

**Samen op zoek naar effectieve behandeling van gedragsproblemen bij cliënten met lichte
verstandelijke beperkingen: Het consortium LVG en gedragsproblemen**

Bram Orobio de Castro

Ontwikkelingspsychologie, Universiteit Utrecht

Petri Embregts

Orthopedagogiek, Radboud Universiteit Nijmegen

Maroesjka van Nieuwenhuijzen

Ontwikkelingspsychologie, Universiteit Utrecht

Joost Jan Stolker

Altrecht Geestelijke Gezondheidszorg

SAMENVATTING

Gedragsproblemen komen bijzonder veel voor bij cliënten met lichte verstandelijke beperkingen. Ze zijn moeilijk te behandelen en belastend om mee om te gaan, zowel voor cliënten zelf als voor hun omgeving. In de LVG sector is veel expertise over het omgaan met gedragsproblemen, die echter nog beter gedeeld zou kunnen worden, en waarvan de effecten nog onvoldoende zijn onderzocht.

Om effectieve behandelingen voor gedragsproblemen bij cliënten met LVG te kunnen ontwikkelen en toetsen is het consortium “*effectieve behandeling van gedragsproblemen bij cliënten met lichte verstandelijke beperkingen*” opgericht door de in VOBC LVG en de Borg verenigde behandelcentra en de universiteiten van Utrecht en Nijmegen. Met financiële steun van Zon Mw, VOBC LVG, de Borg en de universiteiten zijn inmiddels drie projecten gestart: (1) *Begeleiders in Beeld*, ontwikkeling en effectonderzoek naar training voor begeleiders in het hanteren van gedragsproblemen; (2) *Minder Boos en Opstandig LVG*, ontwikkeling en effectonderzoek naar een gecombineerde cognitief gedragstherapeutische ouder- en kindtraining; en (3) *Psychofarmaca gebruik*, onderzoek naar gebruik van psychofarmaca bij gedragsproblemen en optimalisering van medicatie afbouw en begeleiding. In dit artikel worden het consortium, haar doelstellingen en de drie projecten beschreven.

De meerderheid van cliënten met licht verstandelijke beperkingen (LVG) die doorverwezen zijn naar de geestelijke gezondheidszorg vertoont ernstig probleemgedrag, zoals fysieke agressie, oppositioneel gedrag en delinquent gedrag. Bij een aanzienlijk deel van deze cliënten zijn deze problemen zo ernstig en frequent dat ze onder de noemer van een disruptieve gedragsstoornis vallen. De prognose voor deze cliënten is ongunstig: gedragsproblemen gaan vaak samen met internaliserende en sociale problemen, verminderen kansen op participatie in de maatschappij en bemoeilijken behandeling van andere problematiek. Jeugdigen met LVG gedragsproblemen hebben meer kans op sociale, emotionele en maatschappelijke problemen dan volwassenen. (Didden, 2005; Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro, & Matthys, 2006).

Gedragsproblemen zijn een dermate zware last voor cliënt en omgeving dat zij deze problemen beschouwen als belangrijkste focus voor interventie (Abma et al., 2005). De kosten van deze problemen zijn ook zeer hoog voor de maatschappij: Denk aan het vele contact met hulpverlening, frequent gebruik van sociale voorzieningen, veelvuldig in aanraking komen met justitie, schade voor slachtoffers en een belangrijke bijdrage aan (al of niet terechte) onveiligheidsgevoelens bij veel burgers. Last but not least worden door veel hulpverleners in de (L)VG sector juist de gedragsproblemen van cliënten ervaren als meest belastende problematiek in hun dagelijks werk. Om al deze redenen zijn effectieve interventies om gedragsproblemen van cliënten met LVG te verminderen hard nodig.

Hoewel de roep om effectieve aanpak van gedragsproblemen van LVG cliënten breed gedeeld wordt weten we echter nog steeds weinig over de effectiviteit van interventies die gericht zijn op deze problemen. Internationaal zijn slechts een paar studies uitgevoerd, en in Nederland is het bewijs beperkt tot een aantal case studies (zie voor NL van Nieuwenhuijzen et al, 2007; internationaal Didden et al., 2006). Dat is jammer, temeer omdat in de (L)VG sector heel veel deskundigheid is over het hanteren van de combinatie van gedragsproblemen en verstandelijke beperkingen, die in andere sectoren node gemist wordt (gezamenlijke inspecties, 2003). Door gebrek aan onderzoek krijgt deze deskundigheid niet de stem en erkenning die ze verdient: Het is heel goed mogelijk dat op locatie X groepsleider Y een heel effectieve methodiek heeft ontwikkeld, maar dat dit nooit ten goede komt aan zijn of haar collega's in de rest van het land doordat deze methodiek niet is vastgelegd, en het succes ervan niet is aangetoond. Gebrek aan bewijsmateriaal maakt het bovendien zeer moeilijk voor cliënten, financiers en andere betrokkenen om te weten wat men op dit gebied van (L)VG instellingen kan verwachten en hoe men daar maximaal aan kan bijdragen.

Gelukkig wordt binnen de (L)VG sector al jaren de overtuiging gedeeld dat de krachten gebundeld moeten worden om effectieve interventies te ontwikkelen, te evalueren en toe te passen. De afgelopen jaren is hiertoe hard gewerkt aan samenwerkingsverbanden, professionalisering van de sector, fundamenteel onderzoek als basis voor behandeling, en ontwikkeling van behandelmethodieken en instrumenten. De ruimte ontbreekt hier om op ieder van deze punten in te gaan, maar het recente congres 'met het oog op behandeling' en het bijbehorende boek geven een

aardige indruk van de mate van samenwerking en expertise die inmiddels bereikt is (Didden & Moonen, 2007).

Vanuit deze samenwerking is nu een consortium van instellingen, expertisecentra en universiteiten opgericht met als doel gezamenlijk structureel de effectiviteit van behandeling van gedragsproblemen in de LVG te verbeteren en wetenschappelijk aan te tonen. Dankzij bijdragen van betrokken instellingen en Zon MW heeft dit consortium onlangs een vliegende start gemaakt.

Doel van deze bijdrage is voor alle belanghebbenden de opzet en aanpak van het consortium te beschrijven. Met deze beschrijving hopen wij inzicht te geven in de overkoepelende doelstelling van het consortium en de rol van de verschillende projecten om dat doel te bereiken. Daarnaast hopen wij instellingen vast een beeld te geven van de samenwerking en kennisuitwisseling die wij de komende jaren met hen willen opzetten.

