Handleiding

# SENA

## Beoordelingssysteem voor emotionele en gedragsproblemen




**Irene Fernández-Pinto**
**Pablo Santamaría**
**Fernando Sánchez-Sánchez**
**Miguel Ángel Carrasco**
**Victoria del Barrio**

Nederlandse bewerking door Julia Plukaard

hogrefe

# SENA

Beoordelingssysteem voor emotionele en gedragsproblemen

Handleiding

**Irene Fernández-Pinto**
**Pablo Santamaría**
**Fernando Sánchez-Sánchez**
**Miguel Ángel Carrasco**
**Victoria del Barrio**

Nederlandse bewerking door
Julia Plukaard

hogrefe

# Inhoudsopgave


| | | |
|---|---|---|
| **1** | **Inleiding en theoretische achtergrond** | **5** |
| 1.1 | Het beoordelen van problemen in de kindertijd en adolescentie | 5 |
| 1.2 | De SENA-vragenlijst: meetpretentie | 7 |
| 1.3 | Toepassingen van de SENA | 12 |
| **2** | **Afname en scoring** | **15** |
| 2.1 | Gebruik en doelpopulatie | 15 |
| 2.2 | Materiaal | 16 |
| 2.3 | Afname van de SENA | 16 |
| 2.4 | Scoren van de papieren SENA: Hogrefe Scoring | 18 |
| 2.5 | Digitaal afnemen | 20 |
| **3** | **Interpretatie** | **21** |
| 3.1 | Standaardscores: T-scores en percentielen | 21 |
| 3.2 | Stappenplan voor het interpreteren van de resultaten van de SENA | 21 |
| 3.3 | Beschrijving en interpretatie van de validiteitsschalen | 23 |
| 3.4 | Beschrijving en interpretatie van de indexen | 30 |
| 3.5 | Beschrijving en interpretatie van de klinische schalen | 31 |
| 3.6 | Voorbeeldcasussen | 50 |
| **4** | **SENA Screeners** | **65** |
| 4.1 | Gebruik en doelpopulatie | 65 |
| 4.2 | Materiaal | 65 |
| 4.3 | Afname van de SENA Screeners | 65 |
| 4.4 | Papieren vragenlijsten scoren | 66 |
| 4.5 | Digitaal afnemen | 66 |
| 4.6 | Interpretatie | 66 |
| 4.7 | Ontwikkeling en psychometrische eigenschappen | 67 |
| **5** | **Ontwikkeling en normering** | **79** |
| 5.1 | Ontwikkeling van de SENA in Spanje | 79 |
| 5.2 | Ontwikkeling van de SENA in Nederland | 80 |
| 5.3 | Beschrijving van de normeringssteekproef | 83 |
| 5.4 | Effecten binnen de normeringssteekproef | 89 |
| **6** | **Psychometrische eigenschappen** | **99** |
| 6.1 | Interne consistentie | 99 |
| 6.2 | Paralleltestbetrouwbaarheid | 105 |
| 6.3 | Constructvaliditeit | 106 |
| 6.4 | Convergente en divergente validiteit | 107 |
| 6.5 | Klinische validiteit | 114 |
| | **Referenties** | **119** |
| | **Bijlagen** | **123** |
| | Bijlage A Structuur SENA | 123 |
| | Bijlage B Aanvullende tabellen hoofdstuk 6 | 125 |

# 1 Inleiding en theoretische achtergrond

De SENA (Beoordelingssysteem voor emotionele en gedragsproblemen) is oorspronkelijk ontwikkeld door Spaanse experts in psychologische testontwikkeling én psychopathologie onder kinderen en adolescenten (Fernández-Pinto et al., 2015). De SENA is ontworpen om binnen verschillende contexten een breed spectrum aan emotionele en gedragsproblemen en beschermende factoren in de ontwikkeling van kinderen en jongeren in kaart te brengen. Deze handleiding beschrijft de ontwikkeling van de Nederlandstalige bewerking van de vragenlijst en van de screeningsversie in Nederland.

## 1.1 Het beoordelen van problemen in de kindertijd en adolescentie

Er zijn een aantal belangrijke theoretische voorwaarden waaraan een degelijk psychologisch meetinstrument voor kinderen en adolescenten moet voldoen: het instrument moet een ontwikkelingsgerichte benadering hanteren, informatie verzamelen vanuit meerdere bronnen en contexten, en het moet multidimensionaal zijn.

