

Het ontwerpen van een gedragsvragenlijst voor ADHD, PDD-NOS en McDD



Enschede, juni 2005
Sandra Foppen

Het ontwerpen van een gedragsvragenlijst voor ADHD, PDD-NOS en McDD

Een onderzoek naar de ontwikkeling van een vragenlijst die differentieert tussen de aandoeningen ADHD, PDD-NOS en McDD en tevens als uitkomst kan hebben dat er geen duidelijke aanwijzingen zijn voor een van deze gedragsstoornissen.

Bachelorthese
Enschede, 20 juni 2005

S. Foppen
s9907599

Universiteit Twente
Psychologie
Veiligheid en Gezondheid

Begeleiders

Dr. M.W.M. Kuttschreuter (Universiteit Twente)
Dr. R.R. Meijer (Universiteit Twente)
Drs. G. van der Stam (Instituut voor Orthopedagogie)

Opdrachtgever
Instituut voor Orthopedagogie

Samenvatting

In opdracht van het Instituut voor Orthopedagogie is een onderzoek verricht naar het ontwerpen van een gedragsvragenlijst voor ouders. Deze gedragsvragenlijst heeft als doel, het differentiëren tussen de aandoeningen ADHD, PDD-NOS en McDD en kan tevens als uitkomst hebben dat er geen aanwijzing is voor een van deze drie gedragsstoornissen. Dit onderzoek bestaat uit twee delen. Allereerst zijn zeven professionals ingeschakeld om hun mening te geven over dit onderwerp. Dit gebeurde door middel van enquêtes en interviews. Vervolgens is de concept vragenlijst ontworpen en is deze door middel van een pretest getest door acht respondenten. Deze respondenten hebben hun mening gegeven over de lay-out van de vragenlijst. De vragenlijst werd over het algemeen goed ontvangen door de respondenten. Ook zijn de antwoorden van de respondenten in dit verslag geïnterpreteerd. Op deze wijze kan met gepaste voorzichtigheid een eerste uitspraak gedaan worden over de inhoud van de vragenlijst.

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Samenvatting | 3 |
| Inhoudsopgave | 4 |
| Voorwoord | 6 |
| 1. Inleiding | 7 |
| 1.1 Het Instituut voor Orthopedagogie | 7 |
| 1.2 ADHD, PDD-NOS en McDD | 7 |
| 1.3 Doelstellingen | 8 |
| 1.4 Vooruitblik | 9 |
| 2. Deelvragen | 10 |
| 3. ADHD, PDD-NOS en McDD | 12 |
| 3.1 ADHD | 12 |
| 3.1.1 Kenmerken ADHD | 12 |
| 3.1.2 Verschil ADHD met een ‘normale’ ontwikkeling | 14 |
| 3.1.3 Huidige meet- en diagnosemethoden ADHD | 15 |
| 3.2 PDD-NOS | 16 |
| 3.2.1 Kenmerken PDD-NOS | 16 |
| 3.2.2 Verschil PDD-NOS met een ‘normale’ ontwikkeling | 17 |
| 3.2.3 Huidige meet- en diagnosemethoden PDD-NOS | 17 |
| 3.3 McDD | 19 |
| 3.3.1 Kenmerken McDD | 19 |
| 3.3.2 Verschil McDD met een ‘normale’ ontwikkeling | 20 |
| 3.3.3 Huidige meet- en diagnosemethoden McDD | 20 |
| 3.4 Verschillen tussen de aandoeningen | 20 |
| 3.5 Conclusies | 21 |
| 4. Onderzoek 1: meningen van professionals | 23 |
| 4.1 Methoden | 23 |
| 4.2 Resultaten | 24 |
| 4.2.1 ADHD | 25 |
| 4.2.2 PDD-NOS | 27 |
| 4.2.3 McDD | 28 |
| 4.2.4 Verschillen | 30 |
| 4.2.5 Interviews | 30 |

| | | |
|-----|--|----|
| 4.3 | Discussie | 30 |
| 5. | Ontwikkeling van de vragenlijst | 31 |
| | 5.1 Het type vragenlijst | 31 |
| | 5.2 Selectie van de items | 31 |
| | 5.2.1 Selectie van de items op basis van de enquêtes | 32 |
| | 5.2.2 Selectie van de items op basis van reeds bestaande instrumenten | 34 |
| | 5.3 Interpretatie van de scores | 38 |
| 6. | Onderzoek 2: pretesten van de vragenlijst | 40 |
| | 6.1 Methodes | 40 |
| | 6.2 Resultaten | 41 |
| | 6.3 Conclusie | 45 |
| 7. | Conclusies, discussie en aanbevelingen | 46 |
| | 7.1 Conclusies | 46 |
| | 7.2 Discussie | 46 |
| | 7.3 Aanbevelingen | 47 |
| | Literatuur | 48 |
| | Bijlagen | 50 |

Voorwoord

In dit rapport vindt u de resultaten van het onderzoek wat verricht is in het kader van mijn afstuderen voor mijn Bachelor aan de Universiteit Twente, opleiding Psychologie, afdeling Veiligheid en Gezondheid. Het onderzoek is uitgevoerd bij en in opdracht van het Instituut voor Orthopedagogie te Enschede.

Deze onderzoeksperiode was erg leuk en leerzaam voor mij. De kennismaking met de aandoeningen ADHD, PDD-Nos en McDD heb ik als zeer interessant ervaren en ook het ontwerpen van een vragenlijst heeft me geïntrigeerd.

Graag zou ik dit voorwoord willen bedanken om een aantal mensen te bedanken die mij tijdens deze bacheloropdracht gesteund hebben op verschillende manieren. In het bijzonder Margôt Kuttschreuter, Rob Meijer en Gerien van der Stam voor hun begeleiding en het meedenken met mijn onderzoek. Daarnaast zou ik Pascal Wilhelm willen bedanken voor zijn heldere inzichten met betrekking tot het onderzoek.

Ik zou ook graag de professionals willen bedanken die hebben meegeholpen aan dit onderzoek. Ook de respondenten die mee hebben geholpen aan het pretesten van de vragenlijst verdienen een woord van dank. Ik zou ook het team van het Instituut voor Orthopedagogie willen bedanken. Mede dankzij hen heb ik de stage bij het Instituut als zeer leuk en leerzaam ervaren.

Tenslotte wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor hun interesse, steun en enthousiasme tijdens dit Bachelor afstudeerproces en mijn studietijd.

Enschede, juni 2005

Sandra Foppen

1 Inleiding

De aandoeningen ADHD, PDD-NOS en McDD worden steeds vaker gediagnosticeerd bij kinderen. Het probleem bij het stellen van de diagnose is dat de aandoeningen zeer dicht bij elkaar liggen. De problematiek van de ene aandoening kan zeer veel overeenkomsten hebben met de problematiek van de andere aandoening. Dit kan problemen geven bij het diagnosticeren van de aandoeningen. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht voor het Instituut voor Orthopedagogie. Ook voor het Instituut voor Orthopedagogie vormt het diagnosticeren een probleem. Paragraaf 1.3 zal hier een nadere toelichting op geven.

In paragraaf 1.1 zal het Instituut voor Orthopedagogie aan de orde komen en paragraaf 1.2 gaat kort in op ADHD, PDD-NOS en McDD. Paragraaf 1.3 besteedt aandacht aan de doelstelling en paragraaf 1.4 presenteert een vooruitblik op de rest van de rapportage.

1.1 Het Instituut voor Orthopedagogie

De opdracht is voor het grootste deel uitgevoerd binnen het Instituut voor Orthopedagogie. In deze rapportage zal de afkorting 'het IVO' worden gebruikt om te refereren aan dit instituut.

'Het IVO' biedt: 'Onderzoek en begeleiding aan kinderen, jeugdigen en hun ouders bij leerproblemen, psychische moeilijkheden en opvoedingsvragen' (IVO).

Binnen het IVO kan een studie/beroepskeuze onderzoek worden gedaan en het kind of de jeugdige kan een psychologisch onderzoek krijgen. Daarnaast kan het kind binnen het IVO remedial teaching, huiswerkbegeleiding en trainingen in sociale vaardigheden krijgen. Ook worden er binnen het instituut onderzoeken voor de raad voor de Kinderbescherming uitgevoerd.

De grootste groep cliënten van het IVO bestaat uit kinderen en hun ouders en/of verzorgers. De leeftijd van de kinderen die binnen het IVO worden begeleid loopt uiteen van vier tot en met achttien jaar. Ze zijn afkomstig van alle soorten onderwijs, van zeer moeilijk lerend tot en met het VWO. Daarnaast behandelt het IVO ook volwassenen. In principe kan iedereen een intake gesprek aanvragen. Vervolgens kan worden bekeken wat het IVO voor hem of haar kan betekenen.

1.2 ADHD, PDD-NOS en McDD

ADHD is de afkorting van Attention Deficit Hyperactivity Disorder (in het Nederlands: aandachts- en concentratiestoornis met hyperactiviteit). Kinderen met ADHD reageren anders op een aantal gebieden. Ze hebben vaker en sterker dan gemiddeld last van aandachts- en concentratieproblemen. Daarnaast zijn kinderen met ADHD impulsiever dan andere kinderen en vertonen ze vaak hyperactief gedrag (Balans, 2005).

PDD-NOS is de afkorting van Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified, een Engelse naam voor stoornissen die worden gerekend tot de pervasieve ontwikkelingsstoornissen. Met PDD-NOS wordt een groep aangeduid die kenmerken hebben van autisme, maar niet genoeg om zo te worden gediagnosticeerd. Bij kinderen

met PDD-NOS ontwikkelen het sociale begrip en de sociale intuïtie zich zeer moeizaam. Dat maakt hen vaak onzeker en angstig. Ter voorkoming van deze angst houden zij zich graag vast aan bekende regels en patronen. In hun interesses kunnen ze zelfs rigide en dwangmatig zijn (Balans, 2005).

McDD is de afkorting van de Engelse term Multiple Complex Developmental Disorder. In het Nederlands: Meervoudige complexe ontwikkelingsstoornissen. Deze stoornis wordt beschouwd als een variant van bepaalde autistische stoornissen. Bij kinderen met McDD staan niet de contactproblemen op de voorgrond, maar de problemen bij het reguleren van emoties en gedachten. Een beetje angst ontaardt bij hen meteen in paniek, een beetje boosheid wordt razernij. Hun veel te sterke fantasie zorgt ervoor dat hun gedachten met hen op de loop kunnen gaan, waardoor fantasie en werkelijkheid niet meer uit elkaar worden gehouden. Soms vertellen ze over 'stemmetjes' of 'mannetjes' in hun hoofd die hen regeren zonder dat ze zich daartegen kunnen verzetten (Balans, 2005)

1.3 Doelstellingen

Het IVO heeft regelmatig te maken met ADHD, PDD-NOS en McDD problematiek. Het is de ervaring van het IVO dat kinderen vaak verschillend gediagnosticeerd worden door verschillende instanties. Er bestaat behoefte aan een vragenlijst die betrekking heeft op ADHD, PDD-NOS en McDD. Wanneer deze vragenlijst namelijk gebruikt zou worden door verschillende instanties wordt de kans groter dat er een betere diagnose wordt gesteld en dat de diagnoses onderling meer overeen zullen komen. Daarnaast zou een dergelijke vragenlijst ondersteuning kunnen bieden bij het onderscheiden van de aandoeningen.

Op dit moment is dus gebleken dat er vanuit het IVO de behoefte bestaat aan een vragenlijst waarmee kan worden gedifferentieerd tussen de aandoeningen ADHD, PDD-NOS en McDD. Ook de uitkomst: 'er is geen duidelijke aanwijzing voor een van de gedragsstoornissen' zou moeten kunnen worden afgeleid uit de vragenlijst.

In samenwerking met het Instituut voor Orthopedagogie is een opdracht geformuleerd en hiervan zou het doel als volgt kunnen worden gesteld:

'Het ontwerpen van een vragenlijst die differentieert tussen de aandoeningen ADHD, PDD-NOS en McDD en tevens als uitkomst kan hebben dat er geen duidelijke aanwijzingen zijn voor een van deze gedragsstoornissen.'

Hierbij moet duidelijk worden gesteld dat er in deze rapportage geenszins de pretentie bestaat om het enige juiste instrument te ontwerpen om deze aandoeningen te kunnen diagnosticeren. Bij het stellen van een van de drie diagnoses zou nooit moeten worden afgegaan op slechts een instrument maar is het ten alle tijde raadzaam om meerdere bronnen te beschouwen.

1.4 Vooruitblik

De opbouw van dit rapport is als volgt. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de doelstelling van de opdracht en deze wordt vervolgens in verschillende deelvragen beschreven. Deze worden in hoofdstuk 3, 4 en 5 beantwoord. In hoofdstuk 3 worden de aandoeningen ADHD, PDD-NOS en McDD beschreven en wordt ingegaan op de verschillen tussen een normale ontwikkeling en de aandoeningen. Ook wordt aandacht besteed aan de huidige meetmethoden van deze aandoeningen. Vervolgens zijn er enquêtes ingevuld door professionals en de methoden en de resultaten hiervan worden beschreven in hoofdstuk 4. Hoofdstuk 5 besteedt aandacht aan de ontwikkeling van de vragenlijst. In hoofdstuk 6 wordt het pretesten van de vragenlijst bij de ouders beschreven en in hoofdstuk 7 worden conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan. In hoofdstuk 7 wordt tevens aandacht besteed aan een discussie gedeelte.

2 Deelvragen

Om de reeds geformuleerde doelstelling te behalen worden in dit hoofdstuk deelvragen opgesteld. Iedere deelvraag vertegenwoordigt een onderdeel van de doelstelling.

De doelstelling van de opdracht was:

‘Het ontwerpen van een vragenlijst die differentieert tussen de aandoeningen ADHD, PDD-NOS en McDD en tevens als uitkomst kan hebben dat er geen duidelijke aanwijzingen zijn voor een van deze gedragsstoornissen.’

Om dit doel te kunnen bereiken zijn verschillende deelvragen geformuleerd. Deze deelvragen kunnen worden verdeeld over verschillende categorieën. Deze categorieën zijn: de ‘normale’ ontwikkeling van een kind, deelvragen over ADHD, PDD-NOS en McDD, vragen over de verschillen tussen de aandoeningen, huidige meetmethoden en het ontwerp van de vragenlijst.

Deelvragen met betrekking tot de drie verschillende constructen:

- 1 *Op welke manier kan het construct ADHD zo goed mogelijk gedefinieerd worden?*
- 2 *Op welke manier kan het construct PDD-NOS zo goed mogelijk gedefinieerd worden?*
- 3 *Op welke manier kan het construct McDD zo goed mogelijk gedefinieerd worden?*

Het definiëren van de constructen gebeurt in deze rapportage op twee wijzen die elkaar aanvullen. Allereerst wordt er een literatuurstudie gedaan naar de constructen en vervolgens wordt de mening van professionals betrokken bij de definitie. Na de definiëring wordt het verschil tussen een ‘normale’ ontwikkeling en de aandoening besproken. Daarom is besloten om vraag 1 tot en met 3 te splitsen in drie deelvragen, genaamd A, B en C. Als het ADHD betreft worden deze vragen 1A, 1B en 1C genoemd, voor PDD-NOS 2A, 2B en 2C et cetera.

- A *Wat is er in de literatuur bekend over de aandoening?*
- B *Hoe kan volgens professionals de aandoening zo goed mogelijk worden gedefinieerd?*
- C *In hoeverre wijkt een kind met een ‘normale’ ontwikkeling af van een kind met respectievelijk ADHD, PDD-NOS of McDD?*

Naast een omschrijving van de aandoeningen is het nodig om ook de verschillen en de overeenkomsten tussen de aandoeningen zo duidelijk mogelijk te formuleren. In de vragenlijst moet immers een onderscheid gemaakt worden tussen de aandoeningen. Dit leidt tot deelvraag 4:

- 4 *Wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen de constructen ADHD, PDD-NOS en McDD?*

Voor ADHD en PDD-NOS bestaan reeds meetmethoden. Deze zullen ook worden betrokken bij de ontwikkeling van de vragenlijst. De deelvragen die hierop betrekking hebben zijn:

- 5 *Op welke manier wordt het betreffende construct op dit moment gemeten?*
- 6 *In hoeverre zijn de huidige meetmethoden bruikbaar en bestaat er de behoefte aan een nieuw meetinstrument?*

De antwoorden op vraag een tot en met zes leiden tezamen tot de laatste deelvraag, namelijk:

- 7 *Wat zijn de consequenties van de antwoorden op vraag 1 tot en met 6 voor de ontwikkeling van de vragenlijst?*

3 ADHD, PDD-NOS en McDD

De opdracht betreft het ontwerpen van een vragenlijst die over ADHD, PDD-NOS en McDD gaat. In dit hoofdstuk zullen de drie aandoeningen dan ook omschreven worden. Er zal antwoord gegeven worden op de deelvragen 1A, 1C, 2A, 2C, 3A, 3C en 5. Deze deelvragen behandelen wat er in de literatuur bekend is over de verschillende aandoeningen en in hoeverre een kind met een van de drie aandoeningen afwijkt van een kind met een ‘normale’ ontwikkeling. Ook op deelvraag 4 zal een voorlopig antwoord worden gegeven vanuit de literatuur. Deze vraag gaat in op de verschillen en overeenkomsten tussen de drie aandoeningen. In hoofdstuk 4 volgt de rest van het antwoord op deelvraag 4 nadat de meningen van de professionals beschouwd zijn.

