

De effecten van de training 'Jij bent Okay' op negatieve cognities bij jeugdigen met een licht  
verstandelijke beperking en ouders met bijkomende psychische problemen en/of een  
verslaving

Masterthesis Orthopedagogiek (201500201)

Studiejaar 2015-2016

Universiteit Utrecht

Masteropleiding Pedagogische Wetenschappen

Masterprogramma Orthopedagogiek

Rosa Feuilletau de Bruyn, R.S.E. (5623405)

Thesisdocent: Jolanda Douma

Tweede beoordelaar: Kyung van Lieshout

Aantal woorden: 4546

23-6-2016

### **Voorwoord**

Voor u ligt mijn masterthesis, geschreven in het kader van de master Orthopedagogiek. Na de start van mijn stage binnen Jan Pieter Heije, Pluryn, kreeg ik al snel de kans aangeboden om mijn masterthesis binnen mijn stageorganisatie uit te voeren. Deze kans greep ik maar al te graag met beide handen aan, aangezien ik al snel merkte dat de doelgroep, kinderen met een verstandelijke beperking, mij enorm aansprak. Door het uitvoeren van mijn masterthesis heb ik deze doelgroep, naast mijn werkzaamheden als behandelcoördinator, ook op een andere manier mogen leren kennen. Dit waardeer ik enorm.

Het schrijven van deze masterthesis is niet zonder slag of stoot verlopen. Ik heb een enorm proces doorgemaakt om tot dit eindproduct te komen. De interesse in onderzoek lag voor mij ver weg. Het afnemen van de vragenlijsten vond ik geweldig, maar ik had het gevoel te weinig van statistiek af te weten. Hierdoor voelde ik mij vaak wat onzeker. Ik wil dan ook mijn thesisdocent Jolanda Douma bedanken voor de gesprekken die ik met haar heb gehad, waar ik veel motivatie uit heb kunnen halen en waar ik erg veel van heb geleerd. Door haar enthousiasme en manier van uitleg raakte ik steeds meer geënthousiasmeerd en raakte mijn onzekerheid op de achtergrond. Bovendien wil ik Ivon Riemersma bedanken dat zij mij de kans heeft geboden om het onderzoek uit te mogen voeren. Ook van haar heb ik veel geleerd, vooral dat onderzoeken juist erg leuk is. Daarnaast wil ik Kyung van Lieshout, mijn tweede beoordelaar bedanken. Tenslotte wil ik mijn vriend, ouders, zus en Ingrid bedanken voor hun steun.

### Samenvatting

*Achtergrond:* Kinderen met een licht verstandelijke beperking van ouders met psychische problemen en/of een verslaving, kampen met betrekking tot deze ouders vaak met negatieve cognities (zorgen maken, eenzaamheid, schuldgevoelens en schaamte). ‘Jij bent okay’ is een competentietraining voor deze kinderen die deze negatieve cognities bij hen moet verminderen. *Doel:* Nagaan of er daadwerkelijk sprake is van een afname van deze negatieve cognities op zowel korte als lange termijn. *Methode:* Dit betreft een randomized controlled trialed onderzoek met een controlegroep die alleen de reguliere zorg heeft gekregen ( $n = 11$ ) en een experimentele groep die daarnaast de training heeft gevolgd ( $n = 21$ ). De negatieve cognities zijn gemeten door de training (T1) te vergelijken met de negatieve cognities direct na de training (T2; het korte termijn effect) en door de training (T1) te vergelijken met het resultaat 14 weken na afloop van de training (T3; het lange termijn effect). Er zijn hiervoor twee Repeated Measures Anova analyses uitgevoerd (korte termijn: T1-T2 en lange termijn T1-T3) waarbij het hoofdeffect van tijd en het interactie-effect tijd\*conditie zijn gemeten. *Resultaten:* Er is geen enkel significant effect gevonden van de interventie op de vier negatieve cognities in de experimentele groep vergeleken met de controlegroep. Op het hoofdeffect van tijd is er alleen op de cognitie eenzaamheid op lange termijn een significant effect. *Conclusie:* Er wordt grotendeels niet voldaan aan de verwachting dat de negatieve cognities verminderen. Bij aanvang van het onderzoek ervoeren de meeste kinderen op de cognities een score lager dan drie (lager dan soms). Huidig onderzoek adviseert een vervolgonderzoek waarbij alleen kinderen deelnemen aan het onderzoek die een score van drie of hoger (soms-bijna altijd) hebben behaald. Ook dient hierbij een grotere steekproef bij betrokken te worden om de generaliseerbaarheid van de resultaten te vergroten.

### Abstract

*Background:* Children with a mild intellectual disability whose parents have mental health and/or addiction problems often suffer from negative cognitions (worrying, loneliness, feelings of guilt and shame). ‘You’re okay’ is a competence training for those children and was developed by Pluryn. Following this competency training would reduce these negative cognitions. *Goal:* This study examined whether there actually was a reduction in these negative cognitions in the short term and in the long run. *Method:* This research is a randomized controlled trialed research with a control group that only received regular care ( $n = 11$ ) and an experimental group that also followed the training ( $n = 21$ ). The negative cognitions were measured by comparing the training (T1) with the negative cognitions immediately after the training (T2: the short-term effect) and by comparing the training (T1)

with the result of 14 weeks after de training (T3: the long-term effect). Therefore two Repeated Measures Anova analyses were measured (short-term: T1-T2 and long-term T1-T3) whereby the principal effect of time and the interaction effect time\*condition were measured. *Results:* No significant effect of the intervention was found on the four negative cognitions in the experimental group compared to the control group. Only the cognition loneliness has a significant effect of time in the long run. *Conclusion:* For the most part the expectation that the negative cognitions would be reduced, is not met. Besides, at the start the most children experienced their cognition with a lesser degree of lower than three (lower than sometimes). Current research recommends a follow-up study in which only children participate who achieved a score of three or higher (sometimes-almost always). This new research should also include a more extensive random sample survey to increase the generalizability of results. *Keywords:* KOPP/KVO, Jij bent okay, mild intellectual disability, support groups, addiction/psychiatric problems