### 1.1.1 Ontwikkelingsgericht

Het is van belang om bepaalde problemen zo vroeg mogelijk in het leven in kaart te brengen, omdat de prognose daarmee verbetert. Hoe eerder behandeling wordt ingezet, hoe beter, vooral gezien het feit dat stoornissen die in de kindertijd beginnen veelal op volwassen leeftijd terugkeren (Kolaitis, 2012). Tot wel 60% van de stoornissen op volwassen leeftijd heeft een voorgeschiedenis in de kindertijd. Vroege ondersteuning is daarom niet alleen erg belangrijk voor het kind zelf, maar ook voor diens familie en sociale omgeving. Effectieve preventieve ondersteuning is alleen mogelijk als er een duidelijke beoordeling beschikbaar is van de risicofactoren die verband houden met het ontstaan en ontwikkelen van stoornissen. Als deze bekend zijn, kunnen kinderen en jongeren worden geïdentificeerd die een risico lopen op het ontwikkelen van dergelijke problematiek, en kunnen passende interventieprogramma's worden opgestart. Daarbij is het van belang om rekening te houden met de ontwikkeling van kinderen en jongeren: afhankelijk van de leeftijd van een kind, dienen bepaalde problemen meer of minder aandacht te krijgen. Zo vragen de midden kinderjaren (6 t/m 11 jaar; Del Giudice, 2018) vooral om aandacht gericht op gedragsproblemen, onoplettendheid en hyperactiviteit, angst en ook somatische klachten. Tijdens de adolescentie spelen andere gedragingen een grotere rol. Denk bijvoorbeeld aan stemmingsproblematiek, eetproblemen, middelenmisbruik en psychotische aspecten. Ook de specifieke uitingen kunnen verschillen op soortgelijke ontwikkelingsgebieden. Zo wordt agressie bij jonge kinderen vaak vooral geuit in de vorm van slaan en duwen, terwijl agressie bij adolescenten over het algemeen meer verfijnd en in verbale vorm is (Rodríguez et al., 2013).

Aansluitend hierop is de duur van stoornissen bij kinderen een element waarmee rekening moet worden gehouden. Bij een duur van minder dan twee weken wordt het over het algemeen beschouwd als een voorbijgaand probleem en niet als een echte stoornis. Bij langer dan twee weken wordt het al beschouwd als een symptoom van een stoornis, omdat kinderen doorgaans zeer wisselende stemmingen hebben (American Psychiatric Association, 2013). De intensiteit van het gedrag, een aspect wat essentieel en constant is in de psychopathologie van volwassenen, is ook onderhevig aan het ontwikkelingsproces bij het kind. Zo is een intense driftbui bij een kind van twintig maanden volkomen normaal, maar zou deze als abnormaal worden beschouwd als deze zich met dezelfde intensiteit voor zou doen bij een kind van zeven jaar. Sociale acceptatie is ook variabel, aangezien deze in de kinderwereld veel meer verandert dan in de volwassen wereld en wordt bepaald door factoren zoals sociale klasse, sociale tolerantie, geografische omgeving, enzovoort. Bij

de beoordeling van problemen bij kinderen moet daarom worden gekeken naar wat normaal is en wat pathologisch is binnen de ontwikkeling, om te kunnen bepalen welke vragen moeten worden gesteld om een stoornis te definiëren.

Wat 'normaal' gedrag is en wat niet, is bij kinderen dus sterk afhankelijk van de fase van de ontwikkeling. Wat op de ene leeftijd als normaal gezien wordt, wordt op een andere leeftijd gemiddeld gezien niet meer als normaal gezien. Dit betekent dat de grens tussen wat normaal en wat pathologisch is bij kinderen onderhevig is aan een grote variabiliteit van factoren, gebaseerd op de verandering van hun gedrag naarmate ze in elke nieuwe leeftijdsperiode nieuwe vaardigheden verwerven. Om deze reden bevat de SENA twee leeftijdsversies. Hoewel de meeste schalen en items in de verschillende vragenlijsten sterk op elkaar lijken, bevat iedere vragenlijst items die passen bij het ontwikkelingsniveau van het kind of de jongere en bij de typische manifestatie van verschillende problemen in elke leeftijdsgroep. Bovendien zijn sommige schalen alleen opgenomen in de leeftijdsgroep waarin ze relevant zijn. Zo komt de schaal die middelenmisbruik meet alleen terug in de versie voor adolescenten.

