchronisatie van groepsleden). Het gaat om een hoogst stereotyp universeel, oud evolutionair restant -alle zoogdieren, vogels en zelfs reptielen gapen- en zou bij de mens staan voor het toenadering/vermijding motivationele conflict (Eibl-Eibesfeldt, 1989). Bij een extreem frustrerende situatie waarbij van een intens motivationeel conflict sprake is, kan slaap intreden, zo is geconstateerd bij soldaten in oorlogssituatie (Eibl-Eibesfeldt, 1989).

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Overigens staan hieronder bij beweeglijkheidsvarianten van motivationeel conflict 'Achterover hangen' en 'Over tafel hangen' vermeld. Mogelijk zijn dit tussenvormen tussen het mild en matig conflictmatige gapen en zwaar conflictmatige slapen in.

Matig motivationeel conflict

De onderstaande gedragingen zijn vormen van successief ambivalent motivationeel conflictgedrag. Deze conflictgedragingen gaan vooraf aan de door het kind gewenste eindtoestand: afgewend of op afstand zijn van de diagnost en onderzoekstafel. Ook gaan deze gedragingen vooraf aan het motivationeel éénduidige gedrag dat tot die eindtoestand leidt, namelijk: wegdraaien en van de stoel weglopen. Het gaat om de gedragingen 'Naar achteren zitten' ($G > N$ en toename), 'Half zitten' ($G > N$ en toename), 'Van de stoel vallen' ($G > N$ en toename), en 'Balanceren' (toename G). Bij geen van deze gedragingen is sprake van één van de conflictmatige gedragspatronen: weglopen van tafel of gewoon aan tafel zitten. In plaats daarvan treden gedragingen op die 'ertussen in zitten'.

Dat van gewoon aan tafel zitten geen sprake is, blijkt nog eens extra uit de gedragsverschillen betreffende de categorieën 'Recht aan tafel zitten' ($G < N$) en 'Kijken naar handelen van de diagnost' ($G < N$). Ook zich in de ruimte bewegend blijkt het gedragsgestoorde kind niet de nabijheid van de diagnost te behouden of te zoeken. Het kind is letterlijk weinig volgzzaam getuige het gedragsverschil van 'Volgen' ($G < N$).

Als het gedragsgestoorde kind dan toch wegloopt van tafel, blijkt het gedragsgestoorde kind niet probleemloos, éénduidig gemotiveerd -hetgeen aannemelijk is want het is niet toegestaan- getuige het meer voorkomen van het 'Overdreven lopen' ($G > N$).

Het laatste gedragspatroon ('Overdreven lopen') is een vorm van simultaan ambivalent gedrag. Ook andere simultaan ambivalente gedragingen komen voor, zoals 'Toegewend op afstand' ($A > N$ en toename A).

Volgens Grant (1967) treden bij primaten, waarbij inbegrepen de mens, simultaan ambivalente gedragingen vooral op in de gelaatsexpressie. Gelaatsexpressies zijn betrouwbare, voor het grootste deel onvrijwillige emotionele indicatoren voor iemands bereidheid op een specifieke wijze te handelen (Eibl-Eibesfeldt, 1989). Hoewel verschillen betreffende een aantal gedefinieerde negatieve en ambivalente angstige gelaatsexpressievarianten ontbreken, lijkt het in dit verband wel veelzeggend dat het positief-éénduidige alternatief 'Gelaatsexpressie: neutraal, aandacht en concentratie' minder voorkomt bij gedragsgestoorde kinderen.

Daarnaast lijken ook andere gedragspatronen een simultaan ambivalent karakter te dragen, dat wil zeggen: delen van andere gedragsvarianten treden op hetzelfde moment op. Dat leek ook het geval bij de gedragscategorie 'Gereduceerd melodieus zingen, fluiten, neuriën & schreeuwend zingen' ($G > N$). Dit gedrag wekte, door de omschreven kwaliteit van zingen, de indruk dat er sprake was van quasi-onverschilligheid of quasi-vrolijkheid en daarmee van ambivalentie waarbij angst vermoedelijk een rol speelt.

De gedragingen 'Taakparallel storen' ($G > N$), 'Bijzondere stemge-

ving/verdraaiing' bij taakantwoorden' en het semi-agressieve 'Bekritisieren' geven ook blijk van simultane ambivalentie. Ook de typische gesprekscategorieën 'Initiëren van gesprek' (G<N), 'Niet reageren' (G>N), 'Herhaling van de vraag' (G>N), 'Irrelevant antwoorden' (G>N), 'Summier antwoorden' (G>N) en 'Gebaren' (N>G) geven blijk van ambivalente gespreksvoering, dat wil zeggen: gespreksvermijding zonder je op afstand te begeven van je gesprekspartner.

Simultane ambivalente conflictgedragingen als houdingen en gelaats-expressies zijn in de ethologische literatuur gemeld. De hier vermelde subtielere, verbale vormen niet. De functionele equivalentie van de bekende en hier beschreven vormen lijkt echter aannemelijk.

Eerder is gesuggereerd dat bij sociale confrontaties en ontmoetingen het motivationele conflict tussen naderen en weggaan in meer of mindere mate altijd een rol speelt. De motivatie om weg te willen en te vluchten uit de angstopwekkende diagnostische situatie zou bij de probleemgroepen wel eens groot kunnen zijn, zoals hieronder nog zal worden toegelicht. Dat is echter niet mogelijk en deze geblokkeerde motivatie kan resulteren in een forser motivationeel conflict, met alle conflictgedragingen die daarbij horen. Daaronder vallen ook semi-vluchtgedragingen in een situatie waarin vluchten onmogelijk is en die ook behoren tot de ambivalente vorm van motivationeel conflictgedragingen. Hierbij gaat het om gedragsvarianten die voorafgaan aan weglopen, zich op afstand begeven of vluchten. De functie van dergelijke gedragingen is de reductie of eliminatie van de ontvangst van de angstopwekkende stimulus. Zulke semi-vluchtgedragingen in situaties waarin vluchten onmogelijk of moeilijk is, staan te boek als 'cut-off gedrag' (Chance, 1962). De meest simpele en duidelijke vormen kunnen volgens Chance (1962) worden afgeleid van de intentie-bewegingen die voorafgaan aan- en optreden bij vluchten, zoals hoofd of lichaam wegdraaien (de categorie 'Wegdraaien' komt hieronder nog aan de orde). Bij andere vormen is dat niet het geval, maar is de genoemde functie evident, zoals het afschermen van de zintuigen met andere lichaamsdelen of het sluiten van de ogen. Bij sommige dieren die leven in groepen reguleren deze gedragingen het sociale verkeer zodat daadwerkelijk vluchten uit de groep met alle gevaren vandien, wordt voorkomen; deze vormen komen overigens ook voor tijdens het diagnostische onderzoek, denk bijvoorbeeld aan de gedragscategorieën 'Ogen gesloten' en 'Gezicht en ogen bedekken'. Ook op de niveau's van waarneming en informatieverwerking lijkt perceptuele- en cognitieve 'cut-off' te kunnen optreden. Denk bijvoorbeeld aan het Oost-indisch dove 'Niet reageren' en aan de hier onderscheiden vormen van afweermechanismen. De hier gedefinieerde conversationele gedragingen als 'Summier reageren', minder 'Initiëren van gesprek' en minder 'Gebaren' zijn vormen van 'verbale cut-off'. Als vluchten niet mogelijk is, wordt het contact, de communicatie minimaal gehouden. Ook 'verbale cut-off' is in de ethologische literatuur niet vermeld, maar ook nu weer lijkt het te gaan om subtielere, humane, functioneel equivalente vormen van non-verbale cut-off.

Van Rhijn & Westerterp-Plantenga (1989) benadrukken dat de genoemde gedragsvormen: Overspronggedrag, Ambivalentie, en Omrichting, vooral voorkomen bij sociale confrontaties. Van Omrichting zijn

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

overigens ook representanten in het onderhavige onderzoek, bijvoorbeeld 'Destructief handelen', maar die categorieën hebben geen groepsverschillen gegeven en blijven dus verder onbesproken. Grant (1967) stelt dat Omrichting en Overspronggedrag niet alleen kunnen optreden in het geval van concurrerende gedragssystemen of ambivalente motivatie, maar ook in het geval een geblokkeerde éénduidige motivatie ofwel de verhindering van de expressie van één gedragsstelsel. De voorgaande conflictgedragingen worden zoals gezegd in verband gebracht met milde en ook matige, meestal kortdurende frustratie. Dat is niet het geval bij de onderstaande vormen van zwaar motivationeel conflictgedrag.

Zwaar motivationeel conflict

Eibl-Eibesfeldt (1989) stelt dat in situaties waarin een specifieke motivatie langerdurend onbevredigd blijft en waarbij dus van ernstige frustratie of stress gesproken kan worden typerende motivationele conflictgedragingen kunnen optreden. Bijvoorbeeld: stereotype gedragingen, repetitieve gedragingen, routines, of obsessies. De motivatie blijft dan op een tamelijk hoog niveau gehandhaafd waarbij het niet of nauwelijks kunnen vertonen van het gemotiveerde gedrag leidt tot abnormale gedragsstereotypie.

De onbevrediging kan twee oorzaken hebben. Ten eerste kan de onbevrediging het gevolg zijn van een ernstige, langerdurend intern motivationeel conflict. Ten tweede kan de onbevrediging het gevolg zijn van de frustratie van één bepaald gedragssysteem door externe omstandigheden, waarbij de gedragingen die tot dat systeem behoren niet kunnen worden uitgevoerd. Met behulp van de wel beschikbare prikkels zou het organisme een substituuut voor het gefrustreerde systeem kunnen ontwikkelen dat zich openbaart als stereotype gedragingen. Door het uitvoeren van deze gedragingen lijken organismen overigens in staat de fysiologische stress te verlagen (zie o.a. Cronin, Wiepkema & van Ree, 1985). Thelen (1980) voegt daaraan toe dat de behoefte aan vestibulaire stimulatie mogelijk samenhangt met de doorbreking van sociale isolatie en het angstreducerende effect dat daarbij behoort. Dit is volgens haar plausibel gezien het feit dat baby's -als het goed is- veel tijd besteden aan rondgedragen worden en dat gehospitaliseerde kinderen stereotype bewegingen kunnen ontwikkelen.

De stereotype gedragingen en routine gedrag die gedragsverschillen hebben gegeven zijn 'Stereotyp bewegen met hoofd, ledematen' (A>N en toename), 'Stereotyp bewegen met torso' (A>N en toename) en Echokinese (toename A).

Een andere vorm van motivationeel conflictgedrag die optreedt bij ernstige frustratie is Overbeweeglijkheid (Tinbergen & Tinbergen, 1983; Eibl-Eibesfeldt, 1989; Richer, 1994). Er zijn reeds een aantal vormen van beweeglijkheid onderscheiden bij successief ambivalent motivationeel conflictgedrag. Daarnaast vallen de categorieën 'Over tafel hangen' (G>N en toename), 'Achterover hangen' (toename G), 'Lopen' (G>N), 'Rennen' (G>N) en 'Kruipen' (G>N) ook onder beweeglijkheid.

'Kruipen' heeft overigens ook een duidelijk regressief element, evenals categorieën die geen groepsverschillen hebben gegeven, zoals bijvoorbeeld 'Dreinen' en 'Pruilen'. Regressief gedrag heeft

betrekking op gedrag dat vertoond wordt door jonge kinderen. Volgens Abe (1988) zijn de reacties van kinderen op stress onafhankelijk van de cultuur en de opvoedingspraktijk en tenminste voor een deel analoog aan gedragingen van niet-humane soorten. Bovendien vertonen zij in bepaalde leeftijdsfasen -voor die fase- typerende gedragingen in reactie op stress. Voor de onderhavige studie zijn de kleuterreacties van belang. Onder de 8 jaar vertonen kinderen vooral regressie, gedragingen die typerend zijn voor een vroegere leeftijdsfase, zoals huilen, dreinen, op zeur- of babytoon spreken, handelingen niet alléén willen verrichten, of als een baby benaderd en verzorgd willen worden. In die fase zijn de universele, aangeboren gedragingen effectief voor ouderlijke bemoeienis en verzorgend, ondersteunend gedrag, zoals dat bij baby's gebruikelijk is. Dit zogenaamd kinderachtig, aandachtvragend gedrag is kortom functioneel. Maar ook later vergroot het regressieve repertoire de overlevingskansen, zo is aangetoond onder moeilijke omstandigheden bij ouders en kinderen, omdat het gedrag specifieke ouderlijke zorgresponsen uitlokt (Eibl-Eibesfeldt, 1989).

De functie van 'cut-off' is zoals gezegd de reductie of eliminatie van de ontvangst van de angstopwekkende stimulus. Behalve de 'cut-off' gedragingen zijn er nog andere reacties mogelijk op ongewenste, mogelijk angstwekkende maar onvermijdelijke stimuli. De functie van deze gedragingen is de reductie van uitgaand gedrag dat aanval kan uitlokken. In situaties waarin vluchten niet mogelijk is, kan minimaal gedrag in de vorm van gedrags- en bewegingsremming optreden. Aangezien beweging een belangrijke component vormt van het uitlokken van aanval, is de kans op een aanval bij onbeweeglijkheid of 'bevroren' kleiner.

Een aantal partiële en meer gegeneraliseerde vormen van onbeweeglijkheid of vormen van dynamische en statische spanning, en gedragsremming of inhibitie hebben groepsverschillen gegeven: 'Hoogspanning' (A>N en afname A), 'Niet soepel bewegen' (A>N), 'Stagneren' (A>N), 'Bevroren' (afname A) 'Asymmetrische houding' (afname A), 'Grootspraak achteraf' (A<N), 'Spontaan helpen opruimen' (A<N), 'Initieren van gesprek' (A<N), 'Niet reageren' (A>N), 'Gebaren' (A<N), 'Afwachten' (A>N), 'Kamer rondkijken' (A<N) en 'Ineengedoken zitten' (afname A) .

Bij de laatstgenoemde gedragscategorie, waarbij de persoon die het gedrag vertoont zich ook kleiner maakt en gekromd zit, is mogelijk ook nog een andere functie aan de orde. Om dominantie ten toon te spreiden is het accentueren van de schouders bij mannen om de lichaamsgrootte -het equivalent van kracht en macht- te benadrukken en je groot maken universeel (Eibl-Eibesfeldt, 1989). Om ondergeschiktheid te communiceren maken mensen zichzelf kleiner, wordt het hoofd en de schouders ingetrokken of laat men het hoofd hangen. Dit is in overeenstemming met Darwins principe van antithese: signaalgedragingen die qua vorm elkaars tegenpool zijn, lijken ook wat betreft de inhoud van de mededeling tegengesteld aan elkaar (Darwin, 1872).

Volgens Grant (1967) treden de genoemde gedragingen, onbeweeglijkheid en gedragsremming, bij de mens op in situaties waarin grote angst een rol speelt. Bij de mens treedt een sterk gekromde houding op in emotioneel intense, sociale situaties, wanneer een sterke angstprikkel optreedt waaraan niet ontsnapt kan worden.

Dit laatste gedragspatroon heeft ook verschillen gegeven: 'Abrupte

sterke houdingsverandering' (afname A).

Mogelijk hebben we hier te maken met verwarrende responsen in de vorm van onverwachte, bizarre bewegingen die de functie hebben de tegenstander in verwarring te brengen (Chance & Russell, 1959). Het treedt op in situaties met een hoge emotionele intensiteit en is in sociale situaties zeer effectief in het stoppen van een agressieve aanval.

Tenslotte hebben een 2-tal vormen van het type zwaar conflictgedrag impulsiviteit. Impulsiviteit impliceert te vroeg, te intens, te partiëel reageren. Het gaat om de categorieën 'Onderbreken van verbale uitingen van de diagnost' (G>N) en 'Onderbreken van handelingen van de diagnost' (G>N).

Deze laatste gedragingen zijn overigens ook exemplarisch voor het feit dat de balans dominantie-submissie bij de gedragsgestoorde kinderen niet in evenwicht is: veel gedragingen van gedragsgestoorde kinderen hebben betrekking op pogingen tot dominant-zijn, zoals hieronder nog ter sprake zal komen.

Probleemgroepen: matig en zwaar motivationeel conflictgedrag

Vatten we het voorgaande tabelsgewijze samen, waarbij de aantallen groepsverschillen van mild, matig en zwaar motivationeel conflictgedrag per groep (**G**edragsgestoord, **A**ngstig en **N**ormaal) zijn bepaald, dan resulteert tabel 79.

Tabel.79 Aantallen groepsverschillen van mild, matig en zwaar motivationeel conflictgedrag (MC) per groep

		G	A	N
Mild	MC	5	0	4
Matig	MC	23	2	1
Zwaar	MC	6	12	0

Op grond van het voorgaande suggereren de aantallen dat het diagnostisch onderzoek voor de angstige kinderen vooral **zwaar** frustrerend is.

De aantallen genoemd bij de normale groep suggereren dat de situatie, eigenlijk heel begrijpelijk wel degelijk frustrerend is, zij het **mild**.

Bij de de gedragsgestoorde kinderen komen veel matig motivationele conflictgedragingen voor. Gezien dat feit en het gegeven dat een aantal van de matige, successief motivationele conflictgedragingen ook vormen van zware conflictmatige beweeglijkheid zijn, lijkt de diagnostische situatie ook voor de gedragsgestoorde kinderen niet alleen **matig** frustrerend maar ook **zwaar** frustrerend.

Om een eerste indicatie te krijgen van de mogelijke **oorzaken** van deze frustratie in termen van externe gebeurtenissen en omstandigheden, zijn aantallen groepsverschillen per groep bepaald betreffende zwak, matig en zwaar motivationeel conflictgedrag (MC) in de taak en de gesprekcontext (zie tabel 80).

Tabel 80. Aantallen groepsverschillen van zwak, matig en zwaar motivationeel conflictgedrag (MC) per groep in de taakcontext en de gesprekcontext

	Taakcontext			Gesprekcontext		
	G	A	N	G	A	N
Zwak MC	2	0	2	0	0	1
Matig MC	8	1	0	12	1	0
Zwaar MC	2	6	0	1	4	0

Tabel 80 suggereert dat zowel de taaksituatie als de gespreksituatie voor de gedragsgestoorde kinderen **matig** en deels vermoedelijk ook **zwaar** frustrerend is. Immers, een aantal van de matige beweeglijkheidsconflictgedragingen zijn ook zwaar. Ook voor de angstige kinderen zijn de taak- en gespreksituatie **zwaar** frustrerend.

De aantallen genoemd bij de normale groep suggereren dat zowel de taak- als de gespreksituatie **mild** frustrerend zijn.

Natuurlijk is het tamelijk grof om te stellen dat een 'situatie' frustrerend is. Wat je eigenlijk wilt weten, is: welke **factoren** in bepaalde situaties zijn frustrerend? De beantwoording van deze vraag vergt dat je exact in de tijd traceert op welke momenten conflictgedragingen optreden om een indicatie te krijgen om welke factoren het gaat: het specifieke non-verbale en/of verbale gedrag, de aard van de activiteit, de taak en de moeilijkheidsgraad ervan. Er zijn sterke aanwijzingen dat een **combinatie** van deze factoren het meest waarschijnlijk is (Richer, 1994). Na het traceren en identificeren van factoren moet experimentele manipulatie volgen. Hierop kom ik terug in 6.3. Verder onderzoek. Een aantal speculaties omtrent mogelijke factoren ligt nu reeds voor de hand.

Het zal duidelijk zijn dat in een gespreksituatie sociale factoren een grotere rol spelen dan in de taaksituatie. Het gaat immers om een meer 'zuivere' sociale situatie in vergelijking tot de taaksituatie. Wel is het zo dat er weer een taak aankomt na het gesprek. Dat kan ook motivationeel conflictgedrag doen ontstaan, bijvoorbeeld de geblokkeerde motivatie om te vluchten voor de taak die komen gaat.

De aard en vorm van de conflictgedragingen die voorkomen bij gedragsgestoorde- en angstige kinderen in de taak- en gespreksituatie suggereren echter dat zowel het sociale bij gespreksvoering als de taken vermoedelijk frustrerend zijn. Dit wordt toegelicht.

Bij de **gedragsgestoorde kinderen** komen in de taaksituatie een aantal beweeglijkheidsvarianten voor die in de loop van het onderzoek toenemen en die sterk suggereren dat het kind van de stoel wil opstaan of wegdraaien en weglopen van tafel. Deze gedragingen zijn eerder gekenschetst als successief ambivalent motivationeel conflictgedrag. Dat de suggestie van de behoefte om op te staan en weg te lopen juist lijkt, blijkt ook uit het daadwerkelijk meer optre-

den van 'Opstaan' (G>N) en 'Weglopen' (G>N), zoals we eerder hebben gezien.

Ook uit andere gedragingen blijkt op subtielere wijze dat het kind de taak zoals gesteld wil vermijden. Maar liefst een 3-tal varianten van Taakverandering: om toestemming vragen, melden en daadwerkelijk doen; en een 4-tal varianten van Taakonderbreken: om toestemming vragen, melden, daadwerkelijk doen en volharden in onderbreken, komen bij de gedragsgestoorde kinderen meer voor. Eerder zijn een aantal subtiele vormen van simultaan ambivalente conflictgedragsvormen van gespreksvoering onderscheiden. Hierbij converseert het kind, maar waarbij in de wijze waarop dat gebeurt tot uitdrukking komt dat het kind het gewone gesprek vermijdt, bijvoorbeeld door summier te antwoorden op vragen of door schreeuwend te antwoorden. Analoot daaraan zou je de varianten van Taakverandering ook als subtiel ambivalent simultaan conflictgedrag kunnen interpreteren: het gaat niet om 'gewoon de taak uitvoeren', noch om 'de taak niet uitvoeren', maar om 'de taak anders uitvoeren'.

Bij de gedragsgestoorde kinderen komen in de gespreksituatie 'Wegdraaien' en een aantal andere simultaan ambivalente beweeglijkheidsgedragingen voor, waarbij 'Wegdraaien' tijdens gesprek in de loop van het onderzoek toeneemt. Dat het gedragsgestoorde kind ook tijdens gesprekken bij voorkeur wegblijft, blijkt uit het feit dat gedragsgestoorde kinderen in de gesprekssituatie meer lopen. Daarnaast komen een aantal subtiele ambivalente typische gespreksvarianten voor waaruit blijkt dat gedragsgestoorde kinderen gewone gespreksvoering willen vermijden, zoals eerder geconstateerd.

Bij **angstgestoorde kinderen** komen minder dynamische, meer statische, geremde vormen van conflictgedrag voor, zowel in de taak als in de gespreksituatie. Het lijkt minder gemakkelijk dan in het geval van de gedragsgestoorde kinderen te achterhalen wat het angstige kind frustreert. Gaat het om interne of externe blokkades, en in het laatste geval: om welke externe factoren gaat het dan precies?

In de Taaksituatie komt bij angstgestoorde kinderen meer gedrag voor dat sociaal motivationeel conflictmatig is, zoals meer 'Toegewend op afstand'; meer motivationeel conflictmatig faalangstig gedrag dat betrekking heeft op de taakuitvoering, zoals: 'Niet soepel bewegen' en 'Stagneren'; meer algemeen motivationeel conflictmatig gedrag, zoals: meer 'Hoogspanning' en 'Stereotype bewegingen met hoofd/ledematen'; en tenslotte meer geremd gedrag, zoals: minder 'Spontaan helpen opruimen'. Dit laatste gedrag zou een sociaal aspect kunnen hebben, immers het gaat hier om meehelpen van de diagnost.

Het blijft echter onduidelijk welke externe factoren frusteren. Mogelijk dat beide factoren, taak en de sociale interactie, een rol spelen. Er zijn ook aanwijzingen dat de nieuwe en daardoor mogelijk onzekere, beangstigende diagnostische situatie van meet af aan - zonder dat er met elkaar is gesproken en zonder dat er taken zijn verricht - frustrerend is. Dit blijkt uit het meer voorkomen van 'Afwachten' en minder voorkomen van 'De kamer rondkijken'.

Dat niet primair sociale maar nieuwe, onzekere, complexe situaties motivationeel conflictgedrag kunnen induceren is aangetoond bij autisten (Van Engeland, Bodnar en Bolhuis, 1985).

Het is ook mogelijk dat gedurende het onderzoek de genoemde facto-

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

ren, onzekerheid wat betreft de gebeurtenissen, de taken en de sociale interactie alle drie in meer of mindere mate steeds een rol blijven spelen. Mogelijk dat er nog andere, niet onderkende factoren in het spel zijn. De blokkade kan ook intern bepaald zijn: misschien is er sprake van chronisch motivationeel conflict gedrag dat marginaal fluctueert onder invloed van externe factoren. Gezien de kenmerken van de overmatige angststoornis zoals in Hoofdstuk 2 vermeld en het gedrag tijdens het diagnostisch onderzoek lijkt deze herdefiniëring van toepassing, zoals ook Richer (1994) suggereert. Hij herdefiniëert uiteenlopende probleemgedragingen en stoornissen in termen van motivationeel conflict. Ook de gedragingen van kinderen met ADHD. Op deze interpretatie valt af te dingen. Het voert te ver om hierop in te gaan. In het geval van angststoornissen en gedragsstoornissen lijkt de motivationeel conflicthypothese daarentegen wel vruchtbaar.

In de meer zuivere sociale gesprekssituatie komen wederom een aantal vormen van geremd gedrag voor: minder 'Initiëren van gesprek', meer 'Niet reageren' en minder 'Gebaren'. Merk op dat het hier gaat om geremd sociaal gedrag, waarbij het mogelijk gaat om een angstige sociale situatie die het kind bij voorkeur vermijdt maar waarbij dat niet zo dynamisch tot uitdrukking wordt gebracht als bij de gedragsgestoorde kinderen het geval is. De conclusie dat de frustratie bij angstige kinderen althans voor een deel sociaal bepaald is, ligt voor de hand.

Deze laatste conclusie lijkt op te gaan voor **beide** probleemgroepen. De sociale situatie frustreert en de probleemgedragingen die zo typerend zijn voor de probleemgroepen zijn een gevolg.

Met het oog op de veronderstelde probleemgedragreductie door de diagnost is een vraag: tracht de diagnost in zijn gedrag deze frustratie te minimaliseren en probleemgedrag te reduceren? Zijn bepaalde diagnostgedragingen in dit opzicht mogelijk relevant? Dat lijkt inderdaad zo te zijn. Tinbergen & Tinbergen (1983) en Richer (1975; 1994) stellen dat je het extreme, sociale motivationele naderen/vermijdingsconflict bij autistische kinderen kunt reduceren door als volwassene of zeer behoedzaam naderend of juist zeer indringend -met een sociaal appèl waaraan niet te ontsnappen valt- te werk te gaan. De reductie van angst en motivationeel conflict vindt niet plaats als men zich 'normaal' gedraagt, dat wil zeggen met een gemiddeld, niet te sterk, niet te zwak sociaal appèl zoals in het normale leven gebruikelijk is.

Nu is hiervoor gesuggereerd dat hetzelfde motivationele naderen/vermijdingsconflict een rol speelt bij de probleemgroepen. Hierop aansluitend vertoont de diagnost bij angstige kinderen gedragingen die indringend zijn. De diagnost wendt zich bij de angstige kinderen meer naar het kind toe en nadert. Ook komt hij bij dit gedragspatroon meer op gelijke hoogte van het kind. Beide gedragspatronen zijn zeer indringend, met een niet te ontsnappen **maximaal sociaal appèl**. Daarbij is je kleiner maken een universele, angstreducerende strategie waarbij de essentie is dat je minder dominant, meer gelijkwaardig, onderworpen overkomt (Eibl-Eibesfeldt, 1989). Op het belang van de balans dominantie-onderwerping bij de interpretatie van veel gedragingen van de probleemgroepen komen we hieronder nog terug. Het incompleet terugtrekken door de diagnost komt bij de angstige kinderen minder voor. Dit is consis-

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

tent met het voorgaande, immers: incompleet terugtrekken is minder indringend, en dus ongewenst.

Ervan uitgaande dat angstige kinderen bij voorkeur afstand nemen en vermijden, vertonen zij eigenlijk onverwacht het volgende gedragspatroon: zij wenden zich meer naar de diagnost toe en naderen. Het is mogelijk dat zij hiermee ook zelf het motivationeel conflict doorbreken, evenals de diagnost die, mogelijk met hetzelfde doel, bij angstige kinderen het sociale appèl vaker maximaliseert. Bij de gedragsgestoorde kinderen daarentegen lijkt de diagnost de andere strategie te hanteren en het **sociale appèl te minimaliseren**: hij trekt zich bij gedragsgestoorde kinderen meer compleet non-verbaal terug en initieert minder het gesprek.

Tinbergen & Tinbergen (1983) die motivationeel conflict de kern vonden van de autistische stoornis en die de beschreven optimale benaderingswijzen van autistische kinderen hebben gesuggereerd, hebben veel kritiek gehad. Volgens Ricks & Wings (1976) ging het niet om autistische kinderen maar om ernstig sociaal teruggetrokken kinderen. Als dat het geval is geweest dan zijn de onderhavige resultaten betreffende kind en diagnostgedragingen geen verrassing en een ondersteuning van de conflictgedraghypothese bij Tinbergen's 'autistische' (lees: angstige) kinderen. Maar ook voor gedragsgestoorde kinderen lijkt de conflictgedraghypothese vruchtbaar, gezien de hier geboekte resultaten.

Motivationeel conflictgedrag: voorlopige conclusie

Er lijkt voldoende steun voor de suggestie dat veel motivationeel conflictgedragingen van de probleemgroepen tonen dat het gedwongen, onbekende diagnostische onderzoek, het sociale karakter en het herhaaldelijk aanbieden van taken -met het risico op controleverlies of falen- tamelijk frustrerend is voor de probleemgroepen. Dat taken en het instruerend bezig zijn met gedragsgestoorde kinderen probleemgedragingen opleveren, is eerder vastgesteld (Carr, Taylor & Robinson, 1991). Gedragsgestoorde kinderen laten ook duidelijk merken dat ze van de taken af willen: zij vragen meer direct naar het einde van het onderzoek.

De bovenstaande suggestie wordt ook ondersteund door anderssoortige gedragingen van het kind en diagnost die groepsverschillen hebben gegeven. Op deze resultaten gaan we, met verwijzing naar relevant onderzoek en theoretische noties, hieronder in. Wederom blijken ethologische onderzoeksbevindingen en theorievorming aangaande faalangst in hypothetische zin verhelderend bij de interpretatie van de resultaten.

Vooraf zal blijken dat zich tijdens het diagnostisch onderzoek volkomen natuurlijk gedrag voordoet. Dat wil zeggen: veel gedragingen zijn universeel menselijk, treden op in bepaalde situaties en omstandigheden en hebben een specifieke functie. Bij deze constatering sluiten we vooral aan bij Eibl-Eibesfeldt (1989) die zoals in Hoofdstuk 3 vermeld een omvangrijk overzicht heeft gegeven van de humane ethologie. Zijn eigen bevindingen maken een belangrijk deel uit van dit overzicht. Hij heeft de universaliteit van interactiepatronen vastgesteld op basis van uitvoerig descriptief onder-

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

zoek bij een groot aantal, zeer verschillende culturen: overal ter wereld zijn mensen, vermoedelijk genetisch 'geprogrammeerd' om op specifieke wijzen te interacteren. Deze interactiepatronen spelen ook een rol tijdens diagnostisch onderzoek, zoals we zullen zien.