### **Inleiding**

Er zijn in Nederland 577.000 kinderen waarvan de ouders een psychische aandoening en/of verslaving hebben. Ongeveer 96% van deze ouders hebben ten minste één psychische aandoening en 4% een verslaving (Goossens & Van der Zanden, 2012). Kinderen met ouders met psychiatrische problematiek worden KOPP-kinderen genoemd en kinderen met een verslaafde ouder KVO-kinderen. Het hebben van dergelijke ouders maakt kinderen kwetsbaarder en ontvankelijker voor het ontwikkelen van negatieve gezondheidsuitkomsten (Van Doesum & Hosman, 2009; Van Santvoort, Hosman, Van Doesum, & Janssens, 2014), zoals risico's op ontwikkeling van gedragsproblemen en kinderpsychopathologie (Bassani, Padoin, & Veldhuizen, 2008; Wicks-Nelson & Israel, 2014).

Risicofactoren voor KOPP/KVO-kinderen zijn onder andere het ontwikkelen van negatieve cognities. Deze kinderen hebben vaak het idee dat zij de oorzaak zijn van de stoornis en/of verslaving, hebben het gevoel de enige te zijn met een zieke ouder en schamen zich. Daarnaast zijn deze kinderen bezorgd dat hun ouders een suïcidepoging kunnen doen, gewelddadig gedrag gaan vertonen, niet meer beter zullen worden of dat zij zelf dezelfde problematiek zullen ontwikkelen (Östman, 2008; Van Santvoort, 2013). Bovendien kunnen KOPP/KVO-kinderen gedrags- en aanpassingsproblemen ontwikkelen (Van Santvoort, 2013) en kunnen zij psychosomatische klachten krijgen (Bool, Van der Zanden, & Smit, 2007). Voor deze KOPP/KVO-kinderen zijn wereldwijd preventieve interventies ontwikkeld om deze risicofactoren te verkleinen (Beardslee, Gladstone, & O'Connor, 2011; Fraser, James,

Anderson, Lloyd, & Judd, 2006; Reupert et al., 2012; Solantaus & Toikka, 2006; Van Doesum & Hosman, 2009).

De meest gebruikte interventies voor KOPP/KVO-kinderen zijn ondersteuningsgroepen en competentietrainingen waar zij lotgenoten ontmoeten en met elkaar over de problematiek van thuis kunnen praten (Van Santvoort, Hosman, Van Doesum, & Janssens, 2011). Het eerste doel van KOPP-trainingen is het verhogen van de sociale steun, omdat een gebrek hieraan kan leiden tot psychiatrische symptomen (Hoefnagels, Meesters, & Simenon, 2007). Omdat ervaringen van schuld, eenzaamheid, zorgen maken en schaamte voor hun ouders vaak voor komen bij KOPP/KVO-kinderen (Beardslee & Podorefsky, 1988; Hinshaw, 2004), wordt hier in competentietrainingen ook op ingespeeld.

Er zijn echter weinig gedragsveranderende interventies die specifiek ontwikkeld of geschikt zijn voor kinderen met een licht verstandelijke beperking ([LVB], De Wit e.a., 2011), in het bijzonder voor KOPP/KVO-kinderen met een LVB. Alhoewel blijkt dat kinderen met een LVB vaak, vaker nog dan kinderen met een gemiddelde intelligentie, een ouder hebben met problemen zijn de ontwikkelde ondersteuningsgroepen voornamelijk gericht op kinderen met een gemiddelde intelligentie (Riemersma & Van Santvoort, 2014). Voor kinderen met een LVB sluiten deze ondersteuningsgroepen minder goed aan, omdat er geen rekening wordt gehouden met meerdere LVB-kenmerken. Zo moet er rekening mee worden gehouden dat er beperkingen in het adaptief gedrag of (sociaal) aanpassingsvermogen zijn en dat er sprake is van een beperking in het werkgeheugen (Douma, Moonen, Noordhof, & Ponsioen, 2012). Daarnaast kan er sprake zijn van beperkte informatieverwerking waardoor denkprocessen langzamer verlopen (Kleinert, Browder, & Towles-Reeves, 2009). Zij blijken ook bij de interpretatie van sociale situaties en het herkennen van emoties en gezichtsuitdrukkingen problemen te ondervinden (Douma et al., 2012) en maakt beperkte zelfcontrole hen beïnvloedbaar (McGloin, Pratt, & Maahs, 2004). Bovenal hebben kinderen met een LVB moeite met de generalisatie van een geleerde vaardigheid in relatie tot andere personen, plaatsen en situaties (Kleinert et al., 2009).

Om KOPP/KVO-kinderen met een LVB en hun ouders te ondersteunen, is een bestaande competentietraining, de ‘Doe-praatgroep’ voor kinderen en de online zelfhulp cursus ‘Kop op ouders’ voor ouders, aangepast en hernoemd als ‘Jij bent okay’ (Riemersma & Van Santvoort, 2014). Er wordt tijdens de training op meerdere vlakken rekening gehouden met de LVB-doelgroep. Er wordt bijvoorbeeld rekening gehouden met de groepsgrootte. Een groepsgrootte bij kinderen met een LVB tot zeven kinderen sluit het beste aan (Van Santvoort, 2013). Kinderen met een LVB worden sneller onrustig als ze lang op hun

beurt moeten wachten en hebben meer individuele aandacht nodig (Van Santvoort, 2013). Daarom is er voor een groepsgrootte van maximaal zes kinderen gekozen. Daarnaast wordt er bij de afsluiting van iedere training voldoende tijd genomen voor het doornemen van huiswerkopdrachten en wordt er een samenvatting gegeven van de bijeenkomst, aangezien kinderen met een LVB meer tijd nodig hebben om te schakelen na een afscheid (De Wit, Moonen, & Douma, 2011). Ook wordt er meer gewerkt met doe-opdrachten, zodat er geleerd wordt van oefenen in plaats van alleen vertellen, het taalgebruik is vereenvoudigd, wordt er nagegaan of de kinderen de trainer hebben begrepen en wordt er gebruik gemaakt van visuele ondersteuning (De Wit et al., 2011).

