

KIND-, OUDER-, GEZINS- EN OMGEVINGSKENMERKEN VAN RESIDENTIEEL OPGENOMEN JEUGDIGEN DIE OP LICHT VERSTANDELIJK BEPERKT OF ZWAKBEGAAFD NIVEAU FUNCTIONEREN

Gabriëlle Mercera¹
Jessica Vervoort-Schel²
Roel Kooijmans³
Xavier Moonen⁴

Er is in onderzoek nog relatief weinig aandacht voor de individuele en contextuele factoren en de daarbij behorende zorgbehoeften van residentieel opgenomen jeugdigen die op licht verstandelijk beperkt (LVB) of zwakbegaafd (ZB) niveau functioneren. De resultaten van dit exploratief dossieronderzoek kunnen een bijdrage leveren aan de doorontwikkeling van een individueel en contextueel hulpaanbod voor deze jeugdigen en hun gezinnen. Bij een relatief grote groep (63%) van de in dit onderzoek betrokken jeugdigen speelden problemen op zowel kind-, ouder-, gezins- als omgevingsniveau een rol. De spreiding in het aantal kenmerken liet zien dat er bij veel jeugdigen die op een LVB of ZB niveau functioneerden én hun gezinnen sprake was van een grote diversiteit aan en opeenstapeling van problemen. Dit vraagt om een op het systeem afgestemde, multidisciplinaire en traumasensitieve aanpak.

Inleiding

In Nederland kunnen zowel jeugdigen functionerend op licht verstandelijk beperkt niveau (LVB) als jeugdigen functionerend op zwakbegaafd niveau (ZB) zorg ontvangen als bedoeld voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. In de DSM-5 (APA, 2013) worden 3 criteria genoemd voor de classificatie van een verstandelijke beperking. Er moet sprake zijn van beperkingen in de intellectuele functies en beperkingen in het adaptief functioneren en deze problemen moeten zijn ontstaan tijdens de ontwikkelingsperiode. De ernst van de verstandelijke beperking wordt daarbij primair bepaald door de problemen in het adaptief functioneren. Ten aanzien van de V-code zwakbegaafdheid (ZB) is met de invoering van

de DSM-5 in vergelijking met de DSM IV-tr (APA, 2000) het IQ-criterium (71-85) komen te vervallen. Deze classificatie wordt nu toegekend wanneer er sprake is van significante beperkingen in het adaptief functioneren en bijkomende problemen zoals leer-, psychische, gezins- en sociale problemen (Douma, 2018; Nouwens, 2018).

Naast intellectuele en adaptieve beperkingen hebben jeugdigen met een LVB en met ZB vaker dan hun leeftijdsgenoten gezondheidsproblemen, psychosociale problemen, één of meer co-morbide stoornissen en zijn ze meer beïnvloedbaar voor normafwijkend gedrag (Douma, 2018; Emerson, Einfield, & Stancliffe, 2010; Moonen, 2017; Snell et al., 2009).

¹ Gabriëlle Mercera MSc. is gedragswetenschapper en onderzoeker bij het Koraal Expertisecentrum locatie De Hondsborg in Oisterwijk en PhD-kandidaat bij de Universiteit Maastricht (GMercera@koraal.nl).

² Drs. Jessica Vervoort-Schel is Orthopedagoog-Generalist bij het Koraal Expertisecentrum locatie De Hondsborg in Oisterwijk en PhD-kandidaat bij de Universiteit van Amsterdam.

³ Drs. Roel Kooijmans is psycholoog bij het Koraal Expertisecentrum locatie De Hondsborg in Oisterwijk en PhD-kandidaat bij de Universiteit van Amsterdam.

⁴ Prof. dr. Xavier Moonen is verbonden aan het Koraal Expertisecentrum, is Bijzonder Hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam en Bijzonder Lector aan de Zuyd Hogeschool te Heerlen.

Het blijkt dat individuen met LVB en ZB vaak te maken hebben met een diversiteit en stapeling van risicofactoren (Soenen, 2016; Nouwens, 2018). Bovendien groeien deze jeugdigen vaker op in gezinnen met meervoudige en complexe problemen (Douma, 2018). Een deel van de jeugdigen met een LVB of ZB is aangewezen op residentiële zorg, omdat het huidige ambulante hulpaanbod ontoereikend is op grond van de ernst van de problematiek (Douma, 2011).