6.1.3.2. Angst en onzekerheidsreducerend gedrag

Een aantal typerende gedragingen van het gedragsgestoorde kinderen zijn duidelijk interpreteerbaar in termen van angst en onzekerheidsreductie. Maar ook de diagnost laat bij de angstgestoorde kinderen universele gedragswijzen zien die erop gericht zijn angst en onzekerheid bij het kind te reduceren.

Bij onzekerheid en frustratie kan exploratiegedrag optreden en dat gedrag is functioneel: het gaat om het peilen van mogelijke onveiligheid doorgaans resulterend in onzekerheidsreductie (Richer, 1994; Eibl-Eibesfeldt, 1989). Dergelijke exploratieve gedragingen treden meer op bij gedragsgestoorde kinderen. De gedragscategorieën 'Verkennen en spelen' en 'Informatie inwinnen over de komende taak', lijken respectievelijk vormen van non-verbaal en verbaal exploratiegedrag.

Bij het meer 'Informatie inwinnen over de komende taak' kan het gaan om faalangstreductie. Het reduceren van de angst zal effectiever zijn als de verstrekte informatie direct betrekking heeft op de angst. Daarom stelt de diagnost vermoedelijk vaker angsten expliciet aan de orde bij de angstige kinderen. Hij compenseert daarmee ook wellicht het geremde gedrag van het angstige kind dat exploratieve vragen niet durft te stellen.

Verder is bij de menselijke soort een voorzichtige benadering een universele strategie om angst te reduceren (Eibl-Eibesfeldt, 1989). Een voorzichtige benadering wordt bijvoorbeeld gekenmerkt door de afwezigheid van directe verzoeken of geboden of abrupt, onverwacht handelen. Laatstgenoemde handelwijzen zijn bij een 'breekbaar' contact, waarbij angst een belangrijke rol speelt, funest (Eibl-Eibesfeldt, 1989). Het angstige kind 'Indirect verzoeken te gaan zitten' en het angstige kind met zachte hand 'Leiden naar de stoel' door de diagnost lijkt daarentegen consistent met een voorzichtige benadering. Het lijkt te gaan om een snelle aanpassing van de diagnost aan het angstige kind in het begin van het diagnostische onderzoek. Overigens zagen we die voorzichtige benadering ook terug bij de reductie van motivationeel conflictgedrag.

Nog een universele strategie om angst te reduceren in het bijzonder bij baby's en jongere kinderen is zogenaamde 'baby-talk'. Ook in de interactie met andere sterk zorgbehoeftigen zoals ouderen komt het vaker voor. Kenmerken van baby-talk zijn o.a. dat de toon waarop gesproken wordt een octaaf verhoogd is, de zinsmelodie heeft de sinus-vorm en er is sprake van grammaticale simplificatie (Eibl-Eibesfeldt, 1989). Baby-talk door de diagnost kwam slechts een enkele keer voor en wel op het moment dat een angstige kleuter, de enige van alle proefpersonen, huilde aan het begin van het onderzoek. Dit patroon: sterke angst en stress -zorg en veiligheidbehoefte- bij het relatief oudere kind en de baby-talk benadering door een volwassene uitgelokt door de bijbehorende angst en stresssignalen is universeel en treedt ook op tijdens diagnostisch onderzoek.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

6.1.3.3. De aard van de interactie: verstoring van adaptieve balansen

Ook bij gespreksvoering zijn een aantal universele patronen aan de orde (Eibl-Eibesfeldt, 1989). Bij het begin van gespreksvoering dient de uitwisseling om een band te creëren. Hierbij gaat het doorgaans om het communiceren van vriendelijke intenties, waardoor eventuele agressie en angst worden geblokkeerd. Er worden letterlijk of figuurlijk zaken aangeboden. Letterlijk kunnen er objecten worden getoond. Al op zeer jonge leeftijd een manier om contact te leggen. Figuurlijk kunnen er in gesprek kleine items worden 'aangeboden' dat wil zeggen aan de orde worden gesteld. Belangrijk is op één lijn te komen, overeenstemming te bereiken en ook letterlijk elkaar wederzijds verbaal te bevestigen.

Ook kunnen er vanaf het begin pogingen worden gedaan om de aard van de relatie met de ander te verankeren of te veranderen in termen van dominantie, maar dat hoeft niet het geval te zijn. Meestentijds gaat het om het uitzenden van signalen van vriendelijkheid in plaats van agressie, om een positieve relatie in gang te zetten die op den duur samenwerking in plaats van competitie mogelijk maakt. Gedragingen van interactoren bij gespreksvoering en anderssoortige interacties, en relaties communiceren een 3-tal biologische relevante balansen (zie Gilbert, 1989; Eibl-Eibesfeldt, 1989), te weten:

- competitie---samenwerking
- dominantie---submissie
- vriendelijkheid---agressie

Al bij zeer jonge kinderen vormen deze mogelijkheden de hoofdvarianten van interacties en sociale relaties. In bepaalde contexten zijn alle, ook extreme, varianten adaptief. Maar dat de balansen bij de menselijke soort doorgaans in de richting van sociabiliteit gaan, is universeel (Eibl-Eibesfeldt, 1989). Dit impliceert de voorkeur voor samenwerking, een gelijkwaardige relatie, en vriendelijkheid. Dergelijke interacties en relaties duiden we als positief. In de evolutie heeft het aangaan van positieve banden met andere mensen reproductieve voordelen opgeleverd, zoals de nabijheid van de partner -van belang voor reproductie-, en kinderen -van belang voor bescherming, verzorging en opvoeding-, samen verdedigen en een grotere voorspelbaarheid van gedrag (Kummer, 1973; Eibl-Eibesfeldt, 1987; MacDonald, 1988; Gilbert, 1989).

Nogal wat gedragingen van de probleemgroepen geven blijk van een verstoring van de bovenstaande balansen en zijn niet in overeenstemming met de genoemde universele patronen van gespreksvoering als opstart voor een goede relatie met de ander. Een aantal gedragingen van de diagnost lijken de balansverstoringen ongedaan te willen maken. Om welke gedragingen van kind en diagnost gaat het precies?

Gedraggestoorde kinderen: dominantie, agressie en competitie

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Het gedragsgestoorde kind geeft op uiteenlopende wijzen blijk niet op één lijn te willen komen met de diagnost, zich daarbij overcompetitief en semi-agressief tonend. Verder doet het gedragsgestoorde kind veel uiteenlopende pogingen om dominant te zijn. Bij de aanvang van de taak geven gedragsgestoorde kinderen minder aan de taak te herkennen, terwijl het taken betreft die het kind kent uit de kleuterklas. Aldus laat het gedragsgestoorde kind na op één lijn te komen met de diagnost zoals normale kinderen dat wel doen. Dit laatste gebeurt ook op uiteenlopende wijzen tijdens gesprek. Eerder zijn een aantal gedragingen genoemd die blijk geven van ambivalente gespreksvoering. Het niet op één lijn willen komen komt wel heel duidelijk tot uitdrukking in het meer 'Niet reageren' van het gedragsgestoorde kind. Dit laatste gedragspatroon is een manier waarop je éézijdig het contact met de ander kunt verbreken en is ook een universele, effectieve strategie om dominant te zijn (Eibl-Eibesfeldt, 1989). Andere meer en minder subtiele vormen van contactverbreking, wijzen van 'dominatie-zijn', komen bij de gedragsgestoorde kinderen ook meer voor: 'Weglopen' of 'Niet initiëren' in combinatie met 'Irrelevant antwoorden' en 'Summier antwoorden'. Maar ook doet het gedragsgestoorde kind op andere wijzen pogingen dominant te zijn en tegen de normale gezagsrelatie van een volwassene en een kind in te gaan. Bracken & Paget (1991) stelt dat kinderen doorgaans de autoriteit van een volwassene aanvaarden. De aanpassing verloopt moeiteloos. Bij de gedragsgestoorde kinderen lijkt dit niet het geval.

In Hoofdstuk 3 is het onderzoek van Stiles & White (1981) aan de orde gekomen. Zij hebben een vergelijkende studie verricht naar de verbale interactie tussen één van beide ouders en kinderen met gedragsproblemen, angstproblemen en normale kinderen. Zij hebben gevonden dat ouders bepaalde soorten uitspraken vaker doen dan de kinderen. Ouders stellen vaker vragen, doen meer verzoeken, ge- en verbieden meer, geven meer suggesties, reflecteren meer ervaringen, en evalueren meer. Dit bevestigt de resultaten van onderzoek waarin dyades zijn onderzocht en waarbij ook van status of dominantiever- schil tussen de interactoren sprake was, zoals dokters en patiën- ten, psychotherapeuten en cliënten (voor referenties, zie Stiles & White, 1981). De genoemde soorten uitspraken typeren de **aard** van de relatie tussen de personen, onafhankelijk van de specifieke inhoud van het besprokene en zijn typerend voor de dominante persoon (Eibl-Eibesfeldt, 1987).

Dergelijke uitspraken en handelingen worden meer gedaan door ge- dragsgestoorde kinderen tijdens het diagnostisch onderzoek. Bij gedragsgestoorde kinderen komen meer voor: 'Opdracht geven aan de diagnost/gebieden', 'Afweren van de diagnost', 'Onderbreken van verbale uitingen van de diagnost', 'Onderbreken van handelingen van de diagnost', 'Bekritisieren van de diagnost'.

Bij het laatstgenoemde gedrag gaat het om (semi)agressief gedrag. Overigens definieert Eibl-Eibesfeldt (1987) agressie als gedrag dat een ander tegen zijn of haar wil in een dominantie relatie dwingt. Volgens deze definitie zijn veel gedragingen van gedragsgestoorde kinderen agressief omdat het gaat om universele pogingen om domi- nant te zijn. Behalve deze gedragingen zijn in de sectie **Motivatio- neel conflictgedrag** een 3-tal varianten van Taakverandering -om toestemming vragen, melden en daadwerkelijk doen- en een 4-tal

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

varianten van Taakonderbreken -om toestemming vragen, melden, daadwerkelijk doen en volharden in onderbreken- onderscheiden. Nu is iemand om toestemming vragen een universele gedragswijze waarmee onderworpenheid wordt gecommuniceerd (Eibl-Eibesfeldt, 1989). Maar de andere varianten zijn pogingen van het gedragsgestoorde kind zich niet te laten domineren, maar zelf te bepalen en te domineren. Heel letterlijk 'Volgen' gedragsgestoorde kinderen de diagnost minder, zoals zij zich ook in andere opzichten weinig 'volgzaam' tonen. Zij willen bepalen en ontplooiën initiatieven: zo nemen zij meer het initiatief tot opruimen. In dit verband is het ook typerend dat gedragsgestoorde kinderen zichzelf meer positief evalueren in plaats van zichzelf alleen laten evalueren; evalueren is immers voorbehouden aan de dominante interactor.

Tot slot 'Bluffen' dat meer voorkomt bij gedragsgestoorde kinderen. Eibl-Eibesfeldt (1989) stelt dat universele afweermechanismen de functie hebben de ander niet de ware gevoelens van zwakte, onzekerheid en angst te tonen en aldus kan worden voorkomen dat de ander een dominantie positie kan innemen. Afweermechanismen hebben een intrapsychische angstreducerende functie (Freud & Sandler, 1985; zie ook sectie **Faalangst en faalangstreductie**), maar 'Bluffen' lijkt vooral ook interactief: je bluft in het bijzijn van anderen, niet als je alleen bent. Dat laatste is overigens moeilijk vast te stellen!. De universele functie zoals vastgesteld door Eibl-Eibesfeldt (1989) is daarom heel plausibel.

Het voorgaande wekt reeds sterk de indruk dat, behalve de balans dominantie---submissie en de balans vriendelijkheid---agressie, ook de balans samenwerking---competitie verstoord lijkt bij de gedragsgestoorde kinderen. Heel expliciet blijkt het overcompetitief zijn uit het meer doen van 'Competitieve uitspraken'.

Diagnostgedrag bij gedragsgestoorde kinderen: noodzakelijk tegenwicht aan balansverstoringen

Wat impliceren de balansverstoringen nu voor het gedrag van de diagnost? Om het diagnostisch onderzoek te kunnen voortzetten zal de diagnost vooral tegenwicht moeten bieden aan de pogingen van het gedragsgestoorde kind dominant te zijn. Agressie kan getoond worden, samenwerking hoeft er niet te zijn maar dat het kind zou bepalen wat er gaat gebeuren tijdens het diagnostisch onderzoek, daarvan kan geen sprake zijn. Er zijn dan ook gedragingen van de diagnost die meer vóórkomen bij de gedragsgestoorde kinderen en waarmee de diagnost expliciet zijn dominantie-positie probeert te handhaven. Het gaat wederom om het type uitspraken en handelingen die bij het onderzoek van Stiles & White (1981) zijn vermeld en die universeel zijn voorbehouden aan de dominante interactor bij interacties (Eibl-Eibesfeldt, 1989).

De diagnost ge/verbiedt meer direct bij de gedragsgestoorde kinderen, verbaal en non-verbaal; dit gebeurt op niet-bestrafende of moraliserende wijze in overeenstemming met onderzoek dat heeft aangetoond dat een dergelijke wijze van corrigeren niet effectief is en zelfs averechtse effecten heeft (zie o.a. Natta et al., 1990). Hij doorziet het feit dat het kind bij het stellen van hulpvragen de controle kan krijgen. Het gaat hierbij mogelijk om subtiel legitiem verzet. Het kind suggereert: ik wil wel maar kan

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

niet, terwijl het eigenlijk gaat om: het kind kan wel maar wil niet. In feite gebiedt de diagnost bij het meer afweren van de hulpvraag gedragsgestoorde kinderen verder te gaan met de taakuitvoering waarbij de impliciete boodschap wederom is dat de diagnost bepaalt. Bij het ge/verbieden is de directheid een belangrijk aspect van de impliciete dominantie-boodschap. Dat aspect speelt ook bij het meer stellend instrueren bij gedragsgestoorde kinderen. Overigens is het ook zo dat de diagnost ook meer aanvullend instrueert bij de gedragsgestoorde kinderen. Deze laatste handwijze heeft mogelijk te maken met het feit dat de diagnost weet waar het gedragsgestoorde kind op uit is, namelijk: bepalen wat er gebeurt. Hij komt met het aanvullend instrueren tegemoet aan dit streven. Mogelijk is het subtiel wat hier gebeurt, want de diagnost domineert indirect door het heft quasi uit handen te geven. Door het kind zichzelf te laten instrueren wordt impliciet gecommuniceerd dat er een taak wordt verricht.

Ook verbreekt de diagnost meer éézijdig het contact met gedragsgestoorde kinderen door meer 'Negeren'. Dit gebeurt wellicht als de actie de voortgang van het onderzoek niet onderbreekt.

Tenslotte is ook met het meer motiveren bij gedragsgestoorde kinderen de communicatie van de dominantie-boodschap in het geding; immers, de diagnost stelt de beloning. Als het kind meegaat in de belofte van de diagnost conformeert hij zich impliciet aan de dominantie-verhouding waarbij de diagnost dominant is. Als motiveren aanslaat is er een dubbele boodschap gecommuniceerd: het kind gaat aan de slag en conformeert zich aan de dominantie-verhouding.

Er is geconstateerd dat de patronen van 'goede' gespreksvoering en de geformuleerde balansen bij de gedragsgestoorde kinderen verstoord zijn. De diagnost geeft tegenwicht aan die verstoord balansen, in het bijzonder bij de balans dominantie---submissie. Hoe is het gesteld met de gespreksvoering en de balansen bij de angstige kinderen?

Angstgestoorde kinderen: submissie

In tegenstelling tot de gedragsgestoorde kinderen lijkt het angstige kind gemotiveerd om op één lijn te komen met de diagnost, geaccepteerd te worden door de diagnost. Zoals gezegd hebben dergelijke gedragswijzen de functie eventuele angst en agressie bij de ander te blokkeren.

Angstige kinderen praten de diagnost meer naar de mond, sluiten meer aan bij en conformeren zich meer aan wat de diagnost vindt. Dit is een universele strategie om angstige submissie te communiceren (Eibl-Eibesfeldt, 1989).

'Ongepast en ongericht bevestigen', extreem voorkomend bij één angstig kind, is ook een variant waarmee nog sterker submissie wordt gecommuniceerd. Het gaat dan immers om **niet** communicatief bedoelde uitlatingen door de diagnost die **wel** worden bevestigd door het angstige kind; dit is in tegenstelling tot gedragsgestoorde kinderen die **niet** reageren op **wel** communicatief bedoelde uitlatingen van de diagnost. Dat het angstige kind submissie communiceert blijkt ook uit het feit dat deze kinderen niet alleen in woord conformeren maar ook in daad: 'Vlijtig voldoen aan de opdracht' komt meer voor bij angstige kinderen.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Kortom: 'bepaald worden', ofwel submissie staat bij de angstige kinderen voorop.

Diagnostgedrag bij angstgestoorde kinderen: wederom tegenwicht aan balansverstoring

Het gedrag van de diagnost lijkt ook nu weer tegenwicht te geven aan de balansverstoring dominantie---submissie bij angstige kinderen. Als het goed is gedraagt de diagnost zich zodanig dat het angstige kind in een meer dominante positie komt.

Eerder is al gesteld dat de diagnost meer op gelijke hoogte komt van het angstige kind. Daarbij is aangetekend dat je kleiner maken een universele, angstreducerende strategie waarbij de essentie is dat je minder dominant, meer gelijkwaardig, onderworpen overkomt (Eibl-Eibesfeldt, 1989). Behalve op non-verbale wijze communiceert de diagnost dit laatste ook op verbale wijze.

Zo instrueert de diagnost bij de gedragsgestoorde kinderen meer aanvullend. Evenals bij de gedragsgestoorde kinderen geeft hij het heft quasi uit handen: het angstige kind lijkt te mogen bepalen, te controleren. Daarbij is het een strategie om eventuele faalangst te reduceren; zie sectie **Faalangst en faalangstreductie**.

Er is gesteld dat het angstige kind gemotiveerd is om op één lijn te komen met de diagnost, geaccepteerd te worden door de diagnost. Dergelijke gedragswijzen blokkeren eventuele angst en agressie bij de ander.

De diagnost probeert op zijn beurt te suggereren dat hij en het angstige kind op één lijn zitten en hij lijkt ervoor te zorgen dat het kind gemakkelijker kan instemmen. Dit doet de diagnost door het meer stellen van suggestieve vragen waarmee gemakkelijk kan worden ingestemd en het meer bevestigen van antwoorden van het kind. Dat laatste is een universeel middel om een band te creëren, vriendelijke intenties te communiceren (Eibl-Eibesfeldt, 1989). Er lijkt een situatie gaande waarbij: het angstige kind meer angst-gemotiveerde pogingen doet op één lijn te komen waarbij het mogelijk gaat om de blokkade van door het kind veronderstelde maar verder op niets gebaseerde agressie bij de diagnost; en de diagnost meer pogingen doet op één lijn te komen waarbij het gaat om de blokkade, reductie van evidente angst bij het kind.

Ook bij de angstige kinderen lijkt het er op dat de patronen van 'goede' gespreksvoering en de geformuleerde balansen verstoord zijn. De diagnost geeft tegenwicht aan die verstoorde balansen, in het bijzonder bij de balansen dominantie---submissie en vriendelijkheid---agressie.

6.1.3.4. Faalangst en faalangstreductie

Eerder is gesuggereerd dat de taaksituatie voor de probleemgroepen frustrerend is. Dit is afgeleid uit het feit dat de probleemgroepen motivationeel conflictgedrag laten zien. Bij die frustratie kan de noodzaak taken uit te moeten voeren met de kans op falen een rol spelen. Bij de kinderen met een angststoornis is het zelfs heel plausibel dat ze last hebben van sterke faalangst (Beidel & Turner, 1988). In Wigfield & Eccles (1990) wordt faalangst gedefinieerd als

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

een krachtenspel van motivaties om enerzijds succes te behalen, lof te oogsten en anderzijds kritiek en falen te vermijden. Indien de laatstgenoemde motivatie sterk overheerst, ofwel: wegwezen, maar de mogelijkheid tot vermindering ontbreekt dan lijkt, onder invloed van het ontstane motivationele conflict, angstvermeerdering het gevolg. Deze situatie is heel plausibel, zeker voor de angstige kinderen. De afgelopen 20 jaar is onderzoek gedaan naar faalangst, ook bij angstige kinderen. Daarbij zijn resultaten geboekt die voor het onderhavige onderzoek relevant zijn, zowel voor het gedrag van de kinderen als voor het gedrag van de diagnost.

Faalangstige kinderen hebben specifieke, kenmerkende cognities en verwachtingen die het presteren negatief beïnvloeden (Boekaerts & Simons, 1993; Meijer, 1996). Dit resultaat is mede gebaseerd op onderzoek naar spontane verbalisaties, een methode waarop je noodzakelijk bent aangewezen wanneer het om jonge kinderen gaat. Bij spontane verbalisaties kunnen een 4-tal soorten uitspraken onderscheiden worden (Kendall & Chansky, 1991; Prins, 1986): positieve-, negatieve-, coping of zelfreguleringsstrategie-, en neutrale uitspraken. Positieve uitspraken vergemakkelijken of geven blijk van de controle over de situatie en het succesvol verrichten van de taak. Bijvoorbeeld: 'dit heb ik eerder gedaan'. Negatieve uitspraken zijn daaraan tegengesteld. Bijvoorbeeld: 'ik kan het niet'. Coping of zelfreguleringsstrategie uitspraken weerspiegelen het bewust richten of herzien van de gedachten, het actieplan om tot controle te komen of te behouden of de taak succesvol te verrichten. Bijvoorbeeld: 'nu ga ik...'. Neutrale uitspraken lijken niet in verband te staan met de taak, de actuele situatie. Bijvoorbeeld: 'thuis ga ik...'.
Nu is gebleken dat angstgestoorde kinderen meer negatieve- en coping of zelfreguleringsstrategie uitspraken doen (Prins, 1986). Deze uitspraken kunnen op verschillende wijzen in verband staan met faalangst. Uit het doen van meer negatieve uitspraken kan (negatieve) overbetrokkenheid op de taak blijken (Houston et al., 1984), of een te grote, onvoordelige aandacht voor de eigen persoon (Meichenbaum, 1977). Uit het doen van meer coping of zelfreguleringsstrategie uitspraken kan de noodzaak tot angstreducerende zelfverzekering en geruststelling blijken (Houston et al., 1984). Hierbij gaat het om uitspraken die gepaard gaan met faalangst, deze mogelijk verzwakken en afkomstig zijn van het angstgestoorde kind zelf.

Kendall & Chansky (1991) benadrukken echter dat ook anderen faalangstreducerend kunnen interveniëren, bijvoorbeeld door in contact met het faalangstige kind, coping of zelfreguleringsstrategie uitspraken te doen. Dit gegeven, de mogelijkheid tot interventie, is van belang voor het gedrag van de diagnost.

Bij angstgestoorde kinderen lijkt de richtlijn dat dergelijke interventies erop gericht moeten zijn de betrokkenheid van het kind op zichzelf te verkleinen of deze te behouden, maar het negatieve karakter en de weinig effectieve aspecten ervan te reduceren, alsmede de aandacht te vestigen op de controle over de taak (Kendall & Chansky, 1991). Verder heeft het benadrukken dat het faalangstige kind het in vergelijking tot andere kinderen goed doet gunstige effecten (Wigfield & Eccles, 1991). Ook de afwezigheid van externe evaluatie in de vorm van cijfers en gestandaardiseerd testen is effectief voor de reductie van faalangst (Deci and Ryan,

1980; Maehr and Stallings, 1972). En het instrueren op een niet-evaluatieve, maar taakgerichte manier waarbij de prestatie niet centraal wordt gesteld, alsook het geven van positieve, evaluatieve feedback bij succes heeft gunstige effecten bij faalangstige leerlingen (Sarason, 1972; Hill 1980). Bij positieve feedback zijn kinderen meer geneigd succes te naderen dan falen te vermijden; bij negatieve feedback is de neiging tot het vermijden van falen groter (Hill, 1972). Leerkrachten lijken hiervan op de hoogte. Zij leveren minder kritiek faalangstige kinderen (Parke, 1976; Philips et al., 1980); andere onderzoekers hebben dit overigens niet kunnen bevestigen (Helmke & Fend, 1982). Wigfield & Eccles (1991) stellen dat faalangstreducerende interventies leeftijdsaangepast moeten zijn. Bij jonge kinderen die de cognitieve vaardigheden voor een cognitieve aanpak missen zouden ad hoc strategieën als het induceren van taakgerichtheid, het bieden van oplossingsstrategieën en aanmoediging voorop moeten staan.

De gerefereerde studies geven een indicatie van het soort uitspraken van faalangstige kinderen en de betekenis en de faalangstreducerende functie van die uitspraken, alsmede mogelijke interventies bij faalangst. De vraag die nu centraal staat, is: komen de genoemde spontane verbalisaties voor bij de probleemgroepen, daarbij speciaal gelet op de angstgestoorde kinderen, en vertoont de diagnost faalangstreducerend gedrag dat consistent is met de eerder genoemde effectieve interventies?

Faalangst relevante verbalisaties bij gedragsgestoorde kinderen

De **gedragsgestoorde kinderen** verwoorden meer de taakhandelingen. Hierbij lijkt het te gaan om coping of zelfreguleringsstrategie uitspraken, zoals hiervoor omschreven. De gedragsgestoorde kinderen vertonen verder geen gedragingen die in verband lijken te staan met faalangst, afgezien van de eerder behandelde gedragscategorie 'Informatie inwinnen over de komende taak' waarbij is gesuggereerd dat het gaat om faalangstreductie door verbaal exploratief gedrag; zie sectie **Angst en onzekerheidsreducerende gedrag**. En mogelijk 'Bluffen' waarbij is gesuggereerd dat het ook gaat om intrapsychische faalangstreductie; zie sectie **De aard van de interactie: verstoring van adaptieve balansen**.

De **diagnost** vertoont bij de gedragsgestoorde kinderen een aantal gedragingen die in verband lijken te staan met faalangstreductie. Zo geeft de diagnost minder informatie over de hoge of lage moeilijkheidsgraad van de komende taak bij de gedragsgestoorde kinderen. Hiermee instrueert de diagnost op niet-evaluatieve wijze. Het is opvallend dat de diagnost ook geen informatie geeft over de **lage** moeilijkheidsgraad van de komende taak. Dit zou toch angstreducerend kunnen werken? Toch lijkt het in overeenstemming met wat onderzoek suggereert, namelijk dat de positieve of negatieve valentie en effecten van feedback voor faalangstige kinderen niet vaststaat (Hill, 1976). Faalangstige kinderen zijn gevoeliger voor de uitspraken van volwassenen en interpreteren uitspraken anders dan niet-faalangstige kinderen. Hoewel het hier -strikt genomen- niet om feedback gaat, maar om een wijze van instrueren is het mechanisme van een grotere gevoeligheid mogelijk ook hier van

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

toepassing. Over de lage moeilijkheidsgraad spreken is een vermoedelijk **onbedoeld** maar **impliciet** accent leggen op de mogelijkheid van controleverlies, falen. Mogelijk speelt deze afwijkende interpretatie van de uitspraak een rol bij faalangstige kinderen. Het is dan van belang over de lage moeilijkheidsgraad helemaal geen uitspraken te doen.

De diagnost instrueert meer aanvullend. Eerder is gesuggereerd dat de diagnost aldus quasi het heft uit handen zou geven en hiermee tegemoet zou komen aan het streven van gedragsgestoorde kinderen om te bepalen, te controleren; zie sectie **De aard van de interactie:**

verstoring van adaptieve balansen. De mogelijkheid tot controle bij taakaangelegenheden is ook faalangstreducerend, zoals is geconstateerd. Omdat gedragsgestoorde kinderen zouden streven naar controle in het algemeen, zoals hiervoor is duidelijk gemaakt, is het streven naar deze specifieke controle, namelijk ook in taakaangelegenheden, heel plausibel.

Verder komt 'Goedmelden' meer voor bij gedragsgestoorde kinderen. Het is duidelijk dat het hier gaat om meer positieve evaluatieve feedback, zoals bij faalangstige kinderen geïndiceerd is.

Tenslotte: als de diagnost fouten meldt dan doet hij dat meer direct en zaakgericht. Ook dit is zeer verenigbaar met het bovengenoemde: het zou met het oog op faalangstreductie zeer ineffectief zijn indien de negatieve betrokkenheid van het kind op zichzelf zou worden versterkt door persoonsgericht fouten te melden en niet, zoals nu gebeurt, zaakgericht.

Faalangst relevante verbalisaties bij angstgestoorde kinderen

In tegenstelling tot wat eerder vermeld onderzoek suggereert (Prins, 1986), komen negatieve uitspraken (bijvoorbeeld: 'ik kan het niet') en coping of zelfreguleringsstrategie uitspraken (bijvoorbeeld: 'nu ga ik...') niet méér voor bij de angstgestoorde kinderen. Mogelijk dat gedragsremming hierbij een rol speelt. Hoewel je bij jonge kinderen noodzakelijk bent aangewezen op de methode van spontane verbalisaties om typerende cognities op het spoor te komen, is het niet zeker of deze cognities langs deze weg wel toegankelijk zijn wanneer het om angstgestoorde geremde kinderen gaat (Kendall & Korgeski, 1979; Clark, 1986).

In de sectie **Motivationaleel conflictgedrag** zijn er non-verbale tekenen van angst en frustratie in de taaksituatie aan de orde gesteld. Het is dan ook heel plausibel dat de diagnost bij de angstige kinderen faalangstreducerende interventies zal plegen. Dit lijkt inderdaad het geval.

De diagnost tracht bij het angstige kind meer de nieuwsgierig te wekken naar de komende taak. Dit kan de functie hebben de negatieve betrokkenheid van het kind op zichzelf te verkleinen en taakgerichtheid te induceren.

Ook bij het angstige kind geeft de diagnost minder informatie over de moeilijkheidsgraad van de taak. Zoals eerder benadrukt en toegevoegd: dergelijke informatie hoeft ook voor het angstige kind niet neutraal te zijn. De diagnost geeft daarentegen wel meer neutrale taakinformatie bij de angstige kinderen. Hiermee geeft de diagnost meer inzicht in de situatie en vergroot hij de voorspelbaarheid.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Ook instrueert hij meer aanvullend bij angstige kinderen: hierdoor krijgt het kind de mogelijkheid tot controle bij taakaangelegenheden. Bovendien gaat het daarbij om een niet-evaluatieve wijze van instrueren. Dit zijn faalangstreducerende factoren, zoals geconstateerd.

Verder spreekt hij bij de angstige kinderen meer de verwachting uit dat het zal slagen. Hierdoor reduceert hij de eventueel aanwezige negatieve betrokkenheid van het kind op zichzelf, vestigt hij - zonder een zekere basis overigens- de aandacht op de komende controle en moedigt hij het kind aan. Ook 'Check' komt meer voor bij angstige kinderen. Ook hiermee stuurt de diagnost aan op controle over de taak en tracht taakgerichtheid en controle te induceren.