Het Consortium Effectieve Behandeling van Gedragsproblemen

Het consortium effectieve behandeling van gedragsproblemen is een samenwerkingsverband van VOBC LVG met alle daarbij aangesloten instellingen, de Borg met alle daarbij aangesloten instellingen, de faculteiten sociale wetenschappen en farmaco-epidemiologie en -therapie van de Universiteit Utrecht en de afdeling Orthopedagogiek van de Radboud Universiteit Nijmegen. Deze partijen hebben in een overeenkomst voor onbepaalde tijd vastgelegd structureel samen te werken aan ontwikkeling van en wetenschappelijk onderzoek naar effectieve behandeling van gedragsproblemen voor jeugdige en volwassen cliënten met lichte verstandelijke beperkingen.

Voor de komende vijf jaar is deze samenwerking concreet ingevuld met drie projecten. Deze projecten worden voor het grootste deel gefinancierd door VOBC LVG, de Borg en een subsidie vanuit het Zon Mw programma 'Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking'. Het Ministerie van VWS vindt ontwikkeling van 'evidence based' zorg voor mensen met een verstandelijke beperking zeer belangrijk en ziet structurele samenwerking tussen instellingen, kenniscentra en universiteiten als beste middel om dat te bereiken. VWS heeft Zon Mw daarom een subsidieronde specifiek voor dergelijke structurele samenwerking laten instellen. Het consortium heeft hierbij een voorstel ingediend dat tot onze blijdschap gehonoreerd is. Naast deze financiële bijdrage zal Zon Mw het consortium ondersteunen bij communicatie en implementatie van resultaten.

De doelstelling van het consortium vraagt intensieve samenwerking tussen een dertigtal (!) instellingen, vakgroepen en afdelingen. Om deze samenwerking goed te laten verlopen is de volgende structuur vastgelegd. Ieder project wordt geleid door een projectleider. De drie projectleiders en vertegenwoordigers van VOBC LVG en de Borg zien elkaar regelmatig in een zogenaamd projectgroepoverleg. Dit overleg wordt voorgezeten door de principal investigator, die wetenschappelijke eindverantwoordelijkheid draagt over de drie projecten. Deze principal investigator legt een aantal keer per jaar verantwoording af aan de stuurgroep, waarin bestuurders van VOBC LVG en de Borg zitting hebben. Stuurgroep en principal investigator leggen ook verantwoording af aan Zon

Mw, voor het door Zon Mw gefinancierde deel. Samenwerking tussen de projecten en de instellingen wordt ondersteund door een coördinator en contactpersonen bij de instellingen.

In deze bijdrage lichten we de concrete plannen van het consortium voor de komende vijf jaar toe, die op deze wijze gefinancierd en georganiseerd zijn. Het is echter nadrukkelijk de bedoeling van consortium en Zon Mw om het niet bij die vijf jaar en deze projecten te laten. Wij beogen structurele samenwerking en het creëren van een academisch klimaat en infrastructuur waarin op de lange termijn evidence-based behandeling, ontwikkeling en (effect)onderzoek vanzelfsprekend samen zullen gaan.

Ontwikkeling en behandeling van gedragsproblemen bij mensen met LVG

De consortiumplannen zijn gebaseerd op onze kennis over de ontwikkeling en behandeling van gedragsproblemen bij mensen met LVG. Hier ontbreekt de ruimte om daar een compleet overzicht van te geven (zie daarvoor bijv de consortiumuitgave “Met het oog op behandeling” , Didden & Moonen, 2007).

Samenvattend zijn de meest relevante feiten waar wij ons op baseren:

- Gedragsproblemen komen veel vaker en in veel ernstiger vormen voor onder kinderen, jeugdigen en volwassenen met LVG dan in de algemene populatie.
- Gedragsproblemen ontstaan veelal vroeg in de jeugd en zijn bijzonder hardnekkig.
- Voor het ontstaan van gedragsproblemen is niet één oorzaak voldoende. Daarvoor is een samenspel nodig van meerdere individuele kwetsbaarheden (bijvoorbeeld lage intelligentie, geringe impulscontrole, lage hartslag in rust) met meerdere omgevingsinvloeden (bijvoorbeeld in gezin, leeftijdgenoten, school, buurt).
- De elementen in dat samenspel kunnen van persoon tot persoon variëren.
- Bij cliënten in LVG en SGLVG zorg is sprake van een opmerkelijke cumulatie van zulke individuele kwetsbaarheden en ongunstige omgevingsinvloeden.
- Gedragsproblemen dragen op hun beurt bij aan het versterken van negatieve omgevingsinvloeden, bijv door inadequate opvoeding op te roepen, afwijzing door anderen op te roepen of bij te dragen aan schooluitval.
- De hardnekkigheid van gedragsproblemen kan daardoor het best begrepen worden als een voortdurende wisselwerking tussen een cliënt en diens verschillende omgevingen.
- De meest effectieve interventies beïnvloeden meerdere elementen in deze wisselwerking *tegelijk*, bijvoorbeeld door gelijktijdig aan cognities van een cliënt, opvoedingsvaardigheden van diens ouders, en omgangsstijl van hulpverleners te werken.
- Maar veel behandelvormen voor gedragsproblemen sluiten helaas juist cliënten met LVG uit en vrijwel alle studies naar effecten van behandelingen hebben geen cliënten met LVG laten deelnemen, waardoor over de effectiviteit van dergelijke behandelingen veel te weinig bekend is.

Gezien de opeenstapeling van ongunstige factoren bij LVG cliënten en de chroniciteit van hun gedragsproblemen zal voor behandeling van deze problemen nog sterker gelden wat ook voor andere cliënten geldt: behandeling kan alleen slagen als ze zich tegelijkertijd richt op meerdere oorzaken en in stand houdende factoren.

Op welke factoren moet de behandeling zich dan vooral richten? In de eerste plaats natuurlijk op factoren die een sleutelrol spelen bij het in stand blijven van de problemen. Van die sleutelfactoren zijn natuurlijk alleen diegenen aan te pakken die enigszins te beïnvloeden zijn. Daarbij zijn vooral die beïnvloedbare factoren relevant waarvan we al weten dat interventies ze met succes hebben beïnvloed, en dat dat ook leidde tot vermindering van gedragsproblemen.

