

Onderzoek & Praktijk

Voorjaar 2010
Jaargang 8 - nummer 2

Inhoud

Ponsioen	3	Voorwoord
Hogewind & Collot d'Escury	5	Het steunogram: een instrument voor interventie en risicotaxatie op basis van het sociale netwerk van licht verstandelijk beperkte zedendelinquente jongeren
Pauly & Groenen	14	Jongeren met LVB-problematiek gemotiveerd in ontwikkeling
Douma, Dekker & Koot	20	Het gebruik van de Youth Self-Report (YSR) bij jongeren met een licht verstandelijke beperking
Mudde, Hopman & Ponsioen	29	Een zeer moeilijk lerende jongen die helemaal niet zo moeilijk leert

Interview

Deelstra	41	Liesbeth Mevissen: Onderzoek naar EMDR bij kinderen met een licht verstandelijke beperking
-----------------	-----------	---

Column

Embregts	44	Begeleiderskapitaal
-----------------	-----------	----------------------------

Binnengekomen

47

Gelezen

47

Onderzoek & Praktijk

is een uitgave van de
VOBC LVG

(Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra en de Stichting Landelijk Kenniscentrum LVG)

Met het verspreiden van de resultaten van praktijkgericht onderzoek
wordt naar een theoretische onderbouwing van het orthopedagogisch handelen
in de zorg voor Licht Verstandelijk Gehandicapte jeugdigen gestreefd.
Onderzoek & Praktijk verschijnt tweemaal per jaar.

Redactie:

A. Collot d'Escury-Koenigs
H.J. Deelstra
A.J.G.B. Ponsioen
M.J. van der Molen
D. Verstegen

Tekstcorrecties:

M. Vreijisen

Vermenigvuldiging:

's Heeren Loo Kwadrant - RWK Kopie, Mailing & Industrie

Correspondentie en kopij:

VOBC LVG
t.a.v. Redactie Onderzoek & Praktijk
Kaap Hoorndreef 60
3563 AV Utrecht
tel. 030-2643311
fax 030-2619532
info@lvgn.net
www.lvgn.net

VOORWOORD

Albert Ponsioen
hoofdredacteur Onderzoek & Praktijk

Vanzelfsprekend moet het voorjaarsnummer van *Onderzoek & Praktijk* in het voorjaar verschijnen. Dit jaar is het kantje boord. Maar we moeten het nog steeds doen met een kleine redactie, terwijl het redactiewerk almaar toeneemt (een positieve ontwikkeling overigens!). De onvolprezen *Jan Niessen* is al enige tijd geleden gestopt en nu gaat *Heleen Deelstra* ook nog de redactie verlaten. Met het interview met *Liesbeth Mevissen* over EMDR bij LVB-jongeren neemt zij afscheid van *Onderzoek & Praktijk*. Dit zal echter niet betekenen dat haar bijdragen hiermee ook stoppen, daarvoor zal er op haar een beroep blijven worden gedaan om haar enorme ervaring uit te dragen via *Onderzoek & Praktijk*. Heleen is eigenlijk het langst betrokken bij *Onderzoek & Praktijk*, door het pionierswerk dat zij bij de voorloper van het tijdschrift, Ontwikkelingen Wetenschappelijk Onderzoek (OWO), deed. Destijds (in 1998) werd dit tijdschrift vanuit (toen nog) Groot-Emaus in Ermelo uitgegeven en vanaf 2000 door het inmiddels opgerichte Landelijk Kenniscentrum LVG overgenomen en landelijk verspreid. Heleen is begonnen in een tijd dat er van ontwikkelingen in wetenschappelijk onderzoek in de LVB-sector nog nauwelijks sprake was. Op dit moment zijn deze ontwikkelingen nauwelijks meer bij te houden. Over resultaat van werken gesproken! Dank Heleen, ook vanaf deze plek, voor al het werk van de afgelopen jaren. Slechts één keer moest je een redactievergadering voortijdig verlaten. Maar daar was dan wel een ingestort huis voor nodig.

Ondanks de inkrimpende redactie en het uitdijende redactiewerk is het gelukt om een lijvig voorjaarsnummer uit te brengen. Met opnieuw een gevarieerde thematiek. *Hans Hogewind* en *Annematt Collot d'Escury* beschrijven de ontwikkeling van een nieuw instrument, het Steunogram, om het sociale netwerk van LVB-jongeren in kaart te brengen. Mocht u na lezing van dit artikel geïnteresseerd raken dan is dit instrument bij de auteurs te bestellen. Over praktijkgericht onderzoek gesproken!

Een tweede nieuwe ontwikkeling wordt in het artikel van *Stephan Paulie* en *Peetie Groenen* besproken, een observatiematrix om ontwikkelingsprofielen van LVB-jongeren inzichtelijk te maken. In eerste instantie nog gericht op de onderwijssituatie, maar mogelijk ook bruikbaar binnen de behandelcentra.

Jolanda Douma, *Marielle Dekker* en *Hans Koot* doen verslag van een onderzoek naar het gebruik van de Youth Self Report (YSR), de zelfrapportage-versie van de Child Behavior Checklist (CBCL). De CBCL wordt al sinds jaar en dag in de meeste behandelcentra gebruikt, in tegenstelling tot de YSR. Zelfrapportage en LVB is een lastig thema, mogelijk dat er daarom binnen de LVB-instellingen minder vaak naar instrumenten als de YSR gegrepen wordt. De auteurs concluderen echter dat LVB-jongeren zeer wel in staat zijn om informatie over hun emotioneel en gedragsmatig functioneren te geven.

Esther Mudde, *Maaike Hopman* en *Albert Ponsioen* doen verslag van een behandeling bij een zeer moeilijk lerende jongen. Hun relaas laat weer eens zien dat het ook bij een leerling van een zml-school (cluster-3 onderwijs) zin heeft om verder te kijken dan de IQ-score en dat een label als 'zeer moeilijk lerend' niet altijd iets zegt over de werkelijke leervaardigheden.

Petri Embregts, onlangs benoemd tot bijzonder hoogleraar aan de Universiteit van Tilburg, doet in haar column een pleidooi om meer aandacht te hebben voor het werkelijke kapitaal van de behandelcentra: de begeleiders die meer door hun persoonlijke stijl, hun attitude en wijze van

relatievorming dan door alleen hun vaardigheden, invloed hebben op de kwaliteit van leven van hun cliënten.

Zoals gebruikelijk wordt ook dit voorjaarsnummer 2010 van *Onderzoek & Praktijk* weer afgesloten met de rubrieken *Binnengekomen* en *Gelezen*.

Mocht u wellicht denken bij het lezen van de namen van de auteurs dat het steeds weer de redactieleden zijn die de artikelen schrijven, even een korte toelichting. Om eigen ervaringen in een artikel om te zetten kan een steuntje in de rug van de redactie van *Onderzoek & Praktijk* net even het verschil uitmaken tussen wel of niet publiceren. Wij kunnen collega's in het veld, studenten en onderzoekers over de publicatiedrempel proberen heen te helpen. Schroom dus niet om uw bijdragen in te sturen, hoe ver dit wellicht nog in uw ogen van een artikel verwijderd is. Succes met het schrijfwerk en veel plezier met het lezen van dit nummer van *Onderzoek & Praktijk*. En dat het een mooie zomer mag worden!



HET STEUNOGRAM: EEN INSTRUMENT VOOR INTERVENTIE EN RISICOTAXATIE OP BASIS VAN HET SOCIALE NETWERK VAN LICHT VERSTANDELIJK BEPERKTE ZEDENDELINQUENTE JONGEREN

*Hans Hogewind¹
Annematt Collot d'Escury²*

Vrienden, een sociaal netwerk, een band met belangrijke anderen en maatschappelijk commitment zijn belangrijke protectieve factoren in het licht van grensoverschrijdend gedrag (Hirschi, 1998; Lodewijks, 2007; Pomp, Hendriks, Kremer & Spreen, 2007). Hoe minder steun, des te groter is het risico op uitval. Licht verstandelijk beperkte (lvb) zedendelinquente jongeren zijn zowel door hun cognitief emotionele beperkingen, als door het delict en de externe perceptie daarvan, sociaal sterk geïsoleerd (Ponsioen, 2001; Koolhof et al., 2007). Zij hebben geen zicht op hun sociale netwerk. Zij weten niet bij wie zij steun zouden kunnen halen en bij wie wellicht beter niet en de steun laat het ook nog al eens afweten bij deze groep. Juist voor deze jongeren, en hun gezin, is het in beeld brengen van het sociale netwerk van groot belang (Broek, 2006). In dit artikel wordt beschreven hoe het diagnostisch instrument is ontwikkeld waarmee het sociale netwerk van de jongere op een structurele manier in kaart kan worden gebracht zodat risicofactoren en beschermende factoren zowel voor de jongere als voor de hulpverleners inzichtelijk worden.

Sociale isolatie

Lvb-jongeren worden gekenmerkt door lager intellectueel functioneren en beperkte sociale redzaamheid (Ponsioen, 2001). Zo hebben Lvb jongeren moeite met het selecteren van de juiste informatie uit hun omgeving (Leffert & Siperstein, 1996; van Nieuwenhuizen et al., 2006; Woodley-Zanthos & Ellis, 1989); kunnen ze zich niet goed verplaatsen in een ander perspectief (Baron-Cohen, 1989; Benson et al., 1993; Oppenheimer & Rempt, 1986); hebben ze moeite met het adequaat duiden van sociale cues (Van Hekken, Steetzel & Vrolijk, 1991; Leffert & Siperstein, 1996; van Nieuwenhuizen et al., 2005, 2009); hebben ze moeite met het bewust controleren en sturen van hun aandacht (Crosby, 1972; van der Meer, 2000); en kunnen ze hun aandacht niet voldoende verdelen, zowel bij tegenstrijdige en irrelevante informatie als bij proportionele afwegingen (Bernstein & Day, 1971; Nettelbeck & MacLean, 1984).

Deze kenmerken hebben implicaties voor de opbouw en instandhouding van relaties. Lvb jongeren begrijpen de signalen uit hun omgeving niet goed en ze kunnen hun eigen signalen vaak moeilijk verwoorden. Het inhiberen van ongewenst gedrag is vaak niet mogelijk omdat ze niet goed begrijpen dat bepaalde gedragingen sociaal onaanvaardbaar zijn (Meijer et al. 2007). Dit heeft tot gevolg dat ze vaak onbedoeld ruzie krijgen met leeftijdgenoten, moeilijk kunnen participeren in spelletjes en vaak worden gepest. Ook overzien ze de gevolgen van hun gedrag in mindere mate dan andere delinquente jongeren en lijken ze weinig te profiteren van feedback (Benson, Abbeduto, Short, Biber, Nuccio & Maas, 1993; Ponsioen, 2001). Buitengesloten zijn is voor iedereen pijnlijk. Uitsluiting of afwijzing is een vorm van vernedering die heel moeilijk uit te wissen is en volgens Eisenberg Leberman &

¹ Hans Hogewind is als Psycholoog werkzaam bij GGZ-NHN, afdeling Kinderen en Jeugd, in Hoorn. Onderhavig artikel beschrijft zijn afstudeeronderzoek. JWFHogewind@hotmail.com

² Annematt Collot d'Escury is GZ-psycholoog / K&J-specialist en verbonden aan de vakgroep ontwikkelingspsychologie van de Universiteit van Amsterdam. A.L.Collotdescury-koenigs@uva.nl

Willams (2003) zelfs specifieke hersendelen activeert. Hartling stelt zelfs dat de sociale pijn van afwijzing net zo ernstig is als fysieke pijn (Hartling, 2005). Voor Lvb jongeren is afwijzing niet alleen pijnlijk maar ook beperkend. Lvb jongeren hebben immers meer nog dan niet lvb jongeren behoefte aan steun en sturing van buiten af. Ze hebben weinig eigen planning en laten zich leiden door externe stimuli. Ze zijn sterk gericht op sociale bekrachtiging en zijn geneigd eerder op anderen te vertrouwen dan op hun eigen mening of mogelijkheden (Van den Heuvel, Bos & Schipper, 1999). Aansluiting bij de groep is voor deze jongeren essentieel om zich te kunnen handhaven.

Licht verstandelijk beperkte (lvb) zedendelinquente jongeren zijn echter zowel door de problemen van hun handicap, als door het delict en de externe perceptie daarvan sociaal sterk geïsoleerd (Ponsioen, 2001; Koolhof et al., 2007). Niet alleen de jongere, maar het hele gezin staat buiten spel. De omgeving staat afwijzend tegenover ouders met een kind dat een zedendelict pleegt. Ook de ouders worden afgerekend op het gedrag van de jongere. Dat de jongere een licht verstandelijk beperking heeft, wordt door de omgeving niet als een excuus gezien, maar juist als een gegeven dat de ouders een verhoogde verantwoordelijkheid hebben (hadden) om op hun kind te letten. Deze afwijzing door de omgeving heeft gevolgen voor de sociale involvement van het gezin. Hoe minder maatschappelijke involvement, des te groter is de kans op uitval.

Uit bovengenoemde kenmerken van het sociale netwerk rond de lvb jongeren die een zedendelict hebben gepleegd blijkt dat dit een belangrijke indicator is van risicofactoren, maar het sociale netwerk kan ook juist een beschermende werking hebben tegen delinquentie. Wanneer het sociale netwerk in kaart wordt gebracht is het mogelijk deze contacten op een structurele manier te kwalificeren en kunnen de risicofactoren en beschermende factoren van het sociale netwerk worden onderkend. Momenteel bestaat nog geen standaard instrument waarmee het sociale netwerk specifiek voor deze jongeren in kaart kan worden gebracht. In onderhavig onderzoek is getracht een dergelijk instrument te ontwikkelen.

Het is van groot belang het sociale netwerk te betrekken bij de ondersteuning van de lvb jongeren. Lvb jongeren hebben zelf vaak weinig zicht op hun sociale netwerk. Ondanks het feit dat het sociale netwerk als van wezenlijk belang wordt beschouwd, heeft ook de hulpverlening vaak maar weinig zicht op het netwerk van de jongere. De **SAVRY** beschouwt het netwerk van de jongere als elementair, zowel wat betreft de risicofactoren als ten aanzien van de protectieve factoren, maar de inschatting van de kwaliteit van dat netwerk is gebaseerd op informatie van de jongere zelf of hooguit op informatie uit het dossier van de jongere en dan nog enkel betreffende de afgelopen zes maanden. Beter zicht op het sociale netwerk van de jongere biedt beter zicht op de risico situatie van de jongere (Pomp, Hendriks, Kremer & Spreen, 2007) maar ook op de sociale steunmogelijkheden van de jongere.

De ontwikkeling van het Steunogram

In algemenere zin wordt voor het in kaart brengen van (familie)relaties gebruik gemaakt van een drietal instrumenten: het Genogram, het Sociogram en het Ecogram. Deze zijn gebruikt om het Steunogram te construeren.

Het Genogram is een grafisch diagram waarin de familiebanden van een persoon worden weergegeven in de vorm van een serie standaardsymbolen. Het is een stafkaart van de familie, die inzicht geeft in de cultuur, de taal, de interpersoonlijke relaties en de manier van functioneren. Het gebruik geeft therapeuten inzicht in het verband tussen gebeurtenissen en relaties in het leven van de cliënt en hun opvattingen over leven en welzijn (Kuehl, 1995). Het gebruik van Genogrammen in de hulpverlening dateert van het begin van de gezinstherapie. Een van de pioniers was Bowen (1966, 1978). Het opzetten van een Genogram helpt de hulpverlener om dichtbij de cliënt en zijn belevingswereld te staan en voorkomt dat de hulpverlener zich teveel bezighoudt met wat naar zijn

oordeel veranderd zou moeten worden (Jessurun, 1994). Naast het in kaart brengen van de interpersoonlijke relaties wordt het Genogram in de gezinstherapie ook gebruikt om veranderingen in het familienetwerk weer te geven. Met behulp van functionele gezinstherapie kan vervolgens worden getracht het sociale netwerk binnen en buiten het gezin te verstevigen (Blow & Timm, 2002).

Genogrammen worden in verschillende therapievormen gecombineerd met sociogrammen of Ecogrammen. Een sociogram is een diagram dat de patronen van een relatie tussen individuen representeert, meestal uitgedrukt in de mate waarop de cliënt graag omgaat met de andere personen. Het sociogram biedt een abstracte weergave van de keuzes en sociale relaties in een groep. Met behulp van het sociogram kan een sociometrische score worden berekend. Op die manier kan worden achterhaald hoe de groepsdynamiek is: hoe personen 'in de groep liggen'. Een Ecogram is een diagram van een sociaal 'zonnestelsel', waarin een familie-Genogram in het midden is geplaatst, op de plaats van de zon. Daarbuiten worden andere belangrijke personen en instituten in de leefomgeving van de cliënt geplaatst in cirkels buiten het centrum, gelijk planeten om de zon. De wijzen waarop een sociogram en Ecogram worden gemaakt, zijn echter niet gestandaardiseerd en vaak ongestructureerd (Neill, 2006).

In de praktijk wordt het Genogram ervaren als een goede documentatie van de gezinssituatie, een goed instrument om rekening te houden met culturele componenten en als erkenning van de autonomie van de cliënt. Er zijn echter enkele beperkingen: Een eerste beperking is het ontbreken van duidelijke richtlijnen bij het afnemen en bespreken van het Genogram. Het ontbreken hiervan heeft tevens als gevolg dat de mogelijkheden om de sociale relaties van de cliënt te kwantificeren beperkt zijn. Een derde beperking is het gebrek aan inzicht dat wordt verschaft over het sociale netwerk dat zich buiten het gezin afspeelt. Het uitgangspunt voor lvb jongeren hierbij is dat de sociale contacten buiten het gezin zorgen voor de sociale inbedding van het gezin en daarmee de steun waar het gezin op kan terugvallen (Koolhof et al., 2007). Met behulp van het Steunogram wordt getracht de positieve aspecten van het huidige gebruik van het Genogram te behouden en de nadelen weg te nemen.

Het Steunogram kan worden gebruikt in verband met het taxeren van de risicofactoren en beschermende factoren in het familienetwerk van delinquente jongeren. Daarnaast biedt het instrument de mogelijkheid om de sociale contacten van de gezinsleden buiten het gezin te bespreken. Uit dit sociale netwerk blijkt vervolgens welke risicofactoren een rol spelen. Zo is de afwijzing door leeftijdgenoten een risicofactor, aangezien dit het gezin kwetsbaar maakt: sociale contacten buiten het gezin zorgen voor sociale controle en steun voor de jongere en zijn gezin (Loeber et al., 2003).

Doelstellingen van het Steunogram

Bij het opstellen van het Steunogram, evenals het Genogram, wordt uitgegaan van de uitspraken en kennis van de jongere zelf. Dit in tegenstelling tot andere instrumenten, zoals de SAVRY (Lodewijks et al., 2001) en de PCL (de Ruiter, Kuin en de Vries, 2002), waarbij het dossieronderzoek als uitgangspunt wordt genomen om bijvoorbeeld de risicotaxatie op te baseren. Doordat wordt uitgegaan van de jongere zelf, zal deze zich meer betrokken voelen bij het onderzoek en de therapie en kan beter aangesloten worden bij de jongere en zijn perceptie. Doordat ze zelf ook actief worden betrokken bij het invullen van het Steunogram ontstaat evenals bij het genogram een aangename sfeer, soms voor het eerst in geruime tijd (Hillewaere et al., 1995).

Ontwikkeling van het instrument

De constructie van het instrument is gebaseerd op de rationele methode (Oosterveld & Vorst, 2006). Specifieke items zijn opgesteld op basis van items uit bestaande onderzoeken, waaronder de Familie Relatie Test (FRT; Baarda, van Londen, van Londen-Barentsen, 1999); de Vragenlijst voor Gezinsproblemen (VGP; Koot, 1997); de Nederlandse versie van de Gestructureerde Risicotaxatie van Gewelddadig Gedrag bij Jongeren (SAVRY; Lodewijks et al., 2001); de Nederlandse versie van de

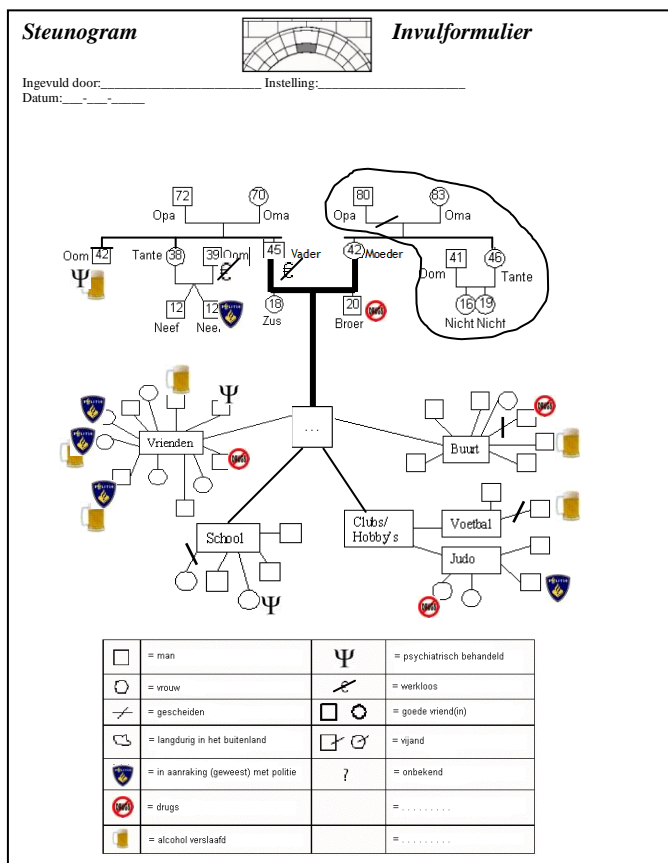
Psychopath Checklist Youth Version (PCL; de Ruiter, Kuin en de Vries, 2002); en de Ouder-Kind Interactie Vragenlijst-Revised (OKIV-R; Lange, 2001).