'Verwoording van vorderingen', 'Goedmelden' en 'Prijzen' komt ook meer voor bij angstige kinderen. In alle gevallen gaat het om meer positieve evaluatieve feedback, zoals bij faalangstige kinderen geïndiceerd is. In het geval van 'Prijzen' komt daar nog bij dat wel heel nadrukkelijk de positieve betrokkenheid van het kind op zichzelf en de controle over de taak wordt benadrukt. Ook is het veelzeggend dat 'Direct persoonsgericht foutmelden' en 'Indirect persoonsgericht foutmelden' bij angstige kinderen minder voorkomen. Deze wijzen van foutmelden zouden wel heel direct de negatieve betrokkenheid van het kind op zichzelf stimuleren.

Tenslotte biedt de diagnost meer hulp aan. Ook dit past in het patroon van faalangstreductie. Immers met hulp van de diagnost kan de controle over de taak wellicht behouden blijven. Toch heeft het aanbieden van hulp mogelijk ook een andere, impliciete boodschap, namelijk: je kunt het niet alleen. Ook hier geldt wederom: de positieve of negatieve valentie van interventies staat niet altijd vast voor faalangstige kinderen. Het risico op de ontvangst van een dergelijke 'incompetentieboodschap' zou je willen voorkomen bij angstige kinderen. Wellicht is de winst van controlebehoud groter dan het verlies van een incompetentieboodschap. E.e.a. hangt mogelijk ook af van de timing van hulp, de wijze waarop hulp wordt geboden: wordt de taakuitvoering nadrukkelijk door de diagnost overgenomen of doet hij het meer en-passant en wat zijn de exacte bewoordingen waarmee dat gebeurt)? En wat volgt er later: indien naderhand uitvoerig wordt geprezen kan het 'verlies' worden hersteld?. Het is mogelijk dat de uiteindelijke langere termijn effecten van interventies mede worden bepaald door de inbedding in de stroom van het verdere, vroegere en latere gedrag.

Faalangst en faalangstreductie: afsluiting

Faalangst en faalangstreductie is aan de orde gesteld. Bij faalangst ging het om spontane specifieke verbalisaties van de betrokkene zelf. Bij faalangstreductie ging het ook om specifieke verbalisaties van de betrokkene zelf en om soortgelijke uitspraken die een ander kan doen. Bij gedragsgestoorde kinderen komen faalangstreducerende verbalisaties voor en ook de diagnost doet dergelijke uitspraken bij deze kinderen.

Bij angstige kinderen komen de genoemde faalangstige en faalangstreducerende uitspraken niet meer voor. Dit heeft mogelijk te maken met gedragsremming, zoals ook kon worden voorspeld vanuit onderzoek. Wel komen er andere angstgedragingen voor bij angstige

kinderen, zoals we eerder hebben geconstateerd. De diagnost daarentegen doet relatief -in vergelijking tot de gedragsgestoorde kinderen- veel faalangstreducerende uitspraken bij de angstige kinderen, zo blijkt uit de geconstateerde verschillen met normale kinderen.

6.1.3.5. Afsluiting: concrete diversiteit & motivationele eenheid van gedrag

Eerder zijn de vragen gesteld: waarom komen de geconstateerde typerende gedragingen voor en waarom ziet het gedrag eruit zoals het eruit ziet? Deze vragen zijn direct 'vertaald' in de vragen: wat is de motivationele betekenis: directe effecten, achterliggende doelen; en emotionele betekenis: welke emoties spelen een rol van het gedrag; en welke externe gebeurtenissen en omstandigheden veroorzaken het gedrag?

Ter afsluiting van deze paragraaf 6.1.3. "Gedragsverschillen: speculaties omtrent het waarom en waartoe?", gaat het om de vraag: waar lijken de geconstateerde verschillen **in essentie** nu eigenlijk op neer te komen? Na enig **inzicht** in waarom deze gedragsverschillen optreden gaat het hier om een **overzicht**. En om overzicht te krijgen is **reductie** van belang.

Bovendien moet het zo zijn dat een **substantieel deel** van de geconstateerde verschillen voorlopig 'verklaarbaar' moet zijn vanuit die reductie. Dat laatste is het geval: slechts van een 4-tal gedragsverschillen op een totaal van 132 (dat wil zeggen 3%) blijft de betekenis op grond van eerder gemeld ethologisch en faalangstonderzoek onduidelijk. Een aantal gedragsverschillen is onverwacht en lijkt zelfs in tegenspraak met het eerder vermelde. Volledigheids-halve noemen we ze:

- Het minder kijken naar de bijzettafel van de gedragsgestoorde kinderen, terwijl ze wel meer informatie inwinnen over de komende taak.
- Het meer direct non-verbaal gebieden door de diagnost bij angstige kinderen. Je zou een indirect aanpak verwachten.
- Het meer vergoeilijken van falen bij normale kinderen in vergelijking tot angstige kinderen. Dergelijke uitspraken zou je ook verwachten bij angstige kinderen. En tenslotte:
- Meer zuchten door angstige kinderen. Wat zuchten betreft is in Hoofdstuk 3 geopperd dat het bij zuchten mogelijk gaat om een poging tot ontspanning. Dit is aannemelijk gezien het feit dat de ontspannende werking van een diepe, volledige ademhaling al duizenden jaren bekend is in de yoga-beoefening (Yesudian & Haich, 1981). Lichaamsspanning en een hier verder niet gemeten versnelde ademhaling (hypothese 54) maakt het wellicht fysiologisch noodzakelijk dat angstige kinderen meer periodiek zuchten.

Behalve deze gedragsverschillen passen een 128-tal gedragsverschillen (97%) wel in de volgende essentie.

Een groot deel van de geconstateerde verschillen bij probleemgroepen, zowel in de taak als gespreksituatie, betreffen qua vorm en

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

effect universele **motivationale conflictedragingen** die voorkomen in situaties die **matig tot zwaar** frustrerend, onveilig, beangstigend zijn, zo heeft ethologisch onderzoek uitgewezen.

De motivationele conflictedragingen die typerend zijn voor de normale kinderen komen daarentegen voor in situaties die **mild** frustrerend zijn.

Bij gedragsgestoorde kinderen komen meer **actieve**, semi-vermijdende vormen van conflictedragingen en exploratieve gedragingen voor waarmee getracht wordt greep op zaken te krijgen. Bij angstige kinderen komen vooral vormen van **gedragsremming** voor. Beide vormen zijn functioneel: letterlijk, op basis van de morfologie, is het beoogde effect van de éénduidige en meer ambivalente vormen van motivationeel conflictedrag **eliminatie** van de veroorzakende angst- en frustratie opwekkende stimulus. Hierbij lijkt het te gaan om **sociale stimuli** en **taakstimuli**. Bij de gedragsgestoorde kinderen lijkt het te gaan om een **externe blokkade** die frustratie veroorzaakt: de gedwongen taakuitvoering en gespreksvoering druist o.a. in tegen de motivatie tot controle en dominantie. Bij de angstige kinderen spelen mogelijk ook **interne blokkades** een rol, gezien de gedragsremmende aard van het motivationele conflictedrag.

De motivationele conflictedragingen van de probleemkinderen dienen uiteindelijk het **universele doel van frustratie-reductie**: het welbevinden, de veiligheid en de controle op peil te houden, te bewerkstelligen of te herstellen (Apter, 1982); dit is op het oog duidelijker bij de gedragsgestoorde kinderen gezien het feit dat het meestal gaat om duidelijk probleemgerichte coping.

Voor de diagnost is frustratiereductie bij het kind ook een belangrijk doel. Dit doel is een **afgeleide** van het doel dat de diagnost nastreeft, namelijk zorgen voor de **optimale voortgang** van het onderzoek. Hij laat bij de gedragsgestoorde en de angstgestoorde kinderen gedragingen zien die universeel effectief zijn bij de **reductie van motivationele conflict**, frustratie en angst in het sociale contact. Wanneer het om frustratie- en angstreductie in de taaksituatie gaat doet hij minder universele, meer **specifieke faalangstreducerende uitspraken**. Veel van die uitspraken zijn toch weer gerelateerd aan de universele doelen van controlevergroting en veiligheid scheppen).

Verder staan veel gedragingen van de probleemgroepen voor de **verstoring van adaptieve gespreksvoering** en een 3-tal **verstoorde adaptieve balansen**, te weten:

- (1) competitie---samenwerking
- (2) dominantie---submissie
- (3) agressie---vriendelijkheid

Bij de gedragsgestoorde kinderen zijn de balansen doorgeslagen naar respectievelijk **competitie (1)**, **dominantie (2)** en **agressie (3)**. Dit is funest voor adaptieve relatievorming. Bovendien verstoort het de aanpassing aan de diagnostische situatie.

De diagnostgedragingen zijn bepaald geen complementaire reacties: de diagnost gedraagt zich niet submissief terwijl het gedragsgestoorde kind dominant is, maar het gaat juist om universele pogingen om **controle te behouden of dominant te zijn**.

Bij angstgestoorde kinderen is de balans dominantie---submissie (2)

naar **submitie** doorgeslagen.

Ook bij de angstige kinderen geeft de diagnost weer duidelijk tegenwicht op een wijze die kenmerkend voor de menselijke soort is: hij probeert het angstige submitieve kind in een meer **dominante positie te krijgen** en de noodzaak tot overmatige vriendelijkheid of aanpassing te reduceren, waardoor het kind zich wat minder angstig en meer assertief, mogelijk ook meer in de richting van agressie en meer in de richting van competitie, kan gaan manifesteren.

Bij gedragsgestoorde kinderen komen **faalangstreducerende verbalisaties** voor en ook de diagnost doet dergelijke uitspraken bij gedragsgestoorde kinderen.

Bij angstige kinderen komen **faalangst- en faalangstreductie-uitspraken niet meer voor**. Dit heeft mogelijk te maken met **gedragsremming**. Gedragingen die wijzen op angst en frustratie komen wel meer voor.

De diagnost daarentegen doet relatief, in vergelijking tot de gedragsgestoorde kinderen **veel faalangstreducerende uitspraken** bij de angstige kinderen.

Bovenstaande essentie komt neer op het volgende:

- a. matig & zwaar motivationeel conflictgedrag bij probleemgroepen
- b. motivationeel conflictreducerend gedrag van de diagnost
- c. verstoorde adaptieve gesprekvoering & verstoorde relationele balansen bij de probleemgroepen
- d. tegenwichtgedrag van de diagnost in verband met de verstoorde balansen
- e. faalangstreducerende uitspraken door gedragsgestoorde kinderen
- f. faalangstreducerende uitspraken door diagnost bij probleemgroepen

In deze 6 punten zijn de motivationele betekenis -directe effecten, achterliggende doelen- en emotionele betekenis van het gedrag van kind en diagnost samengevat.

Overigens maken ethologen geen onderscheid tussen emotie en motivatie. Zij zien emoties als subjectieve ervaringen die bepaalde motivationele toestanden begeleiden. Afgezien van de zeer vele emotienuances die in de loop der jaren door psychologen zijn aangebracht (zie bijvoorbeeld Frijda, 1986), zien we het ethologische standpunt en essentie van emotie terug in de herkomst van de term 'emotie': 'emovere' betekent 'doen bewegen'.

De samenvatting op motivationeel niveau geeft, in tegenstelling tot een categorisering op concreet gedragsniveau, een coherent beeld in antwoord op de vraag waarom de geconstateerde typerende gedragingen voorkomen. Volgens Richer (1994) wordt deze laatste vraag niet beantwoord op concreet gedragsniveau en de traditionele psychiatrische classificatiesystemen geven daarover ook nauwelijks uitsluitsel. Voorlopig lijkt het mogelijk de **concrete diversiteit** samen te vatten in een beperkt aantal noties die betrekking hebben op het

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

motivationale systeem van de probleemkinderen en de diagnost. Noties waarvan de **adaptieve waarde of biologische functionaliteit** aannemelijk is.

Dat de diversiteit aan gedrag kan worden samengevat in een beperkt aantal noties heeft te maken met de **functionele equivalentie** van concrete gedragingen: verbale uitingen onderling, non-verbale gedragingen onderling en verbale uitingen en non-verbale gedragingen zijn vaak functioneel equivalent gebleken. Bij de veelal uitwisselbare non-verbale en verbale gedragingen zijn wat betreft de vorm en de directe functie of effecten universele structuren in het geding. Verbaal en non-verbaal gedrag voldoen aan hetzelfde biologisch geprogrammeerde systeem van regels en mechanismen en maken volgens Eibl-Eibesfeldt (1989) onderdeel uit van de universele grammatica van sociaal gedrag. Om een voorbeeld in de lijn van gedragsgestoorde kinderen te noemen: door met je lichaam afgewend te converseren communiceer je hetzelfde als met half antwoorden op vragen van de ander.

Tot slot is gebleken dat er sprake is van **equifinaliteit**. Ook doelen op een hoger niveau kunnen op verschillende concrete wijzen bereikt worden. Wederom een voorbeeld in de lijn van de gedragsgestoorde kinderen: dominantie kun je bewerkstelligen door uiteenlopende concrete gedragingen zoals gebieden, de ander bekritisieren, of je qua lichaamshouding krachtig en groot tonen. Functionele equivalentie en equifinaliteit zijn mechanismen die in belangrijke mate zorgen voor **de rode draad in de enorme diversiteit** aan gedrag, zoals ook het onderhavige onderzoek lijkt te suggereren.

Ter afsluiting van deze sectie nog een enkele kanttekening betreffende de biologische functionaliteit, waarbij het overigens niet gaat om een definitieve analyse van de typerende gedragingen in verband met reproductief succes.

In het voorgaande is gesuggereerd dat aan probleemgedragingen dysfunctionele aspecten zitten, bijvoorbeeld aan het onvermogen van gedragsgestoorde kinderen om met anderen samen te werken. Toch hebben probleemgedragingen tegelijkertijd functionele aspecten; denk bijvoorbeeld aan angst. In het geval van gedragsstoornissen zijn er aanwijzingen voor die functionaliteit. Belsky, Steinberg & Draper (1991) rapporteren onderzoek dat consistent is met hun evolutionaire theorie van socialisatie. Deze theorie heeft betrekking op het reproductieve succes en op de vraag naar de ontogenie. Volgens deze theorie hebben kinderen met gedragsstoornissen een afwijkend ontwikkelingspad waarbij veel stress en een onveilige hechting een typerende reproductieve strategie tot gevolg heeft. Die reproductieve strategie wordt gekenmerkt door vroege geslachtsrijping, vroege seksuele activiteit, onstabiele relaties en beperkte ouderlijke investering. Gedragsstoornissen zijn volgens Belsky, Steinberg & Draper niet biologisch dysfunctioneel.

Het is mogelijk dat kinderen met angststoornissen een ontwikkelingspad hebben, die niet zo sterk afwijkt van het normale als bij gedragsstoornissen, waarbij de angststoornis de reproductieve strategie niet beïnvloedt. In dat geval zijn angststoornissen en de gedragingen die daarbij horen niet biologisch dysfunctioneel. Zowel bij gedragsstoornissen als angststoornissen is mogelijk geen sprake van normaal functioneel gedrag of van dysfunctioneel gedrag,

maar van anders-functioneel gedrag. Het anders-functionele karakter van het gedrag doet zich ook buiten de individuele onderzoekssituatie gelden, zo lijkt de klinische schets in Hoofdstuk 2 te suggereren. In de dagelijkse situatie maken de **ernstige mate** waarin de balansen zijn doorgeslagen, het **chronische** karakter ervan en de **vele contexten** waarin de gedragingen optreden, het gedrag anders-functioneel. Alle extremen van de genoemde balansen zijn overigens op het **juiste moment** en in de **juiste context** wel degelijk normaal functioneel (Kummer, 1973; Eibl-Eibesfeldt, 1987; MacDonald, 1988; Gilbert, 1989). Te veel, te lang en overall maken het gedrag anders-functioneel.

6.2. Methodologische kanttekeningen

Hoewel deze studie genoeg getoetste verschillen heeft opgeleverd die geen toevalstreffers zijn, zoals hieronder nog zal worden duidelijk gemaakt, zijn er toch een aantal methodologische zwakke schakels. Daarover gaat deze paragraaf.

In de vorige paragraaf is geconcludeerd dat met de geconstateerde verschillen de vraagstelling bevredigend lijkt beantwoord. De ethologische (uitvoerige) descriptieve basis heeft een groot aantal gedragscategorieën opgeleverd die later typerend bleken. Met deze aanpak zou weinig kans bestaan dat essentiële gedragingen en verbanden over het hoofd gezien zouden worden, zo is gesuggereerd in Hoofdstuk 1. De juistheid van deze bewering is eigenlijk nog steeds onzeker: zelfs een groot aantal getoetste verschillen en verbanden geven geen enkele indicatie omtrent wat je mogelijk allemaal gemist hebt. Op basis van exploratie hebben we gedragingen en mogelijke verschillen onderkend maar deze verschillen zijn verder niet getoetst omdat ze niet plausibel leken. Die beslissing om tot toetsing over te gaan had noch een sterke rationele, noch een sterke empirische onderbouwing. Alleen uitvoerig vervolgonderzoek kan uitsluitsel geven over eventueel gemiste zaken.

Verder lijkt goed zicht verkregen op de mogelijke determinanten en condities die het optreden van bepaalde probleemgedragingen mogelijk versterken of remmen. Dit wordt als een belangrijk voordeel van ethologische descriptie aangemerkt (McGuire & Fairbanks, 1977). De uitvoerige 'theorieloze' descriptieve basis maakt het bovendien mogelijk bij verschillende, mogelijk deels concurrerende theorieën aan te sluiten (McGuire & Fairbanks, 1977). Dat voordeel is hiervoor inderdaad gebleken: naast ethologische theorie zijn ook aspecten van het onderzoek naar faalangst aan de orde geweest in relatie tot de resultaten.

Het is zo dat de ethologie vooral in methodologisch opzicht, het nauwkeurig beschrijven, definiëren en tellen, waardevol is gebleken. Het typische ethologische evolutionaire perspectief is niet geheel impliciet gebleven maar nog wel een kwestie van beschrijving en speculatie. Dat de adaptatieve waarde van het gedrag moet worden afgeleid in plaats van dat we beschikken over kwantitatieve gegevens met betrekking tot de reproductie, is overigens vaak het geval (McGuire & Fairbanks, 1977; Hinde, 1991). Experimenteel onderzoek waarbij de typisch ethologische vragen naar de veroorzaking en

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

functie centraal staan blijft noodzakelijk evenals andere vragen die nog beantwoord moeten worden, zoals in de volgende paragraaf nog zal blijken.

Experimenteel onderzoek naar de effecten van deviante gedragingen op de reproductiviteit bij de menselijke soort is problematisch. Niet-experimenteel onderzoek naar de reproductiviteit is het noodzakelijke alternatief (McGuire & Fairbanks, 1977). Een voorbeeld van dergelijk onderzoek is het hierboven vermelde studie van Belsky, Steinberg & Draper (1991) naar het ontwikkelingspad en de reproductiviteit van kinderen en volwassenen met gedragsstoornissen. Hier is van belang te vermelden dat dergelijke vragen die deel uitmaken van de ethologische aanpak (perspectief, methode) buiten het kader van deze studie vallen. Hier zijn alleen een aantal ethologische concepten zoals motivationeel conflict, dominantie, en coöperatie toegepast en zoals McGuire & Fairbanks (1977) terecht stellen over de inhoudelijke bijdrage van de ethologie: het gaat vaak niet om verklarende theorieën maar meer om data-organiserende concepten half op weg van observaties naar hypothesen en theorievorming.

Weliswaar is een micro-analytische studie verricht maar dat micro-analytische niveau blijkt dan achteraf toch nog te 'grof' en relatief. Er zijn nog heel veel verdere onderscheidingen te maken en meer genuanceerde vragen te stellen. Zo zijn de prosodie en paralinguïstische aspecten van de spraak nauwelijks geanalyseerd. Verbaal gedrag is voornamelijk op de inhoud geanalyseerd. Vooral veel non-verbale gedragingen zijn gedefinieerd. Dat laatste is niet toevallig: vooral op het terrein van non-verbaal gedrag, bij non-verbale organismen en psychopathologie die non-verbaal tot uitdrukking komt, zoals in het geval van baby's, zwakzinnigen, kinderen met ADHD en depressieve patienten (zie ook Hoofdstuk 3 en verder Eibl-Eibesfeldt, 1989) is de ethologie waardevol gebleken. Overigens is de analyse van het non-verbale gedrag van de diagnost in de onderhavige studie weer zeer summier geweest.

Wat in de onderhavige studie ook onderbelicht is gebleven, is de combinatie van gedragselementen: menselijk gedrag is een voortdurend veranderende combinatie van gedragselementen, zoals o.a. houding, beweging met ledematen, hoofdstand, gelaatsexpressie, verbaal gedrag waarbij wat iemand zegt niet alleen van belang is maar ook hoe, en wat dat laatste betreft zijn er weer heel veel mogelijkheden. Men kan zeer ver gaan in de micro-analyse van gesprekken, het subtiele, complexe samenspel van non-verbale en verbale communicatie -complementair, versterking en tegenspraak- en de varianten en combinaties binnen de verschillende kanalen, bijvoorbeeld binnen het verbale kanaal het samenspel van grammaticale structuur en intonatie. Een concreet voorbeeld wat dat laatste betreft: bij directe verzoeken heeft glimlachen een 'pacifying effect' en geeft een 'inquiring intonation' aan het verzoek een meer uitgesproken vraagkarakter (Eibl-Eibesfeldt, 1989). Zowel het gebruik als de waarneming van de zinsmelodische kwaliteiten om bepaalde affectieve informatie te communiceren zijn verankerd in universele biologische programma's. Dezelfde verbale uiting kan verschillende betekenissen hebben afhankelijk van de 'emotionele toon' waarop wordt gesproken (Jurgens & Ploog, 1976). De stem kan dezelfde emoties en 'states' van bijvoorbeeld gedecideerdheid,

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

vertrouwen of aarzeling uitdrukken als gelaatsexpressie (Scherer & Giles, 1979).

Aan die combinatorische complexiteit bij het steeds weer verfijnen is hier geen aandacht besteed. Het is overigens waarschijnlijk dat die combinatorische complexiteit ervoor zorgt dat het opstellen van een ethogram voor de menselijke soort problematisch is. En als je gedragingen isoleert en ook geïsoleerd interpreteert, kun je onjuiste conclusies trekken. Om een voorbeeld te noemen uit het onderzoek.

Een 3-tal kinderen zijn extreem wat betreft het sluiten van de ogen (zie Hoofdstuk 5). Daarbij zit een -ook uit andere gedragingen af te leiden- extreem angstig kind die op het moment dat hij zijn ogen sluit, ook afgewend zit van de diagnost en zijn hoofd bedekt met zijn armen. De andere kinderen met extreme waarden zijn normale kinderen die een verhaal vertellen en dat zo beeldend doen dat zij met veel gebaren en het sluiten van de ogen iets illustreren. Het is duidelijk dat een geïsoleerde, snelle interpretatie van de extreme waarden volkomen onjuist geweest zou zijn.

De directe observatie van video-opnamen is, zoals gezegd, met name geschikt bij de exploratieve bestudering van natuurlijke, doorgaans complexe situaties waarbij relatief veel gedragsaspecten een rol spelen. Het is een methode die het tijd-, situatie- en momentgebondene wetenschappelijk (betrouwbaar, zie onder) kan benaderen. Door de mogelijkheid van herobservatie krijgen onderzoekers een gedetailleerd inzicht in gedragingen en omstandigheden waarvan inmiddels is aangetoond dat ze kenmerkend zijn voor het verloop van de interactie. Je kunt zelfs zaken observeren die de betrokkenen zelf ontgaan. Zo is het voor ons mogelijk geweest de houding, plaatsing en beweging van de benen en voeten van het kind onder de onderzoekstafel te observeren; zaken die voor de diagnost onzichtbaar zijn. Ook observeerden we specifieke gedragingen op de momenten dat de diagnost aan het schrijven was en die hij dus niet heeft kunnen waarnemen.

Hoewel de onderzoekers als niet-participerende observatoren een bepaalde observatie-voorsprong lijken te hebben ten opzichte van de diagnost, kan deze laatste daarentegen kleine details waarnemen die de onderzoekers ontgaan, zoals zuchten, subtiele oogcontactfenomenen, of details van de taakuitvoering.

Een belangrijker beperking van directe observatie is echter het feit dat de onderzoekers geen directe toegang hebben tot de gevoelens en gedachten (cognities) van diagnost en kind. Nu heeft dit weliswaar geen deel uitgemaakt van de doel- en vraagstelling van deze studie, maar het is duidelijk dat -zeker in het geval van angststoornissen, zie bijvoorbeeld de sectie **Faalangst en faalangstreductie**- dergelijke zaken een belangrijk onderdeel zijn van de stoornis. Kennis van gedachten kan ook van belang zijn om meer definitieve conclusies te trekken omtrent de doelen die de diagnost nastreeft of de overwegingen die aan bepaalde diagnostgedragingen ten grondslag liggen (Frese & Sabini, 1985).

In Hoofdstuk 3 is al gesteld dat het praktisch niet mogelijk is geweest met behoud van de selectie-criteria evenveel jongens als meisjes te selecteren en de groepen volledig te matchen op leeftijd

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

en sexe. De voorkeur is gegeven aan 'probleemzuiverheid': de selectie van zuivere gedragsgestoorde en angstige kinderen stond voorop. De verdeling van jongens en meisjes, 5- en 6 jarigen over de groepen van gedragsgestoorde, angstige en normale kinderen is in tabel 81 aangegeven.

Tabel 81. Verdeling van aantallen jongens (j) en meisjes (m), 5- en 6 jarigen over de groepen van gedragsgestoorde, angstgestoord en normale kinderen

	Gedragsgestoord				Angstgestoord				Normaal			
	jongens		meisjes		jongens		meisjes		jongens		meisjes	
5jr	2	2	4	2	1	3	3	1	4	3	1	4
6jr	4	0	4	3	2	5	3	1	4	3	1	4
tot	6	2	5	3	6	2						

Uit tabel 81 kan worden afgeleid dat de groep van gedragsgestoorde kinderen en normale kinderen qua leeftijd en sexe nog het meest op elkaar lijken. Wel is het zo dat in deze groepen de verdeling van jongens en meisjes schever is. Het is onzeker in hoeverre de ongelijke verdeling en 'mismatches' de resultaten hebben beïnvloed. Meisjes zijn relatief ondervertegenwoordigd. Dat is zeker het geval bij de gedragsgestoorde kinderen en de normale kinderen. Het is mogelijk dat gedragsgestoordheid bij meisjes zich anders manifesteert tijdens individueel diagnostisch onderzoek, al zijn daar in het onderhavige onderzoek geen aanwijzingen voor. Dat moet toekomstig onderzoek met een veel groter aantal gematchte proefpersonen waarvan een gelijk aantal jongens en meisjes deel uitmaakt, uitwijzen.

De methodologische zwakte van het gebrek aan standaardisering lijkt onontkoombaar. Het gaat om de relevante gedragingen voorkomend tijdens de afname van individueel diagnostisch onderzoek. Dat individueel diagnostisch onderzoek een standdaardsituatie zou zijn of zou kunnen worden, lijkt -zeker op basis van de hier geconstateerde verschillen- onwaarschijnlijk.

In Hoofdstuk 4 is reeds aangekondigd dat een evaluatie van de betrouwbaarheid noodzakelijk is, in het bijzonder met het oog op de methodologische zwakte dat de observatoren in de fase van toetsing op de hoogte waren van het onderzoeksdoel en het groepslidmaatschap van de geobserveerde kinderen. In Hoofdstuk 4 is gesteld dat 'blindheid' van de observatoren praktisch niet haalbaar was. De ontbrekende blindheid voor het groepslidmaatschap had vooral te maken met het feit dat de observatoren bij langer durende observatie in de gaten hadden om welke problematiek (kind) het ging. Om dit te voorkomen zijn mogelijk (weliswaar technisch en praktisch ingewikkelde) oplossingen. In 6.4. "Verder onderzoek" komen we hier op terug. Tot het moment dat echt kan worden aange-toond dat observatoren met- en zonder voorkennis inwisselbaar zijn, gaat het hier voorlopig om een inschatting in hoeverre de genoemde blindheid een

bedreiging is geweest voor de betrouwbaarheid van de data-verzameling.

Bij gedragsobservatie is de gevoeligheid voor onbetrouwbaarheid afhankelijk van de scoringswijze, het gedragscategoriesysteem en vertekening (zie o.a. Hollenbeck, 1978). Daarnaast is de kwaliteit van de controle op de betrouwbaarheid van belang. Deze punten lopen we langs.

Wat betreft de scoringswijze in verband met vertekening en de controle op de betrouwbaarheid het volgende. Met de permanente beschikbaarheid van de bron van de gedragsgegevens (film- of video-opnamen) kan optimaal op vertekening in de persoonlijke verslaglegging gecontroleerd worden (Lehner, 1979). Er kan sprake zijn van een strenge 'observational control' (Schneirla, 1950), zoals ook hieronder nog zal blijken. Je kunt de gedragingen real-time observeren en registreren en, indien noodzakelijk, herobserveren. Kortom: gunstige omstandigheden waarvan sprake is geweest in het onderhavige onderzoek.

Wat betreft gedragscategoriesystemen: laag-interpretatieve, moleculaire, scherp gedefinieerde, goed afgegrensde, eenduidige gedragscategorieën zijn minder gevoelig voor subjectiviteit (dat wil zeggen: zijn meer betrouwbaar) (Blurton-Jones, 1972; Hollenbeck, 1978; Lehner, 1979; Pelligrini, 1996). Er zijn aanwijzingen dat het in het onderhavige onderzoek ging om gedragscategorieën met de genoemde eigenschappen. Het onderzoeksdoel was om tot typerende laag-interpretatieve, concrete gedragskenmerken van de probleemgroepen te komen. Hieraan is in de exploratieve fase veel aandacht besteed (zie Hoofdstuk 3). Blurton-Jones (1972) stelt dat een dergelijke fase essentieel is om tot eenduidig gedefinieerde gedragscategorieën te komen die een concrete 'basic reality' reflecteren. Een 'basic reality' die ervoor zorgt dat andere onderzoekers ethologische studies gemakkelijk kunnen herhalen, de gebruikte categorieën gemakkelijk kunnen hanteren (Blurton-Jones, 1972). In het onderhavige onderzoek zijn veel onderscheidingen gemaakt om de werkelijkheid van het testgedrag te dekken, getuige het aantal gedragscategorieën (184). Je zou in ieder geval van een 'verbaal ethogram' van testgedrag kunnen spreken; voorzichtig geschat werden meer dan 90% van de uitspraken van kind en diagnost gedekt door de verbale gedragscategorieën (dat wil zeggen: maximaal 10% van de uitspraken niet). Zoals in Hoofdstuk 4 is gesteld, kostte het ook weinig training om bij de aldaar vermelde categorieën tot betrouwbare scoring te komen. Nieuwkomende observatoren konden snel goed overweg met de gedragscategorieën. De meeste gedragingen waren kennelijk gemakkelijk te categoriseren. Het ging om een robuust gedragscategoriesteel en om een robuust beslissingsproces: bij het 28-tal gedragscategorieën dat is afgefallen is niet langdurig geprobeerd om tot intra- en interbetrouwbaarheids-overeenstemming te komen. De hiergenoemde eigenschappen van gedragscategorieën in verband met de ongevoeligheid voor subjectiviteit gelden vooral voor ethologische gedragscategorieën (Blurton-Jones, 1972, Pelligrini, 1996). Maar zoals in Hoofdstuk 3 is gesteld, gaat het in ethologische studies doorgaans om non-verbale gedragingen. Hier zijn 53% van de categorieën verbaal. Het voorgaande suggereert dat de genoemde eigenschappen ook gelden voor de verbale categorieën. Deze suggestie komt mogelijk ook tot uitdrukking in het gegeven dat de groep van verbale gedragscategorieën

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

niet minder betrouwbaar is dan de groep van non-verbale gedragscategorïeën bij metingen van de intra- en inter-observatorbetrouwbaarheid. Tabel 82 geeft hierover uitsluitsel.