In subparagraaf 3.1 zal ingegaan worden op ADHD, in 3.2 zal ingegaan worden op PDD-NOS en in 3.3 komt McDD aan de orde. Deze paragrafen worden verdeeld in drie delen. Allereerst een algemeen deel over de stoornis en daarna wordt besproken in hoeverre een kind met een ‘normale’ ontwikkeling afwijkt van een kind met de aandoening. Het laatste deel betreft de meet- en diagnosemethoden. Het eerste deel van de meetmethoden betreft de algemene methoden, zoals gesprek met de ouders, observatie van het kind et cetera. Daarnaast wordt over het algemeen ook het IQ van het kind gemeten om een idee te krijgen over het algemene niveau van functioneren van het kind. In het tweede deel van de meetmethoden worden verschillende tests onderscheiden die duidelijk betrekking hebben op de aandoening, zoals de AVL, de ADHD vragenlijst. Paragraaf 3.4 zal ingaan op de verschillen tussen de aandoeningen en ten slotte zal paragraaf 3.5 conclusies beschrijven naar aanleiding van dit hoofdstuk.

3.1 ADHD

De Federatie van Ouderverenigingen is het samenwerkingsverband van vijf landelijke verenigingen en samen werken deze verenigingen aan een goed bestaan voor mensen met verstandelijke beperkingen. Ze komen op voor de belangen van mensen met een verstandelijke handicap, hun ouders en verwanten.

Op de website van deze federatie kan het volgende citaat van een ouder van een kind met ADHD worden aangetroffen:

‘Ik zou een boek kunnen schrijven over dit speciale kind, dat naar ons idee door het leven raast’ : een uitspraak van een ouder waarvan het kind ADHD heeft.’ (FVO)

3.1.1 Kenmerken ADHD

De afkorting ADHD staat voor ‘Attention Deficit Hyperactivity Disorder’. ADHD wordt vaak omschreven aan de hand van drie algemene componenten:

- Aandachtstekort, moeite om de aandacht bij taken of bezigheden te houden
- Hyperactiviteit, druk en onrustig gedrag, friemelen, niet stil kunnen zitten
- Impulsiviteit, moeite met het beheersen van impulsen (bijvoorbeeld emotionele uitbarstingen), anderen in de rede vallen et cetera. (Informentaal, 2005).

Daarnaast zijn er bij kinderen met ADHD vaak problemen met de tijdsbeleving. Niet al deze verschijnselen hoeven voor te komen, er zijn verschillende typen ADHD. ADHD is een stoornis die niet overgaat, al kun je ermee leren leven of er in de loop van de tijd minder last van krijgen. ADHD kan dus voorkomen op alle leeftijden, van pasgeboren kinderen tot en met ouderen / bejaarden. Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat ADHD voorkomt bij zeker 3 % van alle kinderen. Het is de meest door kinderpsychiaters gestelde diagnose (ADHD-land, 2005).

ADHD kan alleen worden gediagnosticeerd wanneer er aan een aantal criteria is voldaan. Deze criteria staan beschreven in de DSM-IV-TR. DSM is de afkorting van 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders'. Het is het door de American Psychiatric Association opgestelde en gepubliceerde officiële systeem voor de classificatie van psychologische en psychiatrische stoornissen (Woordenboek van de Psychologie, 2004).

De DSM-IV-TR geeft verschillende diagnostische criteria voor ADHD. Er moeten symptomen zijn van aandachtstekort of van hyperactiviteit-impulsiviteit. Deze symptomen moeten gedurende zes maanden aanwezig zijn geweest in een onaangepaste mate die niet past bij het ontwikkelingsniveau (DSM IV-TR).

Wanneer er sprake is van aandachtstekort moet er sprake zijn van zes of meer aanwezige symptomen van aandachtstekort. De volgende symptomen worden hierin onderscheiden: Het kind slaagt er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details of maakt achteloos fouten in schoolwerk, werk en bij andere activiteiten. Het kind heeft vaak moeite de aandacht bij taken of spel te houden, het kind lijkt vaak niet te luisteren als hij/zij direct aangesproken wordt. Het kind volgt vaak aanwijzingen niet op en slaagt er vaak niet in schoolwerk of karweitjes af te maken of verplichtingen op het werk na te komen, dit is niet het gevolg van oppositioneel gedrag of van het onvermogen om aanwijzingen te begrijpen. Heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten. Het kind vermijdt vaak, heeft een afkeer van of wil zich niet bezig houden met taken die een langdurige geestelijke inspanning vereisen (zoals school- of huiswerk). Het kind raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden, wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels en/of is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden.

Bij hyperactiviteit-impulsiviteit worden een aantal andere symptomen onderscheiden: Het kind beweegt vaak onrustig met handen of voeten of draait in zijn stoel. Een ander mogelijk symptoom is dat het kind vaak gaat staan in de klas of in andere situaties waar verwacht wordt dat men op zijn plaats blijft zitten. Daarnaast rent het kind vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is. Een ander symptoom is dat het kind moeilijk rustig kan spelen of zich kan bezighouden met ontspannende activiteiten. Kinderen met hyperactiviteit-impulsiviteit zijn vaak 'in de weer', 'draven maar door' of praten aan één stuk door. Verder gooien deze kinderen het antwoord er vaak al uit voordat de vragen afgemaakt zijn en hebben ze vaak moeite om op hun beurt te wachten. Als laatste symptoom wordt gesteld dat het kind vaak bezigheden van anderen verstoort of zich opdringt.

Daarnaast moeten de symptomen die beperkingen veroorzaken al vanaf voor het zevende levensjaar aanwezig zijn. De drie belangrijkste terreinen waarop ADHD zich kan manifesteren zijn school, werk en thuis. De DSM geeft aan dat de beperkingen aanwezig moeten zijn op twee of meer van deze terreinen. Daarnaast moeten er duidelijke aanwijzingen zijn van significante beperkingen in het sociale functioneren, het functioneren op school, en/of het beroepsmatige functioneren. Waar de eerste criteria nog glashelder lijken te zijn, is dit laatste criterium zeer vaag. Want wie bepaalt dat er een significante beperking bestaat in het functioneren? De DSM-IV spreekt zich hier niet duidelijk over uit (DSM-IV-TR).

3.1.2 Verschil ADHD met een ‘normale’ ontwikkeling

Wanneer de ‘normale’ ontwikkeling besproken wordt kan beter van aandacht gesproken worden dan van aandachtstekort. Het tekort aan aandacht is namelijk juist een symptoom van ADHD en in dit hoofdstuk wordt de ‘normale’ ontwikkeling besproken. In deze paragraaf zullen we dus ingaan op het begrip aandacht en hoe dit zich manifesteert in de ontwikkeling.

Aandacht is volgens het woordenboek van de Psychologie een algemene term die wijst op het selectieve karakter van waarneming of denken, waarbij het organisme zich op elk willekeurig moment richt op bepaalde kenmerken met (relatieve) uitsluiting van anderen. Aandacht kan bewust zijn wanneer bepaalde elementen actief worden gekozen uit het hele aanbod. In het algemeen zijn we ons echter niet expliciet bewust van de factoren die ervoor zorgen dat we ons slechts op een betrekkelijk klein gedeelte van het gehele veld richten.

In het boek ‘Developmental Psychopathology’ stelt Wenar dat het probleem in de aandacht voor kinderen met ADHD niet ligt aan het niet kunnen filteren van prikkels uit de omgeving maar aan het onvermogen om de aandacht ergens bij te houden. Kinderen met ADHD kunnen hun aandacht moeilijker ergens bij houden dan ‘normale’ kinderen. Deze aandachtsproblematiek is afhankelijk van de context en de taak. Is de taak en de context interessanter dan zal het kind ook beter presteren. Tevens komt in het boek gedrag aan de orde met betrekking tot regels. Kinderen met ADHD kunnen niet of minder goed nieuwe regels leren en zich daar aan houden in vergelijking met ‘normale’ kinderen. Berk (2003) stelt in haar boek ‘Child development’ dat aandacht te maken heeft met zelfcontrole. Wanneer kinderen zich op het cognitieve vlak ontwikkelen en dus hun aandacht beter kunnen gaan richten zal het kind beter in staat zijn om zichzelf te controleren en dus bijvoorbeeld verleidingen kunnen weerstaan. Dit gebeurt al zeer vroeg, zo rond het derde jaar. Het boek ‘Child development, its nature and course’ van Sroufe, Cooper en deHart (1996) spreekt over een ontwikkeling van kinderen in het kunnen vestigen van aandacht in de vroege basisschooljaren. Aandacht kan worden onderverdeeld in selectieve en verdeelde aandacht. Selectieve aandacht is het focussen van aandacht op de relevante informatie zonder afgeleid te worden door andere prikkels. Verdeelde aandacht is het kunnen verdelen van de aandacht over twee taken. Adolescenten zijn beter in selectieve en verdeelde aandacht dan jongere kinderen.

Hyperactiviteit wordt door Reber (2004) in zijn woordenboek van de psychologie omschreven als 'sterke, onnodige motorische activiteit'. Kinderen met ADHD lijken dus aan de ene kant sterkere motorische activiteit te laten zien dan kindere zonder ADHD en daarnaast vertonen ze onnodige motorische activiteit. In het boek 'Developmental Psychopathology' staat dat onderzoek heeft aangetoond dat kinderen met ADHD op basis van vierenwintig uur actiever zijn dan 'normale' kinderen en meer rusteloosheid vertonen. Deze verschillen tussen ADHD en de 'normale' ontwikkeling kunnen voornamelijk worden waargenomen in jongere kinderen en verminderen met de leeftijd.

Een impuls is een handeling of gebeurtenis die op gang gebracht is door een stimulus en die binnen korte tijd vrijwel zonder bewuste controle of stimulus op die stimulus volgt. De term impulsief wordt gebruikt voor handelingen die zonder reflectie worden uitgevoerd of voor personen die de neiging hebben om zodanig te handelen woordenboek van de psychologie. Het grootste probleem wat betreft impulsiviteit is het onvermogen van kinderen met ADHD om te stoppen, om zich heen te kijken, te luisteren en na te denken over een handeling. Daarnaast verschillen kinderen met ADHD van 'normale' kinderen met betrekking tot hun zoekstrategieën. Bij het oplossen van een probleem gaan kinderen met ADHD vaak aan het werk zonder vooraf bepaalde strategie en zijn ze zeer gehaast, wat slordigheidsfouten oplevert (Developmental Psychopathology).

3.1.3 Huidige meet- en diagnosemethoden ADHD

Er zijn verschillende manieren om ADHD te diagnosticeren. Meestal worden de resultaten uit verschillende bronnen samengevoegd om tot een diagnose te kunnen komen. Ook in deze opdracht blijkt dit, zie hiervoor hoofdstuk vijf van dit rapport. Door verschillende psychiaters en psychologen worden verschillende meetmethoden gebruikt. ADHD wordt op dit moment onder andere vastgesteld door middel van:

Anamnese

Gesprekken met de ouders

Gesprekken met de leerkracht

AVL (de ADHD vragenlijst)

ADD-H, comprehensive teacher's rating scale

ADHD rating scale-IV (DuPaul et al., 1998)

Attention Deficit Disorder Evaluation Scales (ADDES) (Mc Carney, 1995)

Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder Test (ADHDT) (Gilliam, 1995)

Conners' Rating Scale-Revised (CRS-R) (Conners, 1997)

Child's Behavior Checklist (CBCL)

De AVL is een Nederlandse vragenlijst voor ADHD. De AVL bestaat uit de schalen aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit (Handboek AVL).

In de Verenigde Staten is een onderzoek uitgevoerd naar de betrouwbaarheid en de validiteit van vragenlijsten over ADHD. Hieruit is gebleken dat de vragenlijsten die de beste aanwijzingen konden leveren voor een goede betrouwbaarheid en validiteit betreffende ADHD de ADDES, de ADHD-IV en de CRS-R zijn (Demaray, Elting &

Schaefer, 2003). Deze vragenlijsten kunnen worden ingevuld door de leerkracht of de ouder. Ze bestaan allemaal uit stellingen waarover de ouder iets kan zeggen met betrekking tot de frequentie van het gedrag.

Ook in de CBCL, de Child's Behavior Checklist, wordt aandacht besteed aan bepaalde aspecten van ADHD. De CBCL is een gedragsvragenlijst voor ouders van kinderen van 6-18 jaar. De vragen gaan over hoe het kind nu is of in de afgelopen zes maanden is geweest. De CBCL bestaat uit 113 stellingen die kunnen worden beantwoord met 'past helemaal niet bij mijn kind', 'past een beetje of soms bij mijn kind' en 'past duidelijk of vaak bij mijn kind'. De CBCL bevat schalen die georiënteerd zijn op de DSM-IV. Onder deze schalen bevindt zich een schaal met 'aandachtstekort/hyperactiviteit problematiek', die uit zeven items bestaat. Tevens bevat de CBCL zogenaamde syndroomschalen en hierin wordt onder andere aandacht besteed aan sociale problematiek en aandachtsproblematiek.

3.2 PDD-NOS

Het handboek voor PDD-NOS is speciaal ontworpen voor ouders met kinderen, die de diagnose PDD-NOS of een daaraan verwante stoornis hebben gekregen. In dit handboek kan het volgende citaat worden aangetroffen dat is geschreven door een ouder van een kind met PDD-NOS:

'Onze zoon Ids heeft PDD-NOS. Toen we voor het eerst met hem op vakantie gingen, hebben we hem zo goed mogelijk geprobeerd voor te bereiden op wat er komen ging. Dit ging allemaal erg goed. Het enige probleem was dat, indien we plotseling besloten iets anders te gaan doen, zoals wandelen of winkelen, onze zoon zeer onrustig werd. Op een dag hadden we besloten om iets te gaan ondernemen en onze zoon had zich kennelijk onvoldoende kunnen aanpassen. Hij werd helemaal hysterisch en we konden niets meer met hem beginnen. Zowel zijn als onze dag en de dag van de andere kinderen was op deze manier verpest.' (handboek PDD-NOS, 2005).

3.2.1 Kenmerken PDD-NOS

PDD-NOS staat voor 'Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified', een Engelse term voor stoornissen die worden gerekend tot de pervasieve ontwikkelingsstoornissen. Pervasief betekent 'doordringen' in het Latijn. Dit wil zeggen dat de problemen doordringen in verschillende ontwikkelingsgebieden van het kind. Dat kan bij kinderen met PDD-NOS de taalontwikkeling zijn, de motorische ontwikkeling, het reageren op interne en externe prikkels, maar vooral het vermogen zich op anderen te richten en het eigen gedrag in sociale situaties goed te besturen. 'Pervasieve ontwikkelingsstoornissen' is de overkoepelende naam voor stoornissen waartoe ook het autisme behoort. Met PDD-NOS wordt groep kinderen aangeduid die kenmerken hebben van autisme, maar niet in die mate om ze als zodanig te diagnosticeren (Balans, 2005)

De diagnose PDD-NOS moet worden gebruikt als er 'een ernstige en pervasieve beperking is in de ontwikkeling van de wederkerige sociale interactie of van de verbale en non-verbale communicatieve vaardigheden'. Of als stereotiep gedrag, interesses en

activiteiten aanwezig zijn, terwijl niet voldaan wordt aan de criteria voor een specifieke pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie, schizotypische persoonlijkheidsstoornis of ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Zo behoren tot deze categorie ook de 'atypische autisme' beelden die niet voldoen aan de criteria van de autistische stoornis vanwege een begin op latere leeftijd, atypische symptomatologie of te weinig symptomen (DSM IV-TR).

3.2.2 Verschil PDD-NOS met een 'normale' ontwikkeling

Interactie is een wisselwerking of wederzijdse effecten of invloeden. Bij sociale interactie fungeert het gedrag van de een als stimulus voor het gedrag van de ander en omgekeerd (Reber, 2004). In een 'normale' ontwikkeling helpt kennis en begrip van emoties kinderen in hun omgang met anderen. Al rond de drie a vijf jaar kan het kind zich al vriendelijk en bedachtzaam gedragen. Ook is het kind dan al bereid om excuses te maken wanneer het een ander kind pijn gedaan heeft en wil het graag geaccepteerd worden door leeftijdsgenoten (Berk, 2003).

Communicatie is volgens het woordenboek van de psychologie de overdracht van iets van de ene plaats naar de andere. Dat 'iets' kan een verzameling woorden zijn, een signaal, een beeld, enzovoort. Om communicatie tot stand te brengen dienen zowel de zender als de ontvanger een gemeenschappelijke code te hebben om de informatie of betekenis die opgesloten ligt in de boodschap zonder fouten te kunnen interpreteren. Communiceren omvat meer dan het hebben van een vocabulaire en weten hoe je woorden moet samenstellen. Het heeft ook te maken met begrijpen hoe geparticipeerd dient te worden in conversaties en hoeveel informatie mensen nodig hebben om je te kunnen begrijpen. In de peutertijd beginnen kinderen deze vaardigheden reeds te ontwikkelen. Het kan worden beschouwd als een afname van egocentrisme dat ieder zeer jong kind heeft (Berk, 2003).

Sterotype gedragspatronen zijn kenmerkend voor kinderen met PDD-NOS. Dit kenmerk hoeft dan ook niet beschouwd te worden in deze paragraaf. Het begrip interesse is weinig nauwkeurig en is bij tijd en wijle gebruikt bij aanduiding van al het volgende: aandacht, belangstelling, motivatie, (doel)gerichtheid, besef, waardering en verlangen (woordenboek van de psychologie). Wat betreft PDD-NOS kan worden gezien dat ze net als autistische kinderen vaak beperkte interesses hebben. Ze zijn vaak slechts in een of een klein aantal zaken geïnteresseerd maar weten daar dan ook zeer veel van af. Kinderen met een 'normale' ontwikkeling hebben over het algemeen meer verschillende interesses en gaan ook niet zo diep op de interesses in als kinderen met PDD-NOS.