Het doel van 'Jij bent okay' is om KOPP/KVO-kinderen meer inzicht te geven in hun eigen problematiek en die van hun ouders. De groepsinterventie bestaat uit tien wekelijkse groepsbijeenkomsten van anderhalf uur waarbij de volgende werkdoelen aan bod komen: (1) het vergroten van kennis over psychische en/of verslavingsproblemen, (2) het vergroten van kennis over de basisemoties, (3) het uitbreiden van sociale vaardigheden, (4) het uitbreiden van copingvaardigheden en (5) het verhogen van het bewustzijn van hun eigen sociaal netwerk. Er is een terugkombijeenkomst na zes tot acht weken. De opbouw van de bijeenkomsten bestaat uit een welkom en warming up, bijpraten, samenvatting van de vorige week, bespreken van de huiswerkopdracht, oefeningen, een nieuwe huiswerkopdracht, een samenvatting en de afsluiting. 'Jij bent okay' beoogt onder andere de negatieve cognities ervaringen van schuld, eenzaamheid, zorgen maken en schaamte met betrekking hun ouder(s) met een psychische stoornis of verslaving te verminderen. Er wordt in de bijeenkomsten besproken dat ouders psychische problemen of een verslaving kunnen hebben en er wordt bij stilgestaan dat deze problemen niet aan het kind liggen. Er wordt hierdoor gewerkt aan de ervaringen van schuld. Ook leren de kinderen dat zij niet de enige zijn met ouders met problemen omdat zij lotgenoten zijn. In één van de bijeenkomsten leren de kinderen om te gaan met schuldgevoelens door deze gevoelens uit te spreken en te leren hoe je hier het beste op kunt reageren. Er wordt ook gewerkt aan de cognitie 'zorgen maken' door hen inzicht te laten krijgen in de gevolgen van de problemen van de ouders en hoe zij hier mee om kunnen gaan (meer ziekte-inzicht). Ook hier wordt stilgestaan bij het feit dat het niet de schuld van het kind is.

De oudercursus bestaat uit vijf online modules van 30 minuten en vindt onder begeleiding van een maatschappelijk werker bij hen thuis plaats. Het primaire doel hierbij is de bevordering van het psychosociaal welbevinden van KOPP/KVO-kinderen met een LVB door vergroting van de opvoedcompetenties van ouders met psychische problemen en/of

verslavingsproblemen. De ouder leert om op een reële manier naar de eigen situatie te kijken en onnodige negatieve gedachten onder de loep te nemen en te veranderen. Ook leert de ouder welke invloed zijn/haar probleem op het kind kan hebben en hoe hij/zij op een goede manier over zijn/haar problemen met zijn/haar kind kan communiceren. Bovendien leert de ouder positieve bekrachtiging en het stellen van grenzen bij ongewenst gedrag en hoe voldoende hulp en steun ingezet kan worden.

Huidig onderzoek gaat bij de deelgenomen kinderen na of ‘Jij bent okay’ een positief effect heeft op de negatieve cognities zorgen maken, gevoelens van schaamte, schuldgevoelens en eenzaamheid ten opzichte van hun KOPP/KVO ouder. Er wordt verwacht dat er een interactie-effect is tussen conditie (controlegroep en experimentele groep) en korte (effect tussen T1 en T2) en lange termijn (effect tussen T1 en T3). De volgende hypothese is opgesteld: Er is een (significant) effect op de primaire uitkomstmaat negatieve cognities bij KOPP/KVO-kinderen op zowel korte- als lange termijn na het volgen van de competentietraining waaronder vier domeinen vallen: ervaringen van schuld, eenzaamheid, zorgen maken en schaamte.

## Methode

### Beschrijving onderzoeksdesign

Het effect van 'Jij bent okay' op negatieve cognities is onderzocht met een randomized controlled trialed onderzoek met een controlegroep en een experimentele groep. Er hebben drie meetmomenten (een voormeting, een nameting en een follow-up meting) plaatsgevonden. Tussen de voormeting en nameting zaten drie maanden en tussen de nameting en follow-up meting zes maanden. De training bestaat uit tien bijeenkomsten (iedere week één bijeenkomst) van anderhalf uur. De voormeting heeft gemiddeld drie weken voor de eerste bijeenkomst plaatsgevonden, de nameting binnen een week na de afronding van de training en de follow-up meting gemiddeld 14 weken na de afronding van de training. De kinderen zijn aangemeld door de gedragswetenschapper of maatschappelijk werker. Voldoen de kinderen aan de inclusiecriteria dan werden zij random toegewezen aan de experimentele groep of aan de controlegroep. Beide groepen ontvangen *care as usual*. De experimentele groep volgt daarbij ook de training. Voor meer informatie over de participanten, zie de paragraaf hierna.

### Participanten

Het huidige onderzoek is uitgevoerd binnen Pluryn; een organisatie met diverse orthopedagogische behandelcentra voor kinderen met een LVB en gedragsproblematiek. Voor deelname aan het onderzoek moest worden voldaan aan een aantal inclusiecriteria. Allereerst dienden de kinderen tussen 10-20 jaar te zijn en een LVB en ouders met psychische en/of verslavingsproblemen te hebben. Hierbij kunnen kinderen zowel thuis als in een residentiële instelling wonen. Tijdens het onderzoek zijn de participanten zo gematcht dat er in de controle- en experimentele groep vergelijkbare groepen ontstonden. Er is hierbij rekening gehouden met het geslacht, de leeftijd en type hulpverlening (residentieel of ambulantly) waarbij er geen criteria was op basis van uitkomstmaten van de voormeting en kinderen met lage scores op negatieve cognities ook zijn meegenomen in de steekproef. Ouders hoeven niet over een officieel vastgestelde diagnose te beschikken. De ernst van de problemen van ouders wordt gemeten door middel van de Brief Symptom Inventory, een zelfrapportage vragenlijst waarmee een overzicht verkregen kan worden van symptomen van psychopathologie. De kinderen dienen tijdens de periode van de training in het algemeen in een rustige, stabiele situatie te verkeren (een minimale behandeling van drie maanden). Dit is beoordeeld door de gedragswetenschapper op basis van de voortgang van de behandeling. Er zijn hier geen standaarden voor; er is uitgegaan van de expertise van de gedragswetenschapper. Voor kinderen die in een residentiële instelling wonen geldt bovenal de voorwaarde dat zij minimaal drie maanden in behandeling zijn, zodat er een voldoende stabiele situatie is en het



