

## VOORWOORD

*Albert Ponsioen*  
*hoofdredacteur Onderzoek & Praktijk*

Als een aantal van u dit najaarsnummer van *Onderzoek & Praktijk* aan het begin van het eerste gezamenlijke congres van het VOBC LVG en de Borg, het kenniscentrum van de SGLVG, openstaat is de deadline voor het uitbrengen van dit nummer wederom gehaald. Een groot compliment vooral aan de medewerkers van RWK Kopie, Mailing & Industrie in Ermelo!

Met het congres van 1 november is er weer een nieuwe stap gezet in de ontwikkeling van het VOBC LVG. Naast de Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra is het nu ook aan de Stichting Landelijk Kenniscentrum om het LVG-onderzoek te helpen ontwikkelen. Het eerste resultaat met de toekenning van ZonMw gelden om samen met de Borg drie onderzoeksprojecten te komende jaren te realiseren, mag er zijn.

In dit nummer komt nadrukkelijk de relatie van de LVG-zorg met het (speciaal) onderwijs aan de orde. Een eerste bijdrage over de afstemming tussen de LVG-zorg en het onderwijs is van *Henk Schipper*, die zowel de wet- en regelgeving als de praktische problemen rond dit thema aan de orde stelt. *Ron Delhez* bericht vervolgens vanuit de praktijk van het Speciaal Voortgezet Onderwijs en zet uiteen wat de veranderingen sinds de vorige onderwijsvorm voor LVG-jeugdigen, het Voortgezet Speciaal Onderwijs (men houdt blijkbaar niet van aan drastische naamsveranderingen in het onderwijs), voor de leerlingen en de docenten betekenen. Ook de weg van het voortgezet onderwijs naar de arbeidsmarkt wordt beknopt geschetst.

Een goed voorbeeld van het belang van praktijkgericht onderzoek is het artikel van *Marije van den Wijngaard*. Gewoon aan de slag met de gegevens die in de diagnostische praktijk binnen een LVG-instelling verzameld zijn, om meer over de waarde van een nieuwe testbatterij voor de LVG-cliënt te weten te komen. Dit onderstreept nog eens het belang van dataverzameling binnen de zorg. Het begin van wetenschap is immers registreren: ‘meten is weten’.

De bijdrage van *Cees Janssen*, een weerslag van het referaat dat hij voor de landelijke werkgroep van LVG-diagnostici hield, geeft weer eens aan hoe belangrijk en inspirerend het is om uit de eerste hand kennis te kunnen nemen van wetenschappelijk onderzoek, in dit geval naar diagnostiek en behandeling van hechtingsproblemen bij kinderen met een verstandelijke beperking.

In de rubriek *Uit de Praktijk* een gedeelde reactie uit de praktijk en de wetenschap op de casus Timo uit het vorige nummer van *Onderzoek & Praktijk* van *Lex Wijnroks* en *Marjan Helder*.

Deze *Onderzoek & Praktijk* begint met een artikel van *Tineke Vermeulen*, *Marc Jansen* en *Max Feltzer* waarin het LVG-werkmodel van het VOBC LVG, een poging om op een meer genuanceerde manier naar LVG-problematiek te kijken, tegen het kritische licht van de LVG-praktijk wordt gehouden. En blijkens de slotzin van het artikel: “Concluderend kan gezegd worden dat dit onderzoek het model van het Landelijk Kenniscentrum LVG onderschrijft”, heeft het model de toets doorstaan.

**LVG: EEN LICHTE VERSTANDELIJKE HANDICAP  
MET ZWARE GEVOLGEN**  
**Een onderzoek naar de problematiek  
van licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen**

*Tineke Vermeulen  
Marc Jansen  
Max Feltzer<sup>1</sup>*

*Dit onderzoek tracht met een onderzoeksgroep van 219 licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen tussen de 6 en de 17 jaar oud, het model van de LVG-problematiek van het Landelijk Kenniscentrum LVG te onderbouwen. Hierbij is gekeken naar de volgende factoren: intelligentie, psychiatrische stoornissen, gezinsproblemen en gedragsproblemen. Daarnaast zijn drie groepen licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen met elkaar vergeleken, namelijk jeugdigen die residentieel behandeld worden, jeugdigen die dagbehandeling krijgen en jeugdigen die thuis wonen. De volgende instrumenten zijn gebruikt: CBCL, SEAG, COM-lijst en dossieronderzoek. Er is empirische ondersteuning gevonden voor het model van het Landelijk Kenniscentrum LVG. De LVG-jeugdigen uit dit onderzoek ervaren regelmatig psychische en gezinsproblemen. Daarnaast vertonen ze aanzienlijke gedragsproblemen. Jeugdigen die residentieel behandeld worden hebben vaker last van psychische problemen en ervaren meer gezins- en gedragsproblemen dan jeugdigen die thuis wonen.*

**Inleiding**

De afgelopen jaren is er veel te doen geweest rondom de groep licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen (LVG-jeugdigen). In 2005 is de nieuwe Wet op de Jeugdzorg van start gegaan, waarmee voor LVG-jeugdigen een aanspraak ontstond op algemene jeugdzorg in geval van opvoedings- en opgroeioproblemen. Om duidelijk te krijgen welke jongeren tot de LVG-groep gerekend moeten worden, heeft het ministerie van VWS bepaald dat enkel jongeren met een IQ-score onder de 75 gebruik kunnen maken van de AWBZ-gefinancierde zorg, zoals die geboden wordt in orthopedagogische behandelcentra. In de praktijk is het echter zo dat er gebruik gemaakt wordt van de orthopedagogische behandelcentra door jeugdigen met een IQ-score tot 85 (Moonen & Versteegen, 2006). Volgens het Landelijk Kenniscentrum LVG is het algemeen geaccepteerd dat zij in deze sector het best geholpen kunnen worden (Versteegen, 2005).

Om dit probleem te ondervangen zijn er door het Landelijk Kenniscentrum LVG aanvullende criteria ontwikkeld, die bepalen of er bij een jeugdige met een IQ-score tussen 70 en 85 een lichte verstandelijke handicap kan worden vastgesteld. Bij een IQ-score tussen de 50 en 70 is er een zeer sterk vermoeden van een lichte verstandelijke handicap. Een IQ-score tussen 70 en 85 wordt opgevat als een mogelijk signaal van een lichte verstandelijke

---

<sup>1</sup> Mevrouw drs. C.P.M. Vermeulen is kinder- en jeugdpsycholoog en verbonden aan het Orthopedagogisch Centrum Brabant, Breda en Het Driespan, locatie Lievenshove Roosendaal. Drs. M.G. Jansen is beleidsadviseur Onderzoek en Ontwikkeling bij Orthopedagogisch Centrum Brabant, Breda. Dr. M.J.A. Feltzer is universitair hoofddocent aan de Universiteit van Tilburg, Departement Psychologie en Gezondheid, Sectie Kinder- en Jeugdpsychologie. Correspondentieadres: Orthopedagogisch Centrum Brabant - Postbus 2285 - 4800 CG Breda.  
E-mail: t.vermeulen@ocbrabant.nl

handicap. Vervolgens wordt door een screening op andere kenmerken, waaronder het sociaal aanpassingsvermogen, duidelijk gemaakt of betreffende cliënt tot de LVG-doelgroep behoort en daardoor van LVG-zorg gebruik mag maken (Moonen & Verstegen, 2006). In Figuur 1 zijn de bijkomende indicatiecriteria van het Landelijk Kenniscentrum voor een lichte verstandelijke handicap weergegeven.

<b>LVG specifieke kenmerken:</b>	<b>en bijkomende kenmerken / problematiek:</b>	<b>komen tot uiting in:</b>
INTELLIGENTIE: IQ 50-70 + 70-85	LEERPROBLEMEN	ERNSTIGE GEDRAGSPROBLEMEN
	PSYCHIATRISCHE STOORNIS	
BEPERKT SOCIAAL AANPASSINGS- VERMOGEN	MEDISCH- ORGANISCHE PROBLEMEN	
	PROBLEMEN IN GEZIN EN SOCIALE CONTEXT	
<b>en leiden tot:</b> CHRONICITEIT / LANGDURIGE BEHOEFTE AAN ONDERSTEUNING		

*Figuur 1. Model van de LVG-problematiek van het Landelijk Kenniscentrum LVG*

Een belangrijk indicatiecriterium voor een lichte verstandelijke handicap is een beperkt sociaal aanpassingsvermogen. Het Landelijk Kenniscentrum LVG geeft hierbij een algemeen beeld van de sociale aanpassing en sociaal-emotionele ontwikkeling bij LVG-jeugdigen (Verstegen, 2005). Zij vertonen problemen met abstract denken en kunnen dus moeilijk generaliseren over situaties. Daarnaast hebben zij meer problemen om hun gedrag af te stemmen op anderen uit hun omgeving en zijn zij erg op zichzelf gericht. Gevolg hiervan is dat zij problemen ervaren in sociale situaties. Ten slotte zijn ze ook erg afhankelijk van anderen door een beperkte praktische zelfredzaamheid en zijn zij makkelijk beïnvloedbaar (Verstegen, 2005).

Bijkomende problematiek bij deze groep bestaat uit leerproblemen, psychiatrische stoornissen, medisch-organische problemen en problemen in gezin en sociale context. Al deze problemen komen tot uiting in ernstige gedragsproblemen. Volgens Embregts (2000) vertonen licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen meer psychopathologische stoornissen dan normaal begaafde personen en hebben zij een verhoogde kans op het ontwikkelen van emotionele en gedragsproblemen. Mash en Wolfe (2002) zijn van mening dat 10-40% van de jeugdigen met een verstandelijke beperking significante emotionele of gedragsproblemen heeft, wat 4 tot 6 keer meer is dan het voorkomen van deze problemen in de algemene populatie. Ouders van kinderen met een cognitieve achterstand ervaren meer stress, vooral op domeinen die samenhangen met de opvoeding (Baker, e.a. 1997). Al deze factoren zorgen ervoor dat jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap vaak een langdurige behoefte hebben aan ondersteuning.

Volgens Verstegen (2005) zorgt vooral het beperkt sociaal aanpassingsvermogen van deze jeugdigen ervoor dat zij voortdurend te maken krijgen met een crisis. Vooral op momenten van verandering en spanning zal dit het geval zijn, aangezien dan de invloed van hun beperkt sociaal aanpassingsvermogen duidelijk zichtbaar wordt. Moonen en Verstegen (2006) vermelden dat LVG-jeugdigen met een IQ-score tussen 50 en 85 een beperkt verbaal

korte termijn geheugen hebben. Daardoor kunnen zij minder profiteren van aangeboden leermateriaal en dergelijke. Als gevolg hiervan duurt de behandeling langer en mag er niet worden verwacht dat het tot een complete oplossing leidt. De LVG-jeugdige en volwassene zal in de meeste gevallen blijvend een beroep doen op vormen van begeleiding en opvang (Moonen & Verstegen, 2006).

### **Vraagstelling**

Het doel van dit onderzoek is een aanzet te geven tot een onderbouwing van het model van het Landelijk Kenniscentrum LVG. Hierbij zal vooral gekeken worden naar intelligentie, psychiatrische stoornissen, gezinsproblemen en gedragsproblemen. Getracht wordt een doelgroepomschrijving te geven van licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen aan de hand van deze aspecten. Vanwege het feit dat de onderzochte groep orthopedagogische behandeling krijgt en/of REC-4 onderwijs volgt, wordt verondersteld dat alle jeugdigen problemen hebben in de sociale aanpassing en is dit aspect niet nader onderzocht.

Daarnaast zal gekeken worden of er binnen de groep licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen uit dit onderzoek onderscheid gemaakt kan worden tussen drie groepen: jeugdigen die residentieel behandeld worden, jeugdigen die dagbehandeling krijgen en jeugdigen die thuis wonen. Deze drie groepen zullen worden vergeleken op de verschillende factoren van het model, zoals beschreven door het Landelijk Kenniscentrum LVG.

Van Endschoot, Jansen en Feltzer (in voorbereiding) hebben een vergelijking gemaakt tussen jeugdigen die residentieel behandeld worden en jeugdigen die dagbehandeling krijgen. Hierbij werd onder andere geconcludeerd dat bij opname de problematiek van de residentiele behandeling talrijker en zwaarder is dan bij de dagbehandeling en vaker plaatsvindt in een justitieel kader. Volgens Van Hoof en Pellen (1996) wordt naschoolse dagbehandeling ingezet wanneer een problematische opvoedingssituatie is ontstaan, maar uithuisplaatsing een te grote stap is. Het is nodig naast jeugdigen die dagbehandeling krijgen en residentieel behandeld worden een derde groep toe te voegen van jongeren die thuis wonen om ervoor te zorgen dat de totale groep een betere afspiegeling is van de totale populatie van LVG-jeugdigen.

De volgende hypothesen worden geformuleerd voor de totale onderzoeksgroep: 1) Bij LVG-jeugdigen is er sprake van psychiatrische problematiek. 2) Bij LVG-jeugdigen is er sprake van gezinsproblemen. 3) Bij LVG-jeugdigen is er sprake van klinisch betekenisvolle gedragsproblemen. Voor de verschillen tussen de drie groepen LVG-jeugdigen worden de volgende hypothesen geformuleerd: 4) Jeugdigen die thuis wonen hebben minder psychiatrische problematiek dan jeugdigen die dagbehandeling krijgen; jeugdigen die dagbehandeling krijgen hebben minder psychiatrische problematiek dan jeugdigen die residentieel behandeld worden. 5) Jeugdigen die thuis wonen zijn afkomstig uit minder problematische gezinnen dan jeugdigen die dagbehandeling krijgen; jeugdigen die dagbehandeling krijgen zijn afkomstig uit minder problematische gezinnen dan jeugdigen die residentieel behandeld worden. 6) Jeugdigen die thuis wonen vertonen minder gedragsproblemen dan jeugdigen die dagbehandeling krijgen; jeugdigen die dagbehandeling krijgen vertonen minder gedragsproblemen dan jeugdigen die residentieel behandeld worden.

### **Methode**

#### *Onderzoeksgroep*

Dit onderzoek is een voortzetting van eerder onderzoek uitgevoerd door Corstiaans en Van Hilst (2001), Heltzel (2003), Denteneer e.a. (2005) en Van Endschoot e.a. (in voorbereiding).

De data zijn verzameld bij jeugdigen die residentieel behandeld worden (groep "Residentieel"), dagbehandeling krijgen (groep "Dagbehandeling") of geen behandeling krijgen (groep "Thuiswonend"). De groepen Residentieel en Dagbehandeling krijgen hulpverlening van De La Salle, een orthopedagogisch centrum voor LVG-jeugdigen in Boxtel. De groep Thuiswonend bezoekt de Michaelschool, een REC-4 school voor moeilijk lerende kinderen. Deze school bevindt zich op het terrein van De La Salle. De La Salle en de Michaelschool zijn beide onderdeel van Stichting Koraal Groep.

De groep Residentieel bestaat uit 117 jeugdigen met een leeftijd van 8 tot 17 jaar. Ze zijn afkomstig uit twee groepen voor intensieve behandeling (Meander en Linde). De groep Dagbehandeling bestaat uit 69 jeugdigen met een leeftijd van 6 tot 16 jaar. Een uitsluitcriterium is een eerdere residentiele opname of een plaatsing op de wachtlijst voor residentiele opname. De jeugdigen krijgen dagbehandeling op drie locaties (De Snaar, De Wijzer en De Schakel). De groep Thuiswonend omvat 33 jeugdigen met een leeftijd van 9 tot 17 jaar, die in Boxtel en omgeving wonen. Een uitsluitcriterium is een eerdere opname (zowel residentieel als dagbehandeling) of een plaatsing op de wachtlijst voor residentiele behandeling of dagbehandeling.