### 1.1.2 Informatie verzamelen van verschillende bronnen

Door informatie uit meerdere bronnen te verzamelen, is het mogelijk om een completer beeld te krijgen van een psychologisch profiel van een kind of jongere, en om mogelijke discrepanties te analyseren (Achenbach & Rescorla, 2001; Del Barrio, 2002a). Visies en ervaringen van kinderen kunnen bijvoorbeeld verschillen van die van hun ouders. Er zijn verschillende redenen om, bij het beoordelen van de problemen in de kindertijd en adolescentie, altijd gebruik te maken van verschillende informatiebronnen.

*Contextualisering van stoornissen bij kinderen en jongeren*

De manifestaties van problemen bij kinderen en jongeren zijn veelal gekoppeld aan een specifieke context. Problemen kunnen zich met verschillende intensiteit en kenmerken anders manifesteren in verschillende omgevingen: of zelfs in één omgeving wel, maar in een ander helemaal niet. Bepaalde problemen kunnen op school voorkomen, terwijl die problemen thuis niet of in mindere mate worden ervaren – of andersom. Een van de redenen voor deze verschillen betreft de verschillende omgevings- en interpersoonlijke omstandigheden waaraan het kind of de adolescent wordt blootgesteld. In iedere omgeving kunnen bijvoorbeeld andere verwachtingen en eisen aan het kind of de jongere worden gesteld, waardoor een kind zich anders kan voelen en gedragen.

*Reikwijdte van de informant*

Geen van de informanten, kinderen of ouders/verzorgers, kunnen álle informatie over de ontwikkeling van het kind verschaffen. Een ouder kan het gedrag van het kind observeren, terwijl een kind zelf uit eerste hand verslag kan doen van de eigen gedachten en emoties en van de aanwezigheid van mogelijke symptomen van een meer geïnternaliseerde aard (bijvoorbeeld psychotische symptomen, angst of verdriet). Onderzoek heeft aangetoond dat er een lage of matige overeenstemming bestaat tussen de informatie die door kinderen wordt verstrekt en die door hun ouders/verzorgers en leerkrachten wordt verstrekt (Achenbach et al., 1987; De los Reyes & Kazdin, 2005; Kamphaus & Frick, 1996; Vazire & Mehl, 2008). Hoewel men zou kunnen denken dat het kind vanwege zijn of haar onvolwassenheid in vergelijking met de volwassene de minst betrouwbare en geldige bron is, bevestigt de realiteit dat het kind een relevante en soms essentiële bron van informatie is voor het beoordelen van gevoelens en gedragingen. Niet alle bronnen zijn even geschikt voor het evalueren van bepaalde inhoud (Achenbach et al., 1987; Del Barrio, 2002). De algemene conclusie is dat ouders betere rapporteurs zijn van externaliserend en openlijk gedrag, terwijl kinderen betere rapporteurs zijn van meer internaliserende kenmerken en gevoelens. De twee rapportages van de SENA (ouderrapportage en kindrapportage) vullen elkaar dus aan.

*Subjectiviteit*
Verschillende informanten kunnen verschillende visies hebben op hetzelfde gedrag. Het gedrag van het kind kan niet alleen variëren van de ene context tot de andere, maar ook van de ene persoon tot de andere. Dit geeft relevante klinische informatie, wat kan worden ingezet voor het beantwoorden van een hulpvraag en het formuleren van ondersteuningsbehoeften. Om deze reden kan het bijzonder interessant zijn om bijvoorbeeld de beoordeling van de vader en moeder te kennen, die onafhankelijk van elkaar afzonderlijke vragenlijsten kunnen invullen. Dit kan met name nuttig zijn wanneer ouders gescheiden leven.