3.2.3 Huidige meet- en diagnosemethoden PDD-NOS

PDD-NOS is opgenomen in de DSM-IV om personen te omvatten bij wie er een aantoonbare tekortkoming is in sociale interactie, communicatie en/of stereotype gedragspatronen of interesses, maar niet van alle kenmerken van autisme of een andere duidelijk omschreven ontwikkelingsstoornis kan worden gesproken. Het dient benadrukt te worden dat deze 'ondergrens' conditie daardoor impliciet wel benoemd is, terwijl er

toch geen specifieke richtlijnen voor het stellen van een diagnose PDD-NOS bestaan. Het gebrek aan definities voor deze relatief heterogene groep van kinderen levert problemen op voor het wetenschappelijk onderzoek naar deze condities (handboek PDD-NOS, 2005). Momenteel wordt vaak een combinatie van verschillende middelen gebruikt om PDD-NOS zo goed mogelijk te diagnosticeren. Er wordt gebruik gemaakt van de WISC (de Wechsler Intelligence Scale for Children), van observaties tijdens het onderzoek, spelobservatie, een gesprek met de ouders over het kind en een gesprek met het kind. Ook worden soms collega's betrokken bij het stellen van de diagnose, vooral omdat de diagnose PDD-NOS een ernstige consequenties kan hebben voor de toekomst van een kind.

Voor wetenschappelijk onderzoek naar PDD-NOS is een duidelijke omschrijving essentieel, daarom ontwikkelde Ellen Luteijn de Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag van Kinderen (VISK). De VISK kan worden ingevuld door ouders of door leerkrachten. Deze lijst omvat vijf verschillende dimensies, waarmee sociale gedragsproblemen bij kinderen getypeerd kunnen worden: 'acting out' gedrag, een verminderde neiging tot interactie, sociale inzicht problemen, angst/rigiditeit en stereotiep gedrag. De VISK blijkt goed bruikbaar om de problemen van kinderen met PDD-NOS te beschrijven (Luteijn, 2000).

De PDDRS, de Pervasive Developmental Disorders Rating Scale is een vragenlijst die bestaat uit 51 items. Deze zijn onderverdeeld in de drie subschalen: opwinding, affect en cognitie. Uit onderzoek blijkt dat deze vragenlijst adequaat is voor screeningsdoeleinden (Williams & Eaves, 2002).

De Children's Social Behavior Questionnaire, de CSBQ, blijkt goede psychometrische kwaliteiten te hebben met betrekking tot betrouwbaarheid en validiteit voor het meten van PDD-NOS. Er is een onderzoek uitgevoerd naar deze vragenlijst waarbij een groep kinderen met de diagnose ADHD, een groep autistische kinderen en een groep kinderen met de diagnose PDD-NOS zijn onderzocht en er werden significante verschillen gevonden tussen de drie groepen, oftewel de vragenlijst maakt een goed onderscheid tussen de aandoeningen. De resultaten van de VISK, die hierboven wordt beschreven, kunnen gekoppeld worden aan de uitkomsten van de CSBQ. Op die manier kan een totaalbeeld worden geschetst over het sociale gedrag van het kind. Het sociale gedrag is een van de meest duidelijk zichtbare kenmerken van PDD-NOS (Luteijn, Luteijn, Jackson, Volkmar & Minderaa, 2000).

De PDD Behavior Inventory (PDDBI) is een vragenlijst die kan worden ingevuld door ouders en leraren. Het bijzondere aan deze lijst is dat het een gestandaardiseerde lijst is naar leeftijd en dat het zowel maladaptief (een hogere score is een indicator voor meer gedragsproblemen) als adaptief gedrag (een hogere score indiceert betere sociale vaardigheden en betere taalvaardigheden) meet. Er is gebleken dat de PPBI een betrouwbaar en valide meetinstrument is en dat het andere informatie biedt dan de andere meetinstrumenten die gebruikt worden voor het diagnosticeren van een pervasieve ontwikkelingsstoornis (Cohen, Schmidt-Lackner, Romanczyk & Sudhalter, 2003).

3.3 McDD

Op het forum 'mijn kind heeft... .nl' worden beschrijvingen van kinderen gegeven door hun ouders. Hier staat ook een stuk van een moeder met een kind met McDD. Onderstaand citaat is een deel uit dit stuk.

'Mike kon heel goed alleen spelen, waarbij hij heel veel (bizarre en lugubere) fantasie vertoonde. Het bijten en slaan van Justin stopte, maar in plaats daarvan greep hij Justin, zijn broertje, vaak bij de keel en krabte hem ook veel. Wij konden Mike geen seconde uit het oog verliezen -(...)- In groep 3 ging het helemaal mis. Z'n boze uitbarstingen werden steeds erger en ook het leren ging niet goed. Hij maakte 'rare' geluiden, ging onder tafel liggen, smeet z'n schriften door de klas, liep de klas uit etc. Op dat moment hebben wij hem aangemeld bij de hulpverlening omdat het gewoon niet meer ging, wat wij ook probeerden'.

3.3.1 Kenmerken McDD

De term McDD is relatief nieuw binnen de psychologie. Er bestaat nog geen definitie in de DSM-IV en er wordt gediscussieerd of McDD een eigen status zou moeten hebben of als onderdeel van PDD-NOS beschouwd zou moeten worden. In deze rapportage wordt uitgegaan van een eigen status voor de aandoening op basis van een onderzoek, dat in 2001 is uitgevoerd (Ad-Dab'bagh, Y. & Greenfield, B. 2001). Hierin wordt gesteld dat naar aanleiding van literatuuronderzoek blijkt dat men het er voor het grootste deel over eens is dat een nieuw diagnostisch label kan en mag worden gecreëerd voor McDD. Van der Gaag et.al (1995) pleitten al een paar jaar eerder voor een status in de DSM-IV.

McDD staat voor 'Multiple-complex Developmental Disorder'. De kern van deze aandoening is een informatieverwerkingsprobleem. Het vertoont kenmerken van autisme, maar ook kenmerken zoals die worden aangetroffen bij angststoornissen en schizofrenie. De symptomen van McDD kunnen worden verdeeld in drie groepen (Ad-Dab'bagh, Y. et. al, 2001)

Groep 1: stoornissen in de regulatie van affecten

Symptomen die tot deze groep behoren zijn de volgende: er kan sprake zijn van een intense angst of gespannenheid of een vreesachtigheid of fobie die meestal ongebruikelijke situaties of voorwerpen betreft. Daarnaast kan het kind last hebben van paniekaanvallen en kenmerkt McDD zich vaak door periodes van gedragsmatige terugval met driftbuien/woedeaanvallen. Stemmingsschommelingen is ook een symptoom dat tot deze groep behoort en een kind met McDD vertoont op frequente basis oninvoelbare, bizarre angstreacties.

Groep 2: stoornissen in de gevoeligheid voor sociale signalen.

Ook stoornissen in het sociale gedrag in relatie tot leeftijdsgenoten en volwassenen behoren tot deze groep. Dit kan zich uiten in bijvoorbeeld sociale desinteresse, het vermijden van sociale contacten of een grenzeloze contactname ondanks aanwezige sociale vaardigheden. Ook behoort het ontbreken van bestendige relaties met leeftijdsgenoten tot deze groep. Daarnaast kan een kind met McDD aanklampende haat-

liefde relaties met volwassenen en dan met name met de ouders vertonen. Onder aanklappende haat-liefde relaties kunnen heftige relaties worden verstaan die kunnen omslaan van haatgevoelens naar diepe gevoelens van liefde. Als laatste symptoom in deze groep kan het diepe gebrek aan empathie en het onvermogen om zich te verplaatsen in de gedachten en gevoelens van anderen worden genoemd.

Groep 3: stoornissen van het denken

Een van de symptomen uit deze groep is de verwarring tussen fantasie en werkelijkheid. Daarnaast kan de persoon met McDD een onlogische gedachtegang of plotseling onnavolgbare gedachtesprongen hebben. Dit wordt ook wel magisch denken, of denken in neologismen genoemd. Tot deze groep behoren verder het gemakkelijk verward raken en gevoelens van superioriteit, zoals grootheidswanen en een verhoogde achterdocht.

3.3.2 Verschil McDD met een ‘normale’ ontwikkeling

Een affect is volgens het woordenboek van de psychologie een algemene term die min of meer verwisselbaar is met emotie, emotionaliteit, gevoel, stemming, enzovoorts. We zullen in dit gedeelte dan ook ingaan op de regulatie van emoties bij kinderen. Er zijn twee aspecten van emotionele ontwikkeling. De eerste is het verschijnen van de verschillende emoties en de tweede is de emotionele regulatie, de capaciteit om emoties te controleren en te moduleren. Hoe ouder het kind wordt, des te meer controle het ontwikkelt over zijn of haar emotionele leven. Bij een kind met McDD is deze regulatie verstoord, dit kan op meerdere manieren. Er kan gesteld worden dat bij een kind met een ‘normale’ ontwikkeling de emotionele regulatie zich ontwikkelt met de leeftijd (Child development, its nature and course).

3.3.3 Huidige meet- en diagnosemethoden McDD

Momenteel wordt McDD gediagnosticeerd naar aanleiding van een verfijnde anamnese, ook wordt de WISC ingezet. Het kind wordt tijdens het onderzoek geobserveerd en ook vindt er spelobservatie plaats. Er vindt een anamnese met de ouders plaats en er wordt een gesprek met het kind gevoerd. Ook de CBCL, de Sask Rozenzweig en de ZBVK zijn hulpmiddelen voor deze diagnose. Omdat de aandoening vrij ‘nieuw’ is bestaat er momenteel nog geen specifieke ‘vragenlijst McDD’.

3.4 Verschillen tussen de aandoeningen

Verschil tussen ADHD en PDD-NOS

Het kernprobleem bij kinderen met ADHD is een impulsiviteits- en concentratiestoornis, ze zijn snel afgeleid en daarom gedragen zij zich impulsief en rusteloos. Bij autisme en PDD-NOS komen de onrust en de aandachtsstoornissen voort uit innerlijke verwarring en angst (pasnederland).

Verschil tussen ADHD en McDD

De kernaspecten van ADHD zijn aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit (Emmelkamp, 2000). McDD bestaat uit andere dimensies, namelijk stoornissen in de regulatie van affecten, stoornissen in de gevoeligheid voor sociale signalen en stoornissen in het denken. McDD is een stoornis uit het autistische spectrum en ADHD is een aandachtstekortstoornis. Deze twee liggen zeer ver uiteen.

Verschil tussen PDD-NOS en McDD

Balans is een vereniging voor ouders van kinderen met leer-, ontwikkelings- en gedragstoornissen, waaronder ADHD, dyslexie en PDD-NOS. Op hun website is een stuk te vinden dat is geschreven door Carolien Gevers, GZ psycholoog. Zij gaat in dit stuk in op het verschil tussen PDD-NOS en McDD:

‘Kinderen met PDDNOS zijn in vergelijking met kinderen met MCDD redelijk voorspelbaar. Natuurlijk weten we wel dat deze kinderen ook heftig kunnen reageren maar het is toch beter te voorzien en dus ook beter te voorkomen. Bij kinderen met PDD-NOS heeft het vaak te maken met een doorbreking van de vaste routine en gewoonten. Als een kind met PDD-NOS bijvoorbeeld bij het opstaan de hele huis- kamer veranderd ziet, kan het geweldig uit z’n dak gaan. Maar als je de gedachtegang van deze kinderen kent, is er wel een herkenbare aanleiding en ebt het ook weer redelijk snel weg. Bij kinderen met MCDD is het gedrag veel extremer. Het is veel moeilijker om de uitbarstingen te zien aankomen en om ze weer te laten wegebben. Laat staan te voorkomen.’ (balans, 2005).

3.5 Conclusies

Zoals uit bovenstaande paragrafen kan worden afgeleid liggen de drie stoornissen zeer dicht bij elkaar qua symptomatologie. Echter, het is wel mogelijk om een onderscheid te maken tussen de aandoeningen.

Voor ADHD en PDD-NOS afzonderlijk bestaan reeds meetinstrumenten. Voor McDD bestaat nog geen enkel instrument gezien het relatief ‘nieuwe’ karakter van deze aandoening. Om meer duidelijkheid te scheppen over het onderscheid tussen de aandoeningen en een duidelijkere diagnose te kunnen stellen lijkt het dan ook raadzaam om een nieuwe vragenlijst te ontwerpen. De huidige meetinstrumenten zijn niet voldoende, dit heeft twee redenen. Bijna alle vragenlijsten zijn in het Engels en van deze vragenlijsten bestaan geen vertalingen. Daarnaast zijn de items van de vragenlijsten toegesneden op een Engelse of een Amerikaanse samenleving en kan dus niet met zekerheid worden gesteld dat de items valide zijn in een Nederlandse samenleving. De AVL, de ADHD vragenlijst is wel Nederlands en zal dus ook worden betrokken bij de ontwikkeling van de vragenlijst.

De nieuwe vragenlijst zal dus op twee manieren iets kunnen toevoegen aan de huidige situatie. De vragenlijst zal tot op dit moment de eerste zijn met items over McDD. Daarnaast zal met het ontwerpen van de vragenlijst getracht worden om meer

duidelijkheid te geven over de verschillen tussen de aandoeningen ADHD, PDD-NOS en McDD.

4 Onderzoek 1: meningen van professionals

Om de vragenlijst te kunnen construeren is besloten naast de literatuur ook de zogenaamde professionals te betrekken bij de opdracht. Dit in het kader van de construct validiteit.

Hierbij kwamen de volgende vragen aan de orde:

- Welke methoden worden door de professionals gebruikt om de aandoeningen ADHD, PDD-NOS en McDD te kunnen diagnosticeren?
- Wat ontbreekt er aan de huidige meetmethoden voor ADHD, PDD-NOS en McDD en in hoeverre bestaat er de behoefte aan een nieuw meetinstrument?
- Hoe definiëren de professionals de drie verschillende aandoeningen?
- Welke symptomen beschouwen de professionals als randvoorwaarde om de diagnose ADHD, PDD-NOS of McDD te kunnen stellen?
- Welke symptomen worden door de professionals als bijverschijnsel beschouwd om de diagnose ADHD, PDD-NOS of McDD te kunnen stellen?
- Wat is volgens de professionals het verschil tussen respectievelijk ADHD en PDD-NOS, ADHD en McDD en PDD-NOS en McDD?

In paragraaf 4.1 wordt een beschrijving gegeven van methoden die gebruikt zijn voor dit onderdeel van de rapportage en in paragraaf 4.2 zal worden ingegaan op de resultaten. Paragraaf 4.3 geeft een stuk discussie weer. In dit hoofdstuk zal het antwoord worden gegeven op de volgende deelvragen: 1B, 2B en 3B. Verder zal deelvraag 4 worden beantwoord vanuit het gezichtspunt van de professionals en zal er een antwoord worden gegeven op deelvraag 6.

4.1 Methoden

Respondenten

Er is in de Gouden Gids gezocht naar psychologen en pedagogen die zich bezig houden met kinderen. Verschillende mensen zijn telefonisch benaderd en een aantal per e-mail. Ook is binnen het Instituut voor Orthopedagogie gevraagd wie er bereid waren om mee te werken. Uiteindelijk is er een groep van zeven professionals uitgekomen die bereid waren om hun medewerking te verlenen aan deze opdracht. Ongeveer 30% van de benaderde professionals hebben hun medewerking verleend.

De steekproef varieert sterk in leeftijd en beroep en heeft zo een diverse samenstelling.. Oudere respondenten kunnen putten uit meer ervaring terwijl jongere respondenten waarschijnlijk meer recente wetenschappelijke kennis hebben. Een orthopedagoog heeft voor zijn of haar beroep een andere invalshoek dan een docent speciaal onderwijs.

Tabel 4.1.1 geeft een beschrijving van de professionals.

Tabel 4.1.1
Beschrijving van de professionals

| Leeftijd | Huidige functie |
|----------|--|
| 63 jaar | Eigen praktijk als pedagogisch adviseur |
| 50 jaar | Eigen praktijk als kinder- en jeugdpsychiater |
| 32 jaar | Orthopedagoog |
| 42 jaar | Pedagoog, klinisch psycholoog en psychotherapeut |
| 32 jaar | Orthopedagoog |
| 35 jaar | Docent speciaal onderwijs |
| 42 jaar | Eigen praktijk als orthopedagoog en psycholoog |

Design

Er is een survey gehouden onder de professionals.

Instrument

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een enquête.

De enquête is opgesteld volgens de richtlijnen van Baarda, de Goede en Kalmijn die ze stellen in hun 'basisboek Enquêteren en gestructureerd interviewen'.

In het eerste deel van de enquête wordt uitleg gegeven over het doel van de enquête en worden vragen gesteld over de respondent. Deze hebben betrekking op de leeftijd van de respondent, zijn of haar voltooide opleiding, de werkervaring en zijn of haar huidige baan.