kind zich vertrouwd voelt in de omgeving om eventueel terug te kunnen vallen op begeleiding bij emotionele reacties op het programma. Ook dienen ouders toestemming te geven om met het kind te mogen spreken over hun problemen. Ten slotte dienen de kinderen contact te hebben met (een van beide) ouders. Hierbij maakt het niet uit of deze ouder wel of niet de ouder is met problematiek. Exclusiecriteria zijn kinderen met dermate ernstige emotionele en/of gedragsproblematiek dat participatie mogelijk wordt belemmerd, de aanwezigheid van een crisissituatie (in de situatie op de leefgroep, residentiële instelling of in de thuissituatie) en het risico op een conflictsituatie tussen de ouders en hun kinderen. Alhoewel dit geen objectieve maatstaf is, wordt ook dit beoordeeld door de gedragswetenschapper op basis van de evaluaties op de behandeling.

In totaal voldeden 44 kinderen aan de inclusiecriteria en allen kwamen in aanmerking voor het onderzoek. Van deze 44 kinderen zijn 12 kinderen om onbekende redenen afgehaakt en hebben dus niet aan alle meetmomenten deelgenomen. Er is gekozen om deze kinderen uit te sluiten van dit onderzoek om de betrouwbaarheid van de resultaten te vergroten. In de analyse worden dus in totaal 32 kinderen meegenomen. Participatie was op vrijwillige basis en selectie vond plaats door gedragswetenschappers en maatschappelijk werkers.

De experimentele groep bestond uit 21 LVB-KOPP/KVO-kinderen en de controlegroep uit 11 LVB-KOPP/KVO-kinderen, zie tabel 1 voor de karakteristieken van deze kinderen. De verdeling van jongens en meisjes binnen de experimentele groep verschilt niet significant van de controlegroep,  $\chi^2(1, N = 32) = .38, p = .54$ . Ook de leeftijd tussen beide groepen verschilt niet significant van elkaar,  $t(30) = .48, p = .64$ . Bovendien verschillen beide groepen op basis van de cognities bij T1 eveneens niet significant van elkaar (de cognitie zorgen maken  $t(30) = .46, p = .65$ , de cognitie schuldgevoelens  $t(30) = -1.12, p = .91$ , de cognitie eenzaamheid  $t(30) = -.96, p = .35$  en de cognitie schaamte  $t(30) = -1.07, p = .29$ ). Voor meer informatie over de gemiddelde scores en bijbehorende standaarddeviatie op de cognities en meetmomenten zie tabel 2.

Tabel 1

*Sekseverdeling en gemiddelde leeftijd (M) en bijbehorende standaarddeviatie (SD) van de onderzoeksgroepen*

	Experimentele groep (n = 21)	Controlegroep (n = 11)
Jongens (%)	13 (61.9%)	8 (72.7%)
Meisjes (%)	8 (38.1%)	3 (27.3%)
Leeftijd (M, SD)	15.24 (2.45)	14.82 (2.23)

## **Procedure**

Voordat de vragenlijsten werden afgenomen hebben de ouders en de kinderen toestemming gegeven door middel van een toestemmingsverklaring waar ook een informatiebrief bijgevoegd was. Hierdoor is voldaan aan het principe van vrijwillige en geïnformeerde instemming (Neuman, 2012). De vragenlijsten zijn bij de kinderen thuis of op de leefgroep afgenomen. Vooraf werd er mondeling uitleg gegeven over het doel en de procedure. De vragen zijn, om verkeerde interpretaties te voorkomen, door de onderzoeker gesteld en de antwoorden zijn door de onderzoeker genoteerd. De kinderen kregen zelf een kopie van de vragenlijsten om mee te kunnen lezen. Afhankelijk van de omstandigheden en het intelligentieniveau van zowel de ouders als de kinderen, duurde de afname ongeveer 30-45 minuten. Ook ouders hebben op meetmoment T1, T2 en T3 een vragenlijst ingevuld. Deze zijn voor dit onderzoek niet relevant.

Om de betrouwbaarheid van de vragenlijst zo goed mogelijk te waarborgen en om aan te sluiten bij de mogelijkheden van de doelgroep is de vragenlijst voor de kinderen versimpeld, zijn antwoorden visueel gemaakt en is er gebruik gemaakt van korte zinnen/vragen. De vragenlijsten zijn afgenomen in een prikkelarme setting, zoals in de personeelsruimte. Op deze wijze werd zo goed mogelijk aangesloten bij de richtlijnen voor diagnostisch onderzoek bij kinderen met een LVB (Douma et al., 2012). Tot slot is er voor de onderzoeker een draaiboek ontwikkeld waarin de procedure van de afname van de vragenlijsten beschreven staat.

## **Instrumenten en variabelen**

**De negatieve cognities bij KOPP/KVO-kinderen** werden gemeten met de door Pluryn ontwikkelde KOPP competentiebeleving-vragenlijst (KCB). De KCB is door Van Santvoort, onderzoekster van de afdeling Research and Development van Pluryn, opgesteld. De KCB meet de KOPP-specifieke cognities door middel van vier losse items die alle worden gescoord op een vijfpunts Likert schaal ('0' = helemaal nooit, '1' = bijna nooit, '2' = soms, '3' = vaak, '4' = bijna altijd). Als hulpmiddel staan naast de antwoorden smiley's die de antwoorden visualiseren. De volgende vier items meten de vier negatieve cognities: Gevoelens van schaamte: 'Soms schamen jongeren zich voor hun vader of moeder die problemen heeft. Heb jij dat wel eens?'; Schuld: 'Soms denken jongeren dat de problemen van hun ouders door hun komen. Denk jij wel eens dat het jouw schuld is dat je ouder problemen heeft?'; Zorgen maken: 'Soms maken jongeren zich zorgen over hun vader of moeder die problemen heeft. Maak jij je wel eens zorgen over je vader of moeder?'; Eenzaamheid: 'Soms hebben jongeren het gevoel dat ze de enige zijn die een vader of moeder

hebben met zulke problemen. Heb jij dat gevoel wel eens?'. Zie voor de originele vragenlijst bijlage 1.