Met de SENA is het mogelijk om gegevens uit verschillende informatiebronnen (ouders/verzorgers en de kinderen of jongeren zelf) en over het functioneren binnen de belangrijkste ontwikkelingsomgevingen (thuis, op school, in sociale context) te integreren. Elk van de bronnen heeft vanuit een bepaald standpunt en binnen een specifieke context gemakkelijker toegang tot een bepaald type informatie. Bij eventuele discrepanties tussen de informanten is het de taak van de professional om de redenen daarvoor vast te stellen door middel van interviews, meer specifieke meetinstrumenten, informatie uit de klinische geschiedenis, en andere vergelijkbare methoden. De interpretatie wordt verder besproken in hoofdstuk 3 van deze handleiding.

### 1.1.3 Een categorische versus dimensionale benadering

De keuze voor een beoordeling die stoornissen categorisch of dimensionaal benadert, is een oud maar nog steeds open debat in de klinische praktijk.

De SENA streeft ernaar een categorische en een dimensionale benadering te combineren. Enerzijds is het een dimensionaal systeem, zowel wat betreft de vorm als de kwantitatieve interpretatie van de schalen (waarbij scores op een continuüm van zeer laag tot zeer hoog worden geplaatst). Anderzijds zijn tijdens de ontwikkeling van de originele Spaanse én Nederlandse bewerking van de SENA verschillende bronnen met betrekking tot de huidige kennis over beoordeling en psychopathologie bij kinderen en adolescenten onderzocht. Bij de selectie van de te beoordelen constructen is rekening gehouden met de literatuur over de beoordeling van kinderen en adolescenten, evenals met de specifieke zorgen van psychologen, (ortho-) pedagogen, ouders en leerkrachten. Daarbij is het DSM-5-classificatiesysteem (American Psychiatric Association, 2013) meegenomen, waarmee rekening is gehouden bij de specificatie van de te beoordelen criteria en de gedragingen die in de items moeten worden opgenomen. In tegenstelling tot de categorische benadering van de DSM-5 hanteert de SENA hierbij een dimensionale en kwantitatieve benadering, waarbij de problemen van elk kind worden beschouwd als onderdeel van een continuüm dat de verschillende niveaus van een psychologisch continuüm tussen normaliteit en psychopathologie aangeeft. Op deze manier voldoet de SENA aan de psychometrische en statistische criteria die vereist zijn voor een dimensionaal instrument, terwijl het grotendeels de diagnostische criteria van de meest recente categorische beoordelingssystemen bestrijkt. Zo kan een redelijke convergente validiteit worden verwacht met de diagnoses die met deze systemen worden gesteld.

## 1.2 De SENA-vragenlijst: meetpretentie

De SENA maakt de beoordeling mogelijk van een breed scala aan psychologische constructen, waaronder een breed spectrum aan problemen, evenals factoren van kwetsbaarheid en kracht. De SENA bestaat uit vier versies: twee kindrapportages (voor 8 t/m 11 en 12 t/m 17 jaar) en twee ouderrapportages (voor 6 t/m 11 en 12 t/m 17 jaar). De SENA is een uitgebreide vragenlijst, bestaande uit verschillende (gegroepeerde) klinische schalen en twee overkoepelende indexen. Tabel A.1 in bijlage A van deze handleiding geeft de structuur van de SENA weer, met notitie van het aantal items per versie. Niet alle schalen komen in elke versie van de SENA voor; in het geval een schaal niet in een versie voorkomt, wordt er geen aantal items vermeld. De klinische schalen van de SENA zijn gegroepeerd onder verschillende noemers: internaliserende problemen, externaliserende problemen, executieve-functie-problemen, contextproblemen, andere specifieke problemen en persoonlijke bronnen.

De meeste en primaire problemen die met de SENA in kaart worden gebracht, vallen onder internaliserende problemen of externaliserende problemen. Elke groep omvat respectievelijk de belangrijkste psychopathologische veranderingen van internaliserend en externaliserend karakter, die kunnen voorkomen in de kindertijd of adolescentie. Om deze reden zijn er, in aanvulling op de schalen, twee indexen waarvoor scores worden berekend: internaliserende problemen en externaliserende problemen. Deze indexscores zijn gebaseerd op de klinische schalen die onder internaliserende problemen en externaliserende problemen vallen.