Het tweede deel van de enquête houdt zich bezig met de drie aandoeningen. Eerst komt ADHD aan de orde, vervolgens PDD-NOS en als laatste McDD. Allereerst wordt gevraagd welke methoden de professionals gebruiken om de betreffende aandoening te diagnosticeren, daarna wordt gevraagd om een definitie van de aandoening. Vervolgens wordt er per aandoening een tabel gepresenteerd. In de tabel kan de respondent aangeven of hij of zij een bepaald kenmerk als randvoorwaarde, als bijverschijnsel of als zelden of nooit voorkomend beschouwt voor de aandoening. Deze kenmerken zijn afkomstig uit de literatuur over de drie aandoeningen.

Het derde deel van de enquête gaat in op wat volgens de professionals de verschillen zijn tussen respectievelijk ADHD en PDD-NOS, ADHD en McDD en PDD-NOS en McDD.

De enquête is te vinden in bijlage 1 van dit rapport.

Procedure

Drie van de zeven respondenten hadden de tijd voor een interview dus bij hen zijn de enquêtevragen gesteld tijdens een interview. De overige vier respondenten hebben de enquête zelf ingevuld. In de enquête en de interviews zijn dezelfde vragen gesteld. In de interviews is echter naast het stellen van de vragen nog een gesprek gevoerd.

4.2 Resultaten

In dit onderdeel zal aandacht besteed worden aan de resultaten van de enquête .

De resultaten van de enquête zullen worden besproken per aandoening.

4.2.1 ADHD

Ten eerste is gevraagd welke methoden door de professionals gebruikt worden om de aandoening ADHD te diagnosticeren. Het blijkt dat er veel verschillende methoden worden gebruikt om de diagnose ADHD te kunnen stellen, namelijk: de WISC, de AVL, de Bourdon-Vos, observatie tijdens onderzoek, de CBCL/TRF, gesprek met het kind en anamnese-gesprekken met de ouders. Ook observatie op school en thuis, de Wisconsin, de STROOP test, de 15-woordentest, de 15-plaatjestest en de Beery worden gebruikt. De resultaten van de methoden worden gecombineerd en op basis daarvan wordt een diagnose gesteld.

Verder wordt aangegeven dat er op deze wijze voornamelijk kenmerken van ADHD worden gediagnosticeerd en de daadwerkelijke diagnose door een kinderpsychiater wordt gesteld.

Vervolgens wordt gevraagd wat er aan de huidige meetmethoden voor ADHD ontbreekt en in hoeverre er de behoefte bestaat aan een nieuw meetinstrument. Hier wordt gesteld dat de huidige meetmethoden een gebrek aan objectiviteit hebben, bijvoorbeeld de CBCL/TRF blijven subjectief (wat is 'soms' of 'vaak'). Verder wordt aangegeven dat een kind soms ADHD gedrag vertoont en het geen echte stoornis is, hier moet meer duidelijkheid over komen. Ook bestaat er de behoefte aan 'eenduidigheid' in een vragenlijst en ontbreekt er volgens iemand een duidelijke vragenlijst voor een double-blind onderzoek. Zes van de professionals geven aan dat er bij hen de behoefte bestaat aan een nieuw meetinstrument, één geeft aan er geen behoefte aan te hebben.

Als derde punt is gevraagd naar een definitie van ADHD. In de enquête wordt gevraagd om ADHD in vijf woorden te omschrijven. De professionals noemen hiervoor allerlei verschillende termen maar de meest voorkomende termen zijn: impulsief, hyperactiviteit, concentratieproblemen en chaotisch.

Vervolgens is gevraagd welke kenmerken volgens de professionals belangrijk zijn bij het stellen van de diagnose ADHD. Om een antwoord op de vraag te krijgen is in de enquête een tabel aan de professionals gepresenteerd. Hierin gaven ze aan of ze een bepaald kenmerk een randvoorwaarde of een bijverschijnsel vonden om de diagnose te kunnen stellen. Ze konden ook aangeven dat het kenmerk niet of nauwelijks voorkwam bij de aandoening. In de volgende tabel worden de meningen over ADHD van de professionals gepresenteerd. Het getal staat voor het aantal professionals die de betreffende mening hadden.

Tabel 4.2.1
Frequentietabel ADHD, meningen professionals

| <i>Kenmerk</i> | Randvoor- waarde | Bijver- schijnsel | Komt zelden of nooit voor |
|---|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Moeite de aandacht blijvend op een taak te richten | 7 | - | - |
| Moeite met plannen en organiseren | 7 | - | - |
| Overbeweeglijkheid | 7 | - | - |
| Gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels | 6 | 1 | - |
| Moeilijk instructies kunnen volgen | 6 | 1 | - |
| Moeite met luisteren | 6 | 1 | - |
| Dingen kwijtraken, verliezen | 6 | 1 | - |
| Werkt slordig | 6 | 1 | - |
| Onbezonnen dingen doen | 6 | 1 | - |
| Van de ene activiteit naar de andere 'hollen' | 6 | 1 | - |
| Stil zitten vraagt ongewoon veel energie | 5 | 2 | - |
| Antwoord geven voordat een vraag is afgemaakt | 4 | 3 | - |
| Moeite met het afmaken van taken | 4 | 3 | - |
| Snel opgewonden | 4 | 3 | - |
| Zich niet bezighouden met de gevolgen van hun gedrag | 4 | 2 | 1 |
| Moeilijk op zijn/haar beurt kunnen wachten | 3 | 4 | - |
| Vergeetachtigheid | 3 | 4 | - |
| Anderen in de rede vallen | 3 | 4 | - |
| Gauw gefrustreerd | 3 | 4 | - |
| Overdreven veel praten | 3 | 4 | - |
| Extreem uitgelaten reactie op verjaardag, Sinterklaas et cetera | 3 | 3 | 1 |
| Onbereikbaar zijn voor anderen | 3 | 3 | 1 |
| Slaapstoornissen | 2 | 4 | 1 |
| Consequent opstandig gedrag | 2 | 4 | 1 |
| Moeite om sociale signalen van anderen op te vangen en te begrijpen | 2 | 4 | 1 |
| Moeite om met leeftijdsgenoten om te gaan | 1 | 5 | 1 |
| Liegen | 1 | 2 | 4 |

4.2.2 PDD-NOS

Allereerst is gevraagd welke methoden door de professionals gebruikt worden om de aandoening PDD-NOS te diagnosticeren. Er kunnen zeer veel methoden worden gebruikt om PDD-NOS te diagnosticeren volgens de professionals. Deze vullen elkaar meestal aan en worden niet als op zichzelf staand gebruikt voor de diagnose. Voorbeelden van gebruikte methoden zijn: anamnese kind en ouders, informatie van school, de WISC, observatie tijdens onderzoek en spelobservatie, de CBCL/TRF, de SASK Rozenzweig, de ZBVK en de interpretatie van de sociale relaties. Ook de Rimlandlijst en de VISK voor de ouders en de Wisconsin, de Beery, de Fepsey, de SIT, de VAK, de SAS-K en de Tomtest worden gebruikt. Daarnaast wordt gesteld dat er soms een psychiater wordt geraadpleegd omdat de diagnose PDD-NOS nogal een veelbetekenende is voor de toekomst.

Daarna is gevraagd wat er aan de huidige meetmethoden voor PDD-NOS ontbreekt en in hoeverre er de behoefte bestaat aan een nieuw meetinstrument. Er is een gebrek aan objectiviteit in de huidige meetmethoden, de CBCL/TRF blijft subjectief (wat is 'soms' of 'vaak'?). Verder bestaat er een gebrek aan eenduidigheid en is er geen diagnostisch materiaal voor jonge kinderen. Vijf professionals geven aan dat ze behoefte hebben aan een nieuw meetinstrument omdat er momenteel te weinig methoden zijn en omdat er behoefte is aan een objectiever meetinstrument. Twee professionals geven aan dat er niets ontbreekt aan de huidige meetmethoden.

Ten derde is gevraagd naar een definitie van PDD-NOS. De professionals gaven hierbij hele verschillende beschrijvingen van PDD-NOS, die allemaal te maken hadden met sociaal gedrag, veranderingen, communicatie en behoefte aan structuur.

Als laatste is gevraagd welke kenmerken volgens de professionals belangrijk zijn bij het stellen van de diagnose PDD-NOS. Om een antwoord op die vraag te krijgen is in de enquête een tabel aan de professionals gepresenteerd. Hierin gaven ze aan of ze een bepaald kenmerk een randvoorwaarde of een bijverschijnsel vonden om de diagnose te stellen. Ze konden ook aangeven dat het kenmerk niet of nauwelijks voorkwam bij de aandoening. In de volgende tabel worden de meningen over PDD-NOS van de professionals gepresenteerd. Het getal staat voor het aantal professionals die de betreffende mening hadden.

Tabel 4.2.2
Frequentietabel PDD-NOS, meningen professionals

| <i>Kenmerk</i> | <i>Randvoor- waarde</i> | <i>Bijver- schijnsel</i> | <i>Komt zelden of nooit voor</i> |
|--|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Problemen met het begrijpen van de complexiteit van sociale relaties | 7 | - | - |
| Weinig begrip en gebruik van non-verbale signalen | 7 | - | - |
| Zich angstig en verzet tonen tegen veranderingen | 7 | - | - |
| Fanatiek vasthouden aan bepaalde routines | 6 | 1 | - |
| Onhandig en angstig gedrag in sociale situaties | 6 | 1 | - |
| Moeite met deelname in groepsspelletjes | 6 | 1 | - |
| Overgevoeligheid voor zintuiglijke prikkels | 5 | 2 | - |
| Neiging tot het vermijden van oogcontact | 5 | 2 | - |
| Het lijkt alsof genegenheid hen maar weinig uitmaakt | 5 | 2 | - |
| Het benaderen van vreemden op dezelfde vrije en ongedwongen manier als de ouders | 4 | 3 | - |
| Een beperkte hoeveelheid interesses | 4 | 3 | - |
| Onvermogen om humor te begrijpen | 4 | 3 | - |
| Heffen hun armen niet om opgepakt te worden | 3 | 3 | 1 |
| Trage taalontwikkeling | 2 | 5 | - |
| Onhandige, stijve motoriek | 1 | 6 | - |
| Intense gehechtheid aan vreemde objecten | 1 | 6 | - |
| Een eenzame en gesloten indruk maken | - | 7 | - |

4.2.3 McDD

De methoden die door de professionals gebruikt worden om McDD te diagnosticeren zijn divers. Anamnese ouders en kind, informatie van school, de WISC, observatie tijdens onderzoek en spelobservatie, de CBCL/TRF, de SASK Rozenzweig en de ZBVK worden hiervoor gebruikt. Ook de Rimlandlijst en de VISK voor ouders, de Wisconsin, de Beery, de Fepsy, de SIT, de VAK, de SAS-K en de Tomtest zijn diagnose instrumenten voor McDD.

Wanneer gevraagd werd wat er aan de huidige meetmethoden voor McDD ontbreekt en in hoeverre er de behoefte bestaat aan een nieuw meetinstrument wordt aangegeven dat er objectiviteit mist in de huidige meetinstrumenten. Ook ontbreekt het verschil tussen PDD-NOS en McDD in de huidige meetmethoden en bestaat er daarom de behoefte aan een meetinstrument die dit verschil wel duidelijk weergeeft.

De professionals gaven verschillende termen om McDD te kunnen diagnosticeren. Deze termen kunnen worden verdeeld in een aantal onderdelen namelijk sociaal gedrag, stoornissen in het denken, oninvoerbaar gedrag en angstreactions.

Tot slot is gevraagd welke kenmerken volgens de professionals belangrijk waren bij het stellen van de diagnose McDD. Om een antwoord op die vraag te krijgen is in de enquête een tabel aan de professionals gepresenteerd. Hierin gaven ze aan of ze een bepaald kenmerk een randvoorwaarde of een bijverschijnsel vonden om de diagnose te stellen. Ze konden ook aangeven dat het kenmerk niet of nauwelijks voorkwam bij de aandoening. In de volgende tabel worden de meningen over McDD van de professionals gepresenteerd. Het getal staat voor het aantal professionals die de betreffende mening hadden. Aangezien twee van de zeven professionals aangegeven hebben niet bekend te zijn met McDD kunnen in onderstaande tabel de meningen van vijf in plaats van zeven professionals worden afgelezen.

Tabel 4.2.3
Frequentietabel McDD, meningen professionals

| Kenmerk | Randvoor- waarde | Bijver- schijnsel | Komt zelden of nooit voor |
|---|---------------------|----------------------|------------------------------|
| Paniekaanvallen (primitieve angsten) | 5 | - | - |
| Momentan van gedragsmatige terugval | 5 | - | - |
| Verwarring tussen fantasie en realiteit | 5 | - | - |
| Intense angst of gespannenheid | 4 | 1 | - |
| Frequente oninvoelbare en bizarre angstreacties | 4 | 1 | - |
| Ontbreken van bestendige relaties met leeftijdsgenoten | 4 | 1 | - |
| Gemakkelijk verward raken | 4 | 1 | - |
| Uitgesproken stemmingsschommelingen zonder aanwijsbare aanleiding | 4 | - | 1 |
| Vreesachtigheid of fobie | 3 | 2 | - |
| Sociale desinteresse | 3 | 2 | - |
| Onlogische gedachtegang of gedachtensprongen | 3 | 2 | - |
| Overwaardige gedachten | 3 | 2 | - |
| Overgeïnvolveerd raken in fantasiefiguren, imaginaire vrienden | 3 | 2 | - |
| Diep gebrek aan empathie | 3 | 1 | 1 |
| Aanklampende haat-liefde relaties, met name met volwassenen | 1 | 3 | 1 |

4.2.4 Verschillen

In dit deel wordt ingegaan op de open vragen die aan de professionals zijn gesteld in de enquête. Dit waren respectievelijk de verschillen tussen: ADHD en PDD-NOS, de verschillen tussen ADHD en McDD en de verschillen tussen PDD-NOS en McDD.

Verschil ADHD en PDD-NOS:

Hier wordt aangegeven dat PDD-NOS een stoornis in het contact is en dat door ADHD de contacten soms moeilijker kunnen verlopen. Daarnaast wordt gesteld dat kinderen met PDD-NOS vaak angstiger zijn dan kinderen met ADHD en dat er bij ADHD wel sprake is van emotionele wederkerigheid en empathie in tegenstelling tot PDD-NOS.

Verschil ADHD en McDD:

Kinderen met ADHD kunnen moeite hebben met contact maar McDD is een echte contact stoornis. Kinderen met McDD hebben problemen met de regulatie van emoties en gedachten en bij ADHD zijn aandacht, impulsiviteit en hyperactiviteit het probleem. Kinderen met McDD hebben meer angst en voelen vaker paniek. Bij ADHD kan er wel sprake zijn van sociale interesse, dit in tegenstelling tot McDD. Over het algemeen hebben kinderen met ADHD geen last van bizarre fantasieën.

Verschil McDD en PDD-NOS:

Het gedrag van een kind met McDD is extremer en daardoor is het lastiger om de plotselinge uitbarstingen te zien aankomen en ze weg te laten ebben en dus om ze te kunnen voorkomen. Waar veel fantasie een kenmerk is van McDD is weinig fantasie een kenmerk van PDD-NOS. Iemand met PDD-NOS heeft geen bizarre fantasieën en is wel in staat om het verschil te maken tussen fantasie en werkelijkheid.

4.2.5 Interviews

Met drie van de zeven professionals zijn interviews gehouden en deze zijn te vinden in bijlage twee van dit rapport. In de interviews is naast de vragen uit de enquêtes ook een gesprek gevoerd. Dit heeft veel bijgedragen aan het begrip van de aandoeningen en heeft geholpen bij het verkrijgen van inzicht betreffende de problematiek.

4.3 Discussie

De professionals hebben aangegeven dat er de nadruk op gelegd moet worden dat een diagnose nooit door een op zichzelf staand instrument kan worden gesteld. Hiervoor zijn meerdere methoden nodig. Het is belangrijk om meerdere bronnen te beschouwen zoals bijvoorbeeld naast de uitkomsten van de vragenlijsten en het onderzoek, ook een gesprek met het kind en de ouders en een observatie. Zo kan een beeld van het kind worden geschetst dat vollediger is. Daarnaast wordt er ook regelmatig een collega ingeschakeld om te overleggen.

5 Ontwikkeling van de vragenlijst

In dit hoofdstuk zullen de methoden aan de orde komen die gebruikt zijn om de vragenlijst samen te stellen. Hiervoor zijn de resultaten van gesprekken met de professionals en de door hen ingevulde enquêtes gebruikt. Daarnaast is gebruik gemaakt van reeds bestaande vragenlijsten, namelijk de CBCL en de AVL.

Wanneer in dit hoofdstuk wordt gesproken over ‘de vragenlijst’ wordt hiermee de vragenlijst voor ADHD, PDD-NOS en McDD bedoeld.

In paragraaf 5.1 wordt aandacht besteed aan de verantwoording van het type vragenlijst, in paragraaf 5.2 wordt aandacht besteed aan de selectie van de items. Deze paragraaf zal dus ook ingaan op deelvraag 7. In paragraaf 5.3 wordt de interpretatie van de vragenlijst besproken.

5.1 Het type vragenlijst

Er is gekozen voor een vragenlijst met gesloten vragen met door de onderzoeker bedachte en uitgeschreven antwoorden waaruit de respondent moet kiezen. Voordelen hiervan zijn volgens het basisboek enquêteren en gestructureerd interviewen, dat er zo verdergaand onderzoek kan worden gedaan naar de vragenlijst. Daarbij kan dan vooral worden gelet op de betrouwbaarheid en de validiteit van de items. Ook is efficiëntie een argument om voor een dergelijke vragenlijst te kiezen.