Tabel 82. Verdeling in percentages van de verbale en non-verbale categorieën over intervallen van waarden van Cohen's Kappa bij de bepaling van intra- en inter-observatorovereenstemming

Interv.C-Kappa	Intra-O		Inter-O	
	Verbaal	Non-verbaal	Verbaal	Non-verbaal
.70 - .80	38%	26%	50%	46%
.80 - .90	35%	33%	26%	30%
> .90	27%	41%	24%	24%

De inter-observator overeenstemmingskolommen met percentages genoemd onder 'Verbaal' en 'Non verbaal' bij de verschillende intervallen verschillen nauwelijks van elkaar (50% en 46 %, 26% en 30%, 24% en 24%). De intra-observator overeenstemmingskolommen met percentages laten een wat ander beeld zien: meer verbale gedragscategorïeën (38%) dan non-verbale gedragscategorïeën (26%) bevinden zich in het interval .70-.80, terwijl meer non-verbale gedragscategorïeën (41%) dan verbale gedragscategorïeën (27%) zich in het interval >.90. bevinden. Toch lijkt de stelling dat het bij de non-verbale en verbale gedragingen om hetzelfde type categorie gaat, met dezelfde hierboven genoemde eigenschappen, verdedigbaar. Wat betreft vertekening, in het bijzonder ten gevolge van de verwachting van onderzoekers en observatoren, is het volgende van belang. Rosenthal (1977) concludeert op basis van zijn overzichtstudie dat de verwachting van onderzoekers de resultaten beïnvloeden. Observator-vertekening in het geval van observatie-studies is summier onderzocht (Hollenbeck, 1978). Hollenbeck (1978) rapporteert veldonderzoek waarbij het manipuleren van de verwachting van observatoren effecten heeft. Andere onderzoekers hebben deze effecten weer niet kunnen aantonen (Hollenbeck, 1978; Johnson & Ryan, 1976). Ook Towns, Singh & Beale (1984) vonden geen verschillen qua betrouwbaarheid tussen geïnformeerde en niet-geïnformeerde observatoren. Hierbij ging het om het meten van de effecten van een farmacologische interventie bij diepzwakzinnige jongeren op basis van de frequentie van concrete gedragingen (o.a. stereotype gedragingen, zelfverwonding, interactiegedrag). Het blijft onduidelijk in hoeverre de verwachting de betrouwbaarheid van observatoren bedreigt. Volgens Mayes & Bixler (1993) is de aard en het niveau van het categorieënsysteem een belangrijke factor: bij het geven van globale indrukken, molaire categorieën en observatie-schalen is sprake van een gevoeligheid voor verwachting en is vertekening en onbetrouwbaarheid vooral waarschijnlijk. Als dat waar is, vormt de voorkennis omtrent het groepslidmaatschap minder een bedreiging voor de betrouwbaarheid gezien de aard van het gedragscategorïeënsysteem dat hier is gebruikt. Verder vormen de berekende betrouwbaarheidscoëfficiënten een belangrijke indicatie voor de mate waarin is waargenomen wat in

werkelijkheid is gebeurd, de mate van objectiviteit (persoonsonafhankelijkheid). Hiermee zijn we gekomen op de laatste factor die van belang is voor de evaluatie van de betrouwbaarheid van de scoring: de kwaliteit van de controle op de betrouwbaarheid. Zoals hierboven gesteld geeft de beschikbaarheid van het materiaal op video en de scoringswijze de mogelijkheid tot het hanteren van een superieure betrouwbaarheidsmaat, namelijk Cohen's Kappa (Hollenbeck, 1978). Daarbij is de grens hoger gesteld dan in de literatuur acceptabel wordt geacht ($>.70$, terwijl $>.60$ reeds voldoet; zie Hoofdstuk 4). Zowel de intra- als de interobservator-overeenstemming is bepaald. Hiermee is gecontroleerd op stabiliteit (intra-0) en nauwkeurigheid (inter-0) in plaats van een controle op slechts één van beide aspecten van de betrouwbaarheid (Hollenbeck, 1978). Wat betreft de controle op de nauwkeurigheid wordt in de literatuur het gebruik van een 'expert observator' gesuggereerd als criterium voor andere observatoren (Hollenbeck, 1978; Lehner, 1979). De hoofdonderzoeker, de observator met de meeste voorkennis, heeft deze rol zeker vervuld in het onderzoek. Verder hebben de berekende Kappa's betrekking op individuele gedragscategorieën en zijn in Hoofdstuk 4 exacte waarden vermeld bij individuele gedragscategorieën (in plaats van brede ranges met lage ondergrenzen waarbinnen de waarden van de berekende Kappa's zich bevinden). Wat betreft de hoogte van die Kappa's tenslotte nog een laatste opmerking. Hiervoor is gesteld dat $>.70$ de grens vormde. Op basis van de percentages in Tabel 82 kan gemakkelijk worden berekend dat bij de intra-observatorovereenstemming 52% van de berekende Kappa's $>.80$ is. Bij de inter-observatorovereenstemming is dit percentage zelfs 67%. Deze gegevens lijken belangrijke indicatoren dat is waargenomen wat in werkelijkheid is gebeurd. Het lijkt onwaarschijnlijk dat dezelfde verwachtingspatronen (voorkennis omtrent het groepslidmaatschap van het geobserveerde kind) leiden tot de genoemde waarden van de berekende Kappa's. Het is onwaarschijnlijk dat die voorkennis de observatoren zo systematisch heeft beïnvloed dat op dezelfde momenten in de tijd vertekend is gescoord, resulterend in de berekende Kappa-waarden. Overigens wordt dergelijke zogenaamde 'consensual drift' wel in de literatuur vermeld, maar daarbij wordt aangetekend dat dit een probleem vormt bij molaire, slecht afgegrensde gedragscategorieën (Kalma, 1989). Dit probleem krijgt bij het hanteren van een maat als Cohen's Kappa ook nauwelijks kans, zoals in het voorgaande is duidelijk gemaakt. Kortom: wat betreft de inschatting in hoeverre de ontbrekende 'blindheid' van de observatoren een bedreiging is geweest voor de betrouwbaarheid van de data-verzameling, lijkt het volgende belangrijk. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat die bedreiging meevalt. Volstreekte zekerheid hebben we daarover niet. Meer zekerheid kan mogelijk worden verkregen in vervolgonderzoek, zoals aan de orde gesteld in paragraaf 6.4 "Verder Onderzoek".

In Hoofdstuk 4 is reeds aangekondigd dat evaluatie van de resultaten met het oog op het gevaar van kanscapitalisatie vanwege de vele toetsen die zijn uitgevoerd, noodzakelijk is. Hiertoe zijn de uitgevoerde toetsen verdeeld in een 4-tal clusters, namelijk toetsen betreffende: (1) gedragingen van gedragsgestoorde kinderen, (2) diagnostgedragingen bij gedragsgestoorde kinderen, (3) gedragingen van angstgestoorde kinderen en (4) diagnostgedra-

gingen bij angstgestoorde kinderen. Deze verdeling, in het bijzonder de scheiding van kind en diagnostgedragingen, zorgt ervoor dat de toetsen binnen de clusters onafhankelijk zijn. Het is immers aannemelijk gezien de resultaten, dat bepaalde gedragingen van kind en diagnost, althans voor een deel, met elkaar in verband staan. De toetsen van deze gedragingen zouden dan niet onafhankelijk zijn. Nu kan binnen deze clusters van onafhankelijke toetsen op basis van het aantal uitgevoerde toetsen de waarschijnlijkheid worden bepaald op het voorkomen van k of meer significante verschillen (waarbij $P < 0.05$ of $P < 0.01$) op basis van kans (Feild & Armenakis, 1974). Om te kunnen bepalen of de kans op het aantal werkelijk geconstateerde significante verschillen ($P < 0.05$ of $P < 0.01$) niet te groot is, en dus de geconstateerde verschillen zeer waarschijnlijk toevallstreffers zijn, zijn de volgende aantallen voor de verschillende clusters relevant: het totaal aantal uitgevoerde toetsen en het aantal significante verschillen op basis van $P < 0.05$ en $P < 0.01$. Tabel 83 geeft hiervan een overzicht.

Tabel 83. Totaal aantallen uitgevoerde toetsen (Tot.Freq.) en aantallen significante verschillen op basis van $P < 0.05$ en $P < 0.01$ (Freq.) voor de clusters (1) gedragingen van gedragsgestoorde kinderen, (2) diagnostgedragingen bij gedragsgestoorde kinderen, (3) gedragingen van angstgestoorde kinderen en (4) diagnostgedragingen bij angstgestoorde kinderen.

Cluster	(1)	(2)	(3)	(4)
Tot.Freq.	84	31	53	33
Freq. ($P < 0.05$)	45	13	14	15
Freq. ($P < 0.01$)	27	8	3	7

We evalueren zoals gezegd de resultaten met het oog op kanscapitalisatie per cluster. Wat betreft cluster (1) het volgende.

Feild & Armenakis (1974; zie tabel 1 op pagina 429) melden dat bij het uitvoeren van 85 toetsen de waarschijnlijkheid op het verkrijgen van 10 of meer significante verschillen ($P < 0.05$) op basis van toeval 0.0099 is. Waarschijnlijkheden bij grotere aantallen significante verschillen op basis van toeval, bijvoorbeeld bij een aantal van 45 (zie tabel 83) staan verder niet vermeld omdat die kansen veel te klein zijn. De conclusie luidt dan ook dat de kans op 45 toevallige significante verschillen ($P < 0.05$) bij een totaal aantal uitgevoerde toetsen van 84 (zie Tabel 83) zeer klein is, te weten $<< 0.0099$.

Feild & Armenakis (1974; zie tabel 2 op pagina 429) melden dat bij het uitvoeren van 85 toetsen de waarschijnlijkheid op het verkrijgen van 6 of meer significante verschillen ($P < 0.01$) op basis van toeval 0.0002 is. Waarschijnlijkheden bij grotere aantallen significante verschillen op basis van toeval, bijvoorbeeld bij een aantal van 27 (zie tabel 83) staan verder niet vermeld omdat die kansen veel te klein zijn. De conclusie luidt dan ook dat de kans op 27 toevallige significante verschillen ($P < 0.01$) bij een totaal aantal uitgevoerde toetsen van 84 (zie tabel 83) zeer klein is,

namelijk $\ll 0.0099$.

Op soortgelijke wijze kunnen cluster (2), (3) en (4) met het oog op kanscapitalistatie worden geëvalueerd. We melden alleen de conclusie van de evaluatie.

Voor cluster (2) luidt de conclusie dat de kans op 13 toevallige significante verschillen ($P < 0.05$) bij een totaal aantal uitgevoerde toetsen van 31 zeer klein is, te weten $\ll 0.0001$. De kans op 8 toevallige significante verschillen ($P < 0.05$) bij een totaal aantal uitgevoerde toetsen van 31 is eveneens zeer klein: $\ll 0.0002$.

Voor cluster (3) luidt de conclusie dat de kans op 14 toevallige significante verschillen ($P < 0.05$) bij een totaal aantal uitgevoerde toetsen van 53 (zie tabel 83) weer zeer klein is, namelijk $\ll 0.0004$. De kans op 3 toevallige significante verschillen ($P < 0.01$) bij een totaal aantal uitgevoerde toetsen van 53 is weliswaar niet zo klein is als tot nog toe, maar toch voldoende klein: om precies te zijn 0.0155.

Voor cluster (4) luidt de conclusie dat de kans op 15 toevallige significante verschillen ($P < 0.05$) bij een totaal aantal uitgevoerde toetsen van 33 (zie tabel 83) zeer klein is: $\ll 0.0003$. De kans op 7 toevallige significante verschillen ($P < 0.01$) bij een totaal aantal uitgevoerde toetsen van 33 is tenslotte wederom zeer klein, namelijk $\ll 0.0004$.

Op basis van het voorgaande kan worden geconcludeerd dat voor alle clusters geldt dat het zeer onwaarschijnlijk is dat de geconstateerde verschillen tot de toevalligheden behoren. Het gevaar van kanscapitalistatie vanwege het grote aantal uitgevoerde toetsen lijkt hiermee bezworen.

6.3. Verder onderzoek

De mogelijkheden voor verder onderzoek gaan in een 2-tal richtingen: een fundamentele en een toegepaste. De fundamentele vragen gaan ten dele vooraf aan de toepassing. Bijvoorbeeld: eerst moet de onderhavige onderzoeksvraag beter beantwoord worden, bijvoorbeeld op basis van veel meer proefpersonen, alvorens tot instrumentontwikkeling kan worden overgegaan. De fundamentele vragen bijvoorbeeld betreffende de veroorzaking hoeven daarentegen niet vooraf te gaan aan instrumentontwikkeling. Wat is er in de toekomst nog mogelijk en noodzakelijk aan onderzoek?

In de vorige paragraaf is benadrukt dat het onderhavige onderzoek methodologische zwakten heeft (zie 6.2. "Methodologische kanttekeningen"). Bij verder onderzoek met dezelfde onderzoeksvraag kan allereerst aan een aantal van de zwakten gesleuteld worden zoals matching van de proefpersonen qua leeftijd en sexe en een gelijk aantal jongens en meisjes.

Ter validering van de resultaten lijkt het noodzakelijk de gedragsmetingen te repliceren met grote groepen proefpersonen van normale, gedragsgestoorde en angstige kinderen en andere diagnosten. Meer proefpersonen is ook een krachtig middel tegen de problematiek van kanscapitalistatie, zoals in de vorige paragraaf aan de

orde gesteld (Feild & Armenakis, 1973; Siegel & Castellan, 1988). Bij dergelijk vervolgonderzoek is 'blindheid' van de observatoren voor het doel van het onderzoek en voor het groepslidmaatschap van de geobserveerde kinderen wenselijk. Er is immers geen volstrekte zekerheid verkregen in hoeverre de ontbrekende 'blindheid' van de observatoren een bedreiging is geweest voor de betrouwbaarheid van de data-verzameling in het onderhavige onderzoek (zie vorige paragraaf). Een 'blinde' scoring van de video-opnamen die voor dit onderzoek zijn gebruikt en een vergelijking met de reeds bestaande scoringen ligt in dit kader ook voor de hand; hiermee kan de ongevoeligheid van het categorieënsysteem voor voorkennis (ontbrekende 'blindheid') worden aangetoond. Om te voorkomen dat observatoren toch vroegtijdig in de gaten hebben om welke problematiek het gaat (zie paragraaf 4.1. "Inleiding"), zouden compilaties van korte video-fragmenten (verschillende kinderen) in een random reeks moeten worden gemaakt. Deze compilaties zouden moeten worden gescoord. Dit vergt de nodige technische inspanningen. Ook de praktische haalbaarheid en meeropbrengst van dergelijke ingewikkelde procedures zijn in het geding. Dat neemt niet weg dat het 'theoretisch' een goede oplossing voor het genoemde probleem lijkt.

Daarnaast kan onderzocht worden in hoeverre de typerende gedragingen voorkomen tijdens andere individuele onderzoekssituaties. Verder lijkt het noodzakelijk niet alleen kinderen te observeren die qua problematiek, gedragsgestoord of angstgestoord, 'zuiver' en extreem zijn. Het is immers vaker de realiteit dat bij angst- en gedragsstoornissen van comorbiditeit sprake is en dat er minder extreme angst- of gedragsproblemen zijn (Frick, 1998; Schwartz, Gladstone & Kaslow, 1998).

Bij vervolgonderzoek met een groter aantal proefpersonen liggen de volgende vragen voor de hand: zijn de gevonden gedragingen inderdaad typerend en kunnen daar andere concrete vormen aan toegevoegd worden?; gaan bij extreme idiosyncratische probleemgedragingen zonder groepsverschil met een groter aantal proefpersonen groepsverschillen optreden?; blijven de verdelingen van de extreme waarden en uitbijters over de verschillende groepen ongelijk?; passen de toekomstige, voor een deel nieuwe groepsverschillen in de analyse (morfologie, motivationele, veroorzaking) zoals geschetst in paragraaf 6.1. (pag) ?; en passen idiosyncratieën in die analyse, zodat concreet idiosyncratisch gedrag weliswaar niet psychometrisch geanalyseerd kan worden omdat het te weinig voorkomt, maar op motivationeel niveau geclusterd wel?; blijven mechanismen als functionele equivalentie en equifinaliteit van toepassing? blijven de gepresenteerde biologisch balansen relevant om de interactie te kunnen duiden? Aan al deze vragen kan in vervolgonderzoek aandacht besteed worden.

Als de analyse juist is geweest, dan zou bijvoorbeeld moeten kunnen worden afgeleid op welke wijze de diagnost zich nog meer nadrukkelijk dominant -bij de gedragsgestoorde kinderen- of subdominant -bij de angstige kleuters- zou kunnen gedragingen, of op welke wijzen vriendelijke intenties -van belang bij angstige kinderen- nog meer gecommuniceerd kunnen worden. Bij een groot deel van de nog onbekende gedragswijzen zou het wel eens kunnen gaan om strategieën die typerend zijn voor de menselijk soort (Eibl-Eibesfeldt,

1989). Ook in het onderhavige onderzoek is aangetoond dat er in een diagnostische situatie die te boek staat als 'onnatuurlijk' uiteindelijk zeer natuurlijke gedragingen optreden en universele krachten, vooral van aantrekking en afstoting en de varianten daartussen, in het spel zijn.

Tevens is het mogelijk na te gaan in hoeverre bij andere ervaren diagnostici de gevonden en mogelijk nog andere vormen van probleemgedrag-reducerende gedragingen voorkomen. Om nog beter te kunnen bepalen in hoeverre het mogelijk gaat om probleemreducerende gedragingen ligt een vergelijking met onervaren diagnostici voor de hand. Daarbij zouden behalve de verbale gedragingen van de diagnost, ook meer non-verbale gedragsvarianten onderscheiden moeten worden. Of het bij bepaalde diagnostgedragingen echt gaat om probleemgedragreductie, zou overigens in experimenteel onderzoek vastgesteld moeten worden.

Hoewel de onderhavige studie reeds micro-analytisch is, zouden bepaalde gedragingen nog verder geanalyseerd kunnen worden, bijvoorbeeld de non-verbale aspecten van de spraak. Voor een nauwkeurige bestudering van de prosodie en de paralinguïstische aspecten van de spraak zijn twee redenen. Ten eerste bevatten deze aspecten aanwijzingen voor de aanwezigheid van specifieke emoties zoals plezier of angst bij de kleuters. Ten tweede zou de effectiviteit van de communicatie van de diagnost er wel eens in belangrijke mate van af kunnen hangen: niet alleen wat de diagnost zegt, maar vooral ook hoe hij het zegt zou het effect kunnen bepalen. Ofwel: zowel voor de diagnost (effectieve communicatie) als het kind (emotiecommunicatie) zijn er aanwijzingen dat het zinvol is stemgebruik te analyseren (Winton, 1990; Street, 1990).

Hiervoor is al gesuggereerd dat experimenteel onderzoek naar de balansen, bepaalde mechanismen als functionele equivalentie en equifinaliteit, de motivationele betekenis, de veroorzaking en effecten van gedragingen zoals gesuggereerd, noodzakelijk is. Hier zijn post-hoc interpretaties geformuleerd. Nu gaat het er bijvoorbeeld om: heeft verondersteld probleemgedragreducerend gedrag van de diagnost werkelijk meetbaar effect? kan de diagnost probleemgedrag versterken of verzwakken? Of: is meer of minder indringend sociaal contact voor de gedragsgestoorde kinderen inderdaad meer of minder frustrerend en stressvol? Dit vereist dat je zaken gaat scheiden en manipuleren. Nog een 2-tal vragen in dezelfde lijn: wat levert alleen gespreksvoering met gedragsgestoorde kinderen op, zonder dat er een taak gaat komen? Of: hoe gedraagt een gedragsgestoord kind zich bij een 'onpersoonlijke' taakuitvoering, bijvoorbeeld per computer?

Reeds in Hoofdstuk 3 is gesteld dat het in deze studie gaat om het verzamelen van concrete gedragingen die mogelijk indicatief zijn voor de als juist veronderstelde motivationele toestand van het kind. In paragraaf 6.1. "Resultaten: conclusie, interpretatie en speculatie" (pag.182) is de plausibiliteit van specifieke motivationele toestanden meer onderbouwd. Alleen naar het gedrag verwijzen is immers onvoldoende om de motivationele verklaring te bewijzen, zo is de onderbouwing in de paragraaf 6.1.3. "Gedragsverschillen: speculaties omtrent het waarom en waartoe?" (pag.190) opgestart.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Maar nog steeds is er eigenlijk geen zekerheid over de motivationele betekenis, de precieze functie of effecten en de precieze veroorzaking van het gedrag van kind en diagnost. Wat die veroorzaking betreft spreken Dienske et al. (1987) in de diagnostische situatie over 'gevaren als overeenkomstige oorzaken van angst' bij angststoornissen. Deze overeenkomstige veroorzaking zou bijdragen aan de biologische validiteit van het syndroom angststoornis. Behalve dat dit tautologisch is, bij angst is immers altijd sprake van een door het subject geperceptieerd gevaar, zegt het niets over welke beangstigende factoren ('gevaren') precies in het geding zijn. Daarvoor lijken nog nader uit te werken experimenteel-achtige procedures noodzakelijk: formele experimentatie, interactieve experimentatie (als het om interveniëren gaat; zie Van Erp & Van Parreren, 1991) of een procedure zoals voorgesteld door Powers (1973; zie ook Runkel, 1990; Robertson & Powers, 1990). Deze laatste procedure, genaamd 'The Test', is een methode om doelen bij mensen vast te stellen. Een 'doel' wordt ook wel aangeduid als 'interne standaard', 'streefwaarde'; voor andere benamingen, zie Austin & Vancouver, 1996. Volgens Austin & Vancouver (1996) is The Test in de psychologie waarin het doelconstruct of nauw verwante constructen centraal staan, de meest precieze methode om doelen op een niet te hoog niveau vast te stellen. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer er in een concrete situatie duidelijke ideeën bestaan wat de interne standaard van de actor zou kunnen zijn en er goed zicht is op het soort verstoringen vanuit de omgeving -zoals gedragingen van de ander en gebeurtenissen- waarin de actor zich gedraagt. Dit laatste maakt het gericht 'verstoren' van de omgeving en het meten van de effecten van die verstoring of het gedrag van de actor mogelijk en bekort de tijd van 'gissen en missen' aanzienlijk (Runkel, 1990). Om een voorbeeld te noemen: wanneer het gedragsgestoorde kind de variabele 'intimiteit' controleert, waarbij de interne standaard is 'op afstand blijven', dan is het mogelijk na te gaan of het kind de nabijheid van de diagnost - bijvoorbeeld letterlijk als de diagnost zich naar het kind buigt of figuurlijk als de diagnost persoonlijke vragen stelt- teniet doet door weer afstand te nemen. In concreto kan letterlijk afstand worden genomen door zich om te draaien, naar achteren te gaan zitten of van tafel weg te lopen, of figuurlijk door niet te reageren op vragen of door onzinnige antwoorden te geven. Dergelijke procedures zijn noodzakelijk om met meer zekerheid een specifieke motivationele toestand vast te stellen in plaats van gedrag te rapporteren dat daar 'op lijkt'.

Op den duur zou een observatie-instrument voor de klinische praktijk ontwikkeld kunnen worden (betrouwbaarheid, normen, validiteit). In Hoofdstuk 3 zijn een aantal instrumenten behandeld die niet optimaal bleken voor de detectie van angst- of gedragsstoornissen bij jonge kinderen in de individueel diagnostische situatie. Die leemte kan mogelijk opgevuld worden nadat eerst replicatieonderzoek heeft plaatsgevonden met meer proefpersonen en het volledige repertoire aan typerende gedragingen is geëxpliciteerd. Dat laatste, het micro-analytisch bepalen van het totaal aan kenmerken-de direct observeerbare gedragingen, is een belangrijke stap om meer zicht te krijgen op de aard van angststoornissen (Silverman, 1994). In Hoofdstuk 3 is de Preschool Observation Scale for Anxiety

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

(POSA) van Glennon & Weisz (1978) behandeld. Dit instrument bevat in vergelijking tot andere instrumenten een groot aantal indicatoren voor angst. Silverman (1994) betreurt het dat de POSA als instrument niet verder ontwikkeld is of gebruikt is in onderzoek waarbij relaties zijn gelegd tussen observeerbaar gedrag, fysiologische angstindices, angstbeleving en informatieverwerking bij angstige kinderen. Dergelijk fundamenteel onderzoek naar de relatie tussen de verschillende aspecten van een angststoornis is nauwelijks verricht (Beidel, 1991; Silverman, 1994). Op basis van onderzoek naar het verband tussen direct observeerbaar gedrag en fysiologische angst of stressindices zou ook de suggestie dat bij angstige kinderen tijdens individueel onderzoek frustratie en stress een belangrijke rol speelt, meer empirische basis kunnen krijgen.

Bovenstaande is een min of meer voor de hand liggende greep uit het mogelijke en noodzakelijke vervolgonderzoek naar angst- en gedragsstoornissen.

Niet zozeer als een vervolg op het onderhavige onderzoek als wel in aansluiting hierop, is het vermeldenswaard dat ook de typerende gedragingen van kinderen met andere stoornissen dan angst- en gedragsstoornissen tijdens individueel diagnostisch onderzoek mogelijk kunnen worden bepaald. En ook wanneer het niet direct om stoornissen gaat, zouden voor klinici relevante fenomenen die zich voordoen tijdens het testen exact bepaald moeten worden. Momenteel wordt informele observatie gebruikt, die zoals geconstateerd in Hoofdstuk 1 als een noodzakelijke aanvulling wordt beschouwd op het testen in engere zin. Deze informele observatie-methoden zijn niet psychometrische onderbouwd: standaardisatie, objectiviteit, normen, zicht op betrouwbaarheid en validiteit ontbreken. Volgens de Zeeuw (1971) is de diagnost noodzakelijk aangewezen op dergelijke informele observatie-methoden. Dat laatste is maar de vraag: het onderhavige onderzoek toont aan dat het mogelijk is tot een meer precieze explicitering van direct observeerbaar testgedrag te komen. Dit is wellicht ook mogelijk bij andere stoornissen en anderssoortige direct observeerbare, klinisch relevante testgedragingen.

6.4. Praktische relevantie

Onder voorbehoud, nadat meer zekerheid is verkregen over de hier geboekte resultaten zoals in 6.3. "Verder onderzoek" is uiteengezet, kunnen de resultaten onderdeel gaan uitmaken van de handleiding voor de afname van het pedodiagnosticum voor kleuters, zoals in gebruik op het Gemeentelijk Pedologisch Instituut te Amsterdam. Verder is het mogelijk de resultaten te verwerken in een training in de afname van het pedodiagnosticum of meer algemeen in een training in het observeren tijdens individueel diagnostisch onderzoek en het diagnostisch vaardig handelen. In concreto is bepaald welke gedragingen kenmerkend zijn voor kinderen met angst- of gedragsstoornissen tijdens individueel diagnostisch onderzoek. Daarom kunnen de resultaten relevant zijn voor psychologen, pedagogen en kinderpsychiaters die dergelijk onderzoek verrichten. Tot slot hebben de resultaten mogelijk een orthopedagogische

relevantie. Diagnostisch vaardig, op de korte termijn probleemgedragreducerend gedrag van de diagnost is niet therapeutisch of orthopedagogisch. Immers, het gaat hier niet om het in gang zetten van positieve lange termijn effecten. Dat neemt niet weg dat een klein begin is gemaakt met het begrijpen van het gedrag van de probleemkinderen: op vragen omtrent de morfologie, het waarom en waartoe, de motivationele betekenis -emoties, effecten, achterliggende doelen- en de veroorzaking van gedrag is enig zicht verkregen. Wellicht maakt een grondig inzicht in deze zaken in de dagelijkse situatie van het probleemkind orthopedagogisch handelen op den duur beter mogelijk. We kunnen ons voorstellen dat een dergelijk inzicht positief bijdraagt aan het omgaan met probleemkinderen, en wel zodanig dat deze omgang ook positieve lange termijn effecten heeft.

Summary

Subject and structure

This thesis describes a comparative observational study to the test-session behaviors of conduct disordered, anxiety disordered and normal preschool children, and examiner. It consists of an introduction (Chapter 1) and two parts. The first part deals with relevant research and theory (Chapter 2) an exploration (Chapter 3). The second part deals with quantification and testing hypotheses: Method (Chapter 4), Results (Chapter 5) and Conclusion and Discussion (Chapter 6).

Introduction

The individual assessment of preschool children is a worldwide activity of child psychologists and child psychiatrists. Important decisions are made on the basis of individual assessment. Yet, the empirical basis of differential problem-relevant test session behaviors of conduct disordered and anxiety disordered preschool children and examiner is absent. Defining these test session behaviors in concrete, operational terms may be considered as an improvement of the assessment and diagnosis in child-psychopathology.

Part 1: Relevant research, theory and exploration

Chapter 2 (Relevant research and theory) reviews clinical descriptions, DSM-classification, observational test session instruments, and observational studies of the behavior of conduct- and anxiety disordered children in dyadic situations (individual assessment, playroom, task-situation). This review leads to a provisional list of hypotheses of

possible test session behaviors. Unfortunately for the greater part these behaviors are not defined in concrete operational terms, and the relevance of the complete list to the individual assessment situation is unlikely. Therefore, it is necessary to do explorative research to define concrete, direct observable behavior categories and to make a selection of relevant hypotheses on empirical grounds.

In Chapter 3 (Exploration) this explorative research is described. Ethological methods seem suitable for the job (to define concrete, direct observable behavior categories), as the short historical description of 'ethology and psychiatry' in Chapter 3 shows.

The selection of 8 conduct disordered, 8 anxiety disordered and 8 normal preschool children, based on MAC/ICD-classification and TRF-scores, is also described in this chapter. A great number (n=184) of possible, typical problem-behaviors, behavioral patterns, and examiner behaviors are defined on a firm descriptive base of the video-recordings of the test sessions of 3 conduct disordered-, 2 anxiety disordered-, and 3 normal children with the same examiner. These verbal and nonverbal, expressive and instrumental behaviors are partially tied to contexts (task-context and conversational context) and correspond to a subset of the hypotheses as given in Chapter 2. New hypotheses are also presented. On explorative grounds only a subset of the hypotheses-list in Chapter 2 seems relevant.

Part 2: Quantitative analyses and testing hypotheses

In Chapter 4 (Method) the intra- and interobserver agreement (reliability) of the 184 behavioral categories (values of Cohen's Kappa) are presented. The data-collection per Video-Computer Unit, the choice for non-parametric statistical testing and the analysis of individual extreme behavior values are also subjects of Chapter 4.

Chapter 5 (Results) contains the results of the group-comparisons (8 conduct disordered versus 8 normal children, 8 anxiety disordered versus 8 normal children) and extreme/outlier analysis. The measures are relative or absolute total-session frequencies/durations, contextual patterns (absolute or relative frequencies/durations of behaviors during task execution and conversation), and temporal/trend patterns (frequency-increase/decrease).