Jonker e.a. (2005) vermelden dat het percentage licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen dat gebruik maakt van zorg (waaronder residentiele behandeling en dagbehandeling vallen) in 2001 lag op 25%. Meer dan de helft van de nieuwe indicaties werd in 2001 echter afgegeven aan licht verstandelijk gehandicapten (Jonker e.a., 2005). De verwachting is dan ook dat dit percentage tussen 2001 en 2006 gestegen is. In dit onderzoek ligt het percentage licht verstandelijk gehandicapten die gebruik maken van zorg (residentiele behandeling of dagbehandeling) echter op 82%. Bij het interpreteren van de resultaten voor de totale onderzoeksgroep moet rekening worden gehouden met een over-representatie van jeugdigen die gebruik maken van zorg ten opzichte van jeugdigen die thuis wonen.

#### *Instrumenten*

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn vragenlijsten en dossiergegevens gebruikt. Uit het dossier van de jeugdigen is informatie verzameld met betrekking tot personalia, intelligentie en DSM-IV-classificatie(s) (American Psychiatric Association, 1994). De volgende vragenlijsten zijn gebruikt: de Child Behaviour Checklist 4/18 jaar (CBCL) (Verhulst e.a., 1996), de Schaal voor Extra Aandachtvragend Gedrag (SEAG) (Van Hattum, 1981) en de COM-lijst (Van den Bogaart e.a., 1989).

#### *Procedure*

Voor de groepen Residentieel en Dagbehandeling is de CBCL ingevuld door de opvoeders in de situatie van herkomst en de COM-lijst wordt door de plaatsende instantie ingevuld. Tijdens verblijf wordt de SEAG door de groepsleiding ingevuld. Bij de groep Thuiswonend hebben ouders de CBCL en de leerkracht de COM en de SEAG ingevuld. Daarnaast is er bij alle groepen dossieronderzoek verricht om, waar mogelijk, een DSM-diagnose te verkrijgen. Wat de DSM-diagnose betreft is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande DSM-diagnoses in het dossier van de jeugdige. Indien er geen diagnose beschikbaar was, is aan de orthopedagoog verbonden aan respectievelijk de groep of de klas van de jeugdige gevraagd een indicatie van een DSM-diagnose te geven. Het gevolg hiervan is dat deze indicaties van DSM-problematiek enkel als zodanig mogen worden gezien en niet als een officiële diagnose. Omdat de gegevens afkomstig zijn van verschillende informanten, verschilt het aantal jeugdigen per analyse.

## Resultaten

De totale onderzoeksgroep bestaat uit licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen en is onderverdeeld in jeugdigen die residentieel behandeld worden, jeugdigen die dagbehandeling krijgen en jeugdigen die thuis wonen. Een Chi-kwadraattoets wijst uit dat de verdeling naar geslacht in de groepen gelijk is ( $\chi^2 = 0,14$ ;  $p = 0,934$ ). Voor alle drie de groepen is deze verdeling 75% man, 25% vrouw.

Een ANOVA wijst uit dat de verdeling naar leeftijd niet gelijk is tussen de groepen ( $F = 21,55$ ,  $p < 0,001$ ). Een post-hoc toets wijst uit de groep Dagbehandeling significant jonger is ( $M = 11,7$  jaar) dan de groep Thuiswonend ( $M = 13,8$ ) en de groep Residentieel ( $M = 13,9$ ). Om die reden is leeftijd als co-variant meegenomen in de verdere analyses.

### Intelligentie

Intelligentie is verdeeld in verbale intelligentie, performale intelligentie en totale intelligentie. In Tabel 1 zijn de gemiddelde IQ-scores weergegeven en is de totale onderzoeksgroep verdeeld in jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap ( $50 \leq IQ \leq 69$ ), zwakbegaafdheid ( $70 \leq IQ \leq 84$ ) en een beneden gemiddelde intelligentie ( $IQ \geq 85$ ).

Tabel 1. Gemiddelde intelligentie en percentage jeugdigen dat valt in de range licht verstandelijk gehandicapt, zwakbegaafd en beneden gemiddeld intelligent

	M	Sd.	$50 \leq IQ \leq 69$	$70 \leq IQ \leq 84$	$IQ \geq 85$
VIQ	73,0	9,21	36,2%	50,2%	13,5%
PIQ	78,2	11,0	21,6%	47,1%	31,3%
TIQ	73,0	8,41	37,2%	55,0%	7,8%

Minder dan de helft van de jeugdigen heeft een totaal IQ-score lager dan 70 (37,2%). Slechts een klein van de jeugdigen (7,8%) heeft een totaal IQ-score boven de range 50-85, het spectrum lichte verstandelijke handicap zoals voorgesteld door het Landelijk Kenniscentrum LVG.

Er is geen significant verschil in gemiddelde totale, verbale en performale intelligentie tussen jeugdigen die residentieel behandeld worden, jeugdigen die dagbehandeling krijgen en jeugdigen die thuis wonen.

### Psychiatrische problematiek

De (indicatie van een) DSM-diagnose geeft een beeld op welk vlak de problematiek van de jeugdige zich bevindt. Hierbij moet vermeld worden dat niet alle DSM-diagnoses een indicatie zijn voor psychiatrische problematiek, zoals bijvoorbeeld Verwaarlozing/Misbruik/Mishandeling en een Relatieprobleem. Het begrip psychiatrische problematiek moet in dit opzicht dan ook ruim worden gezien. In Tabel 2 worden de indicaties voor de DSM-diagnoses weergegeven voor de totale groep, de jeugdigen die residentieel behandeld worden, de jeugdigen die dagbehandeling krijgen en de jeugdigen die thuis wonen.

Over de totale groep hebben 34 jeugdigen geen indicatie voor een DSM-diagnose gekregen (15,5%), voor de jeugdigen die residentieel behandeld worden zijn dit 13 jeugdigen (11,1%), voor de jeugdigen die dagbehandeling krijgen zijn dit 10 jeugdigen (14,5%) en voor de jeugdigen die thuis wonen zijn dit 11 jeugdigen (33,3%). Omdat het aantal jeugdigen zonder diagnose sterk verschilt per groep en dit de vergelijking tussen de groepen

zou beïnvloeden, zijn zij uitgesloten van deze analyse. Voor de overzichtelijkheid zijn inhoudelijk samenhangende diagnoses geclusterd. Met behulp van een Chi-kwadraat toets is gekeken of er verschillen zijn in indicaties voor DSM-diagnoses tussen de drie groepen (zie Tabel 2).

Tabel 2. DSM-diagnose bij totale onderzoeksgroep (N=185), bij opname op de residentiële behandeling (N=104) en dagbehandeling (N=59) en bij thuiswonende LVG-jeugdigen (N=22)<sup>1</sup>

	Totaal		Residentieel		Dag-behandeling		Thuis-wonend		P <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	N	%	
ODD/CD	94	50,8	69	66,4	14	23,7	11	50,0	< <b>0,001</b>
ADHD	78	42,2	49	47,1	25	42,4	4	18,2	<b>0,032</b>
Relatieprobleem <sup>3</sup>	65	35,1	30	28,9	27	45,8	8	36,4	0,238
Reactieve hechtingsstoornis	37	20,0	27	26,0	8	13,6	2	9,1	<b>0,036</b>
PDD-NOS/autisme	29	15,7	16	15,4	8	13,6	5	22,7	0,516
Verwaarlozing/misbruik/mishandeling	23	12,4	19	18,3	4	6,8	0	0,0	<b>0,011</b>
Angststoornis <sup>4</sup>	13	7,0	10	9,6	1	1,7	2	9,1	0,115
Encopresis/enuresis	5	2,7	4	3,9	0	0,0	1	4,6	0,262
Leerstoornis <sup>5</sup>	5	2,7	0	0,0	1	1,7	4	18,2	<b>0,000</b>
Gilles de la Tourette	4	2,2	3	2,9	1	1,7	0	0,0	0,637

<sup>1</sup> Per jeugdige zijn er meerdere antwoorden mogelijk

<sup>2</sup> Vetgedrukte p-waardes zijn significant bij een  $\alpha$  van 0,05

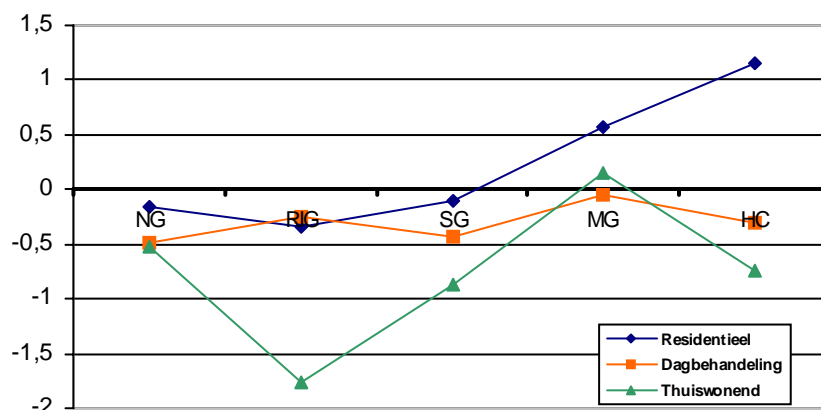
<sup>3</sup> Relatieproblemen omvat: Ouder-Kind Relatieprobleem, Partner-relatieprobleem, Relatieproblemen tussen kinderen en Relatieprobleem NAO

<sup>4</sup> Angststoornis omvat: Angststoornis NAO, Posttraumatische Stresstoornis, Separatieangststoornis en Generaliseerde Angststoornis

<sup>5</sup> Leerstoornis omvat: Leerstoornis NAO, Leesstoornis en Studieprobleem

Opvallend is dat bij ongeveer de helft van de jeugdigen die een indicatie voor een DSM-diagnose toegewezen hebben gekregen, de indicatie Oppositioneel-opstandige Gedragsstoornis of Gedragsstoornis is gesteld. Voor ADHD is dit ruim 40%. Deze stoornissen zijn dus zeer veel voorkomend bij de doelgroep licht verstandelijk gehandicapten. Ook een Relatieprobleem (Ouder-Kind relatieprobleem, Partner-relatieprobleem, Relatieproblemen tussen kinderen en Relatieprobleem NAO) komt veel voor (35%).

Significante verschillen tussen de groepen worden gevonden op het voorkomen van een Oppositioneel-opstandige gedragstoornis en Gedragsstoornis, Reactieve hechtingsstoornis, Verwaarlozing/misbruik/mishandeling en een Leerstoornis. Laatstgenoemde diagnoses komen het meest voor bij jeugdigen die residentieel behandeld worden, met uitzondering van een leerstoornis. Leerstoornissen komen het meest voor bij jeugdigen die thuis wonen en worden niet genoemd bij jeugdigen die residentieel behandeld worden. Gilles de la Tourette en Verwaarlozing/misbruik/mishandeling worden niet genoemd bij jeugdigen die thuis wonen. Encopresis en enuresis worden niet genoemd bij kinderen die dagbehandeling krijgen.



*Figuur 2. Gemiddelde COM-scores residentiële behandeling, dagbehandeling en thuiswonende LVG-jeugdigen (NG: Normaliteit van de gezinssituatie; RIG: Kwaliteit van de relaties in het gezin; SG: Sociabiliteit van het gezin; MG: Maatschappelijke moeilijkheden van het gezin; HC: Hulpverleningscarrière)*

#### *Gezinsproblemen*

Om de gezinssituatie in kaart te brengen is gebruik gemaakt van de COM-lijst. Deze lijst bevat vier variabelen, die kenmerken van de gezinssituatie beschrijven. De scores van de drie groepen zijn weergegeven in Figuur 2. Een positieve score wil zeggen dat de jeugdige meer problemen op het desbetreffende gebied ervaart dan een normgroep van geïnstitutionaliseerde jeugdigen. Een negatieve score wil zeggen dat de jeugdige minder problemen ervaart op deze gebieden dan de normgroep. Een score boven de 1 of onder de min-1 mag gezien worden als significant afwijkend.

De totale onderzoeksgroep van licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen ervaart gezinsproblemen. Enkel de jeugdigen die thuis wonen ervaren weinig problemen met betrekking tot de kwaliteit van de relaties in het gezin.

De verschillen van de drie groepen zijn onderzocht met een MANOVA en bleken significant ( $\lambda=0,67$ ,  $p=0,001$ ). Met een post-hoc toets is gekeken welke groepen onderling verschillen. De kwaliteit van de gezinsrelaties voor groep Thuiswonend is hoger dan voor de groepen Residentieel en Dagbehandeling (RIG:  $F=9,27$ ,  $p<0,001$ ). Daarnaast zijn er meer maatschappelijke moeilijkheden van het gezin bij de groep Residentieel dan bij de groep Dagbehandeling (MG:  $F=3,27$ ,  $p=0,044$ ). Tenslotte heeft de groep Residentieel een langere hulpverleningscarrière achter de rug dan de groepen Dagbehandeling en Thuiswonend (HC:  $F=30,363$ ,  $p=0,000$ ).

#### *Gedragsproblemen*

Om de mate en de ernst van gedragsproblemen te meten is gebruikt gemaakt van de SEAG en de CBCL. Een (deciaal)score van 8 of hoger op de SEAG duidt op gedragsgestoordheid van de jeugdige. De gemiddelde score op de SEAG ligt net onder een decielscore 8. Voor



de CBCL geldt dat een internaliserende, externaliserende of totaalscore boven de 63 gezien kan worden als klinisch significant. De totale onderzoeksgroep scoort op de CBCL op de drie schalen gemiddeld boven de 63. Er is sprake van klinisch significant probleemgedrag, zowel op internaliserend als op externaliserend gebied.

Om de verschillen tussen de drie groepen te onderzoeken is er een MANOVA uitgevoerd op externaliserende problemen en internaliserende problemen en een ANOVA op totale problemen. Bij significante resultaten is er een post-hoc toets gedaan om te kijken welke groepen van elkaar verschillen. De gemiddelde scores op internaliserende, externaliserende en totale problematiek zijn weergegeven in Tabel 3.

Tabel 3. SEAG- en CBCL-scores totale onderzoeksgroep en de groepen Residentieel, Dagbehandeling en Thuiswonend

	Totaal		Residentieel		Dagbehandeling		Thuiswonend		F	P
	M	Sd.	M	Sd.	M	Sd.	M	Sd.		
SEAG	7,59	2,47	8,12	2,10	7,57	2,41	4,58	2,57	19,69	<0,001*
Internaliseren	63,4	8,85	65,0	7,78	62,4	9,49	57,9	10,45	5,30	0,006*
Externaliseren	72,9	10,29	76,2	8,77	69,4	9,96	64,7	12,11	16,05	<0,001*
Totaal	71,1	9,43	73,8	7,62	69,0	10,15	63,1	10,91	12,93	<0,001*

\*Significant bij  $\alpha = 0,05$

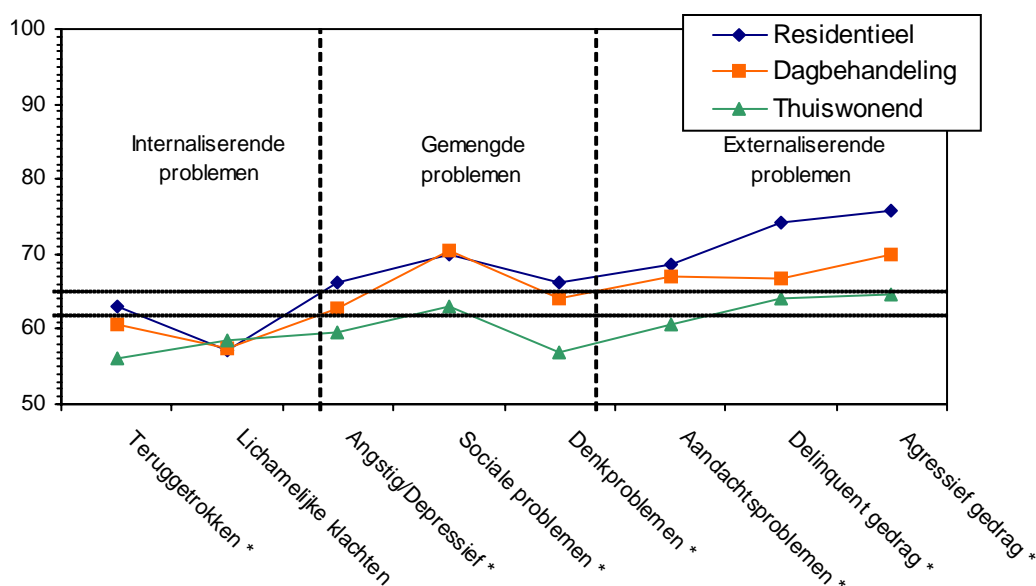
Op de SEAG (zie Tabel 3) komt naar voren dat de drie groepen verschillen op de mate van gedragsproblemen. De groep Thuiswonend vertoont significant minder gedragsproblemen dan de groep Residentieel en Dagbehandeling. De groep Residentieel is aan te merken als gedragsgestoord. Er is maar een klein, niet significant, verschil met de groep Dagbehandeling.