Op basis van deze criteria zijn wij op een aantal sleutelfactoren voor behandeling uitgekomen.

1. Ten eerste de directe dagelijkse omgeving van cliënten: bij kinderen en jongeren zijn dat ouders/verzorgers, bij zowel jeugd als volwassenen de mede cliënten op (dag)behandelgroepen en de groeps(bege)leiders. Het is overtuigend aangetoond dat behandeling en training gericht op deze directe interactiepartners van cliënten gedragsproblemen substantieel kan doen afnemen. Meest effectief lijken hierbij *oudertraining* en *training van hulpverleners* in omgang met cliënten en sturen van groepsprocessen (Jahr, 1998; Reid, Persons, Lattimore, Towery & Reade, 2005).
2. Ten tweede sociaal-cognitieve leerprocessen bij cliënten met gedragsproblemen zelf. SIP verhaal. Vergeleken met niet-LVG jeugdigen en LVG jeugdigen zonder gedragsproblemen, vertonen LVG kinderen en jeugdigen met gedragsproblemen atypische sociale informatie verwerking (Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro, Wijnroks, Vermeer, & Matthys, 2004; Van Nieuwenhuijzen et al., 2005). Veel studies naar effectieve interventies voor niet-LVG jeugdigen met gedragsproblemen hebben aangetoond dat de gedragsproblemen voor deze jeugdigen kunnen worden verminderd door de atypische sociale informatie verwerking te beïnvloeden (Lochman & Wells, 2003, 2004; Van Manen, Prins, & Emmelkamp, 2004; Webster-Stratton, Reid, & Hammond, 2004). Gegeven de specifieke problemen die LVG kinderen en jeugdigen met gedragsproblemen hebben met sociale informatie verwerking, lijken interventies die gericht zijn op het verwerken van sociale informatie dus zeer relevant en veelbelovend.
3. Ten derde psychofysiologische processen bij cliënten met LVG. Over de beïnvloeding van deze processen, met name neurotransmitters in de hersenen door psychofarmaca, is weinig bekend. Medicijnen gericht op verminderen van probleemgedrag worden echter veel en langdurig voorgeschreven aan cliënten met LVG. Daarbij is in veel gevallen de vraag of (de bijwerkingen van) het middel niet erger zijn dan de kwaal. Voor onze zoektocht naar effectieve behandeling is dan ook met name de vraag of behandeling even effectief of wellicht zelfs effectiever is bij *minder en specifiekere* voorschrijven van deze middelen relevant.

Naast deze drie factoren spelen natuurlijk nog vele factoren in de bredere omgeving, als scholing, mogelijkheden tot participatie in werk, huisvesting, etc etc hun rol. Deze verschillen echter veel sterker tussen individuele cliënten, zijn moeilijker te beïnvloeden, en lijken vaak meer een indirecte invloed te hebben *via* de directe omgeving en cognities van de cliënt. Daarom is bij de huidige projecten van het consortium vooralsnog niet gekozen voor systematische beïnvloeding van deze distale factoren.

Samenvattend kan voor de meest effectieve aanpak van gedragsproblemen volgens ons het best ingezet worden op de combinatie van (1) training van begeleiders in de uitvoering van behandelafspraken, (2) cliënttraining in sociale informatieverwerking en - voor kinderen - training van ouders in opvoedingsvaardigheden afgestemd op kinderen met LVG, en (3) specifiek inzetten van psychofarmaca afhankelijk van de balans tussen hun daadwerkelijke effectiviteit en de bijwerkingen.

Ieder van deze drie pijlers is de focus van één consortium project. In het project “Begeleiders in Beeld” wordt een training voor begeleiders ontwikkeld en op effectiviteit onderzocht. Er wordt videofeedback gegeven over het handelen van begeleiders, afgestemd op hun persoonlijke profiel. Het project “kind- en oudertraining” ontwikkelt bij elkaar aansluitende kind- en oudertrainingen op basis van evidence-based interventies, pilot deze, en toetst hun effectiviteit middels een randomized trial. Het project “psychofarmacagebruik” analyseert eerst zorgvuldig welke psychofarmaca aan cliënten met (SG) LVG worden voorgeschreven en welke factoren dit beïnvloeden. Vervolgens wordt nagegaan wat de effectiviteit en veiligheid van psychofarmaca in de populatie van LVG zijn en testen we of verbetering van de kwaliteit van medicatie en begeleidde afbouw van irrationele medicatie mogelijk is.

In de volgende paragrafen beschrijven wij de hoofdlijnen van ieder project. Voor het nodige overzicht beschrijven wij de projecten los van elkaar, maar in werkelijkheid wordt getracht de projecten zoveel mogelijk op elkaar aan te laten sluiten en van elkaar te laten leren. Zo zal in projecten 1 en 2 informatie over psychofarmaca gebruik worden verzameld tbv project 3, en kunnen in projecten 2 en 3 begeleiders worden getraind middels de methodiek uit project 1.

Begeleiders in Beeld

Wanneer cliënten residentieel verblijven of bijvoorbeeld dagbehandeling krijgen vormen begeleiders de spil in de behandeling van mensen met een verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen. De manier waarop zij omgaan met behandelafspraken en de wijze van communiceren is cruciaal voor de ontwikkeling en het voortduren van de gedragsproblemen (Hastings, 1997). Wanneer begeleiders zich bedreigd voelen door het gedrag van hun cliënten, is de kans dat behandelafspraken correct worden uitgevoerd aanzienlijk kleiner (Allen & Tynan, 2000). De laatste jaren heeft onderzoek plaatsgevonden naar zowel de emotionele belasting van begeleiders t.g.v. gedragsproblemen als ook de invloed van hun reacties op de gedragsproblemen. Uit onderzoek bij begeleiders is gebleken dat het

aanhoudende karakter van gedragsproblemen, het ontbreken van een effectieve manier om er mee om te gaan, de onvoorspelbaarheid van het gedrag en de moeilijkheden die begeleiders hebben met het begrijpen van het gedrag belangrijke bronnen van stress zijn (o.a. Bromley & Emerson, 1995).

