

Jeugdigen en (jong)volwassenen met een licht verstandelijke beperking

Kenmerken en de gevolgen voor diagnostisch
onderzoek en (gedrags)interventies

Jolanda Douma

februari 2018

INLEIDING

Een licht verstandelijke beperking (LVB) is een risicofactor (en dus niet een directe oorzaak) voor het ontstaan en voortbestaan van verschillende problemen. Uit Nederlands wetenschappelijk onderzoek blijkt dat jeugdigen met een LVB een grotere kans hebben op het ontwikkelen van emotionele problemen en gedragsproblemen dan jeugdigen zonder een LVB (Dekker & Koot, 2003; Dekker, Koot, Van der Ende, & Verhulst, 2002). Maar ook uit recenter internationaal onderzoek komt deze trend naar voren (o.a. Einfeld, Ellis, & Emerson, 2011; Emerson & Hatton, 2007; Munir, 2016). Om deze problemen te verminderen, zijn gedegen diagnostisch onderzoek en passende interventies noodzakelijk. Voor professionals die werken met jeugdigen zijn er richtlijnen ontwikkeld die hen ondersteunen in het omgaan met uiteenlopende problemen, zoals ADHD, ernstige gedragsproblemen en stemmingsproblemen ([Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming](#)). Diagnostiek en behandeling zijn hierbinnen belangrijke onderdelen.

Zoals aangegeven, bij jeugdigen met een LVB komen deze problemen ook, en veelal vaker, voor. De diagnostische instrumenten en interventies die bij jeugdigen zonder een LVB kunnen worden ingezet, blijken in de praktijk echter niet of minder goed bruikbaar voor jeugdigen met een LVB. Daarnaast zijn er voor deze jeugdigen maar heel weinig diagnostische instrumenten en interventies beschikbaar. Daarom worden in de praktijk toch veelal de reguliere diagnostische instrumenten en interventies ingezet, maar wel op zo'n manier dat ze rekening houden met en aansluiten bij de kenmerken van een LVB. Dit geldt ook voor de ondersteuning aan (jong)volwassenen.

In deze tekst geven we een overzicht van de belangrijkste kenmerken van een LVB die maken dat het reguliere aanbod moet worden aangepast. Er wordt ingegaan op wat een LVB kan betekenen voor het alledaagse functioneren, hoe een LVB en de factoren die daaraan gerelateerd zijn kunnen samenhangen met een verhoogd risico op probleemgedrag en wat voor invloed een LVB heeft op het doen van diagnostisch onderzoek en op de behandeling van jeugdigen. N.B.: Er wordt in deze tekst gesproken over jeugdigen, maar de inhoud is grotendeels ook van toepassing op (jong)volwassenen met een LVB.

De beschrijving van de kenmerken van een LVB en hoe daar op aan te sluiten, of rekening mee te houden in diagnostiek en behandeling zijn afkomstig uit respectievelijk de Richtlijn diagnostisch onderzoek LVB (Douma, Moonen, Noordhof, & Ponsioen, 2012 – [klik hier voor meer informatie over deze richtlijn](#)) en de Richtlijn effectieve interventies LVB (De Wit, Moonen, & Douma, 2011 – [klik hier voor meer informatie over deze richtlijn](#)). We verwijzen naar beide richtlijnen voor de volledige teksten.

KENMERKEN VAN EEN LVB

Volgens de laatste definitie van de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) is er sprake van een licht verstandelijke beperking als iemand significante beperkingen heeft in zowel zijn intelligentie, uitgedrukt in een totale IQ-score tussen de 50 en 70/75, als in adaptief gedrag, ook wel (sociaal) aanpassingsvermogen genoemd (Schalock et al., 2010). Adaptief gedrag kan worden onderverdeeld in conceptuele vaardigheden (zoals taal, tijd-, getal- en geldbegrip), sociale vaardigheden (zoals communicatieve vaardigheden en het oplossen van sociale problemen) en praktische vaardigheden (zoals persoonlijke verzorging en gebruik van vervoer). Er is sprake van significant beperkt adaptief gedrag als iemand tekortkomt op deze gebieden en niet voldoet aan dat wat op basis van zijn kalenderleeftijd en in zijn cultuur verwacht wordt.

In de Nederlandse praktijk van zorgverlening aan jeugdigen met een verstandelijke beperking geldt dat jeugdigen met een totale IQ-score tussen de 70 en 85 (die dus eigenlijk zwakbegaafd zijn en niet verstandelijk beperkt) ook, of eigenlijk toch, van dit zorgaanbod gebruik kunnen maken *mits* er sprake is van bijkomende problematiek. Het zijn namelijk vooral de beperkingen in het sociaal aanpassingsvermogen die voor problematisch functioneren zorgen (Ponsioen, 2014; Ras, Woittiez, Van Kempen, & Sadiraj, 2010). Ook internationaal komen de sociaal-adaptieve vaardigheden steeds meer centraal te staan in de beeldvorming van jeugdigen met een (L)VB. In de recent versche-



nen DSM-5 worden in het hoofdstuk Intellectual Disability geen IQ-grenzen meer aangegeven om de ernst van de beperking te beoordelen, maar beschrijvingen op de drie domeinen van sociaal-adaptief functioneren (American Psychiatric Association, 2013).

In deze tekst wordt onder een LVB verstaan: jeugdigen met een IQ-score tussen ongeveer 50-85 die daarnaast significante beperkingen hebben in het (sociaal) aanpassingsvermogen.

Persoonskenmerken

De hiervoor genoemde beperkingen in het intellectueel functioneren en adaptief gedrag worden hieronder verder toegelicht. Daarnaast worden andere relevante persoonskenmerken van een LVB beschreven. Hierbij moet benadrukt worden dat de mate waarin iemand problemen op deze gebieden laat zien per persoon kan verschillen. Niet alle jeugdigen met een LVB hebben problemen op *alle* genoemde gebieden, noch hebben ze er in dezelfde mate last van. Individuele verschillen tussen jeugdigen met een LVB zijn eerder regel dan uitzondering. De genoemde gebieden zijn echter wel *die* gebieden waarvan is aangetoond dat ze over het geheel genomen vaker problematisch zijn voor jeugdigen met dan jeugdigen zonder een LVB.

Beperkingen in het intellectueel functioneren

Intellectueel functioneren bestaat uit de volgende vaardigheden: (abstract) denken, oplossen van problemen, leren, wat krijgen op complexe ideeën en gebruik maken van ervaringen om te leren (Van Hove & Van Loon, 2006). Concreet betekent dit dat jeugdigen met een LVB meer moeite hebben met het begrijpen van abstracte begrippen en met abstract redeneren (Derks, Bernard, Petry, Haveman, & Van Laake, 1994). Hun denken is veelal concreet en minder snel en blijft vaker beperkt tot wat ze zich concreet kunnen voorstellen en wat zich op dat moment afspeelt.

Voor veel jeugdigen met een LVB lijkt het leerplafond te liggen op een niveau van halverwege de basisschool (groep 5-6). In die fase wordt over het algemeen de stap van het concreet naar

abstract denken gemaakt, wat lastiger blijkt voor jeugdigen met een LVB.

Beperkingen in informatieverwerking

De denkprocessen van jeugdigen met een LVB verlopen langzamer dan van jeugdigen zonder een LVB. Daardoor hebben ze meer problemen met het verwerken van aangeboden informatie (Kleinert, Browder, & Towles-Reeves, 2009). Door een beperking van het werkgeheugen kan er minder informatie tegelijkertijd verwerkt worden (Van der Molen, 2009), wat bijvoorbeeld kan leiden tot problemen in het lezen of rekenen, maar ook in het onthouden van instructies.

Met name de verwerking van verbale informatie verloopt minder goed dan het verwerken van visueel aangeboden informatie (Van der Molen, Van Luit, Jongmans, & Van der Molen, 2007). Bij veel jeugdigen met een LVB worden verder problemen gezien met het scheiden van hoofden bijzaken (Kleinert et al., 2009). Daarnaast blijken er eveneens problemen te zijn met het ophalen en manipuleren van informatie (kennis) uit het langetermijngeheugen (Van der Molen et al., 2007).

Beperkingen in executieve functies, metacognitie en in generalisatie van kennis

Tot executieve functies behoren aspecten als het eerst denken dan doen, gevoelens beheersen, het volhouden van de aandacht en concentratie en het kunnen organiseren en plannen. Jeugdigen met een LVB hebben een beperktere aandachts-spanne dan jeugdigen zonder een LVB en hebben meer moeite met het ordenen, rangschikken en differentiëren van informatie (Collot d'Escury, Ebbekink, & Schijven, 2009; Van Nieuwenhuijzen, 2005).