Het verschil in internaliserende, externaliserende en totale problemen op de CBCL tussen jeugdigen die residentieel behandeld worden, jeugdigen die dagbehandeling krijgen jeugdigen die thuis wonen is significant. Jeugdigen die residentieel behandeld worden laten meer externaliserende en totale problemen zien dan jeugdigen die dagbehandeling krijgen en jeugdigen die thuis wonen. Daarnaast laten jeugdigen die residentieel behandeld worden meer internaliserende problemen zien dan jeugdigen die thuis wonen. Naast deze totaalscores heeft de CBCL aparte scores voor verschillende syndromen. Deze resultaten zijn weergegeven in Figuur 3.

In Figuur 3 is te zien dat de groepen Residentieel en Dagbehandeling op alle syndroomschalen in de borderline of in de klinische range scores, met uitzondering van Lichamelijke klachten. Jeugdigen die thuis wonen scoren op Sociale problemen, Delinquent gedrag en Agressief gedrag in de borderline range.

De scores op de syndroomschalen zijn geanalyseerd met een MANOVA en uit deze resultaten komt naar voren dat er een significant verschil tussen de drie groepen bestaat. Hierna zijn ANOVA's uitgevoerd op alle syndroomschalen en, indien significant, post-hoc toetsen. Op alle syndroomschalen is een significant groepseffect gevonden met uitzondering van Lichamelijke klachten. De groep Residentieel vertoont meer Teruggetrokken gedrag ( $F=5,61$ ;  $p=0,004$ ) en Angstig/depressief gedrag ( $F=4,25$ ;  $p=0,016$ )

dan de groep Thuiswonend. Er is geen verschil tussen deze twee groepen enerzijds en jeugdigen die dagbehandeling krijgen anderzijds. Jeugdigen die thuis wonen hebben minder Sociale problemen ( $F=3,94$ ;  $p=0,021$ ), Denkproblemen ( $F=6,10$ ;  $p=0,003$ ) en Aandachtsproblemen ( $F=6,49$ ;  $p=0,002$ ) dan jeugdigen die dagbehandeling krijgen of residentieel behandeld worden. De groep Residentieel vertoont meer Delinquent ( $F=13,89$ ;  $p<0,001$ ) en Agressief gedrag ( $F=11,22$ ;  $p<0,001$ ) dan de groepen Dagbehandeling en Thuiswonend.



Figuur 3. CBCL Syndroomschalen residentieële behandeling, dagbehandeling en thuiswonende LVG-jeugdigen (\* = Significant bij  $\alpha=0,05$ )

### Discussie

Het doel van dit onderzoek was een aanzet te geven om het model van het Landelijk Kenniscentrum LVG te onderbouwen en dan met name de variabelen intelligentie, psychiatrische stoornissen, gezinsproblemen en gedragsproblemen. Bij alle resultaten voor de totale groep moet rekening gehouden worden met een oververtegenwoordiging van jeugdigen die residentieel behandeld worden of dagbehandeling krijgen en dat het onderzoek is uitgevoerd op de populatie jeugdigen van één instelling. Voor het grootste deel van de LVG-jeugdigen uit dit onderzoek valt de intelligentie tussen de 70 en 85. Dit ondersteunt de uitspraak van het Landelijk Kenniscentrum LVG dat veel van deze jeugdigen gebruik maken van de LVG-zorg (Verstegen, 2005). Wat psychiatrische stoornissen betreft valt op dat bij slechts een klein gedeelte van de LVG-jeugdigen uit dit onderzoek geen indicatie voor een DSM-diagnose is gegeven. Dit duidt erop dat psychiatrische problematiek veel voorkomt bij deze jeugdigen. Dit komt overeen met de stelling van Embregts (2000) dat licht verstandelijke gehandicapte jeugdigen meer psychopathologische stoornissen vertonen. Ook bij jeugdigen die thuis wonen heeft slechts

een derde van deze jeugdigen geen indicatie voor een diagnose gekregen. Veel voorkomend zijn een Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis, een Gedragsstoornis en ADHD.

Gezinsproblemen komen ook veel voor bij de LVG-jeugdigen uit dit onderzoek en dan vooral maatschappelijke moeilijkheden in het gezin. Ook jeugdigen die thuis wonen ervaren op deze variabele meer problemen dan de normgroep van geïnstitutionaliseerde jeugdigen. Tenslotte is gekeken naar gedragsproblemen. De LVG-jeugdigen uit dit onderzoek laten klinisch significante externaliserende en internaliserende problemen zien. De externaliserende problemen komen als het meest ernstig naar voren. Op externaliserende problemen scoren ook de jeugdigen die thuis wonen gemiddeld in het grensgebied tussen een normale en een klinische score. Mash en Wolfe (2002) stelden al dat emotionele of gedragsproblemen 4 tot 6 keer meer voorkomen bij jeugdigen met een verstandelijke beperking, dan in de algemene populatie. Concluderend kan gezegd worden dat de resultaten van dit onderzoek de hypothesen 1 tot en met 3 onderschrijven die gesteld zijn in de inleiding: er komt bij de LVG-jeugdigen regelmatig psychiatrische problematiek en gezinsproblematiek voor; daarnaast vertonen deze jeugdigen significante gedragsproblemen. Deze problemen worden ook regelmatig gezien bij jongeren die thuis wonen.

Dit onderzoek tracht ook een vergelijking te maken tussen LVG-jeugdigen die residentieel behandeld worden, LVG-jeugdigen die dagbehandeling krijgen en LVG-jeugdigen die thuis wonen. De drie groepen verschillen niet op intelligentie. De indicaties voor de psychiatrische diagnoses Oppositioneel-opstandige gedragstoornis, Gedragsstoornis, Reactieve hechtingsstoornis en Verwaarlozing/misbruik/mishandeling komen meer voor bij jeugdigen die residentieel behandeld worden. De indicatie voor een Leerstoornis komt het meest voor bij jeugdigen die thuis wonen. Waarschijnlijk uit de lichte verstandelijke handicap van deze jeugdigen zich vaker voornamelijk op didactisch vlak, terwijl bij de jeugdigen die behandeld worden leerproblemen door overige (gedrags)problemen overschaduwed worden. Hypothese 4 wordt dus gedeeltelijk onderschreven: bij jeugdigen die residentieel behandeld worden is er vaker sprake van (een indicatie van) een psychiatrische stoornis. Bij jeugdigen die thuis wonen is er minder vaak sprake van (een indicatie van) een psychiatrische stoornis, met uitzondering van een leerstoornis.

De drie groepen verschillen op gezinsproblemen. Met name de kwaliteit van de gezinsrelaties is beter voor jeugdigen die thuis wonen. Daarnaast zijn de maatschappelijke moeilijkheden van het gezin groter voor jeugdigen die residentieel behandeld worden dan voor jeugdigen die dagbehandeling krijgen. Dit duidt erop dat een goede kwaliteit van de gezinsrelaties kan voorkomen dat jongeren behandeling nodig hebben en maatschappelijke moeilijkheden van het gezin een risicofactor zou kunnen zijn voor het krijgen van residentiële behandeling. Anderzijds kunnen ernstige gedragsproblemen de gezinsrelaties extra op de proef stellen en de kwaliteit hiervan doen afnemen. Tenslotte hebben jeugdigen die residentieel behandeld worden een langere hulpverleningscarrière achter de rug. Dit duidt erop dat jeugdigen vaak al meerdere vormen van hulpverlening (waaronder bijvoorbeeld dagbehandeling) achter de rug hebben wanneer zij residentiele behandeling krijgen. Dit komt overeen met de opvatting van Moonen en Verstegen (2006) dat LVG-jeugdigen in de meeste gevallen blijvend een beroep zullen doen op vormen van begeleiding en opvang. Deze resultaten met betrekking tot gezinsproblemen onderschrijven hypothese 5: de jeugdigen die thuis wonen ervaren minder gezinsproblemen, met name op kwaliteit van de gezinsrelaties en jeugdigen die residentieel behandeld worden ervaren meer gezinsproblemen, voornamelijk maatschappelijke problemen van het gezin.

Jeugdigen die residentieel behandeld worden laten meer externaliserende en totale problemen zien dan jeugdigen die dagbehandeling krijgen en jeugdigen die thuis wonen en dan met name agressief en delinquent gedrag. Daarnaast laten jeugdigen die residentieel behandeld worden meer internaliserende problemen zien dan jeugdigen die thuis wonen en dan met name teruggetrokken en angstig/depressief gedrag. Dit duidt er op dat de problematiek van jeugdigen die residentieel behandeld worden ernstiger is dan die van jeugdigen die dagbehandeling en jeugdigen die thuis wonen. Het verschil met jeugdigen die thuis wonen is groter dan het verschil met jeugdigen die dagbehandeling krijgen. Dit komt overeen met hypothese 6, die daarmee wordt onderschreven.

Concluderend kan gezegd worden dat dit onderzoek het model van het Landelijk Kenniscentrum LVG onderschrijft. Het grootste deel van de LVG-jeugdigen uit dit onderzoek heeft een IQ-score tussen 70 en 85, psychische problemen en gezinsproblemen komen regelmatig voor en deze jeugdigen vertonen klinisch significante gedragsproblemen. De mate van gedragsproblemen en gezinsfactoren (kwaliteit van de gezinsrelaties en maatschappelijke moeilijkheden van het gezin) lijken een grote rol te spelen in de beslissing of er hulp wordt gezocht. Lange hulpverleningstrajecten eindigen vaak in residentiele behandeling. Vanuit dit oogpunt lijkt de benaming 'licht verstandelijk gehandicapt' misleidend. De problemen waar deze jeugdigen mee te maken krijgen zijn alles behalve licht en leiden vaak tot een langdurige, zo niet chronische, behoefte aan ondersteuning. Het is belangrijk dat deze jeugdigen de zorg krijgen die zij zo hard nodig hebben op een plek waar er aandacht is voor en kennis is van de veelzijdige problematiek waar deze jeugdigen zo vaak mee te maken krijgen.

## Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV)*. Washington, DC: Author.
- Baker, B.L., Blacher, J., Kopp, C.B. & Kreamer, B. (1997). Parenting children with mental retardation. *International Review of Research in Mental Retardation*, 20, 1-45.
- Boogaart, P.M.H. van den, Mesman-Schultz, K., Naayer, P.M.H. & Zandberg, T. (1989). *Instrument voor programma-evaluatie in de residentiele jeugdhulpverlening: COM-UV. Betrouwbaarheid en validiteit*. Leiden: Centrum Onderzoek Jeugdhulpverlening.
- Corstiaans, D. A., & Hilst, N. G. C. van (2001). *Gedragsproblemen en de gezinssituatie van jeugdigen op de Afdeling Intensieve Behandeling*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Denteneer, K. M. G., Jansen, M.G., & Feltzer, M.J.A. (2005). Een investering waard: Doelgroepbeschrijving en follow-up onderzoek naar jeugdigen uit een achtervangvoorziening voor licht verstandelijk gehandicapten in Noord-Brabant. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 44, 459-471.
- Embregts, P. J. C. M. (2000). Gedragsproblemen bij licht verstandelijk gehandicapten. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 39, 65-72.
- Endschot, M.M.C.P. van, Jansen, M.G., & Feltzer, M.J.A. (in voorbereiding). *LVG in beeld: een doelgroepbeschrijving en follow-up onderzoek in een instelling voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen*.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J. C. van, & Groot, C. J. (2000). Documentatie van tests en testresearch in Nederland, deel I en II. Assen: Van Gorcum.
- Hattum, A. G. van (1981). *S.E.A.G. Schaal voor ekstra aandachtvragend gedrag*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Heltzel, M. (2003). *Wonen in ontwikkeling: doelgroepbeschrijving en follow-up onderzoek naar de (voormalig) bewoners van de Afdeling Intensieve Behandeling in de periode van januari 2001 tot juli 2002*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Hoof, E. F. M. van, & Pellen, J. (1996). Naschoolse dagbehandeling van licht verstandelijk gehandicapte kinderen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 35, 466-473.

- Jonker, J., Ooms, I. & Stevens, J. (2005). *Zorg voor verstandelijk gehandicapten: ontwikkelingen in de vraag*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Mash, E.J. & Wolfe, D.A. (2002). *Abnormal Child Psychology* (second edition). Belmont USA: Wadsworth.
- Moonen, X. & Verstegen, D. (2006). LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek en Praktijk. Tijdschrift voor de LVG-zorg, 1*, 23-28.
- Verhulst, F. C., Ende, J. van der & Koot, H.H. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Verstegen, D. (2005). Zorg voor mensen met een lichte verstandelijke handicap met meervoudige problematiek. *Onderzoek & Praktijk. Tijdschrift voor de LVG-zorg, 1*, 5-8.
-

## **ONDERWIJS EN ZORG TWEE WERELDEN VOOR ÉÉN KIND**

*Henk Schipper<sup>2</sup>*

*Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen stellen opvoeders voor grote problemen. Dat is zichtbaar in gezin, school en in zorginstellingen. Hoe ingewikkelder de opvoedingsvragen, hoe beter de opvoeders zich op elkaar zullen afstemmen – zou je denken.....In de praktijk blijkt helaas het tegendeel vaak het geval te zijn. Er bestaan wachttijden voor de zorg en er zijn thuiszitters die geen onderwijs ontvangen. En soms versterkt het een het ander nog eens. In dit artikel wordt een inkijk gegeven in de plaatsingsproblematiek van het onderwijs en in de wijze van afstemmen tussen instellingen voor onderwijs en zorg. Nadat dit is afgezet tegen de geldende wettelijke kaders uit beide velden worden voorbeelden gegeven van praktijken waar de afstemming tussen onderwijs en zorg vorm heeft gekregen (zie de drie Boxen in de tekst). Tenslotte wordt een poging ondernomen om de principes op te sporen die ten grondslag liggen aan praktijkvoorbeelden waar de twee werelden van onderwijs en zorg samenkomen in de ene leefwereld van het kind.*

### **Een plaats in de zorg, een plaats op een school en dan nog afstemmen op elkaar**

De leerplicht bestaat in Nederland al zo lang dat weinigen het zullen bestrijden wanneer over leerrecht gesproken wordt. Ieder kind heeft er recht op onderwijs te ontvangen dat bij zijn mogelijkheden past. Toch is er steeds een aantal jeugdigen dat om de één of andere reden geen onderwijs volgt. In veel gevallen zijn dit jongeren met een licht verstandelijke beperking en bijkomende gedragsproblemen. Het probleem van deze groep zogenoemde 'thuiszitters' is in 2002 in kaart gebracht door Radema, van der Steenhoven en van Veen (2003). In een breed opgezet onderzoek onder leerplichtambtenaren, scholen voor speciaal onderwijs en zorginstellingen voor LVG-jeugdigen traceerden zij 333 jeugdigen in de leeftijd tussen 4 en 16 jaar, waarvan met zekerheid kon worden vastgesteld dat zij, hoewel leerplichtig, geen onderwijs volgden. Rekening houdend met non-respons in het onderzoek en met aanvullende gegevens van de Onderwijs-Inspectie, kan geëxtrapoleerd worden dat het in totaal om een groep van tussen de 500 en 1000 jeugdigen gaat. Nogmaals: het betreft LVG-jeugdigen met bijkomende gedragsproblemen.