Invullen Steunogram

De afname van het Steunogram bestaat uit tien stappen, zoals weergegeven in tabel 1. In de ontwikkelde handleiding zijn de stappen verder uitgewerkt. Daarnaast is het mogelijk om de belangrijkste kenmerken van het Steunogram in een tabel te kwantificeren, waardoor veranderingen bij afname op een later tijdstip overzichtelijk kunnen worden gerapporteerd zodat de dynamiek van het Steunogram naar voren komt. In figuur 1 wordt een voorbeeld gegeven van een ingevuld Steunogram.

Tabel 1. Stappenplan als leidraad voor het invullen van het Steunogram

HANDLEIDING STEUNOGRAM	
<i>Stappen</i>	<i>Beschrijving</i>
Stap 1	Uitleg
Stap 2	Intekenen jongere
Stap 3	Familieboom maken
Stap 4	Invullen semigestructureerd interview familie
Stap 5	Intekenen vrienden, kennissen, school/werk, hobby's, sport en buurt
Stap 6	Invullen emotionele band vrienden, school/werk, hobby's, sport en buurt
Stap 7	Invullen semigestructureerd interview sociale contacten
Stap 8	Vragen per netwerk lid a) Maatschappelijke variabelen (woonplaats, beroep, woonsituatie) b) Relationele variabelen (duur en oorsprong van de relatie) c) Soort vriend (gezelschap, financieel, emotioneel, praktisch) d) Relatie tussen de netwerkliden (vrienden/vijanden van elkaar)
Stap 9	Vragen in verband met risicofactoren
Stap 10	Correctie en aanvulling



Figuur 1. Voorbeeld van een ingevuld Steunogram

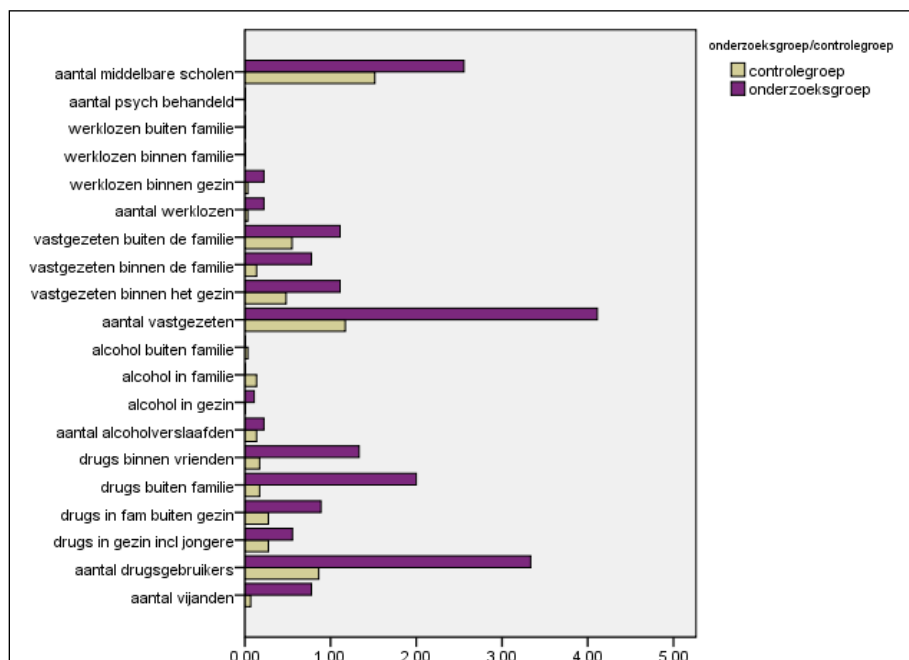
Onderzoek en resultaten in het kort

Nadat het instrument is geconstrueerd, zijn de items en schalen geselecteerd en geëvalueerd op basis van het oordeel van negen experts met behulp van een vragenlijst en een enquête. Vervolgens is de convergente begripsvaliditeit onderzocht met behulp van twee instrumenten met vergelijkbare meetpretenties (SAVRY en OKIV-R). Aan de hand van een vergelijkende studie tussen lvb-zedendelinquente jongeren ten opzichte van scholieren in dezelfde leeftijdscategorie en met een vergelijkbaar intelligentieniveau is onderzocht welke gegevens convergent en welke divergent valideren.

Uit het onderzoek naar de divergente begripsvaliditeit bleken, in lijn met de verwachtingen, significante verschillen tussen beide groepen wat betreft sociale contacten, de mening over school en het aantal risicofactoren in het sociale netwerk (Figuur 2). Wat betreft het aantal vrienden dat de jongeren rapporteert is tegen de verwachtingen in geen verschil tussen de onderzoeksgroep en controlegroep. Dit is voor een groot deel te verklaren door de invloed van de sociale contacten op de instelling waar de jongeren verblijven. Een belangrijke oorzaak hiervan ligt in het effect van de opname in de instelling. Na vele jaren van detentie en verpleging zijn de contacten met mensen buiten de kliniek sterk afgenomen en zullen de jongeren opnieuw contacten moeten (leren) leggen met mensen buiten de kliniek (Groen & Drost, 2003). De jongeren rapporteren dan ook met name sociale contacten binnen de instelling, waaronder de contacten op de leefgroep, op school en op interne stageplaatsen. Het aantoonbare verschil tussen sociale contacten binnen en buiten de

instelling geeft een sterke eigenschap van het Steunogram weer: doordat de jongeren zelf hun contacten rapporteren, kunnen ze op een inzichtelijke wijze worden geconfronteerd met het geringe aantal sociale netwerkleden buiten de instelling ten opzichte van de interne contacten en kan worden gewerkt aan het versterken van dit sociale netwerk. Omgekeerd kan bij een positieve ontwikkeling ook zichtbaar worden dat er nieuwe en andere contacten ontstaan.

Figuur 2. Multivariate variantie-analyse tussen de onderzoeksgroep en de controlegroep op verschillende risicofactoren



Wat betreft de convergente begripsvaliditeit zijn tevens twee instrumenten vergeleken met het Steunogram. Uit de exploratieve vergelijking met de SAVRY blijkt een overeenkomst wat betreft de meeste onderzochte variabelen. Discrepanties werden gevonden tussen het aantal gerapporteerde vrienden op basis van het Steunogram en de mate van afwijzing op basis van de SAVRY. Een duidelijk verschil werd tevens gevonden wat betreft de omgang met delinquente leeftijdgenoten en delinquente familieleden: met behulp van het Steunogram scoorden de jongeren aanzienlijk hoger op de genoemde factoren dan uit de SAVRY bleek. Een verklaring voor deze discrepantie wordt gevonden in de aanwijzingen uit de handleiding voor het scoren van de SAVRY items, waar aan de beoordelaar ruimte wordt gelaten om de huidige contacten van de jongeren binnen de instelling wel of niet te betrekken in de scoring van de items. In ieder geval is duidelijk geworden dat de jongeren in staat zijn de delinquente vrienden op de instelling met behulp van het Steunogram te rapporteren. Hierdoor biedt het instrument een uitgangspunt voor een gesprek met de jongere over de wenselijkheid van de omgang met delinquente leeftijdgenoten. Uit de vergelijking met de OKIV-R blijkt dat de jongeren vergelijkbaar rapporteren op beide instrumenten wat betreft hun mening over de ouders.

Verskil met andere instrumenten

Een groot verschil tussen de SAVRY en het Steunogram betreft het gebruik van bronnen: de SAVRY gaat uit van meerdere bronnen, waaronder het psychiatrisch en psychologisch onderzoek, rapportage van school en van de kinderrechter, dossiers over de psychische en/of lichamelijke gezondheid, rapportages van de ouders en zelfrapportages. Het Steunogram gaat expliciet uit van de jongere zelf, met als mogelijke aanvulling dossiergegevens van de jongere. Een argument voor het gebruik van meerdere bronnen is dat het meer valide gegevens oplevert dan de subjectieve rapportage van de jongere. Hierover dient echter te worden opgemerkt dat de informatie in de dossiers erg afhankelijk is van de personen die de informatie verschaffen. Zo zal in een justitieel kader anders worden gerapporteerd dan in de instelling met betrekking tot de behandeling. Het gebruik van het Steunogram naast andere instrumenten geeft de verschillen weer tussen het oordeel van de rapporteurs enerzijds en de perceptie van de jongeren anderzijds en biedt waardevolle informatie voor de verschillende fasen van de behandeling (Kuehl, 1995). Met name in verband met Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA) biedt het Steunogram een betekenisvolle aanvulling. Voorbeelden van waardevolle informatie zijn het delictnetwerk van de jongere (socio- demografische, relationele en risicovolle kenmerken en de netwerkperceptie van de betrokkene), het beschrijven van de verwachte toekomstige omstandigheden (de sociale steun, het netwerk en stresserende omstandigheden) en de definiëring van het terugkeernetwerk van de jongere (Pomp, Hendriks, Kremer en Spreen, 2007). Hierover kan tevens worden opgemerkt dat de doelgroep van het Steunogram zou kunnen worden uitgebreid naar criminele jongeren in het algemeen.

Mogelijkheden voor afname en gebruikservaringen

Doordat het Steunogram op verschillende momenten in de behandeling kan worden afgenomen biedt het inzicht in het behandelproces en kan de dynamiek van het sociale netwerk in kaart worden gebracht en worden geëvalueerd. Niet alleen kan het Steunogram inzicht bieden in de dynamiek, maar ook voor verschillende gebruikersgroepen die te maken hebben met de jongere. De eerste groep bestaat uit de opdrachtgevers: de rechtbank en het openbaar ministerie. Deze groep beslist over de tenuitvoerlegging van de maatregel Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen (PIJ), danwel vooralsnog het behandelen van jeugdigen die op civielrechtelijke titel in een gesloten behandelinrichting zijn geplaatst (Groen & Drost, 2003). Het Steunogram kan worden gebruikt bij deze beslissingen doordat het een duidelijk overzicht geeft van het sociale netwerk van de jongere. De tweede groep bestaat uit de begeleiders die de rapportage gebruiken voor hun bemoeienis met de jeugdige en de ouders: medewerkers van de Raad voor de Kinderbescherming en medewerkers van (jeugd) reclassering. Het Steunogram kan een vitaal onderdeel uitmaken van deze rapportage. De derde en vierde gebruikersgroep zijn de behandelaars binnen justitie en de behandelaars binnen de GGZ, die de rapportage als diagnostische basis voor de behandeling gebruiken van jeugdigen met een PIJ- of TBS-maatregel of jeugdigen met een psychiatrische stoornis. Het Steunogram kan dienen als aanvulling van de rapportage, als effectmeting van de behandeling en als risicotaxatie-instrument. De vijfde gebruikersgroep bestaat uit de ouders en jeugdigen, eventueel vertegenwoordigd door hun advocaat. Doordat het Steunogram inzichtelijk is, biedt het een goede manier om in kaart te brengen welke sociale banden beschikbaar zijn en wat de kwaliteit van de sociale banden is, wat de kwetsbaarheid is van de jongere in dit sociale netwerk en waar mogelijkheden liggen voor interventie.

De ervaringen van het afnemen van het Steunogram waren overwegend positief. De jongeren bleken enthousiast om over hun sociale netwerk te vertellen. De manier waarop het Steunogram is opgezet bleek goed aan te slaan bij de jongeren: door eerst met name feitelijke en toegankelijke informatie over de familie te stellen waren de jongeren verbaasd over de hoeveelheid personen die ze konden benoemen. Wanneer vervolgens het sociale netwerk en risicofactoren werden uitgevraagd bleken de jongeren goed in staat om veel informatie te geven. Door de open manier van vragen was het goed mogelijk om dichtbij de jongere en zijn perceptie te blijven. Evenals bij het gebruik van het

Genogram wordt ruimte gemaakt om naar elkaar te luisteren en blijken jongeren over het algemeen erg open te zijn in het spreken over hun familie. Ouders zijn vaak (blij) verbaasd over de kennis die kinderen hebben over hun gezin (Hillewaere et al., 1995). Voor jongeren is het inzicht gevend en een prettige manier van werken.

De toekomst

Doordat de jongeren zelf rapporteren krijgen ze inzicht in hun sociale netwerk. Weten waar je moet zijn als je hulp nodig hebt is een hele belangrijke protectieve factor. Perslot van rekening is het adequaat leren vragen van hulp een essentiële sociale vaardigheid, maar dan is het ook belangrijk in te kunnen schatten bij wie je daarvoor moet zijn (Collot d'Escury, 1994). Als tijdens de behandeling wordt gewerkt aan het sociale netwerk van de jongere en zijn eigen kennis met betrekking tot dat netwerk kan dit zichtbaar worden gemaakt door met overhead sheets of doorzichtige vellen nieuwe lijnen in het netwerk te trekken. Zo wordt ook de ontwikkeling voor de jongere zichtbaar.

Voor meer informatie over of het bestellen van het Steunogram kunt u contact opnemen met een van de auteurs: JWFHogewind@hotmail.com of A.L.Collotdescury-koenigs@uva.nl.

Literatuur

- Baarda, D.B., Londen van, A., Londen van-Barentsen, W.M. *Familie Relatie Test*. Geautoriseerde vertaling.
- Baron-Cohen, S. (1989). The autistic child's theory of mind: A case of specific developmental delay. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 10 (2), 285-297.
- Benson, G., Abbeduto, L., Short, K., Nuccio, J.B. & Maas, F. (1993). Development of a theory of mind in individuals with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 98.
- Bernstein, I.H. & Day, R.M. (1971). Size constancy in mental retardates and normals: A signal-detectability analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(2), 177-179.
- Blow, A.J. & Timm, T.M. (2002). Promoting community through family therapy: Helping cliënts develop a network of significant social relationships. *Journal of Systemic Therapies*, 21, 67-89.
- Bowen (1966) The use of family theory in clinical practice. *Comprehensive Psychoanalysis* 7, 345-374.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Aronson.
- Broek, A.G. (2006). De terreur van Schaamte. adviesrapport t.b.v. de reclassering Nederland, Utrecht.
- Collot d'Escury, A.M.L. (1994). What is on a child's mind. Thesis uitgevers Amsterdam.
- Crosby, K.G. (1972). Attention and distractibility in mentally retarded and intellectually average children. *American Journal of Mental Deficiency*, 77, 46-53.
- Eisenberg, N.J., Leberman M.D. & Williams K.D. (2003). Does rejection hurtan fMRI study of socil exclsion, *Science* 302, 290-2.
- Groen, H. & Drost, M. (2003). *Handboek Forensische Geestelijke Gezondheidszorg*. De Tijdstroom Uitgeverij, Utrecht.
- Hartling, L. (2005). Humiliation: real pain a pathway to violence. NewYork Columbia University .
- Hekken van, S.M.J., Steetzel, L. & Vrolijk, R. (1991). Sociale competentie: een onderzoek bij zes- tot twaalfjarige borderline-, moeilijk lerende- en basisschoolkinderen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 30, 524
- Van den Heuvel, J., Bos, A., & Schipper, H. C. (1999). Toerekeningsvatbaarheid bij minderjarigen. In A. M. Collot d'Escury-Koenigs, A. van der Linden, & T. J. Snaterse (Red.), Van preventie tot straf. Naar meer sociale vaardigheden bij jongeren (pp. 259-285). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hillewaere, B. & Le Fevere de Ten Hove M. (2006). Narratieve oplossingsgerichte toepassingen bij Genogrammen: samen hoopvolle perspectieven creëren. *Systeem Therapie*, 18, 69-87.
- Hirschi, T., 1969. *Causes of delinquency*. University of California press, Berkley, Los Angeles and London.
- Hogewind, J.W.F. & Collot d'Escury, A. (2009) Ontwikkeling en validering van het Steunogram: Een instrument voor interventie en risicotaxatie op basis van het sociale netwerk van licht verstandelijk beperkte zedendelinquente jongeren. *Universiteit van Amsterdam*.
- Jessurun, C.M. (1994). *Genogrammen en Etniciteit*. In: Hoogsteder, J., red. *Etnocentrisme en communicatie in de hulpverlening, module IV: Inter-culturele Hulpverlening*. Utrecht: St. Landelijke Federatie Welzijnsorganisaties voor Surinamers, 171-194.

- Koolhof, R., Loeber, R., Wei, E., Pardini, D., Collot d'Escury, A. (2007) Inhibition Deficits of Serious Delinquent Boys of Low Intelligence. *Department of Clinical and Developmental Psychology, University of Amsterdam, The Netherlands.*
- Koot, H.M. (1997). *Handleiding bij de vragenlijst voor gezinsproblemen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Kuehl, B.P. (1995). *The Solution Oriented Genogram*. American Association of Marriage and Family Therapy, July 1995.
- Lange, A. (2001) *De Ouder-Kind Interactie Vragenlijst-Revised*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Leffert, J.S., & Siperstein, G.N. (1996). Assessment of social-cognitive processes in children with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation, 100*, 441-455.
- Lodewijks, H., Dorelijers, T., Ruiter de, C., & Wit de-Grouls, H. (2001) *Handleiding voor de Gestructureerde Risicotaxatie van Gewelddadig Gedrag bij Jongeren (SAVRY)*. Geautoriseerde Nederlandse vertaling.
- Lodewijks, H., & Wisselink, S. (2007). Behandeling van LVG Jongeren met een strafrechtelijke maatregel. *Onderzoek en Praktijk, 5*, 17.
- Loeber et al. (2003). *Practical wisdom in the risk society: methods and practice of interpretive analysis on questions of sustainable development*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam.
- Meer, van der, D.J. (2000). *Cognitive studies in children with mild mental retardation with Externalizing behavioural problems*. PhD Thesis. Rijksuniversiteit Groningen
- Meijer, G.S., Cornelissen, M., Bremer, F., Lintel, N., Jong, C., Dielissen, R. (2007) Landelijke studiedag integraal Systeemdiagnostisch onderzoek. *Onderzoek & Praktijk, 5*, 17.
- Neill, D. (2006). Reconnecting Families. *Therapy Today, nov 2006; 17(9)*, 19-22.
- Nettelbeck, T. & Mac Lean, J. (1984). Mental retardation, inspection time: A two-stage model for sensory registration and central processing. *American Journal of Mental Deficiency, 89*(1), 83-90.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Bijman, E.R., Lamberix, I.C.W., Wijnroks, L., Castro de, B.O., Vermeer, A., Matthys, W. (2005). Do children do what they say? Responses to hypothetical and real-life social problems in children with mild intellectual disabilities and behaviour problems. *Journal of Intellectual Disability Research Jun2005, Vol. 49(6)*, 419-433.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Castro de, B. O., Valk van der, I., Wijnroks, L., Vermeer, A., Matthys, W. (2006). Do social information-processing models explain aggressive behaviour by children with mild intellectual disabilities in residential care? *Journal of Intellectual Disability Research, 50(11)*, 801-812
- Nieuwenhuijzen, M. van, Castro de, B. O., Aken van, M.A.G., Matthys, W. (2009). Impulse control and aggressive response generation as predictors of aggressive behaviour in children with mild intellectual disabilities and borderline intelligence. *Journal of Intellectual Disability Research, 53(3)*, 233-242.
- Oosterveld, P. & Vorst, H.C.M. (2006) *Syllabus behorende bij het vak Psychologische Methodenleer*. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam 2006.
- Oppenheimer, L. & Rempt, E. (1986). Social cognitive development with moderately and severely retarded children. *Journal of Applied Developmental Psychology, 7*, 237-249
- Ponsioen, A.J.G.B (2001). *Cognitieve Vaardigheden van Licht Verstandelijk Gehandicapte Kinderen en Jongeren*. Amsterdam, Faculteit Maatschappij- en Gedragswetenschappen.
- Pomp, L., Hendriks, G., Kremer, S. en Spreen, M. (2007). Een blik over de muren: Forensische Sociale netwerk Analyse (FSNA) in Forensisch Psychiatrische Centra; Dr. S. van Mesdag en de Rooyse Wissel. *GGZet Wetenschappelijk 11,1/2*.
- Ruiter de, C., Kuin, N., Vries de, J. D. *Psychopathie Checklist: Jeugd versie*. Geautoriseerde Nederlandse vertaling.
- Woodley-Zanthos, P. & Ellis, N. R. (1989). Memory for frequency of occurrence: Intelligence level and retrieval cues. *Intelligence January-March 1989, 13(1)*, 53.