Total-session differences

Conduct-disordered children showed more exploration and play, commanding the examiner, rejection of what the examiner says/does, speech interruption, action interruption, chair/table hanging, face rubbing, and yawn than normal children.

The examiner showed more direct verbal command/forbid, direct non-verbal command/forbid, ignoration, and complete non-verbal

withdrawal in the presence of these children.

In comparison to the conduct disordered children the examiner showed more incomplete non-verbal withdrawal in the presence of normal children.

Anxiety disordered children showed more over-confirm, orientation towards the examiner, stand still and await, fear-grin, seek proximity, mouth contact, chair/table clasp, and sigh than normal children. Normal children looked more around than anxiety disordered children.

The examiner showed more orientation towards the child and approach (with and without making himself smaller), talk about fears/anxiety, direct non-verbal command/forbid, indirect request to sit, and guidance to the chair in the presence of anxiety disordered children.

In comparison to the anxiety disordered children the examiner showed more incomplete non-verbal withdrawal in the presence of normal children.

Task-context differences

In the task-context conduct disordered children showed more asking questions about the task to come, non-evaluative comment on the task execution, brag before task execution, competitive speech, ask permission to interrupt task execution, mention interruption of task execution, actual interruption of task execution, persistence of interruption of task execution, ask permission to alter task instruction, mention alteration of task instruction, actual alteration of task instruction, task parallel disturbing actions, voice distortion and shout, making sounds, positive self evaluation, ask for assistance, inquire after the end of the test-session, clearing away task-material without permission, sit back, half sit, drop of the chair, run, crawl, turn away, walk, exaggerated walking, object manipulation, and reduced melodious sing/whistle/hum than normal children.

Normal children showed more negative self-evaluation, look at task-material, and comply than conduct disordered children.

The examiner showed more direct instruction, supplementary instruction, task-motivational sayings, direct non-personal correction, approval, and not comply with a request for help in the presence of conduct disordered children.

In comparison to the conduct disordered children the examiner told normal children more often that the task is difficult or easy. With normal children he also showed more smoothing over task-failures.

Anxiety disordered children showed more overcomply, stagnation of task-execution, help to clear away, non-flexible (tense) movements, ambivalent orientation/posture, high tense/freeze and stereotyped movements than normal children.

Normal children showed more self-touch (scratch & static) and brag after task completion than anxiety disordered children.

The examiner showed more supplementary instruction, bring about curiosity, tell the child that the task is easy, give

information about the task to come, expectation of successful task-completion, instruction/explanation/help-check, approval, praise, and offer help in the presence of anxiety disordered children.

The examiner corrected normal children more direct-personal and indirect-personal than anxiety disordered children.

Conversation-context differences

During conversation conduct disordered children showed more repeat the question asked by the examiner, no reaction, give an irrelevant answer, give a short answer, sit backwards, stand up, walk, exaggerated walking, turn away, and complaining about other children and/or the teacher than normal children.

Normal children showed more sit upright, look at the actions of the examiner, facial expression: neutral/concentration, follow the examiner, initiate conversation, and gesticulation than conduct disordered children, .

In comparison to the conduct disordered the examiner initiated more conversation in the presence of normal children.

Anxiety disordered children showed more no reaction, agree with the examiner, and ambivalent orientation/posture than normal children.

Normal children showed more initiation of conversation and gesticulation than anxiety disordered children.

The examiner showed more suggestive questioning and affirmation of answering in the presence of the anxiety disordered children.

Trend patterns during conversation

During the test-session conduct disordered children showed an increase of the following cluster behaviors in the conversation context: sitting backwards, half-sit, drop of the chair and chair-balancing. Normal children showed a decrease of turning away.

During the test-session anxiety disordered children showed an increase of the following cluster behaviors: stereotyped movements and echokinesis. Normal children showed a decrease of stereotyped movements and echokinesis.

Anxiety disordered children and normal children showed a decrease of the following cluster behaviors: high tense/freeze, startle, asymmetrical posture, and crouch.

Normal children showed a decrease of ambivalent orientation/posture and an increase of self-touch (static, rubbing, scratching).

Total-session trend patterns

Conduct disordered children showed an increase of two clusters behaviors: hanging over the table & hanging backwards, and face rubbing & yawn.

Normal children showed an increase of face rubbing and yawn.

Individual extreme behavior values

A considerable number of behavioral categories without (expected) group differences (21%) had extreme values exclusively occurring with conduct disordered- or anxiety disordered children. The distribution of the number of individual extreme behavior values per group showed that problem children have a greater number of extreme behavior values.

Chapter 5 ends with some concluding remarks. In general the behavior of the problem children and the examiner testing these children is different from the behavior of normal children and the examiner with normal children. The behavior of conduct disordered children is more different from normal than the behavior of anxiety disordered children. Contextual analyses show that only during conversation the examiner behaves almost the same with the problem children in comparison to normal children.

The main conclusion of the study is that anxiety disordered and conduct disordered children differ from normal children on a wide range of verbal, nonverbal, expressive and instrumental behaviors, and that they may be distinguished in the light of these test session behaviors.

In Chapter 6 (Conclusion and discussion) the differences are interpreted in terms of the hypotheses formulated in Chapter 3. Some interpretations remain speculative. Others seem plausible. Because of the origin of the hypotheses (see above, summary Chapter 3) we may conclude that clinical descriptions, DSM-classification, observational test session instruments, and observational studies in dyadic situations correspond in part with the observed differences. Possible causes for this discrepancy are given.

The question what these behaviors mean in terms of underlying motivations and emotions is also raised. It seems plausible that certain observed behaviors during task execution and conversation are signs of moderate or strong motivational conflict, frustration and fear. The remaining part of differential behaviors of anxiety disordered and conduct disordered children may be indicative of the disturbance of 3 biological adaptive balances. These are I.competition-cooperation, II.dominance-submission, and III.friendliness-aggression. The behaviors of the examiner in the presence of anxiety and conduct disordered children can be interpreted as attempts to restore these balances. Only a small portion of the observed differences is not interpretable in terms of motivational conflict or balance-disturbance. It seems possible to reduce the greater part of the diversity of concrete behaviors to only a few unifying ethological notions.

Methodological issues, like reliability and the capitalization of chance, are also discussed in Chapter 6. More research needs to be done to get more definite results. The thesis ends

with suggestions for future research.

Literatuur

Abe, K. (1988). Children's age, stress and behaviour: an ethological view. *Stress Medicine*, 4, 63-65.

Achenbach, T.M.(1985). *Assessment and Taxonomy of Child and Adolescent Psychopathology*. Beverly Hills: Sage Publications.

Achenbach, T.M., & Edelbrock, C.(1978). The classification of child psychopathology: an analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301.

Achenbach, T.M., & Edelbrock, C.(1986). *Manual for the Teacher's Report Form and Teacher Version of the Child Behavior Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T.M. (1998). Diagnosis, assessment, taxonomy and case formulations. In T.H.Ollendick & M.Hersen (Eds.), *Handbook of child psychopathology* (pp. 63-87). New York and London: Plenum Press.

Ack, M.(1968). The management of anxiety in the diagnostic evaluation of children. *Nordisk Psychologi*, 20, 49-56.

Adams, D.C., & Anthony, C.D.(1996). Using Randomization techniques to analyse behavioural data. *Animal Behaviour*, 51, 733-

738.

Alcock, J.(1998). Animal behavior: an evolutionary approach. Sunderland, MA, USA: Sinauer Associates, Inc.

American Psychiatric Association (APA) (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third revised edition. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (APA) (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Association.

Anderson, J.C.(1994). Epidemiological issues. In T.H.Ollendick, N.J.King & W.Yule (Eds.), International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents (pp. 43-65). New York: Plenum Press.

Apter, M.J.(1982). The experience of motivation: The theory of psychological reversals. London: Academic Press.

Archer, J.(1992). Ethology and human development. Hempstead: Harvester Wheatsheaf.

Austin, J.T., & Vancouver, J.B.(1996). Goal constructs in psychology: structure, process, and content. Psychological Bulletin, 120, 338-375.

Aylward, G.P., & MacGruder, R.W. (1986). Test Behavior Checklist Manual. Vermont: Clinical Psychology Publishing Co., Inc.

Barkley, R.A.(1981). Hyperactive children: a handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press.

Barkley, R.A.(1988). Child behavior rating scales and checklists. In M.Rutter, A.H.Tuma & I.S.Lann (Eds.), Assessment and diagnosis in child psychopathology. London: Fulton Publishers.

Behar, D., & Stewart, M.A. (1982). Aggressive conduct disorder of children: the clinical history and direct observations. Acta Psychiatrica Scandinavica, 65, 210-220.

Beidel, D.C.(1991). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 545-552.

Beidel, D.C., & Turner, S.M.(1988). Comorbidity of test anxiety and other anxiety disorders. Journal of Abnormal Child Psychology, 16, 275-287.

Belsky, J., Steinberg, L., & Draper, P.(1991). Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy: an evolutionary theory of socialization. Child Development, 62, 647-670.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Benjamin, R.S., Costello, E.J., & Warren, M.(1990). Anxiety disorders in a pediatric sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 293-216.

Berckelaer-Onnes, I.A., & Kwakkel-Scheffer, J.J.C.(1988). *Autisme en thuisbehandeling*. Meppel: Boom.

Berden, G.F.M.G. (1992). Inleiding tot het kinder- en jeugd- psychiatrisch onderzoek. In F.C.Verhulst & F.Verheij (Eds.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: onderzoek en diagnostiek* (pp.63-65). Assen/Maastricht: Van Gorcum.

Bernstein, G.A., & Borchardt, C.M.(1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 519-532.

Blöte, A.W., & Curfs, L.M.G.(1986). Het gebruik van de Conners Teaching Rating Scale in Nederland. Enige psychometrische gegevens. *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie*, 41, 226-236.

Blurton-Jones, N.(1972). *Ethological studies of child behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press.

Boekaerts, M., & Simons, P.R.J.(1993). *Leren en instructie*. Assen: Dekker & van de Vegt.

Bouhuys, A.L., Beersma D.G.M., & van den Hoofdakker, R.H. (1988). Prediction of clinical change by ethological methods. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, Supplementum 341, 23-43.

Breslau, N.(1987). Inquiring about the bizarre: false positives in diagnostic interview schedule for children (DISC) ascertainment of obsessions, compulsions and psychotic symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 639-644.

Brestan, E.V., & Eyberg, S.M.(1998). Effective psychosocial treatment of conduct disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180-189.

Buitelaar, J.K., van Engeland, H., de Kogel, C.H., de Vries, H., & van Hooff J.A.R.A.M.(1991). Difference in the structure of social behaviour of autistic children and non-autistic retarded controls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 995-1015.

Buitelaar, J.K., Swinkels, S.H.N., de Vries, H., van der Gaag, R.J., & van Hooff, J. A. R. M.(1994). An ethological study on behavioural differences between hyperactive, aggressive, combined hyperactive/aggressive and control children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1437-1446.

Caldwell, B.M. (1951). *Test Behavior Observation Guide*. In

R.Watson (Ed.), The clinical method in psychology (pp. 67-71). New York: Harper & Brothers.

Campbell, S.B. (1998). Developmental perspectives. In T.H.Ollendick & M.Hersen (Eds.), Handbook of child psychopathology (pp.3-35). New York and London: Plenum Press.

Carr, E.G., Taylor, J.C., & Robinson, S.(1991). The effects of severe behavior problems in children on the teaching behavior of adults. Journal of Applied Behavior Analysis, 24, 523-535.

Chance, M.R.A., & Russell W.M.S.(1959). Protean displays; a form of allesthetic behavior. Proceedings of the Zoological Society London, 132, 65-70.

Chance, M.R.A.(1962). An interpretation of some agonistic postures: the role of 'cut-off' acts and postures. Symposium Zoölogical Society, 8, 71-89.

Clark, D.A.(1986). Factors influencing the retrieval and control of negative cognitions. Behaviour Research and Therapy, 24, 151-159.

Cohen, J.(1960). A Coefficient of agreement for nominal scales. Educational and Psychological Measurement, 20, 37-46.

Corkill, A.J. (1995). Review of the Guide to the Assessment of Test Session Behavior for the WISC-III and the WIAT. The Twelveth Mental Measurements Yearbook (pp.473-475). Lincoln, NE: The University of Nebraska Press.

Cronin, G.M., Wiepkema, P.R., & van Ree, J.M. (1985). Endogenous opioids are involved in abnormal stereotyped behaviours of tethered sows. Neuropeptides, 6, 527-530.

Crowell, J.A., & Waters, E.(1990). Separation Anxiety. In M.Lewis & S.M.Miller (Eds.), Handbook of Developmental Psychology (pp.209-218). New York: Plenum Press.

Couturier, G.L.G., & Tak, J.A.(1996). Diagnostiek bij kinderen jonger dan 6 jaar. In Th.Kieviet, J.de Wit, J.H.A.Groenendaal, & J.A.Tak (Eds.), Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen (pp.612-657). Utrecht: De Tijdstroom.

Dadds, M.R., Rapee, R.M., & Barrett, P.M.(1994). Behavioral observation. In T.H.Ollendick, N.J.King & W.Yule (Eds.), International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents (pp. 349-363). New York: Plenum Press.

Dadds, M.R., Barrett P.M., Rapee, R.M., & Ryan, S.(1996). Family process and child anxiety and aggression: an observational analysis. Journal of Abnormal Child Psychology, 24, 715-734.

- Deci, E.L., & Ryan, R.M.(1980). Self-determination theory: when mind mediates behavior. *Journal of Mind and Behavior*, 1, 33-43.
- Defares, P.B.(1987). Stress en angst in de onderwijssituatie. In K.Doornbos & L.M.Stevens (Eds.), *De groei van het speciaal onderwijs*. 'S-Gravenhage: Staatsdrukkerij.
- De Jonge, H., & Wielenga, G.(1973). *Statistische methoden*. Groningen: Tjeenk Wiilink.
- Dekovic, M., & Janssens, J.M.(1991). Factor structure and construct validity of the Block Child Rearing Practices Report (CRPR). *Psychological Assessment*, 3, 182-187.
- De Wit, J., & Tak, J.A. (1996). Theoretische achtergronden van de klinische diagnostiek. In Th.Kieviet, J.de Wit, J.H.A.Groendendaal & J.A.Tak (Eds.), *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen* (pp.15-41). Utrecht: De Tijdstroom.
- De Wit, J., & Veerman, J.W. (1996). De classificatie van psychische stoornissen. In Th.Kieviet, J.de Wit, J.H.A.Groendendaal & J.A.Tak (Eds.), *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen* (pp.222-246). Utrecht: De Tijdstroom.
- De Witte, H.F.J.(1985). Psychopathiforme Gedragsstoornissen en Ontwikkelingspsychopathie. In J.A.R.Sanders-Woudstra & H.F.J.de Witte (Eds.), *Kinder- en Jeugdpsychiatrie* (pp.427-463). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- De Zeeuw, J.(1986). *Algemene Psychodiagnostiek I Testmethoden*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Dienske, H., de Jonge, G., & Sanders-Woudstra, J.A.R.(1985). Quantitative criteria for attention and activity in child psychiatric patients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 895-915.
- Dijkstra, A.(1989). *Handleiding bij Protin*. Rapport nr.106. Amsterdam: Instituut voor Fonetische wetenschappen, Universiteit van Amsterdam.
- Doorn, E.C.(1992). Cognitieve ontwikkeling; een klinische benadering. In F.C.Verhulst & F.Verheij (Eds.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: onderzoek en diagnostiek* (pp.172-182). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Drenth, P.J.F., & Sijtsma, K.(1990). *Testtheorie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Edelbrock, G., & Costello, A.J.(1988). Structured psychiatric interviews for children. In M.Rutter, A.H.Tuma, & I.S.Lann (Eds.), *Assessment and diagnosis in child psychopathology*

(pp.87-112). London: Fulton Publishers.

Eibl-Eibesfeldt, I. (1989). Human Ethology. New York: Aldine de Gruyter.

Elbers, E.(1988). The social construction. Academisch proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht.

Emmelkamp, P., Bouman, T., & Scholing, A.(1995). Angst, fobieën en dwang: diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Eron, L.D., & Huesmann, L.R. (1990). The stability of aggressive behavior-even unto the third generation. In M.Lewis & S.M.Miller (Eds.), Handbook of Developmental Psychology (pp.147-156). New York: Plenum Press.

Evers, A., van Vliet-Mulder J.C., & ter Laak, J.(1992). Documentatie van tests en testresearch in Nederland. Amsterdam/Van Gorcum/Assen: Nederlands Instituut voor Psychologen.

Ezpeleta, L., de la Osa, N., Doménech, J.M., Navarro, J.B., & Losilla, J.M.(1997). Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38, 431-440.

Fassnacht, G. (1982). Theory and practice of observing behaviour. London: Academic Press.

Feild, H.S., & Armenakis, A.A.(1974). On use of multiple tests of significance in psychological research. Psychological Reports, 35, 427-431.

Ferguson, G.A. (1966). Statistical analysis in psychology and education. New York: McGraw-Hill.

Frese, M., & Sabini, J.(1985). Goal directed behaviour: the concept of action in psychology. Hillsdale: Erlbaum.

Field, T.M., Sandberg, D., Goldstein, S., Garcia R., Vega-Lahr, N., Porter, K., & Dowling, M. (1987). Play interactions and interviews of depressed and conduct disordered children and their mothers. Child Psychiatry and Human Development, 17, 213-234.

Forster, A.A., Eyberg, S.M., & Burns, G.L. (1990). Assessing verbal behavior of conduct problem children during mother-child interaction: a preliminary investigation. Child & Family Behavior Therapy, 12, 13-22.

Frick, P.J.(1998). Conduct disorders. In T.H.Ollendick & M.Hersen (Eds.), Handbook of child psychopathology (pp.213-237). New York and London: Plenum Press.

Frijda, N.H.(1986). The emotions. Cambridge: Cambridge University Press.

Garb, H.N.(1998). Studying the clinician: judgment research and psychological assessment. Washington DC.: American Psychological Association.

Gerritzen, H.M.J.A., van Goor-Lambo, G., & Mussert, P.Chr.(1986). Kinder- en jeugdpsychiatrische diagnostiek. Amsterdam: Boom.

Gilbert, P.(1989). Human nature and suffering. Hove/London: Lawrence Erlbaum Associates ltd.

Glennon, B., & Weisz, J.R.(1978). An observational approach to the assessment of anxiety in young children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 1246-1257.

Glutting, J.J., & McDermott, P.A.(1988). Generality of test-session observations to kindergarteners' classroom behavior. Journal of Abnormal Child Psychology, 16, 527-537.

Glutting, J.J., & Oakland, T.(1993). Guide to the Assessment of Test Session Behavior. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Glutting, J.J., Oakland, T., & Konold, T.R.(1994). Criterion-related bias with the guide to the assessment of test-session behavior for the WISC-III and WIAT: Possible Race/Ethnicity, Gender and SES effects. Journal of School Psychology, 32, 355-369.

Glutting, J.J., Robins, P.M., & de Lancey, E.(1997). Discriminant validity of test observations for children with attention deficit/hyperactivity, 35, 391-401.

Goudena, P.P., & Meerum Terwogt, M. (1996). Diagnostiek van het emotioneel functioneren. In Th.Kieviet, J.de Wit, J.H.A.Groendendaal & J.A.Tak (Eds.), Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen (pp.570-591). Utrecht: De Tijdstroom.

Gould, M.S., Bird, H., & Staghezza-Jaramillo, B.(1993). Correspondence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses in a community sample. Journal of Abnormal Child Psychology, 21, 287-313.

Grant, E.C.(1968), An ethological description of non-verbal behavior during interviews. Journal of Medical Psychology, 41, 177-183.

Grietens, H., & Hellinckx, W. (1993). Een klinisch interview voor kinderen en jongeren: Nederlandse experimentele versie van de Child Assessment Schedule (CAS). Leuven/Apeldoorn: Grant.

Groth-Marnat, G.(1997).Handbook of psychological assessment.

New York: John Wiley & Sons, Inc.

Haeussermann, E.(1958). Developmental potential of preschool children: an evaluation of intellectual, sensory and emotional functioning. New York: Grune & Stratton.

Halberstadt-Freud, H.C., In 't Veld-Koeman, M.M., Slijper, E., & Njiokiktjien, Ch. (1989). Psychodiagnostiek met kinderen en adolescenten, Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.

Hart de Ruyter, Th.(1972). Psychopathiform gedrag bij kinderen. In Th. Hart de Ruyter & L.N.J.Kamp (Eds.), Hoofdlijnen van de kinderpsychiatrie (pp.145-165). Deventer: Van Loghum Slaterus.

Hekken, S.M.J., & Kieviet, Th. (1996). Diagnostiek van het sociaal functioneren. In Th.Kieviet, J.de Wit, J.H.A.Groendendaal & J.A.Tak (Eds.), Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen (pp.550-569). Utrecht: De Tijdstroom.

Helmke, A., & Fend, H.(1982). Diagnostic sensitivity of teachers and parents with respect to the test anxiety of students. In R.Schwarzer, H.M. Van de Ploeg & C.D.Spielberger (Eds.), Advances in test anxiety theory and research (Vol.1: pp.115-128). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Hill, K.T.(1972). Anxiety in the evaluative context. In W.W.Hartup (Ed.), The young child (vol.2, pp.225-263). Washington, DC: National Ass.for the Education of Young Children.

Hill, K.T.(1976). Individual differences in children's response to adult presence and evaluative reactions. Merrill-Palmer Quaterly, 22, 99-104.

Hinde, R.A.(1977). The relevance of animal studies to human neurotic disorders. In M.T.McGuire & L.A.Fairbanks (Eds.), Ethological psychiatry: psychopathology in the context of evolutionary biology (pp.1-40). New York: Grune & Stratton.

Hinde, R.A.(1987). Individuals, relationships, and culture: links between Ethology and the social sciences. Cambridge: Cambridge University Press.

Hinde, R.A.(1997). Relationships: a dialectical perspective. Hove: Erlbaum (UK), Taylor & Francis Ltd.

Hodges, K., McKnew, D., Cytryn, L., Stern, L., & Kline, J.(1982). The Child Assessment Schedule (CAS) Diagnostic Interview: a report on reliability and validity. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21, 468-473.

Hodges, K., Gordon, Y., & Lennon, M.(1990). Parent-Child agreement on symptoms assessed via a clinical research interview for children: the Child Assessment Schedule (CAS).

- Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31, 427-436.
- Hodges, K.(1993). Structured interviews for assessing children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34, 49-68.
- Hoehn-Saric, E., Maisami, M., & Wiegand, D.(1987). Measurement of anxiety in children and adolescents using semistructured interviews. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26, 541-545.
- Hoffman, D.A., Fagot, B.I., Reid, J.B., & Patterson, G.F.(1987). Parents rate the Family Interaction Coding System comparisons of problem and non-problem boys using parent-derived behavior composites. Behavioral Assessment, 9, 131-140.
- Hollenbeck, A.R.(1978). Problems of reliability in observational research. In G.P.Sackett (Ed.), Observing behavior/volume II: Data collection and analysis methods (pp.79-98). Baltimore/London/Tokyo: University Park Press.
- Houston, B., Fox, J.E., & Forbes, L.(1985). Trait anxiety and children's state anxiety, cognitive behaviors, and performance under stress. Cognitive Therapy and Research, 8, 631-641.
- Jager, A., & Stevens, L.M. (1993). Evaluatie van een zorgverbredingsprogramma voor basisschoolteams. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 32, 319-333.
- Johnson, R.W., & Ryan, B.J. (1976). Observer recorder error as affected by different tasks and different expectancy inducements. Journal of Research in Personality, 10, 201-214.
- Jürgens, J., & Ploog D.(1976). Zur Evolution der Stimme. Arch.Psychiatr.Nervenkr., 222, 117-137.
- Kalma, A.P.(1989). Dominantie en onzekerheidsreductie. Academisch proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht.
- Kalverboer, A.F.(1974). A neurobehavioural study in preschool children. Academisch proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.
- Kasius, M.C.(1997). Interviewing children. Academisch proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Kaufman, A.S., Kaufman, N.L., Dougherty, E.H., & Tuttle, K.S.C.(1994). Kaufman WISC-III Integrated Interpretative System Checklist for Behaviors observed during administration of WISC-III subtests. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Kazdin, A.E.(1993). Treatment of conduct disorder: Progress and directions in psychotherapy research. Development and Psychopathology, 5, 277-310.

Kendall, P.C., & Korgeski, G.P.(1979). Assessment and cognitive behavioral interventions. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 1-21.

Kendall, P.C., & Chansky, T.E. (1991). Considering cognition in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 167-185.

Kendell, R.E.(1975). The concept of disease and its implications for psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 127, 305-315.

Kerkhoven, J.(1989). Intentionele communicatie in de tweede helft van het eerste levensjaar. Rapport nr.107. Amsterdam: Instituut voor Fonetische wetenschappen, Universiteit van Amsterdam.

Kieviet, Th., de Wit, J., Groendendaal J.H.A., & Tak J.A. (1996). Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen. Utrecht: De Tijdstroom.

King, N.J.(1994). In T.H.Ollendick, N.J.King & W.Yule (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 365-379). New York: Plenum Press.

Klompe, J.(1980). Orthopedagogische diagnostiek en behandeling van jonge kinderen. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 19, 486-498.

Klompe, J., & Van der Heide, J.H.S.(1994). *Orthopedagogisch Orthodidactisch Onderzoek van Kleuters (OOOK)*. Amsterdam: Gemeentelijk Pedologisch Instituut.

Kohn, M.(1977). Social competence, symptoms and underachievement in childhood: a longitudinal perspective. Washington DC.: Winston.

Konold, T.R., Glutting, J.J., Oakland, T.A., & O'Donnell. (1995). Congruence of test-session behavior dimensions among child groups that vary in gender, race-ethnicity, and SES. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 13, 111-119.

Koot, J.M. (1992). Emotioneel-sociale onwtikkeling; een researchbenadering. In F.C.Verhulst & F.Verheij (Eds.), *Kinderen jeugdpsychiatrie: onderzoek en diagnostiek* (pp.204-214). Assen/Maastricht: Van Gorcum.

Kortenbout van der Sluijs, M.J., de Levita, D.J., van Manen, R., & Defares, P.B.(1993). *Amsterdams Diagnostisch Interview voor Kinderen en Adolescenten, ADIKA*. Handleiding: vragenboek kind, vragenboek ouder/verzorger. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Kovacs, M.(1986). A developmental perspective on methods and

measures in the assessment of depressive disorders: the clinical interview. In M.Rutter, C.E.Izard & P.B.Read (Eds.), *Depression in young people* (pp.435-465). New York: Guilford.

Kummer, H. (1986). Ethologische Untersuchungsmethoden am Beispiel des frühkindlichen Autismus. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 137, 143-149.

Lahey, B.B., Loeber, R., Hart, E.L., & Frick, P.J.(1995). Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: patterns and predictors of persistence. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 83-93.

Landis, J.R., & Koch, G.G.(1977). The measurement of observer agreement of categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.

Lehner, Ph.N.(1979). *Handbook of ethological methods*. New York: Garland STPM Press.

Lewis, M., & Miller, S.(1990). *Handbook of Developmental Psychology*. New York: Plenum Press.

Loeber, R., Green, S.M., Keenan, K., & Lahey, B.B.(1995). Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 499-509.

Loney, J., Prinz, R.J., Mishalow, J., & Joad, J.(1978). Hyperkinetic/aggressive boys in treatment: predictors of clinical response to methylphenidate. *American Journal of Psychiatry*, 135, 1487-1491.

Luiselli, J.K.(1991). Assessment-derived treatment of children's disruptive behavior disorders. *Behavior modification*, 15, 294-309.

Luk, S.L., Wing-Leung, P, Bacon-Shone, J., & Lieh-Mak, F. (1991). The structure and prevalence of behavioral problems in Hong Kong. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 219-232.

Maehr, M.L., & Stallings, W.M.(1972). Freedom from external evaluation. *Child Development*, 43, 177-185.

Maller, S.J., Konold, T.R., & Glutting, J.J.(1998). WISC-III factor invariance across samples of children exhibiting appropriate and inappropriate test-session behaviors. *Educational and Psychological Measurement*, 58, 467-474.

Martin, B., & Hoffman, J.A. (1990). Conduct disorders. In M.Lewis & S.M.Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychology* (pp.109-118). New York: Plenum Press.

MacDonald, K.B.(1988). *Social and personality development: an evolutionary synthesis*. New York: Plenum Press.

- Matthys, W. (1992). Anti-sociale gedragsstoornissen. In F.C.Verhulst & F.Verheij (Eds.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: onderzoek en diagnostiek* (pp.522-534). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Matthys, W., & van Goozen, S.H.M.(1998). The dominance of behavioural activation over behavioural inhibition in conduct disordered boys with or without Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 643-651.
- Mayes, S.D., & Bixler, E.O.(1993). Reliability of global impressions for assessing methylphenidate effects in children with ADHD. *Perceptual and Motor Skills*, 77, 1215-1218.
- McConaughy, S.H., & Achenbach, T.M.(1994). *Manual for the Semistructured Clinical Interview for Children*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- McGrew, W. (1972). *An ethological study of children's behaviour*. New York: Academic Press.
- McGee, R., Williams, S., & Silva, P.A.(1984). Behavioral and developmental characteristics of aggressive, hyperactive and aggressive-hyperactive boys. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 270-279.
- McGuire, M.T., & Fairbanks, L.A.(1977). Ethology: psychiatry's bridge to behavior. In M.T.McGuire & L.A.Fairbanks (Eds.), *Ethological psychiatry: psychopathology in the context of evolutionary biology* (pp.1-40). New York: Grune & Stratton.
- McGuire, M.T., & Fairbanks, L.A.(1977). *Ethological psychiatry: psychopathology in the context of evolutionary biology*. New York: Grune & Stratton.
- McMahon, R.J.(1987). Some current issues in the behavioral assessment of conduct disordered children and their families. *Behavioral Assessment*, 9, 235-252.
- Meichenbaum, D.(1977). *Cognitive-behavior modification: an integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Meijer, J.(1996). *Learning potential and fear of failure: a study into the predictive validity of learning potential and the role of anxious tendency*. Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam.
- Merenda, P.F.(1996). BASC: Behavior Assessment System for Children. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 28, 229-232.
- Milich, R., Loney, & Landau, S. (1982). Independent dimensions of hyperactivity and aggression: a validation with playroom

observational data. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 183-198.

Miller, M.S., Boyer, B.A., & Rodoletz, M. (1990). Anxiety in children. In M.Lewis & S.M.Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychology* (pp.191-207). New York: Plenum Press.

Moriarty, A.(1961). Coping patterns of preschool children in response to intelligence test demands. *Genetic Psychology Monographs*, 64, 3-127.

Oakland, T., & Glutting, J.J. (1990). Examiner observations of children's WISC-R test-related behaviors: possible socioeconomic status, race and gender effects. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 86-90.

Oakland, T., & Hu, S.(1993). International perspectives on tests used with children and youths. *Journal of School Psychology*, 31, 501-517.

Oakland, T.(1995). Test use with children and youth internationally: current status and future directions. In T.Oakland & R.Hambleton (Eds.), *International perspectives on academic assessment*. Boston, MA: Kluwer Academic Publishers.