Als gekeken wordt naar de aard van de problematiek valt het op dat meer dan de helft van deze groep een IQ heeft tussen 70 en 85 en als laatste schoolvorm het onderwijs voor Zeer Moeilijk Opvoedbare Kinderen heeft bezocht. Een derde deel heeft een IQ tussen 60 en 70 en komt meestal van scholen voor speciaal basisonderwijs of van Praktijkscholen. Jeugdigen met een IQ tussen 50 en 60 maken slechts ongeveer 10% uit van de groep thuiszitters. Radema et al. (2003) wijzen in hun conclusies op het probleemversterkende effect van het gelijktijdig wachten op onderwijs en op een plaats in een zorg- of behandelinstelling.

Daarmee raken we aan het volgende probleem: goede hulp aan deze groep jeugdigen komt vaak onvoldoende van de grond door een gebrek aan afstemming tussen enerzijds het

---

<sup>2</sup> Drs. H.C. (Henk) Schipper is werkzaam als Orthopedagoog / GZ-psycholoog bij Kwadrant-Emaus en als Stafmedewerker bij het VOBC LVG

onderwijs en anderzijds ondersteuning vanuit een zorginstelling. De VOBC LVG heeft in 2006 en 2007 bijeenkomsten gehouden met vertegenwoordigers van aangesloten instellingen voor behandeling van LVG-jeugdigen en de daarmee samenwerkende scholen. Hierbij werd onder de deelnemers een eerste inventarisatie gehouden van belemmeringen voor een goed afgestemde hulpverlening. Dit liet zien dat de meeste blokkades werden ervaren bij niet op elkaar afgestemde procedures van indicatiestelling en toelating tot de school respectievelijk de instelling. Een tweede knelpunt werd ervaren in de verschillen in cultuur en praktische werkwijzen tussen beide velden, en, wellicht daarmee samenhangend, onduidelijkheden in het nemen van verantwoordelijkheid voor de jeugdigen.

Geen nieuwe berichten, wel voldoende materiaal om op zoek te gaan naar factoren die een betere afstemming kunnen bevorderen.

### **Actuele beleidskaders en ontwikkelingen**

Een van de belangrijkste uitgangspunten voor het onderwijsbeleid van de laatste tien jaren is het tot staan brengen van de groei van het speciaal onderwijs. Het rugzakje moest het mogelijk maken zo veel mogelijk leerlingen, met aanvullende ondersteuning, binnen het regulier onderwijs te houden (WSNS - weer samen naar school). Alleen wanneer dat als gevolg van zeer bijzondere handicaps of tekorten niet mogelijk blijkt te zijn kan een vorm van speciaal onderwijs in aanmerking komen.

Inmiddels is gebleken dat in enkele jaren tijd het aantal geïndiceerde leerlingen voor speciale vormen van onderwijs met 50% is gegroeid<sup>3</sup>, voornamelijk het aantal rugzakleerlingen. Maar ook de (V)SO-scholen zijn blijven groeien.

De zogeheten rugzakleerlingen krijgen een budget mee dat gebruikt kan worden voor de betaling van specialistische ondersteuning van het onderwijs binnen de reguliere school.

Het speciaal onderwijs is ingedeeld in vier clusters, te weten

- cluster 1 voor kinderen met visuele stoornissen
- cluster 2 voor kinderen met communicatieve stoornissen (doof/slechthorend, spraak/taal en soms worden hiertoe ook vormen van autisme gerekend)
- cluster 3 voor zeer moeilijk lerende kinderen en meervoudig gehandicapte kinderen
- cluster 4 voor kinderen met gedrags- en psychiatrische stoornissen.

De toelating voor één van deze vormen van onderwijs is afhankelijk van het oordeel van een Commissie van Indicatiestelling. Voor goed begrip: dat is niet dezelfde als de indicatiestelling door het CIZ voor AWBZ-gefinancierde hulpvormen.

Bij de hulpverlening aan LVG-jeugdigen met gedragsproblemen levert deze werkwijze veel 'tussen de wal het schip'- problemen op. Een bekende patstelling is die tussen cluster 3 en 4. Moet een LVG-jeugdige (met een IQ tussen 55 en 70) met gedragsstoornissen nu naar een cluster 3-school op basis van zijn verstandelijke beperking - de school zal kunnen vastlopen op zijn gedragsproblemen - of moet hij naar een cluster 4 school op basis van de gedragsstoornis - die school zal echter met hem vastlopen omdat deze niet is afgestemd op de beperkte verstandelijke vermogens. Hij komt dus thuis te zitten omdat hij naar beide richtingen geen plaats krijgt, of hij krijgt wel een plaats maar loopt al snel weer vast.

Het onderzoek van Radema c.s. heeft laten zien dat dit beloop in het bijzonder ook geldt voor jongeren met een IQ tussen 70 en 85. Hoewel zij strikt genomen niet als LVG kunnen

---

<sup>3</sup> Bron: brief van staatssecretaris Dijkzma aan de Tweede Kamer d.d 25 juni 2007.

worden aangemerkt, leert de praktijk van de hulpverlening aan deze groep dat een aanpak op basis van LVG-methodieken de beste is voor hen. We hebben al gezien dat deze patstelling juist bij deze groep het meest voorkomt.

Een andere patstelling is die tussen instellingsopname en schoolplaatsing: zonder schoolplaatsing geen instellingsplaats (en vice versa), terwijl in de wachttijd de problemen alleen maar toenemen waardoor een nieuwe indicatiestelling voor school of AWBZ-zorg noodzakelijk wordt.

#### *Hoe de vastlopers weer vlot te trekken?*

De wetgever heeft er in zijn algemeenheid in voorzien te voorkomen dat jeugdigen overal tussenin zouden vallen, namelijk door het instellen van Regionale Expertise Centra (REC). Deze REC's moeten er toe bijdragen dat de omvang van het speciaal onderwijs niet toeneemt, of beter nog: afneemt. Ook moeten zij er toe bijdragen dat de gezamenlijke onderwijszorgplicht (dat is: het realiseren van passend onderwijs) tot zijn recht komt. Ook worden uitgangspunten beleden als: flexibele leerlingenzorg, maatwerk, sluitende arrangementen.

Kortom: schijnbaar tegenstrijdige krachten die toch bij elkaar gebracht moeten worden. De werkwijze is als volgt. Het staat de ouders vrij hun kind aan te melden bij de reguliere school naar hun eigen keuze. Deze school heeft dan de verantwoordelijkheid te zorgen voor passend onderwijs. Voor alle duidelijkheid: dat betekent niet dat die school dit onderwijs persé zelf moet uitvoeren. In overleg tussen ouders en school kan gekozen worden voor het aanvragen van een rugzakje, of voor het aanvragen van een indicatie voor speciaal onderwijs. Het is op deze wijze de uitvoerbare verplichting van de school om er voor te zorgen dat het kind een passend onderwijsaanbod krijgt.

Volgt er een indicatie voor een rugzakje, dan kan het beschikbare geld besteed worden aan speciale ondersteuning van de leerling binnen de reguliere school. Als er een indicatie voor speciaal onderwijs volgt, dan wordt het kind aangemeld bij het REC. Het REC is het samenwerkingsverband dat per regio is samengesteld uit de scholen voor speciaal onderwijs die samen alle vier de clusters vertegenwoordigen. Het REC zal het kind op de school voor speciaal onderwijs plaatsen die het best bij hem past.

In 2011 zou het zo ver moeten zijn dat er een landelijk dekkende infrastructuur van regionale netwerken bestaat. 'Binnen deze netwerken kunnen schoolbesturen hun verplichting vormgeven om passend onderwijs te bieden voor elke leerling. Dat betekent dat voor alle leerlingen een onderwijsaanbod is ontwikkeld, geen leerlingen op wachtlijsten staan en/of thuiszitten'(einde citaat uit brief aan TK, 25 juni 2007).

Toch is het te voorzien dat niet alle complicaties daarmee zijn opgelost. Bijvoorbeeld wanneer het passend onderwijsaanbod ver buiten de woonplaats van het gezin ligt. Compromissen zijn dan soms onvermijdelijk en het risico van het vastlopen van het kind in het onderwijs neemt dan weer toe. En ook zal de verplichting tot het bieden van passend onderwijs binnen het REC nog niet altijd betekenen dat de school is opgewassen tegen de soms ingewikkelde en persistente problemen waarvoor het kind hen stelt. Zoals we eerder zagen bij de thuiszitters zijn jongeren met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen hier veel voorkomende voorbeelden van. Wat op papier een sluitend systeem lijkt, zal dus in de praktijk ook niet altijd tot een oplossing leiden.



Een bijzondere situatie ontstaat als de jeugdige wordt opgenomen in een behandelinstelling. Wanneer dit een instelling is waar geen school aan verbonden is, zijn er twee indicaties nodig: één voor AWBZ-financiering van de behandelplaats, af te geven door het CIZ en één voor plaatsing op een school voor speciaal onderwijs, af te geven door de Commissie voor Indicatiestelling. Beide met hun eigen procedures en vraagstellingen. Het behoeft geen betoog dat dit veel administratief werk met zich meebrengt, en dat een goede afstemming afhankelijk is van een ouder of hulpverlener die de weg kent en daarin doortastend weet op te treden.

Wanneer de jeugdige (op basis van een CIZ-indicatie) wordt opgenomen in een behandelinstelling waaraan ook een school verbonden is, wordt het in veel gevallen eenvoudiger. Deze behandelinstellingen hebben afspraken gemaakt met de inspecties voor onderwijs en gezondheidszorg, waarin is vastgelegd dat toelating tot de behandelinstelling tevens toelating tot de bijbehorende school omvat.

### **Afstemming tussen onderwijs en zorg – hoe kan het beter?**

Los van bestaande kaders in beleid en regelgeving gaat het in de eerst plaats om durf en daadkracht. “Begin gewoon met dat wat nodig is te doen. Als je iets goeds tot stand brengt kun je dat later altijd formeel afhechten”, aldus Jaap van Petegem in zijn voordracht in de tweede bijeenkomst Onderwijs&Zorg van de VOBC LVG.<sup>4</sup> In de drie Boxen worden voorbeelden beschreven van samenwerkingspraktijken die tot stand kwamen door aan te pakken wat mogelijk en werkbaar was.

Dit pro-actieve uitgangspunt spreekt ook uit de voorbeelden van samenwerking die Radema, van Veen, Verheij, Wouters et al. (2005) beschreven in de publicatie “Samen beter, beter samen”. Deze auteurs komen tot de conclusie, dat de problematiek van ‘(zeer) moeilijk plaatsbare leerlingen’ voor een groot deel oplosbaar is binnen bestaande kaders. Maar zij maken één uitzondering, namelijk voor ‘... de groep waarbij ook zml-problematiek een rol speelt.’ (‘zml’ en kinderen met ASS). We komen daar dadelijk nog op terug. Eerst zien we toch een aantal goed lopende praktijken van samenwerking bij VOBC-lidinstellingen. Daarbij vallen een aantal parallellen op die telkens genoemd worden als succesfactoren.

- er zijn korte lijnen tussen de zorginstelling en de school, vaak gedragen door enkele met elkaar bekende personen. Dat kan overigens direct ook de kwetsbaarheid zijn van persoonsafhankelijk succes.
- De samenwerking op de werkvloer wordt formeel bekrachtigd door management/directies, in een formeel document.
- De ouders blijven in een direct betrokken positie. De weg naar school blijkt vaak gemakkelijker te gaan, dan die naar een zorginstelling. In meerdere voorbeelden wordt daarom gekozen voor een eerste ingang bij de school.
- De persoonlijke samenwerking brengt gesprek op gang over visie en uitgangspunten. Er wordt steeds gesproken over een toename in gemeenschappelijkheid van visie op onderwijs en hulpverlening.
- Bij het opstellen van onderwijs- en behandelplannen, ook als die voor zorg en onderwijs afzonderlijk moeten worden beschreven, wordt dit steeds met wederzijdse deelname gedaan. Hetzelfde geldt voor evaluaties. Het principe ‘één-kind-één-plan’ komt op deze manier dichterbij.

---

<sup>4</sup> Jaap van Petegem is zelfstandig adviseur op het gebied van jeugdhulpverlening, welzijnswerk en scholen.

Een positief effect dat genoemd wordt is de preventieve werking van veelal vroegtijdiger samenwerking. Het gedragsbeeld van de jongere kan eerder worden bijgestuurd en uithuisplaatsing blijkt vaak te voorkomen.

### **Box 1**

#### *Een nieuw initiatief*

Buitenschoolse Begeleiding (BSB) door Stichting de Reeve in samenwerking met scholen voor Praktijkonderwijs en speciaal basisonderwijs in Flevoland (meerdere vestigingen).

#### *Hoe het begon*

Scholen en ouders maken zich zorgen over doelloos gedrag buiten schooltijd van kwetsbare leerlingen (meestal LVG). De school kent de naschoolse dagbehandeling van de Reeve en stelt de vraag of een lichtere vorm, begeleiding zonder behandeling, ook mogelijk is. Voor de Reeve zou dit een optimale vorm kunnen zijn om risicojongeren vroegtijdig in het zicht te krijgen, en zo eventuele behandeling op veel jongere leeftijd aan te bieden, wellicht residentiële opname te voorkomen, of zodanige ondersteuning van de ontwikkeling te bieden dat het gedrag van de jeugdige voor de ouders hanteerbaar blijft.

#### *Hoe het vorm kreeg*

Terwijl school en instelling mogelijkheden onderzoeken komt een tweede vraag van de school naar voren: de school zoekt een praktijkhuis, waar leerlingen kunnen oefenen met allerlei vaardigheden die nodig zijn om een huis te bewonen en te onderhouden. Kan het mooier? De Reeve, als instelling, kan een huis huren in de nabijheid van de school en dit gebruiken voor de BSB na schooltijd, de school heeft een praktijkhuis en komt een gedeeltelijke huurbetaling overeen met de Reeve voor onderwijsactiviteiten binnen schooltijd.

#### *Begeleiding, geen behandeling*

School en ouders maken zich zorgen over de risico's van deze sociaal-kwetsbare leerlingen. Voor behandeling in strikte zin is er geen aanleiding, wel voor goede begeleiding buiten schooltijd met een professioneel karakter. De school brengt de ouders in contact met de Reeve, die de jeugdige 1 tot 4 keer per week middagopvang kan bieden, samen met 6 anderen en 2 begeleiders, in de vorm van een activiteitenprogramma dat past bij de leeftijd en de belangstelling. Per begeleidingslocatie kunnen er ongeveer 14 leerlingen gebruik maken.

#### *Indicatie en financiering*

Het CIZ geeft op aanvraag van ouders/MEE een indicatie voor ondersteunende begeleiding, gemiddeld voor drie dagdelen. Op ZIN-basis kan de Reeve hiermee 1.5 fte financieren op basis van FWG 30, mbo-niveau – voldoende voor 5 maal per week met twee begeleiders.

Aan de andere kant van deze lijn staat de conclusie van Radema en van Veen c.s.: de thuiszitters zijn voor het merendeel kinderen met zml-problematiek die niet binnen de bestaande kaders zijn te helpen (lees: LVG-jeugdigen met complexe ontwikkelingsproblemen).

### **Box 2**

Kwadrant-regio Arkemeyde met vestiging in Nijkerk werkt intensief samen met de Praktijkschool Accent. Accent heeft leerlingen die verblijven in de residentiële vestiging van Arkemeyde. De orthopedagoog van de school ziet de goede effecten van therapeutische behandelingen die sommige leerlingen krijgen in Arkemeyde. Kan dat ook niet andersom? Vraagt zij zich af.

Voor sommige leerlingen zou een therapeutische behandeling buiten het onderwijsprogramma een goede aanvulling kunnen zijn op hun ontwikkeling. Bij eerste voorstellen aan ouders blijken er weerstanden te bestaan tegen een bezoek van hun kind op de locatie van Arkemeyde. Goede onderlinge bekendheid van therapeute (van Arkemeyde) en orthopedagoog (van Accent) biedt een voor de hand liggende oplossing voor dit probleem: overleg met ouders en therapeute in de school. En ook de eerste sessies van een therapie op locatie van de school. Zo neemt vanzelf de weerstand bij ouders en kind af. Na gewenning maakt de plaats van therapie niet meer uit.

