*Werk in uitvoering*

# BETER OMGAAN MET BOOSHEID

De interventie 'Meer Zelfcontrole Minder Boos' wil kinderen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en gedragsproblemen leren beter met boosheid om te gaan. Onderzoek moet uitwijzen hoe effectief deze interventie is.

EVA KÜHL, MAJA DEKOVIĆ, SANDER THOMAES, INA KONING EN JULIËTTE LIBER

Kinderen met een licht verstandelijke beperking (LVB) laten meer hardnekkige gedragsproblemen zien dan kinderen zonder zo'n beperking; denk aan agressief en opstandig gedrag. Het is belangrijk om deze kinderen, die een IQ tussen de 50 en 85 en beperkingen in het adaptieve functioneren hebben, tijdig een effectieve interventie aan te bieden. Voor deze doelgroep zijn echter maar weinig *evidencebased* programma's voor handen. (Kok e.a., 2016). En conventionele interventies kunnen niet zomaar ingezet worden, vanwege de cognitieve beperkingen van kinderen met een LVB. Hieronder vallen een beperkte aandachtspanne, problemen in de executieve functies (bijvoorbeeld het werkgeheugen) en moeilijkheden met een ander perspectief innemen en abstract denken (De Wit e.a., 2012; Hronis e.a., 2017; Van den Boogaard e.a., 2020). Om interventies te laten aansluiten bij de mogelijkheden van kinderen met een LVB zijn aanpassingen cruciaal.

Voor kinderen tussen de negen en veertien jaar met een LVB en gedragsproblemen is de interventie 'Meer Zelfcontrole Minder Boos' ontwikkeld (Liber & De Boo, 2018). Deze interventie, die wordt aangeboden op school, richt zich op het verbeteren van de sociale informatieverwerking, emotieregulatie en het versterken van de sociaal (cognitieve) vaardigheden om zo de gedragsproblemen te verminderen. Geprobeerd is zo goed mogelijk aan te sluiten bij de specifieke mogelijkheden en behoeften van kinderen met een LVB. Zo wordt gebruikgemaakt van een zeer consequente structuur, waarbij het oefenen, herhalen en reproduceren van de interventie-inhoud centraal staat, en is het taalgebruik aangepast. De kinderen werken in kleine groepjes, waarbij per sessie steeds rekening wordt gehouden met hun aandachtspanne. Ten slotte is de inhoud zo concreet mogelijk gemaakt met praktische oefeningen, visuele ondersteuning van taal, en videoclips om de therapie-inhoud over te brengen. Halverwege

## VOOR KINDEREN MET EEN LVB ZIJN WEINIG INTERVENTIES

de interventie bijvoorbeeld bekijken de kinderen de video 'Vechten, vluchten of aanpakken' om hen te leren gedragsalternatieven te generen ('respons generatie' uit de sociale informatieverwerkingstheorie; Crick & Dodge, 1994). Het filmpje laat drie gedragsalternatieven zien: één personage reageert op pesten door te vluchten, een ander door het probleem op een rustige manier aan te pakken en een derde door te vechten. De verschillende reacties worden met de kinderen besproken, waarbij het pro-

**over de auteurs** E. Kühl, promovendus en kinder- en jeugdpsycholoog aan de Universiteit Utrecht en Van den Bosch & Kroespsychologen in Oirschot. Prof. dr. M. Dekovic', hoogleraar Orthopedagogiek, UU. Prof. dr. S. Thomaes, hoogleraar Ontwikkelingspsychologie, UU. Dr. I. Koning universitair docent, UU. Dr. J. Liber universitair docent, orthopedagoog i.o.t. orthopedagoog generalist en cognitief gedragstherapeut, UU en PsyMens Kind & Jeugd. E: e.kuhl@uu.nl

**trefwoorden**
licht verstandelijke beperking, externaliserend gedrag, schoolinterventie, cognitieve gedragstherapie

bleem op een rustige manier aanpakken als meest aantrekkelijke reactie eindigt. Het videofragment fungeert dus als psycho-educatie en 'modeling' om de kinderen alternatieven voor ongewenst gedrag te leren, op een voor hen behapbare en zeer concrete manier.

## DE INTERVENTIE

Meer Zelfcontrole Minder Boos bestaat uit één individuele sessie en elf groepssessies (drie tot vijf kinderen per groep), geleid door een trainer en een cotrainer. De aanpassingen die zijn gedaan houden rekening met de beperkingen van kinderen met een IQ tussen de 65 en 85. In de eerste (individuele) sessie worden persoonlijke trainingsdoelen opgesteld en geregistreerd voor ieder kind. In de volgende elf (groeps)sessies worden CGT-technieken gebruikt om de sociale informatieverwerking en emotieregulatievaardigheden van kinderen te verbeteren. In de tiende sessie krijgen alle kinderen een diploma. Na een maand vindt er een boostersessie (sessie elf) plaats.