In de praktijk is toegang tot passende zorg voor deze jeugdigen niet altijd gegarandeerd (Nouwens, 2018). Er wordt bijvoorbeeld onvoldoende rekening gehouden met de cognitieve beperkingen van deze jeugdigen, bijkomende problemen (bijvoorbeeld verslaving) blijven onderbelicht, hun mogelijkheden of relatieve sterktes worden onderschat of zij compenseren zelf hun beperkingen met relatieve sterktes (Moonen, 2017; Nouwens, 2018; Snell et al., 2009). Volgens Arvidsson en Grادلund (2018) en Nouwens (2020) is één van de problemen dat onderliggende en contextuele problemen nog te weinig bepalend zijn voor de toewijzing van de benodigde hulp en dat er teveel nadruk ligt op de classificaties LVB of ZB, terwijl er weinig variatie is in de aangeboden zorg en ondersteuning. Wat de toegang tot passende hulp tevens moeilijk maakt, is dat jeugdigen met een LVB en ZB relatief laat onder de aandacht van professionele hulpverlening komen (Nouwens, 2018; Wieland, 2018). Dit is zorgelijk, aangezien onderzoek laat zien dat het inzetten van adequate hulp op jonge leeftijd ernstige problemen op latere leeftijd kan voorkomen (Scheffers, Van Vugt, & Moonen, 2020; Sociaal en Cultureel Planbureau, 2018).

Bij de toewijzing van zorg wordt nog onvoldoende aangesloten bij de actuele classificaties van een (L)VB. Zorgtoewijzingssystemen gaan veelal nog steeds uit van vooral de IQ-score als grondslag voor het al dan niet krijgen van gespecialiseerde zorg of ondersteuning (Drost, Brada, & Luiten, 2019). Dit komt onder andere omdat voor het toewijzen van zorg en ondersteuning er wereldwijd nog maar weinig ge-

valideerde instrumenten zijn om de adaptieve vaardigheden of de ondersteuningsbehoefte van jeugdigen met een LVB of met ZB valide te kunnen vaststellen (Moonen, 2017). In de praktijk wordt voor ondersteuning en behandeling in een Orthopedagogisch Behandelcentrum bijvoorbeeld nog een IQ-score tussen 50 en 85 gehanteerd en voor de indicatiestelling voor de Wet langdurige zorg geldt het IQ-criterium 70 of lager. Vooral nog wordt er nauwelijks gedifferentieerd naar zorgbehoeften op basis van individuele en contextuele factoren.

Greenspan (2017) stelt dat nog onvoldoende duidelijk is op welke manier individuele en contextuele factoren de ondersteuningsbehoeften van jeugdigen en volwassenen met een LVB of met ZB beïnvloeden. Onder volwassenen is enig onderzoek gedaan, maar jeugdigen zijn relatief ondervertegenwoordigd in dit soort onderzoek. Om hier aan bij te dragen worden in dit artikel de uitkomsten beschreven van een onderzoek naar de individuele en contextuele kenmerken van residentieel opgenomen jeugdigen met een LVB of met ZB en van hun gezinnen. Het gaat om een groep jeugdigen die gedurende gemiddeld anderhalf jaar waren opgenomen in een landelijke specialistische voorziening voor observatie, diagnostiek en exploratieve behandeling.

Methode

Het onderzoek maakt deel uit van een dossieronderzoek dat tussen april 2018 en juni 2019 is uitgevoerd door het Koraal Expertisecentrum, locatie De Hondsborg. De Hondsborg is een residentiële instelling voor observatie, diagnostiek en exploratieve behandeling van jeugdigen tot en met 18 jaar met een (vermoeden van een) (L)VB of ZB en bijkomende complexe psychiatrische en systeemproblemen. Als onderdeel van de intake bij De Hondsborg worden standaard relevante rapportages van eerdere hulpverlening opgevraagd bij de gezaghebbenden. Elke jeugdige wordt in de eerste 3 maanden individueel multidisciplinair onderzocht. De multidisciplinaire bevindingen worden in een zorgplan met een format gerap-

porteed dat elke 3 maanden wordt geüpdatet. Bij ontslag wordt er een eindrapport geschreven waarin de betrokken regiebehandelaar een integratief beeld schrijft en een klinische diagnose stelt op basis van de DSM-5.