Al werkende op deze wijze omstaat vanzelf een meer gezamenlijke visie op het kind en zijn ontwikkeling tussen school en instelling. Door het rechtstreeks overleg ook met leerkrachten te voeren vermindert het effect van de cultuurverschillen tussen onderwijs en zorg zoals die uit de praktijk bekend zijn.

Dit voorbeeld laat duidelijk zien hoe essentieel de mogelijkheid van rechtstreekse contacten tussen uitvoerende medewerkers is van de twee velden onderwijs en zorg.

Ervan uitgaande dat er geen sprake is van een residentiële opname voor behandeling pleiten zij voor die groep voor een verkleining van de klassedeler van 12 naar 8 en voor structurele inzet van programma's uit ondermeer de LVG-zorgsector. Als voorbeelden noemen zij naschoolse opvang en de mogelijkheid van een crisisopvang.

Dit zijn suggesties die feitelijk in de drie-milieus residentiële zorg worden toegepast (zie Box 3)

- een kleinere klassedeler
- directe samenwerking tussen onderwijs en zorginstelling, ook in de vorm van naschoolse opvang.
- gezamenlijkheid in opzet van behandel- en onderwijsprogramma

Tot slot maken we een uitstapje naar de maatschappelijke aandacht die de laatste tijd uitgaat naar probleemjongeren, veelal in achterstandwijken. Meer en meer wordt duidelijk dat jongeren met kenmerken van complexe LVG-problematiek hierbij zijn oververtegenwoordigd. De opname van grote aantallen jongeren uit deze groep in behandelinstellingen is daarbij geen uitvoerbare optie (de soms gehoorde roep om opvoedkampen ten spijt). Maar de genoemde uitgangspunten in de samenwerking tussen

behandelinstellingen en scholen voor speciaal onderwijs kunnen misschien wel als voorbeeld dienen. Scholen voor speciaal onderwijs zouden bijvoorbeeld meer gebruik kunnen maken van buitenschoolse begeleiding door behandelinstellingen (een relatief goedkope vorm van preventie). Hetzelfde geldt voor therapeutische behandeling en voor vormen van gezinsondersteuning. Door het startpunt voor aanvullende hulp bij de school te leggen blijkt de drempel naar deze vormen van ondersteuning bij ouders en kinderen te worden weggenomen. Dit alles gestimuleerd doordat de beheerders van de onderwijsbudgetten, de gemeentelijke budgetten (WMO) en de indicatiestellers voor onderwijs (CvI) en zorg (CIZ) de koppen bij elkaar steken om tot afstemming te komen over dat ene kind met dat ene plan.

### **Box 3**

Intensieve behandelinstelling de Beele te Voorst en de daaraan verbonden school de Bolster. Beide instellingen hebben al een lange traditie van samenwerking en afstemming. Problemen met indicatiestellingen en met de integratie van onderwijs en behandelprogramma's zijn vanouds bekend.

De ervaring van veel jaren heeft een praktijk opgeleverd met uitgangspunten die de strakke kaders van de regelgeving kunnen doorbreken. Zo is er de gezamenlijke intake als uitgangspunt, die zo kan functioneren dankzij het convenant met de beide inspecties dat bepaalt dat toelating tot de instelling tevens indicatief is voor toelating tot de school.

Een tweede uitgangspunt is de gezamenlijkheid in het opstellen van de behandelplannen, de evaluatie daarvan en ook de gezamenlijke werkwijze aan de kant van de uitstroom. Op deze wijze is, in ieder geval voor de termijn van verblijf in de instelling, een goede ketenvorming gewaarborgd.

Belemmeringen die genoemd worden zijn de discontinuïteit in behandelplanning die soms optreedt en de toch nog steeds bestaande cultuurverschillen tussen onderwijs en zorg

### **Literatuur**

- Radema, D., van der Steenhoven, P. & van Veen, D. (2003) *Thuiszitters in beeld*. Utrecht: NIZW.  
Radema, D., van Veen, D., Verheij, F. & Wouters, R. (2005) *Samen beter, beter samen*. Antwerpen / Apeldoorn: Garant.

## PRAKTIJKONDERWIJS OP DE ONDERWIJSKAART

*Ron Delhez*<sup>5</sup>

Sinds 1995 ben ik werkzaam in het Voortgezet Speciaal Onderwijs in Woerden. In die 12 jaar is de naam ervan wel een paar keer veranderd. Na het VSO werd het ineens Speciaal Voortgezet Onderwijs. Dat lijkt een geringe wijziging, maar niets was minder waar. Deze wijziging betekende namelijk dat het onderwijstype ondergebracht werd binnen het Voortgezet Onderwijs. Dit had o.a. gevolgen voor de bekostiging vanuit het rijk met de daaraan gekoppelde voorwaarden.

Op de werkvloer was daarvan in de eerste jaren weinig te merken. Door de geringe omvang van deze onderwijsvorm voelden uitgeverijen zich niet geroepen om lesmaterialen en leermethodes te ontwikkelen. Er was simpel gezegd geen interessante markt voor. Gevolg hiervan was echter wel dat de kwaliteit van het geboden onderwijs sterk afhankelijk was van de vindingrijkheid en flexibiliteit van het onderwijzend personeel. Met andere woorden: er werd eigenlijk maar een beetje naar eigen inzichten gewerkt. Een duidelijk onderwijsplan was ver te zoeken. En dat terwijl het gaat om een kwetsbare groep jongeren (adolescenten) die al moeite genoeg hebben met het krijgen van inzicht in eigen kunnen en toekomstmogelijkheden. Met een leer – en ontwikkelingsachterstand van enkele jaren (het IQ schommelt tussen de 55 en de 80) is het verwerven van basisvoorwaarden voor een stabiel leven al een hele klus. Vragen als “Waar ben ik goed in en waarin niet?”; “Kan ik later op eigen benen staat en een zelfstandig leven gaan leiden?” komen natuurlijk ook bij deze doelgroep naar boven. Het antwoord op deze vragen is voor deze jongeren alleen veel moeilijker te geven. Zowel op cognitief als op sociaal-emotioneel gebied liggen er vele drempels te wachten die een ‘normaal’ verloopende ontwikkeling sterk belemmeren.

De invoering van het praktijkonderwijs heden ten dage heeft gelukkig een deel van de antwoorden weten te geven. Immers, er is momenteel veel ten goede veranderd voor deze groep mensen. Ik geef een beeld van hoe het praktijkonderwijs in Woerden er vandaag de dag uitziet. Leerlingen die in de brugklas van de praktijkschool zitten worden al vanaf het begin van de schoolloopbaan voorbereid op hun toekomstig leven. Zowel op maatschappelijk terrein als de sociale- en cognitieve ontwikkeling wordt gerichte educatie gegeven. Inmiddels is onder overheidssteun (eindelijk) een aantal uitgeverijen gevonden dat een uitgebreid lespakket heeft ontwikkeld voor het praktijkonderwijs. Daarnaast heeft de school zelf een groot aantal opleidingen binnen gehaald die voor het gros van de leerlingen kunnen worden afgerond met een landelijk erkend certificaat of diploma.

In het tweede leerjaar maken de leerlingen een eerste grove keuze voor hun toekomst en uitstroomprofiel. Hierdoor kan de aangeboden leerstof meer geaccentueerd worden op de door hen gemaakte keuze. Wanneer in het derde leerjaar ook begonnen wordt aan stage wordt ook het vakkenpakket wederom aangepast aan het te bereiken doel: het vinden van werk of een plaats in de samenleving in de vorm van dagbesteding of werken in een beschermde omgeving (sociale werkvoorziening).

---

<sup>5</sup> Ron Delhez is Adjunct directeur en zorgcoördinator van de Praktijkschool Woerden.

Zodra er zicht komt op het verwerven van een arbeidscontract gaat een gespecialiseerd team (dat functioneert onder toezicht van het zorgteam van de school) aan het werk om de begeleiding naar het leven na de school op zich te nemen. Dit zogenaamde ‘uitstroomteam’ is samengesteld uit arbeidsdeskundigen van het UWV, een ambtenaar Leerplichtzaken, een consultant arbeid van MEE, een stagecoördinator, een jobcoach van de school, de zorgcoördinator van de school en op afroep een schoolpsycholoog. Naast voorlichting aan ouders en leerlingen begeleidt dit team de bemiddeling tussen potentieel werkgever en werknemer (leerling).

Een belangrijk aspect hierbij is uitleg over wettelijke voorzieningen vanuit de overheid die voor leerlingen uit het praktijkonderwijs gelden. Te denken valt aan loonsuppletie in geval van verminderde arbeidstempo, ontslaan van loondoorbetaling bij ziekte (betaling wordt door het UWV overgenomen), het toewijzen van een jobcoach die de extra ondersteuning op de werkvloer voor zijn / haar rekening neemt enz. Dit alles is tegenwoordig mogelijk om ervoor te zorgen dat deze jonge, vaak goed gemotiveerde mensen gelijke arbeidskansen krijgen t.o.v. hun leeftijdgenoten. Hiervoor is echter wel een lange, bureaucratische weg te bewandelen om deze regelingen mogelijk te maken. Vanaf hun 16<sup>e</sup> jaar wijzen alle UWV's onze leerlingen een zogenaamde SFB (Structureel Functioneel Beperkt) -verklaring toe. Deze verklaring biedt voorzieningen die al tijdens de stage kunnen worden toegepast. Vóór de leeftijd van 18 jaar moet bij het UWV een Wajong – aanvraag worden ingediend. Op basis van de gegevens, die behalve door de ouders voornamelijk door de school moeten worden aangeleverd, bepaalt een verzekeringsarts van het UWV of en zo ja in welke mate er sprake is van een achterstand op het arbeidsvermogen. Afhankelijk hiervan zal de arts bepalen hoe hoog de uitkering zal worden. Veelal zal de jonge, nieuwe werknemer er geen gebruik van hoeven te maken. Zolang er sprake is van werk blijft de uitkering slapende. Alleen bij ontslag gaat de uitkering lopen. Zo is het voor de schoolverlatende jongere mogelijk om een zelfstandig (eventueel) begeleid leven te gaan leiden en verdwijnt de afhankelijkheid van de ouders. Zelfs nazorg en vervolgcursussen of studies kunnen worden bekostigd vanuit deze regeling.

Jammer is wel dat de ervaring leert dat het bedrijfsleven nagenoeg niet op de hoogte is van de wettelijke mogelijkheden die er zijn. Landelijk worden er geen voorlichtingcampagnes gehouden m.b.t. dit onderwerp. Gezien de omvang van de mogelijkheden moet er toch een flinke pot met overheidsgeld klaarstaan. De Praktijkschool Woerden heeft zich ten doel gesteld om voor haar leerlingen ‘alles uit de kast te halen’ ter ondersteuning van de vaak moeizame weg die deze jongeren moeten afleggen op weg naar een stabiel sociaal en werkzaam leven.

Het voert hier te ver om in detail te treden over de verdere aanpak en lesopbouw. Daarvoor liggen allang gestandaardiseerde normen waaraan iedere praktijkschool zich dient te conformeren. Beter is dus om aan te geven dat er nog veel te winnen is op het gebied van toeleiding naar werk en het realiseren van een toekomst waarin ook deze jongeren zich gelukkig kunnen voelen.

Voor wie meer wil weten over het onderwijs zoals dat op de Praktijkschool in Woerden gestalte heeft gekregen verwijs ik graag naar de uitgebreide website van de school: [www.praktijkschoolwoerden.nl](http://www.praktijkschoolwoerden.nl).

## DE RELATIES TUSSEN WISC, CAS EN DSM-IV BIJ LICHT VERSTANDELIJK GEHANDICAPTE KINDEREN

*Marije van den Wijngaard*<sup>6</sup>

*Als een kind onvoldoende profiteert van het leeraanbod in het reguliere onderwijs wordt bij dit kind in de regel een intelligentieonderzoek afgenomen. Als blijkt dat er sprake is van een lage IQ-score (lager dan 85) wordt nogal eens de conclusie getrokken dat het kind moeilijk leert omdat het zwakbegaafd of licht verstandelijk beperkt is. De meest gebruikte intelligentietests geven echter vooral aan in welke mate een kind kennis en vaardigheden heeft aangeleerd, over de manier waarop het kind leert (het leerproces) wordt echter weinig duidelijk. De Cognitive Assessment System (CAS) is een test die er op gericht is om de belangrijkste leervaardigheden bij kinderen (aandacht en concentratie, informatieverwerkingsprocessen, mentale planning en organisatie) in kaart te brengen. Van januari tot juli 2007 zijn de CAS-resultaten van een groep van 70 kinderen met cognitieve beperkingen onderzocht. De eerste onderzoeksbevindingen wijzen uit dat met de CAS verschillen in leervaardigheden tussen cognitief beperkte kinderen zichtbaar worden. Bovendien blijken de 'leerprofielen' gerelateerd aan diverse vormen van comorbide psychopathologie.*

### **Inleiding**

Het intelligentiequotiënt (IQ) speelt een belangrijke rol in de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte (LVG) jeugdigen. Volgens de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD; voorheen de AAMR) is er sprake van een verstandelijke beperking indien er aan twee basiscriteria wordt voldaan: het *intelligentie criterium* (IQ 55-70) en het *zelfredzaamheid criterium*. Dit laatste criterium wijst op de mate van adaptief gedrag, tekorten hierin manifesteren zich in het niet (zonder hulp) kunnen handhaven in een of meer reguliere maatschappelijke verbanden (Luckasson, Coulter, Polloway et al., 2003). De beperking wordt veelal vastgesteld middels een IQ-getal als resultaat van een intelligentietest zoals de Wechsler Intelligent Scale for Children (WISC). Ondanks het feit dat een laag IQ niet het enige kenmerk is van een LVG-kind, lijkt het vallen van dit cijfer onder de klinische range van 70 voldoende aanleiding om een kind te classificeren als verstandelijk beperkt, wat doorslaggevend is voor de indicatiestelling en zorgtoewijzing. Het kind wordt geplaatst binnen het speciaal onderwijs en krijgt geen toegang meer tot de jeugdhulpverlening en kinder- en jeugdpsychiatrie. Hiermee wordt echter de nadruk gelegd op slechts één kenmerk van deze kinderen. Van een verstandelijke beperking mag immers pas worden gesproken indien er sprake is van het intelligentie criterium én het zelfredzaamheid criterium.

Een IQ-getal geeft bovendien weinig informatie over het cognitief functioneren van deze kinderen. Hiervoor is inzicht nodig in de neuropsychologische aspecten van een licht verstandelijke handicap (Ponsioen, 2005). Recht aan de leer vermogens van LVG-kinderen doen tests die ontwikkeld zijn op basis van theorie binnen het kader van cognitieve vaardigheden als aandacht en concentratie, informatieverwerking, mentale flexibiliteit, inhibitie en planning (Naglieri & Das, 1997). Dit inzicht leidde tot de ontwikkeling van een alternatief voor het traditionele intelligentie-onderzoek: het Cognitive Assessment System

---

<sup>6</sup> Marije van den Wijngaard is orthopedagoge bij het orthopedagogische behandelcentrum Amstelduin in Driehuis (Correspondentie: m.v.d.wijngaard@amstelduin.nl)

(CAS). Met de CAS wordt inzicht verkregen in de cognitieve vaardigheden van het kind, waarbij in de begeleiding en behandeling binnen de orthopedagogische instellingen en het (speciaal) onderwijs rekening kan worden aangesloten. In dit onderzoek worden factoren van de WISC en van de CAS zullen onderling vergeleken. Tevens zal de psychiatrische problematiek van het kind gerelateerd worden aan zijn cognitieve vaardigheidsprofiel. De verwachting is dat de CAS in het algemeen meer informatie geeft over de vaardigheden van LVG-jeugdigen en voor kinderen met verschillende vormen van psychopathologie de specifieke cognitieve problemen zichtbaar maakt.