### *Fase 1: onderzoek naar implementatie*

Voorafgaand aan het onderzoek naar de effectiviteit, is het van belang om te evalueren hoe een interventie wordt uitgevoerd in de praktijk. Dit is van invloed op de uitkomsten en effectiviteit. (Berkel e.a., 2011; Durlak & DuPre, 2008). Om na te gaan of Meer Zelfcontrole Minder Boos aansluit bij en uitvoerbaar is in de praktijk hebben we recent een pilotstudie afgerond.

## KINDEREN MET EEN LVB HEBBEN VAKER GEDRAGSPROBLEMEN

Deze pilotstudie toetste of professionals in de praktijk kunnen werken met deze interventie en in hoeverre hij aansluit bij de behoeften van de kinderen. Daarnaast beoogt de pilotstudie om een eerste indicatie van de potentiële effectiviteit van de interventie te verkrijgen. We onderzochten of er aanwijzingen zijn van een vermindering van gedragsproblemen bij kinderen met een LVB na deelname aan Meer Zelfcontrole Minder Boos.

In totaal namen 24 kinderen tussen de negen en vijftien jaar deel aan deze pilotstudie (75% jongens; IQ 65-88). Dertien leerkrachten rapporteerden over het gedrag van de kinderen en tien trainers beantwoordden vragen over de interventie. Met behulp van vragenlijsten voor kinderen en trainers werden thema's zoals responsiviteit (interesse in de interventie), tevredenheid en begrip van de inhoud van de interventie in kaart gebracht. Gedragsproblemen werden met vragenlijsten voor, tijdens en na de interventie in kaart gebracht met de Gedragsproblemen subschaal van de Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ; Van Widenfelt e.a., 2003). Deze schaal werd door leerkrachten en leerlingen ingevuld. Er werd zowel op individueel niveau (door middel van realiable change indices; RCI) als op groepsniveau (door middel van effect sizes: Cohen's *d*) getoetst of de gedragsproblemen van kinderen veranderden.

De resultaten uit deze fase zien er veelbelovend uit. Kinderen waren over het algemeen responsief en tevreden over de interventie en gaven aan de interventie te begrijpen. Daarnaast liet een deel van de kinderen afnames in gedragsproblemen zien op individueel niveau en vonden we op groepsniveau effectgroottes die varieerden van klein tot matig. Deze resultaten suggereren dat Meer Zelfcontrole Minder Boos succesvol geïmplementeerd kan worden op scholen en dat de interventie mogelijk effectief kan zijn in het verminderen van gedragsproblemen bij kinderen met een LVB. De volgende stap is om de effectiviteit van de interventie nog beter te onderzoeken.

### *Fase 2: onderzoek naar effectiviteit*

In de tweede fase van het onderzoek gaan we de effectiviteit van de interventie grondig toetsen. We zullen een gerandomiseerd onderzoek met controlegroep (*Randomized Controlled Trial*; RCT) uitvoeren. Hierin onderzoeken we of Meer Zelfcontrole Minder Boos effectief is in het verminderen van gedragsproblemen bij kinderen met een LVB. Daarbij vergelijken we kinderen die de interventie krijgen met kinderen die de gebruikelijke zorg van school krijgen. Bovendien gaan we na of eventuele veranderingen in gedragsproblemen optreden als gevolg van verbeteringen in de sociale informatieverwerking en emotieregulatie, aspecten die beide sterk samenhangen met gedragsproblemen (Matthys & Glind, Van de, 2013) en die binnen de interventie Meer Zelfcontrole Minder Boos worden getraind. Ten slotte onderzoeken we onder welke omstandigheden de interventie effectief is, waarbij we ons onder andere richten op factoren zoals de ernst van de problemen voorafgaand aan de interventie, het IQ van deelnemers, en de kenmerken van het therapeutisch proces (Fjermestad e.a., 2016). Voorbeelden van het therapeutische proces zijn het therapiebegrip van het kind, de betrokkenheid van het kind bij de behandeling, de alliantie tussen kind en trainer en de behandelmotivatie.

De RCT is in september 2021 begonnen. Er zijn vier momenten waarop de deelname kan beginnen, verspreid over een periode van twee jaar (september 2021-januari 2023). Scholen worden willekeurig toegewezen aan ofwel de interventieconditie of de controleconditie (dat wil zeggen: reguliere zorg van school). Deelnemers zijn kinderen tussen de negen en veertien jaar met lage cognitieve capaciteiten (congruent met een LVB; IQ tussen 65-85) en een verhoogde mate van gedragsproblemen. We streven ernaar om 214 kinderen in de studie te includeren. Gedragsproblemen worden gemeten op vier momenten (voor-, tussen-, na- en follow-upmeting) met een multi-informant benadering (namelijk kind, ouders,

leerkracht). Ook wordt de sociale informatieverwerking en de emotieregulatie van de deelnemende kinderen gemeten. Het therapeutisch proces wordt in kaart gebracht door middel van video-opnames en observaties tijdens de interventie en korte vragenlijsten voor de trainers en het kind. Als u interesse heeft om met uw school deel te nemen aan het onderzoek dan horen we graag van u (contactgegevens vindt u bij de auteursgegevens van dit artikel).