### **Data-analyse**

Door middel van twee Repeated Measures ANOVA analyses ( $\alpha \leq .05$ ) is het interactie-effect gemeten tussen de conditie (experimenteel en controle) en de tijd (T1: voormeting, T2: nameting en T3: follow-up meting) op de negatieve cognities (ervaringen van schuld, eenzaamheid, zorgen maken en schaamte) op zowel korte- als lange termijn. Hierbij is gekeken naar het verschil tussen de experimentele groep en controle groep en of er een effect is op korte- en lange termijn. Om het effect op korte termijn op de negatieve cognities te meten is er een ANOVA uitgevoerd tussen de voormeting en de nameting (meetmoment T1 en T2) en beide condities. Het lange termijn effect is gemeten door een ANOVA uit te voeren waarbij de voormeting is vergeleken met de follow-up meting (meetmoment T1 en T3) en beide condities.

Voordat de ANOVA's uitgevoerd zijn, zijn de assumpties van de ANOVA's getoetst. Er is bekeken of de data normaal verdeeld is en de homogeniteit van variantie en de sphericity zijn gemeten. De Kolmogorov-Smirnov gaf aan dat, behalve de items 'zorgen maken' bij de controlegroep voor T1 ( $p = .14$ ) en de experimentele groep op T2 ( $p = .10$ ) en 'schuldgevoelens' bij de controlegroep op T3 ( $p = .20$ ), de verdeling van de scores op de andere items significant afwijken van de normaalverdeling (zie bijlage 2). Toch is ervoor gekozen om parametrisch te testen door middel van een Repeated Measures ANOVA, aangezien in dit onderzoek een onderscheid gemaakt dient te worden tussen de experimentele groep en de controlegroep. Non-parametrische tests kunnen geen herhaalde metingen uitvoeren met deze groepen als aparte condities. Bovendien is er aan de overige assumpties wel voldaan.

### **Resultaten**

Uit de beschrijvende statistiek in tabel 2 blijkt dat bij de experimentele groep op alle negatieve cognities de gemiddelde score op korte termijn (T1-T2) daalt. De gemiddelde score van de lange termijn (T1-T3), neemt bij de cognities zorgen maken, schuldgevoelens, en eenzaamheid ook af. Bij de cognitie schaamte neemt het gemiddelde juist toe. Op lange termijn blijkt het effect op de cognitie eenzaamheid te beklijven (T2-T3). Bij de cognities zorgen maken is het effect bij de experimentele groep op lange termijn gelijk gebleven, bij de cognities schuldgevoelens en schaamte is de gemiddelde score op T3 weer toegenomen en bij de cognitie eenzaamheid is de gemiddelde score gedaald (zie tabel 2). De kinderen ervaren bij aanvang van de training de meeste problemen bij de cognitie zorgen maken.

Tabel 2

*Gemiddelde scores (M) en bijbehorende standaarddeviatie (SD) op cognities en meetmomenten van beide onderzoeksgroepen*

Cognitie en meetmoment	Experimentele groep (n = 21)		Controlegroep (n = 11)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<b>Zorgen maken</b>				
T1	2.76	1.18	2.55	1.44
T2	2.29	1.10	2.45	1.64
T3	2.29	1.06	2.73	1.27
<b>Schuldgevoelens</b>				
T1	1.95	.97	2.00	1.34
T2	1.76	1.18	2.09	1.38
T3	1.86	1.24	2.45	1.44
<b>Eenzaamheid</b>				
T1	1.86	.96	2.27	1.49
T2	1.67	.80	2.18	1.54
T3	1.48	.68	1.64	1.21
<b>Schamen</b>				
T1	1.62	.92	2.09	1.58
T2	1.57	.75	2.18	1.40
T3	1.71	1.06	1.82	1.25

Uit beide Repeated Measures ANOVA analyses blijkt dat, op de cognitie eenzaamheid na, voor alle negatieve cognities geen significant hoofdeffect van tijd, zowel op korte (T1-T2) als op lange termijn (T1-T3). Op de cognitie eenzaamheid is op lange termijn een significant hoofdeffect van tijd gevonden ( $p = .05$ ). Zie tabel 3 en de lijngrafieken in bijlage 3. Geen enkel interactie-effect van het wel/niet volgen van de training en tijd bleek geen significant op zowel korte als lange termijn.

Tabel 3

*Resultaten Repeated Measure ANOVA korte- lange termijn: F-waarde, significantie en Partial Eta Squared voor cognities in tijd en tijd\*conditie*

Cognitie	Korte termijn			Lange termijn		
	<i>F</i> ( <i>df</i> = 1)	<i>p</i>	$\eta^2$	<i>F</i> ( <i>df</i> = 1)	<i>p</i>	$\eta^2$
Zorgen maken						
<i>Tijd</i>	1.93	.18	.06	.30	.59	.01
<i>Tijd*Conditie</i>	.89	.35	.03	1.49	.23	.05
Schuldgevoelens						
<i>Tijd</i>	.07	.80	.00	.48	.50	.02
<i>Tijd*Conditie</i>	.53	.47	.02	1.19	.30	.04
Eenzaamheid						
<i>Tijd</i>	.50	.48	.02	4.35	.05	.13
<i>Tijd*Conditie</i>	.06	.80	.00	.27	.60	.01
Schamen						
<i>Tijd</i>	.01	.94	.00	.14	.71	.01
<i>Tijd*Conditie</i>	.07	.80	.00	.59	.45	.02