In het onderzoek werden 162 dossiers van jeugdigen die tussen 2016 en 2018 met ontslag zijn gegaan geanalyseerd. Drie dossiers werden geëxcludeerd vanwege ontbrekende data. Verder zijn 51 dossiers geëxcludeerd, omdat er sprake was van een matige verstandelijke beperking of een gemiddelde begaafdheid. Uiteindelijk zijn de dossiers van 108 jeugdigen geanalyseerd, die een gemiddelde leeftijd van 11 jaar hadden, waarvan 40 meisjes (37%). Met behulp van beschrijvende statistiek werd in kaart gebracht welke variabelen in het dossier gegevens aanwezig waren.

De voor dit onderzoek gekozen variabelen zijn geoperationaliseerd in een codeboek op grond van het biopsychosociale model (Lehman, David, & Gruber, 2017) en zijn daarnaast verdeeld over de categorieën kind, ouder, gezin en omgeving. De variabele medische problemen was gebaseerd op structurele aanwezigheid van ten minste één van de volgende factoren: eczeem, encopresis/enuresis, slaapproblemen, over- of ondergewicht, diabetes, schildklierproblemen, luchtwegproblemen, allergieën, maag- en darmklachten, hoofdpijnen of overige pijnen, zoals vastgelegd in het medisch eindverslag van de instellingsarts. Voor de variabele gedragsproblemen, werden de T-scores op de hoofdschalen van de Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001) gebruikt. Voor 92 jeugdigen was de CBCL ingevuld door de groepsbegeleiding. Van 16 jeugdigen waren geen CBCL-gegevens bekend. Voor de variabelen over ingrijpende jeugdervaringen werd het Adverse Childhood Experience (ACEs) framework van Felitti (1998) gebruikt, waaronder de volgende gebeurtenissen vallen: emotionele en fysieke verwaarlozing, emotionele en fysieke mishandeling, seksueel misbruik, gescheiden ouders, middelenmisbruik van ouders, een ouder in de

gevangenis, huiselijk geweld en de aanwezigheid van mentale gezondheidsproblemen bij ouders. Zie het artikel van Vervoort-Schel et al. (2018) voor een operationalisering van deze 10 ingrijpende jeugdervaringen. Het gemiddeld aantal aanwezige kenmerken is per categorie (kind, ouder, gezin en omgeving) berekend. Tot slot is de samenvattende variabele 'Problemen op kind-, ouder-, gezins- en omgevingsniveau' aangemaakt om een indicatie te kunnen geven van het percentage jeugdigen dat problemen ervaart op alle in kaart gebrachte gebieden. Er was sprake van 'Problemen op kind-, ouder-, gezins- en omgevingsniveau' wanneer er in elk van de categorieën kind-, ouder-, gezins- en omgevingskenmerken één of meerdere variabelen gescoord werden als 'aanwezig'.

Voor continue variabelen zoals leeftijd en het aantal opnames in residentiële instellingen werden de waarden uit het dossier overgenomen. Voor categorische variabelen werd de aanwezigheid van een kenmerk gescoord wanneer de informatie in het dossier zoals genoteerd door de professional overeenkwam met de desbetreffende opgestelde criteria in het codeboek. Een score '0' werd genoteerd wanneer er geen informatie over de aanwezigheid van een variabele was genoteerd in het dossier.

De 108 dossiers zijn aan de hand van een codeboek geanalyseerd door twee onderzoekers van De Hondsborg. Daarbij is 20% van de dossiers door beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd, waarna de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend is met behulp van het percentage overeenkomende scores voor de gebruikte variabelen. Deze overeenkomst was voor alle variabelen >95% wat als uitstekend beoordeeld kan worden.

Resultaten

De prevalentie van de kind-, ouder-, gezins- en omgevingskenmerken zijn in Tabel 1 weergegeven en worden hierna per categorie besproken.

Kindkenmerken

Bij 69,4% van de jeugdigen waren er medische problemen en 53,7% gebruikte psychofarma-

ca. 50% had een klinische score op de CBCL schaal 'Totale gedragsproblemen'. Bij 89,8% van de jeugdigen was naast een LVB of ZB ook nog een bijkomende klinische stoornis gediagnosticeerd (DSM-5), waarvan de hoogste prevalenties in Tabel 1 staan weergegeven. Het aantal aanwezige kindkenmerken per jeugdige varieerde van 0 tot 6 ($M = 3,8$; $SD = 1,4$).