Voor jeugdigen met een LVB is het moeilijker om de aandacht op iets specifiek te richten (selectieve aandacht - Ponsioen & Van der Molen, 2002). Als ze te veel informatie tegelijkertijd moeten verwerken, geeft dat meer problemen met het prioriteren van informatie en met het afwegen van het belang ervan (Willner, Bailey, Parry, & Dymond, 2010).



Ook hebben ze meer problemen met inhibitie; het volledig concentreren op een taak en zich niet te laten afleiden door niet-relevante prikkels in de omgeving (Van der Molen, 2009). Zij zullen sneller op irrelevante prikkels reageren. Jeugdigen met een LVB hebben daarnaast ook problemen met het plannen en organiseren van opdrachten (Van der Molen et al., 2007; Ponsioen & Van der Molen, 2002).

Jeugdigen met een LVB blijken meer moeite te hebben met zelfregulerende vaardigheden, zoals het reflecteren op het eigen gedrag, gedachten en gevoelens (Dermitzaki, Stavroussi, Bandi, & Nisiotou, 2008). Ze reageren daardoor eerder vanuit een automatische dan vanuit een weloverwogen beslissing. Ook het zien van verbanden tussen oorzaak en gevolg, en het (daardoor) kunnen vooruitzien en anticiperen op iets, is voor hen lastiger (Didden, Collin, & Curfs, 2008).

Gerelateerd hieraan zijn de problemen die jeugdigen met een LVB hebben met het generaliseren van een geleerde vaardigheid of van geleerde kennis naar andere personen, plaatsen en situaties die niet direct gerelateerd zijn aan de situatie waarin ze die vaardigheid of kennis hebben opgedaan (Didden et al., 2008; Kleinert et al., 2009). Ze hebben moeite om iets wat ze mogelijk wel weten of kunnen ook te laten zien in een andere situatie, zoals in de thuissituatie.

Beperkingen in sociaal-cognitieve vaardigheden

Sociaal-cognitieve vaardigheden zijn belangrijk om in een sociale context relevante informatie goed te kunnen verwerken om vervolgens adequaat te reageren. Hiertoe behoren onder meer het begrip en de interpretatie van sociale situaties, het herkennen van emoties en gezichtsuitdrukkingen en het perspectief kunnen nemen, ook wel *'theory of mind'* genoemd (Van Nieuwenhuijzen, Vriens, Scheepmaker, Smit, & Porton, 2011). Jeugdigen met een LVB blijken op al deze sociaal-cognitieve gebieden meer problemen te hebben dan jeugdigen zonder een LVB. Jeugdigen met een LVB blijken in een hypothetische sociale probleemsituatie meer te letten op letterlijke en negatieve informatie dan jeugdigen zonder een LVB (Van Nieuwenhuijzen, 2005; Van Nieuwen-

huijzen, Orobio de Castro, Wijnroks, Vermeer, & Matthys, 2006). Daarbij interpreteren ze de waargenomen sociale informatie vaker vijandig.

Jeugdigen met een verstandelijke beperking hebben niet alleen meer moeite met het herkennen van emoties bij anderen en de juiste emoties te koppelen aan gezichtsuitdrukkingen (Wood & Stenfert Kroese, 2007), maar ook om gevoelens bij zichzelf te herkennen en te benoemen (Jochems & Berger, 2002). Tot slot hebben jeugdigen met een LVB meer moeite om zichzelf te verplaatsen in het perspectief van een ander (Ponsioen, 2001).

Beperkingen in het adaptief gedrag / (sociaal) aanpassingsvermogen

Adaptief gedrag bestaat uit het geheel van conceptuele, sociale en praktische vaardigheden (Schalock et al., 2010).

Conceptuele vaardigheden hebben allereerst betrekking op taal en geletterdheid; op taalbegrip en taalgebruik, het kunnen lezen en schrijven, maar ook op begrip van geld, tijd en van getallen. Iemand die begrip van getallen heeft, is beter in staat om getallen te gebruiken en om mentale rekensommetjes te maken in plaats van deze op te lossen door middel van aangeleerde trucjes (denk aan het tellen met de vingers). Als laatste behoren tot de conceptuele vaardigheden het vermogen om controle over je eigen leven te hebben en keuzes te kunnen maken (zelfsturing). Om dat te kunnen doen moet iemand onder andere de gevolgen van zijn keuzes kunnen overzien.

Sociale vaardigheden omvatten interpersoonlijke en communicatieve vaardigheden, een sociaal verantwoordelijkheidsgevoel en de mate waarin iemand sociale problemen kan oplossen. Tevens gaat het bij deze vaardigheden om het gevoel van eigenwaarde, om zelfvertrouwen en het zelfbeeld dat iemand heeft en om de mate waarin iemand al dan niet naïef is, vertrouwt op andere jeugdigen en te manipuleren is. Daaraan gerelateerd is het vermogen van iemand om te voorkomen dat hij slachtoffer of uitgebuit wordt. Tot slot behoren tot de sociale vaardigheden ook het kunnen volgen van regels en het kunnen gehoorzamen aan de wet.



Praktische vaardigheden betreffen activiteiten van het dagelijks leven (zoals persoonlijke verzorging, eten, drinken, naar het toilet gaan, wassen en aankleden), vaardigheden om te kunnen werken of een beroep uit te oefenen, het kunnen aanbrengen van structuur in het leven en vaardigheden die te maken hebben met gezondheid en gezondheidszorg (zoals medicatiegebruik), vervoer en transport, veiligheid, het kunnen omgaan met geld en met het gebruik van de telefoon.

Op al deze gebieden zijn er vaker problemen bij jeugdigen met een LVB dan bij jeugdigen zonder een LVB.

Vertraagde spraak- en taalontwikkeling

Bij kinderen met een LVB is er veelal sprake van een vertraagde taal- en spraakontwikkeling (Vandereet, Maes, Lembrechts, & Zink, 2011). Dit betreft zowel het taalbegrip als het taalgebruik. Humor en beeldspraak worden lang niet altijd goed begrepen. Daarnaast hebben zij vaker moeite met het verwoorden van hun eigen ideeën, gevoelens en gedachten.

Jeugdigen met een LVB hebben vaak een beperkte woordenschat en het kost meer moeite om langere en complexere zinnen met abstracte begrippen te begrijpen. Daarnaast is het simultaan verwerken van verbale en non-verbale informatie, zoals mimiek, veel lastiger als deze informatie tegenstrijdig voor hen is (Collot d'Escury, Barnhard, & Hartsink, 2004).

Disharmonisch ontwikkelingsprofiel

Bij jeugdigen met een LVB is niet alleen sprake van achterstand op verschillende gebieden, maar ook heeft een aantal een disharmonisch (ontwikkelings)profiel. Zo is het intelligentieniveau niet alleen benedengemiddeld, maar is er geregeld ook sprake van een disharmonisch profiel waarbij de performale IQ-score meestal (maar dus niet altijd!) hoger is dan de verbale IQ-score (Kraijer, 2006). Ze zijn dan beter in het uitvoeren van concrete handelingen dan in het zich verbaal uitdrukken en verbale informatie begrijpen.

Hun taalbegrip blijkt vaak minder goed ontwikkeld dan hun niveau van taalgebruik doet vermoeden.

Ze zijn 'streetwise' (gebruiken de taal van de straat) en kunnen door hun taalgebruik overkomen als iemand die 'het wel begrijpt', terwijl dat niet het geval blijkt te zijn als er verder met hen gesproken wordt. Ook zijn ze meestal verrassend goed in staat om een gesprek te hebben over alledaagse dingen die in en voor hun leven relevant zijn. Dit kan tot gevolg hebben dat hun taalvaardigheden hoger worden ingeschat dan zij werkelijk zijn.

Tot slot blijkt dat hun sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau (contact leggen met anderen, impulscontrole, zelfbeeld, realiteitsbesef, morele ontwikkeling) vaak lager is dan op basis van hun IQ-score of op basis van hun niveau van praktische vaardigheden verwacht zou mogen worden. Ze lijken meer te *kunnen* dan dat ze *aankunnen*. Ouders, begeleiders, leerkrachten, maar ook diagnostici en behandelaars kunnen hierdoor een verkeerde indruk krijgen van de daadwerkelijke mogelijkheden. Iemand wordt dan ook nogal eens te hoog ingeschat en daar worden dan helaas ook de verwachtingen op afgestemd. Dit brengt het risico op overvraging met zich mee; er wordt meer verwacht dan waar hij werkelijk toe in staat is (Rot, 2013). Dit kan vervolgens leiden tot faalervaringen en faalgevoelens. Per ontwikkelingsgebied moet daarom nagegaan worden in welke ontwikkelingsfase iemand functioneert en daarop moet de begeleidingstijl aansluiten.