### Discussie en conclusie

Onderzoek toont aan dat het hebben van een ouder met een psychische stoornis of verslaving kinderen kwetsbaarder en ontvankelijker maakt voor het ontwikkelen van negatieve gezondheidsuitkomsten (Van Doesum & Hosman, 2009; Van Santvoort, Hosman, Van Doesum, & Janssens, 2014). Risicofactoren voor KOPP/KVO-kinderen zijn onder andere het ontwikkelen van negatieve cognities. Ervaringen van schuld, eenzaamheid, zorgen maken en schaamte komen vaak voor bij KOPP/KVO-kinderen (Beardslee & Podorefsky, 1988; Hinshaw, 2004). Om deze negatieve cognities te verminderen zijn er voor gemiddeld begaafde kinderen competentietrainingen ontwikkeld. Deze interventies waren echter nog niet ontwikkeld voor kinderen met een LVB die juist een verhoogd risico hebben wanneer zij ouders hebben met een psychische stoornis of verslaving (Riemersma & Van Santvoort, 2014). Om deze risico factoren bij kinderen met een LVB te verminderen heeft Pluryn een bestaande competentietraining, de ‘Doe-praatgroep’ voor kinderen en de online zelfhulp cursus ‘Kop op ouders’ voor ouders, aangepast voor kinderen met een LVB (Riemersma & Van Santvoort, 2014) en hernoemd als ‘Jij bent okay’. Huidig onderzoek heeft onderzocht wat het effect is van deze KOPP/KVO-training op de negatieve cognities zorgen

maken, schuldgevoel, eenzaamheid en schaamte. Hierbij is gekeken of de kinderen die de training volgden minder negatieve cognities hadden na afloop van de training (binnen een week na het volgen van de training) en na een langere periode nadat de training was afgelopen (14 weken na de laatste bijeenkomst) in vergelijking met de kinderen die geen training hadden gevolgd. Ook is gekeken of er een effect was van tijd op de negatieve cognities, los van het wel of niet volgen van de training. Hierbij is er ook gekeken wat het verschil was na de directe afloop van de training en het effect van de training op lange termijn.

Op basis van literatuur werden ervaringen van schuld, gevoelens van eenzaamheid, zorgen maken en schaamte bij de geïncludeerde kinderen verwacht (Beardslee & Podorefsky, 1988; Hinshaw, 2004). Uit de resultaten bleek echter dat de kinderen op de voormeting voor drie van de vier cognities (schuldgevoelens, eenzaamheid en schaamte) aangaven dat deze gemiddeld helemaal nooit tot bijna nooit voorkwamen. Alleen de cognitie zorgen maken was vaker aanwezig, namelijk tussen bijna nooit en soms. De lage mate van het ervaren van negatieve cognities (voordat de eerste training heeft plaatsgevonden) kan een verklaring zijn voor het uitblijven van een significant effect. De kans op verbetering na het volgen van een interventieprogramma wordt bij kinderen hoger als er alleen kinderen meedoen waarbij sprake is van moeilijkheden voordat de interventie is gestart (Van Loon, Van der Meulen, & Minnaert, 2015). Bovendien werd verwacht dat door de competentietraining alle vier de cognities op zowel korte- als lange termijn zouden verminderen. Dit resultaat werd echter niet gevonden. De kinderen die de training hadden gevolgd hebben hun negatieve cognities niet dermate verminderd dan voordat zij aan de training zijn begonnen en scoorden ook niet lager in vergelijking met de groep die de training niet heeft gevolgd. Er is echter zowel in de experimentele als controlegroep een daling gevonden op de cognitie eenzaamheid. Dit wil zeggen dat op deze cognitie een verschil is op de lange termijn, los van het feit of de kinderen wel of niet hebben deelgenomen aan de training.

Een verklaring voor het gegeven dat er voor aanvang van de training weinig negatieve cognities waren bij de kinderen kan zijn dat er op de leefgroepen competentiegericht wordt gewerkt. Door middel van competentiegerichte technieken op de leefgroepen worden negatieve cognities verkleind en worden realistische cognities versterkt (Slot & Spanjaard, 1999; Slot & Spanjaard, 2009). Tijdens individuele gesprekken tussen het kind en zijn/haar persoonlijk begeleider wordt systematisch geëvalueerd, waarbij er eventueel over deze negatieve cognities met betrekking tot hun ouders gesproken wordt. Als er in wordt gegaan op het ziekte-beeld van ouders, geeft de persoonlijk begeleider een vorm van psycho-educatie, wat onder andere van invloed is op onder de negatieve cognities van KOPP/KVO-kinderen

(Mattejat & Remschmidt, 2008). Bovendien is het aanbieden van een vertrouwenspersoon aan het kind een beïnvloedbare factor op het verminderen van negatieve cognities bij KOPP-KVO-kinderen (Boel et al., 2007).

Om de resultaten goed te kunnen interpreteren moet rekening worden gehouden met de beperkingen in dit onderzoek. Een eerste beperking is dat er een Repeated Measures ANOVA is uitgevoerd, terwijl er niet aan de normaliteit assumptie is voldaan. Er is echter toch voor gekozen om juist deze test uit te voeren, aangezien non-parametrische tests niet de mogelijkheid bieden om een interactie-effect te meten op verschillende condities.