Het trainen van begeleiders, is de laatste decennia onderwerp van een reeks van Organisational Behaviour Management onderzoeken geweest (o.a. Jahr, 1998; Reid, Parsons, Lattimore, Towery, & Reade, 2005). Hierbij ging het voornamelijk om het optimaliseren van kennis en vaardigheden. Er zijn verschillende procedures ontwikkeld, die zijn onder te verdelen in antecedente (o.a. instructie en rollenspel), consequente procedures (o.a. feedback), en zelfmanagement procedures. Onderzoek van Embregts (2002; 2003) laat zien dat videofeedback leidt tot een toename van het percentage correct uitgevoerde begeleidingsafspraken door begeleiders: men reageerde vaker adequaat op gewenste en ongewenste gedragingen van cliënten. Gedragsverandering bij begeleiders is het grootst gebleken indien antecedente technieken gecombineerd worden met consequente technieken als inhoudelijke, video- of directe feedback (o.a. Harchik et al., 2001 Grey & Hastings, 2007).

Gerits en collega's (Gerits, Derksen & Verbruggen, 2004; Gerits, Derksen, Verbruggen & Katzko, 2005) hebben zich gericht op de relatie tussen stress en persoonlijkheid van begeleiders die werken met mensen met een verstandelijke beperking (ongeacht nivo van de beperking) en ernstige gedragsproblemen. Zij tonen aan dat begeleiders met een hogere Emotionele Intelligentie minder burnout klachten rapporteerden dan begeleiders met een lagere Emotionele Intelligentie. Emotionele Intelligentie is tot op zekere hoogte trainbaar en zit wat betreft veranderbaarheid tussen coping (passend bij de situatie) en persoonlijkheid in. Het gaat bij Emotionele Intelligentie vooral om een persoonlijkheidsstijl, dat wil zeggen een bepaalde manier waarop mensen over het algemeen reageren. Emotionele Intelligentie kan psychometrisch op betrouwbare wijze gemeten worden met de Nederlandse versie van de EQ-i (Derksen, Jeuken, & Klein Herenbrink, 1998). Het profiel dat op basis van de antwoorden wordt gemaakt bestaat uit 5 samengestelde schalen en 15 subschalen die de volgende domeinen in kaart brengen: intrapersonlijke aspecten, interpersoonlijke aspecten, adaptatie, stress management en algemene stemming.

In dit project worden de concepten emotionele intelligentie en de concrete uitvoering van behandelingen en begeleiding van cliënten aan elkaar gekoppeld, waarbij oa gebruik wordt gemaakt van videofeedback. Hiertoe is de training Begeleiders in Beeld ontwikkeld. De training *Begeleiders in Beeld* is gericht op zowel de vaardigheden als de attitude van begeleiders, zowel direct in de relatie tot de cliënt als indirect in de manier waarop zij omgaan met de emotionele druk die ontstaat ten gevolge van het werken met cliënten met ernstige gedragsproblemen. Het unieke van *Begeleiders in Beeld* is dat deze gericht is op aan het verbeteren van vaardigheden van begeleiders, zowel in relatie tot het gedragsproblemen van cliënten als op persoonlijk gebied.

Inhoud

Begeleiders in Beeld bestaat uit 3 fasen:

Fase 1 basislijn.

Hierin zullen metingen worden verricht op cliëntniveau (gedragsproblemen), begeleiderniveau (burnout klachten + de kwaliteit van behandeling en begeleiding) en op organisatieniveau (ziekteverzuim en verloop), zonder dat er een interventie plaatsvindt. Deze metingen zullen worden voortgezet in de fasen 2 and 3.

Fase 2 pre-interventiefase.

Voorafgaand aan het daadwerkelijke trainingstraject (interventiefase) vindt de voorbereidingsfase plaats. Hierin worden EQ-i profielen van medewerkers in kaart gebracht, begeleidingsafspraken geëxpliciteerd en wordt een videoregistratiesysteem (op basis van eerdere systemen) ontwikkeld waarmee informatie wordt verzameld over cliënt –en begeleidergedrag.

Fase 3 interventie fase.

De interventie bestaat uit 1) de EQUilibrium training, 2) de koppeling van de EQi-profielen aan de uitvoering van behandelafspraken en 3) videofeedback over de concrete uitvoering van de behandelafspraken. In totaal bestaat de training uit 7 bijeenkomsten, waarbij de eerste bijeenkomst één dag is en de andere 6 bijeenkomsten één dagdeel.

1) *EQUilibrium training.* Tijdens de interventie worden begeleiders getraind met betrekking tot hun eigen Emotionele Intelligentieprofiel. Zij krijgen inzicht in hun eigen profiel en dat van de andere begeleiders in hun trainingsgroep. Tijdens deze bijeenkomsten wordt er een plan van aanpak opgesteld om de Emotionele Intelligentie te verbeteren. De leerdoelen worden geformuleerd middels het SMART-principe: specifiek en concreet, meetbaar, acceptabel, realistisch, en tijdsgebonden. De begeleiders werken hier gedurende vier maanden aan. In vooraf samengestelde subgroepen geven de begeleiders elkaar feedback, wordt gewerkt aan individuele en groepsopdrachten en bespreken zij de voortgang. Na deze vier maanden wordt de Emotionele Intelligentie opnieuw in kaart gebracht. De resultaten worden vergeleken met die van de eerste meting en het geheel wordt geëvalueerd in een laatste trainingsbijeenkomst. Deze werkwijze is conform de training EQUilibrium (Training Emotionele Intelligentie voor Begeleiders, Cello).

2) *Koppeling van de EQi-profielen.* Na de eerste fase van de EQUilibrium vinden er bijeenkomsten plaats die in het teken staan van de koppeling van de EQi-profielen aan de uitvoering van behandelafspraken. Deze fase is momenteel in ontwikkeling.

3) *Videofeedback.* Vanaf de eerste dag worden er video opnamen gemaakt van de begeleiders in interactie met de cliënten. Gewenning aan zowel de camera als het bekijken van het beeldmateriaal vindt plaats door reeds in de basislijn frequent opnamen te maken. Tijdens de videosessies staat zowel het gedrag van de cliënt als het handelen van de begeleider gebaseerd op zijn of haar EQi centraal. Iedere feedbacksessie bevat drie videofragmenten. De sessie start en eindigt met een fragment waarin de begeleider op gewenste wijze de begeleidingsafpraak uitvoert; het tweede fragment toont het

incorrect of niet uitvoeren van de begeleidingsafspraken. Na de eerste fase wordt de individuele videofeedback vervangen door wekelijkse feedback tijdens een teambijeenkomst. Ook hier worden drie fragmenten getoond. De sessies duren gemiddeld anderhalf uur. De trainer selecteert de videofragmenten, laat ieder teamlid met enige regelmaat aan de beurt komen, zit de sessie voor en bespreekt indien nodig de videofragmenten even voor met het teamlid. Tevens zorgt de trainer ervoor dat de begeleider die in beeld is als eerste kan reageren.