Negatief zelfbeeld, maar ook een irreëel zelfbeeld en schaamte

Uit het voorgaande blijkt dat het risico op tegenslagen en faalervaringen groot is bij personen met een LVB. De beperking wordt vaak pas relatief laat herkend en onderkend, omdat aan het uiterlijk vaak niet te zien is dat er sprake is van een LVB. Een LVB wordt dan pas duidelijker als iemand naar school gaat en er vergelijkingen met anderen gemaakt kunnen worden. Hierdoor kan er relatief lange tijd sprake zijn van te hoge verwachtingen door de omgeving. Een negatief zelfbeeld komt dus regelmatig voor bij jeugdigen met een LVB (Jochemsen & Berger, 2002). Dit is echter lang niet altijd even goed zichtbaar voor buitenstaanders, omdat dit gemaskeerd kan worden door 'grootspraak' en een stoere houding. Ze willen zich dan beter voordoen dan ze zichzelf in werkelijkheid



ervaren. Als dit niet goed wordt ingeschat door de omgeving kan dat wederom leiden tot te hoge verwachtingen met alle eerder besproken negatieve gevolgen van dien.

Ook komt het voor dat de persoon met een LVB zelf te hoge verwachtingen heeft van zijn eigen mogelijkheden en een irreëel of onduidelijk zelfbeeld heeft (Lodewijks, 2009; Vermeer, Lijnse, & Lindhout, 2004) of zichzelf overschat (Fabriek-van de Glind & Widdershoven-van der Wal, 2005). Dit kan onder andere ontstaan door hun beperktere mate van zelfreflectie of omdat ze hun LVB niet kunnen of willen accepteren. Ze overtuigen zichzelf er dan van dat ze geen beperking hebben en schatten vervolgens hun eigen competenties hoger in dan ze daadwerkelijk zijn (Edgerton, 1993). Als ze dan geconfronteerd worden met hun beperkingen, kan dat (wederom) een faalervaring geven.

Aan de andere kant kunnen jeugdigen met een LVB zichzelf ook onderschatten en eerder vertrouwen op iemand anders dan op zichzelf (Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 2011). Dit maakt dat ze dan makkelijker te beïnvloeden zijn, wat vervolgens weer van invloed kan zijn op hun gedrag.

Omgevingskenmerken

Naast de persoonskenmerken van een LVB zijn er ook in de sociale context bepaalde kenmerken die, met name negatief, van invloed kunnen zijn op het functioneren van jeugdigen met een LVB en gerelateerd kunnen zijn aan de verhoogde prevalentie van emotionele problemen en gedragsproblemen. Deze kenmerken komen vaker voor bij deze jeugdigen dan bij jeugdigen zonder een LVB.

Problematische gezinssituatie

Jeugdigen met een LVB komen vaker uit zogeheten multiprobleemgezinnen. Een multiprobleemgezin is een gezin van minimaal één ouder en één kind dat langdurig kampt met een combinatie van sociaal-economische en psychosociale problemen (Nederlands Jeugdinstituut, 2011). Er is geregeld sprake van armoede en werkloosheid. Bij de ouders zien we vaker een pedagogisch onvermogen, verwaarlozing van kinderen of

mishandeling. Psychiatrische stoornissen en verslavingen komen relatief vaak voor bij een of meer gezinsleden. Het sociale netwerk is vaker zwak. De gezinsleden hebben geen of weinig contact buiten het gezin of de familie, met een sociaal isolement als gevolg (Steketee & Vandenbroucke, 2010).

In gezinnen met kinderen met een LVB blijkt dat daarnaast de ouders vaker zelf ook een LVB hebben of zwakbegaafd zijn. Het is voor deze ouders nog moeilijker om sensitief en responsief te zijn naar hun jonge kinderen en goed te reageren op hun behoeften, soms zelfs in die mate dat er sprake is van pedagogische verwaarlozing en van hechtingsproblemen. De ouders beschikken dan over onvoldoende opvoedingsvaardigheden. Het ontbreekt vaker aan een stimulerende en uitdagende omgeving voor hun kind(eren) en ook stellen ze minder vaak grenzen en handelen minder consequent naar hun kinderen. Als het kind dan ook nog een LVB heeft, is het voor deze ouders nog lastiger om een goede opvoedingssituatie te creëren (Janssen & Schuengel, 2006).

Door het gemis van een sensitieve en responsieve ouder ontstaan hechtingsproblemen (Dekker-van der Sande & Janssen, 2010). Een onveilige hechting kan achter veel probleemgedrag van jeugdigen met een LVB schuilgaan (Hornain, Meijer, & Barnhard, 2010). Ze zoeken niet of minder troost als ze verdrietig zijn, of wantrouwen mensen en gaan vaker bindingen uit de weg. Ook kunnen ze moeilijker onderscheid maken tussen mensen die ze kunnen vertrouwen en mensen die misbruik van ze willen maken. Het onderhouden van vriendschappen is vaak problematisch. Als dit gedrag en deze gevoelens zich lange tijd voordoen, is het niet eenvoudig om dit te doorbreken (Hornain et al., 2010).

In deze gezinnen leren jeugdigen onvoldoende vaardigheden om zelf op een adequate manier met stress om te gaan, worden ze weinig bevestigd, krijgen ze weinig steun en worden ze overvraagd. In combinatie met de LVB leidt dit vaker tot probleemgedrag (Douma, Van Kregten, Ponsioen, & Raemdonck, 2015).



Tot slot, bij de jeugdigen met een LVB in de hulpverlening is er (relatief) vaak sprake van traumatische ervaringen. De gevolgen van kindermishandeling en van het slachtoffer en/of getuige zijn van huiselijk geweld zijn voor deze jeugdigen vaak zeer ingrijpend. Vanwege hun beperkte en minder adequate copingvaardigheden hebben zij meer problemen om met deze situatie en andere stressoren om te gaan. Dit uit zich vaak in internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag die lang niet altijd herkend worden als uiting van traumatische ervaringen en daardoor onvoldoende of onjuist behandeld worden (Douma et al., 2015).

Opgroeien in achterstandswijken en met 'slechte vrienden'

Jeugdigen met een LVB groeien vaker op in 'achterstandswijken' die worden gekenmerkt door een hoge werkloosheid, financiële problemen, slecht onderhouden huizen en een hogere mate van criminaliteit. Zij krijgen hierdoor een negatief en eenzijdig beeld mee van de maatschappij. Het opgroeien in een achterstandswijk wordt ook gezien als een risicofactor voor het ontstaan van gedragsproblemen en delinquentie, mede ook omdat deze jeugdigen vaker delinquente vrienden hebben en minder pro-sociale vrienden dan leeftijdsgenoten die in betere wijken wonen (Collot d'Escury, 2007; Grundy, 2011).

Vanwege hun grotere mate van beïnvloedbaarheid en omdat zij minder activiteiten doen als georganiseerde sport of andere positieve en constructieve hobby's, zullen jeugdigen met een LVB eerder op straat gaan rondhangen en sneller meegaan in het antisociale en delinquente gedrag van anderen (Teeuwen, 2012).

DIAGNOSTISCH ONDERZOEK BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB

Hiervoor zijn verschillende persoons- en omgevingskenmerken van een LVB beschreven. Deze maken dat een behandeling/interventie die ontwikkeld is voor jeugdigen zonder een LVB niet zonder aanpassingen bij jeugdigen met een LVB kunnen worden ingezet. Ditzelfde geldt voor het inzetten van diagnostische instrumenten voor de

beeldvorming, onderkenning of verklaring van emotionele en/of gedragsproblemen. Daarnaast zijn deze kenmerken ook direct of indirect gerelateerd aan de hogere prevalentie van deze problematiek bij jeugdigen met een LVB.