Ouderkenmerken

Bij een derde van de ouders/verzorgers was sprake van fysieke gezondheidsproblemen (33,3%). Middenmisbruik kwam bij 25,0% van de ouders/verzorgers voor. Bij een deel van de biologische vaders (16,7%) en biologische moeders (26,9%) was er een vermoeden van een verstandelijke beperking. Ook had een deel van de biologische vaders (17,6%) en moeders (28,7%) mentale gezondheidsklachten. Sommige ouders/verzorgers hadden zelf een verleden met ingrijpende jeugdervaringen (32,4%). 9,2% van de jeugdigen had een ouder/verzorger in detentie. Het aantal aanwezige ouderkenmerken varieerde van 0 tot 6 ($M = 1,9$; $SD = 1,4$).

Gezinskenmerken

Een groot deel van de jeugdigen (87,0%) had minstens één ingrijpende levensgebeurtenis uit het framework van Felitti meegemaakt. Gekeken naar de typen ingrijpende jeugdervaringen in de gezinscontext waren dit de prevalenties: fysieke mishandeling (19,4%), fysieke verwaarlozing (12,0%), emotionele mishandeling (11,1%), emotionele verwaarlozing (23,1%), seksueel misbruik (5,6%), huiselijk geweld (37,0%), scheiding van de biologische ouders (66,7%). 42,6% van de jeugdigen bleek opgegroeid te zijn in een samengesteld gezin en 33,3% in een eenoudergezin. Bij 34,3% bleek sprake te zijn van een kindbeschermingsmaatregel en bij 11,1% een voogdijregeling. Bijna een derde (31,5%) van de jeugdigen bleek afkomstig uit een gezin met schulden. Huisvestingsproblemen kwamen in mindere mate voor (10,2%). Het aantal aanwezige gezinskenmerken varieerde van 1 tot 10 ($M = 4,6$; $SD = 2,4$).

Omgevingskenmerken

16,7% van de jeugdigen was gepest. Een deel van de jeugdigen ging niet naar school voor plaatsing (15,7%). Voor 44,4% van de totale groep jeugdigen was de opname bij De Hondsborg niet de eerste residentiële opname. Tot slot kwam ongeveer een derde (32,4%) van de jeugdigen uit gezinnen met een beperkt sociaal netwerk. Het aantal aanwezige omgevingskenmerken varieerde van 0-4 ($M = 1,1$; $SD = 0,9$). Bij 63,0% van de jeugdigen bleken problemen aanwezig op zowel kind-, ouder-, gezins- als omgevingsniveau.

Discussie

In het onderhavige exploratieve onderzoek is gekeken naar kind-, ouder-, gezins- en omgevingskenmerken, zoals deze beschreven waren in de dossiers van 108 jeugdigen functionerend op een LVB of ZB niveau die tijdelijk opgenomen waren in De Hondsborg.

De resultaten van ons onderzoek laten zien dat er bij jeugdigen functionerend op een LVB of ZB niveau vaak sprake is van een grote diversiteit aan problemen. De relatief hoge prevalentie van jeugdigen, waarbij er zowel problemen waren op kind-, ouder-, gezins- als op omgevingsniveau (63,0%), laat zien dat er ook in deze onderzochte groep vaak sprake is van een opeenstapeling van verschillende soorten problemen in de gezinnen waarin deze jeugdigen opgroeien. De spreiding in het aantal en de soort kind-, ouder-, gezins- en omgevingsfactoren varieerde per individu. Deze resultaten zijn in lijn met de bevindingen uit eerder onderzoek van Nouwens (2018) en Soenen (2016), waarin ook de heterogeniteit van de doelgroep beschreven werd. De onderzochte populatie wijkt sterk af van het gemiddelde beeld in Nederland waarvan de schatting is dat er in ongeveer 3-5% van de huishoudens sprake is van meervoudige en complexe problemen (Knot-Dickscheit & Knorth, 2019).