### **Theoretisch kader**

Gegeven de stelling dat een enkele IQ-score weinig informatie geeft over het cognitief functioneren van LVG-kinderen, wordt in dit onderzoek geprobeerd de specifieke cognitieve functies beter in kaart te brengen en inzicht te geven in de condities waarin deze optimaal benut kunnen worden. Hiervoor zullen de eigenschappen van de WISC en de CAS weergegeven worden.

#### *WISC-III*

De meest recente Nederlandse versie van de Wechsler Intelligence Scale for Children is de WISC-III uit 2002 (Kort, Schittekatte, Compaan et al, 2002). Het is een instrument dat de algemene intelligentie van kinderen van 6 tot en met 16 jaar meet. De test bestaat uit 13 verschillende taken, 6 taken hebben een overwegend verbaal karakter, 7 taken hebben een handelingsgericht karakter. Sinds 2003 bestaat er in Amerika een vierde versie van de WISC, welke tot op heden nog niet vertaald is naar het Nederlands. De WISC-IV is meer gericht op factoren die iets zeggen over cognitief functioneren (Niolon, 2005). Wechsler (1944) definieert het begrip intelligentie als volgt: “het vermogen van het individu om doelgericht te handelen, rationeel te denken en effectief met de omgeving om te kunnen gaan” (Wechsler, 2005, p.1). Deze combinatie van cognitieve vaardigheden worden onderscheiden in een Totaal IQ, Verbaal IQ en Performaal IQ. Bij verbale competentie geeft Van der Leij (1998) aan dat het gaat om woord- en wereldkennis, verbaal redeneren en luistervaardigheid. Dit soort kennis wordt bij het lezen van een tekst gebruikt om de tekst goed te kunnen begrijpen.

Ondanks de populariteit van de Wechsler schalen is er de afgelopen jaren aanzienlijk veel kritiek gekomen op dit instrument. Zo merkte Sternberg (1999) op dat door ontwikkelingen in de cognitieve- en neuropsychologie tijdens de laatste 50 jaar, Wechsler's manier om intelligentie te meten verouderd en achterhaald is. De schalen zouden kinderen met een achterstand tegenwoordig benadelen, bijvoorbeeld als het gaat om kinderen van een andere cultuur met een andere taal (Ponsioen, 2005). Wanneer er sprake is van grote verschillen tussen het Verbaal en Performaal IQ zou het Totaal IQ van weinig betekenis zijn (Ponsioen, Pesch en Harder, 2006). Bij disharmonische profielen (bij de WISC en WAIS is dit het geval bij verschillen van 12 punten of meer tussen de IQ-factoren) is de zeggingskracht van de IQ-scores dubieus en zegt vaak meer iets over de dieperliggende problematiek (zoals ASS en NLD) dan over de intelligentie. Ponsioen, Pesch en Harder (2006) vinden ook dat de intelligentie zoals gemeten met een IQ-test ten onrechte als een ‘hard gegeven’ wordt beschouwd: “Als men de score op een IQ-test beschouwt als een indicatie voor het leervermogen van een kind, kan men moeilijk volhouden dat dit een onveranderbaar gegeven is. Een lage score op een IQ-test wil dus niet per definitie zeggen dat de plafonds van cognitieve functies vastliggen. Recente inzichten in de plasticiteit van de hersenen doen bovendien vermoeden dat veel mogelijkheden om cognitieve functies te ontwikkelen bij LVG-kinderen nog onbenut worden gelaten. Kortom, noch IQ-scores noch het bredere



begrip intelligentie zijn op te vatten als onveranderbaar” (Ponsioen, Pesch en Harder, 2006, p. 16).

### *CAS*

Een alternatieve test op cognitief en neuropsychologisch vlak, die meer recht doet aan de leervermogens van kinderen en daarmee de WISC mogelijk kan vervangen, is de Cognitive Assessment System (Naglieri & Das, 1997). Van dit instrument zijn nog geen Nederlandse normen beschikbaar.

De CAS is ontworpen op basis van de PASS-theorie van Luria (Das, Naglieri en Kirby, 1994). Volgens de PASS theorie kan het begrip intelligentie het best omschreven worden aan de hand van vier cognitieve processen: Planning (ontwikkeling en gebruik van strategieën om problemen op te lossen), Aandacht (gefocusste cognitieve activiteit en weerstand tegen afleidbaarheid), Simultane Informatieverwerking (benodigd om te werken met opeenvolgende stimuli) en Successieve Informatieverwerking (benodigd voor het werken met informatie in series). Elke CAS-schaal bestaat uit twaalf subtests, drie subtests per cognitief domein. De CAS-testbatterij is in het Nederlands vertaald door de Capaciteitsgroep Algemene Pedagogiek en Orthopedagogiek van de Universiteit van Utrecht (Van Luit e.a., 1998).

In de afgelopen jaren is een aantal onderzoeken vericht naar de correlaties tussen de CAS en de WISC. De resultaten tonen aan dat de WISC-III meer kinderen als verstandelijk beperkt classificeert dan de CAS (Naglieri en Rojahn, 2001). Dat betekent dat als de CAS de WISC-III zou vervangen als vergelijkbaar instrument voor de classificatie van verstandelijke beperkingen, er ongeveer 30% minder kinderen als verstandelijk beperkt zouden worden beschouwd. Een andere belangrijke bevinding is dat de WISC-III bij buitenproportioneel meer zwarte dan blanke kinderen een verstandelijke beperking herkende dan de CAS. Verschillen tussen de classificatiecijfers kunnen het gevolg zijn van het feit dat de CAS geen taken met een schoolse inhoud heeft (zoals rekenen of taalkennis en -vaardigheden).

Deze studie richt zich op LVG kinderen in Nederland. De onderlinge relaties tussen de factoren van de WISC en de CAS worden berekend en de verbanden tussen WISC, CAS en DSM-diagnose worden geëxploreerd.

De onderzoeksgroep bestaat uit 70 kinderen tussen 7 en 21 jaar. De kinderen die na afname van een WISC een Totaal IQ hadden tussen de 50 en 85 en een verschil van 12 of meer punten tussen Verbaal IQ en Performaal IQ zijn nader onderzocht met de CAS. Er ontstond zo een databestand van 70 kinderen met een score op Totaal IQ, Verbaal IQ, Performaal IQ, CAS Totaal, CAS Aandacht, CAS Simultane Informatieverwerking, CAS Successieve Informatieverwerking en CAS Planning. Om te onderzoeken wat de samenhang is met psychopathologie is in de dossiers van de betreffende kinderen nagegaan wat de as I diagnose volgens de DSM-IV-TR classificatie is. De as I diagnose is toegevoegd aan het databestand. De diagnoses zijn gesteld door een kinder- en jeugdpsychiater dan wel door de GZ-psycholoog van de instelling voor LVG-jeugdigen na multi-disciplinair overleg. De klinische stoornissen die bij de kinderen in deze studie voorkwamen zijn ondergebracht in tabel 1. Hierbij dient te worden aangetekend dat de Non-verbal Learning Disorder (NLD) geen officiële classificatie in de DSM-IV inneemt. De gegevens zijn anoniem geanalyseerd.

### Onderzoeksresultaten en discussie

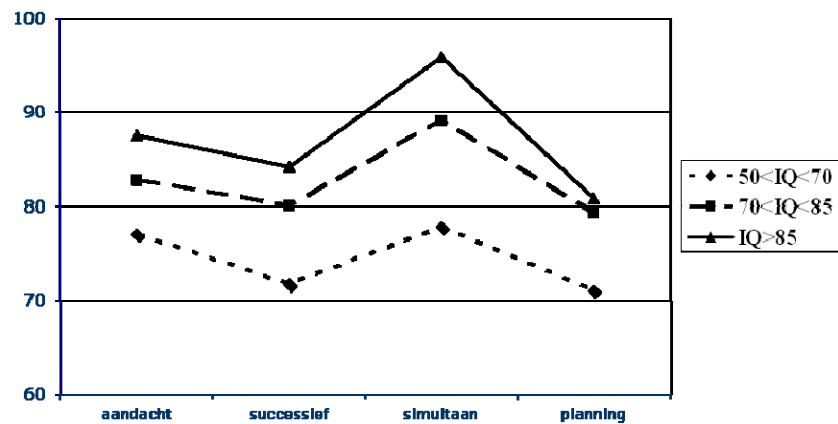
Dit onderzoek naar de relatie tussen Wechsler Intelligent Scale for Children, Cognitive Assessment System en Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen geeft aanleiding tot de volgende conclusies:

- Ondanks de algemene bevinding van voor lagere Verbale IQ's bij LVG-kinderen (Ponsioen & van der Molen, 2002), laat dit onderzoeksgroep in deze studie geen verschillen zien (zie tabel 1). Dit is mogelijk het gevolg van het betrekken van een onderzoeksgroep die bestaat uit kinderen die juist vanwege disharmonische intelligentieprofielen verder onderzocht zijn (met de CAS). Er kan hier dan ook gesproken worden van een groep met specifieke cognitieve problemen, bij wie sprake is van bijkomende problematiek; veelal leer- of psychiatrische stoornissen. Door het betrekken van een a-typische LVG-groep, kan de groep niet representatief zijn voor de algehele LVG-groep.

*Tabel 1. Gemiddelde en standaarddeviatie scores van LVG-kinderen (N=70) op de schalen van de WISC*

	M	SD
Verbaal IQ	76,9	13,1
Performaal IQ	73,2	13,4
Totaal IQ	72,0	9,2

- Over de CAS is bekend dat er sprake is van een onderliggend ontwikkelingsmodel; de factoren zijn onderling nauw verbonden, waarbij de ene factor niet losgekoppeld kan worden van de andere. De analyse (ANOVA) toont aan dat LVG-kinderen significant lager scoren op de CAS-schalen Planning en Successieve Informatieverwerking ten opzichte van de overige schalen van de CAS. Dit lijkt een bevinding te zijn die men terugvindt in het dagelijks leven en zou de hypothese ondersteunen dat LVG-kinderen binnen praktische en sociale situaties onder andere een gebrekkige probleemoplossing hebben, een lagere verwerkingssnelheid en een beperkte capaciteit voor infoverwerking. Planning zou belangrijk zijn voor het ontwikkelen en gebruik van strategieën om problemen op te lossen, waarvoor successieve informatieverwerking benodigd kan zijn. Het verschil tussen de factoren Aandacht en Successieve Informatieverwerking bleek echter niet significant te zijn. Dit is mogelijk het gevolg van het achterblijven van de aandachtsfactor bij deze kinderen. De subtests van beide factoren sturen namelijk aan op het richten dan wel het volhouden van de aandacht (zie figuur 1).



Figuur 1. CAS-factoren per IQ-niveaugroep

Met betrekking tot de onderlinge correlaties tussen de WISC en CAS-factoren leverden de analyses het volgende beeld op (zie tabel 2).

Tabel 2. Correlaties tussen de CAS en WISC factoren bij LVG kinderen (vetgedrukt:  $p < 0,01; N=70$ )

	WISC-factoren			CAS-factoren			
	Verbaal IQ	Perfomaal IQ	Totaal IQ	Aandacht	Successieve info. verw.	Simultane info. verw.	Planning
WISC PIQ	0,002						
WISC TIQ	<b>0,705</b>	<b>0,670</b>					
CAS Aandacht	0,100	<b>0,441</b>	<b>0,349</b>				
CAS Successief	<b>0,444</b>	0,035	<b>0,354</b>	0,149			
CAS Simultaan	<b>0,384</b>	<b>0,379</b>	<b>0,573</b>	<b>0,339</b>	0,303		
CAS Planning	0,158	<b>0,368</b>	<b>0,398</b>	<b>0,657</b>	0,230	<b>0,353</b>	
CAS Totaal	<b>0,415</b>	<b>0,425</b>	<b>0,604</b>	<b>0,722</b>	<b>0,632</b>	<b>0,678</b>	<b>0,762</b>

Tussen Planning en Aandacht is er sprake van een sterke correlatie. Dit zou het gevolg kunnen zijn van het feit dat de factor Planning aandachtstaken bevat en de factor Aandacht aanstuurt op plannende vaardigheden. Dit gaat verder dan een basale aandachtstaak.

Tussen Aandacht en Successieve Informatieverwerking wordt een zeer lage correlatie gevonden. Gekeken op taakniveau bestaan de subtests van Successieve Informatieverwerking uit drie taken (Woordreeksen Nazeggen, Zinnen Nazeggen en Woorden Herhalen) waarbij de aandacht actief wordt gehouden op basis van interactie tussen de onderzoeker en het kind. Het kind hoeft zelf geen actieve prestatie te leveren (niet aan het werk), maar kan presteren door de aandacht te richten op de onderzoeker. Doordat het kind geen actieve aandachtsprestatie hoeft te leveren, kan er een lage correlatie zijn ontstaan.

Er is geen sprake van een sterke correlatie tussen Aandacht en Verbaal IQ en tussen Planning en Verbaal IQ. Een mogelijke verklaring hiervoor kan gelegen zijn in het feit dat de score op Verbaal IQ tot stand komt door te antwoorden op inhoud. De aandacht wordt getrokken en actief gehouden door de testleider, wat mogelijk minder aandachtscapaciteit van een kind vraagt dan het leveren van aandacht bij het zelfstandig uitvoeren van een taakje. Ook wordt er een beroep gedaan op planningscapaciteiten.

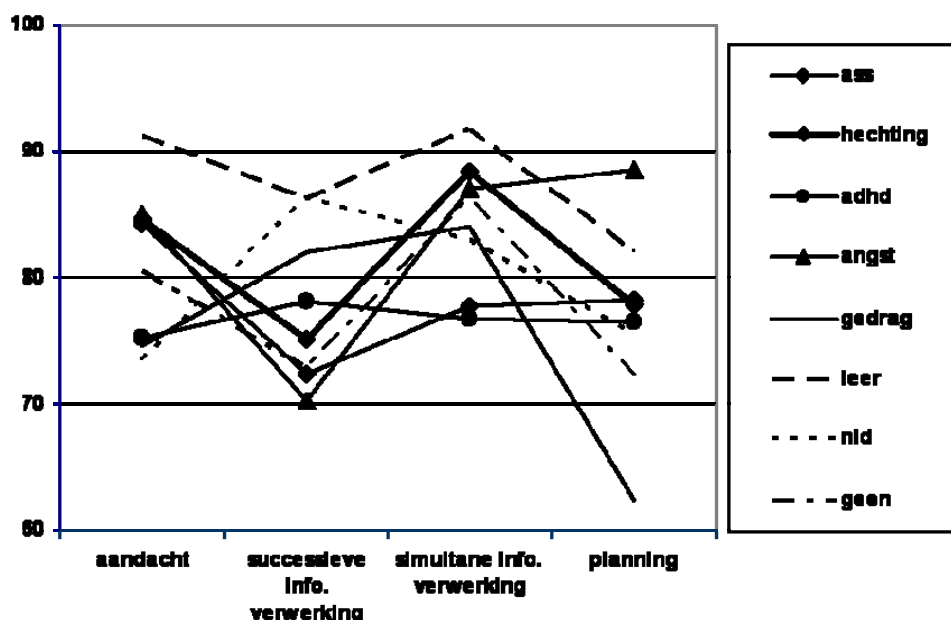
Een andere interessant bevinding is dat de schalen Aandacht en Perfoormaal IQ samenhangen. Dit lijkt een logische correlatie te zijn, omdat beide schalen aandachtstaken bevatten en de tijd een rol speelt. Als er tijdsdruk is, is er waarschijnlijk meer regulatie van aandacht nodig. Een kind kan afgeleid worden door zowel interne prikkels (door emoties als faalangst) als externe prikkels (zoals geluiden) en dit zal zeker tot uiting komen in een vermindering van het werktempo wat uiteindelijk tot lagere subtestscores leidt.