### 1.2.1 Internaliserende problemen

De SENA-schalen gericht op internaliserende problemen omvatten in wezen emotionele stoornissen die typisch zijn voor angst- en depressiestoornissen. Concreet zijn de schalen depressie, angst, sociale angst en somatisatie in alle vier de versies van de SENA opgenomen. In aanvulling daarop is de schaal psychotrauma in beide kindrapportages opgenomen en komt de schaal obsessies en dwang in de kindrapportage 12 t/m 17 jaar voor. De schalen angst en depressie, waartussen sprake is van een hoge comorbiditeit, vormen de ruggengraat van de internaliserende problemen. De schaal depressie richt zich op kernsymptomen als dysforie, anhedonie, anergie, gevoelens van waardeloosheid, gevoelens van schuld, gevoelens van hulpeloosheid en gedachten aan de dood en suïcide. De schaal angst is gericht op het signaleren van de aanwezigheid van symptomen gerelateerd aan verschillende manifestaties van angst.

Naast een generieke schaal om angst te beoordelen, is er een gedifferentieerde schaal opgenomen om een specifieke manifestatie te beoordelen die verband houdt met angst die voortkomt uit interpersoonlijke relaties en sociale contexten. Sociale ontwikkeling is essentieel tijdens de kindertijd en adolescentie. Met name tijdens de adolescentie spelen sociale relaties en bezorgdheid over de negatieve beoordeling door anderen, een bijzonder grote rol (Beidel & Randall, 1995). Het (vaak buitensporig) belang dat een kind of adolescent hecht aan het negatieve oordeel dat anderen over zijn of haar uiterlijk, reacties of handelingen kunnen vellen, kan leiden tot een specifiek type angst of irrationele vrees dat sociale angst wordt genoemd. Sociale angst kan voorkomen in combinatie met andere uitingen van angst, bijvoorbeeld fobieën, gegeneraliseerde angst, of een paniekstoornis. Sociale angst heeft echter een heel specifieke aard, namelijk angst in interpersoonlijke (bijvoorbeeld praten met een vriend) en sociale contexten (bijvoorbeeld een feestje bijwonen of in het openbaar spreken), en is altijd gekoppeld aan de angst voor negatieve beoordeling door anderen. Om deze reden vereist sociale angst een gedifferentieerde maatstaf, en bevat de SENA een specifieke schaal om dit type angst afzonderlijk te beoordelen.

De schaal somatisatie verzamelt de fysieke manifestaties die kunnen optreden als gevolg van psychologische veranderingen, die vaak internaliserend van aard zijn. Als aanvulling bevatten de kindrapportages in deze index nog twee schalen; psychotrauma en obsessies en dwang. De schaal psychotrauma is weliswaar niet bedoeld als diagnostische schaal voor een posttraumatische stressstoornis, maar verzamelt wel bepaalde verschijnselen die te verwachten zijn bij een kind of adolescent dat een zeer stressvolle of traumatische gebeurtenis heeft meegemaakt. Het belangrijkste doel van deze schaal is om de professional te waarschuwen wanneer de niveaus verhoogd zijn, zodat verder kan worden onderzocht of dit te wijten is aan mogelijke ervaringen en gebeurtenissen in de directe omgeving van het kind, of mogelijk vanuit een extreme of ongebruikelijke angstreactie voortkomt. Ten slotte verzamelt de schaal obsessies en dwang, opgenomen in de kindrapportage 12 t/m 17 jaar, enkele van de meest voorkomende obsessieve of compulsieve gedragingen die voorkomen bij kinderen en adolescenten met OCD (*obsessive-compulsive disorder*).

### 1.2.2 Externaliserende problemen

Externaliserende problemen omvatten problemen die verband houden met storend gedrag, dat meestal conflicten veroorzaakt in de interactie van het kind met leeftijdsgenoten en volwassenen in de omgeving. Drie externaliserende schalen houden verband met agressie: woedeproblemen, agressie en opstandig gedrag. De schaal gericht op woede omvat moeilijkheden bij het beheersen en uiten van boosheid en moeilijkheden op het gebied van het reguleren van emoties. Dit zijn veelvoorkomende oorzaken van het voorkomen van agressief en opstandig gedrag bij kinderen en adolescenten (Matthys & Boersma, 2016). Echter spelen