De antwoordalternatieven zijn in de stijl van een vijfpunts Likert schaal ontworpen. De respondent kan in zijn of haar antwoord de frequentie van een bepaalde gedraging aangeven. De instructie voor de respondent is als volgt:

‘Geef aan in welke mate uw kind de afgelopen zes maanden de onderstaande gedragingen vertoonde. Omcirkel uw antwoord. Kies uit de volgende mogelijkheden:

- 0 niet of nauwelijks
- 1 af en toe (incidenteel)
- 2 geregeld (maandelijks)
- 3 vaak (wekelijks)
- 4 zeer vaak (dagelijks)’

5.2 Selectie van de items

Om de items voor de vragenlijst te kunnen formuleren is gebruik gemaakt van de door de professionals ingevulde enquêtes.

In het eerste deel van deze paragraaf zal worden ingegaan op de manier waarop de vragenlijsten zijn verwerkt in items en in deel twee van de paragraaf wordt ingegaan op overige instrumenten die zijn gebruikt bij het maken van deze vragenlijst.

5.2.1 Selectie van de items op basis van de enquêtes

Om de enquêtes in de items voor de vragenlijst te kunnen verwerken is gebruik gemaakt van de resultaten van de enquêtes. Zie hiervoor hoofdstuk vier. Aan de hand van deze resultaten is besloten tot de onderstaande methode. In deze methode wordt besproken op basis waarvan items al dan niet zijn toegelaten tot de vragenlijst. Daarnaast wordt ook een verantwoording gegeven voor het toekennen van de bijbehorende waarde aan het item.

Wanneer vijf of meer van de professionals het er over eens waren dat het item een essentieel kenmerk oftewel een randvoorwaarde voor de betreffende diagnose was is besloten om dit item op te nemen in de conceptversie van de vragenlijst. Dit geldt tevens voor items waarbij drie of meer professionals het erover eens waren dat dit item een bijverschijnsel betrof voor de aandoening. Wanneer een item als randvoorwaarde wordt beschouwd, wordt de bijbehorende score anders geïnterpreteerd dan wanneer het een bijverschijnsel betreft. Dit zal nader worden toegelicht in paragraaf 5.3. Door bovenstaande ‘filter’ toe te passen zijn voor ADHD en McDD een aantal items komen te vervallen, aangezien de professionals niet overtuigd waren van de bijdrage van die items aan de diagnose.

Wanneer de resultaten van de enquêtes worden beschouwd, blijkt dat onderstaande items voor ADHD in de conceptversie van de vragenlijst kunnen worden opgenomen:

Tabel 5.2.1.1

Items ADHD naar aanleiding van resultaten enquêtes

| Randvoorwaarde | Bijverschijnsel |
|---|---|
| Moeite de aandacht blijvend op een taak te richten | Antwoord geven voordat de vraag is afgemaakt |
| Moeite met plannen en organiseren | Moeite met het afmaken van taken |
| Overbeweeglijkheid | Snel opgewonden |
| Gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels | Moelijk op zijn/haar beurt kunnen wachten |
| Moelijk instructies kunnen volgen | Vergeetachtigheid |
| Moeite met luisteren | Anderen in de rede vallen |
| Dingen kwijtraken, verliezen | Gauw gefrustreerd |
| Werkt slordig | Overdreven veel praten |
| Onbezonnen dingen doen | Extreem uitgelaten reactie op verjaardag, Sinterklaas et cetera |
| Van de ene activiteit naar de andere ‘hollen’ | Onbereikbaar zijn voor anderen |
| Stil zitten vraagt ongewoon veel energie | Slaapstoornissen |
| Houdt zich niet bezig met de gevolgen van zijn of haar gedrag | Consequent opstandig gedrag |
| | Moeite om sociale signalen op te vangen en te begrijpen |
| | Heeft moeite om met leeftijdsgenoten om te gaan |

Voor PDD-NOS zijn alle items uit de enquête blijven bestaan. De verdeling ‘randvoorwaarde-bijverschijnsel’ is als volgt:

Tabel 5.2.1.2

Items PDD-NOS naar aanleiding van resultaten enquêtes

| Randvoorwaarde | Bijverschijnsel |
|--|--|
| Problemen met het begrijpen van de complexiteit van sociale relaties | Het benaderen van vreemden op dezelfde vrije en ongedwongen manier als de ouders |
| Weinig begrip en gebruik van non-verbale signalen | Een beperkte hoeveelheid interesses |
| Zich angstig en verzet tonen tegen veranderingen | Onvermogen om humor te begrijpen |
| Fanatiek vasthouden aan bepaalde routines | Heffen hun armen niet om opgepakt te worden |
| Onhandig en angstig gedrag in sociale situaties | Trage taalontwikkeling |
| Moeite met deelname in groepsspelletjes | Onhandige, stijve motoriek |
| Overgevoeligheid voor zintuiglijke prikkels | Intense gehechtheid aan vreemde objecten |
| Neiging tot het vermijden van oogcontact | Een eenzame en gesloten indruk maken |
| Het lijkt alsof genegenheid hen maar weinig uitmaakt | |

Over McDD hebben vijf professionals hun mening gegeven. De reden hiervoor was dat twee van de zeven professionals niet bekend waren met deze aandoening. In dit geval is een item als randvoorwaarde opgenomen in onderstaande tabel wanneer drie of meer van de professionals het erover eens waren dat het item een randvoorwaarde was voor de diagnose McDD. Een item wordt als bijverschijnsel opgenomen in de conceptversie van de vragenlijst wanneer twee of meer van de professionals de mening delen dat het een bijverschijnsel voor McDD is.

Tabel 5.2.1.3

Items McDD naar aanleiding van resultaten enquêtes

| Randvoorwaarde | Bijverschijnsel |
|---|---|
| Paniekaanvallen (primitieve angsten) | Aanklappende haat-liefde relaties, met name met volwassenen |
| Momenten van gedragsmatige terugval | |
| Verwarring tussen fantasie en realiteit | |
| Intense angst of gespannenheid | |
| Frequente oninvoelbare en bizarre angstreacties | |

Gemakkelijk verward raken
 Uitgesproken stemmingsschommelingen
 zonder aanwijsbare aanleiding
 Vreesachtigheid of fobie
 Sociale desinteresse
 Onlogische gedachtegang of
 gedachtensprongen
 Overwaardige gedachten
 Overgeïnvolveerd raken in fantasiefiguren,
 imaginaire vrienden
 Diep gebrek aan empathie

5.2.2 Selectie van de items op basis van reeds bestaande instrumenten

Er is besloten om bij de selectie van de items naast de resultaten van de enquêtes ook reeds bestaande instrumenten te gebruiken, namelijk de AVL en de CBCL. Het voordeel hiervan is dat deze instrumenten al een lange tijd bestaan en onderzocht zijn op validiteit en betrouwbaarheid. Ze scoren hoog op zowel validiteit als betrouwbaarheid (Demarray, Elting & Schaefer, 2003).

Een aantal items uit de enquêtes komen overeen met items uit de AVL. Om dubbele items te voorkomen is besloten om de overige items uit de AVL te verwerken in de vragenlijst. Uit de CBCL worden bepaalde schalen gebruikt.

ADHD- vragenlijst (AVL)

De ADHD vragenlijst is, zoals de naam al aangeeft, een vragenlijst die ouders kunnen invullen om erachter te kunnen komen of hun kind ADHD heeft. De AVL bevat drie schalen, namelijk aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit. De AVL staat in dit rapport in bijlage drie.

Een aantal items die afkomstig zijn uit de enquêtes blijken voor wat betreft de inhoud overeen te komen met items uit de AVL. Alleen de formulering is anders.

Er is besloten om in de vragenlijst de formulering van de AVL te volgen aangezien dit reeds geteste, betrouwbare en valide items zijn. Dit betreft de volgende items uit de AVL, die dus ook op deze wijze zullen worden opgenomen in de concept vragenlijst.

De jeugdige/ mijn kind...

- Heeft moeite de aandacht langere tijd bij taken of spel te houden
- Raakt dingen kwijt (of verliest ze) die nodig zijn voor taken op school of thuis
- Heeft moeite met het organiseren van activiteiten of taken
- Is vergeetachtig
- Heeft moeite met blijven zitten als dat nodig is
- Wordt gemakkelijk afgeleid
- Praat aan één stuk door

- Heeft moeite op zijn/haar beurt te wachten, bijvoorbeeld bij spelletjes
- Heeft moeite met het opvolgen van aanwijzingen of opdrachten van anderen
- Lijkt niet te luisteren naar hetgeen tegen hem/haar gezegd wordt

De overige items uit de AVL zullen ook worden opgenomen in de concept vragenlijst. Dit zijn de volgende items:

- Gaat van de ene bezigheid over op de andere, zonder de eerste af te maken
- Vermijdt taken die een langere inspanning vergen, bijvoorbeeld huiswerk
- Beweegt onrustig met handen en voeten, frunnikt, wiebelt heen en weer
- Is voortdurend in actie, alsof hij/zij wordt gedreven door een motor
- Heeft moeite om rustig te spelen
- Gooit het antwoord eruit voordat de vraag is afgemaakt
- Verstoot bezigheden van anderen, dringt zich ongevraagd op
- Onderneemt fysiek gevaarlijke activiteiten zonder de gevolgen te overzien

De CBCL

De CBCL is een gedragsvragenlijst voor ouders van kinderen van 6-18 jaar.

De vragen gaan over hoe het kind nu is of in de afgelopen zes maanden is geweest.

Deel een van deze vragenlijst betreft open vragen over de gezinssituatie, het beroep van de ouders en de school van het kind. De overige vragen gaan over de hobby's van het kind, over de sporten waar hij of zij aan doet en over de clubs en verenigingen waar hij of zij lid van is. Ook wordt in dit deel aandacht besteed aan baantjes en klusjes die het kind doet en vrienden en vriendinnen van het kind. De laatste vragen van deel een gaan over handicaps van het kind en over de zorgen die de ouders hebben over het kind. Als laatste wordt de tevredenheid van de ouders over het kind bevraagd. Er is besloten om dit deel van de CBCL niet op te nemen aangezien de vragenlijst geen open vragen gaat bevatten maar alleen gesloten vragen. Deze gesloten vragen staan in deel twee van de CBCL.

Er is besloten om in de vragenlijst geen onderscheid te maken tussen jongens en meisjes en ook geen onderscheid te maken in leeftijd.

Er zijn bepaalde items uit de CBCL overgenomen. De bijbehorende antwoordcategorieën zijn echter niet overgenomen. De antwoordcategorieën voor de vragenlijst blijven ook voor deze items zoals in paragraaf 5.1.

De CBCL heeft twee scoringsmogelijkheden namelijk de schalen die op de DSM georiënteerd zijn en de zogenaamde 'syndroomschalen'.

Kinderen met McDD zijn over het algemeen erg angstig (Ad-Dab'bach, Y. & Greenfield, B, 2001). Daarom is besloten om de schaal met 'anxiety problems' toe te voegen aan de vragenlijst. De schaal 'attention deficit/hyperactivity problems' is een goede indicator voor ADHD dus is ook deze schaal toegevoegd aan de vragenlijst. Kinderen met ADHD hebben vaak last van koppigheid en prikkelbaarheid en daarom wordt de schaal 'oppositional defiant problems' toegevoegd aan de vragenlijst (Demaray, M.K., Elting, J. & Schaefer, K (2003).

Kinderen met PDD-NOS zijn vaak nogal teruggetrokken en op zichzelf, dit verklaart waarom de schaal 'withdrawn/depressed' vanuit de CBCL wordt toegevoegd (handboek PDD-NOS). Voor alle drie de aandoeeningen geldt dat kinderen die het hebben vaak sociale problemen ondervinden en daarom is de schaal 'social problems' toegevoegd. De schaal 'attention problems' is er een om aandachtsproblematiek te meten en dus is deze bijzonder geschikt voor het meten van ADHD (Demaray, M.K., Elting, J. & Schaefer, K (2003).

De hierboven genoemde schalen bevatten de volgende stellingen. De onderstreepte items zijn items die op basis van het voorgaande al voorkwamen in de concept vragenlijst maar waarvoor de formulering van de CBCL wordt overgenomen aangezien dit een reeds gevalideerde vragenlijst betreft. Hieruit volgt dat alle onderstaande items aan de concept vragenlijst zijn toegevoegd..

Anxiety problems

- klampt zich vast aan volwassenen of is te afhankelijk
- is bang voor bepaalde dieren, situaties of plaatsen anders dan school
- is bang om naar school te gaan
- nerveus, zenuwachtig of gespannen
- is te angstig of te bang
- maakt zich zorgen

Attention deficit/hyperactivity problems

- maakt dingen waar hij/zij mee begint niet af
- kan zich niet concentreren, kan niet lang de aandacht ergens bij houden
- kan niet stilzitten, is onrustig of hyperactief
- impulsief of doet dingen zonder er bij na te denken
- let niet goed op of is snel afgeleid
- praat te veel
- meer dan gewoon luidruchtig

Oppositional defiant problems

- maakt veel ruzie
- is thuis ongehoorzaam
- is ongehoorzaam op school
- koppig, stuurs of prikkelbaar
- driftbuien of snel driftig

Withdrawn, depressed

- er is heel weinig wat hij/zij leuk vindt
- is liever alleen dan met anderen
- weigert om te praten
- gesloten, houdt dingen voor zichzelf
- te verlegen of timide
- weinig actief, beweegt zich langzaam of te weinig energie

- ongelukkig, verdrietig of depressief
- teruggetrokken, gaat niet met anderen om

Social problems

- klampt zich vast aan volwassenen of is te afhankelijk
- klaagt over zich eenzaam voelen
- kan niet opschieten met andere jongens of meisjes
- snel jaloers
- heeft het gevoel dat anderen hem/haar te pakken willen nemen
- bezeert zich vaak, krijgt vaak ongelukken
- wordt veel gepest
- andere jongens of meisjes mogen hem/haar niet
- onhandig of stuntelig
- gaat liever om met jongere jongens of meisjes
- spraakprobleem

Attention problems

- doet te jong voor zijn/haar leeftijd
- maakt dingen waar hij/zij mee begint niet af
- kan zich niet concentreren, kan niet lang de aandacht ergens bij houden
- kan niet stilzitten, is onrustig of hyperactief
- in de war of wazig denken
- dagdromen of gaat op in zijn/haar gedachten
- impulsief of doet dingen zonder er bij na te denken
- schoolwerk is slecht
- let niet goed op of is snel afgeleid
- kijkt met een lege blik

De concept vragenlijst is in bijlage vier van deze rapportage te vinden.

5.3 Interpretatie van de scores

De scores op de vragenlijst kunnen in drie delen worden geïnterpreteerd. Ten eerste kan gekeken worden naar de scores op de items die uit de enquêtes zijn gekomen. Er kan dan worden bekeken welke score is behaald in de verschillende categorieën ADHD, PDD-NOS en McDD. De interpretatie van deze items kan als volgt geschieden:

Wanneer een item door vijf of meer van de professionals wordt beschouwd als een randvoorwaarde voor de betreffende aandoening, wordt de score op dit item vermenigvuldigd met het getal twee. Bijvoorbeeld: item 10 is een randvoorwaarde en de respondent vindt dat dit zeer vaak (dagelijks) voorkomt, dan krijgt item 10 een waarde 4. Deze waarde wordt vervolgens met twee vermenigvuldigd omdat het een randvoorwaarde betreft. De totale waarde van het item wordt dan $4 \times 2 = 8$.

In het geval van McDD wordt een item vermenigvuldigd met het getal twee wanneer drie of meer van de professionals de mening delen dat dit een randvoorwaarde betreft.

Wanneer een item niet als randvoorwaarde wordt beschouwd, maar drie of meer van de professionals het er over eens zijn dat het een bijverschijnsel voor de aandoening is wordt

de score op dit item vermenigvuldigd met het getal 1. Bijvoorbeeld: item 6 is een bijverschijnsel en de respondent vindt dat dit incidenteel (af en toe) voorkomt. De respondent kent dus een waarde 1 toe aan item 6. Deze waarde wordt vervolgens met 1 vermenigvuldigd omdat het een bijverschijnsel betreft. De totale waarde op item 1 wordt vervolgens $1 \times 1 = 1$.

In het geval van McDD wordt een item vermenigvuldigd met het getal een wanneer twee of meer van de professionals het erover eens zijn dat dit een bijverschijnsel is voor de aandoening.

Ten tweede kan gekeken worden naar de totaalscore op de AVL. Dit heeft twee doelen. Aan de ene kant kan namelijk gekeken worden hoe hoog er gescoord wordt op ADHD. Ten tweede kunnen de resultaten van de items uit de enquête in de categorie ADHD worden vergeleken met de scores op de AVL om te kijken of dit met elkaar correleert.

Als laatste kunnen de resultaten op de CBCL items worden berekend om aan de ene kant de 'attention deficit/hyperactivity problems' te verbinden aan de categorie ADHD van de items afkomstig uit de enquête en de AVL en daarnaast kan worden bekeken of de stellingen uit paragraaf 5.2.2, namelijk welke schaal is 'passend' voor welke aandoening(en) overeen komen met de uitkomsten van de vragenlijst.