Afhankelijk van de DSM-IV (TR) diagnose laten de kinderen een verschillend CAS-profiel zien; een multivariate variatieanalyse leverde een significant groepseffect op ( $F[58]= 751,89$ ,  $p= .00$ ; zie tabel 3 en figuur 2). Een nadere analyse laat zien dat de verschillen met name veroorzaakt worden door de factor Planning. Zo verschillen een gedragsstoornis en een hechtingsstoornis significant. Dat kan mogelijk aanleiding geven om te concluderen dat kinderen die een cognitieve beperking hebben, waarbij de beperking voornamelijk in de vaardigheid planning gelegen is, een omgeving behoeven met structuur en een volwassene die de omringende wereld voor hen ordent en plant. Als met deze behoefte geen rekening gehouden wordt door de omgeving, kunnen de gevolgen van de specifieke beperkingen mogelijk terug te zien zijn in gedragsproblemen. Mogelijk is een verhoogde kans op het ontwikkelen van een gedragsstoornis hieraan gerelateerd.

De verklaring voor de overeenkomst tussen een verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis kan mogelijk gezocht worden in de aanwezigheid van gezinsproblematiek. Bij een grote groep LVG-kinderen lijkt sprake te zijn van een onveilige hechtingsgeschiedenis. Deze kinderen kunnen meer vatbaar zijn voor stressvolle situaties en minder goed in staat zijn om op een adequate wijze om te gaan met de stresssituatie. Zij kunnen risico lopen om onveilige hechtingsrelaties te ontwikkelen. De overeenkomende profielen lijken daarom niet verbazend.

Tabel 3. Aanwezige stoornissen bij de onderzoeksgroep en het aantal (totaal N=70)

Klinische stoornis	N
Autismespectrumstoornis	7
Reactieve hechtingsstoornis	6
Attention Deficit Hyperactivity Disorder	11
Angststoornis	5
Gedragstoornis	4
Leerstoornis	6
Non-verbal Learning Disorder	8
Geen DSM-IV classificatie	23



Figuur 2. CAS-profielen voor verschillende vormen van psychopathologie

Uit de analyse kan ook afgeleid worden dat een hoge score op de schaal Planning vaak samengaat met een angststoornis. Dit zou het gevolg kunnen zijn van het feit dat kinderen met een angststoornis dikwijls van te voren anticiperen op wat ze mee gaan maken en controlestrategieën kunnen uitoefenen om specifieke (stressvolle) situaties te hanteren. Opmerkelijk is dat de factor Planning de internaliserende en externaliserende stoornissen als het ware uit elkaar trekt en twee extremen laat zien. In toekomstig onderzoek kan nader bekeken worden of kinderen met een angststoornis en (andere) internaliserende problemen dezelfde score laten zien, om te achterhalen of er al dan niet sprake is van toeval. De focus op internaliserende gedragsproblematiek lijkt een relevante toevoeging op de reeds bestaande onderzoeksresultaten, welke tot nu toe veelal betrekking hebben op externaliserende stoornissen als ADHD.

Op voorzichtige wijze kunnen de resultaten met een klinische blik benaderd worden. Zo kan voorgesteld worden dat de problemen van de groep kinderen met een gedragsstoornis en geen stoornis het gevolg kunnen zijn van een problematische opvoedingssituatie. De kernproblematiek van de tweede groep, bestaande uit kinderen met NLD, ADHD, hechtingsstoornis, autismespectrumstoornis, leerstoornis en geen stoornis, zou mogelijk gerelateerd kunnen worden aan een problematische informatieverwerking. De derde groep kinderen, die samengesteld is uit kinderen met een hechtingsstoornis, autismespectrumstoornis, leerstoornis en een angststoornis, zouden te maken kunnen hebben met onveilig-internaliserende problemen. Verder onderzoek moet uitwijzen of dit werkelijk zo is.

Een opmerking die bij het betrekken van diverse vormen van psychopathologie in de analyse geplaatst kan worden, is dat de gevonden verschillen tussen de verscheidene DSM-groepen klein zijn. Dit zou het gevolg kunnen zijn van te kleine onderzoeksgroepen en doordat uitzonderlijke intelligentiequotiënten in de analyse zijn gelaten. Deze kanttekening nodigt uit om bij toekomstig onderzoek het aantal proefpersonen niet te klein te kiezen. De kans op meer representatieve resultaten kan hiermee vergroot worden.

Op de onderzoeksbevindingen kan aangemerkt worden dat tekortschietende cognitieve functies, zoals problemen met tijdsbeleving en taalzwakte, de kern van de problematiek van een verstandelijke beperking vormen. Cognitieve functies zouden betrokken moeten worden bij het stellen van de diagnose, terwijl er nauwelijks instrumenten bestaan die zowel gericht zijn op kinderen als op een verstandelijke beperking. De CAS lijkt verder te kijken en te voldoen aan dit gegeven. Toekomstig onderzoek, gericht op hogere orde cognitieve processen bij LVG-kinderen is in dit licht zinvol. Een onlangs verschenen onderzoeksinstrument op dit gebied is de Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome for Children (BADSC). De BADSC is een testbatterij die afwijkingen meet in het executieve functioneren bij kinderen van 8 tot 16 jaar. “De plannings- en organisatiestoornis vertoont grote gelijkheid met wat ook wel het ‘frontaal syndroom’ genoemd wordt. De taken van de BADSC hebben grote overeenkomsten met taken uit het dagelijkse leven, hierdoor zijn de taken voor kinderen aantrekkelijk om uit te voeren” (Emslie, Wilson, Burden, Nimmo-Smith en Wilson, 2006). Door de resultaten van een test als de BADSC te relateren aan de resultaten van de CAS, wordt de kans benut om meer zorgvuldige en gespecialiseerde diagnostiek van LVG te doen.

Gekeken naar de praktijkconsequenties voldoet het Cognitive Assessment System wat deze onderzoeksgroep betreft aan de verwachtingen. De resultaten die de vier factoren van de CAS opleveren, geven inzicht in de cognitieve functies van verstandelijke beperkte kinderen en zijn voornamelijk dan ook meer informatief dan een louter IQ getal. Deze studie geeft aan dat de LVG-doelgroep niet opgevat kan worden als volkomen uniformiteit, daar deze kinderen de beperking op zeer uiteenlopende gebieden kunnen ervaren. Door specifieke kennis van neuropsychologische constructen bij het individuele kind, ontstaan er voldoende aanknopingspunten om de behandeling van verstandelijk beperkte kinderen met gedragsproblemen af te stemmen op de hulpvraag.

### Literatuur

- APA, American Psychiatric Association. (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author.
- Das, J., Naglieri, J., Kirby J. (1994). *Assessment of Cognitive Processes. The PASS Theory of Intelligence*. Boston, London, Toronto, Sydney, Tokio, Singapore: Allyn and Bacon.

- Das, J. (2002). Cognitive Remediation based on Planning, Attention, Simultaneous and Successive Processing, ISCRAT Congress Amsterdam, juni.
- Emslie, H., Wilson, F.C., Burden, V., Nimmo-Smith, I. & Wilson, B.A. (2006) *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome for Children*. Nederlandse vertaling: A.C. Tjeenk-Kalff & L. Krabbendam, www.harcourt.nl.
- Kaufman, A.S. & Lichtenberger, E.O. (2000). *Essentials of WISC-III and WPPSI-R Assessment*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Kort, W., Schittekatte, M., Compaan, E.L., Bosmans, M., Bleichrodt, N., Vermeir, G., Resing, .C.M. Verhaeghe, P. (2002). WISC-III NL. Handleiding. Nederlandse bewerking. London: The Psychological Corporation.
- Leij, A. van der (1998). *Leesproblemen. Beschrijving, verklaring en aanpak*. Rotterdam: Lemniscaat
- Luckasson, R., Coulter, D., Polloway, E., Reiss, S., Schalock, R., Snell, M., Spitalnik, D. & Stark, J. (2003). Mental retardation. Definition, classification and systems of support, *Elsevier*, 31, 425-427.
- Luit, J. van, Kroesbergen, E., Ben, E. van der, Leuven, N. (1998). *Cognitive Assessment System, Nederlandse versie*. Utrecht: ISED, Universiteit Utrecht.
- Luit, J. van, Kroesbergen, E., Naglieri, J. (2005). Utility of the PASS theory and Cognitive Assessment System for Dutch children wit hand without ADHD, *Journal of learning disabilities*, 38, 434-439.
- Naglieri, J. & Das, J. (1997). *Cognitive Assessment System*. Chicago: Riverside.
- Naglieri, J. (1999). *Essentials of CAS assessment*. New York: Wiley.
- Naglieri, J., Rojahn, J. (2002). Intellectual classification of black and white children in special education programs using the WISC-III and the Cognitive Assessment System, *American Journal on Mental Retardation*, 106 (4), 359-367.
- Naglieri, J. (2003). Current advances in assessment and intervention for children with learning disabilities. In: T. Scruggs & M. Mastropieri (Eds.), *Advances in learning and behavioral disabilities. Identification and assessment*, 16, pp. 163-190. New York: Jai.
- Niolon, R. Ph.D. (2005). The History of the WISC-IV. *Resources for students and professionals*. www.psychpage.com, 8.
- Ponsioen, A. (2005). De waarde van een IQ-score bij kinderen met een licht verstandelijke beperking, *Kind en Adolescent Praktijk*, 2, 65-70.
- Ponsioen, A., Pesch, W., Harder, P. (2006). Licht verstandelijk gehandicapte kinderen en de hardnekkige mythe van een IQ-score, *Onderzoek & Praktijk. Tijdschrift voor de LVG-zorg*, 4, 29-34.
- Sternberg, R. (1999). *Intelligentie, zin en onzin*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Wechsler, D. (2005). *Wechsler Intelligent Scale for Children Derde Editie NL. Handleiding en Verantwoording*. Londen: Harcourt Assessment.

## **GEDRAGSPROBLEMEN BIJ MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING**

*Cees G.C. Janssen<sup>7</sup>*

*De heer Janssen en zijn collega's van de Vrije Universiteit Amsterdam doen onder meer onderzoek naar de relatie tussen affectregulatie, gehechtheid en gedragsproblematiek bij personen met een verstandelijke beperking. Dit artikel is een weerslag van het referaat dat de heer Janssen onlangs hield voor de landelijke werkgroep van LVG-diagnostici.*

### **Inleiding**

Vanwege beperkte cognitieve mogelijkheden en tekortschietende vaardigheden om spanningsvolle en stress-verhogende situaties goed het hoofd te kunnen bieden zijn mensen met een verstandelijke beperking voor de omgang met stressvolle situaties sterk afhankelijk van anderen, met name van diegenen met wie zij een gehechtheidsrelatie zijn aangegaan. In hoeverre dit voldoende garantie biedt om adequaat met stress om te gaan hangt weer sterk af van de kwaliteit van deze gehechtheidsrelatie. De hoge prevalentie van psychopathologie bij mensen met een verstandelijk beperking is mogelijk een gevolg van een dubbele handicap bij een groot deel van deze mensen: het hebben van onvoldoende vaardigheden om zelf goed met stress om te kunnen gaan én het ontbreken van adequate gehechtheidsrelaties die de stress kunnen bufferen. Een belangrijke implicatie van het onderzoek naar de samenhang tussen stressregulatie en probleemgedrag is de ontwikkeling van succesvolle behandelmogelijkheden.

### **Theorieën over psychopathologie**

Het is van belang om bij probleemgedrag van een kind de functie van dit gedrag te herleiden. Is het vooral een manier om aandacht te vragen, een uiting van gevoelens van angst of een manier om angst en pijn te overstemmen? Heeft het instrumentele functies, wil het kind met het gedrag iets voor elkaar krijgen of heeft het daarentegen de functie om zaken en situaties te vermijden? Wil het kind met het gedrag iets communiceren? Of zoekt het kind met het gedrag een uitweg uit een stressvolle situatie en is het daarmee coping-gedrag?

Diverse theorieën geven de oorzaken aan van ernstig probleemgedrag (psychopathologie):

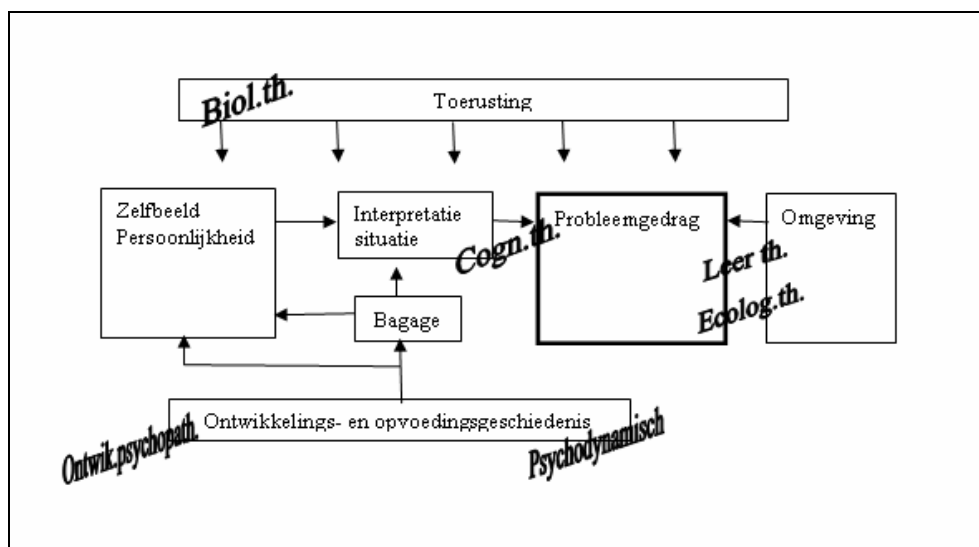
- de hier-en-nu theorieën (biologische, ecologische, cognitieve en leertheorieën)
- de ontwikkelingstheorieën (psychodynamische theorieën; theorie over de ontwikkelingspsychopathologie)

In het volgende schema (zie figuur 1) komen de hier-en-nu theorieën en de ontwikkelingstheorieën bij elkaar. Alle factoren kunnen een rol spelen in het ontstaan van probleemgedrag en het schema kan helpen het probleemgedrag te analyseren.

---

<sup>7</sup> Dr. Cees Janssen is Universitair Hoofddocent aan de Faculteit der Psychologie en Pedagogiek, afdeling Orthopedagogiek, van de Vrije Universiteit Amsterdam.





Figuur 3. Verklaren van probleemgedrag

### Gedragproblemen en ontwikkelingspsychopathologie

Omdat meerdere factoren aan de ontwikkeling van probleemgedrag en psychopathologie kunnen bijdragen, factoren die met (de ontwikkeling van) het kind samenhangen en met zijn omgeving, is het noodzakelijk het kind en zijn sociale omgeving als transactioneel proces op te vatten. Dit houdt een verbreding van de diagnostiek in naar de geschiedenis en ontwikkeling van het kind, waarbij het kind en zijn omgeving in hun samenhang bestudeerd worden. Onderzoek naar de gehechtheid van opvoeders en kinderen is een voorbeeld van een dergelijke studie en geeft inzicht in voorspellers van psychopathologie.

### Gehechtheid en stressregulatie

De mate waarin een ouder het exploratieve gedrag van het kind ondersteunt (de garantie biedt van een 'veilige basis') en bij stresssituaties het kind beschermt en troost ('de veilige haven') hangt samen met de ontwikkeling van een veilige hechting. Indien ouders weinig sensitief zijn voor gehechtheidsignalen van hun kind kan dit tot *vermijdend gedrag* leiden bij het kind, als strategie om met stress om te gaan. Effectief op de korte termijn maar, vanwege het blijvend bestaan van een hoog niveau van arousal, op de lange termijn weinig effectief. Ook kunnen ouders wel op negatieve signalen reageren maar niet op positief kindgedrag. Deze vorm van inconsistent oudergedrag kan bij het kind tot het maximaliseren van gehechtheidssignalen in stresssituaties leiden en het hanteren van *afwerend gedrag* als strategie om met stress om te gaan. Ook alweer effectief op de korte termijn maar niet op de lange termijn door het instandhouden van hoge arousalniveau's. Bij ouders die vaak zelf een bron van angst en stress zijn is geen sprake van een veilige basis en ook geen veilige haven en kan het kind geen enkele coherente strategie vinden om op de ouders terug te vallen. Dit kan leiden tot *gedesorganiseerde gehechtheid* en tot de hoogste arousalniveau's. Dit is de ernstigste vorm van onveilige hechting, maakt deze kinderen het meest kwetsbaar en vormt het grootste risico voor het ontwikkelen van psychopathologische gedragspatronen.