KINDEREN EN JONGEREN MET EEN LICHTE VERSTANDELIJKE BEPERKING GEMOTIVEERD IN ONTWIKKELING

*Stephan Pauly¹
Peetie Groenen²*

Gedragsproblemen, een slechte thuissituatie, een laag Intelligentie Quotiënt (IQ) en mogelijk andere factoren kunnen ertoe leiden dat een kind of een jongere met een lichte verstandelijke beperking (LVB) als "moeilijk" wordt ervaren. Vanzelfsprekend is het lastig om voor deze leerling uitdagend onderwijs vorm te geven. Motivatieproblemen, zowel bij de leerling als bij de leerkracht, zijn hiervan het gevolg. Wij zijn van mening dat dit anders kan! We hebben een op onderzoek gebaseerde werkwijze ontwikkeld, waarmee de leerkracht de leerling kan motiveren voor zijn eigen ontwikkeling. De uitdaging ligt in het vinden van het juiste realistische toekomstperspectief. Motivatie is de drijfveer om tot ontwikkeling te komen. In de werkwijze wordt uitgegaan van de principes van adaptief onderwijs. Met behulp van deze werkwijze komt de leerkracht tegemoet aan de basisbehoefte van de leerling.

Inleiding

In de praktijk wordt de doelgroep LVB vaak als moeilijk beschouwd. Wij ervaren dit binnen onze eigen onderwijssetting, een school voor Zeer Moeilijk Lerenden (ZML) kinderen en -jongeren, waar een gedeelte van de populatie bestaat uit kinderen met LVB-problematiek, ook wel aangeduid als moeilijk lerende kinderen. Binnen het onderwijs wordt deze doelgroep ook wel de Zeer Moeilijk Opvoedbaar en Lerende Kinderen genoemd (ZMOLK-er). Volgens Van der Laan (2005) gaat het bij ZMOLK-ers om LVB-jongeren die naast een verstandelijke beperking ook te maken hebben met gedragsproblemen zoals: aandachtsproblemen, sociale problemen, delinquent gedrag en agressief gedrag. Dit probleemgedrag leidt volgens Van der Laan (2005) tot een extra belasting voor het onderwijs, waardoor zwaardere eigen eisen gesteld worden aan de professionaliteit van de leerkracht en aan het te bieden onderwijsaanbod.

Om in eerste instantie binnen onze eigen praktijk onze professionaliteit te vergroten, zijn we in het kader van de opleiding Master-SEN (Special Educational Needs) Gedragsspecialist ons gaan verdiepen in de problematiek van deze doelgroep. Met name het motivatieprobleem hebben we als uitgangspunt genomen, met als vraag hoe deze leerlingen wederom te motiveren voor het onderwijs. In de praktijk zagen we, met name jongens, in de leeftijd van 14 tot 20 jaar die geen perspectief hadden. Ze vroegen zich af waartoe ze opgeleid werden, aangezien er geen diploma te behalen valt binnen deze vorm van onderwijs. Wat zou de toekomst hen brengen? Ze willen niet bij de "gehandicapten" horen, maar "normaal" zijn en ze spiegelen zich dan ook aan de "normale" puber in de buurt, die brommer rijdt, een weekendbaantje in de supermarkt heeft, een relatie heeft, van rapmuziek houdt, stoere dingen doet als roken en schuttingtaal gebruiken. Het beeld wat ze van zichzelf en hun toekomst hebben strookt niet met de realiteit: er is geen sprake van een realistisch zelfbeeld. Dit alles uit zich in een ongemotiveerde houding, wat zijn negatieve weerslag heeft op het gedrag van de leerling: Nee zeggen, opstandig zijn, eigen gang willen gaan, zich afzetten tegen de

¹ Stephan Pauly is leerkracht VSO op ZML-school De Groote Aard en medeoprichter van "van Moeilijk tot Motivatie".

² Peetie Groenen is leerkracht, met als taak ambulant begeleidster op ZML-school De Groote Aard en medeoprichter van "van Moeilijk tot Motivatie".

regels. Het onderzoek voor de opleiding Master-SEN is slechts de eerste aanzet gebleken. Op basis van het eerdergenoemde onderzoek, ander Master-SEN onderzoek door ons uitgevoerd, toepassingen in verschillende praktijksituaties en feedback van externen hebben geleid tot de huidige werkwijze: “Mogelijkheden van de ZMOLK-er”. Een belangrijk onderdeel van deze werkwijze is het instrument “Mogelijkheden van de ZMOLK-er”. De werkwijze wordt hieronder toegelicht en een antwoord op de vraag hoe de LVB-jongere een actieve, gemotiveerde leerhouding kan ontwikkelen.

Werkwijze “Mogelijkheden van de ZMOLK-er”

Binnen het reguliere onderwijs worden de principes van adaptief onderwijs regelmatig toegepast. Adaptief onderwijs is een visie op onderwijs van Stevens (referentie: 1997?), waarbij uitgegaan wordt van basisvoorwaarden voor een actieve, gemotiveerde leerhouding. Dijkstra & van der Meer (1994) geven aan dat mensen al vanaf hun eerste levensjaar streven naar:

- Relatie, het gevoel dat mensen je waarderen en met je om willen gaan
- Competentie, geloof en plezier in eigen kunnen
- Autonomie, ook wel onafhankelijkheid genoemd (het gevoel dat je iets kunt ondernemen zonder dat anderen je daar bij moeten helpen).

Dijkstra & van der Meer (1994) omschrijven adaptief onderwijs als volgt:

“Het zo optimaal mogelijk afstemmen van het gegeven onderwijs op de leer- en ontwikkelingsbehoeften van alle leerlingen.... de pedagogische invalshoek, gericht op het bevorderen en tegemoet komen aan de genoemde basisbehoeften van kinderen. Om dit te realiseren biedt de leerkracht de kinderen veiligheid, vertrouwen en een uitdagende ondersteuning”.

Volgens Stevens (1997) is het de opgave van de leraar om het eigen ontwikkelingsvermogen van de kinderen uit te dagen, opdat de leerling zich (opnieuw) actief inzet voor zijn ontwikkeling. Onze vooronderstelling, dat uitgaan van de basisbehoeften van adaptief onderwijs basisvoorwaarden zijn voor een actieve en gemotiveerde leerhouding om tot ontwikkeling te komen, bleek te kloppen. Iedereen heeft behoefte aan relatie, competentie en autonomie, ook deze doelgroep. De basisbehoeften zijn uiteraard per persoon verschillend, afhankelijk van de ontwikkelingsleeftijd. De behoefte aan relatie is onder andere afhankelijk van de mate waarin een persoon in staat is om een relatie aan te gaan. Bijvoorbeeld, de leerling/leerkracht-relatie bij een kind met een ontwikkelingsleeftijd van zes jaar, ziet er anders uit dan die van een kind met een ontwikkelingsleeftijd van veertien jaar. In onze zoektocht naar hoe een LVB-jongere te motiveren is voor het onderwijs, hebben we als uitgangspunt genomen, hoe tegemoet te komen aan de basisbehoeften bij leerlingen met deze problematiek. Om aan te kunnen sluiten bij de basisbehoeften van deze leerlingen, is het essentieel een correct en volledig beeld te hebben van het ontwikkelingsniveau van de individuele leerling.

Om tot dit beeld te komen maken we gebruik van de ontwikkelingspsychologie, die is uitgewerkt in verschillende ontwikkelingstheorieën van diverse wetenschappers. Deze theorieën zijn uitgesplitst in verschillende leeftijden of stadia, met de bijbehorende ontwikkelingskenmerken en/of taken. Op basis van de praktijk zijn we gekomen tot zes ontwikkelingsgebieden die relevant zijn voor de LVB-jongere. Deze ontwikkelingsgebieden volgen elkaar logischerwijs op:

De fysieke ontwikkeling

Eenieder wordt in eerste instantie beoordeeld op het lichamelijke voorkomen, zo ook de LVB-jongere. Ze zijn zich hier vaak terdege van bewust. Het eerste wat we in de praktijk ervaren, is dat de leerling het zelfbeeld ophangt aan zijn normale voorkomen. Daar ontstaan de eerste problemen. De fysieke ontwikkeling geeft weer wat de lichamelijke mogelijkheden van de leerling zijn.

De cognitieve ontwikkeling

Deze ontwikkeling is voor ons een logische tweede. Het geeft weer hoe het begrijpend vermogen is van de leerling. Het bepaalt wat de leerling kan bevatten of niet. Het gaat hier volgens Piaget (1953, zoals beschreven in Verhulst, 2008) om “het denken”. De cognitieve beperking van de LVB-jongere heeft volgens De Groot (2006), vooral tot gevolg dat er problemen zijn met de informatieverwerking en de integratie, wat zowel effecten heeft in de leer- als in de sociale situaties. Het gevolg hiervan is volgens de Groot, dat de leerling vaak een onvolledig beeld van zichzelf heeft, faalangstig is en er niet meer in gelooft nog iets te kunnen leren. De praktijk laat zien dat de leerlingen zich vaak goed bewust zijn van hun beperkingen. De leerling voelt zich minderwaardig, maar maskeert dit in stoer of juist teruggetrokken gedrag. Volgens de Groot vindt de LVB-jongere het moeilijk om zelfstandig (zonder hulp) zijn/haar omgeving gericht waar te nemen (informatieverwerking), informatie te selecteren (selectie), informatie te ordenen en de volgorde te plaatsen (ordering), met name verbaal gegeven informatie te onthouden (geheugen), informatie en vaardigheden toe te passen, de geleerde informatie in een andere situatie toe te passen (transfer/generalisatie) en om de goede woorden te gebruiken om zich uit te drukken.

De sociaal-emotionele ontwikkeling

Wanneer de LVB-jongere in groepsverband functioneert, wordt al snel duidelijk dat de sociaal-emotionele ontwikkeling achterblijft. Vandaar dat dit voor ons een logisch derde ontwikkelingsgebied is. De sociaal-emotionele ontwikkeling geeft weer wat de emotionele mogelijkheden van de LVB-jongere zijn, in relatie met anderen en met zichzelf. Zoals De Groot (2006) aangeeft, heeft het cognitieve vermogen grote invloed op het sociaal-emotionele.

De morele ontwikkeling

Al functionerend in de groep, moet de LVB-jongere beslissingen nemen op basis van zijn normen en waarden (wat is “goed” en wat is “fout”). Deze ontwikkeling geeft weer hoe het besef van normen en waarden van de LVB-jongere is, aldus Kohlberg (1969, zoals beschreven in Van Beemen, 2001). We definiëren moreel gedrag als het goede of het slechte doen. Lickona (2000) omschrijft vijf fasen van morele ontwikkeling en heeft een manier van “karakter- onderwijs” ontwikkeld, waarbij zowel de morele kennis (cognitief en affectief) als het morele handelen wordt bevorderd. Sleutelwoorden bij zijn benadering zijn respect en verantwoordelijkheid. Deze fasen hanteren we, omdat ze gedetailleerder omschreven zijn voor het jonge kind en daarmee beter toepasbaar op de LVB-jongere.

De ego-ontwikkeling

Deze ontwikkeling is volgens Loevinger (1976) een concept dat de cognitieve, sociaal-emotionele en morele ontwikkeling omvat, waardoor deze logisch de voorgaande ontwikkelingsgebieden opvolgt. Ego is het referentiekader waarmee allerlei ervaringen van een individu, tot een consistent en betekenisvol geheel worden aaneengesmeed. De ego-ontwikkeling geeft aan in hoeverre het ego grip heeft op de omgeving. De ego-ontwikkeling wordt pas vanaf een ontwikkelingsleeftijd vanaf zes jaar omschreven.

Ontwikkelingsangsten

Volgens Log, Wood & Fecser (2001), in navolging van Erik Erikson (1968), is de angst een persoonlijke, chronische reactie op onbevredigde emotionele noden en stress. Angst wordt veroorzaakt doordat de jongeren het leven ervaren als een reeks van onaangename gebeurtenissen. Zeker jongeren die al gestresseerd zijn door negatieve psychosociale klachten, slagen er zelden in om op normale wijze tot ontwikkeling te komen. Deze ontwikkelingstheorie achten we van groot belang voor de LVB-jongere, daar deze leerlingen veelal te maken hebben met psychosociale klachten, daarom is dit voor ons een logische laatste ontwikkelingsgebied. Deze klachten vinden hun oorsprong zowel vanuit het psychische van het kind, als vanuit de soms onzekere thuissituatie. Dit houdt in dat de LVB-jongere meer hinder in de ontwikkeling zal ervaren dan het “normale” kind. Op basis van

deze theorie hebben we een instrument ontwikkeld om de werkelijke ontwikkelingsleeftijd van de leerling in kaart te brengen, met als doel de mogelijkheden in beeld te brengen. Vervolgens formuleren de kwaliteiten van de leerling. Met deze kwaliteiten als uitgangspunt, voert de leerkracht een ontwikkelingsgesprek met de leerling, waarin zoveel mogelijk wordt tegemoet gekomen aan de basisbehoeften van deze leerling. In het gesprek stimuleert de leerkracht de leerling om samen zelfgekozen doelen vast te stellen, waarmee de leerling vanuit zijn kwaliteiten en motivatie kan werken binnen een realistisch toekomstperspectief. Dit heeft tot resultaat het instrument "Mogelijkheden van de ZMOLK-er" wat hieronder zal worden toegelicht. Dit instrument is een onderdeel van de gehele werkwijze.

Het instrument

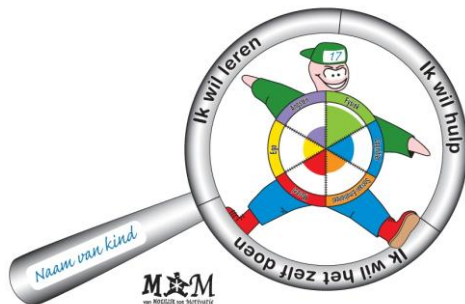
Hieronder worden de overige onderdelen van het instrument toegelicht.

Observatiematrix

Met behulp van deze matrix kan de leerkracht per ontwikkelingsgebied inschatten in welke ontwikkelingsfasen de LVB-jongere functioneert. De leerkracht observeert de jongere en kijkt welke vaardigheden per ontwikkelingsgebied beheerst worden. Vervolgens kijkt de leerkracht in de observatiematrix bij welke fase deze vaardigheden horen. Op deze wijze maakt de leerkracht een inschatting op welk ontwikkelingsniveau een leerling per ontwikkelingsgebied functioneert. Bij de LVG-jongere blijkt dit doorgaans een nogal disharmonisch ontwikkelingsprofiel. De leerkracht is hiervan vooraf wel op de hoogte, maar de praktijk leert ons dat na het gericht kijken naar de leerling de verschillen duidelijker worden. Deze jongeren hebben door hun levenservaring veel geleerd en hebben zich bekwaamd in het "goed" overkomen, maar de daadwerkelijke vaardigheden in de praktijk zijn doorgaans minder goed ontwikkeld. De ontwikkelingsfasen in de observatiematrix lopen van 0 en met 17 jaar (zie Figuur 1 voor een illustratie van de observatiematrix van 0 tot en met 3 jaar).

Kalen der leef tijd	Fysieke ontwikkeling	Cognitieve ontwikkeling	Sociaal-Emotionele Ontwikkeling	Morele Ontwikkeling	Ego Ontwikkeling	Ontwikkelings-angsten
0	Zintuigelijk Nabijheidszin-tuigen: proeven, ruiken, tast Motorisch Reflexen Grijpen, pakken Zitten kruipen staan (10 mnd) traplopen (12-17 mnd) Autonomie Afhankelijkheid	Waarneming / denken Imitatie Objectpermanentie Sensu-motorisch handelen (ooghand coordinatie) Taal Eerste bouwstenen 12-14 mnd eerste woordjes 18-23 mnd tweewoordzin Woordenschat 100 wrd	Sociaal Basale gehechtheid Luiseren naar menselijke stem Gezichtsherkenning Eerste glimlach (6wk) Joint attention Emoties Lust/onlustprincipe Basaal vertrouwen Angst voor vreemden ("8mnd-angst") Separatie-angst Spel Imitatie Manipuleren Solitair spel Functioneel spel Geweten Aanwezigheid ouders	Fase 0 egocentrisch denken. Ik moet mijn zin krijgen, om mijn verlangens beloofd te zien en geen straf te krijgen.	In deze leeftijdsfase zijn er nog geen duidelijke stadia van ego omschreven. Er is wel sprake van ego ontwikkeling.	Verfating Angst voor lichamelijke en psychologische ontbering, misbruik of zelfvernietiging. Behoeft aan voeding, verschoning, onderdak, bestaanszeker-heid, koestering, warme liefde, ritme, regelmaat, rust, stabiliteit, etc. "Basic trust" Fundamenteel vertrouwen in jezelf, de mensen om je heen, de mensheid, de wereld
1	Zintuigelijk Verste-zintuigen: horen, zien motorisch Rennen, klimmen, klauteren bouwen autonomie Lospakking Koppigheidsfase Zindelijkheid (18-24 mnd)	Waarneming / denken Imitatie Concreet denken en handelen Taal Eenvoudige taal/denkrelaties 24-29 mnd 189 woorden 30-35 mnd 226 woorden	Sociaal Relatie ouders, broertjes, zusjes koppigheidsfase ambivalentieconflict ouders separatie/individualiteit Emoties Herkennen en uiten meerdere emoties egocentrisme Spel Nasit anderen Als-of spel Beurtwisseling Fantasie-spel Symbolisch spel Imitatie van spel Sexe Seksueel specifiek gedrag Kerngeslachtsidentiteit Geweten Angst voor straf			Ontoereikend-heid Bewustwording verwachting belangrijke volwassenen. Twijfel aan zichzelf. Angst voor het onbekende Vermijden mislukking door ontkennen verbanden. Vermijden van onzekere situaties. Fantasie op hol. Straf wordt opgelegd. Gebeurtenissen zijn
2						
3						

Figuur 1. Observatiematrix voor de leeftijden 0 tot en met 3 jaar.



Figuur 2. Ontwikkelingsprofiel

Kwaliteitenkader

De leerkracht benoemt de kwaliteit(en) van de LVB-jongere per ontwikkelingsgebied, wat een positieve insteek stimuleert.

Status-match

De leerkracht legt het verband tussen de status die de LVB-jongere verworven heeft door zijn levenservaring en zijn daadwerkelijke mogelijkheden en omschrijft de juiste benaderingswijze voor het ontwikkelingsgesprek.

Diagram ontwikkeling in beeld

De leerkracht verfijnt de ontwikkelingsfase naar een specifieke ontwikkelingsleeftijd, waardoor de discrepantie tussen de kalenderleeftijd en de ontwikkelingsleeftijd van het kind gevisualiseerd wordt.

Werkmodel

Dit werkmodel kan gehanteerd worden als communicatiemiddel in gesprek met ouders en/of kinderen. Het disharmonieuze ontwikkelingsprofiel wordt zo op speelse wijze gevisualiseerd (zie Figuur 2)..

Kader ontwikkelingsgesprek

De leerkracht vraagt de leerling naar zijn eigen (soms niet realistische) toekomstperspectief. Tijdens het gesprek wordt het toekomstperspectief geleidelijk aan realistischer. Het gesprek levert een concreet doel van en voor de leerling op en verwoordt een uitdagend en realistisch toekomstperspectief. Van belang hierbij is dat de leerkracht in zijn attitude tegemoet komt aan de basisbehoeften van de LVB-jongere. Enkele principes van coaching worden hierbij ingezet. Op basis van de opbrengsten van het instrument en de principes van adaptief onderwijs, maken we met werkwijze de slag naar de onderwijsontwikkeling. Het realistische toekomstperspectief van de LVB-jongere is hierbij het uitgangspunt, om zo een actieve, gemotiveerde leerhouding te bevorderen. Dit vergt van de leerkracht een daadwerkelijke verandering in attitude en onderwijsaanbod, wat als zeer intensief beschouwd kan worden. Het is namelijk voor de hand liggend om aan te geven wat de beperkingen van de LVB-jongere zijn. Met onze werkwijze wordt de leerkracht gestimuleerd om juist op zoek te gaan naar de mogelijkheden en kwaliteiten van de LVB-jongere en om dáár gebruik van te maken.

Wat levert het in de praktijk op?

Er bestaan vele systemen/methodieken om extrinsieke motivatie bij kinderen te bevorderen. Echter, wanneer we intrinsieke motivatie kunnen aanboren, levert dit een veel krachtiger ontwikkelingsproces op. Intrinsieke motivatie is mede te bereiken wanneer we de leerling "eigenaar" maken van zijn eigen ontwikkelingsproces waarbij tegemoetgekomen wordt aan de basisbehoeften relatie, competentie en autonomie.

Als praktijkvoorbeeld nemen we David. Voorheen was David een LVB-jongere die veel agressief gedrag vertoonde. David was zeer ongemotiveerd voor het onderwijs. "Ik leer op deze school toch niets", was zijn standaarduitdrukking. Door middel van de werkwijze "mogelijkheden van de ZMOLK-er" hebben we vorm kunnen geven aan een realistisch toekomstperspectief dat aansluit bij zijn eigen ideeën over zijn toekomst, namelijk "werken als schildersassistent". Alles wat David nu in de klas doet, staat in het teken van dit toekomstperspectief. Wanneer David nu tijdens de rekenles met meten en wegen bezig is, weet hij dat dit nodig is om verf te kunnen mengen, etc. Wanneer David nu moeite heeft met het oplossen van een conflict met medeleerlingen zet hij zich beter in, omdat hij zijn

sociale vaardigheden wil ontwikkelen om tot betere samenwerking te komen met de collega's van zijn stagebedrijf. Het commitment van de leerkracht heeft ertoe bijgedragen dat er een werkelijke stage in het vrije bedrijf gerealiseerd is. Daarnaast heeft David mee mogen doen met een realistisch schildersproject van de regionale praktijkschool. Dit heeft hem een aanbod opgeleverd om een opleiding tot schildersassistent te volgen aan de schildervakschool. Een argument hiervoor is de actieve, gemotiveerde leerhouding van David.