Onderzoek

De effectiviteit van Begeleiders in Beeld zal worden onderzocht in een randomized trial, waarbij locaties van instellingen random ofwel Begeleiders in Beeld krijgen aangeboden, ofwel in hun 'care as usual' worden gevolgd. Gedurende het project worden herhaald interacties tussen begeleiders en cliënten in kaart gebracht en wordt de ontwikkeling van gedragsproblemen van cliënten gevolgd.

Om de emotionele intelligentie van begeleiders in kaart te brengen wordt de Nederlandse versie van de Bar-On EQ-i (Bar-On 1997; Derksen, Jeuken & Klein Herenbrink, 1998) afgenomen. Daarnaast worden burn-outklachten van begeleiders gemeten met de Nederlandse vertaling van de Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1986): de Utrecht Burn-Out Scale (Schaufeli & Dierendonck, 2000). De concrete gedragingen van begeleiders en cliënten worden beoordeeld op basis van videofragmenten middels een partial interval systeem (Embregts, 2002; 2003). Er wordt een vragenlijst bij de deelnemers afgenomen die de tevredenheid over de training meet. Voor cliënten wordt de SOAS-R (om de frequentie van agressieve incidenten vast te stellen) en de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) van Goodman (1997) (om sterke en zwakke punten vast te stellen) afgenomen.

Voortgang van het project

Momenteel loopt er een pilot met 7 deelnemers binnen Cello, een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. De pilot richt zich op de interventie, waarbij met name de koppeling van 1) equilibrium aan 3) videofeedback centraal staat. Na iedere bijeenkomst wordt geëvalueerd hoe de bijeenkomst is verlopen, wat verder aanpassing behoeft en wat goed gaat. De reacties van de deelnemende begeleiders van Cello zijn zeer positief.

In september vindt een studie plaats waarin de interventie uitgevoerd wordt bij een groep begeleiders die werken met volwassen mensen met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen (Dichterbij, Specialistische zorg) alsook met kinderen en jongeren een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen (in afstemming). Doel van de studie is een effectmeting van *Begeleiders in Beeld*, verdere aanpassingen op basis van deze resultaten en verfijning van de meetinstrumenten. Vanaf januari 2009 zal de interventie *Begeleiders in Beeld* zowel separaat als in samenhang met *Minder Boos en Opstandig* en het psychofarmaca project worden uitgevoerd.

Begeleiders in Beeld wordt uitgevoerd vanuit Radboud Universiteit Nijmegen, vakgroep Orthopedagogiek door Drs. Linda Zijlmans (junior onderzoeker), Dr. Petri Embregts (projectleider, co-promotor en dagelijks begeleider), Dr. Linda Gerits (co-promotor), Prof. dr. Anna Bosman en Prof. dr. Jan Derksen (promotoren), in samenwerking met het opleidingscentrum van Cello en de coördinatoren en begeleiders van instellingen.

Gecombineerde kind- en oudertraining ter vermindering van externaliserende gedragsproblemen bij kinderen met lichte verstandelijke beperkingen

Ondanks de urgente roep om effectieve interventies die gedragsstoornissen bij LVG kinderen en jeugdigen kunnen bestrijden, weten we nog steeds weinig over de effectiviteit van interventies die gericht zijn op deze problemen. Internationaal zijn er slechts een paar studies uitgevoerd, en in Nederland is het bewijs beperkt tot een paar case studies. Deze beperkte informatie lijkt erop te duiden dat interventies die 1) systematisch zijn uitgevoerd, 2) zijn gebaseerd op cognitieve gedragsprincipes en 3) zich richten op tekorten in specifieke vaardigheden die gedragsproblemen lijken te veroorzaken, positieve effecten hebben (Van Nieuwenhuijzen et al., 2006). Om effectief te zijn moeten dergelijke interventies natuurlijk wel sensitief zijn voor de beperkingen in sociaal begrip en cognitieve vaardigheden van LVG kinderen en jeugdigen.

Recent onderzoek naar de causale en de in stand houdende factoren voor gedragsproblemen van LVG kinderen en jeugdigen biedt aanknopingspunten voor de ontwikkeling van effectieve interventies. Vergeleken met niet-LVG jeugdigen en LVG jeugdigen zonder gedragsproblemen, vertonen LVG kinderen en jeugdigen atypische sociale informatie verwerking (Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro, Wijnroks, Vermeer, & Matthys, 2004; Van Nieuwenhuijzen et al., 2005). Veel studies naar effectieve interventies voor niet-LVG jeugdigen met gedragsproblemen hebben aangetoond dat de gedragsproblemen voor deze jeugdigen kunnen worden verminderd door de atypische sociale informatie verwerkingspatronen. Deze studies hebben goed uitgewerkte procedures opgeleverd om dit te doen bij kinderen met ernstige gedragsstoornissen (Lochman & Wells, 2003, 2004; Van Manen, Prins, & Emmelkamp, 2004; Webster-Stratton, Reid, & Hammond, 2004). Vergelijkbare resultaten zijn gevonden in Nederland (Van Manen, Prins, & Emmelkamp, 2004; Van de Wiel, Matthys, Cohen-Kettenis, & Van Engeland, 2003; Van de Wiel, Hoppe, & Matthys, 2003). Gegeven de specifieke problemen die LVG kinderen en jeugdigen met gedragsproblemen hebben met sociale informatie verwerking, lijken interventies die gericht zijn op het verwerken van sociale informatie dus zeer relevant en veelbelovend.

