

Richtlijn Effectieve Interventies LVB

Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking

LANDELIJK KENNISCENTRUM LVB

Richtlijn Effectieve Interventies LVB

Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking

Marjolein de Wit, Xavier Moonen, Jolanda Douma

© Landelijk Kenniscentrum LVG

Kaap Hoorndreef 60

3563 AV Utrecht

030-2643311

www.lvgnet.nl

info@lvgnet.nl

mei 2011

ISBN/EAN: 978-94-91288-00-5

Ontwerp: Advies in Communicatie

www.a-ic.nl

Drukwerk: Dekkers

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
1. Inleiding	6
2. Jeugdigen met een LVB	10
3. Onderzoeksmethode	13
3.1 Literatuurstudie	13
3.2 Interviews: Werving van de respondenten en het interviewformat	14
3.2.1 Werving respondenten voor de interviews	14
3.2.2 Interviewformat	15
3.3 Analyse van de interviews	15
3.4 Toetsen van de resultaten aan de onderzoeksliteratuur	16
3.5 Terugkoppeling naar de leden van de projectgroep	16
4. Bevindingen uit de literatuur: Kenmerken van een LVB en daaraan gerelateerde aanpassingen aan interventies	17
4.1 Kenmerken van een LVB	17
4.1.1 Informatieverwerking (begrip en geheugen)	17
4.1.2 Regulerende functies (aandacht, inhibitie en planning)	18
4.1.3 Probleemoplossend vermogen (metacognitie en perspectief nemen)	19
4.1.4 Generalisatie van kennis	20
4.2 Aanbevelingen uit de onderzoeksliteratuur voor aanpassingen	20
5. Bevindingen uit de interviews: Aanpassingen aan interventies	22
5.1 Uitgebreidere diagnostiek	22
5.1.1 Besteed meer aandacht aan het in beeld brengen van de cognitieve sterke en zwakke kanten van de jeugdige	22
5.1.2 Besteed aandacht aan het inschatten van het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau van de jeugdige	23
5.1.3 Houd rekening met de interactie tussen de kenmerken van een LVB en de gedragsproblemen	24
5.2 Afstemmen van de communicatie	24
5.2.1 Vereenvoudig het taalgebruik	25
5.2.2 Ga na of je elkaar begrijpt (jeugdige en hulpverlener)	26
5.2.3 Gebruik visuele ondersteuning	26



5.3	Concreet maken van de oefenstof	27
5.3.1	Sluit de voorbeelden aan bij de belevingswereld van de jeugdige	27
5.3.2	Maak de oefenstof zichtbaar	27
5.3.3	Laat de jeugdige vooral leren door te ervaren	29
5.4	Voorstructureren en vereenvoudigen	30
5.4.1	Geef meer externe sturing	30
5.4.2	Hanteer meer structuur	31
5.4.3	Vereenvoudig, doseer en orden de informatie en de oefenstof	32
5.4.4	Reserveer meer tijd	33
5.5	Netwerk en generalisatie	33
5.5.1	Informeel en betrek het netwerk tijdens de interventie	33
5.5.2	Vergroot en verstevig het sociale netwerk van de jeugdige	34
5.5.3	Besteed aandacht aan het vasthouden en de generalisatie van het geleerde	35
5.6	Veilige en positieve leeromgeving	36
5.6.1	Motiveer de jeugdige	37
5.6.2	Vergroot het zelfvertrouwen	38
5.6.3	Zorg als hulpverlener voor een veilige en positieve leeromgeving	38
6.	Richtlijn effectieve interventies LVB	40
1:	Uitgebreidere diagnostiek	41
2:	Afstemmen van de communicatie	42
3:	Concreet maken van de oefenstof	43
4:	Voorstructureren en vereenvoudigen	44
5:	Netwerk en generalisatie	46
6:	Veilige en positieve leeromgeving	48
	Nawoord	50
	Geraadpleegde literatuur	52
	Leden Projectgroep	56



Voorwoord

Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB) hebben vaker emotionele en gedragsproblemen dan leeftijdsgenoten zonder een LVB. Ook blijkt dat deze problemen niet zomaar verdwijnen. Het is dus belangrijk om deze problemen zo snel en zo adequaat mogelijk te behandelen. Maar dat is niet eenvoudig, onder andere door een gebrek aan interventies die speciaal voor hen ontwikkeld zijn en waarvan de effectiviteit bekend is. Het geringe aanbod van geschikte interventies voor jeugdigen met een LVB staat tegenover de grote vraag daarnaar in de praktijk. Daarom hebben zorginstellingen en onderzoekers in de afgelopen jaren veel tijd en energie gestoken in het ontwikkelen en aanpassen van interventies aan de specifieke kenmerken en problematiek van jeugdigen met een LVB. Door praktijkwerkers, maar ook door onderzoekers en ontwikkelaars, wordt gezocht naar specifieke aanpassingen in de interventies zelf en in de randvoorwaarden. Hierbij wordt uitgegaan van de toenemende kennis en ervaring in het werken met deze doelgroep. Vanuit het Landelijk Kenniscentrum LVG hebben we het initiatief genomen om deze kennis en ervaring bijeen te brengen en te toetsen aan wetenschappelijke inzichten. We hebben hiervoor het project 'Richtlijn Effectieve Interventies LVB' gestart in samenwerking met een breed samengestelde projectgroep van praktijkwerkers en onderzoekers. Doel was om een richtlijn te ontwikkelen waarin aanbevelingen staan die moeten bijdragen aan het zo goed mogelijk aansluiten van een gedragsveranderende interventie bij de specifieke kenmerken van de LVB. Daardoor moet de kans op een positief behandelresultaat bij deze jeugdigen zo groot mogelijk worden.

Met deze publicatie presenteren wij u de Richtlijn Effectieve Interventies LVB. Dit is een bewerking van de masterscriptie van Marjolein de Wit die het onderzoek, op verzoek van het Landelijk Kenniscentrum LVG, heeft uitgevoerd voor de afronding van haar studie Orthopedagogiek aan de Universiteit van Amsterdam. Zij werd daarbij begeleid door Dr. X.M.H. (Xavier) Moonen. Dr. J.C.H. (Jolanda) Douma was de tweede beoordelaar en heeft de masterscriptie bewerkt tot deze publicatie.

Met het opstellen van deze richtlijn met aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een LVB is een eerste stap gezet naar meer effectieve interventies voor deze doelgroep. De doorontwikkeling van de in de richtlijn genoemde aanbevelingen en het verdere onderzoek dat noodzakelijk is om deze richtlijn te kunnen verdiepen kan alleen plaats hebben met actieve betrokkenheid van professionals die dagelijks werken met jeugdigen met een LVB. We nodigen u graag uit om uw kennis en ervaring op dit gebied met ons te delen.



1. Inleiding

In vergelijking met leeftijdsgenoten zonder een licht verstandelijke beperking (LVB) hebben jeugdigen met een LVb een 3 tot 4 keer grotere kans op emotionele problemen, gedragsproblemen en/of psychiatrische stoornissen (Dekker & Koot, 2003). Onderzoek toont aan dat deze problemen ook niet zo maar verdwijnen en vaak blijven voortbestaan (De Ruiter, Dekker, Douma, Verhulst & Koot, 2008). Het is dus belangrijk om deze problemen zo snel en zo adequaat mogelijk te behandelen. Maar dat blijkt niet eenvoudig. Er is voor deze jeugdigen een gebrek aan interventies waarvan is *bewezen* dat ze effectief zijn. Dat wil niet zeggen dat er geen behandeling mogelijk is, maar het is niet goed (wetenschappelijk) onderzocht of er ook echt verbetering optreedt in de problemen van deze jeugdigen *als gevolg* van die interventie of behandeling.

Het aantonen dat een bepaalde interventie voor behandeling en begeleiding effectief is, wordt echter wel steeds belangrijker. Als zorgaanbieders kunnen laten zien dat ze interventies inzetten waarvan de effectiviteit is aangetoond, is dat een betere garantie voor een goede kwaliteit van zorg dan wanneer daar niets over bekend is. Daarnaast worden door de zorgverzekeraars steeds meer eisen gesteld aan de interventies (om een gedragsverandering te bewerkstelligen) die zij vergoeden. In 2010 is er bijvoorbeeld, door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) opdracht gegeven aan het ITS om een onderzoek te doen naar de effectiviteit van de interventies die in Nederland worden ingezet bij kinderen met een autisme spectrum stoornis en/of een verstandelijke beperking (Schellingerhout, Ramakers, Derwort & Van de Lavoie, 2010). Hierdoor kon inzicht verkregen worden in welke interventies het verzekeren 'waard zijn' en welke niet.

Er zijn verschillende databanken waarin effectieve interventies zijn opgenomen, zoals de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), waarin ook gedragsinterventies zijn opgenomen die leiden tot preventie of vermindering van recidive bij delinquente jongeren, de Databank Effectieve Sociale Interventies van Movisie, en de I-database van het Centrum Gezond Leven (RIVM). Daaruit valt te concluderen dat in algemene zin, dus los van het al dan niet aanwezig zijn van een verstandelijke beperking, voor weinig interventies hun effect door middel van een wetenschappelijke toetsing *onomstotelijk* is aangetoond. Dat is onder andere te verklaren vanuit het feit dat het uitvoeren van een gedegen effectonderzoek allesbehalve eenvoudig is. Een specifieke interventie is vaak onderdeel van groter aanbod of behandelprogramma, waardoor het lastig is om een effect volledig toe te kunnen schrijven aan die interventie. Ook moet rekening worden gehouden met de invloed van algemeen werkzame factoren op het behandel-effect, zoals een goed contact tussen behandelaar en cliënt. Is het behandel-effect dan nog wel toe te schrijven aan de interventie of aan dat contact? En tot slot blijkt dat veel effectonderzoek te maken heeft met jeugdigen of gezinnen die een interventie niet afmaken en voortijdig afhaken. Het is zeer waarschijnlijk dat deze groep uitvallers een specifieke groep betreft, bijvoorbeeld dat het gaat om jeugdigen en gezinnen die in de meest problematische omstandigheden leven en daardoor minder goed in staat zijn de behandeling trouw te volgen, of die het minst gemotiveerd zijn voor behandeling. De groep die de behandeling dan wel afrondt en waarvan de resultaten worden meegenomen in het effectonderzoek is



dan niet representatief voor de totale groep die de behandeling startte. Een groot behandel-effect lijkt dan niet het gevolg van de behandeling.

Het aantonen van effectiviteit is gelukkig geen alles-of-niets-kwestie. Als een interventie niet *aangehouden* effectief is, wil dat niet zeggen dat de kwaliteit van de interventie twijfelachtig en daarom niets waard is. Veerman en Van Yperen (2008) beschrijven de volgende 5 niveaus van bewijskracht voor de effectiviteit van een interventie in de zogenaamde effectladder:

- Niveau 0 - werken met impliciete kennis: Het gaat hier om interventies die 'in de hoofden' van de uitvoerders zitten. Hoe er gewerkt wordt, waarom dat op die manier gebeurt, en wat de resultaten daarvan zijn is niet duidelijk op papier gezet en daarom minder goed overdraagbaarheid aan vakgenoten.
- Niveau 1 - goed beschreven interventies: Op dit niveau is de interventie goed beschreven en gespecificeerd. Het betreft dan vooral een beschrijving van het doel van de interventie, de doelgroep, de aanpak en randvoorwaarden voor de uitvoering. Hierdoor is de werkwijze te begrijpen, de kans op effectiviteit enigszins in te schatten en is de aanpak gemakkelijker overdraagbaar.
- Niveau 2 - interventies met theoretische bewijskracht: Deze interventies worden als 'veelbelovend' beschouwd, omdat ze niet alleen goed zijn beschreven, maar ook onderbouwd kunnen worden door algemeen aanvaarde en (bij voorkeur) met onderzoek ondersteunde theorieën. De interventies die opgenomen zijn in de hiervoor genoemde Databank Effectieve Jeugdinterventies voldoen op z'n minst aan dit niveau.
- Niveau 3 - interventies met voorlopige bewijskracht: Voor interventies op dit niveau is met cijfers aangetoond dat de geformuleerde doelen zijn bereikt en dat de interventie volgens plan is uitgevoerd aan de beoogde doelgroep. Eveneens moet aangetoond zijn dat er weinig cliënten voortijdig zijn afgehaakt, en dat de cliënten tevreden zijn. Deze gegevens leveren de eerste indicaties voor de effectiviteit van de interventie.
- Niveau 4 - interventies met causale bewijskracht: Voor interventies op dit hoogste niveau is bewezen dat ze effectief zijn; er zijn metingen verricht die aantonen dat de verbetering in bijvoorbeeld gedragsproblemen toe te schrijven is aan de gebruikte interventie. Er is sprake van een goed omschreven, theoretisch onderbouwde en in de praktijk getoetste aanpak. Bovendien is aangetoond dat de interventie beter is dan 'geen interventie' en een 'andere interventie'.

Tijdens het bestuderen van de interventies in eerder genoemde databanken bleek dat zeer weinig gedragsveranderende interventies specifiek ontwikkeld of geschikt zijn voor jeugdigen met een LVB. Dit wordt onderstreept door het onderzoek van Schellingerhout en collega's (2010). Van de interventies die er zijn voor kinderen met een autisme spectrum stoornis en/of een verstandelijke beperking bevindt slechts een beperkt aantal zich op niveau 3 of 4 van de effectladder. De meeste bevinden zich op niveau 1 of 2. Dit betekent dat maar een beperkt aantal van deze interventies opgenomen is in de Databank Effectieve Jeugdinterventies. Een reden voor dit gebrekkige aanbod is dat er nog maar weinig onderzoek gedaan is naar de effectiviteit van interventies bij jeugdigen met een LVB (De Koning & Collin, 2007; Orobio de Castro, Embregts, Van Nieuwenhuijzen & Stolker, 2008).



Het geringe aanbod aan geschikte interventies voor jeugdigen met een LVB staat in schril contrast met de grote vraag daarnaar vanuit zorg- en hulpverleningsinstellingen die met deze jeugdigen werken. Zoals eerder aangegeven is het belangrijk om interventies in te zetten bij jeugdigen met een LVB en bijkomende emotionele en/of gedragsproblemen, omdat wanneer dit niet gedaan wordt, deze problemen zeker niet lijken te gaan afnemen. Veel zorgverleningsinstellingen proberen deze jeugdigen daarom zo goed mogelijk te helpen door effectief gebleken interventies voor jeugdigen met een gemiddelde intelligentie in te zetten bij jeugdigen met een LVB. Maar om eenzelfde effect bij jeugdigen met een LVB te bereiken zijn aanpassingen nodig aan de interventie zelf en aan de randvoorwaarden. Het is namelijk bekend dat jeugdigen met een LVB de theorie en de bedoeling van bijvoorbeeld de oefeningen van een interventie onvoldoende begrijpen. Hierdoor komen ze niet of maar beperkt tot leren en wordt de doelstelling van de interventie niet behaald.

Op welke wijze een interventie nu precies aangepast moet worden om ook effectief te kunnen zijn bij jeugdigen met een LVB is gerelateerd aan de specifieke kenmerken van een LVB. Of anders gezegd, in deze aanpassingen liggen de doelgroep-specifieke factoren besloten. De aanpassingen sluiten aan bij de kenmerken van de LVB, *ongeacht* de doelstelling van een interventie. Deze aanpassingen zijn dus niet anders voor jeugdigen met een LVB die voor angstklachten moeten worden behandeld dan voor jeugdigen met een LVB die gedragsproblemen hebben. Inzicht in de specifieke kenmerken van een LVB is een eerste stap voor het uiteindelijk ontwikkelen van effectieve interventies voor deze jeugdigen.

Binnen de verschillende zorg- en hulpverleningsinstellingen voor jeugdigen met een LVB is veel kennis aanwezig over wat in de praktijk bij deze jeugdigen blijkt te werken voor een zo goed mogelijk behandelresultaat. Helaas blijft deze kennis nu vaak hangen binnen deze organisaties. Er is geen protocol of richtlijn rondom hoe een interventie zo goed mogelijk te laten aansluiten op deze jeugdigen om de kans op een positief 'behandeleffect' zo groot mogelijk te laten zijn.

In een in 2009 afgerond onderzoek naar traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een LVB zijn verschillende interventies onder de loep genomen en is nagegaan hoe deze aangepast zijn op de LVB van de jeugdigen (Elias, Seebregts, Swennenhuis & Bouma, 2009). De resultaten uit dit onderzoek geven een eerste goede indruk van wat nu LVB-specifiek is, ook al betreft het interventies en behandelvormen met een specifiek doel. Deze bevindingen zijn dan ook meegenomen in het project waarvan de bevindingen in deze publicatie worden gepresenteerd.

Om deze bovengenoemde impliciet aanwezige kennis buiten de muren van de verschillende organisaties te krijgen, is het Landelijk Kenniscentrum LVG (LKC LVG) een project gestart genaamd 'Richtlijn Effectieve Interventies LVB'. Doel was om tot een overzicht te komen van factoren waar bij het ontwikkelen, aanpassen en toepassen van een gedragsveranderende interventie voor jeugdigen met een LVB rekening mee moet worden gehouden om de kans van slagen van de interventie te vergroten. Wetenschappelijke inzichten, op basis van een gedegen literatuurstudie, zijn gecombineerd met praktijkervaringen van deskundigen uit het werkveld die verzameld zijn door gestructureerde interviews (zie verder hoofdstuk 3).



In deze publicatie presenteren we onze bevindingen. We geven in hoofdstuk 4 de bevindingen weer vanuit de wetenschappelijke literatuur over de specifieke kenmerken van een LVB en hoe daar vervolgens in een interventie rekening mee kan worden gehouden. In hoofdstuk 5 beschrijven we de aanbevelingen die gedaan zijn door de geïnterviewden ten aanzien van de aanpassingen die aan de interventies gedaan kunnen worden. De verworven inzichten in hoofdstuk 4 en 5 zijn in hoofdstuk 6 bij elkaar gevoegd wat geresulteerd heeft in de Richtlijn Effectieve Interventies LVB. Maar voordat daar op ingaan wordt, geven we in hoofdstuk 2 eerst een beschrijving van de jeugdigen met een LVB die vanwege ernstige emotionele problemen en/of gedragsproblemen behandeling nodig hebben en waar het in deze publicatie over gaat. Dit is belangrijk voor de beeldvorming van deze groep jeugdigen. Het geeft ook een indicatie van de factoren die een rol spelen in het ontstaan en voortbestaan van deze ernstige problemen. Hierbij gaat het overigens voor elke jeugdige vaak om een verschillende combinatie van aanleg en omgevingsfactoren. Dit maakt dat er grote verschillen zijn tussen individuen, waardoor het moeilijk wordt om te spreken van één doelgroep jeugdigen met een LVB (Soenen, Van Berckelaer-Onnes & Scholte, 2009). Ondanks de grote diversiteit wordt er voor de richtlijn gezocht naar de karakteristieken die gelden voor het merendeel van jeugdigen met een LVB.