problemen in de emotieregulatie ook een rol bij andere soorten internaliserende en externaliserende problemen die met de SENA worden onderzocht (Southam-Gerow, 2014). In die zin is de schaal gericht op woedeproblemen een van de meest transversale schalen van het instrument. De schaal agressie beoordeelt de aanwezigheid van een specifiek patroon van verbale of fysieke agressie gericht op andere mensen, terwijl de schaal opstandig gedrag het confronterende en opstandige gedrag van het kind naar autoriteitsfiguren zoals ouders en leerkrachten beoordeelt. De drie schalen die verband houden met agressie, liggen inhoudelijk relatief dicht bij elkaar. De precieze opsplitsing van deze schalen levert een gedetailleerd profiel op van de externaliserende problemen van het kind of de jongere. Zo kan enerzijds de ernst van het probleem worden ingeschat en anderzijds de planning en het ontwerp van interventiemaatregelen worden vergemakkelijkt. Ten slotte bevat de kindrapportage voor adolescenten óók de meest ernstige manifestatie van de externaliserende problemen: de schaal voor antisociaal gedrag, welke een ernstig patroon van regeloverschrijdend gedrag omvat.

### 1.2.3 Executieve-functie-problemen

Executieve functies refereren aan hogere orde functies, verantwoordelijk voor het reguleren en monitoren van gedrag om aan de eisen van de omgeving te voldoen en taken passend te kunnen uitvoeren. Op deze functies wordt met name een beroep gedaan bij nieuwe, complexe of uitdagende situaties, waarbij het nodig is om bewust controle uit te oefenen over gedrag, automatische responsen te inhiberen en nieuwe responsen te starten die helpend zijn om een probleem op te lossen. De term executieve functies is een paraplu-term voor een set verweven cognitieve processen die betrokken zijn bij doelgericht gedrag, planning en organisatie, het formuleren van doelen, het evalueren van gedrag, en het inhiberen van inefficiënte of niet-passende responsen. De meest belangrijke elementen van executief functioneren zijn gedragsinhibitie (impulsieve, automatische responsen stoppen en beloningen uitstellen), het uitoefenen van controle over de aandacht (aandacht richten op het relevante, in plaats van het irrelevante), het reguleren van de emoties, cognitieve- en gedragsflexibiliteit (afwisselen van strategie en het kunnen aanpassen op een situatie of taak), werkgeheugen, plannen en het maken van een stappenplan en het evalueren ervan (Dawson & Guare, 2019).

De eerste twee schalen in deze groep van executieve-functie-problemen, zijn aandachtsproblemen en hyperactiviteit-impulsiviteit. Aandachtsproblemen zijn nauw verwant aan de manifestaties van hyperactiviteit en impulsiviteit, beide kenmerkend voor ADHD (Nigg, 2006a). De schaal emotionele disregulatie is in alle vier de versies van de Nederlandse bewerking van de SENA opgenomen, omdat deze wordt beschouwd als een van de belangrijkste bronnen van psychologische kwetsbaarheid. Moeilijkheden bij het reguleren of beheersen van bepaalde emotionele- en gedragsreacties bevorderen het optreden van grotere emotionele labiliteit en instabiliteit, evenals talrijke psychologische veranderingen (Aldao, 2012; Vohs & Baumeister, 2011). Ook rigiditeit is opgenomen als een bron van kwetsbaarheid rondom het executief functioneren. Aanpassingsvermogen aan verandering en flexibiliteit zijn duidelijk omschreven als een onderdeel van temperamentvolle moeilijkheden die bijdragen aan aanpassingsproblemen bij kinderen (Thomas & Chess, 1977; Windle, 1991, 1992) en die al vanaf de eerste maanden van het leven van een kind kunnen worden waargenomen.

### 1.2.4 Andere specifieke problemen

Hoewel de meeste problemen zonder moeite kunnen worden toegewezen aan een van bovenstaande drie groepen, zijn er in de ontwikkeling van kinderen en adolescenten ook een aantal belangrijke gebieden die niet eenduidig onder een van deze noemers vallen. De SENA bevat enkele zeer belangrijke schalen die verwijzen naar specifieke psychologische problemen, vooral in bepaalde ontwikkelingsstadia, die eveneens in kaart dienen te worden gebracht. Tot deze probleemschalen behoren middelenmisbruik, eetproblemen, ongebruikelijk gedrag, schizotypie, sociale afzondering en spanningsbehoefte. Al deze schalen vereisen, vanwege hun specificiteit en mogelijk vanwege hun zowel internaliserende als externaliserende aspecten, een onafhankelijke en ongedifferentieerde plaats binnen de SENA.