Omdat in de praktijk de zorgtoewijzing toch nog vaak enkel gebaseerd is op IQ-cijfers (Nouwens, 2018), is aanvullend gekeken of de IQ-groepen 50-70 respectievelijk 71-85 verschilden qua soort en prevalentie van proble-

matieken. De analyses lieten zien dat de soort en de hoeveelheid problemen van jeugdigen met een IQ in de range functionerend op LVB niveau en die functionerend op ZB niveau en de gezinnen waaruit ze afkomstig waren over het algemeen overeenkomstig waren. Uitzondering was het aantal ingrijpende jeugdervaringen, dat bij de jeugdigen met een IQ in de

range functionerend op zwakbegaafd niveau hoger lag. Dit benadrukt dat er in de zorg voor jeugdigen met een LVB of ZB verder gekeken moet worden dan het IQ-cijfer en er vooral aandacht moet zijn voor de individuele mix van factoren in relatie tot de context waarin jeugdigen en ouders leven (Arvidsson & Gradlund, 2018).

Tabel 1: Prevalentie kind-, ouder-, familie- en omgevingskenmerken op grond van de dossieranalyse (N = 108)

| Kindkenmerken | % (n) |
|---|----------------------------|
| Indicatie voor medische problemen | 69,4 (75) |
| Gebruik psychofarmaca (antidepressiva, stimulantia, antipsychotica, slaapmedicatie) | 53,7 (58) |
| Totale gedragsproblemen (CBCL) | 50,0 (54) |
| Externaliserende gedragsproblemen (CBCL) | 33,3 (36) |
| Internaliserende gedragsproblemen (CBCL) | 38,0 (41) |
| Aanwezigheid minstens 1 klinische stoornis (DSM-IV/5) | 89,8 (97) |
| <i>DSM-IV/5 classificaties</i> | |
| Hechtingsstoornis/onveilige hechting | 46,3 (50) |
| ASS | 36,1 (39) |
| ADHD | 25,9 (28) |
| Taal- en spraakstoornissen | 6,5 (7) |
| PTSS | 2,8 (3) |
| Gemiddeld aantal kindkenmerken aanwezig | 3,8 (SD = 1,4; range 0-6) |
| Ouderkenmerken | |
| Fysieke gezondheidsproblemen ouder/verzorger | 33,3 (36) |
| Middelenmisbruik ouder/verzorger | 25,0 (27) |
| Mentale gezondheidsklachten biologische vader | 17,6 (19) |
| Mentale gezondheidsklachten biologische moeder | 28,7 (31) |
| Vermoeden van verstandelijke beperking biologische vader | 16,7 (18) |
| Vermoeden van verstandelijke beperking biologische moeder | 26,9 (29) |
| Ouder/verzorger met eigen verleden ingrijpende jeugdervaringen (Felitti, 1998) | 32,4 (35) |
| Ouder/verzorger in gevangenis | 9,3 (10) |
| Gemiddeld aantal ouderkenmerken aanwezig | 1,9 (SD = 1,4; range 0-6) |
| Gezinskenmerken | |
| Aanwezigheid minstens één ingrijpende levensgebeurtenis | 87,0 (94) |
| Gemiddeld aantal ingrijpende jeugdervaringen | 2,5 (SD = 1,8; range 0-8) |
| Fysieke mishandeling | 19,4 (21) |
| Fysieke verwaarlozing | 12,0 (13) |
| Emotionele mishandeling | 11,1 (12) |
| Emotionele verwaarlozing | 23,1 (25) |
| Seksueel misbruik | 5,6 (6) |
| Kind getuige geweld tegen ouders | 37,0 (4) |
| Scheiding biologische ouders | 66,7 (72) |
| Samengesteld gezin | 42,6 (46) |
| Eenoudergezin | 33,3 (36) |
| Kinderbeschermingsmaatregel | 34,3 (37) |
| Voogdijregeling | 11,1 (12) |
| Schulden | 31,5 (34) |
| Huisvestingsproblemen | 10,2 (11) |
| Gemiddeld aantal gezinskenmerken aanwezig | 4,6 (SD = 2,4; range 1-10) |
| Omgevingskenmerken | |
| Gepest | 16,7 (18) |
| Niet schoolgaand voor plaatsing | 15,7 (17) |
| Eerdere residentiële opname/pleegzorgsetting voor De Hondsborg | 44,4 (48) |
| Beperkt sociaal netwerk | 32,4 (35) |
| Gemiddeld aantal omgevingskenmerken aanwezig | 1,1 (SD = 0,9; range 0-4) |
| Problemen op kind-, ouder-, gezins- en omgevingsniveau | 63,0 (68) |