Beschouwing

Wat maakt de werkwijze “mogelijkheden van de ZMOLK-er” anders dan bestaande werkwijzen? Om te beginnen stapt de leerkracht zelf in het proces om tot een correct en volledig beeld van de leerling te komen op basis van hoe de leerling zich in de praktijk manifesteert. Zo verdiept de leerkracht zich optimaal in de leerling. In het dossier vinden we weliswaar een aantal zinvolle gegevens zoals IQ-gegevens en gedragskenmerken, maar deze zeggen onvoldoende over de werkelijke vaardigheden en mogelijkheden van het kind. Juist daarom is het zo essentieel dat de leerkracht zelf de mogelijkheden van het kind of de jongere in beeld brengt na een gerichte observatie aan de hand van de observatiematrix. Zoals eerder genoemd streven we naar het bereiken van intrinsieke motivatie. Daar waar andere motivatiesystemen naast het onderwijs staan, maakt deze werkwijze het onderwijs tot middel om tot perspectief te komen. De leerling ervaart zo dat het onderwijs nodig is om het perspectief te verwezenlijken en zet zich er daarom beter voor in; intrinsieke motivatie.

Ons uitgangspunt voor het ontwikkelen van de werkwijze is onze praktijksituatie geweest. Daarom is de werkwijze in eerste instantie toegespitst op de LVB-jongere in het onderwijs. Echter blijkt in de praktijk dat de werkwijze eveneens zeer geschikt is voor een ruimere doelgroep, namelijk de leerlingen op de ZML-school, op de cluster 4 scholen (ZMOK), binnen het praktijkonderwijs, niveau 1 van ROC, SBO-onderwijs en het regulier basisonderwijs. Op dit moment zijn we de mogelijkheden aan het verkennen om de werkwijze toe te passen binnen andere disciplines zoals woongroep binnen zorginstellingen en de individuele hulpverlening.

*Voor meer informatie over 'van Moeilijk tot Motivatie': www.vanmoeilijktotmotivatie.nl;
vanmoeilijktotmotivatie@gmail.com*

Literatuurlijst

- Beemen van, L. (2001) *Ontwikkelingspsychologie*. Houten: Wolters-Noordhoff
- Dijkstra, R. & van der Meer, N. (2000) *Adaptief leren in een lerende school*. Utrecht: APS
- Groot de, A., (2006) *Onderwijs: van speciaal naar een speciaal cluster*
- Laan van der, A.M., (2005) ZMOLK-ers: een behoefte studie. Verkregen op 19 januari, 2009 van www.slo.nl
- Lickona, T., , Wessel Y (Red), (2000) *Als je kinderen je een zorg zijn: over opvoeding in waarden en normen*. Amsterdam: Boom
- Loevinger J., (1976) Ego Development: Conceptions and Theories . Toegankelijk gemaakt voor Nederlandse maatstaven door prof Michiel Westenberg, Leiden, Curium en uitgewerkt in de ZALC (2005)
- Long, N., Wood, M. & Fecser, F. (2001) *LSCI: Life Space Crisis Intervention*. Tiel: Lannoo Campus
- Stevens, L., (1997) *Over denken en doen: Een pedagogische bijdragen aan adaptief onderwijs*. Veghel: Faces Reclame & Communicatie
- Verhulst, F., C., (2008) *De ontwikkeling van het kind*. Assen: uitgeverij van Gorcum

HET GEBRUIK VAN DE YOUTH SELF-REPORT (YSR) BIJ JONGEREN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING

*Jolanda Douma¹
Marielle Dekker²
Hans Koot³*

Voor de diagnostiek van emotionele en gedragsproblemen van jongeren met een matig/licht verstandelijke beperking (VB) wordt meer en meer erkend dat rapportage door de jongeren zelf over hun functioneren en problemen van belang is. De Youth Self-Report (YSR) is een vragenlijst die ontwikkeld is om via zelfrapportage deze problemen in kaart te brengen voor kinderen en jongeren zonder VB. Het is echter niet duidelijk in welke mate de YSR ook voor jongeren met een matig/licht VB ingezet kan worden. Uit de resultaten van onderstaand onderzoek kunnen we concluderen dat we geen aanwijzingen hebben dat de YSR niet voor dit doeleinde bij deze groep jongeren gebruikt kan worden.

Inleiding

Voor de diagnostiek van emotionele problemen en gedragsproblemen van kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking (VB) werd in het verleden vooral gebruik gemaakt van zogenaamde proxies, zoals ouders en leerkrachten, om informatie te geven over hun functioneren en gedrag, en in beduidend mindere mate door het bevragen van deze kinderen en jongeren zelf (Emerson, 2005). In het laatste decennium zien we echter een toename van onderzoeken waarin gebruik wordt gemaakt van zelfrapportage. Waar kinderen en jongeren met een ernstigere VB niet of minder in staat zullen zijn om te reflecteren over hun functioneren en gedrag (Wallander, Dekker & Koot, 2003), hebben verschillende onderzoeken aangetoond dat mensen met een licht (en in sommige gevallen zelfs matig) VB hiertoe wel in staat zijn (Bramston & Fogarty, 2000; Emerson, 2005; Gullone, Cummins & King, 1996; Heiman, 2001; Lindsay, Michie, Baty, Smith & Miller, 1994; Manikam, Matson, Coe & Hillman, 1995). Voor diagnostiek van het functioneren en de problemen van kinderen en jongeren zonder VB uit de algemene bevolking geldt dat hun inbreng in het diagnostische proces als belangrijk wordt gezien om een compleet beeld te krijgen van hun problemen (Van der Ende, 1999). Dit gaat ook steeds meer leven in de hulpverlening aan mensen met een VB (Emerson, 2005).

De Child Behavior Checklist (CBCL; ingevuld door de ouders), Teacher's Report Form (TRF; ingevuld door leerkrachten) en Youth Self-report (YSR; ingevuld door de jongeren zelf) zijn veelvuldig gebruikte instrumenten die ontwikkeld zijn om de mate van emotionele problemen en gedragsproblemen vast te stellen bij kinderen en jongeren zonder VB. Qua inhoud zijn deze drie instrumenten of vragenlijsten vrijwel gelijk aan elkaar, alleen degene die de vragenlijst invult is verschillend. Voor de CBCL en TRF is aangetoond dat ze ook zinvolle informatie kunnen opleveren over jongeren met een matig en licht VB (Borthwick-Duffy, Lane & Widaman, 1997; Dekker, Koot, Van der Ende & Verhulst, 2002). Hoewel de YSR dezelfde probleemgebieden of constructen in kaart

¹ Jolanda Douma is als Onderzoekskoördinator verbonden aan het Landelijk Kenniscentrum LVG en als docent aan de Universiteit Utrecht (Leerstoelgroep Gehandicaptenzorg). Correspondentie via: j.douma@lvgnnet.nl.

² Marielle Dekker is als onderzoeker verbonden aan de Universiteit Leiden, Algemene en Gezinspedagogiek.

³ Hans Koot is als hoogleraar verbonden aan de Vrije Universiteit, afdeling Ontwikkelingspsychologie.

brengt als de CBCL en TRF, is er nog geen onderzoek gedaan naar de mate waarin de YSR ingezet kan worden in het diagnostische proces bij jongeren met een matig/licht VB.

Het doel van dit onderzoek is om na te gaan of de YSR gebruikt kan worden bij jongeren die zwakbegaafd zijn of een licht tot matig VB hebben. Omdat dit een heterogene groep jongeren betreft, en om verschillen tussen deze jongeren en jongeren zonder VB te kunnen detecteren, hebben we drie groepen jongeren onderscheiden: jongeren zonder VB uit de algemene bevolking, zwakbegaafde jongeren met een $IQ \geq 70$ (hogere IQ groep; HIQ), en jongeren met een $IQ < 70$ (lagere IQ groep; LIQ). We hebben de psychometrische kenmerken van de YSR berekend voor deze drie groepen jongeren en met elkaar vergeleken ten aanzien van:

1. de interne consistentie van de (sub)schalen;
2. de mate van overeenstemming tussen de (sub)schaalscores van de ouders op de CBCL en hun kind op de YSR;
3. de criterium-gerelateerde validiteit (alleen bij jongeren in HIQ en LIQ groep), door de gemiddelde schaalscores van jongeren met en zonder psychiatrische stoornis met elkaar te vergelijken. Hier werd een hogere score verwacht voor jongeren met een psychiatrische stoornis.

Onderzoeksopzet

Deelnemers en procedure

Jongeren met een VB

Dit onderzoek is een vervolg op het onderzoek dat in 1996 aan het ErasmusMC in Rotterdam is gestart en als doel had de mate van psychopathologie van kinderen en jongeren met een VB in kaart te brengen. De oorspronkelijke onderzoeksgroep bestond uit 1615 kinderen die aselekt waren getrokken uit het totale leerlingenbestand van bijna alle MLK- en ZMLK-scholen in Zuid-Holland (87.1% van deze scholen deed mee). Van deze kinderen is het voor 231 niet gelukt om de ouders te spreken over het onderzoek. Vervolgens zijn er 219 kinderen uitgesloten van het onderzoek, omdat ze niet voldeden aan de inclusiecriteria, d.w.z. ze waren ouder dan 18 of jonger dan 6 jaar, niet thuiswonend, of hun ouders beheersten de Nederlandse taal onvoldoende om mee te kunnen doen aan het onderzoek. Van de resterende 1165 kinderen hebben 982 ouders meegedaan aan het eerste onderzoek (84.3%).

Het huidige onderzoek is gebaseerd op de gegevens die in de derde onderzoeksronde zijn verzameld (oktober 2002 - januari 2004). De 982 ouders uit de eerste onderzoeksronde zijn opnieuw benaderd, evenals 19 ouders die wel hadden meegedaan aan het eerste onderzoek, maar geen bruikbare gegevens hadden kunnen leveren en nog eens ouders van 7 kinderen die toen net te oud of te jong waren. Omdat één kind in de tussenliggende jaren was overleden, bestond in deze derde onderzoeksronde de groep uit 1007 jongeren. Hun ouders zijn opnieuw benaderd en pas nadat zij toestemming hadden gegeven om hun zoon/dochter te contacteren, zijn die gevraagd om mee te doen aan het onderzoek. Deze toestemming werd voor 140 jongeren geweigerd, en nog eens 48 jongeren konden we niet traceren (o.a. door emigratie). Van de 819 overgebleven jongeren hebben er 693 meegedaan (77.9%). De non-response analyse liet zien dat, vergeleken met de eerste onderzoeksronde, er significant minder jongeren hadden meegedaan waarvan tenminste één van de ouders een niet-Nederlandse afkomst had.

Omdat veel kinderen en jongeren met een autisme spectrum stoornis (ASS) beperkt zijn in het beantwoorden van vragen over hun eigen functioneren (Hill, Berthoz & Frith, 2004) hebben we de 56 jongeren waarvan bekend was dat zij een ASS hadden niet meegenomen in de analyses van dit onderzoek. En omdat de YSR ontwikkeld en gevalideerd is voor jongeren van 11-18 jaar, hebben we alleen de 416 jongeren in deze leeftijdsgroep meegenomen. Van deze 416 hadden er 10 de YSR zelfstandig ingevuld, terwijl bij alle andere jongeren de YSR in een interview was afgenomen. Omdat we geen controle hadden of deze 10 de vragen betrouwbaar hadden ingevuld en omdat er bij hen ook geen IQ-test was afgenomen, zijn ook zij uitgesloten voor dit deelonderzoek. Uiteindelijk bleven er 406 jongeren over. Hiervan bleken er 67 niet in staat om de vragen van de YSR betrouwbaar te beantwoorden. Zij begrepen bijvoorbeeld de vragen van de YSR niet of onvoldoende en konden

onvoldoende antwoord geven volgens het format en richtlijnen van de YSR (Finlay & Lyons, 2001). Dit was ondanks dat de interviewers getraind waren om de items van de YSR uit te leggen zonder suggestief te zijn en de antwoordmogelijkheden ('nooit', 'soms', 'vaak') geschreven stonden op een groot vel papier.

Om er zeker van te zijn dat echt alleen de betrouwbare YSR-scores zouden worden meegenomen in dit onderzoek, hebben we een ROC-curve analyse uitgevoerd om te bepalen of het geschatte IQ een geschikte maat was om onderscheid te maken tussen de jongeren die vragen van de YSR wel versus niet betrouwbaar konden beantwoorden. De analyse liet zien dat het gebied onder de curve 0.92 was. Dit betekent dat het geschatte IQ een zeer betrouwbare maat was om onderscheid te maken tussen deze twee groepen jongeren. Verdere analyses lieten zien dat een IQ-score van 48 de hoogste mate van sensitiviteit (0.83) en specificiteit (0.90) gaf. Als gevolg van deze uitkomst zijn de jongeren met een $IQ \leq 47$ alsnog uitgesloten van dit onderzoek, omdat het zeer waarschijnlijk was dat zij niet in staat waren geweest om de vragen van de YSR betrouwbaar te beantwoorden. De definitieve onderzoeksgroep bestond daardoor uit 281 jongeren van 11-18 jaar met een geschat IQ van 48 of hoger (gemiddeld $IQ=66.8$, $SD=12.1$), welke vervolgens is gesplitst in een lagere IQ groep ($N=173$, $IQ 48-69$) en een hogere IQ groep ($N=108$, $IQ \geq 70$).

Jongeren zonder VB (ZVB)

In 1993 is een aselechte steekproef getrokken van 2916 kinderen en jongeren (4-18 jaar, Nederlandse nationaliteit, wonend in Nederland). Hiervan werden 57 kinderen uitgesloten van het onderzoek, omdat ze een VB of ernstige lichamelijke beperking hadden, of omdat hun ouders de Nederlandse taal onvoldoende beheersten. Nog eens 150 konden niet persoonlijk benaderd worden. Van de resterende 2709 kinderen en jongeren hebben uiteindelijk 2227 ouders meegedaan en de vragen van de CBCL beantwoord. De 1124 jongeren die 11-18 jaar waren hebben de YSR zelfstandig ingevuld. Omdat er van hen 51 op het Speciaal Onderwijs zaten en er 26 jonger dan 11 of ouder dan 18 waren, zijn die alsnog uitgesloten. De uiteindelijke onderzoeksgroep van jongeren zonder VB bestond derhalve uit 1047 personen.

Meetinstrumenten

De YSR meet emotionele problemen en gedragsproblemen van jongeren tussen de 11-18 jaar in de afgelopen 6 maanden door middel van zelfrapportage en is gebaseerd op de CBCL (zie hieronder). De YSR bestaat uit 119 items waarvan 16 zogenaamde 'sociaal wenselijke' items zijn en 103 items vragen naar specifieke problemen. Alle items zijn korte zinnen die geformuleerd zijn in de ik-vorm en beantwoord moeten worden op een 3-puntsschaal (0 = 'niet waar', 1 = 'een beetje of soms waar', 2 = 'erg waar of vaak waar'). Er kunnen 8 syndroomschalen, 2 brede bandschalen (Internaliserend, bestaande uit de items van de syndroomschalen Teruggetrokken, Angstig/Depressief en Somatische Klachten, en Externaliserend, bestaande uit de items van Delinquent Gedrag en Agressief Gedrag), en een Totale Probleemscore (101 probleemitems) onderscheiden worden. Hogere scores staan voor een hogere mate van probleemgedrag. Eerder onderzoek heeft laten zien dat de Nederlandse versie van de YSR een goede validiteit en test-hertestbetrouwbaarheid heeft (Verhulst, Van der Ende & Koot, 1997). Jongeren zonder VB hebben de YSR zelfstandig ingevuld. Bij de jongeren met een VB is de YSR afgenomen in een interview. Voordat de afname begon is benadrukt dat de jongeren geen foute antwoorden konden geven en dat hun antwoorden geheim zouden blijven.

De CBCL wordt ingevuld door ouders en bestaat uit 120 items over emotionele problemen en gedragsproblemen die mogelijk op hun kind van toepassing zijn. Aan ouders wordt gevraagd om per item aan te geven in welke mate die beschrijving van toepassing is op hun kind in de afgelopen 6 maanden. De meeste vragen en de antwoordschaal zijn gelijk aan die van de YSR. Net als bij de YSR kunnen de scores op 8 syndroomschalen, 2 brede bandschalen, en een Totale Probleemscore (bestaande uit 118 probleemitems) bepaald worden. De Nederlandse versie van de CBCL heeft een

goede betrouwbaarheid en validiteit (Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996). Dit is bevestigd voor de groep jongeren met een VB in de eerste onderzoeksrunde van deze studie (Dekker et al., 2002). De meeste ouders van de kinderen vulden de CBCL zelf in. Bij ouders van de jongeren zonder VB is de CBCL afgenomen in een interview.

Het geschatte IQ (alleen in de twee groepen jongeren met een VB) is bepaald door afname van 2 verbale (Informatie en Woordenschat) en 2 performale subtesten (Onvolledige Tekeningen en Blokpatronen) van de Nederlandse versie van de Wechsler Intelligence Scale for Children-III (WISC-III) (Wechsler, 1991). Uit eerder onderzoek is gebleken dat deze 2 verbale subtesten hoog samenhangen met het Verbale IQ (correlatie = 0.93) en de 2 performale subtesten hoog met het Performale IQ (correlatie = 0.88) (Dumont & Faro, 1993; Kaufman, Kaufman, Balgopal & McLean, 1996).

Sociaal-economische Status (SES) is bepaald op basis van het hoogste beroepsniveau van één van de ouders (Centraal Bureau van de Statistiek, 1993). Vervolgens is er een onderscheid gemaakt tussen de volgende twee groepen: onderscheid gemaakt in 2 groepen, namelijk 'laag' (werkloos of lager geschoold werk) en 'gemiddeld/hog' (hogere niveaus van werk).

Van de Nederlandse versie van de Diagnostic Interview Schedule for Children-Ouder versie (DISC-IV) zijn de modules Angststoornissen, Stemmingsstoornissen en Gedragsstoornissen (ADHD, Oppositioneel Opstandige Stoornis en Gedragsstoornis) afgenomen door getrainde interviewers. De DISC-IV geeft inzicht in de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis (volgens de DSM-IV) bij jongeren in het afgelopen jaar (American Psychiatric Association, 2000; Ferdinand & Van der Ende, 1998). Er is bij het bepalen van het al dan niet aanwezig zijn van een psychiatrische stoornis (onafhankelijk van welke stoornis) geen rekening gehouden met de mate waarin iemand beperkt is in zijn functioneren als gevolg van de symptomen van die stoornis. Zijn de vragen van de DISC goed anders dan die van de CBCL en zo ja zou je dan niet juist naar subgroepen gaan kijken bijvoorbeeld jongeren met een angst stoornis scoren vooral hoger op internaliserende problematiek terwijl jongeren met ODD problematiek voor al op de externaliserende schaal hoog moeten scoren

Statistische analyses

De interne consistentie van de YSR schalen is bepaald door het berekenen van de Cronbach's alpha. De mate van overeenstemming tussen de ouders en jongeren is bepaald door het berekenen van de Intraclass Correlatiecoëfficiënten (ICCs) tussen de scores op dezelfde schalen van de YSR en de CBCL. Om te bepalen of deze correlaties significant verschillen tussen de onderscheiden groepen jongeren met een zonder VB, is gebruik gemaakt van Fisher's Z-transformaties. De criteriumgerelateerde validiteit (alleen voor de jongeren met een VB) is bepaald door de gemiddelde YSR scores tussen jongeren met en zonder psychiatrische stoornis met elkaar te vergelijken met behulp van ANOVA's. Het Percentage Verklaarde Variantie is berekend bij significante verschillen, waarbij gecorrigeerd is voor geslachts-, leeftijds-, IQ- en SES-verschillen tussen de groepen jongeren.

Resultaten

De samenstelling van de groep jongeren zonder VB was significant anders dan die van de groep jongeren met een VB ten aanzien van geslacht, gemiddelde leeftijd en SES. Vergeleken met de VB-groep, bestond de ZVB-groep verhoudingsgewijs uit minder jongens (49.0% vs. 61.9%, $\chi^2=14.8$, $p<.00$), waren ze gemiddeld jonger (14.4 vs. 15.3 jaar, $df=1326$, $t=7.3$, $p<.00$), en ze waren vaker afkomstig uit gezinnen met een gemiddeld/hog SES (71.9% vs. 41.6%, $\chi^2=88.1$, $p<.00$).

Interne consistentie

In Tabel 1 staan de Cronbach's alpha's vermeld voor de drie groepen jongeren. Over het geheel genomen zijn de alpha's voor beide groepen jongeren met een VB hoger dan die in de groep zonder

VB, op Delinquent Gedrag na. The alpha's in de lagere IQ groep zijn lager dan die in de hogere IQ groep, maar veelal nog steeds hoger dan in de ZVB-groep.