De potentie van interventies die gericht zijn op sociale informatie verwerking is al onderkend in Nederland door professionals in de LVG sector, LVG instellingen en het VOBC-LVG. Daarom is er afgelopen jaar besloten om te investeren in de verdere aanpassing van het meest geëvalueerde en

gebruikte klinische interventie programma voor disruptieve gedragsstoornissen in Nederland: Minder Boos en Opstandig (Van de Wiel, Matthys, Cohen-Kettenis, & Van Engeland, 2003; Van de Wiel, Hoppe, & Matthys, 2003). Dit programma is een aangepaste vorm van het Coping Power Program (Lochman & Wells, 2003, 2004) en lijkt zeer geschikt voor gebruik bij LVG kinderen en jeugdigen en hun ouders, omdat het zich richt op sociale informatie verwerkingsproblemen op een concrete manier die weinig abstract redeneren vereist. Het programma is al aangepast voor kinderen met gedragsstoornissen en wordt op dit moment door ons aangepast voor het gebruik bij LVG kinderen en jeugdigen met gedragsproblemen.

Effectiviteit van een interventie bereik je echter niet alleen met het ontwikkelen van een interventie protocol, maar ook met een effectieve interactie tussen cliënt en begeleiders. Een effectieve interventie hangt voor een groot gedeelte af van de sensitiviteit en het responsieve gedrag van de begeleiders (Allen & Tynan, 2000), en daarom zijn experts op het gebied van cliënt-begeleiders interacties in LVG instellingen betrokken in de ontwikkeling van het programma voor LVG populatie (zie project Begeleiders in Beeld).

Inhoud

Net als Minder Boos en Opstandig zal de interventie bestaan uit kleine groepssessies voor kinderen en ouders. De interventie is echter ingrijpend aangepast om aan te sluiten bij niveau en behoeften van LVG cliënten en hun ouders. Groepjes van ongeveer 5 kinderen zullen deelnemen aan ongeveer 15 sessies die sociale probleem oplossingsvaardigheden behandelen. Op een concrete manier via praktijkgerichte opdrachten en oefeningen, zoals rollenspellen, zullen de deelnemers leren sociale informatie juist te interpreteren, boosheid te reguleren, adequate oplossingen te genereren voor problematische sociale situaties en de mogelijke gevolgen van hun gedrag te evalueren. Daarnaast zullen in oudergroepjes de zelfde onderwerpen behandeld worden en de ouders getraind worden in positieve opvoedingsvaardigheden die gericht zijn op de preventie en omgaan met gedragsproblemen.

De interventie is zo opgezet dat brede implementatie in de praktijk goed haalbaar is: De interventie is ontwikkeld in nauwe samenwerking met de LVG instellingen. De interventie zal volledig geprotocolleerd zijn en samen gaan met een intensieve begeleiders training wat betekent dat de interventie in principe door alle professionals kan worden geleerd. Meetinstrumenten om de interventie-betrouwbaarheid te toetsen worden ontwikkeld en gebruikt om continu de kwaliteit van de implementatie te monitoren. Tot slot beslaat de interventie sociale cognitieve problemen die erkend worden door LVG jeugdigen, hun omgeving en begeleiders, en zal de interventie daarom zeer relevant maken. Dit zal de intrinsieke motivatie van de cliënten en begeleiders vergroten om deel te nemen aan het interventie proces.

Onderzoek

Het doel van dit project is om de effectiviteit te testen in de klinische praktijk van een interventie, gericht op het verminderen van gedragsproblemen van LVG kinderen en jeugdigen, gecombineerd met een intensieve training van begeleiders. De belangrijkste vragen zijn 1) of er een effect is van de interventie op het gedrag en sociaal functioneren van de LVG kinderen en jeugdigen en 2) of de geobserveerde interventie effecten veroorzaakt worden door veranderingen in sociale informatie verwerkingspatronen?

De effectiviteit van de interventie zal worden onderzocht in LVG instellingen, met name bij dagbehandeling. Respondenten tussen de 10 en 16 jaar zullen participeren in het onderzoek. In totaal 240 LVG kinderen en jeugdigen zullen deelnemen. Om de vergelijking met care as usual te bevorderen zal de interventie gegeven worden tijdens de reguliere behandeluren, (d.w.z. in plaats van de care as usual en niet bovenop de care as usual). locaties van instellingen worden random toegewezen aan hetzij de interventie hetzij de care as usual.

Voor, tijdens en na de interventie zal herhaaldelijke informatie over gedragsproblemen, sociale functioneren, interventie activiteiten, en sociale informatie verwerking worden gevraagd worden bij de deelnemers, ouders begeleiders, leeftijdgenoten en observanten. Het invullen van tijdrovende meetinstrumenten voor gedrag en sociale informatie verwerking zullen beperkt worden tot drie keer (voor de aanvang van, tijdens en na de interventie). De meetinstrumenten tijdens de interventie zullen vooral korte lijsten zijn die worden ingevuld door maandelijks contact via telefoon, interviews of observatie.

Voortgang

Afgelopen jaar is de interventie ingrijpend aangepast voor de LVG doelgroep. Op dit moment wordt de interventie gepilot bij Arkemeyde. Ondertussen worden onderzoeksprotocollen gemaakt, begeleiders getraind, toestemming van de medisch ethische commissie verkregen en deelnemers geworven. Vanaf januari 2009 wordt de interventie drie jaar uitgevoerd en gevolgd. In het laatste jaar worden data geanalyseerd, resultaten gerapporteerd in publicaties en presentaties en wordt de interventie bij gebleken effectiviteit overal geïmplementeerd.

Effectiviteit van gecombineerde kind- en oudertraining wordt uitgevoerd vanuit de Universiteit Utrecht, afdeling ontwikkelingspsychologie, door Hilde Shuiringa (AIO), Dr. Maroesjka van Nieuwenhuijzen (projectleider en co-promotor), Marion Eikelenboom (oudertraining), Christine van 't Hof (kindtraining), Prof.dr. Walter Matthys (ontwikkelaar, promotor), Prof.dr. Bram Orobio de Castro (principal investigator, promotor), in samenwerking met coördinatoren en begeleiders van instellingen.

Gebruik van psychofarmaca

Patiënten met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen gebruiken veel psychofarmaca en anti-epileptica, vaak meerdere tegelijkertijd. De prevalentie loopt op van 25-40% in ambulante settings, 44-60% in instellingen tot 80% in klinische settings (Singh e.a., 1997, Stolker e.a., 2001). Er is echter weinig bekend over de werkzaamheid en de veiligheid van deze middelen bij deze populatie. De eerste doelstelling van dit project is het vaststellen van de prevalentie, effectiviteit, veiligheid en kwaliteit van de behandeling van psychofarmaca bij kinderen en volwassenen met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen. Na het observationele deel van het onderzoek evalueren we een interventie om de kwaliteit van de behandeling te verbeteren en onnodig psychofarmaca gebruik te verminderen.