Het huidige onderzoek draagt bij aan een verdieping van de kenmerken van residentieel opgenomen jeugdigen functionerend op een LVB of ZB niveau en de gezinnen waaruit ze afkomstig zijn, maar kent ook een aantal beperkingen. Ten eerste zijn er een aantal nadelen aan dossieronderzoek; de gehanteerde kenmerken zijn niet met gestandaardiseerde klinische interviews of diagnostische instrumenten verzameld, wat kan leiden tot ondervertegenwoordiging van informatie omdat mogelijk relevante informatie niet is geregistreerd in het dossier. Ten tweede is er in het dossier niet systematisch stilgestaan bij de protectieve factoren en de krachten van de jeugdigen en hun gezinnen. Ten derde is bij het scoren van de afwezigheid van een kenmerk op basis van de dossierinformatie onduidelijk of dit kenmerk werkelijk niet aanwezig is, of niet is genoteerd. Tot slot kunnen convenience samples, zoals de huidige klinische onderzoekspopulatie, een vertekend beeld geven omdat de gegevens niet landelijk representatief zijn (Masseti, Hughes, Bellis, & Mercy, 2020). Een sterke kant van het onderzoek is het feit dat er aandacht is voor de ondervertegenwoordigde onderzoekspopulatie jeugdigen met een LVB of ZB. Daarnaast is het belangrijk dat de gehele context rondom de jeugdige meegenomen is in de huidige studie.

De focus van orthopedagogische hulpverlening aan residentieel opgenomen jeugdigen functionerend op een LVB of ZB niveau en de gezinnen waaruit ze afkomstig zijn, ligt nu nog vaak op de kindfactoren en de ervaren problemen, terwijl het ook van belang is om zicht te krijgen op de krachten van individuen en systemen, aangezien protectieve factoren een belangrijke rol kunnen spelen bij ondersteuning en herstel van kind en gezin (Drost et al., 2019; Nouwens, 2020; Scheffers, van Vugt, & Moonen, 2020; Yucel, 2016). De gevonden resultaten wijzen in de richting van de noodzakelijkheid van een multidisciplinaire, systemische behandeling. Het is van belang dat bij behandeling van een jeugdige ook de gezinsproblemen onderwerp van interventie zijn en dat er voor een trans-generationale behandelaanpak gekozen wordt (Vervoort-Schel et al., 2018). De resultaten

van dit onderzoek bieden aanknopingspunten voor de doorontwikkeling van hulpverlening op maat aan deze jeugdigen en hun ouders. Gezien het relatief hoge percentage ingrijpende jeugdervaringen van jeugdigen en ouders, is een behandelcontext belangrijk waarbinnen begrip van, en een adequate respons op, de impact van ingrijpende ervaringen centraal staat (Piotrowski, 2020). Wanneer hulpverleningsorganisaties dit niet zelf kunnen bieden is goede samenwerking tussen zorgaanbieders hierbij van het grootste belang (Dijkshoorn & Popma, 2020).

Omdat er bij deze jeugdigen en hun gezinnen vaak op relatief jonge leeftijd al sprake lijkt te zijn van een opeenstapeling van problemen, dient de hulpverlening zo vroeg als mogelijk te worden ingezet om ernstige problemen op latere leeftijd en waar mogelijk een residentieële plaatsing te voorkomen (Nouwens, 2018; Sociaal en Cultureel Planbureau, 2018).

Referenties

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition, Text Revision DSM IV-TR). Washington, DC: Author
- Arvidsson, P., & Granlund, M. (2018). The relationship between intelligence quotient and aspects of everyday functioning and participation for people who have mild and borderline intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(1), e68-e78.
- Dijkshoorn, P., & Popma, A. (2020). *Streven naar nul* (Kind en Adolescent Praktijk). Geraadpleegd op 13 juli 2020 via <https://www.kaponline.nl/magazine-artikelen/streven-naar-nul/>.
- Douma, J. (2011). *Een praktijk-theoretische beschrijving van een goed pedagogisch klimaat in de residentieële zorg voor jeugdigen met een licht*