Tabel 1. Cronbach's alpha's van de YSR-schalen en de Intraclass Correlatiecoëfficiënten (ICC) tussen de scores op de CBCL en de YSR van jongeren zonder verstandelijke beperking (ZVB) en jongeren met een verstandelijke beperking uit de Hogere en Lagere IQ-groep

YSR schalen	Cronbach's alpha			ICC ^a		
	ZVB	Hogere IQ	Lagere IQ	ZVB	Hogere IQ	Lagere IQ
Teruggetrokken	.61	.68	.52	.33	.31	.25
Somatische Klachten	.65	.75	.70	.32	.42	.32
Angstig/Depressief	.79	.88	.83	.34	.50	.49 ^b
Sociale Problemen	.56	.72	.56	.29	.31	.25
Denkproblemen	.48	.66	.52	.12	.16	.16
Aandachtsproblemen	.65	.69	.65	.36	.32	.29
Delinquent Gedrag	.61	.47	.46	.39	.34	.44
Agressief Gedrag	.80	.85	.85	.36	.53 ^b	.35
Internaliserend	.83	.90	.85	.37	.43	.41
Externaliserend	.83	.85	.85	.40	.49	.39
Totale Problemen	.92	.95	.93	.34	.40	.36

^a Voor alle ICCs geldt $p < .05$, behalve voor Denkproblemen in de Hogere IQ groep ($p = .05$)

^b ICC is hoger dan in de ZVB groep ($p < .05$).

Overeenstemming tussen CBCL en YSR

De laatste kolommen van Tabel 1 laten de ICCs zien tussen scores op dezelfde schalen van de YSR en CBCL voor de drie groepen jongeren. De ICCs waren niet significant verschillend tussen de drie groepen, behalve voor Angstig/Depressief (hogere ICC in de Lagere IQ groep dan in the ZVB-groep; $ICC = .49$ vs. $ICC = .34$, $z = 2.26$, $p = .02$), en voor Agressief Gedrag (hogere ICC in de hogere IQ groep dan in de ZVB-groep; $ICC = .53$ vs. $ICC = .36$, $z = 2.00$, $p = .05$).

Criterium-gerelateerde validiteit

In zowel de Hogere als Lagere IQ-groep waren de gemiddelde YSR scores hoger voor de jongeren die voldeden aan de criteria van een psychiatrische stoornis dan van de jongeren die daar niet aan voldeden, al was dit niet significant hoger voor Teruggetrokken en Sociale Problemen in de Hogere IQ-groep (zie Tabel 2).

Volgens de criteria van Cohen (1988) zijn de meeste effectgroottes middelgroot (PVV tussen 5.9-13.8) of groot (PVV > 13.8). Kleine effectgroottes (PVV < 5.9) zijn gevonden voor Somatische Klachten en Denkproblemen in de Lagere IQ-groep en Angstig/Depressief in de Hogere IQ-groep.

Tabel 2. Vergelijking van de gemiddelde scores op de YSR van jongeren met (Aanwezig) en zonder (Afwezig) psychiatrische stoornis in de Hogere en Lagere IQ-groep

	Hoger IQ			Lager IQ		
	Afwezig (n=78)	Aanwezig (n=18)	PVV	Afwezig (n=116)	Aanwezig (n=43)	PVV ^a
YSR schalen						
Teruggetrokken	2.3	3.5	-	2.1	3.4	9.9
Somatische Klachten	2.2	4.8	14.5	2.2	3.2	2.4
Angstig/Depressief	3.6	6.2	4.9	3.1	6.6	14.2
Sociale Problemen	2.4	3.6	-	2.4	3.6	6.7
Denkproblemen	1.3	2.7	9.1	0.9	1.6	5.1
Aandachtsproblemen	3.9	7.2	24.2	3.4	5.4	11.2
Delinquent Gedrag	3.2	4.7	6.3	2.6	4.1	10.1
Agressief Gedrag	5.3	11.5	18.3	4.9	9.5	14.9
Internaliserend	7.8	14.2	9.0	7.2	12.7	13.9
Externaliserend	8.5	16.2	16.8	7.5	13.6	16.1
Totale Problemen	27.0	49.9	15.9	24.4	42.4	19.3

^a PVV=Percentage Verklaarde Variantie, alleen weergegeven voor significante verschillen ($p < .05$)

Discussie

Om te bepalen of de, voor jongeren zonder VB gevalideerde, YSR ook gebruikt kan worden bij zwakbegaafde jongeren of jongeren met een licht/matig VB, hebben we de psychometrische kwaliteiten van de YSR onderzocht in twee groepen jongeren met een VB en een groep jongeren zonder VB en deze met elkaar vergeleken. Over het geheel genomen ondersteunen de resultaten van dit onderzoek het gebruik van de YSR (in een interview) om emotionele problemen en gedragsproblemen in kaart te brengen bij 11 tot 18-jarigen met een IQ van 48 en hoger, zonder ASS. Dit is met name het geval voor jongeren met een IQ van 70 en hoger.

Doordat van alle jongeren in dit onderzoek een schatting van het IQ kon worden gemaakt, was het mogelijk door middel van een ROC-curve analyse een indicatie te geven van een IQ-score waarboven de vragen van de YSR betrouwbaar beantwoord kunnen worden. De curve liet een sterk verband zien tussen de IQ-score en het kunnen gebruiken van de YSR. Hierbij moet wel in acht worden genomen dat deze IQ-score van 48 gebaseerd is op de afname van 4 subtesten van de WISC-III. Dit geeft een minder betrouwbare uitkomst dan de afname van de volledige test, waarvan de uitkomst overigens ook geen 'absolute' waarde of betekenis vertegenwoordigt, maar een indicatie geeft. Desalniettemin sluit onze conclusie aan op die van andere onderzoeken die zeggen dat mensen met een (matig/)licht

VB in staat zijn een bijdrage te leveren aan de diagnostiek van emotionele problemen en gedragsproblemen door middel van zelfrapportage (Emerson, 2005; Heiman, 2001; Lindsay et al., 1994; Manikam et al., 1995).

Interne consistentie

De mate van interne consistentie van een (sub)schaal geeft een indicatie van hoe goed een aantal items een bepaald construct of concept meten. Een Cronbach's alpha van .70 of hoger wordt als goed beschouwd (Nunnally & Bernstein, 1994). In zowel de groep jongeren met een Hoger IQ ($IQ \geq 70$) als met een Lager IQ (IQ 48-69) waren de alpha's ongeveer gelijk of hoger dan in de groep jongeren zonder VB, met als enige uitzondering Delinquent Gedrag. Vooral in de Hogere IQ-groep waren de meeste alpha's hoger dan .70. Dit was in mindere mate het geval voor de Lagere IQ-groep, maar zelfs dan waren de schalen net zo of meer intern consistent dan voor jongeren zonder VB. Dit gold alleen niet voor Teruggetrokken. De constructen van de (sub)schalen van de YSR lijken dus ook van toepassing op jongeren met een (matig/)licht VB, zij het in mindere mate voor Teruggetrokken (Lagere IQ-groep) en voor Delinquent Gedrag (beide IQ-groepen).

Overeenstemming tussen CBCL en YSR

Net als in ander onderzoek, waar de mate van overeenstemming tussen ouder- en kindrapportage gemiddeld rond de .25 ligt (Van der Ende, 1999), was ook in ons onderzoek de mate van overeenstemming relatief laag in de drie onderzoeksgroepen. Ze waren het laagst voor Denkproblemen (alle ICCs $\leq .16$), maar de meeste ICCs lagen tussen .30 en .40, wat staat voor matige overeenstemming (Cohen, 1988). Dit betekent dat slechts 9-16% van de hoogte van de scores zoals gegeven door de jongere verklaard kan worden door de score van de ouder op eenzelfde schaal. De hoogste mate van overeenstemming was, net als voor de Cronbach's alpha's, te vinden in de Hogere IQ-groep, maar de verschillen tussen de ICCs waren niet significant verschillend tussen de drie groepen. Hierop waren twee uitzonderingen; op Angstig/Depressief was de mate van overeenstemming hoger in beide groepen jongeren met een VB dan zonder VB, en voor Agressief Gedrag was dit hoger voor jongeren met een Hoger IQ dan jongeren zonder VB.

Een verklaring voor juist deze twee verschillen is moeilijk te geven. Het kan zijn dat door de VB de jongeren meer afhankelijk zijn van hun ouders en meer tijd binnenshuis doorbrengen, waardoor de ouders meer zicht hebben op de Angstig/Depressieve gevoelens zoals eenzaamheid en angsten. Een andere reden kan zijn dat deze jongeren minder goed in staat zijn om deze emotionele problemen te verbergen voor hun ouders dan jongeren zonder VB. Maar dit verklaart niet waarom alleen voor dit type internaliserende problemen, en bijvoorbeeld niet ook voor Teruggetrokken, dit verschil is gevonden.

Daarnaast is het ook niet geheel duidelijk waarom alleen voor de Hogere IQ-groep er meer overeenstemming was op het gebied van Agressief Gedrag dan voor jongeren zonder VB. Wellicht confronteren ouders van jongeren met een $IQ \geq 70$ hun kind vaker wanneer ze agressief gedrag vertonen dan ouders van kinderen met een lager IQ die dat soort gedrag mogelijk als bij de VB behorend zien. Daarnaast hebben ouders van jongeren zonder VB mogelijk minder zicht op deze agressieve gedragingen, omdat hun kinderen vaker buitenshuis zijn dan jongeren met een (matig/)licht VB.

Criterium-gerelateerde validiteit

Een ondersteuning voor de criterium-gerelateerde validiteit is gevonden voor beide groepen jongeren met een VB. Alle jongeren met een psychiatrische stoornis hadden ongeveer 1.5-2.0 keer hogere scores op alle YSR schalen dan jongeren zonder stoornis. Dit was alleen niet significant hoger voor Teruggetrokken en Sociale Problemen in de Hogere IQ-groep. Omdat de meeste effectgroottes

middelgroot tot groot waren, zijn dit sterke indicaties dat de YSR ook emotionele problemen en gedragsproblemen in kaart brengt bij jongeren met een VB.

Beperkingen van dit onderzoek

In de groep jongeren met een VB was er sprake van een selectieve uitval van jongeren van niet-Nederlandse ouders. Dit kan de generalisatie van de resultaten naar deze jongeren beperken. Daarnaast was er een verschil in afnameprocedure van de YSR tussen de jongeren met en zonder VB. Ook al zijn de jongeren met een VB verteld dat hun antwoorden geheim zouden blijven, kan het zo zijn dat zij meer terughoudend zijn geweest in het beantwoorden van bepaalde vragen dan jongeren zonder VB die de YSR zelfstandig ingevuld hebben. Voor het bepalen van de criterium-gerelateerde validiteit hebben we onderscheid gemaakt tussen jongeren met en zonder psychiatrische stoornis op basis van afname van de DISC-IV. Het heeft de voorkeur om een sterkere maat voor psychiatrische stoornis te gebruiken, zoals een door een psychiater gestelde diagnose. In dit onderzoek behoorde dit helaas niet tot de mogelijkheden. Omdat dit onderzoek een eerste was naar het gebruik van de YSR door jongeren met een VB is meer onderzoek nodig om deze resultaten te bevestigen en uit te breiden.

Klinische implicaties

Dit onderzoek heeft aangetoond dat jongeren met een (matig/)licht VB in staat zijn om informatie over hun emotioneel en gedragsmatig functioneren te geven. Vanwege de beperkte overeenstemming tussen ouder en kind voegt de informatie van deze jongeren iets toe aan de informatie die de ouder geeft. Om een beter beeld te krijgen van het emotioneel en gedragsmatige functioneren van deze jongeren, is het dus belangrijk dat ook de jongeren met een VB zelf geraadpleegd worden. Gezien de psychometrische kwaliteiten van de YSR hebben we geen reden om de YSR af te wijzen als waardevol diagnostisch instrument (als interview af te nemen) bij jongeren met een licht VB, maar vooral bij jongeren met een $IQ \geq 70$, zonder ASS.

Afsluitende vraag

Jongere kinderen scoren ook vaak meer in overeenstemming met hun ouders zo blijkt bijvoorbeeld uit quality of life onderzoek. Is de overeenkomst dan niet een teken van minder zelfstandigheid bij de lvb jongeren en minder zicht op de eigen zaak. Of is dit ook daadwerkelijk de situatie en zie je dus het beeld zoals het is?

Dit artikel is een Nederlandse vertaling en bewerking van: Douma, J. C. H., Dekker, M. C., Verhulst, F. C., & Koot, H. M. (2006). Self-reports on mental health problems of youths with moderate to borderline intellectual disabilities. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45, 1224-1231.

Het oorspronkelijke artikel is (eveneens) als hoofdstuk 6 opgenomen in:

http://publishing.eur.nl/ir/repub/asset/10600/060419_Douma-J_compleet.pdf.

Het onderzoek is gefinancierd door ZonMW (#980-38-043) en door de Sophia Stichting voor Wetenschappelijk Onderzoek (SSWO - #305).

Literatuur

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders:4th edition, text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Borthwick-Duffy, S. A., Lane, K. L., & Widaman, K. F. (1997). Measuring problem behaviors in children with mental retardation: Dimensions and predictors. *Research in Developmental Disabilities, 18*, 415-433.

Bramston, P., & Fogarty, G. (2000). The assessment of emotional distress experienced by people with an intellectual disability: A study of different methodologies. *Research in Developmental Disabilities, 21*, 487-500.

Centraal Bureau van de Statistiek (1993). *Standaard beroepen classificatie 1992*. Den Haag: SDU.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Dekker, M. C., Koot, H. M., Ende, J. van der Ende, & Verhulst, F. C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *43*, 1087-1098.
- Dumont, R., & Faro, C. (1993). A WISC-III short form for learning-disabled students. *Psychology in the Schools*, *30*, 212-219.
- Emerson, E. (2005). Use of the Strengths and Difficulties Questionnaire to assess the mental health needs of children and adolescents with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *30*, 1-10.
- Ende, J. van der (1999). Multiple informants: Multiple views. In H. M. Koot, A. A. M. Crijnen & R. F. Ferdinand (Red.), *Child psychiatric epidemiology: Accomplishments and future direction* (pp. 39-52). Assen: Van Gorcum.
- Ferdinand, R. F., & Ende, J. van der (1998). *DISC-IV: Diagnostic Interview Schedule for Children; informatie ouder (Interview over kind of jeugdige)*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Finlay, W. M., & Lyons, E. (2001). Methodological issues in interviewing and using self-report questionnaires with people with mental retardation. *Psychological Assessment*, *13*, 319-335.
- Gullone, E., Cummins, R. A., & King, N. J. (1996). Self-reported fears: A comparison study of youths with and without an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, *40*, 227-240.
- Heiman, T. (2001). Depressive mood in students with mild intellectual disability: Students' reports and teachers' evaluations. *Journal of Intellectual Disability Research*, *45*, 526-534.
- Hill, E., Berthoz, S., & Frith, U. (2004). Brief report: Cognitive processing of own emotions in individuals with autistic spectrum disorder and in their relatives. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *34*, 229-235.
- Kaufman, A. S., Kaufman, J. C., Balgopal, R., & McLean, J. E. (1996). Comparison of three WISC-III short forms: Weighing psychometric, clinical, and practical factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, *25*, 97-105.
- Lindsay, W. R., Michie, A. M., Baty, F. J., Smith, A. H., & Miller, S. (1994). The consistency of reports about feelings and emotions from people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, *38*, 61-66.
- Manikam, R., Matson, J. L., Coe, D. A., & Hillman, N. (1995). Adolescent depression: Relationships of self-report to intellectual and adaptive functioning. *Research in Developmental Disabilities*, *16*, 349-364.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. R. (1994). *Psychometric theory (3rd edition)*. New York: McGraw-Hill.
- Verhulst, F. C., Ende, J. van der, & Koot, H. M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Verhulst, F. C., Ende, J. van der, & Koot, H. M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR)*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Wallander, J. L., Dekker, M. C., & Koot, H. M. (2003). Psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: Measurement, prevalence, course and risk. In L. M. Glidden (Red.), *International Review of Research in Mental Retardation* (Vol. 26, pp. 93-134). San Diego, CA: Academic Press.
- Wechsler, D. (1991). *Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

EEN ZEER MOEILIK LERENDE JONGEN DIE HELEMAAL NIET ZO MOEILIK LEERT een voorbeeld van handelingsgerichte diagnostiek

*Esther Mudde¹
Maaïke Hopman²
Albert Ponsioen³*

De zoektocht naar een taalstimulerende behandeling van een als zeer moeilijk lerend te boek staande jongen leek dood te lopen vanwege zijn leeftijd (met 12 jaar te oud) en zijn te lage IQ (alleen het aanpassen van zijn omgeving zou zin hebben, bijvoorbeeld door bij het communiceren picto's in te zetten). Uiteindelijk (na twee jaar!) is het toch gelukt een behandeling te starten. Dit artikel beschrijft de eerste resultaten van deze behandeling.

Inleiding

In dit artikel worden de lotgevallen van de 12-jarige Alex beschreven die als Licht Verstandelijk Beperkt (LVB) door het leven gaat. Dit betekent dat zijn IQ-score ergens tussen de 50 en 85 ligt én dat zijn sociaal aanpassingsvermogen beperkingen kent (zie box 1). Alex bezoekt al een aantal jaar een school voor Zeer Moeilijk Lerenden (cluster 3 onderwijs) en woont in een GezinsVervangend Tehuis voor Kinderen (K-GVT). Alex kent een traumatisch opvoedingsverleden met perioden van ernstige emotionele en fysieke verwaarlozing, gepaard gaande met sterke vermoedens van seksueel misbruik. Na een opname in het ziekenhuis met ernstige ziekteverschijnselen op vijfjarige leeftijd (verwijde pupillen, buikpijn, hoofdpijn, apathie) werd Alex geplaatst in een crisisopvanggroep van een kindertehuis. In dit kindertehuis werd er gestart met een individuele behandeling in de vorm van speltherapie. Later, inmiddels woonde Alex in het K-GVT, namen de gedragsproblemen toe. Vanwege deze problemen en de traumatische voorgeschiedenis is opnieuw met een individuele behandeling gestart, dit keer in de vorm van creatieve therapie. Alex is dan tien jaar oud en heeft heel veel moeite om zich goed uit te drukken, een praattherapie ligt daarom niet zo voor de hand. Zijn behandelaar meldt hem op een gegeven moment aan voor een psychodiagnostisch onderzoek omdat zij vraagtekens zet bij het ZML-niveau van Alex: zijn begripsvermogen verrast haar soms. Het begeleiderteam van het K-GVT stemt in met deze onderzoeksvraag, maar heeft daarvoor nog een andere reden. Alex heeft in die periode in zijn groep regelmatig driftaanvallen die moeilijk in te dammen zijn. Men zou ook meer zicht willen hebben op de achtergrond van deze driftbuien.

¹ Esther Mudde is als logopediste werkzaam in het cluster-3 onderwijs.

² Maaïke Hopman is psycholoog en tevens als begeleider werkzaam in een gezinsvervangend tehuis voor kinderen.

³ Albert Ponsioen is als psycholoog werkzaam bij een ambulante GGZ-instelling.

Box 1¹ In de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR; APA, 2004) worden onder een verstandelijke beperking (in de DSM als ‘Zwakzinnigheid’ omschreven) de volgende drie kenmerken begrepen:

1. Verstandelijk duidelijk onder het gemiddelde functioneren: een IQ van ongeveer 70 of lager bij een individueel toegepaste IQ-test (bij zeer jonge kinderen op basis van een inschatting van een verstandelijk significant onder het gemiddelde functioneren)
2. Gelijktijdig aanwezige tekorten in of beperkingen van het huidige aanpassingsgedrag (d.w.z. of betrokkene er in slaagt te voldoen aan de standaarden die bij zijn of haar leeftijd verwacht kunnen worden binnen zijn of haar culturele achtergrond) op ten minste twee van de volgende terreinen: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid.
3. Begin voor het achttiende jaar

Dit artikel is een neerslag van de worsteling die een handelingsgerichte diagnostiek soms oplevert en van de zoektocht naar behandelmogelijkheden die uiteindelijk dichterbij huis blijken te liggen dan tevoren kon worden voorzien. Alvorens tot de beschrijving van de wedervaardigheden rond Alex over te gaan, volgt eerst een kort intermezzo over kinderen die niet kunnen meekomen in het reguliere onderwijs, over de rol van intelligentieonderzoek bij deze kinderen en over een diagnostisch instrument waarmee meer inzicht in hun leervaardigheden verkregen kan worden.²

IQ en onderwijs

In Nederland wordt in de zorgsector en het onderwijs sinds de jaren vijftig van de vorige eeuw een groep kinderen onderscheiden voornamelijk op basis van een IQ-score.³ In het onderwijs werd de groep met een score tussen 50 en 85 tot de beginjaren negentig ‘Moeilijk Lerende Kinderen (MLK)’ genoemd. Toen werden deze kinderen nog opgevangen in speciale MLK-scholen voor basis- en voortgezet onderwijs en onderscheiden van kinderen met Leer- en OpvoedingsMoeilijkheden (LOM), die hun eigen onderwijsvorm hadden. De MLK-scholen waren voor kinderen die over de gehele linie van het schoolse leren achterlopen, de LOM-scholen voor kinderen die op specifieke leergebieden problemen vertonen. Met de onderwijsvernieuwingen van de jaren negentig, het Weer Samen Naar School (WSNS) project, werden beide onderwijsvormen geïntegreerd. WSNS is een samenwerkingsverband tussen de reguliere scholen en het speciaal basisonderwijs (sbo) in een regio.