Onderzoek

Het project bestaat uit vier studies:

1) Literatuur onderzoek:

De doelstelling van dit onderzoek is het in kaart brengen van de mate waarin mensen met een verstandelijke beperking worden geïncludeerd in gerandomiseerde klinische onderzoeken naar antipsychotica gebruik bij gedragsproblemen en wat de kenmerken zijn van deze deelnemers met een verstandelijke beperking. We voeren een systematisch literatuuronderzoek uit in de periode 1966-2007 in Embase, PubMed en Cochrane.

2) Prevalentie van psychofarmacagebruik bij volwassenen in behandeling bij LVG instellingen.

Deze studie bestaat uit een retrospectief en een prospectief deel. In retrospectieve data wordt een analyse gemaakt van de prevalentie en incidentie van psychofarmaca gebruik bij patiënten met een verstandelijke beperking en nagegaan welke factoren van invloed kunnen zijn op het medicatie gebruik. In het prospectieve deel zullen we kijken naar de effectiviteit en veiligheid van psychofarmaca gebruik bij mensen met een verstandelijke beperking door naast de basisgegevens die binnen de instellingen al worden geregistreerd ook gegevens over effectiviteit en bijwerkingen te verzamelen.

3) Prevalentie van psychofarmacagebruik bij kinderen en jeugdigen in behandeling bij LVG instellingen.

Het is de bedoeling om binnen enkele van de instellingen die vallen onder de VOBC LVG een dwarsdoorsnede onderzoek uit te voeren. In dit onderzoek willen we kijken naar de prevalentie van het psychofarmaca gebruik bij kinderen met een verstandelijke beperkingen. Daarnaast willen we bekijken of er factoren zijn die van invloed kunnen zijn of samenhangen met het medicatie gebruik. Hierbij kun je denken aan geslacht, leeftijd, IQ, psychiatrische diagnose, gedragsstoornis, somatische

comorbiditeit, middelen en maatregelen, verblijfsduur, type medicatie, indicatie voor medicatie, dosis, duur medicatie gebruik, andere medicatie etc.

4) Onderzoek binnen de verblijfsinstellingen van de Borg instellingen

We identificeren cliënten met irrationeel psychofarmacagebruik gebaseerd op de resultaten van de eerdere onderzoeken en de meningen van experts van de instellingen. De afdelingen waar deze cliënten verblijven worden willekeurig onderverdeeld in twee groepen afdelingen. De afdelingsarts zal aan de hand van van te voren vastgestelde doelen samen met de cliënt de kwaliteit van psychofarmaca gebruik verbeteren. Indien mogelijk worden er middelen afgebouwd. Op de helft van de afdelingen zal deze interventie gepaard gaan met een specifieke training voor begeleiders om met probleemgedrag om te gaan (zie Begeleiders in Beeld). De resultaten van de interventies met en zonder specifieke training voor begeleiders zullen met elkaar worden vergeleken.

In de vier studies zullen verschillende maten voor (kwaliteit van) medicatie, bijwerkingen, gedragsproblemen en welzijn worden opgenomen. Kwaliteit van medicatie wordt onder andere in kaart gebracht met de hoeveelheid en aard van de voorgeschreven medicatie, wisselwerkingen tussen tegelijkertijd voorgeschreven medicatie, doseringen en indicaties. Effectiviteit wordt o.a. gemeten met de Clinical Global Impression (CGI), ABCL, SRZ-P, Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R) en het aantal dwangmaatregelen. We meten veiligheid door bijwerkingen in kaart te brengen. Kwaliteit van leven wordt met een standaard vragenlijst gemeten.

Voortgang

Studies 1 en 2 zijn in volle gang. Op dit moment zijn we bij de volwassenen bezig met het verzamelen van alle benodigde data die in principe de afgelopen jaren verzameld zijn. Met het opzetten van onderzoek 3 zal gestart worden in september 2008. Studie 4 zal voorjaar 2009 starten.

Effectiviteit van psychofarmaca wordt uitgevoerd vanuit de Universiteit Utrecht, Disciplinarygroep Farmaco-epidemiologie en -therapie, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences (UIPS) en vanuit de Borg in samenwerking met coördinatoren en begeleiders van instellingen.. Drs. Arlette Scheifes is onderzoeker (AGIKO), Dr. Joost Jan Stolker is projectleider en co-promotor evenals dr. Rob Heerdink. Prof. dr. Toine Egberts is promotor.

Conclusies

Gedragsproblemen zijn een grote uitdaging voor cliënten en behandelaars in de LVG. Met het consortium hopen we systematisch na te kunnen gaan hoe we gedragsproblemen het hoofd kunnen bieden. De komende jaren ontwikkelen, protocolleren en implementeren wij behandelvormen, toetsen wij deze wetenschappelijk en komen wij zo tot evidence-based methodieken die in de hele sector toepasbaar zijn.

Het ontwikkelen van bewezen effectieve interventies is belangrijk om aan cliënten, financiers en onszelf te kunnen verantwoorden hoe wij behandelen, en wat voor resultaten daarvan verwacht mogen worden. In onze ogen heeft effect onderzoek echter een breder doel dat deze vormen van ‘verantwoording’ afleggen. Soms wordt effect onderzoek ervaren als georganiseerd wantrouwen: checken of je wel het effect bereikt waar je voor betaald wordt. Als effectonderzoek zo wordt opgevat en ingezet leren wij er weinig van. Dan maakt het mensen die gezamenlijk effectiviteit zou moeten verbeteren alleen maar defensief en gepreoccupeerd met strategisch gedrag om goed te ‘scoren’.

De vragen die we gezamenlijk zouden moeten willen beantwoorden zijn veeleer: Waarom doen we wat we doen? Wat heeft dat voor gevolgen? Wanneer en bij welke cliënten treden die op? Hoe komt dat? Hoe kunnen we die kennis benutten om (nog) meer te bereiken? Daarbij uitgaande van de gezamenlijke intrinsieke motivatie om deze vragen te beantwoorden bij klinici en wetenschappers.