Oakland, T., Gulek, C., & Glutting, J.(1996). Children's test-taking behaviors: a review of literature, case study, and research on Turkish children. *European Journal of Psychological Assessment*, 12, 240-246.

Oakland, T., & Glutting, J.(1998). Assessment of test behaviors with the WISC-III. In A.Prifitera & D.H.Saklofske (Eds.), *WISC-III clinical use and interpretation: scientist-practitioner perspectives* (pp.289-310).

Ollendick, T.H., King, N.J., & Yule, W.(1994). *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Plenum Press.

Paget, K.D., & Bracken, B.A.(1991). *The psychoeducational assessment of preschool children*. Orlando: Grune and Stratton.

Patterson, G.R., & Bank, L.(1986). Bootstrapping your way in the nomological thicket. *Behavioral Assessment*, 8, 49-73.

Pedersen, J., Livoir-Petersen, M.F., & Schelde, J.T.M. (1989). An ethological approach to autism: an analysis of visual behaviour and interpersonal contact in a child versus adult interaction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 346-355.

Pedersen, J., & Schelde, T.(1997). Behavioral aspects of infantile autism: an ethological description. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6, 96-106.

Pelligrini, A.D.(1992). Ethological studies of the categoriza-

tion of children's social behavior in preschool children: a review. *Early Education and Development*, 3, 284-297.

Pelligrini, A.D.(1996). *Observing children in their natural worlds: a methodological primer*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Plooij, F.X., & van den Dungen, M.G.M.(1987). *Hulpverleningspraktijk en dienstverlenend onderzoek*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Plooij, F.X., Traudes, M.A., & van Zijp, A.J.S.M.(1985). Directe observatie van de opvoeder-kind interactie tijdens de afname van een pedodiagnosticum voor kleuters. In F.X.Plooij & M.G.M.van den Dungen (Eds.), *Hulpverleningspraktijk en dienstverlenend onderzoek* (pp.81-103). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Powers, W.T. (1973). *Behavior: the control of perception*. Chicago: Aldine Publishing Co.

Prins, P.J.(1986). Children's self-speech and self-regulation during fear-provoking behavioral test. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 181-191.

Quay, H.(1986). Classification. In H.Quay & J.Werry (Eds.), *Psychopathological disorders in childhood* (pp.1-34). New York: Plenum.

Rapee, M., Barrett, P.M., Dadds, M.R., & Evans, L.(1994). Reliability of the DSM-III-R Childhood Anxiety Disorders using structured interview: interrater and parent-child agreement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 984-992.

Reid, J.B., Patterson, G.R., Baldwin, D.V., & Dishion, T.J.(1988). Observations in the assessment of childhood disorders. In M.Rutter, A.H.Tuma & I.S.Lann (Eds.), *Assessment and diagnosis in child psychopathology*. London: Fulton Publishers.

Richer, J.(1994). Ethology, attachment theory and clinical problems in childhood. In J.Richer (Ed.), *The clinical application of ethology and attachment theory* (pp.3-14). London: Association for Child Psychology and Psychiatry.

Roberts, M.A.(1990). A behavioral observation method for differentiating hyperactive and aggressive boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 131-142.

Robertson, R.J., & Powers W.T.(1990). *Introduction to modern psychology: the control-theory view*. Gravel Switch, KY: Control Systems Group, Inc.

Roell, D.R.(1996). *De wereld van instinct: Niko Tinbergen en het ontstaan van de ethologie in Nederland*. Rotterdam: Erasmus Publishing.

- Rosenthal, R.(1977). Biasing effects of experimenters. Research methods and experimental design, 34, 253-264.
- Runkel, P.J.(1990). Research method for control theory. American Behavioral Scientist, 34, 14-23.
- Rutter, M., Tuma., A.H., & Lann, I.S.(1988). Assessment and diagnosis in child psychopathology. London: Fulton Publishers.
- Sattler, J.M.(1992). Assessment of children (3rd ed.). San Diego, CA: Author.
- Sachar, R., & Wachsmuth, R. (1990). Oppositional disorder in children: a validation study comparing conduct disorder, oppositional disorder and normal control children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31, 1089-1102.
- Sackett, G.P.(1978). Observing behavior/volume II: Data collection and analysis methods. Baltimore/London/Tokyo: University Park Press.
- Saku, M.(1992). Relevance of ethology to psychiatry. Japanese Journal of Psychiatry and Neurology, 46, 631-639.
- Schelde, J.T.M., Pedersen, J., Hannibal, E., Behnke, K., Nielsen, B.M., & Hertz, M. (1988). An ethological analysis of depression: comparison between ethological recording and Hamilton rating of five endogenously depressed patients. Acta Psychiatrica Scandinavica, 78, 331-340.
- Scherer, K.R., & Giles, H.(1979). Social markers in speech. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schiefenhövel, W.(1997). Universals in interpersonal interactions. In U.Segerstrale & P.Molnár (Eds.), Non-verbal communication: where nature meets culture (pp.61-83). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Schopler, E., & Reichler, R.J.(1979). Individualized assessment and treatment for autistic and developmentally disabled children: Vol.I. Psychoeducational profile (PEP). Baltimore: University Park Press.
- Schopler, E., & Reichler, R.J., Bahsford, A., Lansing, M., & Marcus, L.(1990). Individualized assessment and treatment for autistic and developmentally disabled children: Vol.I. Psychoeducational profile-revised (PEP-R). Baltimore: University Park Press.
- Schuitemaker, T.(1989). Handleiding Software Berekening Cohen's Kappa. Amsterdam: Gemeentelijk Pedologisch Instituut.
- Schwartz, J.A.J., Gladstone, T.R.G., & Kaslow, N.J. (1998). Depressive disorders. In T.H.Ollendick & M.Hersen (Eds.),

Handbook of child psychopathology (pp.269-289). New York and London: Plenum Press.

Segal, N.L., Weisfeld, G.E., & Weisfeld-Cronin, C.(1997). Uniting psychology and biology: integrative perspectives on human development. Washington DC: American Psychological Association.

Shaffer, D.(1994). Debate and argument: structured interviews for assessing children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 783-784.

Siegel, S.(1956). Nonparametric statistics for the behavioral sciences. New York: McGraw-Hill.

Silverman, W.K., & Eisen, A.R.(1992). Age differences in the reliability of parent and child reports of child anxious symptomatology using structured interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 117-124.

Silverman, W.K.(1994). Structured diagnostic interviews. In T.H.Ollendick & N.J.King (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 293-315). New York: Plenum Press.

Silverman, W.K., & Ginsburg, G.S.(1998). Anxiety disorders. In T.H.Ollendick & M.Hersen (Eds.), *Handbook of child psychopathology* (pp. 239-268). New York and London: Plenum Press.

Skansgaard, E.P., & Burns, G.L.(1998). Comparison of DSM-IV ADHD combined and predominantly inattention types. *Child and Family Behavior Therapy*, 20, 1-14.

Slater, P.J.B.(1978). Data collection. In P.Colgan (Ed.), *Quantitative ethology* (pp.7-24). New York: John Wiley.

Slijper, F.M.E. (1992). Ontwikkeling van emotie en persoonlijkheid; een praktijkvisie. In F.C.Verhulst & F.Verheij (Eds.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: onderzoek en diagnostiek* (pp.190-203). Assen/Maastricht: Van Gorcum.

Steerneman, P., Muris, P., Merckelbach, H., & Willems, H. (1997). Brief report: assessment of development and abnormal behavior in children with pervasive developmental disorders. Evidence for the reliability and validity of the Revised Psychoeducational Profile. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 177-185.

Stiles, W.B., & White, M.L. (1981). Parent-child interaction in the laboratory: effects of role, task, and child behavior pathology on verbal response mode use. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 9, 229-241.

Strauss, C.C. Overanxious disorder (1994). Epidemiological issues. In T.H.Ollendick, N.J.King & W.Yule (Eds.), *Internati-*

onal handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents (pp. 187-205). New York: Plenum Press.

Street, R.L.(1990). The communicative functions of paralanguage and prosody. In H.Giles & W.P.Robinson, Handbook of Language and Social Psychology (pp.121-140). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

Strein, W. (1984). A method for the systematic observation of examiner behavior during psychoeducational assessment. Psychology in the Schools, 21, 317-324.

Tak, J.A. (1996). Individueel testonderzoek bij kinderen. In Th.Kieviet, J.de Wit, J.H.A.Groendendaal & J.A.Tak (Eds.), Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen (pp.160-221). Utrecht: De Tijdstroom.

Taublieb, A.B.(1997). The psychopathology of childhood and adolescence. New York: Addison-Wesley Educational Publishers.

Ter Laak, J.F.(1995). Psychologische diagnostiek: inhoudelijke en methodologische grondslagen. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Terman, L.M., & Merrill, M.A.(1960). Stanford-Binet Intelligence Scale: manual for the third revision. Form L-M. Boston: Houghton Mifflin.

Thelen, E.(1980). Determinants of amounts of stereotyped behavior in normal human infants. Ethology and Sociobiology, 1, 141-150.

The Mental Measurements Yearbook. Tenth (1989), Eleventh (1993), Twelveth (1995), and Thirteenth (1998) Edition. Lincoln, NE: The University of Nebraska Press.

Thorndike, R.L., Hagen, E.P., & Sattler, J.J.(1986). Stanford-Binet Intelligence scale: Fourth Edition. Chicago: Riverside.

Tinbergen, N.(1951). The study of instinct. New York: Oxford University Press.

Tinbergen, N.(1963). On aims and methods of ethology. Zeitschrift für Tierpsychologie, 20, 410-433.

Tinbergen, N., & Tinbergen, E. (1983). Autistic children. London: George Allen & Unwin.

Towns, A.J., Singh, N.N., & Beale, I.L. Reliability in a double- and single blind drug study: an experimental analysis. Advances in Learning and Behavioral Disabilities, 3, 215-240.

Tracey, S.A., Chorpita, B.F., Douban, J., & Barlow, D.H. (1997). Empirical evaluation of DSM-IV Generalized anxiety disorder criteria in children and adolescents. Journal of Clinical Child Psychology, 26, 404-414.

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Traudes, M.A., & Plooij, F.X. (1989). Directe observatie en analyse van video-opnamen van de pedagoog-kind interactie in een diagnostische sessie. In B.C.Swaans-Joha & J.J.Hox (Eds.), *Praktijkgericht onderzoek: debat/design/data* (pp.44-55). Amersfoort: Acco.

Treffers, Ph.D.A.(1992). Angststoornissen. In F.C.Verhulst & F.Verheij (Eds.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: onderzoek en diagnostiek* (pp.483-499). Assen/Maastricht: Van Gorcum.

Valla, J., Bergeron, L., Berube, H., Gaudet, N., & St-Georges, M.(1994). A structured pictorial questionnaire to assess DSM-III-R-based diagnoses in children (6-11 years): development, validity, and reliability. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 403-423.

Van Berckelaer-Onnes, I., & van Duijn, G.(1993). A comparison between the Handicaps Behavior and Skills Schedule and the Psychoeducational Profile. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23, 263-272.

Van der Aalsvoort, G.M., & Ruijssenaars, A.J.J.M.(1995). Sociale interacties tussen leidsters en peuters in kortdurende leertestopdrachten. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 34, 261-268.

Van der Heide, J.H.S., Koster, I., Zwart, T.(in voorbereiding). (werktitel) Pedagogisch-didactisch onderzoek jonge kinderen. Amsterdam: Gemeentelijk Pedologisch Instituut/Advies en Begeleidingscentrum.

Van Engeland, H., Bodnar, F.A., & Bolhuis, G.(1985). Some qualitative aspects of the social behaviour of autistic children: An ethological approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 26, 879-893.

Van Erp, J.W.M., & Van Parreren, C.F.(1991). Een praktijk dienend onderzoek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 30, 305-308.

Van Hagen, M.A.A.E., Creusen, M.L.H.B., & Zijlmans, S.W.M.(1987). De Amsterdamse kleuter, een zorgenkind? *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 26, 501-513.

Van Leeuwen, H.P.M.(1996). Het diagnostische interview met het kind. In Th.Kieviet, J.de Wit, J.H.A.Groendendaal & J.A.Tak (Eds.), *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen* (pp.108-125). Utrecht: De Tijdstroom.

Van Rhijn, J.G., & Westerterp-Plantenga, M.S.(1989). Ethologie: veroorzaking, ontwikkeling, functie en evolutie van gedrag. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Van Rijswijk, C.M.(1973). Hulpverlening aan opvallende kleu-

ters. Amsterdam: Gemeentelijk Pedotherapeutisch Instituut.

Schneirla, T.C.(1950). The relation between observation and experimentation in the field study of behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 51, art.6.

Van Strien, P.J.(1975). Naar een methodologie van het praktijkdenken in de sociale wetenschappen. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 30, 601-619.

Van Strien, P.J.(1984). Naar de verwetenschappelijking van de praktijk. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 23, 162-180.

Van Strien, P.J.(1985). Drie desiderata voor een orthodiagnostiek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 24, 102-110.

Van Werkhoven, W., Van den Berg, C., & Stevens, L.M.(1987). Afstemmingsproblemen tussen leerkracht en leerling, I. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 26, 21-32.

Van Werkhoven, W., Van den Berg, C., & Stevens, L.M.(1987). Afstemmingsproblemen tussen leerkracht en leerling, II. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 26, 62-73.

Van Werkhoven, W.(1993). Naar afstemming tussen leerkracht en leerling in taaksituaties. Utrecht: ISOR/Universiteit Utrecht.

Van Woerden, P.S.(1992). De kleuter. In F.C.Verhulst & F.Verheij (Eds.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: onderzoek en diagnostiek* (pp.151-154). Assen/Maastricht: Van Gorcum.

Verhulst, F.C., Althaus, M., & Berden, G.(1987). The Child Assessment Schedule: parent-child agreement and validity measures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 455-466.

Verhulst, F.C.(1992). Het diagnostische interview met het kind of de jeugdige. In F.C.Verhulst & F.Verheij (Eds.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: onderzoek en diagnostiek* (pp.97-109). Assen/Maastricht: Van Gorcum.

Verhulst, F.C. (1995). Recent developments in the assessment and diagnosis of child psychopathology. *European Journal of Psychological Assessment*, 11, 203-212.

Velthausz, F.J.M. (1987). Sociaal gedrag, sociale interactie en communicatie bij diepzwakzinnigen. Academisch proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht.

Wazlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communications*. New York: Norton.

Whitney, D.R., & Feldt, L.S.(1973). Analyzing questionnaire results: multiple tests of hypotheses and multivariate hypotheses. *Educational and Psychological Measurement*, 33, 365-

380.

Wigfield, A., & Eccles J.S.(1990). Test anxiety in the school setting. In M.Lewis & S.M.Miller (Eds.), Handbook of Developmental Psychology (pp.237-250). New York: Plenum Press.

Willemsen-Swinkels, S.H.N., & Buitelaar, J.K.(1996). Is the behaviour of hyperactive children disorganized and chaotic? An information-theoretical approach. European Child and Adolescent Psychiatry, 5, 139-146.

Willemsen-Swinkels, S.H.N., Buitelaar, J.K., & van Engeland, H.(1997). Children with pervasive developmental disorder, children with a language disorder and normally developing children in situations with a high- and low-level involvement of the caregiver. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 38, 327-336.

Wilmink, A.J. (1967). Begeleiding van schoolkind en school. Utrecht: Bijleveld.

Wilmink, A.J.(1970). Bijzondere afdeling voor zeer jeugdigen aan een pedologisch instituutsschool III. Diagnostiek in verband met observatie en behandeling. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 9, 115-134.

Wilmink, A.J.(1975). Orthopedagogische vroegonderkenning en hulpverlening. Tijdschrift voor orthopedagogiek, 14, 343-349.

Wing, L., & Ricks, D.M.(1976). The aetiology of childhood autism: a criticism of the Tinbergen's ethological theory. Psychological Medicine, 6, 533-543.

Winton, W.M.(1990). Language and emotion. In H.Giles & W.P.Robinson, Handbook of Language and Social Psychology (pp.33-49). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

World Health Organization (WHO).(1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO.

World Health Organization/Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1994). De ICD-10 classificatie van psychische stoornissen en gedragsstoornissen: klinische beschrijvingen en diagnostische richtlijnen. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Bijlage 1: Hypothesen (volledige lijst, genummerd)

Typerende gedragingen van gedragsgestoorde kinderen

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Aanpassing, anti of non sociaal- en onverantwoordelijk gedrag

1. Misdraagt zich (SCICA)
2. Meer schenden van de basale rechten en behoeften van anderen (CK)
3. Meer schenden van de algemeen geldende, geschreven en ongeschreven, aan de leeftijd aangepaste normen en regels (CK)
4. Meer storende, onaangename, tegen de buitenwereld gerichte gedragingen (CK)
5. Meer rapportage anti-sociale gedragingen (Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985;1987)
6. Meer aanhoudend vocaal de aandacht opeisen (Matthys et al., 1998)
7. Meer zich aanstellen; branie maken (Matthys et al., 1998)
8. Lacht ongepast (SCICA)
9. Laat boeren of winden zonder zich te verontschuldigen (SCICA)
10. Maakt meer (vreemde) geluiden (SCICA; Milich & Loney, 1982)
11. Onverantwoordelijk gevaarlijk gedrag (SCICA)

Gesprek, interactie & relatie

- In interactie met anderen minder:
12. Interesse voor de ander (CK)
 13. Wederkerigheid (CK)
 14. Vragen stellen (Forster, Eyberg & Burns, 1990; Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987)
 15. Vragen beantwoorden (Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987)
 16. Prijzen (Forster, Eyberg & Burns, 1990)
 17. Glimlachen (Field et al., 1987)
 18. Meer Vriendelijk benaderen van de ander (Matthys et al., 1998)
 19. Meer Interesse in de ander door vragen stellen (Matthys et al., 1998)
 20. Vriendelijk plagen
 21. Meer Lachen (Matthys et al., 1998)
 22. Minder initiële aarzeling met vreemde anderen(CK)
 23. Minder contactgroei (CK)
 24. Minder opbouw van een positief-affectieve relatie (CK)
 25. Minder dreinen (Field et al., 1987)
 26. Zeggen dat het gesprek hem/haar verveelt (SCICA)

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

27. Minder samenwerking (Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987)
28. Meer negativistisch-afwijzend reageren op ondersteuning door volwassenen (CK)
29. Overonafhankelijkheid (CK)
30. Meer rivaliserend, competitief gedrag (CK; Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987; Matthys et al., 1998)
31. Meer arrogant (Matthys et al., 1998)
32. Meer in discussie gaan of tegenspreken (SCICA)
33. Meer wantrouwen en achterdocht (CK; SCICA)
34. Meer overheersend, manipulerend dominantiegedrag (CK; SCICA)
35. Meer egoïstisch, eenzijdige wensvervullend en behoeftebevredigend gedrag dat ten koste gaat van anderen (CK)
36. Meer ongehoorzaam (Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987; SCICA; Matthys et al., 1998)
37. Meer uitspraken doen waarin expliciet wordt gesteld niet te zullen gehoorzamen (Roberts, 1990)
Als volgt reagerend op de situatie, dwang, ge/verboden en straf:
38. In het geheel niet (CK)
39. Met weigering en verzet (CK)
40. Koppig aanhoudend verzet (SCICA)
41. Onverschillig (CK)
42. Provocerend; brutaal; toont geen respect (CK; Matthys et al., 1998)
43. 'Testing the limits'(CK; SCICA)
44. Op passieve wijze verzetten (CK)
45. Proberen de onderzoeksruimte te verlaten (SCICA)

Agressie & destructie

46. Meer agressieve, voornamelijk verbale en mogelijk non-verbale aanvalsgedragingen (CK)
47. Verbale en fysieke agressie komt nauwelijks voor (Field et al., 1987; Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987)
48. Meer Uitlachen (Matthys et al., 1998)
49. Meer Gemeen reageren op de ander (Matthys et al., 1998)
50. Meer destructief gedrag of vernielen (CK; SCICA; Matthys et al., 1998)

Negatieve emoties

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

- 51. Meer emotioneel labiel (SCICA)
- 52. Meer dysfoor (prikkelbaar) gestemd (CK; SCICA)
- 53. Pruilen (SCICA)
- 54. Meer kwaadheid en rancune (CK)
- 55. Meer driftbuien (CK)
- 56. Idem, m.n. bij fysieke en anderssoortige frustratie (CK)

Probleemgedrag, afweermechanismen en gevoelens van schuld en schaamte

Met betrekking tot het probleemgedrag en wat betreft hun aandeel in conflicten:

- 57. Minder rapporteren van schuld- of schaamtegevoelens; ontbrekend geweten (CK)
- 58. Meer bagatelliseren en ridiculiseren (CK)
- 59. Meer ontkennen en loochenen (CK)
- 60. Meer rationaliseren; intellectualiseren (CK)
- 61. Minder intrapsychische conflicten (CK)
- 62. Meer anderen de schuld geven (CK)
- 63. Meer rapporteren of projecteren van onrechtvaardige, agressieve behandeling door anderen (CK)
- 64. Meer klagen over anderen (CK)

(Sociale) cognitie

- 65. Minder empathie; meer egocentrisch: minder in de ander kunnen verplaatsen en meer vanuit het eigen perspectief waarnemen (CK)
- 66. Minder in staat tot abstraheren (CK)
- 67. Slechter gevoel voor causaliteit; minder probleembesef (CK)
- 68. Minder in staat tot plannen op de lange termijn (CK)

Eigenwaarde & Afweermechanismen

Als reactie op een lager gevoel van eigenwaarde of geringere competentiebeleving treden de volgende afweermechanismen meer op:

- 69. Compensering (CK)
- 70. Verdringing (CK)
- 71. Reactievorming: rapportage van stoerheid, onkwetsbaarheid, onnipotentie e.d.; opscheppen en bluffen (CK; Matthys et al., 1998)
- 72. Primitief-regressieve vormen van afweer, zoals grootheid- en almachtsfantasieën (CK)
- 73. Idem, zoals magisch-egocentrisch denken (CK)
- 74. Idem, 'innocent/fantasy lying' met wensvervullende, compenserende inhouden (CK)

75. Grotere afhankelijkheid van de waardering en steun van anderen (CK)

Hyperactiviteit, impulsiviteit, aandacht en concentratie

76. Meer (hyper)actief (CK)
77. Meer locomotorische activiteit (Field et al., 1987)
Minder in staat zijn aan de taakeisen te voldoen (onvermogen) door:
78. Minder lang op de stoel zitten (CK; SCICA)
79. Meer beweeglijk; rusteloos, niet stil zitten (Roberts, 1990; Milich & Loney, 1982; SCICA)
80. Meer rusteloos in de loop van het onderzoek (GATSB)
81. Meer impulsief, onvoorspelbaar, ongebruikelijke verandering in gedrag (CK; SCICA)
82. Praat hardop in zichzelf (SCICA)
83. Geringere spanningsboog, niet lang concentreren (CK; SCICA)
84. Aandachtsfluctuaties (SCICA)
85. Gemakkelijk afleidbaar door externe stimuli (SCICA)

Taakmotivatie en afweermecanismen

86. Minder intrinsieke motivatie (CK)
87. Even gemotiveerd, taakgeoriënteerd (Roberts, 1990)
88. Minder voleinden van taken; meer onderbreking (SCICA)
89. Minder tijd met taak bezig (Field et al., 1987)
90. Wil geen vragen meer beantwoorden in de loop van het onderzoek (GATSB)
91. Prestaties verminderen in de loop van het onderzoek (GATSB)
92. Meer Ongenoegen laten blijken over de taaksituatie (Matthys et al., 1998)
93. Vraagt meer wanneer het onderzoek is afgelopen (GATSB)
94. Klaagt meer dat de test te lang is (GATSB)
95. Zegt vaker dat de opdrachten vervelen (SCICA)
96. Minder om instructie vragen (Field et al., 1987)
97. Meer lust/onlust bepaald gedrag (CK)
98. Minder frustratie-tolerantie (CK)
99. Minder frustratie-tolerantie door zich ongeduldiger te tonen (SCICA)
100. Minder frustratie-tolerantie door meer vermijdend gedrag (bij minder frustratie) (CK)
101. Minder frustratie-tolerantie door 'turning-passive-

into-active' (CK)

- 102. Vraagt om feedback bij opdrachten (SCICA)
- 103. Geeft bij problemen met de taak de onderzoeker of de taak de schuld (SCICA)

- Meer op passieve wijze aversie tegen de opdrachten tot uitdrukking brengen door:
- 104. Het geven van weinig- of onzinnige reacties; clownen (CK)
- 105. Zich dom houden; zeggen het niet te weten of te kunnen (CK)
- 106. Gokt antwoorden (SCICA)
- 107. Zich kleiner voor te doen (CK)
- 108. Te zuchten en steunen (CK)
- 109. Werkt onzorgvuldig en snel (SCICA)

Spel

- 110. Minder tijd met de spel bezig zijn (Field et al., 1987)
- 111. Minder speltaken voleinden (Field et al., 1987)
- 112. Meer van spelactiviteit veranderen (Field et al., 1987)
- 113. Meer locomotorische activiteit (Field et al., 1987)
- 114. Minder anderen bij spel betrekken (Field et al., 1987)
- 115. Meer Enthousiasme tonen bij spel (Matthys et al., 1998)
- 116. Meer Ongenoegen laten blijken over spelsituatie (Matthys et al., 1998)
- 117. Meer Spel expres verstoren (Matthys et al., 1998)

Typerende gedragingen van volwassenen bij gedragsgestoorde kinderen

Interactie en contact

- 118. Minder positief, responsief (Field et al., 1987)
- 119. Idem, door minder glimlachen en spreken (Field et al., 1987)

Probleemgedragreactie

- 120. Meer communicatie dat de diagnost de zaak onder controle heeft, d.w.z. domineert (CK)
- 121. Meer consequent structureren en ge/verbieden, meer duidelijke grenzen stellen (CK; Stiles & White, 1981)
- 122. Minder goedkeuren; meer kritische afkeurende opmerkingen maken (Field et al., 1987)
- 123. Meer suggesties geven in conflictsituatie (Stiles & White, 1981)

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

(Re)acties in de taaksituatie

- 124. Heeft vaker herhaling van vragen of instructies nodig (SCICA)
- 125. Meer de snelheid op peil houden (CK)
Meer extrinsiek motiveren door:
- 126. Meer belonen (CK)
- 127. Meer complimenten (GATSB)
- 128. Meer prijzen (GATSB)
- 129. Meer bemoedigen en aanmoedigen (GATSB), verbaal en non-verbaal, o.a. via aanraken (CK)
- 130. Moet meer worden overgehaald om aan de taak te blijven (GATSB)
- 131. Minder dwang en 'duwen en trekken'. I.v.m. probleemgedrag:
- 132. Meer de opdrachten in een zodanige vorm gieten dat het kind het gevoel heeft dat het zelf voor de opdrachten gekozen heeft of keuzemogelijkheden heeft (CK)
- 133. Meer open-einde vragen stellen (CK)
- 134. Negeren van probleemgedrag (CK)
- 135. Van taak veranderen (CK)
- 136. Meer direct reageren op ongewenste situaties (CK)

Typerende gedragingen van angstgestoorde kinderen

Aanvangsangst & vlucht

- 137. Weigeren met de diagnost mee te gaan (Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987)
- 138. Even angstig aan het begin van het diagnostisch onderzoek (Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987)
- 139. Meer vluchtreacties (CK)
- 140. Meer de wens te kennen geven de onderzoeksruijme te willen verlaten (Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987; Glennon & Weisz, 1978)

Gesprek, relatie & verlegenheid

- 141. Meer verlegen (CK)
- 142. meer terugtrekken uit, vermijden van het sociale contact (CK)
- 143. Langer aanhoudende verlegenheid en teruggetrokkenheid (CK; Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987)
- 144. Meer vermijden van oogcontact (CK; Glennon & Weisz, 1978; GATSB)
- 145. Minder gesprek initiëren (CK; CAEF)

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

- 146. Minder beantwoorden van vragen (CK; Glennon & Weisz, 1978; CAEF)
- 147. Meer zacht, fluisterend spreken (CK; Glennon & Weisz, 1978)
- 148. Meer hikkend, stotterend spreken (CK; Glennon & Weisz, 1978; CAEF)
- 149. Meer met trillende stem spreken (CK; Glennon & Weisz, 1978)
- 150. Meer dreinen en zeuren (Glennon & Weisz, 1978)
- 151. Meer behoefte aan acceptatie van volwassenen (CK)

Acute angstgedragingen

- Meer motorisch, acuut reactief angstgedrag:
- 152. Meer bewegingsonrust; overactief (CK; CAEF)
- 153. Meer niet doelgerichte bewegingen met handen, benen, of voeten, friemelen (CK; Glennon & Weisz, 1978), zelfaanrakingen van o.a. mondregio, oorregio, hoofd en haar, en geslachtsorgaan (Glennon & Weisz, 1978)
- 154. Meer niet-doelgerichte aanraking, manipuleren van een object (Glennon & Weisz, 1978)
- 155. Meer trillen (CK; CAEF)
- 156. Meer lip bewegingen zoals verdraaien en likken (Glennon & Weisz, 1978)
- 157. Meer objecten zuigen en kauwen, nagel bijten (Glennon & Weisz, 1978; CAEF)
- 158. Meer slikken (CAEF)
- 159. Meer tics (CAEF)
- 160. Meer schrikachtig (CK)
- 161. Rigide houding en lichaamsspanning (CK; Glennon & Weisz, 1978; CAEF), romp verdraaien (Glennon & Weisz, 1978; CAEF), bevriezen (CK; CAEF), en gespannen motorisch bewegen (CK; CAEF)
- Meer fysiologische acute, reactieve angstgedragingen als:
- 162. Meer pupilverwijding (CAEF)
- 163. Meer versnelde ademhaling (CK; CAEF)
- 164. Meer zuchten (CAEF)
- 165. Versnelde hartslag (CK)
- 166. Meer zweten, natte handpalmen (CK; CAEF)
- 167. Meer blozen (CK)
- 168. Meer plassen (CK)
- Meer geremd, gedeeltelijk bevroren, d.w.z. een grotere remming en inperking van de:
- 169. Beweging; trage motoriek (CK)
- 170. Activiteit; onderactiviteit (CK)
- 171. Productiviteit; niet durven (CK)
- Gelaatsexpressie:
- 172. Meer een angstige gelaatsexpressie (Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987); Glennon &

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

- Weisz, 1978)
- 173. Meer een gespannen, verschrikte gelaatsexpressie (CAEF)
 - 174. Meer een bijna huilgezicht (CAEF)
 - 175. Meer huilen (Glennon & Weisz, 1978)
 - 176. Banger voor geluiden (Dien-ske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985; 1987)
 - 177. In de loop van het diagnostisch onderzoek meer, verder niet nader gespecificeerde angstgedrag vertonen (CK)

Depressie

- 178. Meer gedragingen die kenmerkend zijn voor een depressieve stemming (CK)

Rapportages

- 179. Meer rapporteren van lichamelijke klachten: o.a. hoofdpijn, buikpijn (CK; Glennon & Weisz, 1978)
- 180. Meer rapporteren van gespannenheid (CK)
- 181. Rapporteren van meer dan 4 angstige situaties (Dien-ske, Sanders-Woudstra & De jonge, 1985; 1987)

Aanpassing & taakmotivatie

- 182. Graag aan verzoeken willen voldoen (CAEF)
- 183. Reageert negatief op opdrachten en vragen (GATSB)
- 184. Heeft geen belangstelling voor de opdrachten (GATSB)
- 185. Toont geen enthousiasme voor de opdrachten (GATSB)
- 186. Meer afgeleid van de taak (Glennon & Weisz, 1978))
- 187. Gebrek aan inspanning (GATSB)
- 188. Geeft gemakkelijk op (GATSB)
- 189. Rigide benadering van de opdrachten (GATSB)

Faalangst

- 190. Meer tonen van angsten, bezorgdheden, onzekerheden, vooral met betrekking tot de eigen vaardigheden in evaluatieve situaties en in de nabijheid van anderen (CK; Glennon & Weisz, 1978)
- 191. Meer behoefte aan geruststelling van volwassenen (CK)
- 192. Toont geen realistisch zelfvertrouwen bij het voldoen aan de opdrachten en het beantwoorden van de vragen (GATSB)
- 193. Aarzeling bij beantwoorden van taakvragen (GATSB)
- 194. Reageert niet op aanmoediging (GATSB)
- 195. Gedesorganiseerd denken (CAEF)

Afweermecanismen

196. Teveel grapjes maken (CAEF)

Spel

197. Meer symbolisch angstige spelthema's (Dienske, Sanders-Woudstra & De Jonge, 1985;1987)

Typerende gedragingen van volwassenen bij angstgestoorde kinderen

Angstreductie

- 198. Meer inzicht verschaffen in de situatie (CK)
- 199. Vergroten van de voorspelbaarheid van gebeurtenissen (CK)
- 200. Meer aanraken ter kalmering (CK)
- 201. Meer verwoorden van actuele angsten (CK)
- 202. Op momenten van hevige angst of stress meer een verder niet nader gespecificeerde kinderlijke toon aanslaan (CK)

- 203. Meer antwoorden bevestigen (Stiles & White, 1981)
- 204. Op momenten van stiltes tijdens gesprek meer reageren met compenserende, overmatige aandacht (CK)

- 205. Meer ondersteunen, helpen, geruststellen) (CK)
- 206. Meer de angstige kinderen expliciet bij de evaluatie van de prestaties betrekken (CK)

Bijlage 2: Gedragscategorieën (alfabetisch geordend)

A-----

Abrupte sterke houdingsverandering

- een plotselinge, snelle beweging of verandering van een gespannen houding

Afwachten

- het kind blijft aan het begin van de sessie na binnenkomst afwachtend stilstaan

Afweren van de diagnost

- het kind geeft in afwerende woorden of gebaren te kennen gedragingen van de diagnost te verwerpen ("dat hoef je niet te zeggen, dat weet ik wel"; het wegduwen van de handen/armen van de diagnost)

Angst aan de orde stellen

- de diagnost stelt een vraag of maakt een opmerking waarin hij ingaat op de actuele/gerapporteerde angst van het kind ("je bent bang, hè"; "waarvoor ben je dan zo bang?")