6 Onderzoek 2: Pretesten van de vragenlijst

Door het kritisch lezen van een vragenlijst kunnen veel problemen en fouten worden opgespoord. Toch is het erg moeilijk om op deze manier alle fouten eruit te halen. Veel fouten worden pas opgemerkt wanneer de vragenlijst wordt afgenomen. (Baarda, de Goede en Kalmijn, 2000) In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan het pretesten van de vragenlijst bij acht respondenten. In paragraaf 6.1 wordt een beschrijving gegeven van methoden die gebruikt zijn voor dit onderdeel van de rapportage en in paragraaf 6.2 zal worden ingegaan op de resultaten. De resultaten worden verdeeld in algemene opmerkingen en in voorlopige scores op de vragenlijst. In paragraaf 6.3 wordt aandacht besteed aan de conclusie. Hierin zal worden besproken welke gevolgen de resultaten hebben voor de vragenlijst. Ook zal hierin een stuk discussie aan de orde komen. Wanneer in dit hoofdstuk gesproken wordt over ‘de vragenlijst’ wordt de concept vragenlijst zoals in bijlage vier van dit rapport bedoeld.

De vragen die aan de orde zijn gekomen zijn de volgende:

- Wat vonden de respondenten van de vormgeving van de vragenlijst?
- Wat vonden de respondenten van de opbouw van de vragenlijst?
- Vonden de respondenten de vraagstelling duidelijk?
- Zijn er vragen waar de respondenten wat op aan te merken hebben en zo ja, welke?
- Hebben de respondenten tips om de vragenlijst te kunnen verbeteren?
- Welke scores hebben de respondenten verkregen en zijn deze passend bij de eventuele aandoening?

6.1 Methoden

Respondenten

Voor dit onderdeel van het verslag zijn een aantal ouders benaderd, waarvan de kinderen regelmatig op het Instituut voor Orthopedagogie te vinden zijn. Voor huiswerkbegeleiding, voor individuele begeleiding of andere zaken. Deze ouders zijn benaderd door de kinderen de gedragsvragenlijst mee naar huis te geven of door de gedragsvragenlijst op te sturen. Bijgevoegd was een begeleidende brief waarin gesteld werd dat deelname geheel vrijwillig was en de resultaten anoniem verwerkt zouden worden. Zie hiervoor bijlage vijf van dit verslag. Vier van de acht respondenten hadden een kind met ADHD en/of PDD-NOS. In tabel 6.1 wordt een beschrijving gegeven van de kinderen van de respondenten waarover de vragenlijsten zijn ingevuld.

Tabel 6.1.1
Beschrijving kinderen van respondenten

| Nummer | Leeftijd in jaren | Diagnose |
|--------|-------------------|-----------------|
| 1 | 14 | ADHD en PDD-NOS |
| 2 | 15 | ADHD |
| 3 | 15 | ADHD |
| 4 | 18 | PDD-NOS |
| 5 | 10 | Geen |
| 6 | 14 | Geen |
| 7 | 15 | Geen |
| 8 | 16 | Geen |

Design

Er is een survey gehouden onder acht respondenten.

Instrument

De ouders hebben de gedragsvragenlijst ingevuld. In hoofdstuk vijf kan worden gelezen hoe deze tot stand is gekomen. De vragenlijst is in dit rapport te vinden in bijlage vier. Een brief voor de ouders was ingesloten. Deze is te vinden in bijlage vijf van dit rapport.

Procedure

Afhankelijk van wanneer verwacht werd dat de kinderen weer op het IVO zouden zijn is de vragenlijst aan de kinderen meegegeven of opgestuurd naar de ouders. De ouders hebben vervolgens de ingevulde vragenlijst meegegeven aan hun kind of opgestuurd naar het IVO met behulp van de ingesloten retourenveloppe.

6.2 Resultaten

Deze paragraaf zal de resultaten behandelen aan de hand van de vragen die in het begin van dit hoofdstuk gesteld zijn.

Vormgeving

In de vragenlijst is om de mening van de respondenten te peilen de volgende vraag gesteld: ‘Wat vond u van de vormgeving van de vragenlijst?’ Drie respondenten hebben aangegeven de vormgeving goed te vinden, twee vonden de vormgeving duidelijk, een vond de vormgeving prima en twee respondenten hadden niets op de vormgeving aan te merken.

Opbouw vragenlijst

Over de opbouw is de volgende vraag gesteld: ‘Wat vond u van de opbouw van de vragenlijst?’ Vijf respondenten vonden de opbouw van de vragenlijst goed, een vond de opbouw duidelijk en twee respondenten hadden niets aan te merken op de opbouw.

Vraagstelling

In de vragenlijst is de volgende vraag gesteld met betrekking tot de vraagstelling: ‘Vond u de vragenlijst duidelijk?’. Zes respondenten antwoordden ‘ja’ op deze vraag en een had de volgende opmerking. ‘Voor ‘geregeld’ vind ik ‘maandelijks’ erg weinig. Welk kind is dan niet ‘geregeld’ iets kwijt? Af en toe/niet/nauwelijks is mijns inziens hetzelfde.’ Een van de respondenten had niets aan te merken op de vraagstelling.

Vragen met op- of aanmerkingen

Er is aan de respondenten gevraagd of er vragen waren waar ze iets over op of aan te merken hadden. Zes van de respondenten gaven aan geen op of aanmerkingen te hebben, twee hadden een paar opmerkingen. Een van de respondenten gaf aan dat het voor haar makkelijk was geweest om naar bepaalde vragen te verwijzen wanneer de vragen genummerd waren geweest. Verder vond ze dat met ‘helemaal mee eens/ mee eens enz.’ heel veel vragen makkelijker te beantwoorden zouden zijn. Een andere respondent vond de vraag: ‘Maakt zijn of haar schoolwerk slecht’ een lastig beantwoorde vraag. Het was daarbij volgens de respondent niet duidelijk of het om de scores of de cijfers of de werkhouding gaat. De twee andere respondenten hadden niets aan te merken op de vragen.

Verbeterpunten

De vraag die hierover aan de respondenten gesteld is, is ‘Heeft u nog tips om deze vragenlijst beter te kunnen maken?’ Zeven respondenten hadden geen tips, een had de volgende tips en opmerkingen:

- Meer diversiteit in antwoordalternatieven, zoals helemaal/niet/ mee eens
- Voor sommige leeftijden vind ik het antwoord ‘vaak’ normaal, dus differentiatie naar leeftijd zou een aanrader zijn
- Heeft deze vragenlijst meerwaarde ten opzichte van een intake gesprek?
- Bij een aantal vragen vind ik de vraag en de antwoordalternatieven moeilijk te combineren

Scores

Om iets te kunnen stellen over de inhoud van de items van de vragenlijst is het goed om scores te berekenen. Zo kan bijvoorbeeld worden bekeken of een kind met ADHD ook hoger scoort op de ADHD items. Hier dient echter wel de opmerking bij geplaatst te worden dat dit een kleine steekproef betreft en de uitspraken die gedaan worden zeer voorzichtig zijn.

Voor ieder kind zijn de scores berekend op allereerst de drie categorieën ADHD, PDD-NOS en McDD die afkomstig zijn uit de enquêtes. Daarna is de score op de AVL berekend en vervolgens zijn de scores op de verschillende CBCL domeinen berekend. Dit betreft de volgende onderdelen: anxiety problems, attention deficit/hyperactivity problems, oppositional defiant problems, withdrawn/depressed, social problems en attention problems.

De resultaten van de pretest zijn gepresenteerd in onderstaande tabel. Hieruit kan worden afgelezen welke scores welk kind heeft behaald. Ook kan worden afgelezen of het kind al

dan niet een van de diagnoses: ADHD, PDD-NOS of McDD heeft. De maximale scores per categorie zijn opgenomen zodat de lezer kan zien hoe hoog de betreffende score is in vergelijking tot de hoogst haalbare score. De minimum score in ieder categorie is nul.

Tabel 6.2.1

Beschrijving van de scores op de vragenlijst

| Diagnose kind? | ADHD en PDD-NOS | ADHD | ADHD | PDD-NOS | Geen | Geen | Geen | Geen | Maximale score op categorie |
|-----------------|-----------------|------|------|---------|------|------|------|------|-----------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| Categorie | | | | | | | | | |
| Enquête ADHD | 90 | 39 | 63 | 21 | 8 | 40 | 10 | 16 | 152 |
| Enquête PDD-NOS | 84 | 12 | 19 | 43 | 1 | 24 | 3 | 24 | 104 |
| Enquête McDD | 12 | 0 | 0 | 6 | 0 | 6 | 0 | 6 | 108 |
| AVL | 45 | 23 | 40 | 9 | 4 | 19 | 15 | 17 | 72 |
| CBCL Anxiety | 4 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 4 | 24 |
| CBCL Adhd | 14 | 7 | 15 | 3 | 2 | 6 | 4 | 6 | 28 |
| CBCL Odd | 7 | 3 | 1 | 2 | 1 | 5 | 4 | 1 | 20 |
| CBCL Withdrawn | 19 | 1 | 1 | 15 | 0 | 4 | 6 | 4 | 32 |
| CBCL Social | 15 | 0 | 0 | 5 | 0 | 3 | 3 | 4 | 44 |
| CBCL Attention | 20 | 9 | 14 | 7 | 1 | 12 | 7 | 10 | 40 |

Opvallende waarden uit de tabel

Enquête ADHD

In deze categorie is hoger gescoord door de respondenten waarvan het kind ADHD gediagnosticeerd is. Respondent zes (niet ADHD gediagnosticeerd) heeft een opvallende score die hoger is dan die van respondent twee (wel ADHD gediagnosticeerd). Respondent vier met PDD-NOS scoort wel hoger dan respondenten zonder diagnose maar is nog wel steeds een stuk lager dan de respondenten met ADHD.

Enquête PDD-NOS

Op dit onderdeel scoren de kinderen met (onder andere) de diagnose PDD-NOS hoger dan kinderen zonder deze diagnose. Ook is duidelijk te zien dat de mensen met ADHD hier niet erg hoog op scoren.

Enquête McDD

Op dit onderdeel wordt niet hoog gescoord. Het is ook niet zo dat de kinderen die wel de diagnose ADHD en/of PDD-NOS hebben hier hoger op scoren dan de kinderen zonder diagnose.

AVL

In deze categorie wordt hoog gescoord door de ouders van kinderen met de diagnose ADHD. Respondent zes vormt een uitzondering, deze heeft een hoge score in vergelijking met de anderen zonder diagnose. In het algemeen volgt de AVL de enquête items voor ADHD, als hoog gescoord wordt op de enquête items wordt er ook hoog gescoord op de AVL.

CBCL Anxiety

Hier scoren alle respondenten laag op. De CBCL anxiety categorie is wel vergelijkbaar met de McDD categorie, wanneer er een score hoger dan nul is in de McDD categorie is er tevens een score in de CBCL anxiety categorie.

CBCL ADHD

In deze categorie wordt door de ouders van de kinderen met ADHD hoger gescoord dan door ouders van kinderen zonder diagnose. De scores op dit item liggen in het verlengde van de ADHD enquête en de AVL items. Respondent zes vormt wederom een uitzondering, alhoewel het kind van respondent zes volgens de vragenlijst geen ADHD heeft wordt hier toch hoog op gescoord. Er is niet bekend of het kind van respondent zes ooit is onderzocht op ADHD.

CBCL Oppositional defiant problems

Op dit onderdeel zijn geen opvallendheden te bespeuren. Zowel ouders van kinderen met de diagnose ADHD en/of PDD-NOS als respondenten met kinderen zonder een van de diagnoses laten hier soms een hoge, soms een lage uitkomst zien.

CBCL Withdrawn

Kinderen met PDD-NOS scoren hier beduidend hoger dan kinderen zonder deze diagnose.

CBCL Social problems

Alleen respondent 1 scoort hier hoog en dit is de respondent waarvan het kind zowel ADHD als PDD-NOS gediagnosticeerd is. Voor wat betreft de rest van de respondenten kan hier niets opvallends worden opgemerkt.

CBCL Attention

Respondent 1, 3 en 6 scoren hoger op dit onderdeel dan de andere respondenten. Respondent 1 en 3 hebben allebei een kind met ADHD en respondent 6 vormt hier wederom een uitzondering. Wel kan worden opgemerkt dat respondent 6 ook hoog scoort op de enquête ADHD items, op de AVL, en op de CBCL ADHD.

6.3 Conclusie

In dit onderdeel worden de gevolgen van bovenstaande resultaten voor de vragenlijst besproken.

Vormgeving

De respondenten hebben aangegeven deze goed en duidelijk te vinden of hadden hier niets op aan te merken. Deze kan dus gehandhaafd worden.

Opbouw vragenlijst

Vijf respondenten vonden de opbouw goed, een vond het duidelijk en een had niets aan te merken. De opbouw van de vragenlijst kan dus zo blijven.

Vraagstelling

De enige opmerking hier, was er een over de antwoordcategorieën. Deze zijn gekozen met een aantal redenen (zie hiervoor paragraaf 5.1). De rest van de zeven respondenten vond de vraagstelling prima dus er is besloten ook deze zo te houden.

Vragen met op- of aanmerkingen

Het advies met betrekking tot het nummeren van de items wordt overgenomen. De opmerking over de stelling ‘maakt zijn of haar schoolwerk slecht’ is een terechte vraag. Er is besloten deze vraag te splitsen in de items: ‘Behaalt slechte cijfers’ en ‘Heeft een slechte werkhouding op school’.

Verbeterpunten

De verbeterpunten die genoemd werden hadden voornamelijk te maken met de antwoordcategorieën. Hierover wordt hierboven reeds uitleg gegeven. Daarnaast werd aangegeven dat differentiatie naar leeftijd een aanrader zou kunnen zijn. Dit is inderdaad een mogelijkheid maar daarvoor is verdergaand onderzoek nodig.

Scores

Op dit moment zijn er scores van acht respondenten verzameld. Deze pretest was voornamelijk bedoeld om erachter te komen wat de respondenten vonden van de vormgeving en dergelijke van de vragenlijst. Over de scores kunnen moeilijk uitspraken worden gedaan omdat het een kleine steekproef betreft. Om een echte interpretatie te kunnen geven aan de vragenlijst is verdergaand onderzoek nodig.

Naar aanleiding van bovenstaande conclusies is er een tweede versie van de vragenlijst opgesteld. Deze is te vinden in bijlage zes van dit rapport.

7 Conclusies, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zullen conclusies worden getrokken naar aanleiding van bovenstaande hoofdstukken. Dit gebeurt in paragraaf 7.1. In paragraaf 7.2 wordt een discussie beschreven naar aanleiding van deze conclusies en in paragraaf 7.3 worden naar aanleiding van deze discussie aanbevelingen gedaan.

7.1 Conclusies

Het doel van de opdracht was als volgt:

‘Het ontwerpen van een vragenlijst die differentieert tussen de aandoeningen ADHD, PDD-NOS en McDD en tevens als uitkomst kan hebben dat er geen duidelijke aanwijzingen zijn voor een van deze gedragsstoornissen.’

Er is gebleken dat er niet alleen vanuit het Instituut voor Orthopedagogie behoefte bestaat aan een dergelijke vragenlijst maar tevens vanuit de literatuur en het werkveld. Door de literatuur te combineren met de meningen van professionals is de concept vragenlijst ontworpen. Na de pretest is er een tweede versie van de vragenlijst ontworpen.

De vragenlijst is ontworpen en is te lezen in bijlage drie en vijf van dit rapport. Dit zijn de conceptversie van de vragenlijst en de tweede versie van de vragenlijst.

7.2 Discussie

Het blijkt dat de meningen van de professionals en de literatuur overeenkomen. De vragenlijst is opgesteld door de meningen van de professionals te combineren met literatuur en er is dus gestreefd naar een bruikbare vragenlijst voor de praktijk.

Er zijn in de beide onderzoeken verschillende keuzes gemaakt. Deze keuzes hebben bepaalde consequenties.

Onderzoek 1

Voor dit onderzoek is in de gehele regio Twente gezocht naar respondenten. Dit heeft zeven enthousiaste respondenten opgeleverd. Er zijn dan wel geen respondenten uit het hele land betrokken maar de gehele regio is wel vertegenwoordigd in de steekproef. Daarnaast heeft de steekproef een diverse samenstelling. Van jong tot oud en verschillende beroepen zijn vertegenwoordigd.

Onderzoek 2

Er is voor gekozen om te pretesten bij een kleine groep respondenten. Het belangrijkste van de uitkomsten van de pretest waren de meningen van de respondenten over de lay-out van de vragenlijst. Er zijn ook scores toegekend aan de acht ingevulde vragenlijst maar dit kan slechts een voorzichtige aanwijzing geven over de interpretatie van de vragenlijst.

7.3 Aanbevelingen

Op basis van bovenstaande conclusies en discussie kunnen een aantal aanbevelingen worden gedaan:

Het is nodig om bij een volgende stap in dit ontwerpproces de mening van professionals uit het hele land te betrekken. Dit om uit te sluiten dat eventueel de professionals uit Twente bepaalde meningen delen en deze anders zijn dan die van de professionals in de rest van het land.

Na de pretest die in dit rapport beschreven staat dient de vragenlijst getest te worden bij een grote groep respondenten. Tot deze groep zouden ouders van kinderen met respectievelijk ADHD en/of PDD-NOS en/of McDD moeten behoren. Daarnaast zou er een controlegroep moeten worden samengesteld met ouders van kinderen waarbij 'niets' aan de hand is. Na een voldoende groot onderzoek van deze aard kunnen er normen worden opgesteld voor de vragenlijst.

Om een volgende versie van de vragenlijst te kunnen ontwerpen is verdergaand onderzoek nodig. De psychometrische aspecten van de vragenlijst moeten worden onderzocht. Zo kunnen de betrouwbaarheid en de validiteit van de vragenlijst worden geïnspecteerd.