¹ Uit: Ponsioen & Plas (2008).

² Een bewerking van een aantal paragrafen uit het hoofdstuk ‘Cognitieve beperkingen’ van Ponsioen & de Groot uit: ‘Interventies in het onderwijs: leerproblemen’ van Taal & Snellings (2009).

³ Van Weelden verwonderde zich meer dan twintig jaar geleden over het feit dat destijds de MLK-schoolbevolking bijna 7,4 keer zo klein was dan het geschatte totale aantal kinderen met een IQ tussen 55 en 85: “Dit betekent dat er òf factoren zijn die niet met een intelligentietest gemeten worden en die (mede) het moeilijk leren veroorzaken en dat bij de laag begaafden die niet in de schoolsituatie falen deze factoren niet aanwezig zijn, òf dat deze factoren door de school en de leeromgeving positief beïnvloed worden.”(blz. 26-27; Van Weelden, 1988).

Het zorgplatform onderzoekt welke problemen de leerling en de school ervaren. Vervolgens kijkt men welke mogelijkheid het beste is:

- de leerling blijft op de eigen 'gewone' basisschool of wordt overgeplaatst naar een andere 'gewone' basisschool die meer ervaring heeft met de ervaren problematiek;
- de leerling gaat naar het speciaal basisonderwijs (sbo);
- de leerling wordt doorverwezen naar het speciaal onderwijs;
- de leerling blijft op zijn of haar eigen school of een andere gewone school maar met een 'rugzakje' (informatie van de website van het Ministerie van Onderwijs; <http://www.minocw.nl/passendonderwijs/1589/Huidig-beleid.html>).

Zoals gebruikelijk bij 'vernieuwingen' in het onderwijs en in de zorg was de invoering van WSNS meer op financiële (de kosten van het speciaal onderwijs rezen de pan uit) dan op inhoudelijke gronden gebaseerd. De huidige beleidsplannen ten aanzien van het onderwijs aan 'zorgleerlingen', het Passend Onderwijs, is opnieuw een poging om de uit de hand lopende kosten van de WSNS-ontwikkelingen te beteugelen, met name ten aanzien van de rugzakjes en het speciaal onderwijs (Keesenberg, 2008; zie tevens <http://www.passendonderwijs.nl>).

IQ en leervermogen

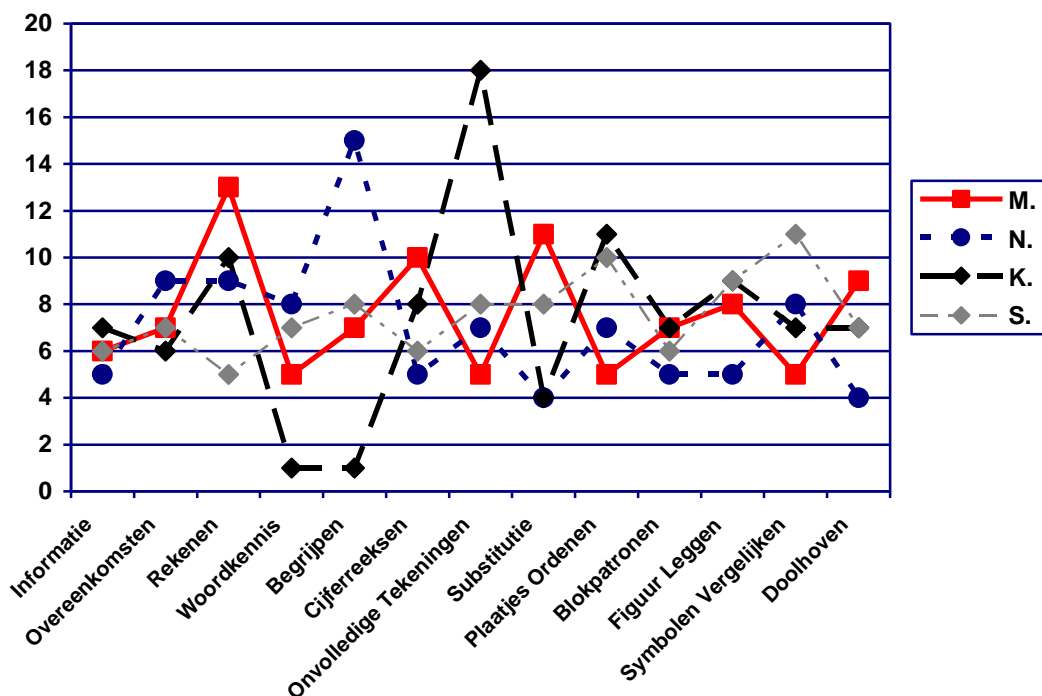
Een wijdverbreid misverstand in het onderwijs is dat begaafdheid een vaststaand, onveranderbaar gegeven is. Van kinderen die moeilijk meekomen op school wordt het IQ gemeten en bij geconstateerde achterstanden wordt over het algemeen het onderwijsaanbod aangepast. Er wordt zo min mogelijk nadruk gelegd op het schoolse leren, de praktische vakken staan centraal. Maar kinderen met een cognitieve achterstand of die moeilijk leren zouden er even goed baat bij kunnen hebben als ze leren na te denken.

Leren lijkt vanzelf te moeten gaan. Als dit onverhoopt niet of onvoldoende gebeurt, dan wijt men dit aan het onvoldoende leervermogen van het kind in plaats van aan het leeraanbod. Uit onderzoek (Van Lieshout, 2001) bleek echter dat de lage prestaties van kinderen met een ondergemiddelde intelligentie veeleer een gevolg te zijn van minder uren onderwijs dan van cognitieve tekorten van de leerlingen.

Als bij kinderen een ondergemiddelde intelligentie wordt vastgesteld, dan is een gerichte vervolgdagnostiek nodig naar de aard en de ernst van de cognitieve en/of sociaal-emotionele problemen die daaraan ten grondslag liggen. Een lage intelligentie op zich biedt geen verklaring voor leerproblemen. Er is dan ook onvoldoende reden om onderwijs-op-maat te bieden aan kinderen die eigenlijk alleen het label Licht Verstandelijk Beperkt of Zwakbegaafd gemeenschappelijk hebben. Leerproblemen kunnen bij deze groep kinderen om deze reden tot een laag zelfbeeld leiden ("Ik ben dom") en op langere termijn tot een vorm van aangeleerde hulpeloosheid als het om leersituaties gaat (zie o.a. Van Doorn en Verheij, 2006). Deze kinderen kunnen op heel uiteenlopende onderdelen van een intelligentietest uitvallen, wat op verschillen in onderliggende cognitieve vaardigheden kan duiden (Ponsioen & de Groot, 2007). Hoe grilliger de prestaties op de verschillende onderdelen van de IQ-test zijn, des te minder een enkele totaalscore (TIQ-score) zegt over de leermogelijkheden van een kind. In figuur 1 zijn de subtestscores van vier kinderen¹ afgezet die allen een IQ-score van 80 (Totaal IQ-score) hadden op de WISC-III intelligentietest. Niet alleen lopen de scores op de verschillende subtests voor de vier kinderen erg uiteen (voor K. zelfs van 1 tot 18!), ook zijn de vier profielen onderling nauwelijks vergelijkbaar. De correlaties lopen uiteen van -0,53 (tussen M. en S.) tot 0,11 (tussen N. en S.). Onder deze zeer verschillende testprofielen moeten verschillende cognitieve

¹ In LVG-instellingen opgenomen kinderen met een totaal IQ lager dan 70, N=49; kinderen met een totaal IQ tussen 70 en 85, N=81 en kinderen met een totaal IQ hoger dan 85, N=25.

vaardigheden liggen die nader onderzocht zouden moeten worden. Op deze manier heeft een intelligentietest zijn waarde: het signaleren van problemen. Met alleen de vaststelling van 'het IQ' zou men deze kinderen ernstig tekort doen.



Figuur 1. Subtestprofielen van kinderen M., N., K. en S. op de WISC-III

Leerresultaten en leerprocessen¹

Een belangrijk klinisch nadeel van het gebruik van de traditionele intelligentietests is dat deze gericht zijn op leerresultaten en niet op leerprocessen. Aan zwakke leerresultaten kunnen verschillende oorzaken ten grondslag liggen, waarvan capaciteitstekorten er één van zijn. En ook leercapaciteit hoeft niet als een onveranderbaar en daarmee onbehandelbaar vermogen opgevat te worden. Zo lukt het een volwassen persoon om een reeks van maximaal zeven cijfers te onthouden. Maar met het gebruik van slimme strategieën (bijvoorbeeld door het melodius clusteren van 2 of 3 cijfers zoals bij telefoonnummers) kunnen langere reeksen worden onthouden. Het is daarom belangrijk om tests te gebruiken die informatie geven over de wijze waarop kinderen leren. Welke leerstrategieën worden gebruikt? Hoe zit het met basale leervaardigheden als aandacht, concentratie, de manier waarop zaken die worden uitgelegd of voorgedaan ('informatieverwerking'), verwerkt en opgeslagen worden? Maar ook de zin en de tegenzin (motivatie) om te leren en de energie die het kind in het leren steekt en zijn inzet maken uit of er geleerd wordt.

¹ De volgende paragrafen zijn ontleend uit hoofdstuk 5 van 'Een kind met mogelijkheden. Een andere kijk op LVG-kinderen' (Ponsioen & Pellini), dat naar verwachting in de loop van 2010 wordt uitgebracht.

Wat betreft de leervaardigheden gaan de traditionele intelligentietests als de Wechsler schalen ook meer en meer taken opnemen die met de snelheid van de informatieverwerking en het onthouden te maken hebben naast de standaard taken die alleen beoordelen wat er al geleerd is. Alternatieve intelligentietests als bijvoorbeeld de Kaufman-tests hebben al langer dergelijke taken in de testbatterij opgenomen.¹ Er is echter al aantal jaar een testbatterij beschikbaar die ontwikkeld is voor kinderen met leerproblemen en ontwikkelingsachterstanden, de Cognitive Assessment System.

Cognitive Assessment System

Een gevoel van onvrede en verbazing over het hardnekkige gebruik van intelligentietests, die in de twintiger jaren van de vorige eeuw zijn ontwikkeld en sindsdien nauwelijks zijn veranderd, was aanleiding om naar alternatieven voor het traditionele intelligentieonderzoek te zoeken. Het Cognitive Assessment System (CAS) is zo'n alternatief. De CAS is gebaseerd op een idee, een theoretisch model, over hoe de mens (kinderen en volwassenen) tot leren komen. Hoe lukt het ons eigenlijk om nieuwe kennis en vaardigheden aan te leren door ondermeer te luisteren en te kijken naar personen die deze kennis en vaardigheden bezitten en over willen brengen. Een al langer bekend model dat beschrijft hoe mensen tot denken en handelen komen is dat van Alexander Luria, een Russische neuropsycholoog uit de vorige eeuw. Luria onderscheidt in zijn theorie drie belangrijke functionele systemen die in de hersenen werkzaam zijn: (i) een activatiesysteem dat zorgt dat de hersenen waakzaam en alert zijn om indrukken op te kunnen doen; (ii) een systeem voor het verwerken en opslaan van die indrukken en (iii) een systeem om op grond van de opgedane en verwerkte indrukken tot handelen over te kunnen gaan. Deze theorie is de grootste inspiratiebron voor het model waarop de CAS gebaseerd is, het Attention-Simultaneous-Successive (PASS) model. Het brein wordt hierin, net als in de theorie van Luria, voorgesteld als een systeem waarmee informatie verwerkt wordt. Met informatie worden alle indrukken of prikkels bedoeld die worden opgemerkt en vervolgens verwerkt, bewerkt en onthouden op grond waarvan een reactie (gedrag) wordt voorbereid en wel of niet wordt uitgevoerd.

Het eenvoudigst is dit voor te stellen als iets dat wordt waargenomen (een 'visuele prikkel'; bijvoorbeeld lijn 9 komt er aan) en er een reactie volgt (gedrag: de chipkaart wordt tevoorschijn gehaald). Arousal en aandachtsprocessen worden in dit model opgevat als aspecten van de eerste functionele eenheid (in het voorbeeld: men moet niet staan te suffen én men moet wel aandacht hebben voor de omgeving om lijn 9 te zien aankomen). Voor de tweede functionele eenheid, het waarnemen, verwerken en opslaan van binnenkomende informatie, wordt een onderscheid gemaakt tussen simultane en successieve (sequentiële) informatieverwerking. Simultaan heeft betrekking op het begrijpen van de informatie in betekenisvolle eenheden, waarbij het begrip van de onderlinge (logische) verbanden tussen de informatie van belang is. In het voorbeeld van lijn 9 is het van belang uit alle stadsgeluiden en -beelden (bussen, auto's, pratende mensen) het beeld en geluid van lijn 9 er uit te pikken. Successieve informatieverwerking heeft betrekking op het integreren van informatie op basis van het seriële karakter. Hiervoor is het van belang dat de ordening van gebeurtenissen in de tijd (de tijdsordening) waargenomen, verwerkt en vastgehouden kan worden. Dit is belangrijk als de conducteur na het instappen duidelijk probeert te maken waarom die chipkaart niet werkt. Als de volgorde van de woorden in zijn uitleg niet goed wordt vastgehouden, wordt zijn verhaal onbegrijpelijk. Beide processen kunnen in het dagelijks leven niet los van elkaar worden gezien. Zo is bij het aanhoren van een (gesproken) verhaal in eerste instantie de successieve verwerking belangrijk (de woorden moeten in de juiste volgorde worden verwerkt). Direct daarop aansluitend is voor een goed begrip van de betekenis van het verhaal een correcte simultane verwerking van de relaties tussen de verhaalde personen en gebeurtenissen noodzakelijk. Het voorbereiden, selecteren en uitvoeren van

¹ De in Nederland nog niet uitgebrachte WISC-IV kent naast een Fullscale IQ-score ook factorscores die te maken hebben met werkgeheugen en verwerkingssnelheid. De traditionele factoren Verbaal-IQ en Performaal-IQ zijn in deze versie vervallen (Cohen & Swerdlik, 2008).

planmatige handelingen vormen in het PASS-model de onderdelen van de derde functionele eenheid. Deze laatste eenheid komt overeen met de eerder genoemde executieve functies. Terug naar het voorbeeld van lijn 9. Wat te doen met een niet werkende chipkaart? Uitstappen, toch maar een kaartje kopen, eventuele opkomende emoties het hoofd bieden? Iedere vorm van bewust denken alvorens te doen, berust volgens het model op een actieve samenwerking van de drie functionele eenheden.

In het PASS-model wordt de binnenkomende informatie onderscheiden in drie soorten. Ten eerste de prikkels die worden waargenomen. De zintuigen spelen hierbij vanzelfsprekend een belangrijke rol. Het kunnen prikkels zijn die van buiten komen maar ook prikkels die vanuit het eigen lichaam komen (lichaamsfuncties, pijntjes, emoties). Ten tweede zijn het prikkels die bewerkt worden op basis van de kennis en ervaringen die men heeft. De meeste prikkels hebben betekenis voor iemand en krijgen daardoor een meerwaarde. Zo kan een tegemoetkomende hond door de ene persoon nauwelijks opgemerkt worden maar voor de ander maken dat er een blokje wordt omgelopen. Ten derde kunnen waargenomen en bewerkte prikkels worden vastgehouden en opnieuw worden opgehaald uit het geheugen als de situatie daarom vraagt.

De CAS is een verzameling taken (subtests) waarmee de drie functionele eenheden van het cognitief functioneren in kaart kunnen worden gebracht. De CAS is echter nog niet voor Nederlandse kinderen genormeerd, de resultaten van de test kunnen alleen nog maar met die van Amerikaanse kinderen vergeleken worden. Onderzoekers vonden echter dat scores van Nederlandse kinderen op de factoren goed met de Amerikaanse normgroepen overeenkomen (Van Luit, Kroesbergen & Naglieri, 2005).

Terug naar Alex

De belangrijkste resultaten van de eerder bij Alex afgenomen onderzoeken zijn in tabel 1 ondergebracht. Bij de IQ-equivalentenscores liggen de gemiddelde scores tussen 85 en 115 (één standaardafwijking onder en boven het gemiddelde van 100).

Tabel 1. Diagnostische achtergrondgegevens van Alex

<i>Leeftijd</i>	<i>Test</i>	<i>Onderdelen</i>	<i>IQ-equivalentenscores¹</i>
6 jaar	SON-R ²	o Totaal IQ:	88
7 jaar	WISC-RN	o Totaal IQ:	72
		o Verbaal IQ:	70
		o Performaal IQ:	81
			<i>Didactische leeftijdsequivalentenscores³</i>
9 jaar (bij een didactische leeftijd van 45)	Didactisch onderzoek	o technisch lezen: o spellen: o schrijven: o rekenen:	dle-0 dle-3 dle-2 dle-3

¹ Om de resultaten van de verschillende tests te kunnen vergelijken zijn deze omgezet in IQ-equivalentenscores (gemiddelde = 100; standaardafwijking = 15).

² De SON-R is een intelligentietest waarbij het gebruik van gesproken of geschreven taal niet noodzakelijk is. Deze test wordt om deze reden gebruikt bij kinderen met handicaps in de verbale communicatie, bij kinderen met taalproblemen en bij kinderen waarvoor Nederlands de tweede taal is (zie www.testresearch.nl).

³ De ontwikkeling van de leervaardigheden van kinderen wordt uitgedrukt in de genoten onderwijstijd vanaf groep 3. Elk schooljaar kent daarbij 10 maanden. Aan het eind van de basisschool is de didactische leeftijd 60. Aan het eind van groep 3 heeft een kind een didactische leeftijd van 10 en als bijvoorbeeld het leren lezen geen problemen gaf heeft het op dat gebied een didactische leeftijdsequivalentenscore (dle) van 10. Een kind dat moeilijker kan meekomen op leesgebied haalt dan een lagere dle-score dan zijn didactische leeftijd.

Uit de intelligentiegegevens blijkt dat Alex in het verleden boven het ZML-niveau presteerde (dit komt globaal overeen met een IQ-score hoger dan 55/60). De verbale (talige) kant van Alex blijkt ten opzichte van het handelingsgerichte (performale) gedeelte wat achter te lopen. Het didactische niveau van Alex ligt bij 9 jaar nog op het beginniveau van groep 3 (vroeger klas 1 genoemd) van het basisonderwijs.

Zijn behandelaar ervaart Alex als een jongen die alles vanuit het hier-en-nu perspectief bekijkt en beschrijft. In zijn verhalen ontbreekt een tijdsperspectief; zo is het niet altijd duidelijk of hij het over gebeurtenissen uit het verleden heeft of over actuele zaken.

Om een actueel beeld te verkrijgen over de vaardigheden en beperkingen van Alex wordt er een afspraak gemaakt voor een psychodiagnostisch onderzoek. Om meer zicht te krijgen op de onderliggende cognitieve vaardigheden en vanwege de geconstateerde discrepanties (tussen de niveaugegevens en didactische gegevens uit het verleden; tussen het verwachte en ervaren begripsvermogen door de behandelaar ten aanzien van deze ZML-cliënt) krijgt het onderzoek een neuropsychologisch karakter.

Bij de eerste kennismaking waarbij afspraken voor het onderzoek worden gemaakt valt de kinderlijke manier op waarmee Alex zijn onzekerheid uit door middel van concreet gedrag: hij gaat letterlijk onder een tafel zitten. Om deze reden wordt het onderzoek verricht in een voor Alex vertrouwde omgeving: zijn woongroep. Dit blijkt goed uit te pakken: Alex is vanaf het begin erg meewerkend, maakt een opgewekte en gastvrije indruk en blijkt geconcentreerd te kunnen werken. Een tweede afspraak is Alex nog meer op zijn gemak. Vanaf het eerste contact met Alex valt op dat hij vaak moeite heeft om de juiste woorden te vinden om iets duidelijk te maken en maakt hij regelmatig grammaticale fouten. Dit alles, gekoppeld aan een zwakke articulatie (binnensmonds praten) maakt dat Alex niet altijd goed te volgen is in zijn verhalen.

De onderzoeksresultaten worden in tabel 2 samengevat.

Tabel 2. Resultaten neuropsychologisch onderzoek

<i>Leeftijd</i>	<i>Test</i>	<i>Onderdelenn</i>	<i>IQ-equivalentscores</i>
11 jaar	WISC-III	<ul style="list-style-type: none"> ○ Totaal IQ: ○ Verbaal IQ: ○ Performaal IQ: 	<p>74</p> <p><55</p> <p>104</p>
11 jaar	CAS	<ul style="list-style-type: none"> ○ aandacht: ○ successieve informatieverwerking: ○ simultane informatieverwerking: ○ planning: 	<p>80</p> <p>57</p> <p>104</p> <p>71</p>
11 jaar	Taaltest voor Kinderen (TvK)	<ul style="list-style-type: none"> ○ expressieve taal (taalproductie) ○ receptieve taal (taalbegrip) 	<p>50</p> <p>70</p>

Het verschil tussen de talige (verbaal IQ) en handelingsgerichte (performaal IQ) vaardigheden van Alex is groter geworden. De verbale tests worden deze keer op ZML-niveau uitgevoerd, de handelingsgerichte taken op een gemiddeld niveau. Enig inzicht in de taalvaardigheid van Alex laat echter zien dat vooral de taalexpressie (een belangrijke voorwaarde voor de verbale taken van de WISC-III!) zwak ontwikkeld is. De zwakke score op de successieve informatieverwerkingsfactor van de CAS geeft aan dat Alex grote moeite heeft om de volgorde van auditieve informatie goed te verwerken en te onthouden.