Behalve deze onderlinge verschillen tussen de jeugdigen, kan de behandeling ook in verschillende settings plaatsvinden; van instellingen die volledig gericht zijn op de behandeling van jeugdigen met een LVB, zoals de Orthopedagogische Behandelcentra, tot instellingen waar de groep jeugdigen met een LVB een specialisme is binnen een breder aanbod gericht op jeugdigen zonder een LVB, zoals de (gesloten) jeugdzorg, Jeugd-GGz en gehandicaptenzorg. De richtlijn is in al deze settings toe te passen.

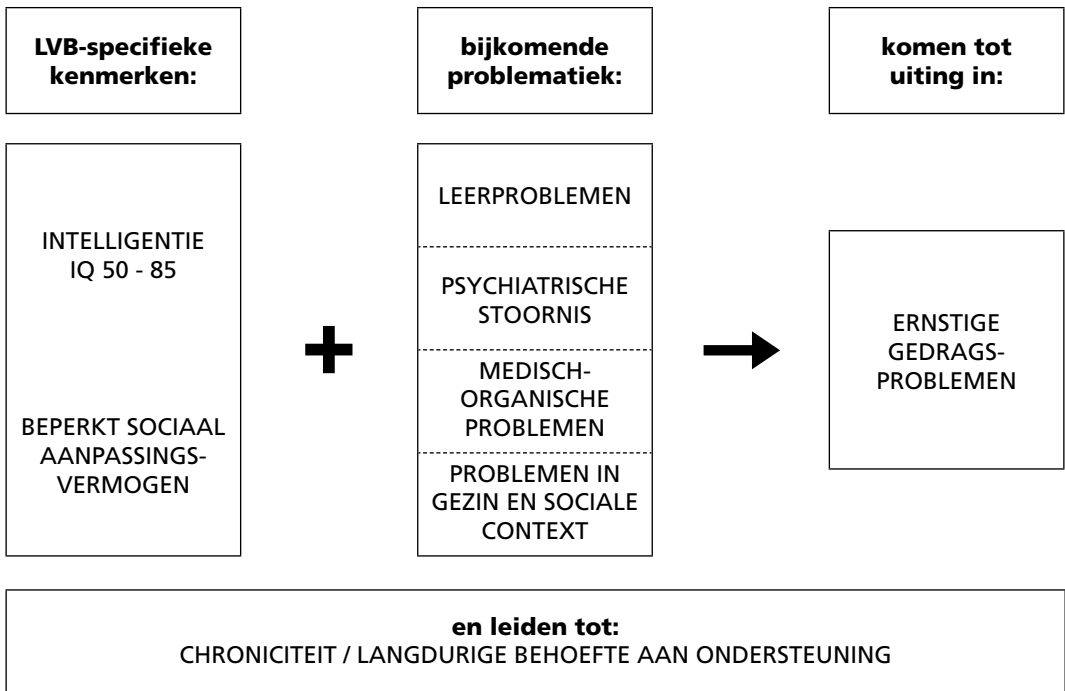
Tot slot willen we voor de volledigheid nog benadrukken dat we in deze publicatie geen uitspraken doen over welke interventie in welke situatie het meest geschikt is. Dat is afhankelijk van meerdere factoren, waaronder het probleemgedrag dat verbeterd moet worden, de kenmerken van de jeugdige zelf, zijn/haar gezinssituatie en, daaraan gerelateerd, de oorzaken van het probleemgedrag. Met behulp van de richtlijn willen we de handelingsverlegenheid verminderen *nadat* is bepaald welke interventie ingezet zal worden.



2. Jeugdigen met een LVB

Deze publicatie gaat over jeugdigen van 6 tot ongeveer 23 jaar met een LVB en probleemgedrag. In onderstaand schema staan de kenmerken van deze jeugdigen weergegeven en hoe deze een rol spelen in het ontstaan en voortbestaan van probleemgedrag waarvoor zij behandeling nodig hebben. De kenmerken worden in dit hoofdstuk nader toegelicht. Hierbij moet nog wel opgemerkt worden dat ze niet voor alle jeugdigen met een LVB in dezelfde mate gelden. Onderstaande beschrijving is gebaseerd op Janssen en Schuengel (2006), Kraijer (2006), Moonen en Versteegen (2006), en Van Nieuwenhuijzen en Elias (2006).

Kenmerken van jeugdigen met een LVB



(Bron: Moonen & Versteegen, 2006)

Ten aanzien van de LVB-specifieke kenmerken (intelligentie en sociaal aanpassingsvermogen) geldt dat de intelligentie niet alleen benedengemiddeld is, maar meestal ook een disharmonisch profiel kent waarbij het performale IQ vaak hoger is dan het verbale IQ (Kraijer, 2006). Dit betekent dat ze beter zijn in het uitvoeren van concrete handelingen dan dat ze zich verbaal kunnen uitdrukken en verbale informatie begrijpen. Het zijn echter juist die praktische vaardigheden die door anderen gebruikt worden om in te schatten wat iemand kan en begrijpt. Dit leidt bij mensen met een LVB vaak tot een te hoge inschatting van hun begripvermogen met als risico dat ze overschat worden. Dit kan vervolgens leiden tot faalervaringen en –gevoelens. Hun taalbegrip blijkt vaak ook minder goed ontwikkeld dan hun niveau van taalgebruik doet vermoeden. Tot slot blijkt dat hun sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau



vaak lager is dan op basis van hun kalenderleeftijd en IQ-score verwacht zou worden. Ook op deze gebieden is er dus regelmatig sprake van een discrepantie, wat eveneens een vergroot risico op overvraging met zich meebrengt.

De huidige, vierde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) gaat uit van een licht verstandelijke beperking bij een intelligentieniveau hoger dan 50-55 tot ongeveer 70. Op de website *American Psychiatric Association DSM-5 Development* wordt een voorstel gegeven om in de nieuwe vijfde editie van de DSM de indeling per intelligentieniveau te laten vervallen. De nadruk komt dan te liggen op de mate van beperking in adaptief of sociaal aanpassingsvermogen (www.dsm5.org). Dit wordt als tweede kenmerk genoemd in het schema.

Een beperkt sociaal aanpassingsvermogen wil zeggen dat de jeugdige tekortkomt op gebieden als communicatie, zelfverzorging, sociale en relationele vaardigheden, ontspanning, gezondheid en veiligheid. Hij voldoet niet aan dat wat op basis van zijn kalenderleeftijd verwacht wordt op die gebieden. De jeugdige heeft het moeilijk om zich in diverse sociale situaties te redden. Hij begrijpt anderen niet altijd even goed en schat hun reacties daardoor niet goed in. Dat kan hem in problemen brengen, wat kan leiden tot frustraties, welke zich vervolgens kunnen uiten in ernstige gedragsproblemen.

Voor een *diagnose* (licht) verstandelijke beperking is er dus sprake van een wisselwerking tussen enerzijds de intellectuele en aanpassingsvermogens van het individu en anderzijds de specifieke eisen uit de omgeving (Kraijer, 2007). De eisen van de maatschappij zijn afgestemd op een persoon met gemiddelde cognitieve en adaptieve vermogens. Dit betekent dat een persoon met een LVB alleen optimaal kan functioneren op het moment dat hij ondersteund wordt daar waar zijn cognitieve en/of adaptieve vermogens tekortschieten.

In het tweede deel van het schema staan de bijkomende problemen vermeld, waarvan leerproblemen als eerste genoemd zijn. Het leren van jeugdigen met een LVB wordt gekenmerkt door concreet en minder snel denken. Zij hebben moeite met abstractie en abstracte begrippen en met het onthouden van nieuwe dingen. Leerproblemen vallen in de eerste twee groepen van de basisschool vooral voor de groep met een IQ-score boven de 70 echter niet altijd even goed op. Pas vanaf groep 3 worden schoolse vaardigheden belangrijker. Dat is het moment dat deze leerproblemen meer gaan spelen en ook frustraties kunnen oproepen. Vaak vindt er dan verwijzing naar het speciaal onderwijs plaats.

Zoals aan het begin van de inleiding is aangegeven, hebben jeugdigen met een LVB, vergeleken met anderen zonder een LVB, een 3 tot 4 maal zo grote kans op psychiatrische stoornissen. Veel voorkomende DSM-diagnoses bij intramuraal opgenomen jeugdigen met een LVB zijn een Oppositioneel-opstandige Gedragsstoornis (ODD), Gedragsstoornis (CD), ADHD, Reactieve hechtingsstoornis en een stoornis uit het autistisch spectrum (Vermeulen, Jansen & Feltzer, 2007). Deze problematiek wordt vaak te laat onderkend, waardoor er geen of onvoldoende behandeling wordt geboden. Deze problemen vormen daarnaast een belemmering voor het leren en de ontwikkeling.



De praktijk wijst uit dat bij jeugdigen met een LVB (vergeleken met leeftijdsgenoten zonder een LVB) relatief vaker sprake is van specifieke medisch-organische aandoeningen, waaronder syndromen als Fragiele X, Prader-Willi en het Foetaal Alcohol Syndroom. Bij deze syndromen worden ook weer vaker bepaalde probleemgedragingen gezien.

De belangrijkste constatering is dat de aanwezigheid en ernst van de problematiek voor een aanzienlijk deel bepaald wordt door de sociale context. Jeugdigen met een LVB komen vaak uit zogenaamde multi-probleemgezinnen met een zwakke sociaal-economische positie, waar vaak financiële problemen zijn. Daarnaast hebben deze ouders vaker psychiatrische problemen dan ouders van kinderen zonder een LVB en heeft ongeveer 30% van de jeugdigen ouders waarvan één of beide zelf ook een LVB heeft (Spierenburg & Hagen, 2008). Deze problematiek vermindert het sensitief kunnen zijn voor en responsief zijn naar de behoeften van hun jonge kinderen, soms zelfs in die mate dat er sprake is van verwaarlozing. Dit leidt regelmatig tot hechtingsproblemen bij deze kinderen. Wanneer de behoefte aan troost en veiligheid van het kind stelselmatig niet wordt beantwoord door de ouder(s) ontstaan niet alleen negatieve gevoelens over zichzelf, maar ook over de ouder(s). De ouder wordt dan niet meer gezien als iemand waar het kind op terug kan vallen of op kan vertrouwen. Een veilige omgeving die het kind stimuleert om zich verder te ontwikkelen ontbreekt dan.

Naast de kenmerken in het schema zijn er nog andere kenmerken die van belang zijn voor de beeldvorming van deze jeugdigen. Zo heeft een groot deel van hen een irreëel of onduidelijk zelfbeeld. Door hun verstandelijke beperking en een beperktere mate van zelfreflectie zijn zij minder goed in staat om een reëel beeld over zichzelf en hun (on)mogelijkheden te vormen.

Ook hebben zij vaker dan andere jeugdigen te maken met faalervaringen. Een LVB wordt vaak pas relatief laat herkend en onderkend, waardoor er sprake kan zijn geweest van te hoge verwachtingen door de omgeving. Een negatief zelfbeeld komt regelmatig voor bij deze jeugdigen, maar dit is lang niet altijd even goed zichtbaar voor buitenstaanders, omdat dit gemaskeerd kan worden door 'grootspraak'. Ze willen zich dan beter voordoen dan ze zich in werkelijkheid zelf ervaren. Als dit niet goed wordt ingeschat door de omgeving, kan dat wederom leiden tot te hoge verwachtingen met alle negatieve gevolgen van dien.



3. Onderzoeksmethode

De Richtlijn Effectieve Interventies LVB is tot stand gekomen na het nemen van een aantal onderzoeksstappen. Allereerst is een uitvoerige literatuurstudie verricht naar de kenmerken van een LVB en de aanpassingen die nodig zijn om een gedragsveranderende interventie bij jeugdigen met een LVB toe te passen. Vervolgens zijn er interviews, op basis van een vast format met een vooraf opgestelde vragenlijst, afgenomen met deskundigen op het gebied van de behandeling van jeugdigen met een LVB. Hierdoor is de in Nederland aanwezige ervaringskennis verzameld over de werkzame factoren van interventies voor deze doelgroep. Alle interviews zijn opgenomen en daarna verbatim uitgewerkt, geanalyseerd en gecodeerd. De hieruit afgeleide aanbevelingen over hoe een interventie aan te passen aan de LVB zijn getoetst aan de bevindingen uit de bestudeerde onderzoeksliteratuur. Vervolgens is een voorlopige richtlijn opgesteld met daarin aanbevelingen voor het ontwikkelen of aanpassen van gedragsinterventies voor jeugdigen met een LVB. Deze voorlopige richtlijn is voorgelegd aan de leden van de projectgroep Richtlijn Effectieve Interventies LVB, bestaande uit deskundigen (onderzoekers, GZ-psychologen en orthopedagogen) werkzaam voor en met deze doelgroep. De adviezen van de projectgroep zijn wederom getoetst aan onderzoeksliteratuur, waarna de definitieve richtlijn is opgesteld. Deze richtlijn is te vinden in hoofdstuk 6. Hieronder lichten we de onderzoeksmethode nader toe, maar voor de volledige beschrijving hiervan verwijzen we graag naar De Wit (2011).

3.1 Literatuurstudie

Om meer inzicht te krijgen in de overkoepelende karakteristieken van jeugdigen met een LVB is een uitvoerige literatuurstudie gedaan waarbij gebruik gemaakt is van de volgende databases: Academic Search Premier, Eric, Picarta, PsycInfo, PubMed en Web of Science. Voor nationale literatuur is gezocht in de Catalogus van de Universiteit van Amsterdam en Digital Academic Repository UvA-DARE.

De volgende Engelse zoektermen zijn los en/of in combinatie met elkaar gebruikt: cognition, adaptive behavio(u)r, (mild) mental retardation, (mild) intellectual disabilities, borderline intelligence, borderline retardation, in combinatie met characteristics, skills, limitations, abilities, behavior, challenging behavio(u)r. Waar mogelijk is er nog gespecificeerd naar youth, children of youngsters.

De Nederlandse zoektermen waren (licht) verstandelijk beperkt, verstandelijke beperking, zwak begaafd, zeer moeilijk lerend, in combinatie met cognitie, intelligentie, beperking, gehandicapt, karakteristieken, aanpassingsvermogen en waar mogelijk is ook daar gespecificeerd naar jeugdigen, jongeren of kinderen. De literatuurlijsten van de relevant bevonden artikelen zijn ook bestudeerd om andere publicaties te vinden.



3.2 Interviews: Werving van de respondenten en het interviewformat

3.2.1 Werving respondenten voor de interviews

Om zo veel en zo volledig mogelijke informatie te verkrijgen, was het streven om relevante deskundigen van verschillende organisaties in het land te bereiken. We hebben op een aantal manieren deskundigen geworven.

Daarvoor hebben we om te beginnen ingezet op een zo breed mogelijke samenstelling van de projectgroep. We hebben alle deelnemende organisaties van het Landelijk Kenniscentrum LVG (LKC LVG) gevraagd om vanuit hun organisatie een deskundige af te vaardigen. Het betreft hier de Orthopedagogische Behandelcentra en zorg- of hulpverleningsinstellingen waar jeugdigen met een LVB behandeld worden, zoals de jeugd-GGz, (gesloten) jeugdzorg en de gehandicaptenzorg. Daarnaast hebben we contact opgenomen met onderzoekers van universiteiten, hogescholen en onderzoeksbureaus die interventies ontwikkeld en/of onderzocht hebben. Hierdoor ontstond een gemêleerde groep waarin zowel onderzoek als praktijk goed vertegenwoordigd was.

Tijdens de eerste bijeenkomst van de projectgroep Richtlijn Effectieve Interventies LVB van het LKC LVG hebben we de doelstelling van dit project gepresenteerd en geïnventariseerd welke personen, voor zover bekend bij de aanwezigen, een interventie hebben ontwikkeld of aangepast voor de doelgroep jeugdigen met een LVB. Ook is nagegaan welke personen ervaring hebben met het toepassen van een aangepaste of speciaal voor de doelgroep ontwikkelde interventie of die onderzoek doen naar zo'n interventie. De genoemde personen zijn vervolgens benaderd en gevraagd om een interview te geven over hun ervaringen. Omdat niet alle deelnemende organisaties van het LKC LVG vertegenwoordigd waren in de projectgroep hebben we ook nog een brief gestuurd en daarin dezelfde vragen gesteld als tijdens de eerste bijeenkomst van de projectgroep.

Uiteindelijk zijn er 16 interviews afgenomen in de periode juni tot en met september 2010 met 4 hulpverleners (GZ-psychologen, orthopedagogen, maatschappelijk werkers), 7 hulpverleners die ook ontwikkelaar zijn, 3 onderzoekers en, tot slot, 2 onderzoekers die ook ontwikkelaar zijn. De geïnterviewden waren werkzaam binnen de volgende organisaties: Accare, De Lichtenvoorde, Fontys Hogeschool Pedagogiek, Lucertis Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Pameijer, Onderzoeks- en adviesbureau Van Montfoort, Universiteit Utrecht (Ontwikkelingspsychologie), Hogeschool Leiden (Lectoraat Gehandicaptenzorg en Jeugdzorg), Pluryn, Lijn5, PI Research, William Schrikker Groep, 's Heeren Loo, Renray, Ambiq (Dreei) en Driever's Dale.

Tijdens de interviews is gesproken over de vormgeving van de uitvoering van de interventie in relatie tot de LVB. De specifieke gedragsproblemen of andere bijkomende problemen waar een interventie zich op richt zijn buiten beschouwing gelaten. We hebben geprobeerd om de interventies waar de geïnterviewden ervaring mee hadden zo veel mogelijk van elkaar te laten verschillen. Hierdoor worden de bevindingen van dit onderzoek van toepassing op elke interventie voor jeugdigen met een LVB ongeacht de specifieke doelstelling ervan.



De 16 geïnterviewde personen baseerden hun informatie op één en soms op twee interventies. In totaal is informatie verkregen die gebaseerd is op 12 verschillende interventies. Deze interventies waren gericht op angstreductie (2x), het verminderen van de kans op recidive (2x), het aanleren van sociale vaardigheden (2x), agressieregulatie (1x), voorlichting over seksualiteit (1x) en op het aanleren van algemene vaardigheden (4x).

3.2.2 Interviewformat

Voor de afname van de interviews zijn er 4 verschillende (semi-)gestructureerde formats opgesteld, namelijk voor personen die (1) een nieuwe interventie hebben ontwikkeld, (2) een interventie hebben aangepast, (3) een interventie toepassen of uitvoeren bij de jeugdigen met een LVB, en (4) onderzoek doen op het gebied van een LVB. De opbouw en de onderwerpen van elk format waren exact hetzelfde, alleen de vraagstelling was anders (zie De Wit, 2011).