Aanbieden van hulp

- de diagnost laat weten dat hij op dat moment bereid is te helpen ("zal ik je helpen"; "als het niet gaat, wil ik je wel helpen")

Afweren van de hulpvraag

- de diagnost laat weten dat hij (nog) niet helpt ("probeer het even alleen"; "als het straks echt niet lukt, zal ik je helpen")

Aarzelend handelen

- het kind toont aarzeling bij het aanvangen van een taak of het uitvoeren van een handeling binnen de taakuitvoering, bijvoorbeeld: het kind twijfelt om op een tweetal verschillende punten te beginnen met knippen en herhaalt dit een aantal keren

Afwachten na voleinding taak

- het kind wacht na beëindiging van de taak passief af, kijkt daarbij naar de diagnost

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Aanbieden van samenwerking

- de diagnost biedt aan samen met het kind de taak te willen uitvoeren ("zullen we het samen doen?")

Aanmoedigen

- de diagnost tracht in specifieke bewoordingen de geneigdheid tot het beginnen aan- of het voortgaan met een taak te versterken, of de vorderingen met de taakuitvoering te verwoorden, daarmee op de zaken vooruitlopend ("ga door"; "probeer maar"; "je bent er bijna"; "en nu die nog")

Antwoordbevestiging

- de diagnost geeft verbaal, vocaal, of non-verbaal te kennen het antwoord van het kind te hebben gehoord, beaamt het antwoord van het kind zonder evaluatie of kwalificatie van het gegeven antwoord ("jaja"; "mmm"; "dat denk ik ook wel"; knikken met het hoofd)

Angstige gelaatsuitdrukking

- bovenste ooglid opgeheven, onderste ooglid gespannen, wenkbrouwen bij elkaar omhoog, mond open, en lippen gespannen

Angstig-schrikachtige gelaatsuitdrukking

- mengvorm van een angstige gelaatsuitdrukking en een gelaatsuitdrukking van verbazing of schrik: wenkbrouwen opgeheven, ogen wijd open, ogen (blik) gefixeerd, mond open en hoofd achterover

Asymmetrische houding

- (relatief) gespannen toestand van het lichaam waarbij een horizontaal en/of verticale asymmetrie optreedt: bijvoorbeeld met scheve schouders)

Achterover hangen

- achterover en onderuit (d.w.z. het bovenlichaam verdwijnt voor een deel onder tafel) tegen de rugleuning van de stoel hangen

B-----

Bekritisieren van de diagnost

- het kind bekritiseert, evalueert, verbetert de diagnost ("dat moet helemaal niet zo"; "wat een flauwekul zeg")

Beloven en afspreken

- de diagnost doet een belofte, stelt een activiteit in het vooruitzicht of de diagnost maakt expliciet afspraken met het kind

Bespreken van weerstand

- de diagnost stelt een vraag, maakt een opmerking waarmee hij ingaat op de actuele weerstand en weerzin van het kind tegen de afname van het onderzoek ("vind je het niet

leuk?")

Bluffen

- voor/tijdens de taakuitvoering uitspraken doen waarbij in krachtige bewoordingen en/of op overdreven wijze gezegd wordt dat de opdracht simpel is of dat het kind gemakkelijk in staat is aan de opdracht te voldoen ("kan ik gemakkelijk"; "dat is doodsimpel")

Bijzondere stemgeving/verdraaiing

- het kind antwoordt/sprekt onverstaanbaar, mompelend, schreeuwend, met stemverdraaiing of overdreven articulerend (schreeuwend: 'bal!!!', 'jjjjjjjjjaaaaaaaaaaa')

Bevroren

- totale bewegingsloze gespannen toestand van het lichaam

Blazen

- duidelijk hoorbare uitademing met ontsnapping van de uitgeademde lucht tussen de lippen en bolle wangen

C-----

Competitieve uitspraken

- het kind doet uitspraken waarin competitie elementen, zoals beter doen, beter kunnen, toch wel kunnen een rol spelen, waarbij het kind zijn/haar prestaties hoger waardeert dan de prestaties van andere kinderen, volwassenen, waarbij inbegrepen de diagnost ("ik kan dit veel beter dan Jan"; "Je dacht dat ik niet snel ging, hè")

Competentie-vraag in termen van "een beetje kunnen"

- de diagnost stelt aan het kind de vraag of hij/zij in staat is tot het verrichten van de taak(handelingen) in relatieve termen van een beetje kunnen ("kun jij al een beetje puzzelen?")

Check

- de diagnost controleert of het kind blijk geeft onderdelen van de instructie of de hulp te hebben begrepen ("snap je het?"; "heb je het gezien?")

Complimenten geven of bewondering uitspreken

- de diagnost geeft het kind complimenten over zijn uiterlijk, kleding, daden, competenties buiten de taak

D-----

Directe verzoeken zitten

- met een directe vraag het kind verzoeken te gaan zitten ("kun je even komen zitten?", "nu mag jij van mij hier komen zitten, hè?")

De kamer rondkijken

- rondkijken in de kamer waarbij de ogen, het hoofd in

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

beweging zijn of fixeren

Direct verbaal gebieden, verbieden en corrigeren

- het stellend formuleren van een gebod/verbod met gebruikmaking van de imperatief, met inbegrip van het gedrag dat verlangd wordt en/of gestaakt dient te worden ("nu moet je gaan zitten"; "houd op met gooien")

Direct non-verbaal gebieden, verbieden en corrigeren

- het fysiek ingrijpen in de handelingen van het kind, beletten/tegen houden; teniet doen

Diagnost verwoordt eigen handelingen

- de diagnost verwoordt de eigen handelingen ("leg die even daar"; ik pak 'ns even"; ik ga hier eens wat tekenen")

Daadwerkelijk onderbreken van de onderzoeksvoortgang

- de taakuitvoering, de gewenste voortgang van het onderzoek op uiteenlopende wijze onderbreken, zijn/haar eigen gang gaan zonder dat daar toestemming voor is verkregen, bijvoorbeeld met onderzoeksmateriaal gaan spelen aan tafel; het beginnen van een gesprek daarmee de taakuitvoering onderbrekend; de onderbrekingen gebeuren anders dan op te staan of van tafel weg te lopen

Daadwerkelijke taakverandering

- daadwerkelijk verandering(en) aanbrengen in de oorspronkelijke instructie /opdracht

Direct vragen naar het definitieve einde van het onderzoek

- vragen naar het einde van het onderzoek, daarbij sprekend in termen van stoppen, klaar zijn weggaan, teruggaan ("wanneer zijn we klaar?"; "stoppen we?")

Directe persoonsgerichte foutmelding

- de diagnost refereert aan het kind en de taakuitvoering, het geleverde produkt, het antwoord wordt als fout, onvoldoende gekwalificeerd ("dat heb je fout gedaan")

Directe zaakgerichte foutmelding

- de diagnost verwijst alleen naar het produkt en kwalificeert het produkt, het antwoord als fout, onvoldoende ("nee, dat is fout"; "het antwoord is niet goed")

Destructief handelen

- op hardhandige wijze met materiaal omgaan zoals slaan, gooien, buigen waarbij het risico bestaat dat het materiaal stukgaat

Dreinen

- kreunend, op zeur of huiltoon spreken als een jonger kind pleegt te doen; regressief gedragspatroon

E-----

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Externe attributie falen

- het kind schrijft falen toe aan oorzaken buiten zichzelf ("de puzzle stukjes waren veel te klein")

Empathische reactie

- de diagnost verwoordt de door hem veronderstelde gevoelens of taakbeleving van het kind die op dat moment -de taak uitvoerende' mogelijk aan de orde zijn ("moeilijk hè?!" ; "dat gaat niet zo gemakkelijk , hè?")

Echokinese

- repetitieve doelgerichte acties, handelingen, bijvoorbeeld een aantal keren de stoel verschuiven om recht aan tafel te zitten

F-----

Fout beantwoorden van vragen

- Niet nader gedefinieerd; voor een betrouwbare scoring van deze gedragscategorie bleek verdere definiëring niet noodzakelijk

G-----

Gapen

- niet nader gedefinieerd

Gezicht wrijven

- met de handen in het gezicht wrijven

Geremde bewegingen en acties

- opvallend langzaam bewegen; langzamer dan de normale snelheid, op te maken uit de snelheid van bewegen daarvoor en de plotselinge verandering of vermindering van snelheid

Gezicht en ogen bedekken

- met opgeheven arm(en)/hand(en) voor- of over het gezicht gehouden de ogen bedekken

Geluiden maken

- betekenisloze klanken uiten

Gereduceerd melodieus zingen, fluiten, neuriën & schreeuwend zingen

- uiting met een muzikaal (continu, melodieus, rythmisch) karakter, maar waarbij de melodie afgevlakt is en accenten ontbreken: een niet bestaand lied of het lied is niet herkenbaar door de vervorming in de melodie; idem, alleen nu lijdt de melodie onder het feit dat het kind de tekst of klanken meer schreeuwt dan zingt

Gezichtsexpressie: neutraal, aandacht, en concentratie (drie varianten a, b, en c)

- aangezichtsspieren ontspannen, ogen geopend, wenkbrouwen

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

niet opgetrokken of gefronst, mond ontspannen geopend of gesloten (a); lichte gespannenheid in het gelaat, gericht kijken, ogen meer geopend, wenkbrouwen iets opgetrokken, en hoofd licht voorover gebogen (b); ogen toegeknepen, frons in het midden naar beneden met de wenkbrouwen, enigszins gespannen mond (c); Volgen van de diagnost volgen van de diagnost in de ruimte; achter de diagnost aanlopen

Goedmelding

- de diagnost spreekt de kwalificatie, zonder verwijzing naar de persoon, zonder nadruk en/of kort uit ("dat gaat goed"; "daar moet-ie" na een juiste handeling van het kind; "juist")

Grote, knappe kinderen compliment

- de diagnost stelt dat het kind tot de groep van grote, knappe kinderen behoort

Grote, knappe kinderen competentie

- de diagnost stelt met betrekking tot de komende of lopende taak dat alleen grote kinderen in staat zijn tot voleinding ("dit is voor grote jongens"; alleen knappe kinderen kunnen dat"; "eens kijken of jij al zo knap bent")

Grootspraak achteraf

- het kind doet nadat de taak is volbracht uitspraken waarin de simpelheid van de opdracht wordt benadrukt; het kind doet dit in krachtige bewoordingen en/of op andere overdreven wijze

Gebieden zitten

- het kind gebieden aan tafel te komen zitten ("ga zitten")

Gebaren

- uiteenlopende bewegingen met de armen, handen, vingers die de verbale uitingen ondersteunen

H-----

Hoogspanning

- lokale of meer generaliseerde sterke spierspanning van het lichaam, schouders, ledematen

Hoofd voorover aankijken

- met het hoofd naar beneden en voren gericht de ander aankijken, niet recht d.w.z. met het hoofd in verticale positie, in de ogen kijken

Hoofd achterover aankijken

- met het hoofd naar achteren gehouden, meer afstand nemend tot de ander, de ander aankijken

Half zitten

- op de benen zitten, op de punt van de stoel, of half knielend op of voor de stoel

Herhaling van de gestelde vraag

- het kind herhaalt direct geheel of gedeeltelijk de gestelde vraag of de gemaakte opmerking van de diagnost (diagnost: "speel jij wel eens met blokken?", waarop het kind antwoordt: "met blokken spelen")

Helpen

- de diagnost verleent bijstand bij de taakhandeling/het beantwoorden van taakvragen door de vraag of instructie te herhalen/eventueel versimpelen, of door doorvragen, het geven van een alternatieve gedragslijn, het geven van extra informatie, uitleg, aanwijzingen, het concreet voordoen of demonstreren

Hulpvraag

- het kind vraagt om hulp ("hoe moet dit?")

I-----

Irrelevant antwoorden

- het kind geeft in relatie tot de gestelde vraag direct een inhoudelijk irrelevante of onzinnig antwoord (diagnost: "wat heb je gisteren gegeten?", waarop het kind antwoordt: "bloemkool niet"; diagnost: "en zijn er ook varkens op die vakantieboerderij?", waarop het kind antwoordt: "knorrr, knorrr, knorrrrrr", daarbij op handen en voeten door de ruimte kruipend)

Informereren

- de diagnost doet navraag naar de voortgang van de taak ("gaat 't?"; "lukt 't?")

Indirecte persoonsgerichte foutmelding

- de diagnost refereert aan het kind (als persoon) en de taakuitvoering, het geleverde produkt of het antwoord wordt "in bedekte termen" als gedeeltelijk (on)voldoende, (on)voltooid gekwalificeerd ("dat heb je bijna goed gedaan"; "je bent bijna helemaal klaar, maar dat geeft niet hoor")

Indirecte zaakgerichte foutmelding,

- de diagnost verwijst alleen naar het produkt en kwalificeert het produkt, het antwoord "in bedekte termen" als gedeeltelijk (on)voldoende, (on)voltooid ("dat is niet helemaal goed"; "het is nog niet helemaal klaar")

Informatie over de hoge moeilijkheidsgraad vooraf

- de diagnost stelt dat de komende taak moeilijk is ("ik ga het een beetje moeilijk maken"; wat we nu gaan doen is niet gemakkelijk")

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Informatie over de lage moeilijkheidsgraad vooraf

- de diagnost stelt dat de komende taak gemakkelijk is ("we gaan gemakkelijk beginnen"; "dit is niet moeilijk")

Instructie aanvullend

- een vraag formuleren waarmee, indien beantwoord, de instructie aanvullenderwijs gegeven is; de diagnost laat het kind de instructie zelf formuleren ("weet jij wat je met deze bakjes kunt doen?")

Instructie stellend

- op grond van de zinsbouw de instructie stellend formuleren; gebruik van de imperatief ("bouw een toren"; "vertel me wat je op dat plaatje ziet")

Initiatief tot opruimen van het kind

- kind neemt het initiatief tot het opruimen van het onderzoeksmateriaal/het product of vernietigt het produkt, terwijl daar niet om gevraagd is en geen toestemming voor is gegeven door de diagnost

Informatie inwinnen omtrent de komende taak

- informatie vragen omtrent de inhoud van de komende taak of de lopende taak ("gaan we met die blokken bouwen")

Indirect sturen, gebieden, verbieden en corrigeren

- op indirecte wijze duidelijk maken wat de (on)gewenste gedragslijn is; dit kan op uiteenlopende wijzen gebeuren: de diagnost wijst op de consequenties van het gedrag, zegt bijvoorbeeld wanneer het kind de voortgang van het onderzoek onderbreekt: "hebben we straks dan nog tijd om te spelen als we klaar zijn"); op zodanige wijze formuleren dat het gebods/verbods/correctie-karakter van de uitspraak op grond van de semantiek niet duidelijk is (bijvoorbeeld door te zeggen: "dat hoeft niet" wanneer een kind een ongeoorloofde handeling verricht)

Indirect vragen naar het einde van het onderzoek

- het kind vraagt indirect naar het definitieve einde van het onderzoek ("straks gaan we weer met de lift, hè?")

Instructie vragend

- op grond van de zinsbouw de instructie vragend-uitnodigend formuleren; verzoeken ("zou jij deze toren kunnen bouwen?"; kun jij mij vertellen wat je allemaal op dat plaatje ziet?")

Initiëren van gesprek

- het kind begint, heropent of continueert een gesprek, stelt een vraag, maakt een opmerking die betrekking heeft op zaken buiten de taak, waarbij deze initiatie geen reactie is op of niet direct in verband staat met het besprokene daaraan voorafgaand, voorzover van voorafgaand gesprek sprake is geweest

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Initiëren van gesprek

- de diagnost begint een gesprek, stelt een vraag, maakt een opmerking die betrekking heeft op zaken buiten de taak

Ineengedoken zitten

- half bewegingsloze, gespannen zittende houding van het lichaam waarbij de handen bij elkaar tussen de benen worden gehouden, de rug en schouders gekromd (naar binnen gebogen) zijn, en het hoofd naar voren gehouden, zich kleiner makend

Indirecte inductie zitten

- indirect aan het zitten aan tafel refereren ("ohh kijk, de stoel staat er al")

J-----

geen categorieën

K-----

Kijken naar bijzettafel met onderzoeksmateriaal

- het kind kijkt naar de bijzettafel met onderzoeksmateriaal, naar wat de diagnost van de bijzettafel pakt

Kijken naar notities

- het kind kijkt naar het papier waarop de diagnost aantekening maakt

Kijken naar het handelen van de diagnost

- kijken naar de handen van de diagnost, het materiaal in handen van de diagnost, de handelingen die de diagnost verricht, het schrijven van de diagnost uitgezonderd

Klagen

- het kind stelt dat anderen het op hem gemunt hebben en dat het kind het slachtoffer is van anderen; hierbij gaat het om de onvriendelijke of onrechtvaardige behandeling die het kind krijgt, om plagen, de schuld krijgen, gestraft worden ("de kinderen pesten mij altijd"; "de juf is niet aardig voor mij")

Kruipen

L-----

Leiden naar stoel

- met hand op de rug of schouders van het kind geplaatst zachtjes duwend het kind naar de stoel leiden

Lopen

M-----

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Mondspanning

- de lippen strak op elkaar geperst; op de lippen bijten; met de tong tegen de binnenkant van de mond gedrukt; op de tong bijten; spanning van de mondregio; tik-achtige bewegingen van de mondregio

Mondregio contact

- aanraken van de mondregio (rondom de lippen, wangen) met hand of vingers; handen of vingers in mond steken, zuigen (regressief aspect van dit gedragspatroon), en bijten

Melding einde taakuitvoering

- het kind meldt dat hij/zij klaar is ("klaar")

Motiveren

- de diagnost voert gronden aan waarom het kind de taak moet uitvoeren ("als we snel opschieten, dan kunnen we snel terug naar je moeder"; "als je niet opschiet, kun je straks niet meer spelen")

Melding taakverandering

- zeggen/stellen veranderingen te (willen) aanbrengen in de oorspronkelijke instructie/opdracht ("ik wil een huis bouwen"; "ik ga die puzzle doen")

Melding doen van onderbreking van de onderzoeksvoortgang

- zeggen bepaalde handelingen te gaan verrichten, waarmee de taakuitvoering, gewenste voortgang van het onderzoek wordt onderbroken ("ik ga met het poppenhuis spelen"; "ik wil die bal pakken")

N-----

Niet soepele bewegingen en acties

- trillend bewegen, niet vloeiend of schokkerig bewegen, onvrijwillig materiaal uit handen laten vallen

Naar achteren zitten

- zitten en achterover tegen de rugleuning van de stoel zitten, waarbij de stoel naar achteren geplaatst is

Naar de mond praten

- wanneer de diagnost suggestieve vragen stelt waarin een antwoord besloten ligt, geeft het kind het gesuggereerde antwoord of beantwoordt het kind de vraag snel (nadat de diagnost heeft gevraagd: "dorst je eerst niet in de lift?...Jawel toch!?", reageert het kind met: "ja")

Nieuwe wedervraag met aspectverschuiving

- in directe reactie op een vraag van de diagnost stelt het kind een nieuwe vraag of maakt een nieuwe opmerking die niet betrekking heeft op het voorgaande onderwerp of waarbij het om een fundamenteel ander aspect van hetzelfde onderwerp gaat (diagnost: "ga je vandaag nog zwemmen met school?", waarop het kind antwoordt: "vind jij zwem-

men leuk?")

Niet reageren van het kind

- het kind reageert niet op vragen of opmerkingen van de diagnost, maar gaat door waar het mee bezig is, reageert niet specifiek communicatief naar de ander toe, stelt handelingen niet bij, toont zich niet ontvankelijk. Er is geen breekpunt in het gedrag, onderbreking van het gaande gedrag.

Nieuwsgierig maken

- de diagnost houdt informatie en/of materiaal achter en doet uitspraken waarmee hij de nieuwsgierigheid van het kind tracht te wekken (terwijl de diagnost het materiaal buiten het gezichtsveld van het kind houdt: "weet jij wat ik hier voor jou heb??")

Non-verbaal om bevestiging vragen

- het kind kijkt naar de diagnost ter bevestiging van de juistheid van een zojuist verrichte taakhandeling

Negatief commentaar leveren

- het kind doet negatieve uitlatingen over het materiaal; kraakt het materiaal af

Negatieve zelfevaluatie

- het kind waardeert zelf de taakuitvoering/het produkt in termen van "fout", en/of suggereert een dergelijke kwalificatie in andere bewoordingen ("het is niet goed"; "het is veel te groot")

Negeren

- de diagnost reageert niet op bepaalde storende gedragingen van het kind, bijvoorbeeld als het kind de voortgang van het onderzoek onderbreekt, of op de storende aspecten van bepaalde gedragingen van het kind, bijvoorbeeld het schreeuwend beantwoorden van een gestelde vraag

Non verbaal melden stagneren

- het kind neemt oogcontact met de diagnost op in verband met het stagneren van de taakuitvoering

Neutraal commentaar leveren

- het kind doet neutrale, niet waarderende uitlatingen over het materiaal ("dit is een groot puzzlestukje")

0-----

Over de tafel hangen

- ontspannen met het bovenlichaam, de armen en het hoofd recht of schuin over de tafel hangen en daarbij over het tafelblad een dweilende beweging makend

Ogen gesloten

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

- niet nader gedefinieerd

Onecht glimlachen

- drie vormen (a, b en c): a.een angstgrijns: een mengvorm van een Angstige gelaatsuitdrukking en een plezier/glimlach gezicht b.een gespannen glimlach: een mengvorm van een plezier of glimlach gezicht en een Vlakke gelaatsuitdrukking c.een trieste glimlach: een mengvorm van plezier of glimlach gezicht en een verdrietig of huilgezicht

Objectmanipulatie

- manipuleren met objecten (onderzoeksmateriaal); op niet doelgerichte, niet stereotype, niet destructieve wijze

Overdreven bewegingen en acties

- op overdreven wijze doelgerichte bewegingen uitvoeren, bijvoorbeeld zichzelf in een stoel laten vallen; met (onnodige) zwaaibewegingen een toren met de bouwbekers bouwen

Overdreven lopen

- overdreven of afwijkende loopbewegingen met de benen en/of armen maken: met de armen wijd zwaaiend, met gekromde benen door de benen gezakt, met de voeten over de grond slepen, waggelen

Op de stoel balanceren

- met het lichaam op de twee achterpoten van de stoel balanceren

Opscheppen

- het kind vertelt sterke verhalen die betrekking op zaken buiten de taak waarin de kracht, stoerheid, prestaties van het kind ter sprake komen en worden benadrukt ("ik kan de bal heel hoog schoppen")

Opstaan van de stoel

- niet gedefinieerd

Ongebruikelijk voldoen aan de opdracht

- op onvoorspelbare, ongebruikelijke manier voldoen aan de opdracht (je been op tafel doen na de vraag van de diagnost "waar zit je voet?")

Ongepast en ongericht bevestigen

- het kind bevestigt uitspraken, opmerkingen, mededelingen, en niet gestelde vragen van de diagnost die geen bevestiging/beantwoording behoeven (na de mededeling van de diagnost: "nu leg ik dit hier neer", reageert het kind: "ja")

Opdracht geven aan de diagnost (gebieden)

- het kind stelt hoe de diagnost moet handelen, wat de diagnost moet doen ("en jij moet dat doosje pakken")

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Opdrachtvraag aan de diagnost

- het kind vraagt de diagnost om een bepaalde handeling te verrichten ("kun jij een bootje maken met dat vouwblaadje?")

Onderbreken van verbale uitingen van de diagnost

- het kind spreekt, vraagt, maakt opmerkingen en/of start een andere interfererende handeling terwijl de diagnost aan het woord is (het kind spreekt door de taakinstructie van de diagnost heen of begint reeds met de taakuitvoering)

Onderbreken van handelingen van de diagnost,

- een later gestarte handeling van het kind interfereert op zodanige wijze met de handeling van de diagnost dat deze handeling een corrigerend karakter dragen en/of ertoe bijdragen dat de diagnost de handeling zoals gepland niet kan afmaken. Bijvoorbeeld: het kind tracht onderzoeksmateriaal uit handen van de diagnost te pakken

P-----

Pruilen

- de onderlip naar voren gekruld over de bovenlip geduwd, waarbij de mondhoeken naar beneden wijzen, vaak voorafgaand aan huilen

Precisie

- het kind toont nauwkeurigheid en precisie bij de uitvoering van de taak; past de uitvoering van de taak bij herhaling aan, corrigeert onnodig, bijvoorbeeld: nadat aan de opdracht met blokken is voldaan, legt het kind de blokjes bij herhaling netjes loodrecht

Prijzen

- de diagnost looft nadrukkelijk de taakuitvoering of het resultaat en/of de persoon van het kind. Dit kan op verschillende wijzen gebeuren: de diagnost spreekt de kwalificatie met nadruk uit en/of refereert aan de persoon van het kind ("hééééél goed!!!"; "dat doe jij prima!!!")

Positief commentaar leveren

- het kind doet positieve uitlatingen over het materiaal ("wat een mooie auto's")

Prestaties van anderen aan de orde stellen

- het kind maakt opmerkingen over- of vraagt naar de prestaties van andere kinderen ("kon Jan dit goed?")

Positieve zelfevaluatie

- het kind waardeert zelf de taakuitvoering/het produkt in termen van "goed" en/of suggereert een dergelijke kwalificatie in andere bewoordingen ("zo is het goed")

Q-----

geen gedragscategorieën

R-----

Rennen

Rapportage: zonder vrees

- het kind stelt niet bang te zijn voor liften, spinnen, dieren, mensen of andere situaties, schepselen, of voorwerpen

Rapportage van angst

- het kind stelt bang te zijn voor liften, spinnen, dieren, mensen of andere situaties, schepselen, of voorwerpen

Rechtop zitten

- Rechtop, recht aan tafel zitten en licht voorover gebogen met de romp

Rapportage: het was makkelijk

- het kind stelt dat de taak gemakkelijk was

S-----

Stereotype bewegen met hoofd, ledematen

- repetitief-rythmisch oscillatief bewegen met hoofd, armen, handen, vingers, benen, voeten op de tafel of op de grond, met of zonder object

Stereotyp bewegen met de torso

- repetitief-rythmisch, oscillatief voorover of opzij bewegen met de torso Springen

Suggestieve vraag

- de diagnost stelt een vraag waarin een verwijzing naar het te geven antwoord besloten ligt ("je wilt zeker niks drinken, hè?"; "je bent toch wel naar het circus geweest?")

Summier antwoorden

- het kind antwoordt slechts met "ja" of "nee" of zeer summier terwijl op basis van de gestelde vraag een meer uitgebreide reactie/antwoord en meer toelichting verwacht mag worden of normaal is (diagnost: "heb je gisteren naar de televisie gekeken en waar heb je naar gekeken?", waarop het kind antwoordt: "ja")

Stellen van dezelfde vraag

- het kind stelt direct dezelfde vraag aan de diagnost (diagnost: "vind jij appels lekker?", waarop het kind antwoordt: "en jij?")

Spontaan helpen opruimen

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

- het kind helpt ongevraagd mee met opruimen van het onderzoeksmateriaal

Stagneren

- het kind houdt op met de taakuitvoering, beantwoordt een gestelde vraag niet, zonder te zeggen dat het het niet kan/weet

T-----

Tafel/stoel vastklampen

- aan de stoel of tafel vastklampen, stevig vastpakken van de tafelrand, stoelrand, leuning of poten, of handen op het tafelblad drukkend

Tenen lopen

- niet nader gedefinieerd

Toegewend op afstand

- met het lichaam naar de ander toegewend zitten en daarbij zoveel mogelijk afstand nemend

Taakinformatie geven

- de diagnost geeft informatie over de taak/taakmateriaal ("dit zijn allemaal puzzlestukjes"; "deze blokken heb je ook in de klas, daarmee kun je bouwen")

Taakinformatie aanvullend

- de diagnost formuleert een vraag die het kind dient te beantwoorden, en waarmee aanvullenderwijs de taakinformatie gegeven is ("hebben jullie dit ook in de klas?"; "heb jij dit wel eens gezien?")

Toestemming vragen om op te ruimen

- het kind vraagt om toestemming om het materiaal te mogen opruimen ("mag ik opruimen?"; "moet ik inpakken?")