Voordat er een adequate behandeling of interventie ingezet kan worden, is het belangrijk dat er gedegen diagnostisch onderzoek gedaan wordt naar de aard en oorzaken van de (emotionele en/of gedrags)problemen. In onderstaande gaan we in op de mogelijkheden om jeugdigen met een LVB zelf te betrekken in diagnostisch onderzoek (zelfrapportage), de keuze voor de in te zetten diagnostische instrumenten en hoe in het diagnostische onderzoek aangesloten kan worden op de eerder genoemde kenmerken van een LVB. Onderstaande is een verkorte weergave van de Richtlijn diagnostisch onderzoek LVB (Douma et al., 2012), waarin de volledige onderbouwing en adviezen staan beschreven.

Mogelijkheden tot zelfrapportage

Diagnostisch onderzoek wordt bij voorkeur uitgevoerd bij de persoon met een LVB zelf. Hij kan immers zelf het beste inzicht geven in zijn mogelijkheden, beperkingen, gevoelens en gedachten. In het verleden werd hiervoor echter vaak gebruik gemaakt van zogeheten 'proxies': personen die namens en over de persoon met een LVB informatie geven, zoals ouders, leerkrachten en begeleiders (Emerson, 2005). Men ging ervan uit dat jeugdigen met een LVB niet in staat waren om betrouwbare informatie te geven, omdat ze de vragen niet goed zouden begrijpen en hun antwoorden niet goed zouden kunnen verwoorden. In de laatste decennia zien we hierin een kentering. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat jeugdigen met een LVB wel degelijk in staat zijn om vragen over zichzelf te beantwoorden als er tijdens de afname van de diagnostische instrumenten maar rekening wordt gehouden met de kenmerken van de LVB (o.a. Douma, Dekker, & Koot, 2010). Een jeugdige met een LVB mag dus niet op voorhand worden uitgesloten om in diagnostisch onderzoek zelf als informant te worden betrokken.



Keuze voor diagnostische instrumenten

Ondanks dit inmiddels breed geaccepteerde inzicht blijkt het niet eenvoudig om goed diagnostisch onderzoek te doen bij jeugdigen met een LVB. Zo bestaan er nog maar weinig diagnostische instrumenten die speciaal voor hen zijn ontwikkeld en gevalideerd. Daarom worden instrumenten afgenomen die ontwikkeld zijn voor leeftijdsgenoten met een gemiddelde intelligentie. Dit wordt in de praktijk als een mogelijk probleem gezien. Maar de vraag is of het wel echt altijd noodzakelijk is om specifieke instrumenten voor jeugdigen met een LVB te ontwikkelen. Waar het bijvoorbeeld gaat om diagnostisch onderzoek naar probleemgedrag blijkt dat sommige algemene instrumenten ook goed bij hen ingezet kunnen worden (zoals de Youth Self-Report; Verhulst, Van der Ende, & Koot, 1997; Douma et al., 2010). Zij laten immers vergelijkbaar gedrag zien als jeugdigen zonder een LVB. En ook de symptomen van veel psychiatrische stoornissen zijn bij deze jeugdigen vergelijkbaar met die van jeugdigen zonder een LVB (Deb, Matthews, Holt, & Bouras, 2002). Pas bij echt lagere niveaus van cognitief functioneren worden ook andere gedragingen gezien die niet opgenomen zijn in die algemene diagnostische criteria van psychiatrische stoornissen (zoals de DSM-5) en bijbehorende instrumenten (Deb et al., 2002).

Het lijkt belangrijker om stil te staan bij de vraag of de *normen* van die algemene instrumenten bruikbaar zijn voor jeugdigen met een LVB (Douma et al., 2012). Zij worden in de regel uitgesloten van onderzoek naar de betrouwbaarheid, validiteit en normering van die instrumenten. Het is dan niet duidelijk of toepassing van die normen ook voor hen betrouwbare resultaten opleveren. Er moet dus enige voorzichtigheid in acht worden genomen bij de interpretatie van de resultaten als ze vergeleken worden met de normgroep.

Gevolgen van en aansluiten op de kenmerken van een LVB in diagnostisch onderzoek

Waar mogelijk zouden dus instrumenten ingezet moeten worden die ook echt ontwikkeld en genormeerd zijn voor jeugdigen met een LVB. Indien die er niet zijn, kunnen algemene instrumenten worden ingezet. Maar voor beide blijft het belangrijk

om bij de afname ervan rekening te houden met de kenmerken van de LVB, zoals eerder aangegeven, om de kans op betrouwbare antwoorden of resultaten te verhogen.

In deze paragraaf gaan we dieper in op de hiervoor beschreven kenmerken van een LVB en hoe die (een negatieve) invloed kunnen hebben op de afname van de instrumenten en de betrouwbaarheid van de gegeven antwoorden (zie ook Douma, Moonen, Noordhof, & Ponsioen, 2014). Specifiek gaan we in op de gevolgen daarvan voor de diagnostische setting, inhoud en formulering van de vragen en het antwoordformat (open versus gesloten vragen). Ook beschrijven we hoe op deze kenmerken aangesloten kan worden in de afname van diagnostische instrumenten voor en bij mensen met een LVB. Dit is afkomstig uit de Richtlijn diagnostisch onderzoek LVB en deels gebaseerd op Finlay en Lyons (2001) en Derks en collega's (1994). Voor de Richtlijn diagnostisch onderzoek LVB is niet alleen literatuur bestudeerd, maar zijn ook ervaren professionals / diagnostici geïnterviewd. Onderstaande aanbevelingen zijn dus ook gebaseerd op hun klinische ervaringen.

Voor hoe aangesloten kan worden op kenmerken van een LVB in de *ontwikkeling* van diagnostische instrumenten, verwijzen we naar Douma et al. (2012).

Gevolgen van een LVB voor de diagnostische setting

Diagnostisch onderzoek kan relatief lang duren. Voor mensen met een LVB kan dit lastig zijn, omdat zij zich minder lang kunnen concentreren en vaker onrustig of overbeweeglijk zijn. Dit vergroot het risico op onderpresteren, wat de betrouwbaarheid van de resultaten negatief kan beïnvloeden. Daarnaast kan de context van het 'moeten presteren' bij een testafname, zeker in combinatie met faalangst, leiden tot *onderpresteren*.

Eveneens gerelateerd aan de opgedane faalervaringen is het geven van sociaal wenselijke antwoorden en/of het instemmen met een voorgeslede stelling of vraag ongeacht de inhoud ervan (*acquiescence* - Finlay & Lyons, 2002). Sociaal wenselijke antwoorden kunnen bijvoorbeeld ge-



ven worden om de onderzoeker (die als een autoriteitsfiguur gezien kan worden) tevreden te willen stellen vanwege faalangst en onzekerheid over eigen kunnen.

Mensen met een LVB zullen daarnaast vaker onvoldoende begrijpen waarom het diagnostisch onderzoek plaatsvindt. Meedoen aan het onderzoek kan dan als straf worden ervaren, wat de motivatie voor deelname niet ten goede komt. Daarnaast zullen de resultaten ook minder betrouwbaar zijn als niet goed begrepen wordt wat er allemaal gaat gebeuren en hoe een (sub)test gedaan moet worden.

Aanbevelingen

Om aan deze potentiële gevolgen tegemoet te komen, moet de diagnosticus een positieve en veilige omgeving creëren die de respondent stimuleert en in staat stelt om zijn best te doen en zo eerlijk mogelijk te antwoorden op de vragen. Dit kan onder andere bereikt worden door:

- gebruik te maken van een zo prikkelarm mogelijke testruimte om de concentratie te bevorderen;
- een onderzoekssessie te beperken tot maximaal 2 uur (Kraijer & Plas, 2006) of tot 45 minuten als er bij de respondent bijkomende problemen zijn;
- pauzes in te lassen als er bij de respondent tekenen van vermoeidheid zijn of hij daar om vraagt;
- de respondent goed en in eenvoudig taalgebruik te informeren over wat er gaat gebeuren, wat van hem verwacht wordt en wat er met zijn antwoorden gaat gebeuren. Hier moet voldoende tijd voor gereserveerd worden voordat de eerste testafname start. Deze instructies moeten kort en eenvoudig zijn en regelmatig herhaald worden om het werkgeheugen zo veel mogelijk te ontlasten (Van der Molen et al., 2007). Ook moet gecontroleerd worden of hij het ook echt begrepen heeft;
- te benadrukken dat het niet erg is als hij een antwoord niet weet;
- als testleider een positieve en stimulerende houding aan te nemen, het communicatieniveau aan te sluiten op dat van de respondent en hem positieve feedback te geven over zijn inzet en houding.