Elk interview begon met een open vraag over welke factoren zijn meegenomen om de interventie geschikt te maken voor jeugdigen met een LVB. Daarbij is steeds gevraagd waarom die aanpassing belangrijk is voor deze jeugdigen en hoe deze aanpassing vorm krijgt in de interventie. Daarna zijn gerichte vragen gesteld over de randvoorwaarden van de vormgeving van de interventie (zoals de groepsgrootte en groepsamenstelling, tijdsduur per sessie, het aantal sessies en de inrichting van de behandelruimte). Vervolgens is gevraagd naar aandachtspunten voor de toe te passen methodiek bij deze jeugdigen. Tijdens het bestuderen van de onderzoeksliteratuur kwamen al aanbevelingen naar voren die de kans van slagen van een interventie voor jeugdigen met een LVB kunnen vergroten. In de interviews is per aanbeveling gevraagd of daarvan gebruik wordt gemaakt en waarom deze aanbeveling volgens hem/haar al dan niet belangrijk is voor jeugdigen met een LVB.

Tot slot is een aantal vragen gesteld over het effect en de ervaringen met de aangepaste of nieuw ontwikkelde interventie. Ook is gevraagd of en op welke manier er rekening is gehouden in de interventie met de karakteristieken van de jeugdige met een LVB, zoals die uit de literatuurstudie naar voren waren gekomen. De analyse van de antwoorden op deze laatste vragen geven richting aan de onderbouwing van de uit de interviews naar voren gekomen aanbevelingen.

3.3 Analyse van de interviews

De interviews zijn opgenomen en daarna verbatim uitgewerkt. Deze uitwerkingen vormden de data voor de analyse. De data is geanalyseerd door achtereenvolgens open, axiaal en selectief te coderen conform Boeije (2009). Tijdens het open coderen is de informatie uit de interviews verdeeld in categorieën over een bepaald onderwerp en zijn codes benoemd die relevant zijn voor de probleemstelling van dit onderzoek. Elke code omvat een genoemde, mogelijk werkzame factor in interventies voor jeugdigen met een LVB. Elk tekstfragment met informatie hierover is gekoppeld aan deze specifieke code.

Het open coderen is een cyclisch proces. Bij de analyse van elk volgend interview kunnen nieuwe codes worden ontdekt, waarna er in de al gecodeerde interviews opnieuw gekeken moet worden of er relevante tekstfragmenten over deze nieuwe code zijn. Na 10 interviews



bleek verzadiging opgetreden; dit betekent dat er geen nieuwe codes meer ontdekt werden. Na het uitwerken van deze eerste 10 interviews zijn toch nog 2 interviews ter controle verbatim uitgewerkt. Dit leverde geen nieuwe codes op. In totaal zijn derhalve 12 van de 16 afgenomen interviews verbatim uitgewerkt en meegenomen in de data-analyse. De procedure van open coderen leidde tot 66 codes.

Vervolgens is overgegaan tot axiaal coderen. Hierbij zijn de codes geordend en onderverdeeld in hoofd- en subcodes. De tekstfragmenten zijn vervolgens gecontroleerd en indien nodig herverdeeld over de verschillende codes. Het axiaal coderen leidde tot een codeboom met 24 hoofdcodes en 48 subcodes.

De laatste stap was het selectief coderen. Hierbij zijn de codes bekeken op mogelijke onderlinge verbanden. In het kader van deze stap zijn de codes opnieuw gerangschikt en verdeeld in 6 hoofdcategorieën. De uiteindelijke Richtlijn Effectieve Interventies LVB in hoofdstuk 6 is opgesteld aan de hand van deze hoofdcategorieën.

3.4 Toetsen van de resultaten aan de onderzoeksliteratuur

Op basis van alle gevonden codes is een lijst samengesteld met aanbevelingen om een interventie zo goed mogelijk te laten aansluiten bij kenmerken van de jeugdigen met een LVB. Vervolgens is in de (inter)nationale onderzoeksliteratuur gezocht naar de wetenschappelijke onderbouwing van deze, op de interviews gebaseerde, aanbevelingen. Voor de meeste aanbevelingen kon een directe of indirecte onderbouwing worden gevonden. Eén aanbeveling (het gebruik van beeldspraak) is, naar aanleiding van de bevindingen uit de onderzoeksliteratuur, niet opgenomen in de richtlijn.

Vervolgens is er een voorlopige richtlijn opgesteld met wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen, maar waarin ook gewaarschuwd werd voor die aanbevelingen waarvoor de wetenschappelijke onderbouwing (nog) niet gevonden kon worden.

3.5 Terugkoppeling naar de leden van de projectgroep

De voorlopige richtlijn is vervolgens ter verificatie tijdens een bijeenkomst aan de leden van de projectgroep voorgelegd. Zij hebben hierop feedback gegeven en suggesties gedaan voor verbetering. Hun feedback is ook getoetst aan de wetenschappelijke onderzoeksliteratuur. Dit heeft tot een aantal (kleine) wijzigingen in de tekst geleid, waarna de definitieve richtlijn is opgesteld.



4. Bevindingen uit de literatuur: Kenmerken van een LVB en daaraan gerelateerde aanpassingen aan interventies

De diagnose verstandelijke beperking wordt gebaseerd op het niveau van cognitief en adaptief functioneren. Onder cognitief functioneren kan een geheel aan verschillende denkprocessen worden verstaan die zich afspelen in de hersenen en gericht zijn op de verwerking van informatie (begrip) en op het opslaan en terughalen van informatie (geheugen). Onder adaptief functioneren worden de denkprocessen verstaan die ten grondslag liggen aan het probleemoplossend vermogen dat gericht is op een adequate afstemming op de omgeving. Voor het probleemoplossend vermogen zijn metacognitieve (zelfregulerende) vaardigheden nodig, zoals het plannen, monitoren en reflecteren op het eigen gedrag. Belangrijke rollen zijn hierbij weggelegd voor het zich kunnen verplaatsen in het perspectief van een ander (*theory of mind*) en de executieve functies. Deze executieve functies zijn processen die het denken en handelen reguleren. Hieronder worden inhibitie, flexibiliteit en het werkgeheugen verstaan. Deze functies worden onder andere gebruikt voor aandacht, planning en strategiebeplanning.

Het zijn al deze (denk)processen en vaardigheden die van belang zijn om te kunnen profiteren van een interventie en waar jeugdigen met een LVB problemen mee hebben. Daarom worden ze hieronder nader toegelicht. Dit hoofdstuk eindigt met aanbevelingen die in de bestudeerde literatuur zijn gedaan over hoe een interventie aan te passen aan de LVB.

4.1 Kenmerken van een LVB

4.1.1 Informatieverwerking (begrip en geheugen)

Vergeleken met mensen met een gemiddelde intelligentie zien we bij personen met een verstandelijke beperking meer problemen bij de verwerking van informatie (Kleinert, Browder & Towles-Reeves, 2009). Ten eerste blijken de denkprocessen langzamer te verlopen, waardoor de verwerking van informatie minder snel gaat (Kleinert et al., 2009). Een mogelijke verklaring hiervoor is een beperking van het werkgeheugen. Hierin wordt informatie gelijktijdig bewerkt en opgeslagen. Onderdeel van het werkgeheugen is het kortetermijngeheugen waar informatie automatisch wordt herhaald om het paraat te houden voor de bewerking. Door deze beperking kan er minder informatie tegelijkertijd verwerkt worden (Van der Molen, 2009).

Er is onderzoek gedaan naar het werkgeheugen van jeugdigen met een LVB aan de hand van het vier componentenmodel van Baddeley. Dit model gaat uit van 1) een verbaal korte termijn- of werkgeheugen (fonologische lus), waarin auditieve informatie, zoals klanken en gesproken woorden, wordt opgeslagen, 2) een visueel-ruimtelijk kortetermijn- of werkgeheugen (visuospatieel kladblok), waarin visuele informatie, zoals beelden en gezichten, wordt opgeslagen, 3) een episodische buffer, waarin informatie over gebeurtenissen wordt vastgehouden (en is een integratie van zowel visuele als auditieve informatie), en 4) een centrale besturingseenheid die de aandacht en (auditieve en visuele) informatiestromen bestuurt. Uit het onderzoek blijkt dat het verbale werkgeheugen van jeugdigen met een LVB minder goed functioneert dan dat van jeugdigen van dezelfde leeftijd zonder een LVB. Dit komt door een beperktere capaciteit van de fonologische lus. Ook blijken er problemen met de centrale



besturingseenheid wat betreft het ophalen en manipuleren van informatie (kennis) uit het langetermijngeheugen te zijn bij jeugdigen met een LVB (Van der Molen, Van Luit, Jongmans & Van der Molen, 2007).

Een onderzoek naar de executieve functies van mensen met een verstandelijke beperking liet zien dat de gevonden problemen in de verbale vlotheid (*fluency*) komen door problemen met het ophalen van kennis uit het langetermijngeheugen (Danielsson, Henry, Rönnerberg & Nilsson, 2010).

Van der Molen (2009) concludeert dat het verbaal kortetermijngeheugen relatief zwak is vergeleken met het visueel-ruimtelijk kortetermijngeheugen. Dit wil zeggen dat de verwerking van verbale informatie minder goed gaat bij jeugdigen met een LVB dan de verwerking van visueel-ruimtelijke informatie (performaal). Uit een ander onderzoek bleek dat de onderzochte jeugdigen met een IQ tussen 70 en 85 gemiddeld beter presteerden op performale taken dan op de verbale taken (Ponsioen & Van der Molen, 2002, aangehaald in Ramakers & Ponsioen, 2007). Het niveauverschil tussen performale en verbale intelligentie bleek bij de groep met een totale intelligentie van onder de 70 minder groot.

Toch kunnen we niet stellen dat de visueel-ruimtelijke vermogens voor alle jeugdigen met een LVB beter zijn dan de verbale vermogens, omdat de groep zeer divers is. Neuropsychologisch onderzoek toont aan dat jeugdigen met een LVB sterk van elkaar kunnen verschillen in cognitieve vermogens. Zo blijkt bijvoorbeeld het verbaal kortetermijngeheugen van mensen met het Syndroom van Down verhoudingsgewijs beperkt te zijn, terwijl mensen met het Williams syndroom juist een minder goed ontwikkeld visueel-ruimtelijk kortetermijngeheugen lijken te hebben (Dykens & Hodapp, 2001).

Bij de begeleiding van mensen met een LVB wordt vaak te weinig aandacht besteed aan het in beeld brengen van het individuele sterkte- en zwakteprofiel op de verschillende domeinen van cognitief functioneren. Dit heeft tot gevolg dat de jeugdige wordt overschat of juist onderschat. In de begeleiding zal overschatting leiden tot overvraging, wat vervolgens weer kan leiden tot gedragsproblemen (Ramakers & Ponsioen, 2007).

4.1.2 Regulerende functies (aandacht, inhibitie en planning)

Het werkgeheugen kan vergroot worden door informatie zo effectief mogelijk te verwerken. Effectieve verwerking kan door informatie te prioriteren en organiseren, ofwel de kern uit de informatie halen en deze voorstructureren (Kleinert et al., 2009). Op die manier blijft er meer ruimte over voor de verwerking van andere informatie. Mensen met een verstandelijke beperking hebben moeite met het prioriteren van informatie en met het afwegen op belang (Willner, Bailey, Parry & Dymond, 2010). Jeugdigen met een LVB hebben een beperktere aandachtsspanne en hebben moeite met het ordenen, rangschikken en differentiëren van informatie (Collot d'Escury, Ebbekink & Schijven, 2009; Van Nieuwenhuijzen, 2005). Dit aandachtstekort is een uiting van de beperking van het werkgeheugen (Van der Molen, 2009). Jeugdigen met een LVB lijken af te haken op het moment dat er te veel informatie tegelijkertijd moet worden verwerkt.

De aanwezigheid van gedragsproblematiek houdt verband met problemen met inhibitie, dat



wil zeggen, het kunnen terughouden van responsen, of het vermogen om irrelevante invloeden tijdens het uitvoeren van een taak te onderdrukken (Van der Molen, 2009). Ten aanzien van het inhiberend vermogen bij jeugdigen met een LVB zijn de onderzoeksresultaten verschillend. Twee onderzoeken vonden geen problemen met inhibitietaken bij jeugdigen met een LVB (Danielsson et al., 2010; Van der Molen et al., 2007), terwijl in een ander onderzoek bleek dat hoe lager de totale intelligentie hoe minder het inhiberend vermogen en strategiegebruik (Ramakers & Ponsioen, 2007).

Ten aanzien van planning zijn de bevindingen eveneens verschillend. Van der Molen et al. (2007) vonden op basis van verbale en non-verbale testen problemen met planning bij jeugdigen met een LVB, maar Danielsson et al. (2010) vonden geen problemen met non-verbale planning.

4.1.3 Probleemoplossend vermogen (metacognitie en perspectief nemen)

Tijdens gestructureerde testsituaties, waarbij de afzonderlijke deelvaardigheden van de executieve functies worden getest, presteren jeugdigen met een LVB niet anders dan andere jeugdigen. Pas op het moment dat al die deelvaardigheden tegelijkertijd moeten worden ingezet voor het oplossen van meer complexe taken, dan lijken er problemen te ontstaan (Collot d'Escury & Ponsioen, 2004). De situaties in het dagelijks leven zijn echter altijd complex. Een goede afstemming op de omgeving vraagt van iemand dat hij snel veel informatie kan verwerken door tegelijkertijd gebruik te maken van alle verschillende denkprocessen.

Mensen met een verstandelijke beperking blijken problemen te hebben met het systematisch herkennen en oplossen van probleemsituaties (Kleinert et al., 2009). Het oplossen van complexe problemen in het dagelijks leven vraagt om een goede zelfregulatie (Dermitzaki, Stavroussi, Bandi & Nisiotou, 2008). Zelfregulatie is mogelijk door gebruik te maken van metacognitieve vaardigheden zoals het plannen (vooruitdenken), monitoren van en reflecteren op het eigen gedrag. Metacognitie betekent denken over denken. Hierdoor is iemand in staat automatische responsen terug te houden en meer weloverwogen te reageren. Weloverwogen reageren kan alleen door vooraf te bedenken wat de geplande reactie voor gevolg zal hebben. Jeugdigen met een LVB blijken moeite te hebben met deze zelfregulerende vaardigheden (Dermitzaki et al., 2008). Ook het zien van verbanden tussen oorzaak en gevolg is voor hen lastig.

De beperkte vaardigheden voor het oplossen van problemen komen duidelijk naar voren bij het verwerken van sociale informatie (Van Nieuwenhuijzen et al., 2007). Het model van Dodge laat de verschillende sociaal-cognitieve stappen zien die voorafgaan aan het uiteindelijke gedrag van iemand in een sociale situatie. Zij stellen dat een reactie van iemand op de eerste plaats voortkomt uit het waarnemen en interpreteren van de situatie, waarna iemand zichzelf een doel stelt. Om dit doel te bereiken worden vervolgens verschillende oplossingen bedacht. De verwachte uitkomst van de verschillende oplossingen wordt daarna afgewogen, waarna iemand de (in zijn ogen) beste oplossing kiest en uitvoert. Deze stappen worden over het algemeen in een fractie van een seconde genomen. Jeugdigen met een LVB lijken een voorkeur te hebben voor zowel meer agressieve als passieve oplossingen in plaats van assertieve oplossingen.



De keuze voor een bepaalde oplossingsstrategie hangt samen met de interpretatie van wat wordt waargenomen in combinatie met een inschatting van de eigen competenties (Van Nieuwenhuijzen & Elias, 2009). Jeugdigen met een LVB interpreteren sociale informatie vaker negatief. Daarnaast hebben zij vaak een irreële competentiebeleving (Van Nieuwenhuijzen et al., 2007). Veel jeugdigen met een LVB hebben de neiging zichzelf te overschatten (Fabriek-Van de Glind & Widdershoven-Van der Wal, 2005). Uit onderzoek blijkt dat het overschatten van de eigen vaardigheden samenhangt met agressieve oplossingsstrategieën (Van Nieuwenhuijzen & Elias, 2009). Het onderschatten van de eigen vermogens zou kunnen leiden tot passieve oplossingsstrategieën.

Een verklaring voor de meer negatieve interpretatie van sociale informatie door jeugdigen met een LVB ligt in hun beperkte vermogen om zich te kunnen verplaatsen in het perspectief van de ander (*theory of mind*). De ontwikkeling van het vermogen om perspectief te kunnen nemen verloopt bij jeugdigen met een LVB niet afwijkend, maar is wel vertraagd en er lijkt sprake van een plafond (Collot d'Escury, Barnhard & Hartsink, 2004). Zij blijven moeite houden met de complexere vormen van perspectief nemen. Hierdoor blijft het lastiger om de intenties van een ander in te schatten, vooral op het moment dat er veel (tegenstrijdige) informatie moet worden meegewogen om tot een goede conclusie en reactie te komen.

4.1.4 Generalisatie van kennis

Jeugdigen met een LVB hebben moeite met de generalisatie van een geleerde vaardigheid naar andere personen, plaatsen en situaties (Kleinert et al., 2009). Zo blijken ze na een sociale vaardigheidstraining goed in staat om verschillende oplossingen te bedenken en de assertieve oplossing als meest adequate oplossing te beoordelen. Het probleem ontstaat echter bij de transfer van deze kennis naar het dagelijks leven. Ondanks dat de jeugdige na een training beschikt over kennis van adequate oplossingsvaardigheden blijkt het moeilijk om deze nieuwe kennis te generaliseren naar situaties buiten de gestructureerde trainingssituaties (Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro, Wijnroks & Vermeer, 2009).

Deze moeite met generaliseren kan op verschillende manieren worden verklaard. Ten eerste kan het te maken hebben met problemen met abstraheren, oftewel het vermogen om de kern uit een probleem te halen door het scheiden van de hoofd- en bijzaken (Kleinert et al., 2009). Een andere mogelijke verklaring is dat de interne reactiepatronen of probleemgedragingen bij jeugdigen met een LVB zijn ontstaan na jaren van ervaring. Deze zijn vervolgens niet met een enkele, relatief korte training op te lossen (Van Nieuwenhuijzen et al., 2009). Tot slot reageren jeugdigen met een LVB, vanwege de problemen met zelfregulatie, eerder vanuit een automatische reactie in plaats van uit een weloverwogen beslissing (Dermitzaki et al., 2008). Dit zou pleiten voor veelvuldig oefenen om zodoende de automatische reacties blijvend te beïnvloeden.