Literatuur

Ad-Dab'bach, Y. & Greenfield, B. (2001). Multiple Complex Developmental Disorder: the 'multiple and complex' evolution of the 'Childhood Borderline Syndrome' construct. *J.Am.Acad.Child.Adolesc.Psychiatry*, 40:8, august 2001. 954-964.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (text revision). Washington, DC: Author

Baarda, D.B., de Goede, M.P.M & Kalmijn, M. (2000). *Enquêteren en gestructureerd interviewen: praktische handleiding voor het maken van een vragenlijst en het voorbereiden en afnemen van gestructureerde interviews* (eerste druk). Wolters-Noordhoff bv., Groningen.

Berk, L.E (2003). *Child development* (sixth edition). Illinois State University

Cohen, I.L., Schmidt-Lackner, S., Romanczyk, R. & Sudhalter, V. (2003). The PDD behavior inventory: a rating scale for assessing response to intervention in children with pervasive developmental disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, vol. 33, no.1. 31-45.

Demaray, M.K., Elting, J. & Schaefer, K. (2003). Assessment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparative evaluation of five, commonly used, published rating scales. *Psychology in the Schools*, vol 40(4). 341-360.

Handboek AVL (2002).

Handboek PDD-NOS. Gezien op www.pdd-nod.nl op 3 Maart 2005.

Emmelkamp, P.M.G (2000). *Handboek Psychopathologie/1*. Bohn Stafleu van Loghem.

Luteijn, E., Luteijn, F., Jackson, S., Volkmar, F., & Minderaa, R. (2000). The children's social behavior questionnaire for milder variants of PDD problems: evaluation of the psychometric characteristics. *Journal of autism and developmental disorders*, vol. 30, no. 4. 317-329.

Reber, A.S. (2004). *Woordenboek van de psychologie: termen, theorieën en verschijnselen* (tiende druk). Uitgeverij Bert Bakker, Amsterdam

Sroufe, L.A., Cooper, R.G.& DeHart, G.B. (1996). *Child Development, its nature and course* (third edition). McGraw-Hill, Inc.

Van der Gaag, R.J., Buitelaar J., Van den Ban E., Bezemer M., Njio L., Van Engeland H. (1995). A controlled multivariate chart review of multiple complex developmental disorder. *J.Am. Acad.Child.Adolesc.Psychiatry*. 34(8), august 1995.

Wenar, C. (1994). *Developmental Psychopathology: from infancy through adolescence* (third edition). McGraw-Hill, Inc.

Williams, T.O. & Eaves, R.C. (2002). The reliability of test scores for the pervasive developmental disorders rating scale. *Psychology in the Schools*, vol 39(6). 605-610.

www.adhd-land.nl, gezien op 11 Maart 2005

www.balans-digitaal.nl, gezien op 3 Maart 2005

www.fvo.nl, gezien op 27 Mei 2005

www.informentaal.nl, gezien op 10 Maart 2005

<http://www.jeugdproblematiek.nl/modules.php?name=News&file=article&sid=9>, gezien op 14-04-2005.

www.pasnederland.nl, gezien op 10 Juni 2005

www.vanderstam.nl, gezien op 4 Maart 2005

Bijlagen

Bijlage 1. Enquête professionals

Onderzoek naar een vragenlijst voor ADHD, PDD NOS en McDD
Instituut voor Orthopedagogie – Universiteit Twente

Ik doe een onderzoek naar ADHD, PDD NOS en McDD. Het doel is het ontwerpen van een vragenlijst voor ouders van kinderen (4-12 jaar) over deze drie aandoeningen. Om een zo duidelijk en volledig mogelijk beeld te schetsen van de aandoeningen heb ik ervoor gekozen een literatuurstudie te combineren met de mening van professionals uit 'het werkveld'. Ik stel uw medewerking zeer op prijs.

De vragenlijst bestaat uit drie delen. Het eerste deel betreft uw persoonlijke kenmerken, het tweede deel gaat in op de drie verschillende aandoeningen en het derde deel gaat in op de verschillen tussen de aandoeningen.

Als u geïnteresseerd bent in de uitkomsten kan ik u een samenvatting sturen van het onderzoeksverslag. Het kan wel drie tot vier maanden duren voor het verslag klaar is.

Ik wil graag een samenvatting van het onderzoeksverslag ontvangen: ja/nee
Indien ja, je mag mij dit sturen op het volgende (email)adres:

Ik wil graag beginnen met een aantal persoonlijke kenmerken, zoals leeftijd, studie, werkervaring en huidige werksituatie.

Naam:

Telefoonnummer:

Emailadres:

Leeftijd:

Voltooide opleidingen:
opleiding afstudeerrichting

Werkervaring:

Huidige werksituatie:

Sinds:

Vervolgens zullen we ingaan op de drie aandoeningen ADHD, PDD NOS en McDD. Per aandoening stel ik u vragen in twee verschillende categorieën, namelijk de huidige meetmethode en uw persoonlijke definitie van de aandoening.

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

Wat gebruikt u voor methoden om ADHD te diagnosticeren bij een kind in de basisschoolleeftijd?

Wat ontbreekt er volgens u nog aan de huidige meetmethoden?

Bestaat er bij u de behoefte aan een nieuw meetinstrument?

Zou u ADHD eens in vijf woorden willen omschrijven?

Nu volgt er een tabel waarin ik u wil vragen om kruisjes te zetten. In deze tabel staan een aantal kenmerken vermeld, en ik zou van u willen weten of dit kenmerk naar uw mening:

- een randvoorwaarde is voor de diagnose ADHD
- een bijverschijnsel is dat zeer vaak voorkomt bij kinderen met ADHD
- zelden of nooit voorkomt bij kinderen met ADHD

| <i>Kenmerk</i> | Randvoorwaarde | Bijverschijnsel | Komt zelden of nooit voor |
|--|-----------------------|------------------------|----------------------------------|
| Moeite de aandacht blijvend op een taak te richten | | | |
| Gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels | | | |
| Moeilijk op zijn/haar beurt kunnen wachten | | | |
| Antwoord geven voordat een vraag is afgemaakt | | | |
| Moeilijk instructies kunnen volgen | | | |
| Moeite met luisteren | | | |
| Dingen kwijtraken, verliezen | | | |
| Moeite met het afmaken van taken | | | |
| Vergeetachtigheid | | | |
| Moeite met plannen en organiseren | | | |
| Werkt slordig | | | |
| Onbezonnen dingen doen | | | |
| Zich niet bezighouden met de gevolgen van hun gedrag | | | |
| Liegen | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Van de ene activiteit naar de andere 'hollen' | | | |
| Anderen in de rede vallen | | | |
| Moeite om met leeftijdsgenoten om te gaan | | | |
| Overbeweeglijkheid | | | |
| Snel opgewonden | | | |
| Gauw gefrustreerd | | | |
| Stil zitten vraagt ongewoon veel energie | | | |
| Overdreven veel praten | | | |
| Onhandigheid | | | |
| Slaapstoornissen | | | |
| Consequent opstandig gedrag | | | |
| Extreem uitgelaten reactie op verjaardag, Sinterklaas et cetera | | | |
| Moeite om sociale signalen van anderen op te vangen en te begrijpen | | | |
| Onbereikbaar zijn voor anderen | | | |
| Symptomen zijn begonnen voor de leeftijd van zeven jaar | | | |

PDD-NOS (Pervasive Developmental Disorder – Not Otherwise Specified)

Wat gebruikt u voor methoden om PDD-NOS te diagnosticeren bij een kind in de basisschoolleeftijd?

Wat ontbreekt er volgens u nog aan de huidige meetmethoden?

Bestaat er bij u de behoefte aan een nieuw meetinstrument?

Zou u PDD-NOS eens in vijf woorden willen omschrijven?

Nu volgt er een tabel waarin ik u wil vragen om kruisjes te zetten. In deze tabel staan een aantal kenmerken vermeld, en ik zou van u willen weten of dit kenmerk naar uw mening:

- een randvoorwaarde is voor de diagnose PDD-NOS
- een bijverschijnsel is dat zeer vaak voorkomt bij kinderen met PDD-NOS
- zelden of nooit voorkomt bij kinderen met PDD-NOS

| <i>Kenmerk</i> | <i>Randvoorwaarde</i> | <i>Bijverschijnsel</i> | Komt zelden of nooit voor |
|--|-----------------------|------------------------|----------------------------------|
| Neiging tot het vermijden van oogcontact | | | |
| Heffen hun armen niet om opgepakt te worden | | | |
| Het lijkt alsof genegenheid hen maar weinig uitmaakt | | | |
| Het benaderen van vreemden op dezelfde vrije en ongedwongen manier als de ouders | | | |
| Onhandig en angstig gedrag in sociale situaties | | | |
| Moeite met deelname in groepsspelletjes | | | |
| Problemen met het begrijpen van de complexiteit van sociale relaties | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Weinig begrip en gebruik van non-verbale signalen | | | |
| Een eenzame en gesloten indruk maken | | | |
| Zich angstig en verzet tonen tegen veranderingen | | | |
| Fanatiek vasthouden aan bepaalde routines | | | |
| Een beperkte hoeveelheid interesses | | | |
| Overgevoeligheid voor zintuiglijke prikkels | | | |
| Trage taalontwikkeling | | | |
| Onvermogen om humor te begrijpen | | | |
| Onhandige, stijve motoriek | | | |
| Intense gehechtheid aan vreemde objecten | | | |

McDD (Multiple Complex Developmental Disorder)

Wat gebruikt u voor methoden om McDD te diagnosticeren bij een kind in de basisschoolleeftijd?

Wat ontbreekt er volgens u nog aan de huidige meetmethoden?

Bestaat er bij u de behoefte aan een nieuw meetinstrument?

Zou u McDD eens in vijf woorden willen omschrijven?

Nu volgt er een tabel waarin ik u wil vragen om kruisjes te zetten. In deze tabel staan een aantal kenmerken vermeld, en ik zou van u willen weten of dit kenmerk naar uw mening:

- een randvoorwaarde is voor de diagnose McDD
- een bijverschijnsel is dat zeer vaak voorkomt bij kinderen met McDD
- zelden of nooit voorkomt bij kinderen met McDD

| Kenmerk | Randvoorwaarde | Bijverschijnsel | Komt zelden of nooit voor |
|---|-----------------------|------------------------|----------------------------------|
| Intense angst of gespannenheid | | | |
| Vreesachtigheid of fobie | | | |
| Paniek aanvallen (primitieve angsten) | | | |
| Momenten van gedragsmatige terugval | | | |
| Uitgesproken stemmingsschommelingen zonder aanwijsbare aanleiding | | | |
| Frequente oninvoelbare en bizarre angstreacties | | | |
| Sociale desinteresse | | | |
| Ontbreken van bestendige relaties met leeftijdgenoten | | | |
| Aanklampende haat-liefde relaties, met name met volwassenen | | | |
| Diep gebrek aan empathie | | | |
| Onlogische gedachtegang of gedachtesprongen | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Verwarring tussen fantasie en realiteit | | | |
| Gemakkelijk verward raken | | | |
| Overwaardige gedachten | | | |
| Overgeïnvolveerd raken in fantasiefiguren, imaginaire vrienden | | | |

Hoe zou u het verschil tussen ADHD en PDD NOS definiëren, kunt u dit in een paar zinnen uitleggen?

Hoe zou u het verschil tussen ADHD en McDD definiëren, kunt u dit in een paar zinnen uitleggen?

Hoe zou u het verschil tussen PDD NOS en McDD definiëren, kunt u dit in een paar zinnen uitleggen?

Ruimte voor eventuele opmerkingen of tips:

Ik wil u hartelijk bedanken voor uw medewerking aan dit onderzoek.

Met vriendelijke Groet,

Sandra Foppen.

Bijlage 2. Interviews met professionals

Interview 1.

Professional 1 heeft een praktijk aan huis, waar ze kinderen op individuele wijze begeleidt. Ze geeft aan dat kinderen vaak bij haar binnenkomen met een stapel papieren met verslagen en diagnoses daarin maar wil kinderen graag zo blanco mogelijk benaderen om zelf een beeld te schetsen en een bepaald gevoel bij het kind te krijgen. ADHD is vaak ook een emotioneel probleem. De opvoeding en structuur hierin zijn zeer belangrijk voor zulke kinderen. Ze hebben behoefte aan duidelijke grenzen anders hebben ze de neiging om stuurloos te worden. Deze kinderen hebben ook vooral veel liefde nodig. Medicatie bij dit soort kinderen (bijvoorbeeld Ritalin) zorgt ervoor dat er een 'deurtje dicht' wordt gezet, kinderen worden min of meer afgevlakt. De fijne motoriek bij een kind met ADHD is vaak slecht, de grove motoriek is meestal beter. Stichting Variant biedt ook workshops Kinder-Nei (0-15 jaar) en geeft ook therapie op deze wijze. Kinder Nei is een methode van Neuro emotionele integratie waarbij onverwerkte emoties en incidenten uit het verleden alsnog verwerkt kunnen worden. Het doel hiervan is te komen tot begrip van het waarom van een bepaalde (emotionele) reactie, door deze bewustwording kan bepaald gedrag of een gevoel worden veranderd. De vraag is of het een fysiek probleem betreft, of het in de voeding zit, of het een emotioneel probleem betreft of dat het te maken heeft met niet-fysieke delen zoals de kosmos.

Ook doet stichting Variant aan familieopstellingen als therapievorm. Ze geeft aan niet dol te zijn op etiketten maar dat vooral belangrijk is dat ieder kind zijn eigen verhaal heeft en uniek is. De ene ADHD-er is de andere niet en dit geldt ook voor PDD-NOS.

Interview 2.

Professional 2 is docent op het speciaal onderwijs. Hier geeft hij les aan een klas van 12 kinderen. Hij geeft aan geneigd te zijn door diagnoses heen te kijken, hij kijkt meer naar het kind zelf dan naar het bijbehorende etiket. Hij is behoorlijk tegen het medicijn Ritalin omdat hij van mening is dat dit kinderen teveel af vlakt. Hij geeft aan dat tekenen en schrijven bij ADHD-ers vaak zeer slecht en chaotisch is. Hij ziet ze als angstige kinderen zonder grenzen. Een koemelk eiwitten allergie komt vaak voor bij ADHD volgens hem. Volgens hem kunnen kinderen met PDD-NOS geen contact maken met onze wereld, maar is deze te overweldigend voor hen.

Interview 3.

Professional 3 is pedagoge en ontwikkelings- en GZ psychologe. Ze heeft 15 jaar ervaring bij het RIAGG te Doetinchem. Ze is van mening dat het RIAGG te verkokerd en te oppervlakkig kijkt naar kinderen en dit heeft haar er onder andere toe doen besluiten om haar baan bij het RIAGG op te zeggen. Ze heeft een praktijk aan huis te Zutphen (pedagogisch adviesbureau Klimop) en heeft een aanstelling voor 40% als docente orthopedagogiek aan de Hogeschool van Utrecht. Ze geeft aan dat het verschil tussen PDD NOS en McDD volgens haar is, dat PDD NOS soms ook wel eens 'afwezig' is en McDD er altijd is, het is continu aanwezig. ADHD komt volgens haar vaak voor in

combinatie met leerstoornissen zoals dyslexie en NLD. Ook heeft ADHD vaak te maken met opvoedingsproblematiek, zoals een inconsequente opvoedingsstijl, 2 werkende ouders met veel stress en traumatische ervaringen zoals een scheiding, een sterfgeval, een verhuizing, verwaarlozing of mishandeling. Ook heeft het te maken met het didactische klimaat in de klas, sommige kinderen hebben vijf tot zes leerkrachten per jaar. Gepest worden kan ook leiden tot ADHD gedrag, toch is dit soms geen echte ADHD. ADHD is thuis, op school en overal. Zijn er verschillen in deze situaties? Dan ligt dit voornamelijk aan omgevingsfactoren en moet er kritisch worden bekeken of dit ADHD gedrag of de stoornis ADHD betreft. De CBCL is een zeer goed middel om dit te meten, wijst ook op disbalansen tussen ouders en school (want verschillende uitvoeringen voor ouders en docenten). Het verschil tussen ADHD en PDD NOS is dat een ADHD-er veelal impulsief is en de gevolgen van het gedrag beter kan snappen dan een PDD NOS-er. Bij PDD NOS is het belangrijk dat er een totaalbeeld wordt gecreëerd dus een combinatie van vragenlijsten met anamnese en indruk van de school en dergelijke. Bij iemand met ADHD ontstaat er meer irritatie, 'Kijk nou toch eens uit!'. Een ADHD-er is vaak onhandig en klunzig vanaf de kleutertijd. PDD NOS is oninvoelbaar en vervreemdend. Vaak hebben kinderen met PDD NOS slaaprituelen of rituelen met een bepaalde plek of bepaalde kleding. Voor het scheppen van het totaalbeeld voor de diagnose PDD NOS is het ook belangrijk om een sterkte/zwakte analyse uit te voeren. McDD is volgens Eveline een overkoepelend iets waarin PDD NOS een verfijning is. Het beslaat een zeer groot gebied dat van wit naar grijs naar zwart gaat. Een anekdote over McDD: een jongen gaat vissen en vist altijd gedurende 45 minuten (zet hiervoor een kookwekker). Zijn ouders gaan hier ook van uit, hij is zo lang weg. Onderweg wordt hij opgehouden doordat een hond in nood is en hij helpt deze hond. Dit duurt even en uiteindelijk zet hij de wekker weer op 45 minuten wanneer hij begint te vissen. Hij komt te laat terug en zijn ouders zijn heel bezorgd. Maar hij had de wekker toch gezet?