Gevolgen van de LVB voor de inhoud en formulering van de vragen

Mensen met een LVB kunnen problemen hebben met het beantwoorden van vragen als de inhoud niet direct herkenbaar voor hen is of als enige mate van (zelf)reflectie vereist is. Het geven van onjuiste of onbetrouwbare antwoorden kan ook gerelateerd zijn aan de formulering van de vragen. Door het beperktere taalbegrip en leesniveau kunnen vragen niet begrepen en/of onjuist geïnterpreteerd worden. Dit vergroot ook het risico op het geven van sociaal wenselijke antwoorden en *acquiescence*. Concreet zien we de volgende mogelijke problemen bij mensen met een LVB ten aanzien van de inhoud en formulering van vragen:

- moeite met het beantwoorden van vragen waarin de respondent zich moet verplaatsen in een situatie die niet aansluit op zijn eigen leefwereld of in de gedachtewereld van iemand anders. Laatstgenoemde is mede het gevolg van problemen met perspectief nemen en empathie;
- moeite met vragen over de eigen persoonlijkheid en emoties al dan niet in relatie tot anderen. Dit is het gevolg van problemen met emotieherkenning, zelfreflectie, een negatief (of juist te positief) zelfbeeld, en moeite om zichzelf adequaat te kunnen vergelijken met anderen. Vragen als *“Vergeleken met andere kinderen, hoe vaak ben jij dan gefrustreerd?”*, vragen niet alleen om een begrip van de term ‘gefrustreerd’, maar ook om na te gaan hoe vaak hij dit is en of dat afwijkt van andere kinderen. Vragen over eigen basale emoties als boosheid, blijheid en verdriet worden over het algemeen beter beantwoord;
- moeite met vragen die betrekking hebben op een bepaalde tijdsperiode of vragen over het plaatsen van bepaalde gebeurtenissen in de tijd. Vragen over hoe iemand was in ‘de afgelopen 6 maanden’ of hoe vaak er toen iets gebeurd is, vereisen een goed besef van tijd en dat is vaak problematisch;
- moeite met het zelfstandig beantwoorden van vragen en met het begrijpen van de instructies voor het invullen van een vragenlijst, door een onvoldoende niveau van begrijpend lezen;
- moeite met abstracte begrippen en met begrippen die niet door hemzelf gebruikt worden;



- moeite met lange vragen die meerdere boodschappen en condities bevatten. Dit soort vragen doet een beroep op de woordenschat en op het werkgeheugen;
- moeite met negatief geformuleerde vragen. Het is lastiger om weloverwogen antwoord te geven op de stelling *“Ik ben niet vaak boos”* dan op de stelling *“Ik ben vaak boos”*;
- moeite met vragen met een dubbele ontkenning. Het geven van een antwoord op de stelling *“Ik ben niet ontevreden”* is moeilijker dan het beantwoorden van stelling *“Ik ben tevreden”*.

Aanbevelingen

Een diagnosticus neemt bij voorkeur een vragenlijst af in een interview. Voordat de werkelijke testafname begint kan hij in een kennismakingsgesprek het abstractieniveau, verbaal begrip, leesniveau en reflecterend vermogen van de respondent controleren en vervolgens daarop aansluiten in de uitleg die hij geeft over het diagnostisch onderzoek en over de af te nemen testen/vragenlijsten.

Tijdens de testafname zelf moet een diagnosticus ook nagaan of de respondent de vragen begrijpt en daar (bij twijfel) direct of indirect naar vragen. Zo nodig kan een vraag anders geformuleerd worden, maar zonder suggestief te zijn.

Tijdsperioden moeten geconcretiseerd worden door bijvoorbeeld aan de respondent zelf te vragen wat er een half jaar geleden is gebeurd (verjaardag, feestdag, vakantie, jaargetijde). Als de vragenlijst bijvoorbeeld gaat over de periode vanaf september kan gerefereerd worden aan het begin van het schooljaar of aan het eind van de zomervakantie.

Gevolgen van de LVB voor het antwoordformat - open versus gesloten vragen

Het beantwoorden van zowel open als gesloten vragen kan moeilijk zijn voor iemand met een LVB. Voor het beantwoorden van open vragen moeten respondenten zelf hun gedachten en gevoelens over iets kunnen vormen en vervolgens verwoorden of opschrijven. Dit doet o.a. een beroep op iemands vermogen om gevoelens of meningen van een label te voorzien, zinnen te vormen en hoofden bijzaken te scheiden. Dit is vaker een probleem voor mensen met een LVB.

Maar ook gesloten vragen met een bepaald antwoordformat kunnen problemen opleveren. Mensen met een LVB hebben moeite met het differentiëren tussen mogelijke antwoorden, vooral bij 6 of meer antwoordmogelijkheden (Hartley & MacLean, 2006) en met het onthouden van de antwoordmogelijkheden. Ook hebben zij vaker de neiging tot (a) een bepaald antwoordpatroon, zoals uit een reeks van mogelijke antwoorden steeds het eerst- of laatstgenoemde antwoord te geven of aan te kruisen, bijvoorbeeld omdat dat antwoord het meest is bijgebleven, en (b) vragen met ‘ja’ te antwoorden als ze een vraag niet goed begrepen hebben of als vragen steeds op een positieve, mogelijk suggestieve, manier gesteld worden.

Aanbevelingen

- Meerkeuzevragen met maximaal een 5-punts antwoordschaal lijken de voorkeur te hebben boven open vragen (Hartley & MacLean, 2006). De formulering en betekenis van de antwoordmogelijkheden moeten wel goed van elkaar te onderscheiden zijn en goed uitgelegd worden. Dit geldt ook voor de visuele ondersteuning van de antwoordmogelijkheden die gebruikt kan worden om het geheugen te ontlasten en het voor de respondent eenvoudiger te maken om zijn antwoord te bepalen. De neiging tot een bepaalde antwoordtendens kan (ook) tegengegaan of ontdekt worden door de volgorde van de antwoordmogelijkheden af te wisselen.
- Tijdens de afname van een test of vragenlijst kan bij twijfel over een gegeven antwoord een verhelderende, maar niet-suggestieve, vraag gesteld worden, zoals: *“Kun je daar wat meer over vertellen?”* Zo kan worden nagegaan of de antwoordkeuze van de persoon ‘klopt’ (Hartley & MacLean, 2006). Dit moet echter gedaan worden zonder de geloofwaardigheid van de respondent in twijfel te trekken.
- Indien een respondent moeite heeft om zijn antwoord op een meerkeuzevraag in één keer te bepalen, kan iemand dat (mogelijk) wel wanneer het antwoord in twee of drie stappen samen met de diagnosticus bepaald kan worden (Duijf, Vermeer, De Wit, & Klugkist, 1999).
- Wanneer tijdens de afname zelf blijkt dat de respondent onvoldoende antwoord kan geven op de vragen of als te veel vragen niet goed genoeg



begrepen zijn, dient de testafname te worden afgebroken en de reeds gegeven antwoorden niet te worden gebruikt in de analyse van de resultaten. De scores zijn dan onbetrouwbaar. Maar er kan dan wel iets gezegd worden over hoe de testafname is gegaan, wat de indruk is van het cognitieve, het taal- en sociaal emotionele niveau. In die zin kan een afgebroken testafname toch informatief zijn.

BEHANDELING

Voor de behandeling van probleemgedrag van jeugdigen met een LVB geldt, net als voor diagnostisch onderzoek, dat er maar weinig (gedragsveranderende) interventies specifiek ontwikkeld of geschikt zijn voor jeugdigen met een LVB. Ook is er nog maar weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van interventies bij deze jeugdigen (De Koning & Collin, 2007; Orobio de Castro, Embregts, Van Nieuwenhuijzen, & Stolker, 2008). Er zijn een aantal uitzondering hierop, zoals Samen Stevig Staan (Schuiringa, 2014).

Ook in dit geval worden er in de praktijk daarom interventies ingezet die voor jeugdigen met een gemiddelde intelligentie ontwikkeld zijn. Echter, jeugdigen met een LVB begrijpen de theorie en de bedoeling van bijvoorbeeld de oefeningen van een interventie veelal onvoldoende. Hierdoor komen ze niet of maar beperkt tot leren en wordt de doelstelling van de interventie niet of onvoldoende behaald. Om eenzelfde behandelingseffect bij jeugdigen met een LVB te kunnen bereiken, zijn ook hier aanpassingen nodig aan de interventie zelf en aan de randvoorwaarden. Een aantal daarvan geven we hieronder weer. Dit betreft een verkorte weergave van de Richtlijn effectieve interventies LVB (De Wit et al., 2011). Voor de volledige richtlijn, onderbouwing en adviezen, raadpleeg die richtlijn. Ook die is gebaseerd op een literatuurstudie en interviews met professionals die ervaring hebben met het ontwikkelen en uitvoeren van interventies bij jeugdigen met een LVB. Waar het gaat om specifieke aanpassingen aan cognitieve gedragstherapie, zie Willner & Lindsay (2016).