Effectief behandelen en zinvol onderzoeken zijn alleen mogelijk door creativiteit, inzet en openheid voor nieuwe ideeën van behandelaars en onderzoekers. Het is daarom zeker niet onze bedoeling met dit stuk de activiteiten van het consortium tot een dichtgetimmerd plan te beperken. De drie hier beschreven projecten komen tot stand in voortdurende dialoog tussen onderzoek en praktijk, en wij roepen alle betrokkenen van harte op daar aan bij te dragen. Lange termijn doel van het consortium is ons niet te beperken tot deze drie projecten, maar een academisch klimaat en infrastructuur te ontwikkelen waarin klinici en wetenschappers gezamenlijk blijven zoeken naar effectiever behandeling van gedragsproblemen.

Referenties

- Abma et al. (2006). *Onderzoek met en voor mensen met verstandelijke beperkingen*. Eindrapport Vraagsturing in wetenschappelijk onderzoek voor en met mensen met een verstandelijke beperking.
- Allen, D. & Tynan, H. (2000). Responding to aggressive behaviour: impact of training on staff members' knowledge and confidence. *Mental Retardation*, 38(2), 97-104.
- Bromley, J. & Emerson, E. (1995). Beliefs and emotional reactions of care staff working with people with challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39(4), 341-352.
- Derksen, J. J. L., Jeuken, J., & Klein Herenbrink, A. J. (1998). *Bar-On Emotioneel Quotiënt Vragenlijst, Nederlandse vertaling en bewerking*. Nijmegen, the Netherlands: PEN Tests Publisher.
- Didden, R. (Ed.) (2005). *In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en licht verstandelijke beperking*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.
- Didden, R., Korzilius, H., van Oorsouw, W., & Sturmey, P. (2006). Behavioral treatment of challenging behaviors in individuals with mild mental retardation: Meta-analysis of single-subject research. *American Journal On Mental Retardation*, 111(4), 290-298.

- Didden, R. & Moonen, X. (red). (2007). *Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Bergdrukkerij: Amersfoort
- Embregts, P.J.C.M. (2003). Using self-management, video feedback, and graphic feedback to improve social behavior of youth with mild intellectual disabilities. *Education and Training in Developmental Disabilities, 38*, 283-295.
- Embregts, P.J.C.M. (2002). Effect of Resident and Direct-care staff training on responding during social interactions. *Research in Developmental Disabilities, 23*, 353-366.
- Gerits, L., Derksen, J.J., & Verbruggen, A.B. (2004). Emotional intelligence and adaptive success of nurses caring for people with mental retardation and severe behavior problems. *Mental Retardation, 42*, 106-21.
- Gerits, L., Derksen, J.J.L., Verbruggen, A.B., & Katzko, M. (2005). Emotional intelligence profiles of nurses caring for people with severe behavior problems. *Personality & Individual Differences, 38*, 33-43.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology, Psychiatry, and Allied Disciplines, 38 (5)*, 581-586.
- Grey, I.M., Hastings, R. & McClean (2007). Issues in staff training in working with clients with challenging behaviours. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 1*, 1-5.
- Harchik, A.E., Anderson, M., Thomson, R., Forde, K., Feinberg, L., Rivest, S., & Luiselli, J.K., (2001). Evaluation of a participatory, competency-based model of staff training in a community habilitative setting. *Behavioral Interventions, 16*, 1-13.
- Hastings, R. P. (1997). Measuring staff perceptions of challenging behaviour: the challenging behaviour attributions scale (CHABA). *Journal of Intellectual Disability Research, 41(6)*, 495-501.
- Inspectie jeugdhulpverlening en jeugdbescherming, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Inspectie van het Onderwijs, Inspectie Openbare Orde en Veiligheid, en het Verwey-Jonker Instituut. (2003). *Horen, zien, niet zwijgen: Onderzoek naar de kwaliteit van de keten van voorzieningen voor kinderen en gezinnen in probleemsituaties*.
- Jahr, E. (1998) Current issues in staff training. *Research in Developmental Disabilities 19*, 73-87.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *MBI : The Maslach Burn-out Inventory; manual research edition* (second edition). Palo Alto, University of California, Consulting psychologists press.
- Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2003). Effectiveness of the coping power program and of classroom intervention with aggressive children: Outcomes at a 1-year follow-up. *Behavior Therapy, 34(4)*, 493-515.

- Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2004). The coping power program for preadolescent aggressive boys and their parents: Outcome effects at the 1-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(4), 571-578.
- Reid, D.H., Parsons, M.B. Lattimore, L.P., Towery, D.L., & Reade, K.K. (2005). Improving staff performance through clinician application of outcome management. *Research in Developmental Disabilities, 26*, 101-116.
- Schaufeli, W. B., & Dierendonck, D. v. (2000). *Handleiding Utrechtse Burnout Schaal* [Manual Utrecht-Burnout Scale]. Lisse, The Netherlands: Swets Test Publishers.
- Singh NN, Ellis CR, Wechsler H. (1997). Psychopharmacoevidence of mental retardation: 1966 to 1995. *J Child Adolesc Psychopharmacol, 7*(4):255-66.
- Stolker JJ, Heerdink ER, Leufkens HG, Clerckx MG, Nolen WA. (2001). Determinants of multiple psychotropic drug use in patients with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning and psychiatric or behavioral disorders. *Gen Hosp Psychiatry;23*(6):345-9.
- Van de Wiel, N.M.H., Hoppe, A., & Matthys, W. (2003b). *Minder boos en opstandig*. Alkmaar: Buro Extern.
- Van de Wiel, N.M.H., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P., & van Engeland, H. (2003a). Application of the Utrecht Coping Power Program and Care as Usual to children with disruptive behavior disorders in outpatient clinics: A comparative study of cost and course of treatment. *Behavior Therapy, 34*, 421-436.
- Van Manen, T. G., Prins, P. J. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2004). Reducing aggressive behavior in boys with a social cognitive group treatment: Results of a randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(12), 1478-1487.
- Van Nieuwenhuijzen, M., Bijman, E. R., Lamberix, I. C. W., Wijnroks, L., Orobio de Castro, B., Vermeer, A., et al. (2005). Do children do what they say? Responses to hypothetical and real-life social problems in children with mild intellectual disabilities and behavior problems. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*, 419- 433.
- Van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2006) Problematiek en behandeling van LVG jeugdigen. Een literatuurreview. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen, 32* (4), 211-228.
- Van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B., Wijnroks, L., Vermeer, A. & Matthys, W. (2004). The relations between intellectual disabilities, social information processing, and behavior problems. *European Journal of Developmental Psychology, 1*, 215-229.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(1), 105-124.