## KLINISCHE RELEVANTIE EN MOGELIJKE IMPLICATIES

De resultaten van de pilotstudie zijn bemoedigend, maar we kunnen pas na afronding van de RCT conclusies trekken over de effectiviteit van de interventie. Als de interventie effectief bevonden wordt, draagt dit onderzoek direct bij aan de praktijk; er zal dan een preventief interventieprogramma beschikbaar zijn voor kinderen met een LVB en gedragsproblemen dat op scholen kan worden gebruikt.

Ook als de interventie onvoldoende werkt, of slechts voor een beperkt deel van de kinderen, kan het onderzoek belangrijke inzichten opleveren. Kennis van de mechanismen en omstandigheden waaronder kinderen meer of minder profiteren van behandeling kan helpen bij de (verdere) ontwikkeling of gerichte inzet van interventies. Wanneer kinderen onvoldoende profiteren kan bijvoorbeeld blijken dat dit samenhangt met een laag IQ, wat erop wijst dat de interventie onvoldoende aansluit bij het cognitieve niveau van de kinderen. Ook zou kunnen blijken dat de veronderstelde mechanismen, verbetering in de sociale informatieverwerking en emotieregulatie, geen effectieve targets zijn voor interventie. Dergelijke bevindingen kunnen leiden tot het verder ontwikkelen van de interventie of tot nieuw onderzoek naar wat potentieel werkt voor de (preventieve) behandeling van kinderen met een LVB en gedragsproblemen.

**EERSTE RESULTATEN BEMOEDIGEND, MEER ONDERZOEK VOLGT**

Kortom, deze studie is een eerste stap om dichterbij het implementeren of verder ontwikkelen van een interventie 'die werkt' voor een kwetsbare groep; kinderen met een LVB en gedragsproblemen.

## LITERATUUR


> Berkel, C., Mauricio, A.M., Schoenfelder, E., & Sandler, I. N. (2011). Putting the pieces together: an integrated model of program implementation HHS public access author manuscript. *Prev Sci, 12*(1), 23–33. https://doi.org/10.1007/s11121-010-0186-1

> Crick, N.R., & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin, 115*(1), 74-101. https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.1.74

> De Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2012). Richtlijnen Effectieve Interventies LVB [Guidlines for effective interventions MID]. Dekkers.

> Durlak, J.A., & DuPre, E.P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*(3-4), 327-350. https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0

> Emerson, E., Einfeld, S., & Stancliffe, R. J. (2011). Predictors of the persistence of conduct difficulties in children with cognitive delay. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 52*, 1184-1194. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02413.x

> Fjermestad, K.W., McLeod, B.D., Tully, C.B., & Liber, J. (2016). Therapist characteristics and interventions: Enhancing alliance and involvement with youth. In S. Maltzman (Ed.), *The Oxford handbook of treatment processes and outcomes in psychology: A multidisciplinary biopsychosocial approach* (pp. 97-116). Oxford University Press.

> Hronis, A., Roberts, L., & Kneebone, I.I. (2017). A review of cognitive impairments in children with intellectual disabilities: Implications for cognitive behaviour therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 56*, 189-207. https://doi.org/10.1111/bjc.12133

> Kok, L., van der Waa, A., Klip, H., & Staal, W. (2016). The effectiveness of psychosocial interventions for children with a psychiatric disorder and mild intellectual disability to borderline intellectual functioning: A systematic literature review and meta-analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 21*(1), 156-171. https://doi.org/10.1177/1359104514567579

> Liber, J.M., & de Boo, G.M. (2018). *Meer zelfcontrole, minder boos: Trainershandleiding.* SWP Uitgeverij.

> Matthys, W., & van de Glind, G. (2013). Richtlijn oppositioneel-opstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD) bij kinderen en jongeren. Utrecht: De Tijdstroom.

> van den Boogaard, M., Boven, S., Berg, M., van den Blokkenhoeve, J., & Drost, J.-W. (2020). Cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en een psychische stoornis. In *Society*. https://www.academischewerkplaatskajak.nl/wp-content/uploads/2020/02/Handreiking-CGT-A4-v4-DEF-1.pdf

> van Widenfelt, B.M., Goedhart, A.W., Treffers, P.D.A., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child and Adolescent Psychiatry, 12*, 281-289. https://doi.org/10.1007/s00787-003-0341-3