Ten tweede zijn de onderzochte kinderen licht verstandelijk beperkt en het merendeel is woonachtig op leefgroepen. Ze moesten vragen beantwoorden over de problematiek van hun ouders waardoor zij in een loyaliteitsconflict terecht kunnen komen. Boszormenyi-Nagy (1994) heeft het begrip loyaliteit ontwikkeld en stelt dat kinderen en hun ouders onlosmakelijk verbonden zijn door hun gedeelde bloedband. Deze band scheidt wederzijdse rechten en plichten: ouders hebben de plicht het kind te verzorgen. Dit scheidt bij het kind dan weer de verplichting om loyaal te blijven en zoveel mogelijk terug te doen en te voldoen aan de verwachtingen van zijn ouders. De loyaliteit die het kind ervaart kan ertoe leiden dat hoe slechter zijn ouders voor hem/haar zijn, hoe trouwer het kind zich opstelt (Van Eerenbeemt & Van Heusden, 1990). Aangezien de kinderen in dit onderzoek over het algemeen graag weer thuis willen wonen en loyaal willen zijn naar hun ouders, kan dit het invullen van de vragenlijst beïnvloeden. Om loyaal te zijn naar ouders zouden zij mogelijk expres aangeven dat zij zich niet de enige voelen die ouders hebben met een psychische stoornis of verslaving, dat zij zich niet schuldig voelen over de problematiek van hun ouders, dat zij zich niet schamen voor hun ouders en dat zij zich geen zorgen maken over hun ouders. De kinderen waar het in dit onderzoek over gaat zijn vaak uit huis geplaatst door de omstandigheden thuis, zoals drugs-/drankgebruik van ouders, huiselijk geweld, gezondheidsproblemen van ouders, opvoedingsproblemen, weinig verantwoordelijkheden nemen voor het kind, etc. (DeRoma, Bingley, Kessler, & Merino, 2005). Als zij laten blijken dat het thuis in orde is, kunnen zij ook de verwachting hebben weer thuis te mogen wonen.

Tijdens de afname van de vragenlijsten is geprobeerd dit loyaliteitsconflict zo veel mogelijk te voorkomen door bij de kinderen aan te geven dat er geen goede of foute antwoorden zijn, dat de antwoorden anoniem verwerkt worden en het geen gevolgen voor hun zal hebben (Riemersma & Van Santvoort, 2014). Zo is getracht de kinderen duidelijk te maken dat zij de vragenlijst eerlijk kunnen invullen, zonder dat ouders hiervan op de hoogte worden gebracht of dat dit (positieve of negatieve) gevolgen zal hebben voor hun woonplek.

Naast een aantal beperkingen heeft deze studie ook sterke punten. Allereerst is de manier waarop het onderzoek bij de kinderen is verricht een sterk punt. Door middel van het hanteren van het draaiboek is de vragenlijst op een gestandaardiseerde wijze afgenomen. Hierdoor is er een eenduidige afname gehanteerd. Bovendien is er bij het onderzoek rekening gehouden met de kenmerken van een LVB van de kinderen door vragen waar nodig te verhelderen, pauzes in te lassen, het taalgebruik aanpassen en de antwoorden te visualiseren. Het onderzoek sloot hierdoor aan bij de richtlijnen voor diagnostisch onderzoek bij kinderen met een LVB (Douma et al., 2012).

Er kunnen op basis van de resultaten van huidig onderzoek meerdere aanbevelingen worden gedaan om goede effecten te behalen bij de training 'Jij bent okay' en voor vervolgonderzoek. Allereerst wordt er aanbevolen om een voorselectie plaats te laten vinden, zodat alleen kinderen met negatieve cognities over, of als gevolg van de problematiek van hun ouders, deelnemen aan de competentietraining. Hiertoe kan de huidige vragenlijst (KCB) worden afgenomen voordat aan de training wordt begonnen, waarna de trainer kan bepalen of de negatieve cognities ernstig genoeg zijn waardoor de training noodzakelijk wordt geacht. Aangeraden wordt om gebruik te maken van een criterium wat betreft de mate van ervaren negatieve cognities, waarbij negatieve cognities minstens 'soms' aanwezig zijn.

Daarnaast wordt vervolgonderzoek aanbevolen waarbij alleen kinderen deelnemen die voldoen aan dit selectiecriterium. Naar verwachting wordt er dan wel een significant effect gezien wordt op de negatieve cognities als gevolg van de training. Tot slot wordt bij vervolgonderzoek aanbevolen een grotere steekproef te betrekken om de generaliseerbaarheid van resultaten te vergroten.

### Referenties

- Bassani, D. G., Padoin, C. V., & Veldhuizen, S. (2008). Counting children at risk: Exploring a method to estimate the number of children exposed to parental mental illness using adult health survey data. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43*, 927-935. doi:10.1007/s00127-008-0376-3
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R., & O'Connor, E. E. (2011). Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents: A review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *50*, 1098-1109. doi:10.1016/j.jaac.2011.07.020
- Beardslee, W. R., & Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships. *The American Journal of Psychiatry*, *145*, 63-69.



- Bool, M., Zanden, A. P. van der, & Smit, F. (2007). *Kinderen van ouders met psychische problemen. Factsheet preventie*. Utrecht: Trimbos-Instituut
- Boszormenyi-Nagy, I., en Krasner, B. (1994). *Between Give and Take. A clinical Guide to Contextual Therapy*. New York: Brunner
- DeRoma, V., Bingley, C., Kessler, M. L., & Merino, C. (2005). Unacceptable risk factors in child maltreatment: formulations from caseworkers. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy, 1*, 114-123.
- Doesum, K. T. M. van, & Hosman, C. M. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: II. *Advances in Mental Health, 8*, 264-276.
- Douma, J., Moonen, X. M. H., Noordhof, L., & Ponsioen, A. (2012). *Richtlijn diagnostisch onderzoek LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB.
- Fraser, C., James, E., Anderson, K., Lloyd, D., & Judd, F. (2006). Intervention programs for children of parents with a mental illness: A critical review. *International Journal of Mental Health Promotion, 8*, 9-19. doi:10.1080/14623730.2006.9721897
- Goossens, F., & Zanden, R. van der. (2012). *Factsheet KOPP/KVO (Prevention Factsheet: Children of mentally ill or addicted parents)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hinshaw, S. P. (2004). Parental mental disorder and children's functioning: Silence and communication, stigma and resilience. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 400-411. doi:10.1207/s15374424jccp3302\_22
- Hoefnagels, C., Meesters, C., & Simenon, J. (2007). Social support as predictor of psychopathology in the adolescent offspring of psychiatric patients. *Journal of and Family Studies, 16*, 91-101. doi:10.1007/s10826-006-9070-9
- Hosman, C. M., Doesum, K. T M. van, & Santvoort, F. van. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 8*, 250-263. doi:10.5172/jamh.8.3.250
- Kleinert, H. L., Browder, M. D., & Towles-Reeves, E. A. (2009). Models of cognition for students with significant cognitive disabilities: Implications for assessment. *Review of Educational Research, 79*, 301-326. doi:10.3102/0034654308326160