Uitgebreidere diagnostiek

Vanwege de grote diversiteit aan cognitieve vermogens binnen de groep jeugdigen met een LVB, wordt gepleit voor goede individuele neuropsychologische diagnostiek alvorens tot behandeling over te gaan. Het cognitieve profiel zou daarbij in kaart moeten worden gebracht, zodat de sterke en minder sterke kanten helder worden en daarop aangesloten kan worden tijdens de interventie. Dat geldt ook voor het inschatten van het sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau (Dermitzaki et al., 2008; Ramakers & Ponsioen, 2007).

Afstemmen van de communicatie

Het vereenvoudigen van het taalgebruik is belangrijk om aan te sluiten bij het begripsniveau. Dit kan onder andere gedaan worden door de volgende aanbevelingen in acht te nemen (De Wit et al., 2011; Willner & Lindsay, 2016):

- gebruik korte, enkelvoudige zinnen van ongeveer 5 woorden;
- gebruik gangbare, concrete woorden, maar let erop dat het niet kinderachtig wordt;
- sluit aan bij het taalgebruik van de jeugdige door zoveel mogelijk dezelfde woorden te gebruiken;
- praat rustig en stel één vraag tegelijkertijd. Geef de jeugdige (meer) tijd om te antwoorden, voordat een nieuwe vraag wordt gesteld;
- gebruik geen figuurlijk taalgebruik, zoals spreekwoorden, woordspelingen en cynisme;
- zorg dat non-verbale en verbale informatie overeenkomen;
- ga na of de jeugdige je begrepen heeft, bijvoorbeeld door de jeugdige in eigen woorden te laten herhalen wat er gezegd is;
- gebruik visuele ondersteuning, zoals foto's, tekeningen of pictogrammen. Zorg er wel voor dat het niet te kinderachtig is en het aansluit bij de belevingswereld en dat het begripsniveau van de jeugdige.

Concreet maken van de sessie en oefenstof

Jeugdigen met een LVB hebben moeite met een abstracte manier van denken en met het structureren van de aangeboden informatie (Van Nieuwenhuijzen, 2005) en met het scheiden van hoofd- en bijzaken (Kleinert et al., 2009).



Om de oefenstof snel en goed eigen te kunnen maken, is het beter deze al voor te structureren en concreet te maken, anders verzanden deze jeugdigen in de hoeveelheid informatie. Door de inhoud van de sessie en de oefenstof concreet te maken, krijgt het meer betekenis voor de jeugdigen en wordt de kans groter dat ze het begrijpen. Het is ook belangrijk om de oefenstof te herhalen om de kans op beklijven (onthouden) te vergroten. Het aanbieden van de instructie in korte opdrachten en kleinere stapjes met veel herhaling en oefening, met het oog op veel succeservaringen, is effectief gebleken voor jeugdigen met leerproblemen en met een LVB (Lankhorst, Bosman, & Didden, 2008). Het concreet maken van de sessie en de oefenstof kan op verschillende manieren gedaan worden (Willner & Lindsay, 2016), waaronder: (1) de onderwerpen laten aansluiten bij de belevingswereld van de jeugdige, (2) meer structuur hanteren, (3) de sessie en de oefenstof vereenvoudigen, doseren en ordenen, en (4) de jeugdige de oefenstof zelf laten ervaren.

Aansluiten bij de belevingswereld van de jeugdige

Het volgende kan gedaan worden om aan te sluiten bij de belevingswereld:

- gebruik voorbeelden van situaties die de jeugdige dagelijks meemaakt;
- laat iemand uit de directe omgeving van de jeugdige (bijvoorbeeld zijn groepsleider) meedoen met de interventie om de jeugdige te helpen herinneren aan de eigen dagelijkse ervaringen over het onderwerp.

Hanteer meer structuur

Op de volgende manieren kan er meer structuur geboden worden:

- geef de opbouw en de duur van elke sessie in een schema weer en hang dit schema op;
- bouw elke bijeenkomst (contactmoment) op dezelfde manier op, bijvoorbeeld: samenvatting van de vorige keer, oefening, theorie, een spel en daarna de afsluiting;
- in geval van een interventie in groepsvorm is het belangrijk om kleine groepen van maximaal ongeveer 6 jeugdigen te vormen. Bij een grote groep worden de jeugdigen gemakkelijk afgeleid, omdat ze moeite hebben om de sociale interacties te overzien;

- zorg ervoor dat er in de inrichting van de therapieruimte zo min mogelijk afleidende prikkels zijn.

Vereenvoudig, doseer en orden de sessie en de oefenstof

De oefenstof vereenvoudigen, doseren en ordenen, kan gedaan worden via onderstaande aanbevelingen:

- leg de theorie vooral uit aan de hand van concrete voorbeelden, makkelijke en herkenbare plaatjes of foto's en/of maak schema's;
- bied de oefenstof op verschillende manieren aan, zoals in spelvorm, rollenspel, schriftelijke opdracht, videofragment, enzovoort;
- geef korte opdrachten en één opdracht tegelijkertijd;
- gebruik meer tussenstappen (kleinere stapjes) voor het overbrengen van de oefenstof en stem de hoeveelheid tussenstappen af op de behoefte van de jeugdige;
- om de geboden informatie te laten beklijven bij de jeugdigen, zal de duur van een sessie verkort moeten worden (vergeleken met de oorspronkelijke duur voor jeugdigen zonder een LVB) en is er ook meer tijd nodig om alles te behandelen en te herhalen. Verkort daarom de duur van een sessie, maar plan meer sessies voor dezelfde hoeveelheid oefenstof of plan een gelijk aantal of minder sessies waarin dan minder oefenstof behandeld kan worden.

De jeugdige laten leren door te ervaren

Jeugdigen met een LVB lijken sneller te leren als ze de oefenstof zelf kunnen ervaren met doe-activiteiten dan erover te praten. Ervarend leren kan gestalte krijgen door:

- vooral veel te oefenen in plaats van te vertellen. Bij Cognitieve Gedragstherapie betekent dit meer nadruk op exposure dan op inzicht en experimenteren;
- veel uit te beelden, voor te doen en rollenspelen te doen;
- ze te laten leren van interacties met groepsleden;
- te beginnen met een oefening en daarna de theorie eraan te koppelen;
- de doe-opdrachten en het praten steeds af te wisselen in korte intervallen van 5 à 10 minu-



ten. De doe-opdrachten kunnen daarbij langer duren dan de praatopdrachten vanwege de problemen met de verwerking van verbale informatie.

Betrekken van het sociale netwerk

Personen met een LVB hebben (zeker als er sprake is van complexere problemen) levenslang ondersteuning nodig om optimaal te kunnen functioneren in de maatschappij. Door deze blijvende behoefte aan ondersteuning is het betrekken van de omgeving van de jeugdige (het netwerk) een noodzakelijke voorwaarde om een interventie te kunnen laten slagen en het geleerde te generaliseren naar andere situaties en omgevingen. Ouders, maar ook andere belangrijke personen in de omgeving van de jeugdige, moeten daarom geïnformeerd worden over de mogelijkheden en beperkingen van de jeugdige (psycho-educatie). Het is verder belangrijk om het sociale netwerk van de jeugdige in kaart te brengen, zodat een inschatting gemaakt kan worden hoe dit netwerk eruitziet en hoe hij deze kan benutten.

Het sociale netwerk van jeugdigen met een LVB blijkt echter vaak beperkt (Forrester-Jones et al., 2006). Om toch voldoende ondersteuning te kunnen krijgen na afloop van de interventie zal er al tijdens de interventie aandacht moeten zijn voor het verstevigen en het vergroten van het sociale netwerk. Zoek bijvoorbeeld ook in de bredere omgeving rondom de jeugdige en denk daarbij ook aan personen die in het verleden belangrijk waren voor de jeugdige en dit misschien weer kunnen worden.