4.2 Aanbevelingen uit de onderzoeksliteratuur voor aanpassingen

Vanwege de grote diversiteit aan cognitieve vermogens binnen de groep jeugdigen met een LVB pleiten verschillende onderzoekers voor goede individuele neuropsychologische diagnos-



tiek alvorens tot behandeling over te gaan (Dermitzaki et al., 2008; Ramakers & Ponsioen, 2007). Om de tekorten in de (verbale) informatieverwerking te ondervangen, wordt aanbevolen om informatie gedoseerd aan te bieden, veel te herhalen en visuele ondersteuning te gebruiken (De Koning & Collin, 2007). Jeugdigen met een LVB hebben meestal een relatief sterker visueel-ruimtelijk werkgeheugen, waardoor zij informatie makkelijker onthouden en kunnen terughalen als deze wordt ondersteund met visuele informatie zoals plaatjes (De la Iglesia, Buceta & Campos, 2005). Aanvullend hierop wordt gewezen op het belang van geheugenteuntjes in de vorm van enkele kernwoorden of een plaatje, en op het verminderen van de verbale informatie door het gebruik van korte zinnen (*subject-verb-object*) met voor de jeugdige gebruikelijke, gangbare woorden (*reducing vocabulary demands*), zoals WC in plaats van toilet.

Het is eveneens belangrijk om duidelijk gestructureerde opdrachten na elkaar aan te bieden in plaats van meerdere opdrachten tegelijkertijd (Henry, 2010). Het is daarbij van belang om na te gaan of de jeugdigen de opdrachten en de informatie echt hebben begrepen door ze dit in eigen woorden terug te laten vertellen (Van der Molen et al., 2007).

Waar het gaat om specifieke therapievormen voor deze jeugdigen wordt cognitieve gedragstherapie door verschillende onderzoekers aanbevolen (Didden, 2006; De Koning & Collin, 2007). Voorwaarden voor het inzetten van deze therapievorm zijn het gebruiken van eenvoudige taal, het werken in kleine stappen en dat er aandacht is voor de generalisatie van de oefenstof naar andere belangrijke contexten voor de jeugdige (bijvoorbeeld thuissituatie en school). Voor deze generalisatie raden verschillende onderzoekers aan om de interventie in de eigen omgeving van de jeugdigen te laten plaatsvinden of om de belangrijke personen uit die directe omgeving erbij te betrekken (De Koning & Collin, 2007; Van Nieuwenhuijzen et al., 2009; Orobio de Castro et al., 2008).

Naast de cognitieve gedragstherapie worden de oplossingsgerichte therapie en EMDR als veelbelovende interventies gezien, onder andere omdat beide heel gestructureerd worden aangeboden (De Koning & Collin, 2007).

Behalve specifieke factoren, die ervoor moeten zorgen dat een interventie effectief is, zijn er ook nog de zogenaamde algemeen werkzame factoren. Deze vergroten de kans op effectiviteit ongeacht de doelgroep of de vorm van de interventie. Twee van deze factoren dragen bij aan het creëren van een positieve interactie tussen de hulpverlener en de cliënt/jeugdige: 1) aansluiten bij de motivatie van de cliënt, en 2) een goede kwaliteit van de relatie tussen cliënt en hulpverlener (Van Yperen, Van der Steege, Addink & Boendermaker, 2010). Ondanks dat ze niet alleen voor jeugdigen met een LVB van belang zijn, noemen we ze hier toch, omdat de interactie de basis van een behandeling is. Tevens blijkt dat veel interventies voor jeugdigen met een LVB gericht lijken te zijn op het ombuigen van een negatief interactiepatroon tussen jeugdigen en hun omgeving naar een positief interactiepatroon (De Koning & Collin, 2007).



5. Bevindingen uit de interviews: Aanpassingen aan interventies

In dit hoofdstuk geven we de aanbevelingen voor aanpassingen aan interventies voor jeugdigen met een LVB zoals die gedaan zijn door de geïnterviewden. Deze aanbevelingen zijn getoetst aan de wetenschappelijke literatuur. De feedback van de projectgroepleden op de conceptversie van de richtlijn is hier eveneens in verwerkt indien deze onderbouwd werd door de wetenschappelijke literatuur.

De aanpassingen hebben we ondergebracht in de volgende categorieën: (1) uitgebreidere diagnostiek, (2) afstemmen van de communicatie, (3) concreet maken van de oefenstof, (4) voorstructureren en vereenvoudigen, (5) netwerk en generalisatie, en (6) veilige en positieve leeromgeving. Per categorie beschrijven we de belangrijkste aanbevelingen. Een aantal keer zullen we dit ondersteunen met een citaat uit een interview.

5.1 Uitgebreidere diagnostiek

Zoals ook uit de literatuurstudie naar voren kwam, is de groep jeugdigen met een LVB zeer divers wat betreft hun mogelijkheden en moeilijkheden of beperkingen. Het is belangrijk om voorafgaande aan een interventie een goed beeld te krijgen van de sterke en zwakkere kanten van de jeugdige. Hiervoor is uitgebreider diagnostisch onderzoek nodig dan bij jeugdigen zonder een LVB. Tot op heden wordt er in de praktijk meestal géén uitgebreid onderzoek verricht. Hieronder benoemen we de belangrijkste gebieden waarop diagnostisch onderzoek wenselijk is en welke instrumenten daarvoor gebruikt kunnen worden.

In alle gevallen geldt dat bij het doen van diagnostisch onderzoek rekening moet worden gehouden met de meetpretentie, normgroep, en validiteit en betrouwbaarheid van het diagnostisch testmateriaal in relatie tot de LVB van de jeugdige. Daarnaast moeten de afnamewijze en het type vragen in de test aansluiten op het communicatieniveau van de jeugdige. Een test die bijvoorbeeld bestaat uit verbaal gestelde vragen zal bij een jeugdige met een zwak verbaal vermogen niet de juiste informatie opleveren. Net als het inzetten van een gedragsveranderende interventie zijn voor het verrichten van diagnostisch onderzoek bij jeugdigen met een LVB aanpassingen nodig. Het LKC LVG geeft in de, eveneens in 2011 te publiceren, Richtlijn Diagnostiek LVB aan om welke aanpassingen het gaat. Hieronder gaan we vooral in op de kenmerken die van belang zijn voor het aanpassen van een interventie en waar diagnostisch onderzoek meer zicht op moet geven.

5.1.1 Besteed meer aandacht aan het in beeld brengen van de cognitieve sterke en zwakke kanten van de jeugdige

Een uitgebreider diagnostisch onderzoek geeft informatie over welke manier van instrueren het beste aansluit bij het begripsvermogen van de jeugdige, zoals het meer verbaal of juist meer visueel aanbieden van de oefenstof. Om dat begripsvermogen in kaart te brengen kan voorafgaande aan de interventie intelligentie- en neuropsychologisch onderzoek gedaan worden, waarbij ook de capaciteiten van de fonologische lus (verbaal werkgeheugen) en het visueel-ruimtelijk werkgeheugen in beeld worden gebracht.

Daarnaast kan onderzocht worden op wat voor niveau de jeugdige communiceert, welke middelen geschikt zijn om de communicatie te ondersteunen (bijvoorbeeld pictogrammen,



foto's of objecten) en op welk niveau van betekenisverlening de gekozen middelen kunnen worden ingezet. Dit kan gemeten worden met de ComVoor van Verpoorten, Noens en Van Berckelaer-Onnes. Tijdens de interventie blijft het afstemmen van de manier van communiceren met de jeugdige continu een punt van aandacht.

Het is raadzaam om de resultaten van de didactische toetsen van de jeugdige bij de school op te vragen. Dat geeft ook een goed beeld van de sterke en zwakkere kanten.

5.1.2 Besteed aandacht aan het inschatten van het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau van de jeugdige

Jeugdigen met een LVB lopen sociaal-emotioneel gezien achter op hun leeftijdsgenoten zonder een LVB, maar hoe groot die achterstand is, kan niet altijd aan de hand van een IQ-score worden bepaald. Het cognitieve niveau blijkt bij veel jeugdigen met een LVB hoger dan het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau te zijn.

Om een beeld van het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau te krijgen, moet daar specifiek onderzoek naar worden gedaan. Dit kan door het observeren van de jeugdige in de dagelijkse routine of door een gesprek met de jeugdige en zijn ouders. Hierin worden onder andere de hobby's en interesses uitgevraagd. Een meer objectieve manier is het gebruik maken van gedragslijsten, zoals de SEO (Schaal Emotionele Ontwikkeling) ontwikkeld door Došen en de ESSEON (Experimentele Schaal voor de beoordeling van het Sociaal-Emotionele Ontwikkelingsniveau) van Hoekman, Miedema, Otten en Gielen. Beide instrumenten zijn nog onvoldoende betrouwbaar en valide, waardoor de resultaten voornamelijk als een schatting van het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau moeten worden gezien.

Op grond van de sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijd van de jeugdige met een LVB kan ervoor gekozen worden om een interventie in te zetten die ontwikkeld is voor jeugdigen van een jongere kalenderleeftijd zonder een LVB. Hier is echter geen standaardregel op toe te passen, omdat dit wederom sterk afhankelijk is van het individu.

Tot slot willen we nog aangeven dat er ook onderzoek gedaan kan worden naar het inlevingsvermogen in een ander (*theory of mind*) en het niveau van de emotieregulatie en affect-interpretatie. Voor diagnostiek naar deze laatste twee kenmerken kan de *I Feel Pictures Test* ingezet worden. Deze is verkrijgbaar bij nascholings- en opleidingsinstituut RINO Noord-Holland te Amsterdam.

Voor het aanpassen van de interventie moet rekening worden gehouden met de kalenderleeftijd, de sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijd en het cognitieve profiel van de jeugdige. Dit moet gedurende de hele interventie een punt van aandacht blijven. Het risico bestaat anders dat de hulpverlener de jeugdige over- of onderschat. Bij het uitleggen van een interventie of oefening kan begonnen worden op een niveau passend bij jeugdigen van een jongere kalenderleeftijd. De reactie van de jeugdige met een LVB geeft de hulpverlener inzicht in of het niveau van uitleggen juist was ingeschat of dat het naar boven of beneden moet worden bijgesteld. Het is belangrijk dat de hulpverlener hier alert op is en in staat is om het niveau van uitleggen aan te passen.



“Het is voor kleine kinderen, basisschoolkinderen, en pubers belangrijk aan te sluiten op hun interesse. Wij zijn ervan uitgegaan dat ze niks weten. We weten ook wel dat ongeveer 70% van wat kinderen weten over seksualiteit van de straat komt. En dan blijkt bij onze doelgroep dat zij vaak foute kennis hebben. Wij proberen daarom alles te beschrijven.” (bewerkt citaat uit een interview over seksuele voorlichting)

Wanneer een training in groepsvorm moet worden gegeven, is het van belang om na te gaan of het wel of niet wenselijk is om jeugdigen met sterk verschillende intelligentieniveaus of sociaal-emotionele ontwikkelingsniveaus gezamenlijk in één groep te plaatsen. Enerzijds kan het een positief effect hebben, omdat de jeugdigen van elkaar kunnen leren. Ook blijkt dat jeugdigen zich eerder vergelijken met leeftijdsgenoten die het beter doen dan zichzelf. Deze sociale vergelijking is vaak stimulerend voor het leerproces. Maar anderzijds is het zo dat wanneer de niveaus te ver uit elkaar liggen, dit kan leiden tot een onveilige, negatieve interactie, omdat de één de ander niet kan bijbenen en zich mogelijk incompetent kan gaan voelen (Raaijmakers, Kuks & Cohen-Schotanus, 2010). Dit beïnvloedt het dan leerproces negatief.

5.1.3 Houd rekening met de interactie tussen de kenmerken van een LVB en de gedragsproblemen

Een interventie wordt ingezet voor de aanwezige gedragsproblematiek. Ook al gaat deze richtlijn over aanpassingen vanwege LVB-specifieke kenmerken, de keuze voor een interventie zal in eerste instantie afgestemd moeten worden op het specifieke gedragsprobleem dat veranderd moet worden. Daarnaast moet vanzelfsprekend rekening gehouden worden met de cognitieve beperking, maar ook met de invloed van de cognitieve beperking op de gedragsproblematiek.

Soms is er sprake van één specifiek aspect van de cognitieve beperking dat de gedragsproblematiek in stand kan houden, zoals een beperkt werkgeheugen. Dit kan dan getraind worden *voordat* de interventie ingezet wordt (Van der Molen, Van Luit, Van der Molen, Klugkist & Jongmans, 2010).

Door het trainen van het visueel-ruimtelijk werkgeheugen kan het performante intelligentievermogen (*general fluid intelligence*) verbeterd worden. Dit is gerelateerd aan de vaardigheden om verbanden te leggen (redeneren), problemen op te lossen en zich aan te passen aan nieuwe situaties. Het zou direct verband houden met de sociale vaardigheden en het schoolse leervermogen. Het dagelijks trainen van het werkgeheugen zou een gunstig effect hebben op de sociale vaardigheden en daarmee op het sociale welzijn van kinderen met een LVB (Kuwajima & Sawaguchi, 2010).

5.2 Afstemmen van de communicatie

Bij jeugdigen met een LVB is het moeilijk in te schatten wat ze wel en niet begrepen hebben van de oefenstof van een interventie. Er is een grotere kans op miscommunicatie, omdat jeugdigen met een LVB soms een andere betekenis aan woorden geven dan de hulpverlener bedoelt. Ook hebben de jeugdigen vaak moeite met het verwoorden van hun eigen ideeën, waardoor het voor de hulpverlener lastiger is om te achterhalen wat zij bedoelen. Jeugdigen



met een LVB hebben vaak een beperkte woordenschat door moeilijkheden met de verbale informatiewerking (Van der Sleen & Collot d'Escury, 2009; Wise, Sevcik, Ronski & Morris, 2010). Het kan ook lijken alsof de jeugdigen de oefenstof wel begrepen hebben, maar bij het toepassen ervan in een opdracht blijkt dan vaak dat het toch niet volledig begrepen is.

Aan de geïnterviewden is gevraagd of er nog andere dingen zijn die men kan doen om er zeker van te zijn dat de jeugdigen de opdrachten of theorie begrijpen. Hier werd door één van de geïnterviewden het volgende op geantwoord: *“Ja, eigenlijk haal je dat wel een klein beetje uit de oefeningetjes. Er worden heel veel dingen heel praktisch gemaakt. Als je vraagt naar bijvoorbeeld prettige en niet-prettige emoties, dan moeten ze plaatjes plakken bij een zonnetje of bij een onweerswolk. Op een gegeven moment merk je het natuurlijk als een kind zomaar lukraak plaatjes gaat plakken. Dan is de boodschap gewoon niet helder is. En dan ga je het heel subtiel nog een keer uitleggen. (...) Dit maakt dat zo'n training ook best wel wat vraagt van trainers, want je moet kunnen bedenken of bepaald gedrag van een kind is omdat hij het niet snapt of dat het komt omdat hij het anders ervaart, of zit het in de taal. Je moet continu kunnen checken hoe iets over komt bij een kind.”* (bewerkt citaat uit een interview)

Het afstemmen van de manier van communiceren, zodat de hulpverlener en de jeugdige elkaar goed begrijpen is bij deze doelgroep extra belangrijk en blijft gedurende de hele interventie een punt van aandacht. Een hulpverlener en de jeugdige kunnen er op verschillende manieren voor zorgen dat ze elkaar goed begrijpen. Voor alle aanbevelingen geldt dat de noodzaak voor het gebruik ervan afhankelijk is van de behoefte van de individuele jeugdige. Vraag vooral ook aan de jeugdige zelf welke vorm van communicatie hij het prettigst vindt.

5.2.1 Vereenvoudig het taalgebruik

De hulpverlener zal zijn taalgebruik moeten aanpassen. Hierbij gaat het vooral om het vereenvoudigen van het taalgebruik. Maak de boodschap duidelijk in zo min mogelijk woorden door details weg te laten en te focussen op de belangrijkste elementen in de boodschap. De jeugdigen kunnen kernachtig aangeboden informatie makkelijker verwerken (Kleinert et al., 2009). Het werkgeheugen wordt zo minder belast.

Daarnaast wordt de betekenis sneller begrepen door het gebruik van gangbare woorden en woorden die de jeugdigen zelf al gebruiken. De nieuwe informatie kan dan makkelijker aanhaken aan de al opgeslagen kennis. Met figuurlijk taalgebruik, zoals een metafoor of beeldspraak moet voorzichtig worden omgesprongen (Annaz et al., 2009). Dit wordt door veel jeugdigen met een LVB niet goed begrepen, waardoor de boodschap niet goed overkomt.

Jeugdigen met een LVB hebben moeite met het simultaan verwerken van zowel verbale als non-verbale informatie, zoals de mimiek of gezichtsuitdrukking. Als de verbale en non-verbale informatie tegenstrijdig is, bijvoorbeeld door over een ernstige situatie lachend te vertellen, dan zullen jeugdigen met een LVB meer moeite hebben om de boodschap juist te interpreteren (Collot d'Escury et al., 2004).



Het vereenvoudigen van het taalgebruik kan gedaan worden door de volgende aanbevelingen in acht te nemen:

- Hanteer kernachtige gesproken of geschreven teksten.
- Gebruik korte, enkelvoudige zinnen van ongeveer 5 woorden.
- Gebruik gangbare, concrete woorden (bijvoorbeeld WC in plaats van toilet), en vermijd overkoepelende termen (trein en bus in plaats van openbaar vervoer), maar let erop dat het niet kinderachtig wordt.
- Houd vast aan een eerder gehanteerde woordkeuze.
- Sluit aan bij het taalgebruik van de jeugdige door zoveel mogelijk dezelfde woorden te gebruiken. Neem echter niet de straattaal van de jeugdige over, want dit kan de professionele relatie tussen de hulpverlener en de jeugdige negatief beïnvloeden.
- Laat de jeugdige zelf woorden kiezen voor belangrijke begrippen die gehanteerd zullen gaan worden in de interventie, bijvoorbeeld wanneer ze een mate van boosheid of angst moeten aangeven.
- Praat rustig en stel één vraag tegelijkertijd. Geef de jeugdige (meer) tijd om zijn antwoord te formuleren alvorens een nieuwe vraag te stellen.
- Gebruik geen impliciete boodschappen of figuurlijk taalgebruik, zoals spreekwoorden, woordspelingen en cynisme.
- Zorg dat non-verbale en verbale informatie overeenkomen.

5.2.2 Ga na of je elkaar begrijpt (jeugdige en hulpverlener)

Door de jeugdige in eigen woorden te laten herhalen wat er gezegd is, kan de hulpverlener nagaan of de jeugdige de oefenstof begrepen heeft. Het is hierbij belangrijk er op te letten dat de jeugdige niet alleen letterlijk herhaalt wat een hulpverlener gezegd heeft. Dat wil namelijk niet zeggen dat de jeugdige de boodschap ook *echt* begrepen heeft.

Het is net zo belangrijk dat de hulpverlener de jeugdige goed begrijpt. Stimuleer de jeugdige om zijn verhaal of mening te vertellen, vraag eventuele onduidelijkheden uit. Vertel de jeugdige wat je van hem gehoord hebt en vraag expliciet bij de jeugdige na of dit klopt.