Bijlage 3. De AVL

AVL – ADHD vragenlijst

Geef aan in welke mate de jeugdige in de afgelopen zes maanden de onderstaande gedragingen vertoonde. Omcirkel uw antwoord. Kies uit de volgende mogelijkheden:

- | | |
|---|-------------------------|
| 0 | niet of nauwelijks |
| 1 | af en toe (incidenteel) |
| 2 | geregeld (maandelijks) |
| 3 | vaak (wekelijks) |
| 4 | zeer vaak (dagelijks) |

Aandachtstekort:

- Heeft moeite de aandacht langere tijd bij taken of spel te houden
- Gaat van de ene bezigheid op de andere over, zonder de eerste af te maken
- Raakt dingen kwijt (of verliest ze) die nodig zijn voor taken op school of thuis
- Heeft moeite met organiseren van activiteiten of taken
- Vermijdt taken die een langere inspanningen vergen, bijvoorbeeld huiswerk
- Is vergeetachtig

Hyperactiviteit:

- Beweegt onrustig met handen en voeten, frunnikt, wiebelt heen en weer
- Heeft moeite met blijven zitten als dat nodig is
- Wordt gemakkelijk afgeleid
- Is voortdurend in actie, alsof hij/zij wordt gedreven door een motor
- Praat aan één stuk door
- Heeft moeite om rustig te spelen

Impulsiviteit

- Heeft moeite op zijn/haar beurt te wachten, bijvoorbeeld bij spelletjes
- Gooit het antwoord eruit voordat de vraag is afgemaakt
- Heeft moeite met het opvolgen van aanwijzingen of opdrachten van anderen
- Verstoot bezigheden van anderen, dringt zich ongevraagd op
- Lijkt niet te luisteren naar hetgeen tegen hem/haar gezegd wordt
- Onderneemt fysiek gevaarlijke activiteiten zonder de gevolgen te overzien

Bijlage 4. Concept vragenlijst

Gedragsvragenlijst

Geef aan in welke mate uw kind in de afgelopen zes maanden de onderstaande gedragingen vertoonde. Omcirkel uw antwoord. Kies uit de volgende mogelijkheden:

- 0 niet of nauwelijks
- 1 af en toe (incidenteel)
- 2 geregeld (maandelijks)
- 3 vaak (wekelijks)
- 4 zeer vaak (dagelijks)

We beginnen met een aantal vragen over school en over de fysieke kenmerken van uw kind.

School:

| Mijn kind: | niet | af en toe | geregeld | vaak | zeer vaak |
|--|-------------|------------------|-----------------|-------------|------------------|
| Raakt dingen kwijt (of verliest ze) die nodig zijn voor taken op school of thuis | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is bang om naar school te gaan | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Maakt zijn of haar schoolwerk slecht | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Vermijdt taken die een langere inspanning vergen, bijvoorbeeld huiswerk | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is ongehoorzaam op school | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Fysieke kenmerken:

| Mijn kind: | niet | af en toe | geregeld | vaak | zeer vaak |
|--|-------------|------------------|-----------------|-------------|------------------|
| Heeft slaapstoornissen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft spraakproblemen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft een onhandige, stijve motoriek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Beweegt onrustig met handen en voeten, frunnikt, wiebelt heen en weer | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is overgevoelig voor zintuiglijke prikkels | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Onderneemt fysiek gevaarlijke activiteiten zonder de gevolgen te overzien. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Nu zullen we verdergaan met algemene vragen over het gedrag van uw kind.

| Mijn kind: | niet af en toe geregeld vaak zeer vaak | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Houdt zich niet bezig met de gevolgen van zijn of haar gedrag | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Kijkt met een lege blik | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Vertoont oninvoelbare en bizarre angstreactions | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Benadert vreemden op dezelfde ongedwongen en vrije manier als de ouders | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Klaagt over zich eenzaam voelen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Wordt gemakkelijk afgeleid | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is gesloten, houdt dingen voor zichzelf | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is koppig, stuurs of prikkelbaar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Gooit het antwoord eruit voordat de vraag is afgemaakt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft weinig begrip van en gebruikt weinig sociale signalen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is nerveus, zenuwachtig of gespannen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft de neiging om oogcontact te vermijden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Verwakt fantasie met de realiteit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft moeite met het opvolgen van aanwijzingen of opdrachten van anderen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Kan niet opschieten met andere jongens en meisjes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Maakt een eenzame en gesloten indruk | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is intens gehecht aan vreemde objecten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is voortdurend in actie, alsof hij of zij wordt gedreven door een motor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is meer dan gewoon luidruchtig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is angstig en toont verzet tegen veranderingen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 'Holt' van de ene activiteit naar de andere | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft driftbuien of is snel driftig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is te verlegen of te timide | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Het lijkt alsof genegenheid hem of haar maar weinig uitmaakt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is gauw gefrustreerd | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Gaat van de ene bezigheid op de andere over, zonder de eerste af te maken | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Dagdroomt of gaat op in zijn of haar gedachten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft een beperkte hoeveelheid interesses | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft moeite met het organiseren van taken | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Mijn kind: | niet af en toe geregeld vaak zeer vaak | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Houdt fanatiek vast aan bepaalde routines | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Verstoort bezigheden van anderen, dringt zich ongevraagd op | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is snel jaloers | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft aanklampende haat-liefde relaties met volwassenen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Praat aan één stuk door | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Gedraagt zich onhandig en angstig in sociale situaties | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Maakt veel ruzie | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Vertoont consequent opstandig gedrag | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is weinig actief, beweegt zich langzaam of heeft te weinig energie | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft paniekaanvallen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is overbeweeglijk | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is in de war of denkt wazig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Had als kind een trage taalontwikkeling | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is vergeetachtig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Vindt heel weinig leuk | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is liever alleen dan met anderen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft moeite om sociale signalen van anderen op te vangen en te begrijpen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft duidelijke momenten van gedragsmatige terugval | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft moeite om rustig te spelen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft moeite om deel te nemen in groepsspelletjes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is bang voor bepaalde dieren, situaties of plaatsen anders dan school | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Valt anderen in de rede | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Doet te jong voor zijn of haar leeftijd | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft moeite de aandacht langere tijd bij taken of spel te houden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft moeite met blijven zitten als dat nodig is | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is teruggetrokken, gaat niet met anderen om | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft moeite op zijn/haar beurt te wachten, bijvoorbeeld bij spelletjes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is ongelukkig, verdrietig of depressief | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Lijkt niet te luisteren naar hetgeen tegen hem/haar gezegd wordt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Mijn kind: | niet af en toe geregeld vaak zeer vaak | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Heeft moeite om met leeftijdsgenoten om te gaan | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft problemen met het begrijpen van de complexiteit van sociale relaties | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Lijkt soms onbereikbaar voor anderen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is thuis ongehoorzaam | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Weigert om te praten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Werkt slordig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Kan humor niet begrijpen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft een intense angst of is intens gespannen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft het gevoel dat anderen hem/haar te pakken willen nemen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is impulsief of doet dingen zonder erbij na te denken | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft uitgesproken stemmingswisselingen zonder aanwijsbare aanleiding | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Bezeert zich vaak, krijgt vaak ongelukken | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Maakt zich zorgen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Wordt veel gepest | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Maakt dingen waar hij/zij aan begint niet af | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Wordt niet aardig gevonden door andere jongens of meisjes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft een fobie of vrees | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft overwaardige gedachten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is snel opgewonden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is onhandig of stuntelig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft een onlogische gedachtengang of maakt rare gedachtensprongen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Gaat liever met jongere jongens of meisjes om | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Hefte als kind zijn of haar armen niet om opgepakt te worden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is niet geïnteresseerd in sociale dingen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Is te angstig of te bang | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Heeft een diep gebrek aan empathie | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Reageerde als kind extreem uitgelaten op Sinterklaas, verjaardag et cetera | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Raakt overgeïnvolveerd in fantasiefiguren en/of imaginaire vrienden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Nadat u deze vragenlijst hebt ingevuld zou ik u graag een paar vragen willen stellen:

Wat is de leeftijd van uw kind? jaar

Heeft uw kind een van de volgende diagnoses gekregen? (kruis aan svp)

- ADHD
- PDD-NOS
- McDD
- anders namelijk,
- geen

Wat vond u van de vormgeving van de vragenlijst?

Wat vond u van de opbouw van de vragenlijst ?

Vond u de vraagstelling duidelijk?

Zijn er vragen waar u wat over op of aan te merken heeft? Zo ja, welke?

Heeft u nog tips om deze vragenlijst beter te kunnen maken?

Ik wil u hartelijk bedanken voor uw medewerking aan dit onderzoek,

Met vriendelijke groet,

(handtekening)

Sandra Foppen.

Bijlage 5. Brief voor de respondenten

Enschede, 28 Mei 2005

Geachte ouders/verzorgers van ...

Ik zal me even voorstellen: ik ben Sandra Foppen en ik loop stage bij het Instituut voor Orthopedagogie. Ik ben derdejaars studente Psychologie aan de Universiteit Twente en ontwerp als onderdeel van deze stage een gedragsvragenlijst. In het kader van deze opdracht zou ik uw medewerking willen vragen.

Kunt u de bijgevoegde vragenlijst voor mij invullen en middels de open vragen onderaan de lijst uw op- of aanmerkingen willen geven op de wijze waarop de lijst is samengesteld? Indien u medewerking verleent, dan kunt u de ingevulde lijst aan uw kind meegeven.

Ik stel uw medewerking zeer op prijs en draag uiteraard zorg voor een anonieme verwerking van de resultaten. Na verwerking worden ingevulde vragenlijsten vernietigd. Indien u nog vragen hebt kunt u die stellen aan ondergetekende (06-26934834). Voor vragen en/of opmerkingen van meer algemene aard kunt u het instituut bellen (053-4308854).

Met Vriendelijke Groet

Sandra Foppen

Bijlage 6. Gedragsvragenlijst versie twee

Gedragsvragenlijst

Geef aan in welke mate uw kind in de afgelopen zes maanden de onderstaande gedragingen vertoonde. Omcirkel uw antwoord. Kies uit de volgende mogelijkheden:

- 5 niet of nauwelijks
- 6 af en toe (incidenteel)
- 7 geregeld (maandelijks)
- 8 vaak (wekelijks)
- 9 zeer vaak (dagelijks)

We beginnen met een aantal vragen over school en over de fysieke kenmerken van uw kind.

School:

| Mijn kind: | niet | af en toe | geregeld | vaak | zeer vaak |
|---|-------------|------------------|-----------------|-------------|------------------|
| 1. Raakt dingen kwijt (of verliest ze) die nodig zijn voor taken op school of thuis | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Is bang om naar school te gaan | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Behaalt slechte cijfers | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Heeft een slechte werkhouding op school | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Vermijdt taken die een langere inspanning vergen, bijvoorbeeld huiswerk | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Is ongehoorzaam op school | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Fysieke kenmerken:

| Mijn kind: | niet | af en toe | geregeld | vaak | zeer vaak |
|--|-------------|------------------|-----------------|-------------|------------------|
| 7. Heeft slaapstoornissen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Heeft spraakproblemen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Heeft een onhandige, stijve motoriek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Beweegt onrustig met handen en voeten, frunnikt, wiebelt heen en weer | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Is overgevoelig voor zintuiglijke prikkels | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Onderneemt fysiek gevaarlijke activiteiten zonder de gevolgen te overzien. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Nu zullen we verdergaan met algemene vragen over het gedrag van uw kind.

| Mijn kind: | niet af en toe geregeld vaak zeer vaak | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 13. Houdt zich niet bezig met de gevolgen van zijn of haar gedrag | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Kijkt met een lege blik | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Vertoont oninvoelbare en bizarre angstreactions | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Benadert vreemden op dezelfde ongedwongen en vrije manier als de ouders | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Klaagt over zich eenzaam voelen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Wordt gemakkelijk afgeleid | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Is gesloten, houdt dingen voor zichzelf | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Is koppig, stuurs of prikkelbaar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Gooit het antwoord eruit voordat de vraag is afgemaakt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Heeft weinig begrip van en gebruikt weinig sociale signalen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Is nerveus, zenuwachtig of gespannen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Heeft de neiging om oogcontact te vermijden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Verwakt fantasie met de realiteit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Heeft moeite met het opvolgen van aanwijzingen of opdrachten van anderen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Kan niet opschieten met andere jongens en meisjes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Maakt een eenzame en gesloten indruk | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Is intens gehecht aan vreemde objecten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Is voortdurend in actie, alsof hij of zij wordt gedreven door een motor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Is meer dan gewoon luidruchtig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Is angstig en toont verzet tegen veranderingen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. 'Holt' van de ene activiteit naar de andere | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Heeft driftbuien of is snel driftig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Is te verlegen of te timide | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Het lijkt alsof genegenheid hem of haar maar weinig uitmaakt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Is gauw gefrustreerd | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Gaat van de ene bezigheid op de andere over, zonder de eerste af te maken | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Dagdroomt of gaat op in zijn of haar gedachten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Heeft een beperkte hoeveelheid | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| interesses | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Mijn kind: | niet af en toe geregeld vaak zeer vaak | | | | |
| 41. Heeft moeite met het organiseren van taken | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Houdt fanatiek vast aan bepaalde routines | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Verstoort bezigheden van anderen, dringt zich ongevraagd op | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. Is snel jaloers | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Heeft aanklampende haat-liefde relaties met volwassenen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. Praat aan één stuk door | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. Gedraagt zich onhandig en angstig in sociale situaties | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. Maakt veel ruzie | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. Vertoont consequent opstandig gedrag | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. Is weinig actief, beweegt zich langzaam of heeft te weinig energie | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. Heeft paniekaanvallen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. Is overbeweeglijk | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. Is in de war of denkt wazig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. Had als kind een trage taalontwikkeling | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55. Is vergeetachtig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56. Vindt heel weinig leuk | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57. Is liever alleen dan met anderen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58. Heeft moeite om sociale signalen van anderen op te vangen en te begrijpen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59. Heeft duidelijke momenten van gedragsmatige terugval | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60. Heeft moeite om rustig te spelen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 61. Heeft moeite om deel te nemen in groepsspelletjes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 62. Is bang voor bepaalde dieren, situaties of plaatsen anders dan school | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 63. Valt anderen in de rede | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 64. Doet te jong voor zijn of haar leeftijd | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 65. Heeft moeite de aandacht langere tijd bij taken of spel te houden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 66. Heeft moeite met blijven zitten als dat nodig is | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 67. Is teruggetrokken, gaat niet met anderen om | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 68. Heeft moeite op zijn/haar beurt te wachten, bijvoorbeeld bij spelletjes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 69. Is ongelukkig, verdrietig of depressief | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 70. Lijkt niet te luisteren naar hetgeen tegen hem/haar gezegd wordt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|

| Mijn kind: | niet | af en toe | geregeld | vaak | zeer vaak |
|--|-------------|------------------|-----------------|-------------|------------------|
| 71. Heeft moeite om met leeftijdsgenoten om te gaan | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 72. Heeft problemen met het begrijpen van de complexiteit van sociale relaties | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 73. Lijkt soms onbereikbaar voor anderen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 74. Is thuis ongehoorzaam | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 75. Weigert om te praten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 76. Werkt slordig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 77. Kan humor niet begrijpen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 78. Heeft een intense angst of is intens gespannen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 79. Heeft het gevoel dat anderen hem/haar te pakken willen nemen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 80. Is impulsief of doet dingen zonder erbij na te denken | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 81. Heeft uitgesproken stemmingswisselingen zonder aanwijsbare aanleiding | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 82. Bezeert zich vaak, krijgt vaak ongelukken | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 83. Maakt zich zorgen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 84. Wordt veel gepest | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 85. Maakt dingen waar hij/zij aan begint niet af | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 86. Wordt niet aardig gevonden door andere jongens of meisjes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 87. Heeft een fobie of vrees | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 88. Heeft overwaardige gedachten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 89. Is snel opgewonden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 90. Is onhandig of stuntelig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 91. Heeft een onlogische gedachtengang of maakt rare gedachtensprongen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 92. Gaat liever met jongere jongens of meisjes om | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 93. Heeft als kind zijn of haar armen niet om opgepakt te worden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 94. Is niet geïnteresseerd in sociale dingen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 95. Is te angstig of te bang | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 96. Heeft een diep gebrek aan empathie | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 97. Reageerde als kind extreem uitgelaten op Sinterklaas, verjaardag et cetera | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 98. Raakt overgeïnvolveerd in fantasiefiguren en/of imaginaire vrienden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|

Nadat u deze vragenlijst hebt ingevuld zou ik u graag een paar vragen willen stellen:

Wat is de leeftijd van uw kind? jaar

Heeft uw kind een van de volgende diagnoses gekregen? (kruis aan svp)

- ADHD
- PDD-NOS
- McDD
- anders namelijk,
- geen

Wat vond u van de vormgeving van de vragenlijst?

Wat vond u van de opbouw van de vragenlijst ?

Vond u de vraagstelling duidelijk?

Zijn er vragen waar u wat over op of aan te merken heeft? Zo ja, welke?

Heeft u nog tips om deze vragenlijst beter te kunnen maken?

Ik wil u hartelijk bedanken voor uw medewerking aan dit onderzoek,

Met vriendelijke groet,

(handtekening)

Sandra Foppen.