### **Het ontwikkelen van een gehechtheidsrelatie**

Een gehechtheidsrelatie kan beschouwd worden als een systeem van stress- of emotieregulatie. In de nabijheid van een sensitieve opvoeder leert het kind met stress om te gaan. In eerste instantie is hierbij de fysieke aanwezigheid van de ouder noodzakelijk (als veilige basis en veilige haven). Later ontwikkelt het kind een cognitief model over de wijze waarop relaties in elkaar zitten. Dit Interne Werk Model (IWM) is bepalend voor de verdere relatievorming van het kind. Onderzoek laat zien dat er bij kinderen met een verstandelijke beperking vaker sprake is van op zijn minst een minder veilige hechting, deze kinderen lopen ook een groter risico tot het ontwikkelen van een gedesorganiseerde gehechtheid (Schuengel & Janssen, 2006; Ganiban, Barnett & Cicchetti, 2000).

### **Affectregulatie en psychopathologie**

Affectregulatie is het vermogen om verschillende niveaus van emotionele opwindning (over/hyper- en/of onder/hypo-arousal) te kunnen moduleren en controleren. Er bestaat een sterke samenhang tussen problemen met de affectregulatie en psychopathologie. Bradley (2000) stelt dat alle vormen van psychopathologie te maken hebben met affectregulatieproblemen en dat de specifieke uitingsvorm gerelateerd is aan de wijze waarop met deze problemen wordt omgegaan (in algemene zin: vermijding leidt tot depressieve beelden, afweer tot vormen van agressie). Elke vorm van therapie is dan ook vooral gericht op stressreductie. Het 2-fasenmodel van Lazarus en Lovallo (Lovallo, 1997) maakt in de reactie op stress een onderscheid tussen een eerste, impliciete interpretatie van de stressvolle situatie en een tweede meer bewuste interpretatie. De eerste reactie is een snelle emotionele respons waarbij er verhoogde afgifte is van het hormoon cortisol. Hierbij zijn hersenstructuren van het limbische systeem actief. Bij de tweede reactie zijn vooral de frontale hersengebieden actief waardoor een herinterpretatie van de stressvolle situatie kan plaatsvinden. Door het activeren van prefrontale gebieden kan er sprake zijn van bewuste leerervaringen (expliciet geheugen, IWM) en neurofysiologische reacties, waaronder het cortisol-niveau onder controle gebracht kunnen worden. Bij kinderen met een verstandelijke beperking zal er van de tweede bewuste reactie relatief minder sprake zijn en wordt het beeld bepaald door een versterkte activering van het limbische systeem, wat leidt tot chronisch verhoogde cortisol-niveaus en daarmee tot een hoog arousalniveau, omdat zij vaak chronische stress ervaren vanwege hun beperkte mogelijkheden.

### **Diagnostiek en behandeling**

“Eenmaal stress altijd stress”. Op dit punt is de onderzoeksliteratuur eensluidend: “Prolonged states of stress change the child’s neuronal and biochemical system. Such a child develops physiological patterns reflecting these early stresses and sensitize the child to react in maladaptive ways” (Bradley, 2000). Het zijn in de hersenen ingeslepen patronen van neuronale activiteit leidend tot vaste gedragspatronen. Behandeling dient dan ook vooral gericht te zijn op het inslijpen van nieuwe paden voor gewenst gedrag. Een onveilige gehechtheid kan op drie niveau’s tot problemen in de affectregulatie leiden:

1. op psychobiologisch niveau (uit onderzoek bij rhesusapen die geïsoleerd van hun moeder opgroeiden bleek dat deze apen een verstoord dopamine-systeem ontwikkelden)
2. op het niveau van het sociaal leren (onveilig gehechte kinderen zijn onvoldoende in staat adequate coping-strategieën aan te leren)
3. op het niveau van de IWM-ontwikkeling (een verstoord IWM).

De diagnostiek van hechtingsproblemen beperkt zich voornamelijk tot onderzoeksinstrumenten (bijvoorbeeld de Vreemde Situatie Procedure en de AQS). Voor de klinische praktijk zijn de criteria van Boris en Zeanah (2005) bruikbaar om gehechtheidsproblemen te signaleren (zie de volgende tabel).

<b>Evidence based criteria gehechtheidsproblemen</b>		
	<i>Normaal</i>	<i>Verstoord</i>
Affectie	<i>Toont adequate affectie in verschillende interacties en situaties</i>	<i>Gebrek aan affectieve uitwisseling of promiscue affecten</i>
Troost	<i>Zoekt troost bij een specifieke volwassen verzorger</i>	<i>Zoekt geen troost of op een vreemde manier</i>
Vertrouwen, hulp zoeken	<i>Zoekt hulp bij specifieke verzorgers bij moeilijke vragen</i>	<i>Buitensporige afhankelijkheid of juist geen hulp zoeken</i>
Samenwerking	<i>Stelt zich coöperatief op tegenover de verzorger</i>	<i>Weinig coöperatief of 'dwangmatige gehoorzaamheid'</i>
Explorerend gedrag	<i>Gebruikt hechtingsfiguur als veilige basis voor exploratie</i>	<i>Geen controle aanwezigheid verzorger, of tegenzin verzorger te verlaten</i>
Controlerend gedrag	<i>Weinig controlerend gedrag t.o.v. verzorger</i>	<i>Overbezorgd t.o.v. verzorger; bestraffend controleren</i>
Reactie bij hereniging/terugkeer	<i>Zoekt troost; positief contact</i>	<i>Contact lukt niet. Negerend gedrag, boosheid, geen affectie</i>
Reactie tegenover vreemden	<i>Terughoudendheid, duidelijker in onbekend omgeving</i>	<i>Geen terughoudendheid, veel lichamelijk contact zonder op verzorger te letten, met vreemden meegaan</i>

Figuur 4. Criteria gehechtheidsproblemen (Boris en Zeanah, 2005)

#### **Aanbevelingen voor de hulpverlening**

Bij gehechtheid-gerelateerde gedragsproblemen moet de eerste aanpak gericht zijn op het creëren van een veilige basis en een veilige haven. Pas als de stress van het kind door deze veilige relatie gebufferd wordt dan is het kind in staat om te exploreren en nieuw gedrag te ontwikkelen. Bij verhoogde stress stopt immers het leren. Bij het hanteren van het Competentiemodel moet men zich afvragen of de voorwaarden voor het behalen van de leerdoelen aanwezig zijn als binnen de instelling het rouwen van personeel als managementinstrument gehanteerd wordt en er aldus sprake is van georganiseerde onveiligheid. Gehechtheidstheorie als managementtheorie en gehechtheid als missie kunnen de noodzakelijke voorwaarden bieden om onveilig gehechte kinderen een veilige basis en een veilige haven te bieden, juist in het orthopedagogische behandelcentrum.

#### **Literatuur**

- Boris N.W. & Zeanah, C.H. (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 (11), 1206-1219.
- Bradley, S.J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. London: Psychology Press.

- Ganiban, J., Barnett, D. & Cicchetti, D. (2000). Negative reactivity and attachment: Down syndrome's contribution to the attachment-temperament debate. *Development and Psychopathology*, 12, 1-21.
- Lovallo, W.R. (1997). *Stress and Health. Biological and psychological interactions*. London: Sage publications.
- Schuengel, C. & Janssen, C.G.C. (2006). People with mental retardation and psychopathology. Stress, affect regulation and attachment. A review. *International Review of Research in mental Retardation*, 32 (8), 229-260.
-

## UIT DE PRAKTIJK

*Met deze rubriek willen wij praktijkervaringen uitwisselen. De LVG-praktijk is divers en in elke instelling weer net even anders, maar de thema's van de problemen die zich kunnen voordoen zijn vergelijkbaar. Mail uw reacties en opmerkingen naar a.ponsioen@lvgn.nl. De volgende reactie is naar aanleiding van de casus Timo die in het vorige nummer van Onderzoek & Praktijk (voorjaarsnummer 2007; blz. 34) werd opgevoerd.*

### REACTIE OP : IS SPREKEN ZILVER EN ZWIJGEN GOUD? CASUS TIMO

*Lex Wijnroks  
Marjan Helder<sup>8</sup>*

#### **Inleiding**

De casus gaat over een jongen van 16 jaar, Timo, die in een orthopedagogisch behandelinstituut is opgenomen, voor wie verzwegen is dat zijn moeder niet zijn biologische moeder is. De vader wil hem dit niet vertellen en de behandelaars hebben zijn verzoek tot op heden ingewilligd. De reden waarom deze informatie door de vader niet aan Timo verstrekt is, is onduidelijk, maar de behandelaars vrezen dat Timo achter dit geheim zal komen nu hij zestien jaar is en zijn dossiers mag lezen. Centraal staat de vraag of Timo hierover geïnformeerd moet worden, voordat hij hier zelf achterkomt. De behandelaars vinden dat zij niet eerlijk tegenover Timo zijn en voelen zich daarover schuldig. Hoewel dit in de casus niet duidelijk geformuleerd is, nemen we aan dat de behandelaars het risico groot achten dat het voor Timo's behandeling schadelijk is als hij het geheim zelf ontdekt zonder dat iemand hem dit persoonlijk verteld heeft.

#### **Het casusrapport**

Het is storend dat het casusrapport op een aantal punten niet volledig helder is. Wat ontbreekt is informatie over de huidige rol van de zus van vader. Zij is de primaire verzorger geweest in de eerste twee levensjaren van Timo en met haar heeft Timo zijn eerste gehechtheidrelatie ontwikkeld. Verder is onduidelijk waarom er *opnieuw* een heftig gesprek plaatsvond tussen Timo's vader en Timo's halfzus. Waar ging het gesprek precies over? Was de halfzus het oneens met vader over het achterhouden van de informatie? Waarom neemt vader contact op met de vertrouwenspersoon van de instelling? Waarom is vader steeds minder vaak bij de behandelplanbesprekingen? Heeft vader zijn interesse in Timo verloren? Kost de verzorging van zijn huidige vrouw te veel tijd? Is de relatie tussen de vader en de behandelaars dusdanig verstoord geraakt dat de vader niet bij de besprekingen aanwezig wil zijn?

#### **Advies**

Deze casus is in verschillende opzichten complex, omdat we rekening moeten houden met de juridische, ethische en behandeltechnische aspecten. In juridisch opzicht speelt de vraag of de behandelaars tegen de nadrukkelijke wens van vader deze informatie met Timo mogen bespreken. Kunnen zij hem hierin passeren? Op dit aspect zal ik in deze bijdrage niet ingaan, omdat deze vraag alleen door juristen beantwoord kan worden. Wij zijn het met de behandelaars eens dat Timo moet weten wie zijn biologische moeder is en dat het

---

<sup>8</sup> Lex Wijnroks is universitair docent bij de opleiding Pedagogiek van de Universiteit Utrecht. Marjan Helder is begeleider van mensen met een verstandelijke beperking bij Stichting de Zijnen.

onethisch is dit voor hem te verzwijgen. Tenslotte, is wat betreft de behandeltechnische kant van de zaak relevant dat Timo niet zelf achter deze informatie komt en dat iemand hem dit vertelt. Eveneens is relevant de vraag wie deze informatie aan Timo moet geven.

In deze casus moet de relatie tussen Timo en zijn vader het uitgangspunt zijn. Ondanks dat vader de afgelopen tijd in de behandeling van Timo weinig geïnteresseerd lijkt te zijn, blijft voor Timo zijn vader de belangrijkste persoon in zijn leven. We vinden dat hij de persoon is die Timo moet vertellen wie zijn echte moeder is. Uit de casus wordt niet duidelijk welke personen betrokken zijn bij pogingen vader van de noodzaak te laten doordringen. Het is duidelijk dat de behandelaars dit geprobeerd hebben, maar of het gesprek tussen vader en Timo's halfzus over dit thema ging laat zich slechts raden. Ook is onbekend wat de taak van de vertrouwenspersoon is en wat de reden is waarom deze bij de zaak betrokken is. Ons advies is de pogingen vader er van te overtuigen van het belang om Timo niet onwetend te laten, niet te staken, maar hem voor te stellen een gesprek met Timo te hebben, waarbij een behandelaar of de vertrouwenspersoon aanwezig is. Deze setting zorgt voor voldoende veiligheid voor Timo en verkleint de kans dat de relatie van Timo met de belangrijkste personen in zijn leven verstoord raakt.

Wat als Timo er toch zelf achter komt, zonder dat iemand het hem verteld heeft? Zal hij het vertrouwen in volwassenen verliezen, waardoor de kans op een succesvolle behandeling aanmerkelijk verlaagd wordt? Dit is niet ondenkbaar en terecht dat de behandelaars zich hierover zorgen maken. Zwijgen is in dit soort gevallen nooit goud.

## GELEZEN

*In deze rubriek worden artikelen en boeken besproken die recent zijn uitgebracht en bij het VOBC LVG zijn in te zien of, als het om artikelen gaat, zijn op te vragen.*

**Simonoff, E., Pickles, A., Chadwick, O., Gringras, P., Wood, N., Higgins, S., Maney, J-A., Karia, N., Iqbal, H. & Moore, A. (2006). The Corydon Assessment of Learning Study: Prevalence and educational identification of mild mental retardation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 828-839.**

Het onderzoek dat beschreven staat in dit artikel vond plaats in Groot-Britanië. In een bepaald gebied zijn alle 22 middelbare scholen aangeschreven. Uiteindelijk hebben er 15 scholen meegedaan waaronder het reguliere onderwijs en speciale scholen (zoals voor kinderen met een verstandelijke beperking of een fysieke beperking).

Bij in totaal 2.730 kinderen met een gemiddelde leeftijd 13.4 jaar, werd groepsgewijs een in Engeland veel gebruikte screeningstest afgenomen, de 'Cognitive Abilities Test' (CAT). Scholen in Engeland gebruiken de CAT om te bepalen welke begeleidingsbehoeften een kind heeft, dat kan zowel speciaal onderwijs zijn, als speciale begeleiding binnen de reguliere school. Op basis van de CAT scores werden er drie subgroepen samengesteld: met een zwakke, een matig en met een sterke indicatie van een licht verstandelijk beperking (in dit onderzoek gedefinieerd als een IQ score tussen de 55 en 69). Bij deze 304 kinderen is individueel de WISC-III afgenomen. De resultaten geven aan dat slechts 15% van de kinderen met een IQ-score onder de 70 in het speciaal onderwijs zit of een speciale status heeft binnen het reguliere onderwijs ('Special Educational Needs', SEN). Als de onderzoekers zich alleen op het speciaal onderwijs hadden gericht, hadden ze slechts 32 van de 94 kinderen met een IQ score tussen de 55 en de 69 te pakken gehad en als ze daarbij de kinderen met de speciale status SEN mee hadden genomen, hadden ze nog maar slechts 46 van die 94 ontdekt. De beste voorspeller of iemand in het speciaal onderwijs zit was de aanwezigheid van gedragsproblemen.

De auteurs concluderen dat de licht verstandelijke beperking van veel kinderen niet geconstateerd wordt met de in Engeland veel gebruikte screeningsmethoden. Zij geven aan niet te weten of een dergelijke constatering het kind en de ouders kan helpen alleen al door het inzichtgevende daarvan en door het beschikbaar maken van zorg en begeleiding.

Mariët van der Molen

## **BINNENGEKOMEN**

*In deze rubriek wordt naar recent verschenen publicaties verwezen die voor de LVG-sector relevant zijn.*

Van den Wijngaard, M.. (2007). *De relatie tussen Wechsler Intelligent Scale for Children, Cognitive Assessment System en Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen*. Masterthese Orthopedagogiek Vrije Universiteit Amsterdam onder supervisie van dr. C.G.C. Janssen.

Van den Blink, M. & Mastenbroek, L. (2005). *Sociaal cognitieve ontwikkeling van normaal begaafde kinderen en licht verstandelijk gehandicapte kinderen in Suriname en Nederland*. Masterthese Klinische Ontwikkelingspsychologie Universiteit van Amsterdam onder supervisie van dr. A.M. Collot d'Escury-Koenigs.