5.2.3 Gebruik visuele ondersteuning

De hulpverlener of de jeugdige kan de besproken situatie ook weergeven in een tekening. Door de kern van de boodschap samen te vatten in een tekening blijven de hulpverlener en de jeugdige zo dicht mogelijk bij een gemeenschappelijk taalgebruik. Deze tekening of schets van de oefenstof kan ook makkelijk meegenomen worden naar een andere omgeving van de jeugdige. Op die manier wordt een soort eenheid in taal gecreëerd tussen de belangrijke personen uit de omgeving van de jeugdige en de jeugdige zelf.

Er kan ook gebruik gemaakt worden van pictogrammen of foto's voor het optimaliseren van de communicatie. Voorzichtigheid is hierbij wel geboden, omdat soms de betekenis van een pictogram niet altijd duidelijk blijkt te zijn. De afbeelding is dan bijvoorbeeld te abstract. Het gebruik van een foto kan de boodschap wellicht meer verduidelijken. Zie hiervoor ook de eerdere aanbeveling in paragraaf 5.1.1 om te bepalen welk middel voor de jeugdige het meest geschikt is om de communicatie te ondersteunen.



5.3 Concreet maken van de oefenstof

Jeugdigen met een LVB hebben moeite met een abstracte manier van denken. Door de oefenstof concreet te maken, krijgt het meer betekenis voor de jeugdigen en wordt de kans groter dat ze het begrijpen. Het concreet maken van de oefenstof kan op verschillende manieren, waaronder: (1) de onderwerpen laten aansluiten bij de belevingswereld van de jeugdige, (2) de oefenstof zichtbaar maken, en (3) de jeugdige de oefenstof zelf laten ervaren. Deze worden hieronder nader toegelicht.

5.3.1 Sluit de voorbeelden aan bij de belevingswereld van de jeugdige

Jeugdigen met een LVB leren vanuit een egocentrisch perspectief. Dat wil zeggen dat zij het geleerde beter onthouden en sneller toepassen in een nieuwe situatie als de oefenstof wordt aangepast aan hun belevingswereld en aan eerdere ervaringen. Bovendien motiveert het ze om te leren (Kleinert et al., 2009). Het gebruik van concrete voorbeelden die aansluiten bij de belevingswereld van de jeugdige vergroot dus de kans dat de jeugdige de oefenstof ook gaat toepassen in het dagelijks leven buiten de behandelsetting (Van Houten & Rolider, 1988; Kleinert et al., 2009).

Een andere manier om aan te sluiten bij de belevingswereld is door het inschakelen van iemand uit de directe omgeving van de jeugdige. Achterliggende reden is dat jeugdigen met een LVB moeite hebben met het ophalen van informatie uit het langetermijngeheugen (Danielsson et al., 2010). Het lijkt moeilijker te worden om een gebeurtenis uit het verleden voor de geest halen naarmate de totale intelligentie lager wordt. Het inschakelen van iemand uit zijn directe omgeving zou de moeite met het bedenken van voorbeelden uit het verleden kunnen ondervangen. De jeugdige zou zelf moeten kunnen kiezen wie met hem mee mag doen in de interventie. Een goede band tussen de jeugdige en deze persoon kan het beoogde effect van de interventie versterken. Voorwaarde is wel dat deze persoon voldoende professioneel is om deze rol op zich te kunnen nemen tijdens de interventie.

Samengevat kan het volgende gedaan worden om aan te sluiten op de belevingswereld:

- Gebruik voorbeelden van situaties die de jeugdige dagelijks meemaakt.
- Gebruik voorbeelden die de jeugdige zelf meegemaakt heeft en gebruik geen algemene "stel dat..." voorbeelden.
- 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.

5.3.2 Maak de oefenstof zichtbaar

Het zichtbaar maken van de oefenstof kan door talig aangeboden informatie visueel te ondersteunen, bijvoorbeeld door het gebruik van makkelijk herkenbare plaatjes, foto's, stripverhalen of videomateriaal. Uit verschillende onderzoeken naar het verbale werkgeheugen van jeugdigen met een LVB kan geconcludeerd worden dat zij visueel-ruimtelijke informatie (plaatjes) beter verwerken dan alleen verbale informatie (Danielsson et al., 2010; Van der Molen, 2009).



Bij het gebruik van visualisatie moet men er wel op letten dat er niet te veel informatie tegelijkertijd wordt gegeven en het daardoor eerder verwarrend dan verhelderend werkt. Een overdaad aan plaatjes, voorwerpen en andere voorbeelden zou het beperkte werkgeheugen van deze jeugdigen kunnen overbelasten, wat een averechts effect heeft (Van der Molen, 2009). Ditzelfde geldt voor het schematisch weergeven van informatie. Dit kan de verbale informatie verduidelijken voor de jeugdigen, mits het schema zelf eenvoudig en kernachtig is vormgegeven.

Er wordt wel eens gedacht dat beeldspraak kan helpen om de informatie meer concreet te maken. Er wordt dan een niet-letterlijke vergelijking gemaakt. In figuurlijke taal wordt een associatie gemaakt van waar werkelijk over gesproken wordt, bijvoorbeeld "hij is een luie hond", "het is hier een zwijnenstal", of "deze groep is als een schip zonder kapitein". Gezien de eerder vermelde problemen met figuurlijk taalgebruik, lijkt dit niet aan te bevelen (Annaz et al., 2009).

Het gebruik van het inbeeldingsvermogen, waarbij de jeugdige wordt gevraagd in gedachten een voorstelling te maken van een werkelijke situatie, kan echter wel gedaan worden. Jeugdigen met een LVB blijken over relatief goede inbeeldingsvermogens te beschikken (De la Iglesia et al., 2005; Roskos-Ewoldsen, Conners & Atwell, 2006). Een geheugensteun in de vorm van een ingebeeld plaatje helpt jeugdigen met een LVB om de informatie beter op te slaan. Het laten zien van een eenvoudige en eenduidige afbeelding (tekening of foto) werkt hiervoor nog beter.

Het inbeeldingsvermogen hangt sterk samen met visueel-ruimtelijke geheugenprocessen. Jeugdigen met een LVB verschillen sterk van elkaar wat betreft de sterke en zwakke kanten van de geheugenprocessen. Het vermogen van het visueel-ruimtelijk werkgeheugen zal daarom voor elke jeugdige onderzocht moeten worden om te bepalen of het gebruik van visuele ondersteuning voor die jeugdige gerechtvaardigd is (Roskos-Ewoldsen et al., 2006). Bovendien moet bedacht worden dat het laten inbeelden van een situatie alleen zal kunnen als het om een voor de jeugdige bekende situatie gaat. Hierbij wordt dan aangesloten op de directe ervaringswereld van de jeugdige.

Bij het zichtbaar maken van de oefenstof is visuele ondersteuning niet altijd zinvol. Onbekend visueel materiaal wordt niet per definitie beter begrepen dan gesproken taal; een plaatje met onbekende personen of een onbekende omgeving wordt minder snel herkend door een jeugdige met een LVB (Danielsson, Rönnerberg & Andersson, 2006).

De volgende aanbevelingen zijn gedaan voor van het zichtbaar maken van de oefenstof:

- Gebruik makkelijke en herkenbare plaatjes of foto's.
- Maak schema's om de oefenstof zichtbaar te maken.
- Gebruik video en video-feedback.
- Teken een stripverhaal of laat de jeugdige deze erbij tekenen.
- Gebruik het inbeeldingsvermogen van de jeugdige om in gedachten een afbeelding van de al eerder zelf ervaren werkelijke situatie te maken (gebruik geen beeldspraak).

Het volgende (bewerkte) citaat uit één van de interviews geeft een voorbeeld van het zichtbaar maken van de oefenstof. Het gaat om een jongen die bang is voor honden en met behulp van de interventie wordt geleerd zijn angsten steeds meer onder controle te krijgen.



Hier wordt hem geleerd hoe hij zelf kan bepalen of zijn angst vermindert: *“Er was een jongen die kranten en folders bezorgt, en aan het eind van de straat was een huis met een grote hond. (...) De eerste keer hadden we gezegd dat zodra je dichterbij dat huis komt en je merkt dat het moeilijk wordt, dan geef je dat aan. Nou goed, hij zou onthouden waar in de straat hij dan was. De keer daarna vroegen wij hem hoe ver hij gekomen was. Dat wist hij eigenlijk niet te zeggen. Toen hebben we het concreter voor hem gemaakt. Wij hebben hem gezegd dat als je denkt van ‘nu wordt het spannend’, kijk je bij welk huis je dan bent, en, dan heb je een nummer. De volgende keer bekijkt de jeugdige of hij voorbij het huis met dat huisnummer durft te gaan.”*

5.3.3 Laat de jeugdige vooral leren door te ervaren

Jeugdigen met een LVB lijken sneller te leren als ze de oefenstof zelf kunnen ervaren met doe-activiteiten dan door over de oefenstof te praten. De nadruk zal moeten liggen op het uitspelen van situaties en niet op reflecterend vermogen, want zoals eerder vermeld hebben zij moeite met het herinneren van een gebeurtenis.

Jeugdigen met een verstandelijke beperking zullen hun (probleem)gedrag sneller aanpassen als tijdens het naspelen van een probleemsituatie, zoals die werkelijk heeft plaatsgevonden, het probleemgedrag direct na het optreden ervan gecorrigeerd wordt (Van Houten & Rolider, 1988). Een hypothetische situatie kan inzicht geven in de vaardigheden van de jeugdigen, maar het vertelt weinig over het gedrag in een werkelijke situatie (Van Nieuwen- huijzen et al., 2007). Tijdens het bespreken van een hypothetische situatie is er immers meer tijd om na te denken en te reflecteren dan in een realistische situatie. Dit pleit voor ervaringsgericht oefenen.

Bij het naspelen of het gebruik van rollenspelen is het belangrijk dat de jeugdige alleen zijn eigen rol hoeft te spelen. Jeugdigen met een LVB hebben moeite om zich in te leven in het perspectief van een ander. Het wisselen van een rol, waarbij de positie van een ander ingenomen moet worden, is te verwarrend (Collot d'Escury, 2005).

Het gebruik van doe-opdrachten ter afwisseling van de luister- of praatopdrachten werkt ook positief vanwege de kortere aandachtsspanne (concentratie) van de jeugdigen. De kans dat het werkgeheugen wordt overbelast is groter bij een aaneengesloten langer durende theoretische uitleg.

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. Doe als hulpverlener vooral dingen voor (modellering) en laat ze hun eigen rol oefenen, maar niet de rol van de ander.
- Het creëren van spelsituaties.
- 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 minuten. De doe-opdrachten kunnen daarbij langer duren dan de praatopdrachten vanwege de problemen met de verwerking van verbale informatie.



5.4 Voorstructureren en vereenvoudigen

Jeugdigen met een LVB hebben moeite 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, anders verzanden deze jeugdigen in de hoeveelheid informatie. Het werkgeheugen wordt dan overbelast, waardoor ze niet tot daadwerkelijk leren komen. Hoe deze voorstructurering vorm kan krijgen, wordt in deze paragraaf uiteengezet.

5.4.1 Geef meer externe sturing

De gangbare gedachte voor het aanleren van nieuwe vaardigheden is dat jeugdigen het beste leren als ze zelf tot oplossingen komen. Hierbij wordt dan een beroep gedaan op het reflectief denkvermogen. Jeugdigen met een LVB hebben echter moeite met het reflecteren op hun eigen gedrag en op gedachten en gevoelens (Dermitzaki et al., 2008). Daarom zal een hulpverlener bij jeugdigen met een LVB directiever moeten zijn door sturing te geven aan het denkproces.

Het zelf bedenken van antwoorden is soms lastig voor ze, maar ze kunnen wel aangeven welke van de aangereikte antwoordmogelijkheden het beste past bij hun eigen ideeën (Van Nieuwenhuijzen & Elias, 2006). Het aandragen van keuze- of antwoordmogelijkheden helpt de jeugdigen om verbanden breder te trekken en nieuwe inzichten op te doen (het denkproces te verbreden). Het aantal keuzemogelijkheden moet echter wel beperkt worden tot bijvoorbeeld 3, zodat er geen overdaad aan informatie wordt aangeboden.

Het bieden van een beperkt aantal keuzemogelijkheden brengt overigens wel het risico met zich mee dat de communicatie vertroebelt, omdat het antwoord niet door de jeugdige zelf is opgesteld en mogelijk verder afstaat van de realiteit. Eveneens moet men ervoor waken dat het aanreiken van oplossingen niet leidt tot het ondermijnen van de eigen oplossingen van de jeugdigen, waardoor ze in het hulpverleningsproces een afwachtende, passieve houding kunnen gaan aannemen (Dermitzaki et al., 2008). Te veel sturing heeft als risico dat de jeugdigen zich minder competent gaan voelen.

Veel onderzoekers adviseren het gebruik van strategieën voor zelfinstructie (o.a. Dermitzaki et al., 2008; Kleinert et al., 2009). Zelfinstructie bevordert de controle over het eigen gedrag. Door het geven van instructies aan jezelf wordt de interne motivatie bevorderd. Het is eigenlijk een aangeleerd stappenplan dat een jeugdige in een probleemsituatie gebruikt om zijn eigen gedrag te reguleren, zoals de instructie 'stop, denk, doe'. Bij deze zelfinstructie wordt de jeugdige geleerd om in een probleemsituatie eerst te stoppen voordat hij reageert, vervolgens na te denken op welke manieren hij kan reageren, de manier met de gunstigste uitkomst te kiezen, en dan pas het gedrag uit te voeren. Het gebruik van geheugensteunen is hierbij belangrijk, want de jeugdige kan de oefenstof dan altijd weer terugzien op een door hem of haar gewenst moment. Een geheugensteun ondervangt de eerder genoemde moeilijkheden met het werkgeheugen en zorgt voor herhaling van het geleerde.



- Help de jeugdige zijn gedachten te structureren door het stellen van gerichte vragen, zoals *“Wanneer was de laatste keer?, Wie was er toen bij?, Waar gebeurde het?, Hoe gebeurde het?”* Dit helpt de jeugdige, en de hulpverlener, om een concreet beeld te krijgen van de (probleem)situatie.
- Wees directief, stuur de jeugdige in de juiste richting door inhoud te geven aan zijn denken. Dit kan door het geven van beperkte keuzemogelijkheden. Ook kan het laten zien van plaatjes van verschillende activiteiten een gesprek over vrije tijd handvatten geven.
- Oefen samen de zelfregulerende vaardigheden van de jeugdige door samen een doel te stellen, een plan van aanpak te maken en een manier van evalueren te kiezen.
- Gebruik hulpstrategieën voor zelfinstructie, zoals de ‘stop, denk, doe’-strategie.
- Doe een opdracht voor en laat het de jeugdige hem vervolgens nadoen.
- Ga letterlijk mee als de jeugdige een opdracht buiten de therapieruimte moet uitvoeren.
- Maak (huiswerk)opdrachten samen, bijvoorbeeld al tijdens de interventiebijeenkomst of na de bijeenkomst met een begeleider, ouder of mentor.
- Maak gebruik van geheugensteunen in de vorm van een stappenplan, werkboek, pictogrammen of een kaart met oplossingen die de jeugdige steeds bij zich draagt. Het volgende (bewerkte) citaat uit één van de interviews illustreert dit: *“Wat je vaak ziet in de bejegening van groepsleiding naar het kind is dat ze zeggen: ‘Kom maar binnen, zet je schoenen onder de kapstok, hang je jas aan de kapstok, zeg gedag en neem een koekje.’ Dat zijn veel te veel instructies in een keer. De pictogrammen laten het stap voor stap zien. Op hun eigen tempo kunnen ze de verschillende stappen doen zonder dat ze het allemaal hoeven te onthouden uit één zin. Ze kunnen er steeds naar terug kijken.”*

5.4.2 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.
- Werk met een werkboek.
- Maak een lijst met regels of afspraken en bewaar deze in een map of hang ze op in de vorm van een poster.
- Bouw elke bijeenkomst (contactmoment) op dezelfde manier op, bijvoorbeeld: samenvatting van de vorige keer, oefening, theorie, een spel en daarna de afsluiting.
- Besteed extra aandacht aan de afsluiting van de bijeenkomst. Jeugdigen met een LVB hebben wat meer tijd nodig om de informatie te verwerken en om te kunnen schakelen naar een volgende situatie.
- 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. Een kleinere groep zorgt voor rust, waardoor de jeugdigen zich beter kunnen concentreren op de oefenstof. Bovendien is er bij een kleine groep meer individuele aandacht en sturing mogelijk. Dit is belangrijk vanwege de verschillen ten aanzien van het niveau van vaardigheden en cognitieve vermogens tussen de jeugdigen.
- Indien gebruik wordt gemaakt van sport- en spelactiviteiten, zorg dan dat de plaats waar de interventie gegeven wordt voldoende groot is.
- Zorg dat er in de inrichting van de therapieruimte zo min mogelijk afleidende prikkels zijn.



5.4.3 Vereenvoudig, doseer en orden de informatie en de oefenstof

Jeugdigen met een LVB hebben moeite met het verwerken van informatie en kunnen zich minder lang concentreren. Zij hebben vooral moeite met de complexe aspecten van aandacht, zoals het prioriteren van de aanwezige stimuli, het vasthouden van de aandacht op de belangrijkste stimulus, en het negeren van niet-relevante stimuli (Collot d'Escury-Koenigs & Bogaard, 2007).

Het doseren van de aangeboden informatie (oefenstof) is belangrijk om het werkgeheugen niet te overbelasten (Kleinert et al., 2009). Bij te veel informatie tegelijkertijd raken de jeugdigen het overzicht kwijt en kunnen ze niet tot leren overgaan. Het aanbrenge van structuur kan helpen bij het creëren van overzicht. Daarnaast is het belangrijk om de informatie in kleinere stappen aan te bieden en te vereenvoudigen door met zo min mogelijk woorden zo veel mogelijk duidelijkheid te verschaffen.

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 vereenvoudigen, doseren en ordenen van de oefenstof kan op de volgende manieren plaatsvinden:

- Begin met de kern uit de theorie door details weg te laten. Wees wel volledig! Breid de theorie vervolgens uit. Sluit hierbij wel aan op het begripsniveau van de jeugdige. Gebruik bijvoorbeeld een plaatje van een stoplicht in plaats van een uitgebreide schaalaaanduiding.
- Leg de theorie vooral uit aan de hand van concrete voorbeelden.
- Gebruik meer tussenstappen (kleinere stapjes) voor het overbrengen van de oefenstof en stem de hoeveelheid tussenstappen af op de behoefte van de jeugdige. Bedenk ook dat het toepassen van de oefenstof in een nieuwe omgeving of situatie weer een nieuwe stap is.
- Gebruik meer voorbeelden.
- Laat de oefenstof in latere contactmomenten terugkomen (herhaling).
- Geef huiswerkopdrachten en evalueer die ook steeds in de volgende bijeenkomst.
- Bied de oefenstof op verschillende manieren aan, zoals in spelvorm, rollenspel, schriftelijke opdracht, videofragment, enzovoort.
- Geef korte opdrachten.
- Geef één opdracht tegelijkertijd.
- Behandel maar één thema per bijeenkomst.
- Gebruik een ruimere en overzichtelijk opgezette lay-out bij een geschreven opdracht.
- Omkader opdrachten en gebruik maximaal één A-4 per opdracht.
- Gebruik visuele ondersteuning, zoals foto's, plaatjes, pictogrammen of een stripverhaal, om de oefenstof vereenvoudigd over te brengen.