- verstandelijke beperking. Geraadpleegd op 15 februari 2020 via https://www.kenniscentrumlvb.nl/wp-content/uploads/2019/06/OenP_voorjaar_2011_Artikel_Douma.pdf
- Douma, J. (2018). *Jeugdigen en (jong)volwassenen met een licht verstandelijke beperking: Kenmerken en de gevolgen voor diagnostisch onderzoek en (gedrags)interventies*. Geraadpleegd op 1 augustus 2019 via <https://www.kennisplein-gehandicaptensector.nl/images/KGS/images/Nieuws/2018/jeugd-licht-verstandelijke-beperking-interventies.pdf>
- Drost, J. Y., Brada, Y., & Luiten, C. (2019). Gezinnen met meervoudige en complexe problemen en licht verstandelijke beperkingen. In J. Knot-Dickscheit & E. J. Knorth (Red.), *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Theorie en praktijk*, (pp. 103-117). Rotterdam: Lemniscaat.
- Emerson, E., Einfeld, S., & Stancliffe, R. J. (2010). The mental health of young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(5), 579-587.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Greenspan, S. (2017). Borderline intellectual functioning: An update. *Current Opinion In Psychiatry*, 30(2), 113-122.
- Knot-Dickscheit, J., & Knorth, E. J. (Red.) (2019). *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Theorie en praktijk*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Lehman, B. J., David, D. M., & Gruber, J. A. (2017). Rethinking the biopsychosocial model of health: Understanding health as a dynamic system. *Social and Personality Psychology Compass*, 11(8), e12328.
- Massetti, G., Hughes, K., Bellis, M. A., & Mercy, J. (2020). Global perspective on ACEs. In G. Asmundson & T. Afifi (Red.), *Adverse Childhood Experiences* (pp. 209-231). Cambridge: Academic Press.
- Moonen, X. (2017). *(H)erkennen en waarden: Over het (h)erkennen van de noden van mensen met licht verstandelijke beperkingen en het bieden van passende ondersteuning*. Geraadpleegd op 25 augustus 2019 via <https://www.kenniscentrumlvb.nl/wp-content/uploads/2019/01/oratie-Moonen2017.pdf>.
- Nouwens, P. (2018). *United by diversity: Identifying characteristics, profiles and support needs of people with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning* (Academisch Proefschrift Tilburg University). Geraadpleegd op 1 augustus 2019 via <https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/united-by-diversity-identifying-characteristics-profiles-and-supp/?ga=2.76853841.573154918.1569334240-103530683.1569334240>.
- Nouwens, P. J. G., Smulders, N. B. M., Embregts, P. J. C. M., & Nieuwenhuizen, C. (2020). *Differentiating care for persons with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: A Delphi study on the opinions of primary and professional caregivers and scientists*. Geraadpleegd op 11 februari 2020 via <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-2437-4>.
- Piotrowski, C. (2020). ACEs and trauma-informed care. In G. Asmundson & T. Afifi (Red.), *Adverse Childhood Experiences* (pp. 307-321). Cambridge: Academic Press
- Snell, M. E., Luckasson, R., Borthwick-Duffy, W. E., Bradley, V., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., & Yeager, M. H. (2009). Characteristics and needs of people with intellectual disability who have higher IQs. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(3), 220-233.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2018). *An international comparison of care for people with intellectual disabilities: An exploration*. Geraadpleegd op 24 juli 2019 via <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2018/07/06/an-international-comparison-of-care-for-people-with-intellectual-disabilities>
- Soenen, S. M. T. A. (2016). *Mild intellectual disability: An entity? Mapping clinical profiles and support needs*. Leiden: Universiteit Leiden, Academisch Proefschrift.
- Scheffers, F., Vugt, E. van, & Moonen, X. (2020). Resilience in the face of adversity in (young) adults with an intellectual disability: A literature review. *Journal of Applied Research in Intellec-*

tual Disabilities, 33(5), 828-838. DOI: 10.1111/jar.12720

- Vervoort-Schel, J., Mercera, G., Wissink, I., Mink, E., Helm, P. van der, Lindauer, R., & Moonen, X. (2018). Adverse childhood experiences in children with intellectual disabilities: An exploratory case-file study in Dutch residential care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 2136.
- Wieland, J. (2016). *Psychopathology in borderline intellectual functioning*. (Academisch Proefschrift, Universiteit Leiden). Geraadpleegd op 2 augustus 2019 via https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/38454/Proefschrift_Jannelien_Wieland.pdf?sequence=4.
- Yücel, M. (2016). *Yucelmethod: 'Bouwen aan herstel'*. *Visueel en krachtgericht werken aan problemen van individuen en systemen*. Baarn: YCL.