Taak-parallel onnodige, storende acties

- onnodige, mogelijk storende acties die niet met de taakuitvoering interfereren (bij het ordenen van plaatjes tegelijk met de voet op de vloer stampen)

Taakherkenning

- het kind geeft blijk het taakmateriaal en/of de taak te kennen ("hé, die ken ik"; "ohhh, deze")

Toestemming vragen voor onderbreking van de onderzoeksvorgang

- om toestemming vragen de taakuitvoering, de gewenste voortgang van het onderzoek te mogen onderbreken ("mag ik met het speelgoed spelen"; "mag ik water drinken")

Toewending met toenadering van het kind

- het zittende lichaam (de romp) is met de voorkant naar de diagnost gericht en helt voorover naar de diagnost toe

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

wat een verkleining van de afstand tussen het kind en de diagnost betekent

Toewending, toenadering en kijken

- het zittende lichaam (de romp) is naar het kind gericht, sterk voorover gebogen met het lichaam (het gezicht) het kind dicht naderend, en kijkend naar de handelingen of het gezicht van het kind

Toewending, toenadering, met het hoofd op gelijke hoogte, het kind recht aankijken

- het zittende lichaam (de romp) is naar het kind gericht, met gekromde rug het kind naderend en op gelijke hoogte het kind recht in de ogen kijkend (de blik van het kind "vangend")

U-----

Uitrekken

- het lichaam strekken met opgeheven, uitgestrekte, aangespannen armen, handen en vingers

Uitkomen van de positieve verwachting

- de diagnost refereert aan de eerder gedane uitspraak over de verwachting dat het kind zou slagen ("zie je wel dat je het kon!")

Uitspraken weerszin taak

- het kind stelt de taak niet meer te willen verrichten, ermee op te (willen) houden ("ik doe het niet meer"; "ik heb hier geen zin meer in")

Uitspraken weerszin onderzoek

- het kind stelt met het onderzoek te willen stoppen, maakt de wens kenbaar te willen stoppen, er genoeg van te hebben, ergens anders naar toe te willen ("ik wil stoppen"; "ik wil naar de klas terug")

Uitdagen: verwachting van mogelijk falen

- de diagnost spreekt de verwachting/twijfel uit dat het kind de taak (misschien) niet kan uitvoeren ("ik weet niet of je dit wel kunt"; "ik denk dat je dit niet lukt"; "kun je je naam al schrijven?...ik geloof er niks van")

Uitdagen: competentie-vraag in termen van "kunnen"

- de diagnost stelt aan het kind de vraag of hij/zij in staat is tot het verrichten van de taak(handelingen) in absolute termen van kunnen/niet kunnen ("kun jij al knippen?")

V-----

Vergoeilijken

- de diagnost vergoeilijkt het falen van het kind ("dat geeft niet hoor")

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Verwoording van handelingen van het kind

- de diagnost verwoordt handelingen, de taakuitvoering van het kind zonder expliciete waardering ("bakje erop"; het laatste plaatje")

Verwoording van vorderingen door de diagnost

- de diagnost verwoordt dat de taakuitvoering vordert ("we schieten al aardig op")

Verbaal om bevestiging vragen

- het kind vraagt om bevestiging van de juistheid van een zojuist verrichte taakhandeling ("is het goed zo?"; "zo hè?"; "helemaal uitknippen?")

Verwoording van vorderingen door het kind

- het kind verwoordt de vorderingen met betrekking tot de taakuitvoering ("dit is al klaar, nu nog..")

Verwachting van slagen

- de diagnost spreekt een verwachting uit met betrekking tot het goede verloop van de taakuitvoering; de diagnost spreekt in uiteenlopende bewoordingen uit dat het kind de taak kan uitvoeren ("dat kan je best"; "dat lukt wel")

Verzoek tot herhalen van de vraag

- het kind verzoekt de diagnost de vraag herhalen ("wat zei je?"; "mmm..?")

Vragen naar de bekende weg

- het kind stelt vragen waarop het antwoord voor de hand ligt, aan het kind reeds bekend is (het kind staat voor het raam: "is daar buiten?")

Vertellen van onwaarheden

- het kind vertelt onwaarheden of geeft een verkeerde voorstelling van zaken

Van de stoel vallen

- niet nader gedefinieerd

Vragen naar de moeilijkheidsgraad van de komende taak

- het kind vraagt om informatie omtrent de moeilijkheidsgraad van de komende taak ("is dat moeilijk")

Volharden in het onderbreken van de onderzoeksvoortgang

- volharden in de onderzoeksvoortgang(taak)onderbrekende activiteit na een gebod van de diagnost om de onderbreking te staken, bijvoorbeeld doorgaan met eigen spel met onderzoeksmateriaal

Vragen om toestemming taakverandering

- toestemming vragen om de oorspronkelijke instructie/opdracht te mogen veranderen ("zal ik met de blokken een

huis bouwen en geen garage?")

Vlijtig voldoen

- het kind toont zich (overmatig) vlijtig bij de uitvoering van de taak, het opruimen van het materiaal, of het beantwoorden van taakvragen; verricht ongevraagd extra handelingen indien reeds aan de opdracht is voldaan om verbeteringen aan te brengen; het kind gaat extra snel te werk om aan de opdracht te voldoen; als de diagnost zegt: "je gaat snel zeg", reageert het kind met nog sneller werken; of wanneer de diagnost zegt: "we gaan de blokjes weer eens netjes opruimen", reageert het kind direct met het opruimen

Verbaal melden onvermogen

- het kind stelt vragen niet te kunnen beantwoorden, de opdracht niet te kunnen uitvoeren ("dat weet ik echt niet"; "dat kan ik niet")

Verkeerd handelen

- het kind handelt verkeerd; voert de opdracht op een verkeerde manier uit

Verwoording van de eigen taakhandeling

- het verwoorden van de taakhandeling, in zichzelf spreken ("en nu deze"; "de blauwe auto erachter")

Vragen naar aantekeningen

- het kind vraagt naar de aantekeningen die de diagnost maakt ("wat schrijf je daar")

Verkennen en spelen

- het kind gaat aan het begin van de sessie ongevraagd de onderzoekskamer verkennen en met het aanwezige speelgoed spelen.

Verdriet/huilgezicht

- niet nader gedefinieerd

Vlakke gelaatsuitdrukking

- verstrakken van de gelaatsspieren; een statische, licht gespannen toestand van het gelaat waarbij geen duidelijke extreme expressie aan de orde is

W-----

Weglopen van tafel

- niet gedefinieerd

Wegdraaien

- doelgerichte, van de ander wegdraaiende beweging van het lichaam, buiten de 90 graden zone

Wegkijken van de ander

- het oogcontact, het kijken naar het gezicht van de ander

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

verbreken

X-----

geen gedragscategorieën

Y-----

geen gedragscategorieën

Z-----

Zit/kijkpositie: volledige non-verbale terugtrekking

- recht aan tafel zitten en kijken naar eigen handelingen/materiaal

Zit/kijkpositie: incomplete non-verbale terugtrekking

- recht aan tafel zitten en kijken naar het kind

Zelfaanraking: statisch

- aanraking van lichaam, kleren, hoofd, gezicht, de mondregio uitgezonderd

Zelfaanraking: wrijven

- zelfaanraking met wrijvende, herhalende beweging aan lichaam, kleren, hoofd, armen, handen; frunniken, de mondregio, het gezicht en de ogen uitgezonderd

Zelfaanraking: krabben

- met gekromde vingers, nagels herhalend bewegen over lichaam, kleren, hoofd, gezicht, de mondregio uitgezonderd

Zelfvastklampen

- zichzelf (het lichaam, de armen) vastklampen, stevig vasthouden met gebruikmaking van beide armen of handen

Zuchten

- een eenmalige diepe, langzame hoorbare in- en uitademing

Bijlage 3: Gemiddelden, standaarddeviaties en ranges van de gedragscategorieën

De betekenis van de gehanteerde symbolen (letters) en afkortingen in het onderstaande overzicht is als volgt:

eenh = eenheid
g = gemiddelde
sd = standaarddeviatie
r = range
s = seconde als eenheid van duurmeting
f = frequentie als eenheid van meting
m = duurmeting in minuten
% = relatieve frequentie in percentage

De onderstaande volgorde van presentatie correspondeert met de volgorde van presentatie in Hoofdstuk 5 Resultaten.

Gedragscategorie	eenh.	Gedragsgestoord			Normaal		
		g	sd	r	g	sd	r
Verkennen en spelen	s	59.5	46.8	0-125	13.1	24.3	0-55
Gebieden zitten	f	1.5	1.6	0-5	1	1.3	0-4

		Angstgestoord			Normaal		
		g	sd	r	g	sd	r
Afwachten	s	8.3	5.6	0-13	2.1	1.6	0-4
De kamer rondkijken	s	133.5	33.9	14-273	225.4	90.3	50-
391 Ind. inductie zitten	f	1.5	0.2	0-6	1.9	0.46	0-1
Leiden naar stoel	f	0.75	0.71	0-2	0	0	0-0

		Gedragsgestoord			Normaal		
		g	sd	r	g	sd	r
Opdr. a.d. diagnost	f	2.8	3.4	0-10	0.13	0.35	0-1
Opdrvr. a.d.diagnost	f	0	0	0-0	0	0	0-0
Afwerpen v.d. diagn.	f	1.0	0.76	0-4	0.25	0.46	0-1
Bekritisieren diagn.	f	5.6	0.5	0-13	4.2	1.0	0-3
Onderbr.verb.uiting	%	7.5	1.6	2-13	4.0	1.0	1-4
Onderbr.handeling	f	4.8	3.8	1-12	0.25	0.71	0-2
Direct v-ge/verb.	f	28.6	13.0	5-46	3.0	3.8	0-11
Direct nv-ge/verb.	f	11.2	6.8	4-22	0.13	0.35	0-1
Indirect ge/verb.	f	6.0	2.3	2-9	0.75	1.0	0-3
Negeren	f	9.5	6.1	1-17	0.0	0.0	0-0
Beloven & afspreken	f	1.0	1.3	0-3	0.63	1.7	0-5
Bespreken weerstand	f	0.87	2.1	0-6	0.0	0.0	0-0
Voll.nv terugtrekken	m	4.2	0.68	3.2-5.1	2.9	0.3	2.7-3.6
Incompl.nv terugtr.	m	5.7	2.3	3.5-11.0	8.4	1.1	7.0-10.3

		Angstgestoord			Normaal		
		g	sd	r	g	sd	r
Toew. nadering kind	m	8.2	5.6	0-1.6	3.2	5.7	0-1.6
Ongep. gericht bev.	f	1.5	2.7	0-7	0.0	0.0	0-0
Toew. toenad. diagn.	m	10.1	3.8	2.1-15.3	8.3	3.0	2.4-
11.4 Idem & op gel.hoogte	m	4.0	3.2	0.61-9.5	1.6	1.5	
0.31-4.8 Incompl.nv terugtr.	m	4.8	2.1	1.2-8.03	8.4	1.1	7.0-10.3
D verw. eigen hand.	f	20.2	5.3	13-30	16.7	5.5	8-27
Angst a.d.orde stel.	f	1.6	1.7	0-5	0.0	0.0	0-0
Direct nv-ge/verb.	f	3.1	3.7	0-9	0.1	0.3	0-1

		Gedragsgestoord			Normaal		
		g	sd	r	g	sd	r
Info inwinnen taak	f	4.0	4.2	0-12	1.0	0.98	0-3
Vragen moeil. taak	f	0.5	1.4	0-4	0.0	0.0	0-0
Bluffen	f	4.0	3.8	0-9	0.38	1.06	0-3
Positieve zelfeval.	%	2.9	1.5	1-6	0.62	0.94	0-2
Negatieve zelfeval.	%	0.38	0.73	0-2	2.7	4.2	0-13
Grootspraak achteraf	%	1.3	1.5	0-4	0.8	0.99	0-3

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Prestaties anderen	f	0.13	0.35	0-1	0.5	1.0	0-3
Competitie	f	0.94	1.08	0-7	3.7	2.1	0-3
Rapp.: gemakkelijk	f	1.6	1.9	0-6	1.5	1.3	0-5
Ext.attrib. falen	f	0.12	0.24	0-1	0.0	0.0	0-0
Kijk bijzettafel mat	s	46.2	18.5	23-74	64.9	24.9	29-102
Toestemming onderbr.	f	4.0	2.2	1-8	0.25	.46	0-1
Melding onderbr.	f	4.0	4.4	0-11	0.38	1.06	0-3
Daadw. onderbr.	f	17.5	13.4	4-47	1.2	1.1	0-3
Volharden onderb.	f	0.35	0.24	0-1	0.22	0.45	0-1
Vragen toest.taakver	f	2.6	1.4	0-4	0.72	1.3	0-4
Melding taakver.	f	3.9	1.9	1-8	0.5	1.03	0-3
Daadw.taakver.	f	7.4	4.2	3-14	2.07	3.3	0-10
Ongebr.voldoen opdr.	f	1.8	4.0	0-12	0.0	0.0	0-0
Taakparall. acties	f	10.6	11.9	0-30	0.0	0.0	0-0
Vlijtig voldoen	f	0.23	0.87	0-1	0.43	0.87	0-3
Hulpvraag	f	2.6	1.3	1-5	0.7	0.48	0-2
Fout antwoorden	%	0.19	0.31	0-1	0.35	0.61	0-2
Verkeerd handelen	f	1.7	1.4	0-5	0.6	0.4	0-1
Stagneren	f	6.0	2.9	2-10	7.7	5.6	3-12
Verb. melden onverm.	f	0.0	0.0	0-0	0.36	0.71	0-2
NV melden stagneren	f	4.4	6.8	0-19	1.7	3.0	0-9
Uitspr. weezin taak	f	4.0	9.4	0-27	0.0	0.0	0-0
Uitspr. weezin oz	f	0.38	0.74	0-2	0.0	0.0	0-0
Dir. vragen einde oz	f	1.38	1.5	0-4	0.0	0.0	0-0
Ind. vragen einde oz	f	1.0	1.6	0-4	0.0	0.0	0-0
Verw. eigen taakhand	f	34.5	26.2	8-75	21.3	18.4	4-48
Initiatief opruimen	f	1.4	0.89	0-3	0.11	0.30	0-1
Vragen naar aanteken	f	0.0	0.0	0-0	0.13	0.35	0-1
Toest.vr. opruimen	f	0.0	0.0	0-0	0.11	0.31	0-1
Positief commentaar	f	0.0	0.0	0-0	0.38	1.06	0-2
Negatief commentaar	f	0.13	0.35	0-1	0.0	0.0	0-0
Opstaan van de stoel	f	8.4	2.1	6-11	4.5	2.0	3-9
Weglopen vd stoel	f	5.1	2.6	1-9	1.5	2.3	0-2
Instruct. stellend	%	34.7	10.4	14-46	28.7	5.2	22-35
Instruct. aanvullend	%	1.1	1.6	0-4	0.14	0.39	0-1
Info hoge moeil.gr.	f	4.8	2.0	2-9	9.6	3.7	7-14
Info lage moeil.gr.	f	2.2	1.1	1-4	0.94	0.87	0-2
Motiveren	f	0.75	1.0	0-3	0.13	0.35	0-1
Uitdagen: verw.falen	f	0.38	0.77	0-2	0.12	0.33	0-1
Gr.kn. kind. compet.	f	0.5	0.76	0-2	0.0	0.0	0-0
Gr.kn. kind. complim	f	0.38	0.74	0-2	0.0	0.0	0-0
Dir.zaakg.foutmeld.	%	8.5	5.5	4-20	3.1	3.2	0-10
Goedmelding	f	21.8	5.2	18-28	16.4	5.1	8-26
Prijzen	f	9.5	10.4	2-32	4.7	3.2	1-9
Aanbieden van hulp	f	1.7	1.2	0-4	0.63	0.74	0-2
Helpen	%	26.5	7.8	17-38	26.3	7.5	16-
41 Afweren vd hulpvraag	%	12.1	13.7	0-40	4.9	7.2	0-
20							
Vergoelijken	f	0.94	1.08	0-3	3.7	2.1	0-7
Informereren	f	11.1	7.3	0-23	9.1	4.0	3-14
Empathische reactie	f	1.8	1.1	0-3	2.5	1.6	1-6
Verw. handel. kind	f	2.7	1.8	1-6	5.0	4.7	0-
12							
Verw. vorderingen	f	1.3	1.1	0-4	2.2	1.2	1-5

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

		Angstgestoord			Normaal		
		g	sd	r	g	sd	r

Stagneren	f	6.0	2.9	4-43	16.6	16.4	3-19
NV melden stagneren	f	2.3	3.3	0-9	1.7	3.0	0-9
Aarzelend handelen	f	2.3	2.5	0-7	1.0	1.0	0-3
Melden eind taakuitv	f	1.9	2.3	0-6	1.8	2.0	0-7
Afwachten na voleind	f	0.45	1.2	0-4	0.15	0.42	0-1
Grootspraak achteraf	f	0.25	0.71	0-2	0.88	0.99	0-3
Spont.hulp opruimen	f	0.77	1.1	0-3	2.2	1.5	1-5
Kijken naar notities	m	2.6	1.2	0.75-4.1	2.2	0.9	0.38-
3.5 Verb.bevest. vragen	f	6.6	6.4	0-15	3.8	2.4	0-8
NV bevestig. vragen	f	2.3	3.3	0-9	1.7	3.0	0-
9 Hulpvraag	f	0.24	0.45	0-1	0.31		
0.61 0-2 Verw.vordering. kind	f	0.78	1.49	0-4	0.0		
0.0 0-0							
Precisie	f	1.1	1.8	0-5	0.12	0.34	0-1
Vlijtig voldoen	f	2.3	0.13	0-13	0.48	4.9	0-4
Instruct.aanvullend	%	1.6	1.5	0-4	0.14	0.39	0-1
Com.vr.beetje kunnen	%	1.9	4.0	0-11	0.0	0.0	0-0
Info hoge moeil.gr.	%	7.2	2.8	3-12	9.6	3.7	3-14
Verwachting slagen	%	4.4	3.7	2-12	2.1	2.0	2-6
Uitk.posit.verwacht	%	17.8	25.7	0-60	12.5	35.3	0-100
Taakinfo geven	%	20.1	5.7	14-31	13.1	4.4	7-18
Taakinfo aanvullend	%	10.8	5.9	3-18	6.8	2.8	4-12
Check	%	10.7	5.5	6-23	6.6	2.6	6-12
Nieuwsgierig maken	%	3.7	2.1	1-8	1.5	0.94	0-3
Aanbod samenwerking	%	0.86	1.6	0-4	0.0	0.0	0-0
Goedmelding	f	25.5	11.7	13-44	16.4	5.1	8-26
Prijzen	f	31.1	22.5	11-75	4.7	3.2	1-9
Gr.kinderen complim.	f	1.3	2.4	0-7	0.0	0.0	0-0
Aanbieden hulp	f	2.8	2.3	1-8	0.63	0.74	0-2
Aanmoedigen	f	24.5	14.0	11-51	19.2	6.3	9-27
Verw. vorderingen	f	4.5	3.5	0-12	2.2	1.2	1-5
Verw. handeling kind	f	4.3	3.1	0-9	5.0	4.7	0-12
Empathische reactie	f	2.0	1.6	0-5	2.5	1.6	1-6
Dir.persoonsg.foutm.	%	0.0	0.0	0-0	1.3	2.1	0-6
Ind.persoonsg.foutm.	%	0.0	0.0	0.0	1.0	1.1	0-3
Ind.zaakg.foutm.	%	5.7	2.0	4.7	4.1	4.2	0-13
Vergoeilijken	f	0.80	1.3	0-4	3.7	2.1	0-7

		Gedragsgestoord			Normaal		
		g	sd	r	g	sd	r

Rechttop zitten	m	2.0	0.3	1.7	2.6	0.3	2.1-3.2
Kijken hand.diagnost	m	.85	.15	0.6-0.96	1.08	.15	0.9-1.3
Gez.expressie neutr.	m	21.3	3.3	17-27.5	23.8	2.1	20-
27.3 Niet reageren kind	%	20.5	14.3	10-54	4.6	3.3	2-
11							
Herhaling vraag	%	1.3	1.5	0-11	0.1	0.29	0-1
Stellen dezelfde.vraag	%	0.4	0.84	0-2	0.0	0.0	0-0
Nwe wedvr.acc.versch	%	1.7	0.29	0-8	2.7	0.89	0-2
Irrelev. antwoorden	%	2.8	3.2	0-8	0.0	0.0	0-0
Summier antwoorden	%	1.6	2.6	0-8	0.0	0.0	0-0
Stemverdraaiing	f	0.6	1.4	0-4	0.0	0.0	0-0

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Verzoek herhalen vr. %		1.3	2.3	0-7	0.56	0.91	0-3
Initiëren gespr.kind f		29.2	8.1	15-42	44.7	11.1	19-63
Gebaren s		4.5	6.4	0-18	34.1	35.8	1-96
Vragen bekende weg f		0.75	2.1	0-6	0.5	1.4	0-4
Klagen f		1.8	1.8	0-5	0.0	0.0	0-0
Vertellen onwaarh. f		0.38	0.74	0-2	0.0	0.0	0-0
Opscheppen f		1.0	2.0	0-6	0.5	0.76	0-2
Rapp.: zonder vrees f		0.5	1.0	0-3	0.0	0.0	0-0
Opstaan f		8.4	2.1	6-11	4.5	2.0	3-9
Weglopen f		5.1	2.6	1-9	1.5	2.3	0-2
Init.gespr. diagnost f		56.6	19.8	30-83	83.8	12.7	60-102
Complimenteren f		1.5	1.9	0-6	1.2	1.3	0-4

		Angstgestoord			Normaal		
		g	sd	r	g	sd	r
Niet reageren %		20.5	26.6	7-66	4.6	3.3	2-11
Summier antwoorden %		0.14	0.40	0-1	0.0	0.0	0-0
Gebaren s		6.3	9.5	0-29	34.1	35.8	1-96
Initiëren f		16.5	15.1	3-48	44.7	11.1	19-63
Rapportage van angst f		0.25	0.46	0-1	0.0	0.0	0-0
Naar de mond praten f		1.8	2.0	0-5	0.0	0.0	0-0
Suggestieve vraag f		1.7	2.0	0-5	0.48	0.74	0-2
Complimenteren f		2.0	2.3	0-6	1.2	1.3	0-4

Taakcontext

		Gedragsgestoord			Normaal		
		g	sd	r	g	sd	r
Achteren zitten s		98.3	133	18-183	28.4	25.7	0-142
Wegdraaien f		5.9	3.9	2-15	1.6	0.74	0-2
Half zitten m		4.8	4.0	0-11	1.2	1.0	0-3
Van de stoel vallen f		1.9	1.9	0-5	0.0	0.0	0-0
Op stoel balanceren f		1.7	4.5	0-13	0.58	1.3	0-4
Lopen s		126.2	47	40-192	60.5	34.2	41-116
Rennen f		3.2	3.0	0-7	0.41	1.1	0-3
Springen f		2.4	1.4	1-5	2.2	5.6	1-3
Kruipen s		6.9	6.0	0-16	2.3	2.5	0-6
Objectmanipulatie f		2.0	1.3	1-5	0.38	0.52	0-1
Overdreven bewegen f		3.0	5.5	0-15	0.0	0.0	0-0
Overdreven lopen f		4.2	6.3	0-10	0.12	0.35	0-1
Destructie f		2.2	4.9	0-14	0.0	0.0	0-0
Geluiden maken f		4.2	4.2	0-11	1.4	1.6	0-4
Gered.melod.zingen s		19.7	21.5	0-55	0.0	0.0	0-0

		Angstgestoord			Normaal		
		g	sd	r	g	sd	r
Toegewend op afstand m		1.1	0.9	0.4-3.1	0.6	0.4	0.3-1.8
Hoofd voorover aank. m		0.24	0.35	0-0.9	0.18	0.34	0-0.9
Hoofd achteren aank. m		0.26	0.69	0-2	0.53	0.11	0-0.30
Pruilen f		0.12	0.35	0-1	0.16	0.44	0-1

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Verdriet/huilgez.	f	0.0	0.0	0-0	0.0	0.0	0-0
Vlakke gez.uitdruk.	m	0.0	0.0	0-0	0.0	0.0	0-0
Angstig gez.uitdruk.	f	0.12	0.35	0-1	0.51	0.55	0-1
Angst/schrik gez.uit	f	8.3	15.3	0-34	0.12	0.34	0-1
Onecht glimlachen	f	27.4	17.5	1-75	29.3	13.3	1-42
Dreinen	f	0.6	1.7	0-7	0.0	0.0	0-0
Zelfaanrak.statisch	f	6.6	6.1	1-20	12.2	4.9	5-22
Zelfaanrak.wrijven	f	12.7	6.8	5-28	14.8	9.8	5-22
Zelfaanrak.krabben	f	3.8	4.6	0-14	9.4	8.3	0-23
Mondregio contact	f	21.3	14.1	0-40	12.7	12.9	0-41
Zelf vastklampen	f	3.3	4.3	0-13	2.0	2.5	0-8
Tafel/stoel vastkl.	f	4.7	8.0	0-24	1.6	1.9	0-5
Mondspanning	f	16.0	14.6	0-48	9.5	12.1	0-31
Hoogspanning	f	7.2	8.0	0-18	1.2	2.1	0-6
Abrupte houdingsver.	f	0.52	0.76	0-2	0.0	0.0	0-0
Bevroren	f	0.0	0.0	0-0	0.11	0.32	0-1
Asymmetrie	f	1.1	2.4	0-7	0.0	0.0	0-0
Ineengedoken	f	0.11	0.31	0-1	1.2	3.3	0-10
Tenen lopen	f	0.87	1.2	0-3	0.0	0.0	0-0
Stereotyp bew.torso	f	6.0	11.4	0-34	3.8	6.1	0-17
Echokinese	f	1.5	2.5	0-6	0.0	0.0	0-0
Ogen gesloten	f	0.0	0.0	0-0	0.0	0.0	0-0
Gez./ogen bedekken	f	0.15	0.42	0-1	0.38	0.75	0-2
Geremd bew./actie	f	23.8	42.3	0-121	0.0	0.0	0-0
Niet-soep.bew./actie	f	2.3	2.6	0-8	0.0	0.0	0-0

Gesprekcontext

		Gedragsgestoord			Normaal		
		g	sd	r	g	sd	r

Achteren zitten	s	31	5.6	15-53	8.2	5	3-12
Wegdraaien	f	1.8	1.6	2-12	2.3	1.2	1-5
Half zitten	m	1.9	2.6	0-7	1.3	1.0	0-3
Van de stoel vallen	f	0.42	0.6	0-1	0.0	0.0	0-0
Op stoel balanceren	f	0.54	1.5	0-4	0.12	0.28	0-1
Lopen	s	83.2	58.5	43-163	28.2	18.5	13-
70 Rennen	f	1.25	1.75	0-3	0.0	0.0	0-0
Springen	f	0.0	0.0	0-0	0.0	0.0	0-0
Kruipen	s	0.0	0.0	0-0	0.0	0.0	0-0
Objectmanipulatie	f	0.23	0.43	0-1	0.0	0.0	0-0
Overdreven bewegen	f	1.0	2.9	0-8	0.0	0.0	0-0
Overdreven lopen	f	3.6	4.8	0-10	0.12	0.35	0-1
Deconstructie	f	0.91	2.5	0-7	0.0	0.0	0-0
Geluiden maken	f	2.0	1.9	0-5	1.5	2.3	0-6
Gered.melod.zingen	s	0.0	0.0	0-0	0.0	0.0	0-0

Angstgestoord
g sd r
Normaal
g sd r

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Toegewend op afstand	m	0.51	0.3	0.2-1.2	0.38	0.2	0.2-0.5
Hoofd voorover aank.	m	0.61	1.1	0-0.3	0.4	1.1	0-0.3
Hoofd achteren aank.	m	1.4	3.6	0-10	0.0	0.0	0-0
Pruilen	f	0.0	0.0	0-0	0.0	0.0	0-0
Verdriet/huilgez.	f	0.17	0.48	0-1	0.0	0.0	0-0
Vlakke gez.uitdruk.	m	0.0	0.0	0-0	0.1	3.5	0-1
Angstig gez.uitdruk.	f	0.24	0.45	0-1	0.0	0.0	0-0
Angst/schrik gez.uit	f	0.81	1.56	0-4	0.0	0.0	0-0
Onecht glimlachen	f	8.2	10.5	0-26	6.0	5.3	0-16
Dreinen	f	0.25	0.7	0-2	0.0	0.0	0-0
Zelfaanrak.statisch	f	4.0	4.3	0-13	6.4	3.4	0-14
Zelfaanrak.wrijven	f	4.1	2.9	1-10	5.8	4	0-12
Zelfaanrak.krabben	f	1.1	1.5	0-4	1.6	2.3	0-5
Mondregio contact	f	4.6	2.7	0-9	3.8	4.0	0-11
Zelf vastklampen	f	1.4	2.3	0-7	1.2	1.4	0-4
Tafel/stoel vastkl.	f	2.7	3.1	0-9	1.3	1.3	0-4
Mondspanning	f	5.9	6.7	0-16	5.2	4.4	0-11
Hoogspanning	f	2.4	3.0	0-8	0.78	0.72	0-2
Abrupte houdingsver.	f	0.14	0.4	0-1	0.0	0.0	0-0
Bevroren	f	0.16	0.46	0-1	0.0	0.0	0-0
Asymmetrie	f	0.16	0.46	0-1	0.0	0.0	0-0
Ineengedoken	f	0.4	1.1	0-3	0.39	1.1	0-3
Tenen lopen	f	0.87	1.2	0-3	0.0	0.0	0-0
Stereotyp bew.torso	f	1.7	3.0	0-8	2.3	1.9	0-6
Echokinese	f	0.77	1.4	0-4	0.0	0.0	0-0
Ogen gesloten	f	2.7	2.4	0-4	0.25	0.7	0-2
Gez./ogen bedekken	f	0.3	0.84	0-2	0.14	0.4	0-1
Geremd bew./actie	f	1.6	2.3	0-6	0.0	0.0	0-0
Niet-soep.bew./actie	f	1.5	2.2	0-5	0.0	0.0	0-0

		Gedragsgestoord			Normaal		
		g	sd	r	g	sd	r

Gezicht wrijven	s	32.9	39.9	2-12	3.6	2.9	0-8
Over tafel hangen	s	161.1	26.5	5-432	0.0	0.0	0-0
Achterover hangen	s	27.1	58.5	0-170	0.0	0.0	0-0
Gapen	f	1.6	0.89	0-2	0.43	0.84	0-2

		Angstgestoord			Normaal		
		g	sd	r	g	sd	r

Zuchten	f	5.4	4.5	0-13	3.8	8.0	0-24
Uitrekken	f	0.75	0.66	0-2	0.62	1	0-3
Blazen	f	1.6	1.5	0-3	0.0	0.0	0-0

Curriculum Vitae

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Martin Traudes werd op 30 januari 1957 te Amsterdam geboren. Hij heeft het Atheneum diploma behaald aan het Pius X Lyceum te Amsterdam. Vervolgens heeft hij een jaar wiskundige economie gestudeerd aan de Vrije Universiteit. In 1977 begon hij aan de studie Pedagogiek aan de Universiteit van Amsterdam. Sinds de afronding van de studie in 1984 (specialisatie: Orthopedagogiek, bijvakken: Neuropsychologie, Psychometrie en Testleer) is hij op diverse locaties werkzaam geweest als orthopedagoog in de praktijk, docent en onderzoeker. In dienst van de Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek is hij ook als onderzoeker verbonden geweest aan het Gemeentelijk Pedagogisch Instituut te Amsterdam. Dit proefschrift is daarvan het resultaat. Momenteel is hij als universitair docent verbonden aan de Universiteit Leiden, sectie Ontwikkelings- en Onderwijspsychologie.