5.4.4 Reserveer meer tijd

Er zijn bij interventies voor jeugdigen met een LVB meer stappen nodig om hetzelfde te kunnen leren, maar tegelijkertijd kan er met hen minder lang achter elkaar gewerkt worden vanwege de kortere aandachtsspanne.

Het concentratievermogen is afhankelijk van de soort opdracht. Jeugdigen met een LVB lijken zich langer te kunnen concentreren bij een doe-activiteit. De hoeveelheid theorie die dan in één sessie overgebracht kan worden blijft dan wel beperkt; de maximale hoeveelheid informatie die de jeugdige die dag op kan slaan is minder groot dan in sessies voor jeugdigen zonder een LVB. Automatisch zou dit kunnen betekenen dat er meer contactmomenten gepland moeten worden om dezelfde hoeveelheid oefenstof te kunnen aanleren. In veel gevallen wordt gesproken van een verdubbeling van het benodigde aantal sessies.

De doelstelling van meer sessies kan bereikt worden door het aantal sessies in de week (frequentie) te verhogen. Soms is dit niet haalbaar of niet wenselijk en zal er gekozen worden voor een langere behandelperiode. Het voordeel van een langere behandelperiode is dat de jeugdige meer tijd krijgt om de oefenstof eigen te maken. Het nadeel van een langere behandelperiode is dat het moeilijker wordt voor de jeugdige om het overzicht te blijven houden op de behandoelen van de interventie. Daarbij doet deelname aan een interventie ook een beroep op de organisatorische vaardigheden van de jeugdige en zijn gezin of systeem. Meer contactmomenten in de week of een langere behandelperiode zijn daarnaast vaak praktisch niet haalbaar. Op basis van bovenstaande doen we de volgende concrete aanbevelingen:

- Verkort de duur van de sessies.
- Plan meer sessies voor dezelfde hoeveelheid oefenstof of plan een gelijk aantal of minder sessies waarin dan minder oefenstof aangeleerd wordt.

5.5 Netwerk en generalisatie

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.

5.5.1 Informeer en betrek het netwerk tijdens de interventie

Ouders, maar ook andere belangrijke personen in de omgeving van de jeugdige moeten geïnstrueerd worden over de mogelijkheden en beperkingen van de jeugdige. Dit wordt psycho-educatie genoemd. Het blijkt dat veel ouders nu vaak onvoldoende op de hoogte zijn van de (cognitieve) mogelijkheden en moeilijkheden van hun zoon of dochter. Psycho-educatie verkleint het risico dat de jeugdige overschat wordt, omdat de omgeving de eisen en verwachtingen kan aansluiten op de mogelijkheden van de jeugdige. Ook krijgen de belangrijke personen uit de omgeving van de jeugdige inzicht in welke ondersteuning de jeugdige nodig heeft.



Psycho-educatie over een LVB is voor ouders en andere naaste verwanten echter vaak ook confronterend. Het kan een proces van verliesverwerking in gang zetten, waarbij de ouders moeten gaan accepteren dat hun kind waarschijnlijk een verminderde mate van zelfstandigheid zal gaan verwerven dan ze verwacht hadden. Het is belangrijk om hier voldoende aandacht aan te besteden, want op het moment dat ouders de consequenties van de LVB niet accepteren zullen zij hun verwachtingen naar de jeugdige niet bijstellen en hem of haar blijven over- of ondervragen.

Tijdens de interventie zal ook aandacht besteed moeten worden aan het geven van psycho-educatie aan de jeugdige zelf, om een zo realistisch mogelijk zelfbeeld te krijgen over zijn waarschijnlijke mogelijkheden, beperkingen en blijvende behoefte aan ondersteuning. Het is belangrijk om samen met de jeugdige inzicht te krijgen in wat de jeugdige zelf kan, wat hij kan leren maar ook waar hij hulp bij nodig zal blijven hebben, dus wat een ander van hem kan en moet overnemen.

- Geef psycho-educatie over een LVB aan de belangrijke personen uit de omgeving van de jeugdige én aan de jeugdige zelf.
- Stem de interventie af op de mogelijkheden van de jeugdige en zijn gezin.
- Oefen de te leren vaardigheden in een interventie samen met de jeugdige en andere leden van het gezin/systeem.

5.5.2 Vergroot en verstevig het sociale netwerk van de jeugdige

Het is 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. Een middel om inzicht hierin te verkrijgen en dit ook te verstevigen is het Steunogram (Hogewind & Collot d'Escury, 2010). Dit instrument geeft de jeugdige, het gezin en de hulpverlener inzicht in de risicofactoren en beschermende factoren van het sociale netwerk die van invloed kunnen zijn op het (verminderen van het) probleemgedrag van de jeugdige. Het is belangrijk om na te gaan welke personen in het netwerk van de jeugdige ondersteuning kunnen bieden op praktisch, emotioneel en/of informatief gebied. Bedenk daarbij dat de jeugdige soms voldoende mensen om hem heen heeft, maar dat deze personen (in ieder geval in de ogen van de hulpverlening) misschien niet altijd een even positieve invloed op de jeugdige hebben en niet op alle gebieden ondersteuning kunnen bieden.

Het sociale netwerk van jeugdigen met een LVB blijkt vaak beperkt (Forrester-Jones et al., 2006). Om 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.

Soms is er dus meer ondersteuning nodig dan het sociale netwerk de jeugdige kan bieden. We weten dat ongeveer 30% van de ouders van jeugdigen met een LVB zelf ook verminderde cognitieve vermogens heeft. Hierdoor is de draagkracht van het gezin beperkt (Spienburg & Hagen, 2008). Het is van belang het gezin te ondersteunen in praktische zaken rondom de deelname aan de interventie, zoals de financiering, het reizen van en naar de instelling waar de interventie wordt gegeven, en het regelen van opvang voor de andere kinderen van het gezin. De interventie moet afgestemd worden op de mogelijkheden van de jeugdige en zijn gezin of netwerk.



Als het eigen sociale netwerk onvoldoende groot is of onvoldoende mogelijkheden biedt, kan het nodig zijn om tijdens de interventie een (regulier of gespecialiseerd) professioneel netwerk rondom de jeugdige en zijn gezin op te bouwen.

Ten aanzien van het sociale netwerk doen we de volgende aanbevelingen:

- Breng het bestaande netwerk in beeld. Inventariseer welke personen praktisch, emotioneel en informatief ondersteuning kunnen bieden. Maak ook een inschatting van de positieve- en risicofactoren van het netwerk.
- Verstevig en vergroot het persoonlijke en het professionele netwerk van het gezin(systeem). Zet, indien nodig, andere aanvullende hulpverlening in voor het gezin(systeem) en de jeugdige.
- Besteed, indien nodig, veel aandacht aan het opbouwen / verstevigen van een netwerk om de jeugdige heen dat ondersteunend kan zijn bij het leren, implementeren en vasthouden van de doelstellingen van de interventie. Zoek daarbij 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.
- Betrek de jeugdige en het gezin(systeem) intensief bij het activeren en verruimen van hun netwerk.
- Besteed bij de oudere jeugdigen aandacht aan het effectief gebruiken van het eigen netwerk. Zorg dat de jeugdige weet wanneer hij voor wat bij wie terecht kan.
- Werk outreachend. Bel de jeugdige of zijn systeem op als een afspraak vergeten is.
- Bied praktische ondersteuning, bijvoorbeeld door het verstrekken van een OV-kaart, het regelen van kinderopvang, enzovoort.

5.5.3 Besteed aandacht aan het vasthouden en de generalisatie van het geleerde

Om de oefenstof vanuit de interventie ook toe te kunnen passen in het dagelijks leven, moet de jeugdige ondersteund worden door zijn sociale netwerk, zoals door zijn ouders, andere familieleden, een mentor, groepsleiders, docenten, of zijn werkgever.

Met het oog op de generalisatie van het geleerde, kan het van belang zijn om de interventie in de eigen omgeving uit te voeren en/of om de belangrijke personen uit zijn directe omgeving erbij te betrekken (De Koning & Collin, 2007; Van Nieuwenhuijzen et al., 2009; Orobio de Castro et al., 2008). De kans van slagen van de interventie neemt toe als de jeugdige door verschillende mensen uit zijn netwerk op een zelfde manier gestimuleerd wordt om de oefenstof toe te passen. Hierdoor kunnen de jeugdigen hun reactiepatroon veranderen, zodat het een nieuw automatisme wordt.

Door het uitspelen van situaties die de jeugdige dagelijks meemaakt, wordt ook de kans vergroot dat het geleerde toegepast wordt in die praktijk (Van Houten & Rolider, 1988).

Toch blijft het de vraag of het veel oefenen in verschillende situaties werkelijk zorgt voor inzicht bij de jeugdige in het achterliggende abstracte construct, zodat het een eigen vaardigheid wordt en niet een aangeleerd trucje (Kleinert et al., 2009). Alleen oefenen aan de hand van concrete situaties tijdens de interventie is misschien niet voldoende, omdat onmogelijk alle voorkomende situaties geoefend kunnen worden.



Toewerken naar een meer abstract begripsniveau lijkt de kans op generalisatie van het geleerde te vergroten (Kleinert et al., 2009). Helaas is dit echter niet altijd mogelijk bij jeugdigen met een LVB. Tot welk abstractieniveau een jeugdige kan leren is per individu verschillend en zal tijdens de interventie ingeschat moeten worden. Het gebruik van zelfinstructiemethoden, zoals eerder beschreven, kan uitkomst bieden om de oefenstof echt een vaardigheid te laten worden.

Het is echter niet zeker of een aangeleerde vaardigheid ook werkelijk beklijft over langere tijd (Elias, 2005). Behalve het inzetten van het netwerk om dit te bereiken, is het regelmatig opfrissen van het geheugen, bijvoorbeeld in een herhaalsessie, ook belangrijk.

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 volgende aanbevelingen worden hiertoe gedaan:

- Onderhoud vanaf het begin contact met de ouders en voor de jeugdige andere belangrijke personen.
- Plan informatie- en evaluatiemomenten voor de belangrijke personen uit de omgeving van de jeugdige (thuis, school, werk, vrije tijd) om het oefenen in het dagelijks leven en de voortzetting na afloop van de interventie te stimuleren.
- 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 mee waarbij er in verschillende leefgebieden iets uitgevoerd moet worden, zoals 'vraag een complimentje aan je leerkracht'.
- Oefen in verschillende omgevingen, waaronder (ook) in de eigen omgeving van de jeugdige, bijvoorbeeld in de leefgroep, op school of thuis.
- Probeer later naar een meer abstract begripsniveau toe te werken. De mate waarin en wijze waarop is afhankelijk van de mogelijkheden van de jeugdige. Gebruik hiervoor zelfinstructiemethoden en betrek het netwerk van de jeugdige.
- Maak gebruik van terugkombijeenkomsten na afloop van de interventie.

5.6 Veilige en positieve leeromgeving

Veel jeugdigen met een LVB in de hulpverlening hebben een negatief zelfbeeld, veelal omdat ze veel faalervaringen hebben opgedaan. Ze hebben vaak te horen gekregen wat ze allemaal niet goed doen. Ook zijn deze jeugdigen meer gericht op het waarnemen van negatieve informatie in sociale situaties (Van Nieuwenhuijzen et al., 2007). Ze hebben moeite met het overzien van hun eigen gedrag en de consequenties ervan.

Door de vele faalervaringen en het gebrek aan inzicht in het eigen aandeel in een probleem-situatie zijn de jeugdigen vaak niet gemotiveerd voor deelname aan een interventie. Er is een cyclische relatie tussen zelfvertrouwen, motivatie en competentiebeleving (Theeboom, De Knop & Weiss, 1995). Als iemand merkt dat een bepaalde actie lukt en de competentie-beleving toeneemt (succeservaringen), leidt dit tot meer zelfvertrouwen en zelfwaardering. Meer zelfwaardering leidt vervolgens tot meer intrinsieke motivatie om actie te ondernemen. Intrinsieke motivatie betekent dat iemand zelf de wil of de drang heeft om bepaalde handelingen te verrichten waarmee een bepaald doel bereikt wordt. Deze intrinsieke motivatie zorgt vervolgens voor de wil en nieuwsgierigheid om nieuwe acties te proberen of bestaande acties uit te bouwen.



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. Het werken aan het probleemgedrag van de jeugdige kan beter uitgesteld worden totdat hij voldoende zelfvertrouwen heeft. Het opbouwen van zelfvertrouwen kan bevorderd worden door het opdoen van veel succeservaringen, door het verbeteren van de eigen prestaties of het behalen van een zelf opgesteld doel (Elias, 2005).

Een veilige en positieve leeromgeving wordt ook bereikt door het bieden van structuur en door het zo overzichtelijk mogelijk maken van de interventie (zie ook 5.4.2). Structuur zorgt voor rust en vertrouwen en schept een veilige leeromgeving. Het moet voor de jeugdige voorspelbaar en herkenbaar worden waar ze mee bezig zijn. Dit geldt weliswaar voor alle jeugdigen, maar voor jeugdigen met een LVB is een veilige en vertrouwde leeromgeving noodzakelijk om te kunnen profiteren van de interventie.

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 paragrafen zullen we dit nader uitwerken en concretiseren.

5.6.1 Motiveer de jeugdige

Voor het slagen van de interventie zal aandacht besteed moeten worden aan zowel de intrinsieke als de extrinsieke motivatie van de jeugdige. Intrinsieke motivatie komt voort uit de behoefte aan een gevoel van competent, autonoom, verwant en betrokken zijn. Deze behoefte en het gedrag komen vanuit de persoon zelf (Deci & Ryan, zoals geciteerd in Buckworth, Lee, Regan, Schneider & DiClemente, 2007). Het doel van het gedrag is het beleven van plezier en voldoening.

Extrinsieke motivatie komt voort uit de externe beoordeling van de verrichte activiteit, zoals in de vorm van een beloning. Het doel van dit gedrag is om iets te verkrijgen of om negatieve consequenties te vermijden. Extrinsieke motivatie is meer effectief dan intrinsieke motivatie om een verandering in gang te zetten, terwijl intrinsieke motivatie nodig om de verandering vol te houden. Aangezien externe bekrachtigers de intrinsieke motivatie doen verminderen, wordt geadviseerd om in de latere stadia van de interventie meer nadruk te leggen op interne bekrachtigers en de externe bekrachtigers meer achterwege te laten (Buckworth et al., 2007).

In hoeverre de jeugdige gemotiveerd is voor de training hangt af van de fase van motivatie voor verandering (*stage of change*) waarin hij zich bevindt. Prochaska en DiClemente hebben het Transtheoretische Model voor intentionele gedragsverandering opgesteld (Prochaska & DiClemente, 1983). Dit model bestaat uit 5 fasen en begint met fase 1 waarin de jeugdigen niet van plan zijn te veranderen omdat ze geen probleem ervaren (*Precontemplation*). Daarna volgt in fase 2 een beginnend besef van de voor- en nadelen van het eigen gedrag (*Contemplation*). Vervolgens komt de jeugdige in fase 3 waarin hij mee wil werken (*Preparation*). In fase 4 (*Action*) volgt de jeugdige de aanwijzingen op en oefent hij hiermee. In de vijfde, tevens laatste, fase (*Maintenance*) is het aangeleerde gedrag eigen gemaakt (DiClemente, Schlundt & Gemmell, 2004). Er is nog niet onderzocht of jeugdigen met een



LVB dezelfde fasen in dezelfde volgorde doorlopen. Voor jeugdigen zonder een LVB wordt geadviseerd om de interventie aan laten te sluiten bij de fase van motivatie voor verandering waarin de jeugdige zich op dat moment bevindt.

Om de jeugdige met een LVB te motiveren, doen we de volgende aanbevelingen:

- Sluit aan bij de fase van motivatie voor verandering waarin de jeugdige zich op dat moment bevindt. Stel het werken aan het probleemgedrag eventueel uit.
- 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.
- Benadruk eventueel de verantwoordelijkheid van de jeugdige voor zijn eigen leven.
- 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. Wacht niet te lang met het belonen (eventueel kan wel een token-economy systeem gebruikt worden). Laat de beloning aansluiten bij de interesses van de jeugdige. Een geschikte beloning kan voor iedere jeugdige anders zijn.
- Spreek in de laatste fase van de interventie vooral de intrinsieke bekrachtigers of motivatie aan bij de jeugdigen.
- Noem eerst een positieve consequentie en daarna de handelingsgerichte suggestie, zoals *“Om het warm te krijgen, kun je een trui aan trekken”* en *“Om op tijd te komen, moet je om 7:00 uur op staan.”* Hierdoor wordt een positieve situatie gecreëerd, waarbij ingegaan wordt op de wens en de interesse van de jeugdige. Daardoor staat hij dan meer open voor de handelingsuggestie die daarna komt. Ook krijgt de jeugdige een beter zicht in de relatie tussen oorzaak en gevolg.

5.6.2 Vergroot het zelfvertrouwen

- Benader de inzet van de jeugdige steeds positief.
- 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.

5.6.3 Zorg als hulpverlener voor een veilige en positieve leeromgeving

Verschillende onderzoeken tonen aan dat de werkrelatie tussen een hulpverlener en een jeugdige een grote invloed heeft op het slagen van de interventie (Van Yperen et al., 2010). Een goede bejegening is een voorwaarde voor het opbouwen van een goede werkrelatie (Embregts & Van Erve, 2008).

In sommige interventies voor jeugdigen met een LVB wordt gebruik gemaakt van een zeer intensieve individuele werkwijze, waarbij de hulpverlener tijdelijk een groot deel uitmaakt van het dagelijkse sociale leven van de jeugdige. Deze werkwijze speelt in op de wetenschap dat de jeugdigen beter leren in levensechte situaties.



Het blijkt echter dat het soms voor jeugdigen met een LVB lastig is om in dit soort interventies het verschil tussen een hulpverlener en vriend te blijven zien. Voor jeugdigen met een LVB is alleen een uitleg over de professionele (werk)relatie onvoldoende. De werkrelatie moet voor de jeugdige duidelijk blijken uit de (non-verbale) attitude en bejegening van de hulpverlener. Het gaat hierbij gaat om het duidelijk positioneren en engageren van de hulpverlener ten opzichte van de jeugdige (Van Montfoort & Slot, 2008). De hulpverlener zal aan de jeugdige zowel verbaal en non-verbaal duidelijk moeten laten blijken dat hij het beste met de jeugdige voor heeft. Het positioneren en engageren helpt daarin om een veilige leeromgeving te creëren, welke een voorwaarde is om te kunnen leren.