- Koning, N. D. de, & Collin, P. J. L. (2007). Behandeling van jeugdigen met een psychiatrische stoornis en een verstandelijke beperking. *Kind en Adolescent*, 28(3), 215-229.
- Loon, D. van, Meulen, B. van der, & Minnaert, A. (2015). *Effectonderzoek in de gedragswetenschappen : een introductie*. Antwerpen - Apeldoorn: Garant.
- MacGloin, J. M., Pratt, T. C., & Maahs, J. (2004). Re-thinking the IQ-delinquency relationship: A longitudinal analysis of multiple theoretical models. *Justice Quarterly*, 21, 601-631. doi:10.1080/07418820400095921
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2008). The children of mentally ill parents. *Deutsches Arzteblatt International*, 105, 413-418
- Orobio de Castro, B., Embregts, P., Nieuwenhuijzen, M. van, & Stolker, J. J. (2008). Samen op zoek naar effectieve behandeling van gedragsproblemen bij cliënten met een lichte verstandelijke beperking: Het consortium Effectieve Behandeling Gedragsproblemen LVG. *Onderzoek & Praktijk*, 6, 6-12.
- Reupert, A., Cuff, R., Drost, L., Foster, K., Doesum, K. T. M. van, & Santvoort, F. van. (2008). Intervention programs for children whose parents have a mental illness: a review. *Medical Journal of Australia*, 1, 18-22. doi:10.5694/mjao11.11145
- Riemersma, I., & Santvoort, F. van. (2014). *Handboek 'Jij bent okay', competentietraining voor jongeren met een licht verstandelijke beperking van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen*. Nijmegen: Pluryn Research & Development.
- Santvoort, F. van. (2013). *Support Groups for Children at Risk: A Study on Risk Levels and Intervention Effects in Children of Mentally Ill or Addicted Parents*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Santvoort, F. van, Hosman, M. H., Doesum, K. T. M. van, & Janssens, J. M. A. M. (2011). Preventie programma KOPP/KVO onder vuur. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 1, 16-19. doi:10.1007/s12508-011-0012-6
- Santvoort, F. van, Hosman, M. H., Doesum, K. T. M. van, & Janssens, J. M. A. M. (2014). Children of mentally ill parents participating in preventive support groups: Parental diagnoses and child risk. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 67-75. doi:10.1007/s10826-012-9686-x
- Slot, N. W. & Spanjaard, H. J. M. (2009). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.

- Solantaus, T., & Toikka, S. (2006). The effective family programme: Preventative services for the children of mentally ill parents in Finland. *The international Journal of Mental Health Promotion*, 8, 37-44. doi:10.1080/14623730.2006.9721744
- Staa, A., L., van & Evers, J., C. (2010). 'Thick analysis': strategie om de kwaliteit van kwalitatieve data-analyse te verhogen. *KWALON*, 15, 5-12.
- Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (2014). *Abnormal Child and Adolescent Psychology*. Amerika: Pearson.
- Wit, M. de, Moonen, X. M. H., & Douma, J. (2011). *Richtlijn Effectieve Interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

## Bijlagen

### Bijlage 1: Items vragenlijst

#### *Onderzoek 'Jij bent okay'. Eerste/tweede/derde vragenlijst. Versie voor jongeren.*

*Dit is de eerste/tweede/derde vragenlijst voor het onderzoek waaraan jij deelneemt. De vragenlijst bestaat uit verschillende onderdelen. Veel vragen zijn hetzelfde als in de eerste vragenlijst. Misschien een beetje gek om ze nog een keer te beantwoorden, maar voor het onderzoek is het belangrijk dat je ze voor een tweede keer invult.*

*Bij ieder onderdeel wordt uitgelegd wat je moet doen. Houd bij alle onderdelen in je hoofd dat er geen goede of foute antwoorden zijn, maar dat het er altijd om gaat wat jij vindt. Het gaat om jouw mening.*

*Veel succes!*

### Cognities

*Het volgende onderdeel gaat over je ouders. Alle antwoorden zijn goed. Het gaat erom dat je zegt wat het beste bij jou past.*

1. Soms maken jongeren zich zorgen over hun vader of moeder die problemen heeft.

Maak jij je wel eens zorgen over je vader of moeder?



Nee, helemaal nooit



Nee, bijna nooit



Ja, soms



Ja, vaak



Ja, bijna altijd

2. Soms denken jongeren dat de problemen van hun ouders door hun komen. Denk jij wel eens dat het jouw schuld is dat je ouder problemen heeft?



Nee, helemaal nooit



Nee, bijna nooit



Ja, soms



Ja, vaak



Ja, bijna altijd

3. Soms hebben jongeren het gevoel dat ze de enige zijn die een vader of moeder hebben met zulke problemen. Heb jij dat gevoel wel eens?



Nee, helemaal nooit



Nee, bijna nooit



Ja, soms



Ja, vaak



Ja, bijna altijd

4. Soms schamen jongeren zich voor hun vader of moeder die problemen heeft. Heb jij dat wel eens?



Nee, helemaal nooit



Nee, bijna nooit



Ja, soms



Ja, vaak



Ja, bijna altijd

## Bijlage 2: Resultaten normaliteitstest

Tabel 3

*Normaliteitstest – Kolmogorov-Smirnov*

	Experimentele groep ( $n = 21$ )		Controlegroep ( $n = 11$ )	
	<i>Df</i>	<i>p</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<b>Zorgen maken</b>				
T1	21	.00	11	.14
T2	21	.10	11	.03
T3	21	.01	1	.00
<b>Schuldgevoelens</b>				
T1	21	.00	11	.00
T2	21	.00	11	.00

T3	21	.00	11	.20
Eenzaamheid				
T1	21	.00	11	.04
T2	21	.00	11	.00
T3	21	.00	11	.00
Schamen				
T1	21	.00	11	.00
T2	21	.00	11	.04
T3	21	.00	11	.01

### Bijlage 3: Grafieken resultaten ANOVA's