Alex lijkt meer te begrijpen dan hij in woorden duidelijk kan maken. De taal 'als uitingsmiddel van gevoelens en gedachten' kan door Alex onvoldoende benut worden en door zijn gebrekkige communicatieve vaardigheden kunnen zijn sterke cognitieve vaardigheden verborgen blijven. Dat in de communicatie met anderen (bijvoorbeeld met zijn begeleiders) misverstanden kunnen ontstaan is duidelijk, dat dit tot frustraties kan leiden eveneens. Het niet kunnen verwoorden van deze frustraties maakt het Alex niet gemakkelijker. Als het uiten van onvrede niet meer door het woord kan blijft het gebaar over.

Van diagnostiek naar behandeling

De uitleg van de onderzoeksresultaten heeft op Alex een geruststellende werking. Het lucht hem zichtbaar op dat de problemen niet veroorzaakt worden door een algehele beperking, maar door specifieke taalproblemen. Het zichtbaar maken in de testresultaten van zijn sterke vaardigheden lijkt Alex te motiveren om ook naar zijn zwakke kanten te kijken. Het versterken van deze zwakke vaardigheden blijkt evenwel geen gemakkelijke opgave. Het vinden van een juiste behandelaanpak blijkt lastiger dan verwacht. De ingewonnen informatie over behandelmogelijkheden bij scholen en instellingen voor kinderen met spraak- en taalproblemen heeft vooral betrekking op het aanpassen van de communicatie door gebruik te maken van visuele ondersteuning (picto's) en éénduidige, concrete taal. Na een lange zoektocht is de logopediste van de school van Alex zelf met een behandelmethodiek aan de slag gegaan: de Denkstimulerende GespreksMethodiek (DGM).

Denkstimulerende GespreksMethodiek (DGM)

De Denkstimulerende GespreksMethodiek (DGM; Van Bokkem, & van der Velden, 2002) is vooral gericht op kinderen in het onderwijs voor zeer moeilijk lerenden (ZML), het cluster-3 onderwijs. DGM is bedoeld om taal te leren gebruiken in situaties die uitstijgen boven het hier en nu onder meer via begrippen van tijd (vroeger, later, toen), hoeveelheid (meer, minder), ruimte (boven, beneden, hoog, laag) en vergelijking (gelijk, hetzelfde). Als kinderen eenmaal eigenschappen van voorwerpen kunnen benoemen, of als ze die goed begrijpen, introduceert men relationele begrippen als ordenen van klein naar groot, en het classificeren, rubriceren of categoriseren van voorwerpen zoals alle blauwe blokken samen. In volgende fasen worden ook interpretaties geïntroduceerd. Bijvoorbeeld oorzaak/gevolg-relaties en middel/doel-relaties door plaatjes bij elkaar te laten zoeken: om te..... heb je een..... nodig.

De communicatiemethode heeft veel weg van een Socratische dialoog. De begeleider, leerkracht of ouder stelt het kind gerichte vragen, dikwijls in een spelsituatie. Die gaan bijvoorbeeld over zijn speelgoed, wat het kind op dat moment ziet, wat hij aan het doen is of wat de volwassene net heeft aangewezen of voorgelezen. Bij elk antwoord dat een kind geeft, krijgt hij de ruimte en de tijd zijn antwoorden aan de werkelijkheid te toetsen. Een volwassene kan tegenvoorbeelden geven. Door op een speelse manier hints te geven, en te complimenteren met een stapje in de goede richting, stimuleert de methode het nadenken over een goede oplossing.

De gespreksmethodiek kent vier fasen of abstractieniveau's: (i) het weergeven van opvallende informatie of erop reageren; (ii) aangeduide en minder opvallende kenmerken weergeven of erop reageren; (iii) herstructureren van waarnemingen en ervaringen en (iv) reflecteren en beredeneren (zie tevens tabel 3 en Box 2).

Tabel 3. DGM abstractieniveaus

<i>Niveau</i>	<i>Cognitieve vaardigheid</i>	<i>Voorbeeld</i>
Matching perception ± 4 jaar	Opvallende informatie weergeven of erop reageren	Wat zie je allemaal op tafel staan?
Selective analysis of perception ± 5 jaar	Specifieke kenmerken weergeven of erop reageren	Wat kun je met een glas doen?
Reordering perception ± 6 jaar	Ordenen, organiseren en structureren van de waarneming	Wat moeten we het eerst doen als we thee gaan zetten?
Reasoning about perception ± 7 jaar	Reflecteren en redeneren over de waarneming	Wat zal er met het water gebeuren als het op het vuur staat?

Box 2. DGM

De Denkstimulerende GespreksMethodiek (DGM) is in de jaren zeventig van de vorige eeuw ontwikkeld door Marion Blank. Zij meent dat denken gestimuleerd kan worden door taal en dat de dialoog tussen volwassenen en kinderen wordt beschouwd als een centrale factor in de taalontwikkeling bij kinderen. Marion Blank heeft samen met Rose en Berlin een indeling gemaakt naar niveaus van abstractie. Bij deze niveaus neemt de afstand tussen het concreet waarneembare en taal toe. Om te kunnen denken op het hoogste abstractieniveau is het van belang dat kinderen beschikken over een abstract attitude. Dit wordt omschreven als een mentale instelling die kinderen spontaan ontwikkelen als zij normaal functioneren. Volgens Blank is het ontbreken van een abstract attitude een oorzaak van het falen van veel kinderen in het onderwijs.

Alex en de DGM-behandeling

Een belangrijke voorwaarde voor het effectief inzetten van de DGM is de bereidheid van het kind om met een volwassene te communiceren en van zijn vermogen om voorwerpen en handelingen te benoemen in (minimaal) één- of tweewoord-zinnetjes. Bij Alex was aan deze voorwaarde voldaan. Met behulp van de 'Vragenlijst Denkprocessen' (VLPD; Groenendaal & Colthof, 1990) wordt een indruk verkregen hoe een kind scoort op de vier DGM-niveaus. Alex scoorde op niveau 1 en 2 sterk, niveau 3 was al iets minder sterk en niveau 4 was matig sterk. De behandelaar let hierbij niet alleen op de goede antwoorden, maar vooral ook op de foute antwoorden. Belangrijk is om te zien of het kind de vraag wel heeft begrepen. Deze informatie leidt tot een profiel op grond waarvan de behandeling wordt gestart.

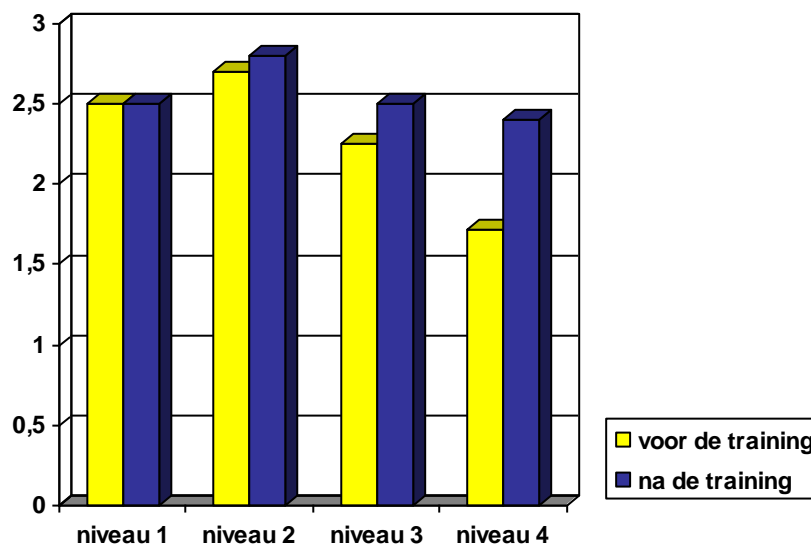
Met behulp van een map met uitgewerkte werkbladen worden gesprekken gevoerd waarin vragen uit de vier niveaus worden afgewisseld. Een voorbeeld uit de les 'maskers maken': niveau 1 en 2 gaan

prima, bij niveau 3 komt er al veel meer taal en taaldenkvermogen bij kijken en hier scoort Alex dan ook wat minder op. Zo antwoord Alex op de vraag wat hetzelfde is aan de spullen op een plaat met feestartikelen: "De toeters zijn hetzelfde". Een niveau 3 antwoord is bijvoorbeeld: "Het heeft met een feest te maken". Na een vereenvoudigingsvraag gaf Alex als antwoord: '(Het hoort) bij een verjaardag". Dit antwoord kwam meer in de richting, maar was nog erg eenvoudig.

Er worden wekelijks 'denkgesprekken' met Alex gevoerd. De ene keer over schrijfmateriaal, een andere keer over voetbal en weer een andere keer over dieren. Het onderwerp wisselt, maar de opbouw is vrijwel altijd gelijk. Alex leek er van te genieten! Hij kwam graag naar logopedie en was meestal enthousiast over wat er gedaan zou worden. Na verloop van tijd is de VLDP opnieuw afgenomen en nu blijkt dat bijna alle niveaus wat omhoog zijn gegaan! Zeer waarschijnlijk heeft Alex de manier van vragen en het nadenken over de antwoorden zichzelf eigen gemaakt.

Behandeleffecten

Hoewel het een langdurig proces is, lijkt er sprake te zijn van een positieve ontwikkeling in het taaldenken van Alex. Belangrijk is zijn motivatie om te werken aan zaken die voor hem erg moeilijk zijn. Een voordeel hierbij is dat het Alex steeds duidelijker wordt wat zijn specifieke beperkingen zijn en wat vaak de oorzaak is van de moeizaam verlopende gesprekjes met zijn begeleiders. De begeleiders zijn op hun beurt weer bewuster geworden van de problemen van Alex. In Figuur 2 worden de resultaten van de DGM-training van Alex uitgebeeld wat betreft de resultaten op de vragenlijst Denkprocessen, waarmee de voortgang van de training kan worden beoordeeld.



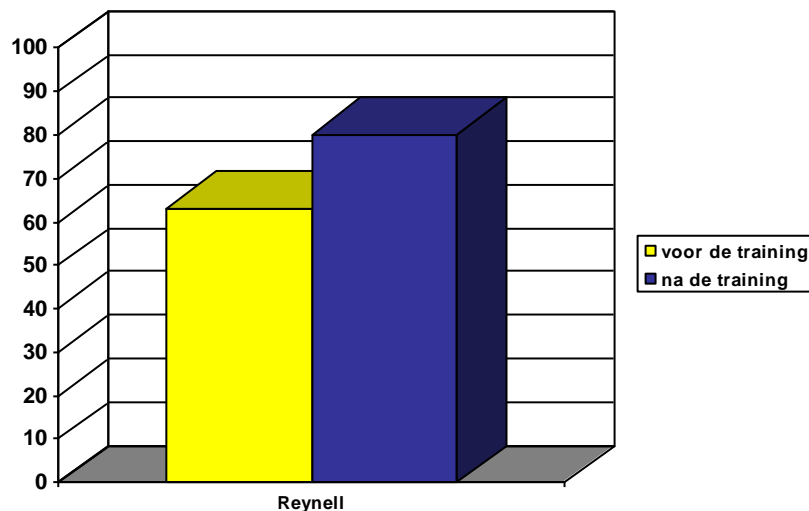
Figuur 2. Resultaten (niveauscores) van de DGM-training op de VLDP (in tabel 6.2 worden de vier niveau's beschreven). De scores lopen van 0 tot maximaal 3, van 0 tot 1: 'zwak niveau'; van 1 tot 1,5: 'matig zwak niveau'; van 1,5 tot 2: 'matig sterk niveau'; van 2 tot 3: 'sterk niveau'.

Op de vragenlijst is de belangrijkste vooruitgang van Alex geboekt op het hoogste DGM-niveau: het reflecteren en redeneren over de waarneming. Natuurlijk is op basis van deze gegevens niet uit te maken of er eveneens een vooruitgang was geboekt zonder de DGM-training. Alleen al de uitleg over zijn sterke en zwakke vaardigheden na het diagnostisch onderzoek, dus vóór de training werd ingezet, had al een positieve uitwerking op zijn gedrag. Ook op een test waarmee taalbegrip wordt gemeten is er sprake van een voorzichtige vooruitgang (zie figuur 3).

Conclusie

Welke conclusies zijn er nu te trekken omtrent het effect van de ingezette behandeling, die overigens nog niet beëindigd is? Het gaat hierbij natuurlijk slechts om een enkele casusbeschrijving en een behandeling die, voor zover ons bekend, meer practice-based dan evidence-based is. Maar het centrale thema van dit artikel is niet de specifieke behandelmethodiek die gebruikt is. Belangrijker is het gegeven dat ook bij kinderen met uitgesproken kenmerken (in het geval van Alex: zeer moeilijk lerend, een zeer problematische opvoedingsgeschiedenis) gekeken wordt naar onderliggende leervaardigheden. Zeker als er sprake is van ongerijmdheden in het ontwikkelingsprofiel: IQ-scores uit het verleden die niet overeenkomen met de didactische ontwikkelingen en de indrukken van derden (i.c. een behandelaar). Ook een herhaald intelligentieonderzoek moet niet gezien worden als eindstation in het diagnostisch proces. Nader taalonderzoek (hoe eenvoudig ook in het geval van Alex) levert al direct iets op omdat Alex beter kan snappen waarom er misverstanden met zijn begeleiders kunnen ontstaan. En het geeft richting aan een behandeltraject dat weer verder gaat dan aansluiten bij Alex' sterke kanten en het aanpassen van zijn omgeving (door het geven van communicatie-adviezen aan zijn begeleiders). Hoe minimaal de vorderingen op het gebied van taalstimulering ook mogen zijn¹, het doet Alex in ieder geval veel goed. Zijn gedrag in zijn woongroep is verbeterd, hij is beter aanspreekbaar op zijn gedrag en doet ook meer pogingen, hoe gebrekkig ook, om zijn gedachten en gevoelens in woorden om te zetten. Een IQ-score als een voldongen feit accepteren (bijvoorbeeld: "Een jongen van 11 jaar met een IQ van 70 is niet in staat om abstract te denken") kan altijd nog. Maar niet eerder dan nadat een poging is gedaan om met een kind aan de slag te gaan op basis van diagnostiek gericht op veranderbare processen. Wat wil een behandelaar nog meer?

¹ De zoektocht naar behandel mogelijkheden heeft overigens bijna 2 jaar geduurd. Daarna duurde het nog driekwart jaar alvorens de behandeling daadwerkelijk werd ingezet. Al met al is de behandeling die in dit artikel beschreven wordt krap een jaar (uitgezonderd alle schoolvakanties) aan de gang.



Figuur 3. Resultaten (percentielscores) van de DGM-training op een test voor taalbegrip (Reynell)

Literatuur

- American Psychiatric Association / Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2004). *Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision. DSM-IV-TR)*. Lisse: Harcourt Book Publishers.
- Groenendaal, H.J. & Colthof, J. (1990). *Handleiding Vragenlijst Denkprocessen*. Rotterdam: Centrum Educatieve Dienstverlening.
- Keesenberg, H. (2008). *Passend onderwijs. Alles op een rij*. Deventer: Kluwer.
- Ponsioen, A.J.G.B. (2005). De Waarde van een IQ-score bij kinderen met een lichte verstandelijke beperking. *Kind en Adolescent Praktijk - Nummer 2 - 2005 (juni)*
- Ponsioen, A.J.G.B. & Plas, J.J. (2008). Verstandelijke beperking. In: P. Prins. & C. Braet (Red.), *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie (blz. 449-476)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ponsioen, A.J.G.B. & Groot, A. de (2009). Cognitieve beperkingen (hoofdstuk 5). In: Taal, M. & Snellings, P. (Red.), *Interventies in het onderwijs: leerproblemen (blz. 95-112)*. Den Haag: Boom Onderwijs.
- Ponsioen, A.J.G.B. & Pellini, D. (in druk) *Een kind met mogelijkheden. Een andere kijk op LVG-kinderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Bokkem, M. & van der Velden, I.M. (2002). *DGM in de praktijk (een handboek bij de Denkstimulerende Gespreksmethodiek van Marion Blank)*.
- Van Lieshout, E.C.D.M. (2001). Ontwikkelingen in de behandeling van leerproblemen: aandacht voor aanpakken en vasthouden. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 40, 5-19.
- Van Luit, J. E.H., Kroesbergen, E.H. & Naglieri, J.A. (2005). Utility of the PASS Theory and Cognitive Assessment System for Dutch Children With and Without ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, vol. 38 (5), 434-439.
- Van Weelden, J. (1988). *Moeilijk lerende kinderen*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Whitaker, S. (2008). The stability of IQ in people with low intellectual ability: An analysis of the literature. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46 (2), 120-128.

Informatie over taal:

- www.nvlf.nl (Nederlandse vereniging voor logopedie en foniatie)
- www.taalalert.nl
- www.oudersonline (taaloverzichtspagina)

Informatie over de cursus DGM: De CED groep Postbus 8639 3009 AP Rotterdam

ONDERZOEK NAAR EMDR BIJ KINDEREN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING

*Interview met Liesbeth Mevissen
door Heleen Deelstra*

Liesbeth Mevissen is klinisch psycholoog en ze is mijn directe collega bij de polikliniek voor kinderen en jeugdpsychiatrie van Accare te Deventer. Accare is een zelfstandige, gespecialiseerde instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie. De doelgroep bestaat uit normaal begaafde en licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren met psychiatrische problemen. Zelf werk ik daar maar een dag in de week, dus ik zie haar weinig. Maar ik weet wel dat Liesbeth heel veel ervaring met de doelgroep VG en LVG heeft en dat ze bezig is met een promotieonderzoek wat gaat over EMDR bij kinderen en jongeren met een (licht) verstandelijke beperking. Interessant dus om haar enkele vragen te stellen:

Liesbeth, je werkt sinds mei 2009 bij de poli van Accare te Deventer. Waar heb je daarvoor gewerkt? Ik heb ruim 30 jaar in de VG sector gewerkt in verschillende functies en instellingen en in de loop der jaren is mijn werk steeds meer toegespitst op diagnostiek en behandeling van psychische- en gedragsproblemen.

Hoe ben je in het werkveld VG-LVG terechtgekomen. Heeft dit altijd al je interesse en/of voorkeur gehad?

Toen ik een jaar of zeven was werd bij onze burens een kindje met Down syndroom geboren. De "grote mensen" deden het voorkomen alsof dit gezin iets ergs was overkomen. Ik kon daar niets van begrijpen. Ik genoot ervan om met hun kindje te spelen en het wat te leren. Daar is het eigenlijk mee begonnen.

Binnen Accare doe je van alles: intakegesprekken, adviesgesprekken, diagnostiek en behandeling. Wat vind je hiervan het leukst en wat doe je het liefst?

Ik vind het belangrijk om samen met ouders of begeleiders op zoek te gaan naar hoe de problemen zijn ontstaan, hoe ze in stand worden gehouden en wat er gedaan kan worden om bij alle betrokkenen positieve gevoelens weer de overhand te laten krijgen. Het geeft voldoening als dat lukt. Mijn bijzondere interesse gaat uit naar toepassing van de behandelmethodes EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing). Met deze vorm van psychotherapie kunnen de beschadigende invloeden van negatieve ervaringen (trauma's, life events of veelvuldige faalervaringen) ongedaan gemaakt worden waardoor er gevoelens van eigenwaarde, zelfvertrouwen en controle ontstaan en weer een positieve persoonlijke ontwikkeling op gang komt.

Het mooie is dat je met EMDR niet alleen het kind of de jongere kunt helpen maar dat je ook ouders kunt versterken in hun rol als opvoeder door hun trauma's te behandelen. Als ouders niet meer zo gemakkelijk in hun negatieve emoties schieten, kunnen ze veel beter profiteren van allerlei vormen van professionele opvoedingsondersteuning, is mijn ervaring. En, zoals een ouder het formuleerde: "het leven wordt er zoveel leuker door". Doordat het een sterk non-verbale therapie is, die door cliënten als weinig belastend wordt ervaren en relatief snel tot merkbare verbeteringen leidt, is EMDR zo bijzonder geschikt voor mensen met verstandelijke beperkingen.

Ik kende jouw naam al vanuit de SIG groep EMDR VG (Redactie: SIG=Special Interest Group EMDR Verstandelijk Gehandicapten) en ik heb gelezen dat je bij Philadelphia een soort polikliniek voor

traumabehandeling hebt opgezet. Hoe heb je dat voor elkaar gekregen, hoe lang heeft dat bestaan en hoe zijn je ervaringen daarmee?