Een veilige, vertrouwen biedende omgeving en werkrelatie met de hulpverlener zijn voor jeugdigen met een LVB een voorwaarde om te kunnen leren. 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).

Naast deze algemeen werkzame factoren of eigenschappen van een hulpverlener lijkt een aantal extra eigenschappen specifiek van belang te zijn voor het werken met jeugdigen met een LVB:

- Besteed veel aandacht aan de werkrelatie tussen de hulpverlener en de jeugdige.
- Het is belangrijk dat de hulpverlener sensitief is voor de individuele ondersteuningsbehoefte van de jeugdige en gedurende de uitvoering van de interventie hier op in kan spelen.
- Een begeleider moet humor in kunnen zetten, omdat dit relativerend kan werken. Dit is echter niet aan te bevelen bij jeugdigen met een stoornis in het autistisch spectrum.
- Een hulpverlener moet in staat zijn om te switchen van een hoger naar een lager begripsniveau (of andersom) tijdens het uitleggen van de oefenstof.
- Hij moet ook kunnen improviseren om de voorbeelden beter aan te laten sluiten bij de belevingswereld van de jeugdige.
- Naast de open en oprechte houding is het voor jeugdigen met een LVB vooral ook van belang om hen steeds positief te blijven benaderen.
- Een hulpverlener moet geduld en een behoorlijke mate van frustratietolerantie hebben om positief te blijven en onvoorwaardelijk het vertrouwen te blijven tonen aan de jeugdige en zijn competentie om te leren.
- Een hulpverlener moet ondernemend en actief zijn, omdat jeugdigen met een LVB beter leren vanuit eigen concrete ervaringen.
- Een hulpverlener moet het overzicht kunnen behouden op het leerproces van de jeugdige. Daarnaast moet hij gestructureerd kunnen werken en indien gepast outreachend kunnen optreden.
- Het slagen van een interventie in het werken met jeugdigen met een LVB hangt voor een groot deel af van de juiste attitude van de hulpverlener. Het hebben van affiniteit en ervaring met de doelgroep is dan ook een vereiste voor het slagen van de interventie.



6. Richtlijn Effectieve Interventies LVB

Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking

In dit hoofdstuk presenteren wij u de Richtlijn Effectieve Interventies LVB. De bevindingen uit de literatuurstudie en de interviews met de deskundigen over de kenmerken van de LVB en aanbevelingen voor aanpassingen aan de interventies, zoals beschreven in de hoofdstukken 4 en 5, zijn samengevoegd en schematisch weergegeven in de richtlijn.

De zes categorieën van aanbevolen aanpassingen aan de interventies uit hoofdstuk 5 komen hierin terug en vormen de basis van de indeling. De nummering van de aanbevelingen in de richtlijn komt ook overeen met de nummering van de subparagrafen in hoofdstuk 5. Hierdoor is het eenvoudig om de toelichting bij de aanbeveling erbij te halen.

De richtlijn bestaat uit drie kolommen. De kolom **'Wat'** geeft een omschrijving van de aanbeveling voor de aanpassing. In de kolom **'Waarom'** staan een of meer specifieke kenmerken van jeugdigen met een LVB beschreven en maakt duidelijk waarom die desbetreffende aanbeveling belangrijk is en hoe deze aansluit op dat specifieke kenmerk van de LVB. In de laatste kolom **'Hoe'** staan voorbeelden van de manier waarop de aanbeveling vorm kan krijgen in een interventie.

De aanbevelingen zijn opgesteld als aandachtspunten. Welke aanbevelingen u uiteindelijk in de gedragsveranderende interventie meeneemt is afhankelijk van de specifieke kenmerken van de jeugdige(n) met een LVB die u voor ogen heeft. Zoals al eerder aangegeven richten de aanbevelingen zich op de vormgeving van de uitvoering van de interventie en de randvoorwaarden, alle met het oog op de LVB. Het is aan degene die een interventie gaat ontwikkelen, aanpassen of uitvoeren om te bepalen welke van de aanbevelingen geschikt worden bevonden om mee te nemen. Geadviseerd wordt wel om elke aanbeveling expliciet te overwegen en wanneer besloten wordt een aanbeveling niet over te nemen dit te beargumenteren.

Tot slot benadrukken we nogmaals dat we in deze richtlijn geen uitspraken doen over de keuze voor een bepaalde methodiek of interventie. Dat wordt grotendeels bepaald door de gedragsproblematiek en de oorzaken van deze problemen. Met de aanbevelingen in deze richtlijn willen we de kans op een positief behandelresultaat vergroten, door aan te sluiten op de LVB, *nadat* is bepaald welke interventie ingezet zal gaan worden.



Richtlijn Effectieve Interventies LVB

Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking

1: Uitgebreidere diagnostiek

Wat	Waarom	Hoe
<p>1.1 Besteed meer aandacht aan het in beeld brengen van de cognitieve sterke en zwakke kanten van de jeugdige</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Grote diversiteit wat betreft cognitieve vermogens - Risico op onder- en overschatten 	<ul style="list-style-type: none"> - Intelligentie-onderzoek - Neuropsychologisch onderzoek, ook onderzoek naar het verbale (fonologische lus) en visueel- ruimtelijke werkgeheugen - Didactische toetsresultaten opvragen bij de onderwijsinstelling - Onderzoek naar de meest geschikte visuele ondersteuning (ComVoor)
<p>1.2 Besteed aandacht aan het inschatten van het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau van de jeugdige</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sociaal-emotioneel functioneren loopt achter bij kalenderleeftijd - Grote diversiteit in niveau van sociaal-emotioneel functioneren ongeacht IQ en kalenderleeftijd 	<ul style="list-style-type: none"> - Observatie van jeugdige in eigen dagelijks leven - Invullen gedragslijsten die een inschatting geven van het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau (ESSEON, SEO) - Aanvullend onderzoek gericht op de benodigde competenties om het probleemgedrag te veranderen, zoals inlevingsvermogen, emotieregulatie en affectinterpretatie (bijv. met I Feel Pictures Test) - Gebruik een interventie bedoeld voor jeugdigen met een jongere kalenderleeftijd - Wees flexibel in het aanpassen van het niveau van uitleggen, begin bij een niveau passend bij jeugdigen met een jongere kalenderleeftijd
<p>1.3 Houd rekening met de interactie tussen de kenmerken van de LVB en de gedragsproblemen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De LVB kan de gedragsproblemen in stand houden 	<ul style="list-style-type: none"> - Train vooraf de voor de specifieke interventie benodigde cognitieve vaardigheden, zoals het verbale of visueel ruimtelijke werkgeheugen of het inhibitievermogen

N.B.1: Let goed op of het diagnostisch testmateriaal voldoende betrouwbaar en valide is voor de doelgroep jeugdigen met een LVB. Gebruik bij voorkeur testmateriaal met een goede COTAN-beoordeling en hanteer de betreffende testhandleiding zoals voorgeschreven.

N.B.2: Bij een in groepsvorm gegeven interventie is het van belang om af te wegen om juist wel of niet jeugdigen met verschillende intelligentie- of sociaal-emotionele ontwikkelingsniveaus gezamenlijk in één groep te trainen. Enerzijds kan dit een positief effect hebben, omdat de jeugdigen van elkaar kunnen leren. Anderzijds kan het leiden tot een onveilige, negatieve interactie in de groep, omdat de één de ander niet kan bijbenen en groepsleden zich mogelijk incompetent kunnen gaan voelen.



2: Afstemmen van de communicatie

Wat		Waarom	Hoe
2.1	Vereenvoudig het taalgebruik	<ul style="list-style-type: none"> - Beperkte woordenschat - Moeite met figuurlijk taalgebruik - Moeite met (verbale) informatieverwerking - Beperkt werkgeheugen - Risico op overvragen 	<ul style="list-style-type: none"> - Hanteer kernachtige gesproken of geschreven teksten - Gebruik korte, enkelvoudige, zinnen van ongeveer 5 woorden - Gebruik geen impliciete boodschappen of figuurlijk taalgebruik - Gebruik gangbare en concrete woorden en vermijd overkoepelende termen (trein en bus i.p.v. openbaar vervoer). Let er op dat het niet kinderachtig wordt! - Houd vast aan een eerder gehanteerde woordkeuze - Gebruik dezelfde woorden als de jeugdige* - Laat de jeugdige zelf woorden kiezen voor belangrijke begrippen die gehanteerd zullen gaan worden in de interventie - Praat rustig en stel één vraag tegelijkertijd - Zorg dat non-verbale en verbale informatie overeenkomen
2.2	Ga na of je elkaar begrijpt (jeugdige en hulpverlener)	<ul style="list-style-type: none"> - Moeite met (verbale) informatie verwerking en productie 	<ul style="list-style-type: none"> - Laat de jeugdige in eigen woorden herhalen wat er gezegd is - Vraag als hulpverlener na of je de jeugdige goed begrijpt
2.3	Gebruik visuele ondersteuning	<ul style="list-style-type: none"> - Moeite met (verbale) informatie verwerking 	<ul style="list-style-type: none"> - Geef de oefenstof kernachtig weer in een tekening of schets - Laat de jeugdige zelf zijn verhaal verduidelijken met een tekening - Gebruik bijv. pictogrammen of foto's in de communicatie (zorg wel dat de betekenis ervan duidelijk is voor de jeugdige)

* Neem geen straattaal over, dit kan de professionele relationele verhouding tussen de hulpverlener en de jeugdigen negatief beïnvloeden.



3: Concreet maken van de oefenstof

Wat		Waarom	Hoe
3.1	Sluit voorbeelden aan bij de belevingswereld van de jeugdige	<ul style="list-style-type: none"> - Moeite met abstract denken - Moeite met perspectief nemen - Moeite met het inbeelden van complexe situaties - Moeite met generalisatie - Beperkt reflectief denkvermogen - Moeite met het ophalen van informatie uit het lange-termijngeheugen 	<ul style="list-style-type: none"> - Gebruik voorbeelden van situaties die de jeugdige dagelijks meemaakt - Gebruik voorbeelden die de jeugdige zelf meegemaakt heeft en gebruik geen algemene "stel dat..." voorbeelden - Laat iemand uit de direct omgeving (bijv. een groepsleider) meedoen met de interventie, om de jeugdige te helpen herinneren aan de eigen dagelijkse ervaringen over het onderwerp
3.2	Maak de oefenstof zichtbaar	<ul style="list-style-type: none"> - Moeite met (verbale) informatie verwerking - Beperkt reflectief denkvermogen - Moeite met inzicht in oorzaak en gevolg - Moeite met het ordenen, rangschikken en differentiëren van informatie 	<ul style="list-style-type: none"> - Gebruik makkelijke en herkenbare plaatjes of foto's - Gebruik video en video-feedback - Teken een stripverhaal of laat deze erbij tekenen - Gebruik het inbeeldingsvermogen van de jeugdige om in gedachten een afbeelding van de al eerder zelf ervaren werkelijke situatie te maken (gebruik geen beeldspraak) - Maak schema's om de oefenstof zichtbaar te maken
3.3	Laat de jeugdige vooral leren door te ervaren	<ul style="list-style-type: none"> - Moeite met perspectief nemen - Moeite met langdurige concentratie (aandacht) - Beperkt werkgeheugen - Moeite met (verbale) informatieverwerking 	<ul style="list-style-type: none"> - Vooral veel oefenen in plaats van alleen vertellen - Uitbeelden, voordoen en rollenspelen. Het verwisselen van rol is erg verwarrend voor jeugdigen met een LVB. Doe het voor (modelling) en laat ze hun eigen rol oefenen, maar laat ze niet de rol van de ander overnemen - Creëer spelsituaties - Laat ze leren van interacties met groepsleden - Begin met een oefening, koppel daarna de theorie eraan - Wissel de doe-opdrachten en het praten steeds af in korte intervallen van 5 à 10 minuten

4: Voorstructureren en vereenvoudigen

Wat		Waarom	Hoe
4.1	Geef meer externe sturing	<ul style="list-style-type: none"> - Beperkte zelfregulerende vaardigheden (o.a. plannen en reflecteren) - Moeite met het scheiden van hoofd- en bijzaken - Moeite met het ordenen, rangschikken en differentiëren van informatie - Externe locus of control 	<ul style="list-style-type: none"> - Help de jeugdige zijn gedachten te structureren door het stellen van gerichte vragen, zoals Wanneer was de laatste keer?, Wie was er toen bij?, Waar gebeurde het?, Hoe gebeurde het? - Wees directief, stuur de jeugdige in de juiste richting door inhoud te geven aan zijn denken. Dit kan door het geven van beperkte keuzemogelijkheden. Ook kan het zien van plaatjes van verschillende activiteiten een gesprek over vrije tijd handvatten geven - Oefen samen met de jeugdige de zelfregulerende vaardigheden van de jeugdige, door samen een doel te stellen, een plan van aanpak te maken en een manier van evalueren te kiezen - Gebruik hulpstrategieën voor zelf-instructie, zoals de 'stop, denk, doe'-strategie. - Doe een opdracht voor en laat het de jeugdige vervolgens nadoen; - Ga letterlijk mee als de jeugdige een opdracht buiten de therapieruimte moet uitvoeren - Maak (huiswerk)opdrachten samen, bijvoorbeeld al tijdens de interventie-bijeenkomst of na de bijeenkomst met een begeleider, ouder of mentor - Maak gebruik van geheugensteunen in de vorm van een stappenplan, werkboek, pictogrammen of een kaart met oplossingen die de jeugdige steeds bij zich draagt
4.2	Hanteer meer structuur	<ul style="list-style-type: none"> - Moeite met het ordenen, rangschikken en differentiëren van informatie - Langzamere verwerking van informatie - Moeite met langdurige concentratie (aandacht) 	<ul style="list-style-type: none"> - Geef de opbouw en de duur van de sessie weer in een schema en hang dit schema op - Werk met een werkboek - Maak een lijst met regels of afspraken en bewaar deze in een map of hang ze op in de vorm van een poster - Bouw elke bijeenkomst (contactmoment) op dezelfde manier op, bijv. samenvatting van de vorige keer, oefening, theorie, een spel en daarna de afsluiting



		<ul style="list-style-type: none"> - Moeite met het overzien van sociale interacties 	<ul style="list-style-type: none"> - Geef tijd om te schakelen tussen verschillende activiteiten - Besteed extra aandacht aan de afsluiting van de bijeenkomst - Vorm kleine groepen van maximaal ongeveer 6 jeugdigen - Indien gebruik wordt gemaakt van sport- en spelactiviteiten, zorg dan dat de plaats waar de interventie gegeven wordt voldoende groot is - Zorg dat er in de inrichting van de therapieruimte zo min mogelijk afleidende prikkels zijn
4.3	Vereenvoudig, doseer en orden de informatie en de oefenstof	<ul style="list-style-type: none"> - Beperkt werkgeheugen - Moeite met langdurige concentratie (aandacht) - Moeite met (verbale) informatieverwerking 	<ul style="list-style-type: none"> - Begin met de kern uit de theorie. Wees wel volledig! Breid de theorie uit afhankelijk van het begripsniveau van de jeugdige - Leg de theorie uit aan de hand van concrete voorbeelden - Gebruik meer tussenstappen (kleinere stapjes) voor het overbrengen van de oefenstof - Gebruik meer voorbeelden toegespitst op de belevingswereld van de jeugdige - Laat de oefenstof steeds in latere contactmomenten terugkomen (herhaling) - Geef huiswerkopdrachten en evalueer die ook steeds in de volgende bijeenkomst - Bied de oefenstof op verschillende manieren aan, denk aan spelvorm, rollenspel, schriftelijke opdracht, videofragment, enzovoort - Geef korte opdrachten - Geef één opdracht tegelijkertijd - Behandel maar één thema per bijeenkomst - Gebruik een ruimere en overzichtelijk opgezette lay-out bij een geschreven opdracht - Omkader opdrachten en gebruik maximaal één A-4 per opdracht - Gebruik visuele ondersteuning, zoals foto's, plaatjes, pictogrammen of een stripverhaal om de oefenstof vereenvoudigd over te brengen
4.4	Reserveer meer tijd	<ul style="list-style-type: none"> - Langzamere verwerking van informatie - Moeite met het houden van overzicht - Moeite met langdurige concentratie (aandacht) 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan meer sessies voor dezelfde oefenstof OF - plan een gelijk aantal of minder sessies waarin minder oefenstof aangeleerd wordt - Verkort de duur van ieder van de sessies



5: Netwerk en generalisatie

Wat		Waarom	Hoe
5.1	Informeert en betrekt het netwerk tijdens de interventie	<ul style="list-style-type: none"> - Ouders weten weinig van de achtergronden van de LVB - Risico op overvragen of ondervragen door omgeving 	<ul style="list-style-type: none"> - Geef psycho-educatie over een LVB aan de belangrijke personen uit de omgeving van de jeugdige én aan de jeugdige zelf* - Stem de interventie af op de mogelijkheden van de jeugdige en zijn gezin - Oefen de te leren vaardigheden in een interventie samen met de jeugdige en andere leden van het gezin/systeem
5.2	Vergroot en verstevigt het sociale netwerk van de jeugdige	<ul style="list-style-type: none"> - Levenslange behoefte aan ondersteuning - Ouders weten weinig van de achtergronden van de LVB - Ouders hebben soms ook een LVB - Vaak beperkt sociaal netwerk 	<ul style="list-style-type: none"> - Besteed heel veel aandacht aan het opbouwen/verstevigen van een voldoende ondersteunend netwerk om de jeugdige heen, dat ondersteunend kan zijn bij het leren, implementeren en vasthouden van de doelstellingen van de interventie. Zoek daarbij 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 - Verstevig en vergroot het persoonlijke en het professionele netwerk van het gezin(systeem), zet indien nodig andere, aanvullende, hulpverlening in voor het gezin(systeem) en de jeugdige - Betrek de jeugdige en het gezin(systeem) intensief bij het activeren en verruimen van hun netwerk - Inventariseer wie praktische, emotioneel en informatief ondersteunend is of kan zijn voor de jeugdige - Besteed bij de oudere jeugdigen aandacht aan het effectief gebruiken van het eigen netwerk. Zorg dat de jeugdige weet wanneer hij/zij, voor wat, waar en bij wie terecht kan - Werk meer outreachend, bel achter een vergeten afspraak aan - Maak het makkelijker om naar een interventie te komen, door het verstrekken van een OV-kaart, regelen van kinderopvang, enzovoort

5.3	Besteed aandacht aan het vasthouden en de generalisatie van het geleerde	<ul style="list-style-type: none"> - Moeite met generaliseren - Langzamere verwerking van informatie 	<ul style="list-style-type: none"> - Onderhoud vanaf het begin contact met de ouders en andere belangrijke personen voor de jeugdige - Plan informatie- en evaluatiemomenten voor belangrijke personen uit de omgeving van de jeugdige (thuis, school, werk, vrije tijd) om het oefenen in het dagelijks leven en de voortzetting na afloop te stimuleren - Stem de benadering van therapeut en netwerk naar de jeugdige toe op elkaar af en maak gebruik van dezelfde visuele ondersteuning - Geef de jeugdige huiswerkopdrachten mee waarbij er in verschillende leefgebieden iets uitgevoerd moet worden, zoals 'vraag een complimentje aan je leerkracht' - Oefen in verschillende omgevingen, van de jeugdige, bijvoorbeeld in de leefgroep, op school of thuis - Probeer later naar een meer abstract begripsniveau toe te werken, afhankelijk van de mogelijkheden van de jeugdige. Toewerken naar een abstracter denkniveau kan door de jeugdige uit te leggen dat een bepaalde gedachte en gedrag los gezien kunnen worden van de concrete situaties waarin het geoefend is - Maak gebruik van terugkombijeenkomsten na afloop van de interventie
-----	--	--	---

* Psycho-educatie over een LVB is voor ouders naast informatief vaak ook confronterend. Het kan een proces van verliesverwerking in gang zetten, waarbij de ouders gaan accepteren dat hun kind een mindere mate van zelfstandigheid zal verwerven dan personen zonder een LVB. Ook de jeugdige zelf kan moeite hebben met het accepteren van zijn beperkingen.