Aandacht voor het vasthouden en generaliseren van het geleerde

Om dat wat tijdens een interventie geleerd is te laten beklijven en te generaliseren naar andere situaties en omgevingen, is het betrekken van het sociale netwerk van de jeugdige met een LVB belangrijk (De Koning & Collin, 2007; Orobio de Castro et al., 2008). Onderhoud daarom vanaf het begin contact over de interventie met de ouders en voor de jeugdige andere belangrijke personen, zodat zij weten wat de jeugdige geleerd heeft. Stem de wijze waarop de therapeut en het netwerk de jeugdige benadert op elkaar af en maak

gebruik van dezelfde wijze van (visuele) ondersteuning. Geef de jeugdige huiswerkopdrachten waarbij er in verschillende leefgebieden iets uitgevoerd moet worden en moet oefenen in verschillende omgevingen.

Veilige en positieve leeromgeving

Veel jeugdigen met een LVB in de hulpverlening hebben een negatief zelfbeeld door opgedane faalervaringen. Ze hebben vaak te horen gekregen en gemerkt wat ze allemaal niet goed doen. Als iemand merkt dat iets wel lukt, zal dit naar verwachting leiden tot meer zelfvertrouwen en zelfwaardering en vervolgens tot meer eigen motivatie om te leren en dingen (anders) te gaan doen (Theeboom, De Knop, & Weiss, 1995). Het is daarom belangrijk om aan het begin van de interventie aandacht te besteden aan het motiveren van de jeugdige en het vergroten van het zelfvertrouwen, zodat hij open staat om te leren. Succeservaringen en een veilige en positieve leeromgeving zijn daarvoor belangrijk.

Het is aan de hulpverlener om deze veilige leeromgeving te creëren. Dit kan onder andere door de jeugdige altijd positief te benaderen en, ook als het niet goed gaat, het vertrouwen in de jeugdige te blijven tonen. In het werken met jeugdigen met een LVB is de attitude van de hulpverlener extra belangrijk voor het slagen van de interventie. In onderstaande wordt dit verder uitgewerkt.

Motiveren van de jeugdige en vergroten van het zelfvertrouwen

Om de jeugdige met een LVB te motiveren en zijn zelfvertrouwen te vergroten, doen we de volgende aanbevelingen:

- leg duidelijk uit wat er waarom wordt gedaan, zodat de jeugdige snapt wat hij gaat doen;
- laat de jeugdige het nut van de interventie voor zichzelf benoemen;
- stel (in de ogen van de jeugdige) makkelijke en op korte termijn haalbare doelen, gericht op het aanleren van concrete praktische vaardigheden en sluit daarbij aan bij de interesses en de oplossingen die de jeugdige zelf aandraagt;
- beloon in het begin van een interventie veel en direct gekoppeld aan het gewenste gedrag;



- benadruk de sterke kanten (vaardigheden) en het positieve gedrag van de jeugdige;
- laat de jeugdige veel succeservaringen opdoen, onder andere door het verbeteren van de eigen prestaties of het behalen van een zelf opgesteld doel.

Creëer een veilige en positieve leeromgeving

De werkrelatie tussen een hulpverlener en een jeugdige heeft een grote invloed op het slagen van de interventie (Van Yperen, Van der Steege, Addink, & Boendermaker, 2010). Een goede bejegening is een voorwaarde voor het opbouwen van een goede werkrelatie (Embregts & Van Erve, 2008). De hulpverlener zal aan de jeugdige zowel verbaal als non-verbaal duidelijk moeten laten blijken dat hij het beste met de jeugdige voorheeft. De volgende persoonlijke kenmerken van de hulpverlener dragen bij aan die goede werkrelatie: flexibel en eerlijk zijn, ervaring hebben, en respectvol, betrouwbaar, zeker, geïnteresseerd, alert, vriendelijk, warm en open zijn (Ackerman & Hilsenroth, 2003 zoals geciteerd in Van Yperen et al., 2010).



LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Auteur.
- Collot d'Escury, A. (2007). Lopen jongeren met een lichte verstandelijke beperking meer kans om in aanraking te komen met justitie? *Kind en Adolescent*, 28, 197-214.
- Collot d'Escury, A., Barnhard, S., & Hartsink, D. (2004). Sociale vaardigheden in perspectief: Kunnen LVG-jongeren perspectief nemen? *Onderzoek & Praktijk*, 2(1), 22-31. [Pdf is hier te downloaden.](#)
- Collot d'Escury, A., Ebbekink, K., & Schijven, E. (2009). Het Licht Blauwe Boek: Een training in perspectief nemen, sociale vaardigheden en zelfvertrouwen voor jongeren met een lichte verstandelijke beperking. In R. Didden & X. Moonen (Red.), *Met het oog op behandeling 2: Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking* (pp. 101-111). Utrecht: LKC LVG / Expertisecentrum De Borg.
- Deb, S., Matthews, T., Holt, G., & Bouras, N. (2002). *Richtlijnen voor de praktijk van onderzoek en diagnostiek van problemen met de geestelijke gezondheid bij volwassenen met een verstandelijke beperking (Nederlandse bewerking)*. Utrecht: LKNG.
- Dekker, M. C., & Koot, H. M. (2003). DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. I: Prevalence and impact. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 915-922.
- Dekker, M. C., Koot, H. M., Ende, J. van der, & Verhulst, F. C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 1087-1098.
- Dekker-van der Sande, F., & Janssen, C. (2010). *Signalen van verstoord gehechtheidsgedrag: 'Best practice' voor het diagnosticeren van gehechtheidsproblemen bij kinderen/jongeren met een visuele en/of licht verstandelijke beperking*. Den Haag: Lemma.
- Derks, W. A. M., Bernard, S., Petry, D., Haveman, M. J., & Laake, M. J. L. L. van (1994). Onbegrepen vragen: Over het interviewen van licht verstandelijk gehandicapten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 49, 54-58.
- Dermitzaki, I., Stavroussi, P., Bandi, M., & Nisiotou, I. (2008). Investigating ongoing strategic behaviour of students with mild mental retardation: Implementation and relations to performance in a problem-solving situation. *Evaluation & Research in Education*, 21, 96-110.
- Didden, R., Collin, Ph., & Curfs, L. (2008). Psychopathologie bij mensen met een verstandelijke beperking. In W. Vandereycken, C. A. L. Hoogduin & P. M. G. Emmelkamp (Red.), *Handboek psychopathologie: Deel 1 Basisbegrippen* (pp. 613-637). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Douma, J., Dekker, M., & Koot, H. (2010). Het gebruik van de Youth Self-Report (YSR) bij jongeren met een licht verstandelijke beperking. *Onderzoek & Praktijk*, 8(1), 20-28. [Pdf is hier te downloaden.](#)
- Douma, J., Kregten, C. van, Ponsioen, A., & Raemdonck, K. (2015). Meisjes met een licht verstandelijke beperking. In K. Nijhof & R. Engels (Red.), *Meisjes in zorg: Signalering, preventie en behandeling* (pp. 453-482). Amsterdam: Uitgeverij SWP. [Pdf is via deze link te downloaden.](#)
- Douma, J., Moonen, X., 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 LVG.
- Douma, J., Moonen, X., Noordhof, L., & Ponsioen, A. (2014). Diagnostisch onderzoek bij mensen met een LVB: Hoe haal je het beste in hen naar boven? *Onderzoek & Praktijk*, 12(1), 32-40. [Pdf is hier te downloaden.](#)
- Duijf, M. J. W., Vermeer, A., Wit, J. B. F. de, & Klugkist, I. G. (1999). ... en wat vind jij van sport? Een onderzoek uitgevoerd bij mensen met een verstandelijke handicap. *Bewegen en Hulpverlening*, 16, 245-267.
- Edgerton, R. B. (1993). *The cloak of competence: Revised and updated*. Los Angeles, CA: University of California Press.