Mijn interesse voor EMDR is gewekt door het hoofdstuk dat Gert Tharner erover schreef in het boek "In perspectief" [1]. Het achterliggend theoretisch kader sprak me meteen aan. Dit sloot prima aan bij mijn eigen visie op gedragsproblemen zoals ik die beschreven heb in het boek "Kwetsbaar en afhankelijk" [2] dat toen pas verschenen was. Hierin staan handelingsstrategieën voor ouders, begeleiders en leerkrachten centraal. Concrete handvatten waarmee ze voor de persoon met verstandelijke beperkingen positieve ervaringen kunnen bevorderen. Ik wilde zelf ervaren of je met behulp van EMDR inderdaad zo snel langdurende positieve veranderingen tot stand kunt brengen als Gert Tharner beweerde. Mijn ervaring tot dan toe was dat individuele behandelingen wel helpen maar vaak lang duren en lang niet altijd generaliseren naar situaties buiten de therapiekamer.

Door opleiding en praktijkervaringen ben ik vervolgens steeds enthousiaster geworden over EMDR. Daarbij heb ik ook veel gehad aan de expertise van Reinout Lievegoed, kinder- en jeugdpsychiater bij de Zonnehuizen in Zeist, die EMDR al langer toepaste, óók bij cliënten met lagere ontwikkelingsniveaus. Eén van de behandelingen die ik in deze periode heb uitgevoerd staat beschreven in het vorig jaar verschenen "casusboek EMDR" [3].

Binnen de VG-sector blijken de mogelijkheden om cliënten een EMDR behandeling te bieden echter teleurstellend beperkt. Er is nog te weinig over bekend en de financieringskaders werken belemmerend. Na een zoektocht langs verschillende instellingen ben ik uiteindelijk bij Philadelphia terecht gekomen. Daar was bij het management voldoende draagvlak aanwezig om een poli op te zetten in combinatie met onderzoek naar de mogelijkheden van EMDR bij deze doelgroep. Dit liep prima en ik heb een groot aantal cliënten met uiteenlopende problemen kunnen behandelen. Verrassend was dat EMDR ook bij cliënten met autismespectrumstoornissen kan werken [4].

Gezien de grote aandacht in de media zal het niemand zijn ontgaan dat er binnen Philadelphia geheel onverwacht in 2009 een bestuurlijke crisis ontstond. Vanwege de grote financiële problemen werd een ingrijpende reorganisatie doorgevoerd. De mensen die mijn project steunden waren er daardoor ineens niet meer en prioriteiten kwamen elders te liggen. Ik ben niet blijven wachten op betere tijden. Binnen de VG sector heb ik geen passend alternatief kunnen vinden en uiteindelijk ben ik na meer dan 30jr VG in de GGZ terecht gekomen. En daar heb ik geen spijt van. Integendeel, de poli van Accare in Deventer biedt volop gelegenheid voor specialistische diagnostiek en behandeling en dan ook nog in een multidisciplinair team. Gezien de tendens om zoveel mogelijk evidence based te werken, wordt onderzoek naar effectieve behandelmethoden, óók voor mensen met verstandelijke beperkingen, gestimuleerd.

Dit voorjaar is mijn eerste publicatie verschenen. Die gaat over de behandeling van PTSS bij mensen met een verstandelijke beperking [5]. Prof. Ad de Jong is mijn promotor. Hij is hoogleraar angststoornissen en introduceerde EMDR in Nederland, inmiddels zo'n 20 jaar geleden. Uit de literatuurstudie blijkt dat PTSS een sterk onderbelichte psychiatrische stoornis is bij onze, juist extra kwetsbare, doelgroep. In de normale bevolking komt PTSS bij 5 tot 10% van de mensen voor. Voor mensen met verstandelijke beperkingen zijn echter geen prevalentiecijfers bekend. Gevalideerde en betrouwbare diagnostische instrumenten ontbreken en tot op heden zijn er wereldwijd niet meer dan 11 casusbeschrijvingen gepubliceerd over PTSS behandelingen waarbij gebruik gemaakt wordt van EMDR of Cognitieve Gedragtherapie. Deze behandelmethoden zijn in de normale populatie evidence based, zowel voor volwassenen als voor kinderen. De gevonden casusbeschrijvingen betreffen bovendien alleen LVG-clieñten.. De meest logische vervolgstap van mijn onderzoek is dan ook een gesystematiseerde beschrijving van de toepassing van EMDR bij cliënten van verschillende leeftijden en niveaus met symptomen van PTSS.

Ik merk in de praktijk dat de belangstelling voor EMDR groeit. Regelmatig heb ik gehoord dat collega's die de basisopleiding voor EMDR hebben gevolgd uiteindelijk de stap naar daadwerkelijke toepassing bij (L)VG cliënten niet durfden te maken. Vorig jaar is voor het eerst bij GITP/PAO de cursus "EMDR bij mensen met een verstandelijke beperking" van start gegaan en dit heeft nieuwe, enthousiaste therapeuten opgeleverd. Dit najaar wordt de cursus opnieuw gegeven (zie: www.pao.nl).

Al met al, als alles goed gaat, kan ik voorlopig nog vooruit!

Referenties

- [1] Tharner, G. (2006). Over de toepassing van EMDR bij de behandeling van mensen met een lichte verstandelijke beperking. In Didden, Robert (Red.), *In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (blz. 145-168). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- [2] Mevissen, L. (2005). "Kwetsbaar en afhankelijk". *Gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking. Van beeldvorming naar behandeling*. Amsterdam: SWP.
- [3] Mevissen, L. (2009). Groetjes van de tandarts. EMDR bij een 10-jarig meisje met een ernstige verstandelijke beperking en een traumatiserende medische voorgeschiedenis.. In Hornsveld, H. en Berendsen, J. (Red.), *Casusboek EMDR, 25 voorbeelden uit de praktijk* (blz. 229-241). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- [4] Mevissen, L. (2008). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) behandeling bij mensen met een autismespectrumstoornis en stressklachten gerelateerd aan ingrijpende gebeurtenissen. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme/theorie en praktijk*, 3, 123-135.
- [5] Mevissen, L. & De Jongh, A. (2010). PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities. *Clinical Psychology Review*, 30, 308-316.

COLUMN

De schrijver van de 'column' kan een wetenschappelijke expert of een klinische deskundige zijn, maar kan ook een gedragswetenschapper, een groepsleider, een manager en een ouder of verzorger zijn. Wat zij gemeen hebben is hun ervaring met (onderzoek bij) jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking. In deze Onderzoek & Praktijk geven wij het woord aan Petri Embregts, lector en bijzonder hoogleraar.

BEGELEIDERSKAPITAAL

Petri Embregts¹

In Nederland werken professionals in de hulpverlening aan mensen met een (licht) verstandelijke beperking vanuit verschillende beroepsgroepen, zoals sociaal-pedagogische hulpverleners, verpleegkundigen, verzorgenden, maatschappelijk werkenden, orthopedagogen en GZ-psychologen. Het zijn in de eerste plaats de begeleiders die voor de cliënten en hun verwanten het gezicht van de hulpverlening zijn; met hen hebben zij in het dagelijks leven te maken. Daarmee samenhangend wordt in de wetenschappelijke literatuur, maar ook in het klinische werkveld de behoefte aan scholing van begeleiders in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking steeds vaker onderkend. Er is sprake van een groeiend aanbod aan workshops en cursussen die door instellingen zelf of door externe bedrijven worden georganiseerd. Binnen wetenschappelijk onderzoek komt met name de doelgerichtheid en effectiviteit van trainingen aan de orde. Ook het VOBC heeft in samenwerking met, het CCE en het Kennisplein Gehandicaptensector (o.a. VGN en Vilans) onlangs het begeleidercongres *Leren van de burens* georganiseerd. Dit Vlaams-Nederlands praktijkcongres over professioneel omgaan met agressie of ernstig probleemgedrag van mensen met een licht verstandelijke beperking werd door vele begeleiders enthousiast bezocht. Waarom deze toenemende aandacht?

We realiseren ons steeds meer dat de kwaliteit van leven van cliënten in grote mate afhangt van het handelen van hun begeleiders. Ons dit realiserend zijn er meerdere vragen: Welke prestatie wordt dan gevraagd? En wat maakt iemand dan tot een goede begeleider? Welke competenties hangen hiermee samen? Vanuit de VGN zijn algemene competentieprofielen ontwikkeld voor begeleiders die werken met mensen met een (licht) verstandelijke beperking en specialistische competentieprofielen voor o.a. LVG-Jeugd en sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG). Bij het bepalen van dergelijke competenties staat allereerst de vraag centraal aan welke kwaliteitseisen professionele hulpverlening moet voldoen. Het handelen van een professional is onder meer op *evidence based* kennis, maar vaak ook op *practise based evidence* gebaseerd die binnen een geformaliseerde opleiding wordt verworven. Dit handelen vindt plaats binnen kaders (beroepscodes, beroepsprofielen, protocollen en klachtenregelingen) die door de beroepsgroep, branche en/of overheid worden bepaald, met een eigen autonomie en verantwoordelijkheid. Het handelen wordt mede gekenmerkt door reflectie, systematisering van ervaring, intervisie, bijscholing en het streven naar kwaliteitsverbetering, waardoor er een context wordt gecreëerd waarbinnen dit handelen plaatsvindt. Deze context geeft echter nog geen antwoord op de vraag wat iemand tot een goede professional maakt. In lijn met toenemende geluiden vanuit met name de zorgethiek (o.a., Meininger, 2007), waarbij aandachtige betrokkenheid een kernbegrip is, wordt professionaliteit niet langer alleen

¹ Prof. Dr. P. Embregts is als Lector verbonden aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen en als Bijzonder Hoogleraar Departement Klinische Psychologie aan de Universiteit van Tilburg. Correspondentieadres: Universiteit van Tilburg, Departement Klinische Psychologie, Postbus 90153 5000 LE Tilburg.

geassocieerd met vakkundigheid, maar ook met zorgvuldigheid en het serieus nemen van de cliënt. Het stimuleren van een kritische grondhouding van begeleiders en de nadruk op een reflexieve verhouding tot hun professionaliteit, krijgen steeds meer prioriteit.

In onderzoekspublicaties en in de praktijk wordt competent handelen en het begrip competentie verschillend gedefinieerd, hetgeen onder meer samenhangt met het al dan niet rekenen van attitude en persoonlijke eigenschappen (ook wel kernkwaliteiten genoemd) tot het concept competenties. Wanneer de professional de vakkundige competenties tot het hoogste en ultieme doel verheft, kan hij of zij echter de essentie uit het oog verliezen. Verrichtingen als diagnoses stellen en behandelen gebeurt in een ruimer kader van de menselijke betrekking waarin de professional probeert iemand bij te staan. Dit laatste gebeurt vanuit menslievendheid: betrokkenheid en bereidheid om kunde en kennis iedere dag opnieuw aan te wenden voor wie dan ook (Van Heijst, 2008). Kennis en vaardigheden kunnen getoetst en op relatief eenvoudige wijze getraind worden; attitude en persoonlijkheidskenmerken zijn lastiger te objectiveren en te leren. Echter, wanneer we uitgaan van de eerder genoemde aandachtige betrokkenheid, van de persoonlijke betrekking tussen de begeleider en een mens die zorgafhankelijk is, dan zijn het vooral deze kwaliteiten die van invloed zijn op een juiste bejegening. Ter vergelijking: we weten uit internationaal onderzoek binnen de psychotherapie dat de persoon van de hulpverlener een grotere invloed op de uitkomst van behandeling heeft dan welke specifieke behandeling ook. Kennis en vaardigheden zijn zeker van belang bij de uitvoering van behandelingen en interventies, maar kunnen optimaal ingezet worden als de voorwaarden voor afgestemde bejegening gecreëerd zijn.

De bejegening door begeleiders is in relatie tot cliënten met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen cruciaal. Het inadequaat reageren van de begeleider op gedragsproblemen van de cliënt, houdt onbewust het gedrag van de cliënt in stand. (Hastings & Remington, 1994). Naast het constateren van deze inadequate reactie, is het m.i. tevens van belang stil te staan bij *het waarom* ervan. Zo weten we inmiddels dat wanneer de begeleider het idee heeft dat de cliënt zelf controle heeft over de gedragsproblemen die hij vertoont (bijvoorbeeld, de cliënt doet dit om mij te intimideren), de begeleider meer negatieve emoties ervaart jegens de cliënt dan wanneer de begeleider het idee heeft dat de cliënt zelf geen controle heeft over zijn gedrag (bijvoorbeeld, de cliënt heeft een stoornis in de impulscontrole, hij kan hier niks aan doen). Hieruit voortvloeiend zal de bereidheid van de begeleider om de cliënt te helpen geringer zijn, aangezien de begeleider denkt dat de cliënt het gedrag zelf controleert, dan wanneer de begeleider denkt dat de cliënt geen controle heeft over zijn gedrag (o.a. Hastings, 1997). Ook is ons duidelijk geworden dat gedragsproblemen van cliënten met een (licht) verstandelijke beperking een stressvol aspect vormen in het werk van begeleiders. Begeleiders die werken met cliënten met gedragsproblemen zoals agressief en zelfverwondend gedrag rapporteren meer gevoelens van emotionele uitputting, boosheid, angst, en irritatie dan begeleiders die niet worden geconfronteerd met ernstige gedragsproblemen van cliënten. Wanneer begeleiders zich bedreigd voelen door het gedrag van hun cliënten, is de kans dat een behandeling correct wordt uitgevoerd aanzienlijk kleiner. Vooral het aanhoudende karakter van gedragsproblemen, het ontbreken van een effectieve manier om er mee om te gaan, de onvoorspelbaarheid van het gedrag en onbegrip voor het gedrag zijn belangrijke bronnen van stress. Dat dit niet om incidentele gevallen gaat blijkt uit onderzoek van de Arbeidsinspectie (2008), dat gebaseerd is op 700 inspecties in 137 instellingen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. In twee jaar tijd blijkt dat 73% van de ondervraagde werknemers regelmatig is uitgescholden of beledigd, 65% wel eens of vaker is bedreigd of geïntimideerd en 63% wel eens of vaker werd geslagen, geschopt of een kopstoot heeft gekregen. Het resultaat: een gebrek aan zelfvertrouwen en relatief veel negatieve emoties ten aanzien van gedragsproblemen van de cliënt.

Het is dus meer dan wenselijk om begeleiders in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking te trainen en te coachen bij de uitvoering van hun werk. Hierdoor kunnen we het

begeleiderskapitaal uitbouwen waardoor de kwaliteit van leven van cliënten geoptimaliseerd wordt. Uit een meta-analyse van van Oorsouw, Embregts, Bosman en Jahoda (2009) blijkt dat een combinatie van in-service training en coaching-on-the-job het meest effectief is. Tijdens de in-service training kunnen kennis en vaardigheden worden geleerd en tijdens de coaching-on-the-job kunnen begeleiders leren te reflecteren op hun eigen attitude en op de invloed die een begeleider als persoon uitoefent op de mens met een verstandelijke beperking of meer specifiek op de aanwezigheid van gedragsproblemen. De handelingen van de begeleider kunnen dan worden geplaatst in het meer omvattende kader van de medemenselijke relatie, waardoor ze op waarde ingezet worden.

Literatuur

- Arbeidsinspectie (2008). Projectrapportage Inspectieproject Gehandicaptenzorg.
- Hastings, R. P. (1997). Staff beliefs about the challenging behaviors of children and adults with mental retardation. *Clinical Psychology Review, 17*, 775–790.
- Hastings, R.P., & Remington, B. (1994). Rules of engagement: Toward an analysis of staff responses to challenging behaviour. *Research in Developmental Disabilities, 15*(4), 279–298
- Heijst, A. van (2008). *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*. Kampen: Klement.
- Meininger, H.P. (2007). *Verhalen verbinden. Een narratief-ethisch perspectief op sociale integratie van mensen met een verstandelijke handicap*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Oorsouw, W. van, Embregts, P., Bosman, A., & Jahoda, A. (2009). Training staff serving clients with intellectual disabilities: A meta-analysis of aspects determining effectiveness. *Research in Developmental Disabilities, 30*, 503-511.
-

BINNENGEKOMEN

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

Drost, J. (2010). *Langdurig Problematische Gezinssituaties: de outliers van de samenleving.* Inaugurele rede uitgesproken bij de aanvaarding van het lectorschap over Maatschappelijke participatie door (jonge) mensen met een licht verstandelijke beperking aan de Noordelijke Hogeschool Leeuwarden op dinsdag 8 februari 2010. Leeuwarden: NHL Kennis en Bedrijf.

Didden, R. (2010). *Tussen wal en schip.* Inaugurele rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Verstandelijke beperkingen, leren en gedrag aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen op donderdag 25 maart 2010. Nijmegen: Radboud Universiteit. ISBN: 978-90-9025342-8.

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.

Moonen, X. M. H. (2009). *Kwaliteit en inspraak voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking.* In F. van Beek, & L. Rutjes. *Kwaliteitsstandaarden Jeugdzorg. Wat kinderen en jongeren belangrijk vinden als ze niet thuis wonen (Q4C).* Houten: Bohn Stafleu van Loghum. ISBN: 978.90.313.6878.5.

Een mooie paragraaf uit het eerste hoofdstuk van het boek van Van Beek en Rutjes: "Jeugdigen hebben vier basisbehoeften om gelukkig te kunnen opgroeien en zich optimaal te ontwikkelen: de behoefte aan veiligheid, relatie, autonomie en competentie. (...) Meerdere (kwaliteits)standaarden gaan nadrukkelijk en uitsluitend in op [slechts; AP] één van deze zaken, zoals *de hulpverlening garandeert de veiligheid van de jeugdigen, of jeugdigen kunnen contact (onder)houden met familie en vrienden.*" Het Europese project Quality4-Children (Q4C) is op alle basisbehoeften van de jeugdigen en hun ouders gericht. Het Nederlandse Q4C-team legt daarbij een zwaar accent op een intensieve en kwalitatieve bijdrage van uitsluitend de cliënt zelf. Dit heeft tot het document 'Kwaliteitsstandaarden Jeugdzorg Q4C' geleid. Deze standaarden worden door de Vereniging van Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC) meegenomen in de ontwikkeling van een kwaliteitskader voor de aangesloten behandelcentra. Het intensief betrekken van LVB-jeugdigen is van grote waarde, niet alleen vanuit rechtspositionele overwegingen (Verdrag inzake de Rechten van het Kind, IVRK), maar ook m.b.t. het vormgeven van hun specifieke zorg en beleid van de instelling waar zij verblijven* en het versterken van de effecten van de hulpverlening.

AP

* Moonen, X. M. H. (2006). *Verblijf, beeld en ervaringen van jongeren opgenomen in een orthopedagogisch centrum voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking.* Maastricht: Datawyse. Academisch proefschrift.

ONTDEK, DURF, GROEI

Congres 90 jaar De La Salle i.s.m. de Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra

op vrijdag 3 december 2010 in het Evoluon te Eindhoven

**De aankondiging van donderdag 27 november komt hiermee
te vervallen en u wordt bij deze uitgenodigd voor vrijdag 3
december.**

**Met workshops over innovatieve activiteiten in de LVG-zorg
en de uitreiking van de in 2008 ingestelde VOBC-wisselprijs.**

Amstelduin Lijn5	Postbus 43 - 1970 AA - IJMUIDEN	088-5131313
De Bruggen	Beresteinlaan 110 - 2542 KD - DEN HAAG	070-3216500
Driever's Dale	Hoorntjesweg 59 - 9675 NB - WINSCHOTEN	0597-479777
Kwadrant / 's Heeren Loo:		
• Regio Arkemeyde	Postbus 487 - 3740 AL - Baarn	035-5440500
• Regio Auriga	Grafelijkheidsweg 82 - 3328 EM - DORDRECHT	078-6525725
• Regio Emaus	Postbus 560 - 3850 AN ERMELO	0341-567511
• Regio Middelrode	Wessel van Eyllaan 15 - 7271 NT BORCULO	0545-468046
Koraal Groep:		
• De La Salle	Postbus 40 - 5280 AA - BOXTEL	0411-652444
• Gastenhof	Raadhuisstraat 13 - 6129 CA URMOND	046-4268686
Pameier LVG	Postbus 81016 - 3009 GA - ROTTERDAM	010-2202166
Middelveld	Comeniusstraat 12 - 1065 BH - AMSTERDAM	020-3460611
Orthopedagogisch Centrum Brabant	Postbus 2285 - 4800 CG - BREDA	088-6221000
OPL Lijn5	Kaap Hoorndreef 60 - 3563 AV - UTRECHT	030-2643333
Orthopedagogische Centra Drenthe – Flevoland – Overijssel:		
• Dreei	Stephensonstraat 17 - 7906 AS - HOOGEVEEN	0528-223333
• De Eik	Akkerkers 62 - 7577 DN - OLDENZAAL	0541-580000
• De Reeve	Postbus 49 - 8260 AA - KAMPEN	038-3372337
Pluryn:		
• De Beele	Beelelaan 4 – 7383 BH - VOORST	0575-509222
• J.P. Heije	Postbus 6 – 6860 AA - OOSTERBEEK	026-3349911
Stichting AZZ / De Veersesingel	Postbus 140 - 4330 AC - MIDDELBURG	0118-635510
Tjallinga Hiem	Postbus 418 - 8901 BE - LEEUWARDEN	058-2860100
Zonnehuizen Kind en Jeugd	Postbus 99 - 3700 AB - ZEIST	030-6945300
Trainingsinstituut Woldyne Lijn5	Oenerweg 63 - 8161 PL - EPE	0578-614546