6: Veilige en positieve leeromgeving

Wat		Waarom	Hoe
6.1	Motiveer de jeugdige	<ul style="list-style-type: none"> - Vaak niet bereid om mee te werken - Veel faalervaringen opgedaan - Focus op negatieve informatie - Moeite met inzicht in eigen gedrag - Geen realistisch beeld van eigen competenties - Nog niet toe aan gedragsverandering 	<ul style="list-style-type: none"> - Sluit aan bij de fase van motivatie voor verandering waar de jeugdige zich op dat moment bevindt, stel het werken aan het probleemgedrag eventueel uit - 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 - Benadruk eventueel de verantwoordelijkheid van de jeugdige voor zijn eigen leven - 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 - Noem eerst een positieve consequentie en daarna de handelingsgerichte suggestie, zoals "Om het warm te krijgen, kun je een trui aan trekken" en "Om op tijd te komen, moet je om 7:00 uur opstaan" - Beloon, in het begin van de interventie, veel en direct gekoppeld aan het gewenste gedrag. Wacht niet te lang met belonen (eventueel kan wel een token-economy systeem gebruikt worden). Laat de beloning aansluiten bij de interesses van de jeugdige. Een geschikte beloning kan voor iedere jeugdige anders zijn - Spreek in de laatste fase van de interventie vooral de intrinsieke bekrachtigers aan bij de jeugdige



6.2	Vergroot het zelfvertrouwen	<ul style="list-style-type: none"> - Veel faalervaringen opgedaan - Geen realistisch beeld van eigen competenties 	<ul style="list-style-type: none"> - Benader de inzet van de jeugdige steeds positief - Benadruk de sterke kanten (vaardigheden) en het positieve gedrag van de jeugdige - Laat de jeugdige veel succeservaringen opdoen, door het verbeteren van de eigen prestaties of het behalen van een zelf opgesteld doel
6.3	Zorg als hulpverlener voor een veilige en positieve leeromgeving	<ul style="list-style-type: none"> - Veel faalervaringen opgedaan - Focus op negatieve informatie 	<ul style="list-style-type: none"> - Besteed veel aandacht aan de werrelatie tussen de hulpverlener en de jeugdige - Positioneer en engageer jezelf als hulpverlener ten opzichte van de jeugdige - Wees sensitief voor de individuele ondersteuningsbehoefte - Wees flexibel, switch snel en improviseer indien nodig - Heb een open en neutrale houding - Heb veel geduld (frustratietolerantie) en wees onvoorwaardelijk aanwezig voor de jeugdige - Wees oprecht en eerlijk - Gebruik humor; let op, het gebruik van humor is niet aan te bevelen voor bijvoorbeeld jeugdigen met een stoornis in het autistisch spectrum - Wees gestructureerd - Wees actief en een doener - Werk indien gepast outreachend - Wees concreet en confronterend - Toon je gemotiveerd en enthousiast - Heb affiniteit en ervaring met de doelgroep



Nawoord

In dit project hebben we onderzocht op welke wijze een gedragsveranderende interventie ontwikkeld of aangepast kan worden om effectief te zijn bij jeugdigen met een LVB. We hebben hierbij als uitgangspunt genomen dat de effectiviteit verbeterd wordt door het verbinden van vorm en inhoud van de interventie aan de specifieke kenmerken van jeugdigen met een LVB. Of anders gezegd; de ontwikkeling of aanpassing van de interventie ligt besloten in doelgroepspecifieke factoren.

In het project hebben we de kennis en ervaring van deskundigen bijeengebracht en getoetst aan bestaande wetenschappelijke onderzoeksliteratuur. Op basis van deze synthese is de Richtlijn Effectieve Interventies LVB opgesteld.

We beschouwen deze richtlijn als een belangrijke aanzet in een proces dat gericht is op het bevorderen van evidence based werken in de behandeling en begeleiding van jeugdigen met een LVB.

De waarde van deze richtlijn is vooral gelegen in het feit dat de bestaande kennis en ervaring in de praktijk en wetenschappelijke literatuur geanalyseerd is en gebundeld in praktische aanbevelingen.

Daar zijn nog wel enkele relativerende opmerkingen bij te maken:

- De richtlijn is opgesteld aan de hand van ervaringskennis met een beperkt aantal interventies, die tevens relatief nieuw zijn en nog maar in beperkte mate zijn ingezet.
- De kennis van de geïnterviewde deskundigen is gebaseerd op hun bijzondere werkervaring in verschillende (behandel)settings en jeugdigen met specifieke gedragsproblematiek. Dit gegeven stelt mogelijk grenzen aan de generaliseerbaarheid van hun inbreng.
- Deze richtlijn is samengesteld uit afzonderlijke aanbevelingen die voortkomen uit een combinatie van praktijkervaring en wetenschappelijke kennis van dit moment. De richtlijn als geheel is niet onderzocht op effectiviteit en er ligt ook geen onderlinge weging van de aanbevelingen aan ten grondslag.

De richtlijn biedt echter ook vertrekpunten voor verdere discussie en onderzoek, zowel voor de ontwikkeling van meer effectieve interventies als voor kritische beoordeling van de uitvoering, c.q. uitvoerder. We denken hierbij onder andere aan de volgende twee discussiepunten:

De in de richtlijn genoemde aanbeveling om als hulpverlener flexibel te kunnen zijn en te kunnen improviseren, lijkt op gespannen voet te staan met de wetenschappelijk hoog geachte algemeen werkzame factor; het waarborgen van de integriteit van een interventie (Van der Laan, 2004). Bij de programma-integriteit gaat het er om of de methodiek van de interventie gebaseerd is op de geldige theoretische verklaringen en of de interventie daadwerkelijk uitgevoerd wordt zoals de theorie en handleiding voorschrijven.

Volgens Van der Laan wordt de naleving van de interventie vergroot door gebruik van standaardprotocollen en die lijken weinig ruimte te bieden voor improvisatie.



Volgens Drost (2009) zijn standaardprotocollen nauwelijks toepasbaar bij jeugdigen met een LVB. Bij hem staat de hulpverlener centraal die sensitief en flexibel moet zijn om aan te sluiten bij de ondersteuningsbehoefte van jeugdigen met LVB.

Dit roept om nader onderzoek naar de verhouding tussen improvisatie en flexibiliteit versus programma-integriteit!

In de richtlijn wordt nadrukkelijk aangegeven dat jeugdigen met een LVB onderling sterk van elkaar verschillen. Op basis daarvan is de aanbeveling om steeds aan te sluiten bij de individueel sterke en zwakke cognitieve en adaptieve vaardigheden. Daarbij wordt uitgebreid handelingsgerichte diagnostisch onderzoek aanbevolen voordat een interventie wordt ingezet. Het daarvoor benodigde diagnostisch instrumentarium is echter onvoldoende beschikbaar of niet onderzocht op betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid bij deze doelgroep. Op dit terrein is dus ook verdere ontwikkeling en onderzoek noodzakelijk en het Landelijk Kenniscentrum LVG wil daar een bijdrage aan leveren door het uitbrengen van de Richtlijn Diagnostiek LVB.

Kortom, met deze Richtlijn Effectieve Interventies LVB hebben we een ferme stap in de goede richting gezet, waar er nog veel op zullen moeten volgen.

Wij zijn de onderzoeker, de geïnterviewde deskundigen en de leden van de projectgroep dankbaar voor hun inzet en bijdrage bij het tot stand brengen van deze richtlijn.

Naar de toekomst toe nodigen we iedereen uit om van de richtlijn gebruik te maken en mee te werken aan de verdere ontwikkeling en verdieping daarvan.



Geraadpleegde literatuur

- Annaz, D., Herwegen, J. van, Thomas, M., Fishman, R., Karmiloff-Smith, A., & Rundblad, G. (2009). Comprehension of metaphor and metonymy in children with Williams syndrome. *International Journal of Language & Communication Disorders, 44*, 962-978.
- Boeije, H. R. (2009). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom uitgevers.
- Buckworth, J., Lee, R. E., Regan, G., Schneider, L. K., & DiClemente, C. C. (2007). Decomposing intrinsic and extrinsic motivation for exercise: Application to stages of motivational readiness. *Psychology of Sport and Exercise, 8*, 441-461.
- Collot d'Escury, A. (2005). Sociale vaardigheden in perspectief: Kunnen LVG-jongeren perspectiefnemen? *Onderzoek & Praktijk, 3*(2), 33-37.
- Collot d'Escury, A., Barnhard, S., & Hartsink, D. (2004). Sociale vaardigheden in perspectief: Kunnen LVG-jongeren perspectief nemen? *Onderzoek & Praktijk, 2*(1), 22-31.
- 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.
- Collot d'Escury, A., & Ponsioen, A. (2004). De meerwaarde van diagnostiek van sociale cognitie bij LVG-kinderen uit gezinnen met ambulante begeleiding. *Onderzoek & Praktijk, 2*(1), 7-9.
- Collot d'Escury-Koenigs, A., & Bogaard, M. (2007). Gehechtheid, een intern werkmodel dat werkt. *Tijdschrift voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie, 34*(1), 21-36.
- Danielsson, H., Henry, L., Rönnerberg, J., & Nilsson L. G. (2010). Executive functions in individuals with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities, 31*, 1299-1304.
- Danielsson, H., Rönnerberg, J., & Andersson, J. (2006). What am I doing in Timbuktu: Person-environment picture recognition for persons with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 127-138.
- 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.
- 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.
- DiClemente, C. C., Schlundt, B. S. D., & Gemmell, B. S. L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *The American Journal on Addictions, 13*, 103-119.
- Drost, J. (2009). Alles wat van ver komt is lekker. *Onderzoek & Praktijk, 3*(2), 39-42.
- Dykens, E. M., & Hodapp, R. M. (2001). Research in mental retardation: Toward an etiologic approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*, 49-71.
- Elias, C. (2005). De ontwikkeling van competentiebeleving in kinderen met lichte verstandelijke beperkingen. *Onderzoek & Praktijk, 3*(2), 39-42.
- Elias, C., Seebregts, A., Swennenhuis, P., & Bouma, G. (2009). Eindrapport Traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking: Naar een methodiek voor de behandeling van getraumatiseerde kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking. Tilburg/Leeuwarden: Fontys Hogeschool Pedagogiek/ Tjallinga Hiem.
- Embregts, P., & Erve, N. van (2008). *Bejegening van jongeren met een licht verstandelijke beperking*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.



- Fabriek-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.
- 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.
- Henry, L. A. (2010). The episodic buffer in children with intellectual disabilities: An exploratory study. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1609-1614.
- Hogewind, H., & Colloot d'Escury, A. (2010). Het steunogram: Een instrument voor interventie en risicotaxatie op basis van het sociale netwerk van licht verstandelijk beperkte zedendelinquente jongeren. *Onderzoek & Praktijk*, 8(1), 5-13.
- Houten, R. van, & Rolider, A. (1988). Recreating the scene: An effective way to provide delayed punishment for inappropriate motor behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 21, 187-192.
- Iglesia, J. C. F. de la, Buceta, M. J., & Campos, A. (2005). Prose learning in children and adults with Down syndrome: The use of visual and mental image strategies to improve recall. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 30, 199-206.
- 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.
- 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). Behandeling van jeugdigen met een psychiatrische stoornis en een verstandelijke beperking. *Kind en Adolescent*, 28, 215-229.
- Kraijer, D. (2006). Mensen met een lichte verstandelijke beperking: Psychodiagnostisch een tussencategorie. In R. Didden (Red.), *In Perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 53-65). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kraijer, D. W. (2007). *Handboek autismespectrumstoornissen en verstandelijke beperking*. Amsterdam: Harcourt.
- Kuwajima, M., & Sawaguchi, T. (2010). Similar prefrontal cortical activities between general fluid intelligence and visuospatial working memory tasks in preschool children as revealed by optical topography. *Experimental Brain Research*, 206, 381-397.
- Laan, P. H. van der (2004). Over straffen, effectiviteit en erkenning: De wetenschappelijke onderbouwing van preventie en strafrechtelijke interventie. *Justitiële Verkenningen*, 30(5), 31-48.
- 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.
- 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.
- Molen, M. J. van der, Luit, J. E. H. van, Molen, M. W. van der, Klugkist, I., & Jongmans, M. J. (2010). Effectiveness of a computerised working memory training in adolescents with mild to borderline intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 433-447.
- Montfoort, A. J. van, & Slot, N. W. (2008). *Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij: De nieuwe methode voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling*. Woerden: Adviesbureau Van Montfoort / Duivendrecht: PI Research.
- Moonen, X., & Versteegen, D. (2006). LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek & Praktijk*, 4(1), 23-28.
- Nieuwenhuijzen, M. van (2005). Sociale informatie verwerking bij kinderen met licht verstandelijke beperkingen. *Onderzoek & Praktijk*, 3(1), 35-38.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Bijman, E. R., Lamberix, I. C. W., Orobio de Castro, B., Vermeer, A., & Matthys, W. (2007). Social information processing in children with mild intellectual disabilities: Validation of two measurements. *Kind en Adolescent*, 28, 149-159.
- Nieuwenhuijzen, M. van, & Elias, C. (2009). Probleemoplossingsvaardigheden en competentiebeleving van kinderen met een licht verstandelijke beperking. In R. Didden (Red.), *In Perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 85-100). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B., Wijnroks, L., & Vermeer, A. (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.
- 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.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Raat, J., Kuks, J., & Cohen-Schotanus, J. (2010). Learning in clinical practice: Stimulating and discouraging response to social comparison. *Medical Teacher*, 32, 899-904.
- 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.
- Roskos-Ewoldsen, B., Connors, F. A., & Atwell, J. A. (2006). Visual imagery scanning in young adults with intellectual disability. *American Journal on Mental Retardation*, 111, 35-47.
- Ruiter, K. P. de, Dekker, M. C., Douma, J. C. H., Verhulst, F. C., & Koot, J. M. (2008). Development of parent- and teacher-reported emotional and behavioural problems in young people with intellectual disabilities: Does level of ID matter? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21, 70-80.
- Schellingerhout, R., Ramakers, C., Derwort, A., & Lavoit, A. van de (2010). *Interventies voor kinderen met een autisme spectrum stoornis en/of een verstandelijke beperking: Eindrapport*. Nijmegen: ITS / Radboud Universiteit Nijmegen.
- Sleen, J. van der, & Collot d'Escury, A. (2009). Verhoor van mensen met een verstandelijke beperking: Een zaak van de politie. *Onderzoek & Praktijk*, 7(2), 35-37.

- Soenen, S., Berckelaer-Onnes, I. van, & Scholte, E. (2009). Patterns of intellectual, adaptive and behavioral functioning in individuals with mild mental retardation. *Research in Developmental Disabilities, 30*, 433-444.
- Spienburg, M., & Hagen, B. (2008). *Integrale werkwijze voor LVG-jongeren met gedragsproblemen: Sluitende aanpak van zorg, onderwijs en arbeid*. Utrecht: VOBC LVG.
- 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.
- Veerman, J. W., & Yperen, T. A. van (2008). Hoofdstuk 1: Wat is praktijkgestuurd effectonderzoek? In T. A. van Yperen & J. W. Veerman (Red.), *Zicht op effectiviteit: Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg* (pp. 17-34). Delft: Eburon.
- Vermeulen, T., Jansen, M., & Feltzer, M. (2007). LVG: Een licht verstandelijke handicap met zware gevolgen; een onderzoek naar de problematiek van licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen. *Onderzoek & Praktijk, 5*(2), 4-15.
- 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.
- Wise, J. C., Sevcik, R. A., Ronski, M., & Morris, R. D. (2010). The relationship between phonological skills and word and nonword identification performance in children with mild intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 31*, 1170-1175.
- Wit, M. C. de (2011). *Interventies voor jongeren met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB): Een richtlijn om de kans van slagen van interventies voor jongeren met een LVB te vergroten*. (Ongepubliceerde Masterthesis Orthopedagogiek). Universiteit van Amsterdam - Pedagogische en Onderwijskundige Wetenschappen, Amsterdam.
- 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: NJi.



Leden Projectgroep

Mia Ament
Marjolein Averdieck
Lydia Dingeldein
Jolanda Douma
Wijntje van der Ende
Sabine Gobardhan
Natascha de Haan
Kristin Hollestelle
Gerda Kirkpatrick
Marit Lankaar
Angelique Mostermans
Maroesjka van Nieuwenhuijzen
Bram Orobio de Castro
Jaap Pellen
Susan Polak
Else Mareij Rietveld
Hilde Schuiringa
Frouke Sondeijker
Nico Stam
Petra Swennenhuis
Anneloes Taekema
Jessica Vervoort
Marianne de Vries
Jolanda Westera
Marjolein de Wit

De Beele - Pluryn
Ipse De Bruggen
Lijn5
Landelijk Kenniscentrum LVG
Ambiq
De Lichtenvoorde
Lijn5
Juvent
Lijn5
De Hondsborg – Koraal Groep
De Lichtenvoorde
Hogeschool Leiden / Vrije Universiteit Amsterdam
Universiteit Utrecht
De La Salle – Koraal Groep
PI Research
Pameijer
Universiteit Utrecht
Van Montfoort
Accare
Fontys Hogeschool
Van Montfoort
De Hondsborg – Koraal Groep
Ambiq
Kwadrant Emaus
Universiteit van Amsterdam