- Einfeld, S. L., Ellis, L. A., & Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 36*, 137-143. DOI: 10.1080/13668250.2011.572548
- Embregts, P., & Erve, N. van (2008). *Bejegening van jongeren met een licht verstandelijke beperking*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Emerson, E. (2005). Use of the Strengths and Difficulties Questionnaire to assess the mental health needs of children and adolescents with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities, 30*, 1-10.
- Emerson, E., & Hatton, C. (2007). Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *The British Journal of Psychiatry, 19*, 493-499. DOI: 10.1192/bjp.bp.107.038729
- Fabrick-van de Glind, I., & Widdershoven-van der Wal, M. (2005). Kenmerken van jongeren met een lichte verstandelijke handicap en crisishulpverlening. *Onderzoek & Praktijk, 3*(2), 27-32. [Pdf is hier te downloaden.](#)
- Finlay, W. M. L., & Lyons, E. (2001). Methodological issues in interviewing and using self-report questionnaires with people with mental retardation. *Psychological Assessment, 13*, 319-335.
- Finlay, W. M. L., & Lyons, E. (2002). Acquiescence in interviews with people who have mental retardation. *Mental Retardation, 40*, 14-29.
- Forrester-Jones, R., Carpenter, J., Coolen-Schrijner, P., Cambridge, P., Tate, A., Beecham, J., . . . Wooff, D. (2006). The social networks of people with intellectual disability living in the community 12 years after resettlement from long-stay hospitals. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 19*, 285-295.
- Gathercole, S. E., Lamont, E., & Alloway, T. P. (2006). Working memory in the classroom. In S. Pickering (Red.), *Working memory and education* (pp. 219-240). London: Academic Press.
- Grundy, D. (2011). Friend or fake? Mate crimes and people with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities and Offending Behaviour, 2*(4), 167-169.
- Hartley, S. L., & MacLean, W. E. (2006). A review of the reliability and validity of Likert-type scales for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 813-827.
- Hornain, K., Meijer, I., & Barnhard, I. (2010). *Hechting en LVG+.* "Hou me vast, maar raak me niet aan": *Verstandelijke beperking, hechtingsproblematiek en ernstig probleemgedrag. Handreiking voor begeleiders.* Aalsmeer: Ons Tweede Thuis.
- Hove, G. van, & Loon, J. van (2006). Personen met een verstandelijke beperking. In E. Broekaert & G. van Hove (Red.), *Handboek bijzondere orthopedagogiek* (pp. 17-43). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Janssen, C., & Schuengel, C. (2006). Gehechtheid, stress, gedragsproblemen en psychopathologie bij mensen met een lichte verstandelijke beperking: Aanzetten voor interventie. In R. Didden (Red.), *In Perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 67-83). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jochemsen, T., & Berger, M. (2002). *Families First voor licht verstandelijk gehandicapten: Richtlijnen en technieken voor het werken met gezinnen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- 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.
- Koning, N. D. de, & Collin, P. J. L. (2007). The treatment of children and adolescents with a psychiatric disorder and mental retardation, *Kind en Adolescent, 28*, 215-229.
- Kraijer, D. (2006). Mensen met een lichte verstandelijke beperking: Psychodiagnostisch een tussen-categorie. In R. Didden (Red.), *In Perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 53-65). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kraijer, D. W., & Plas, J. J. (2006). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. Amsterdam: Harcourt Assessment B.V.
- Lankhorst, W. B., Bosman, A. M. T., & Didden, R. (2008). Het effect van twee instructiemethoden op lees- en spellingsvaardigheden bij kinderen met een licht tot matige verstandelijke beperking. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen, 34*, 181-193.



- Lodewijks, H. (2009). Jongeren met een lichte verstandelijke beperking in justitiële jeugdinrichtingen. In R. Didden & X. Moonen (Red.), *Met het oog op behandeling 2: Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking* (pp. 113-119). Utrecht: LKC LVG / Expertisecentrum De Borg.
- Molen, M. van der (2009). Het werkgeheugen van kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking: inzicht en handelen. In R. Didden & X. Moonen (Red.), *Met het oog op behandeling 2: Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking* (pp. 15-21). Utrecht: LKC LVG / Expertisecentrum De Borg.
- Molen, M. J. van der, Luit, J. E. H. van, Jongmans, M. J., & Molen, M. W. van der (2007). Verbal working memory in children with mild intellectual disabilities. *Kind en Adolescent*, 28, 135-148.
- Munir, K. M. (2016). The co-occurrence of mental disorders in children and adolescents with intellectual disability/intellectual developmental disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 29, 95-102. doi:10.1097/YCO.0000000000000236
- Nieuwenhuijzen, M. van (2005). Sociale informatie verwerking bij kinderen met licht verstandelijke beperkingen. *Onderzoek & Praktijk*, 3(1), 35-38. [Pdf is hier te downloaden.](#)
- Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B., Wijnroks, L., Vermeer, A., & Matthys, W. (2009). Social problem-solving and mild intellectual disabilities: Relations with externalizing behavior and therapeutic context. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114, 42-51.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Vriens, A., Scheepmaker, M., Smit, M., & Porton, E. (2011). The development of a diagnostic instrument to measure social information processing in children with mild to borderline intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 358-370.
- Nederlands Jeugdinstituut. (2011). *Multiprobleemgezinnen: Probleemschets; definitie*. Gevonden op 19 januari 2012 op <http://nji.nl/eCache/DEF/1/09/644.html>
- 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. *Onderzoek & Praktijk*, 6(1), 6-12. [Pdf is hier te downloaden.](#)
- Ponsioen, A. J. G. B. (2001). *Cognitieve vaardigheden van licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren*. (Academisch Proefschrift, Universiteit van Amsterdam).
- Ponsioen, A. (2014). Adaptatie. In J. de Bruijn, W. Buntinx & B. Twint (Red.), *Verstandelijke beperking: Definitie en context* (pp. 91-100). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Ponsioen, A. J. G. B., & Molen, M. J. van der (2002). *Cognitieve vaardigheden van licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren: Een onderzoek naar mogelijkheden*. Ermelo: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming. (2011). *Zorg voor ingesloten licht verstandelijk beperkte jongeren: Advies d.d. 6 juni 2011*. Den Haag: Auteur.
- Ramakers, G. J. A., & Ponsioen A. J. G. B. (2007). Neuropsychologische kenmerken van kinderen en adolescenten met een (lichte) verstandelijke beperking: Profielen in relatie tot etiologie. *Kind en Adolescent*, 28, 119-134.
- Ras, M., Woittiez, I., Kempen, H. van, & Sadiraj, K. (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rot, E. J. W. (2013). *Handreiking balans in beeld: Jongeren met een licht verstandelijke beperking uitdagen, zonder hen te overvragen of ondervragen*. Utrecht: Kennisplein Gehandicaptensector.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Graig, E. M., . . . Yeager, M. H. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (11th edition). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schuiringa, H. (2014). *Children with mild to borderline intellectual disabilities and externalizing behavior: Individual characteristics, family functioning and treatment effectiveness*. Proefschrift, Universiteit Utrecht.



- Steketee, M., & Vandenbroucke, M. (2010). *Typologie voor een strategische aanpak van multiprobleemgezinnen in Rotterdam: Een studie in het kader van Klein maar Fijn – CEPHIR*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Theeboom, M., Knop, P. de, & Weiss, M. R. (1995). Motivational climate, psychological responses, and motor skill development in children's sport: A field-based intervention study. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 17*, 294-311.
- Teeuwen, M. (2012). *Verraderlijke gewoon: Licht verstandelijk gehandicapte jongeren, hun wereld en hun plaats in het strafrecht*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Vandereet, J., Maes, M., Lembrechts, D., & Zink, I. (2011). The role of gestures in the transition from one- to two-word speech in a variety of children with intellectual disabilities. *International Journal of Language & Communication Disorders, 46*, 714-727.
- Verhulst, F. C., Ende, J. van der, & Koot, H. M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR)*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Vermeer, A., Lijnse, M., & Lindhout, M. (2004). Measuring perceived competence and social acceptance in individuals with intellectual disabilities. *European Journal of Special Needs Education, 19*, 283-300.
- Willner, P., Bailey, R., Parry, R., & Dymond, S. (2010). Evaluation of the ability of people with intellectual disabilities to 'weigh up' information in two tests of financial reasoning. *Journal of Intellectual Disability Research, 54*, 380-391.
- Willner, P., & Lindsay, W. R. (2016). Cognitive behavior therapy. In N. N. Singh (Ed.), *Handbook of evidence-based practices in intellectual and developmental disabilities* (pp. 283-310). Cham: Springer International Publishing Switzerland. Doi: 10.1007/978-3-319-26583-4_11
- Wit, M. de, Moonen, X., & 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.
- Wood, P. M., & Stenfert Kroese, B. (2007). Enhancing the emotion recognition skills of individuals with learning disabilities: A review of the literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 20*, 576-579.
- Yperen, T. van, Steege, M. van der, Addink, A., & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg: Stand van de discussie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

**Landelijk Kenniscentrum LVB /
Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra**

**Catharijnesingel 47, 3511 GC Utrecht
030 - 740 04 00 • www.kenniscentrumlvb.nl • info@kenniscentrumlvb.nl**