

LVB Onderzoek & Praktijk

GEEN SJAKIE WILLEN ZIJN

NEUROPSYCHOLOGIE EN LVB

KENMERKEN VAN RESIDENTIEEL OPGENOMEN JEUGDIGEN

DE EFFECTIVITEIT VAN TAKE IT PERSONAL!

AFSCHEID ALBERT PONSIOEN

BEKIJKEN JULLIE HET MAAR!

**Tijdschrift van professionals die werken voor
sociaal kwetsbare mensen met cognitieve beperkingen**

Najaar 2020, jaargang 18, nr 2

LVB Onderzoek & Praktijk

Najaar 2020
Jaargang 18 - nummer 2

Inhoud

Ponsioen	4	Voorwoord
Van Diggelen & Brouwer	6	Geen Sjakie willen zijn. De rolopvatting van de ambulant hulpverlener in meervoudige systemen
Platje & De Kogel	17	Neuropsychologie en licht verstandelijke beperking bij jongvolwassenen onder reclasseringstoezicht
Mercera, Vervoort-Schel, Kooijmans & Moonen	25	Kind-, ouder-, gezins- en omgevingskenmerken van residentieel opgenomen jeugdigen met LVB- problematiek
Schijven, Hulsmans, Bex, VanDerNagel, Lammers, Otten & Poelen	33	De effectiviteit van Take it personal! Een programma voor geïndiceerde preventie van middelengebruik bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen

Interview

Van der Molen & Collot d'Escury-Koenigs	43	Afscheid Albert Ponsioen
--------------------------------------------	----	--------------------------

Gepromoveerd

Kocken	48	Bekijken jullie het maar!
--------	----	---------------------------

LVB Onderzoek & Praktijk

Tijdschrift van professionals die werken voor sociaal kwetsbare mensen met cognitieve beperkingen
is een uitgave van de stichting Landelijk Kenniscentrum LVB

LVB Onderzoek & Praktijk verschijnt tweemaal per jaar.

Redactie:

Annematt Collot d'Escury-Koenigs
Jolanda Douma
Annie de Groot
Hendrien Kaal
Mariët van der Molen
Maroesjka van Nieuwenhuijzen
Albert Ponsioen
Hilde Tempel

Tekstcorrecties:

Jolanda Douma

Secretariële ondersteuning:

Mischa Vreijisen

Vermenigvuldiging:

Nezzo print en creatie – Druten
www.nezzo.nl

Correspondentie en kopij:

Landelijk Kenniscentrum LVB
t.a.v. Redactie LVB Onderzoek & Praktijk
Postbus 519
3500 AM Utrecht
tel. 030-7400400
redactie@kenniscentrumlvb.nl
www.kenniscentrumlvb.nl

VOORWOORD

*Albert Ponsioen - hoofdredacteur
LVB Onderzoek & Praktijk*

Het schrijven van dit voorwoord is één van mijn laatste klussen bij het Landelijk Kenniscentrum LVB én mijn allerlaatste kunstje als hoofdredacteur van *LVB Onderzoek & Praktijk*. Mariët van der Molen, al jarenlang lid van de redactie, neemt het stokje van mij over. De record-omvang van dit najaarsnummer geeft aan dat het tijdschrift in ieder geval in kwantiteit gegroeid is. Het oordeel over de kwaliteit laat ik graag aan u als lezer over.

De bijdragen in dit nummer bieden een rijk palet aan onderzoeksresultaten en praktijkervaringen. *Bas van Diggelen* en *Anne-Freda Brouwer* behoeden ambulante hulpverleners om als een 'Sjakie' te worden vermangeld tussen gezinnen en instanties. De auteurs reiken onder meer handvatten aan om de rollen en taken van de hulpverlener voor de betrokkenen duidelijker te maken.

Dat er onderling grote verschillen zijn tussen personen met een LVB-classificatie wordt duidelijk in het artikel van *Evelien Platje* en *Katy de Kogel*. Hierin wordt een pilot-studie beschreven waaruit bleek dat er grote verschillen zijn tussen individuele reclasseringscliënten met LVB-problematiek in het neuropsychologisch functioneren.

Soortgelijke bevindingen worden vermeld in het artikel van *Gabriëlle Mercera*, *Jessica Vervoort-Schel*, *Roel Kooijmans* en *Xavier Moonen*. Een exploratief dossieronderzoek laat zien dat er bij jeugdigen functionerend op een LVB of ZB niveau vaak sprake is van een grote diversiteit aan problemen.

De behandelpraktijk krijgt aandacht in de bijdrage van *Esmée Schijven*, *Daan Hulsmans*, *Nadim Bex*, *Joanneke VanDerNagel*, *Jeroen Lammers*, *Roy Otten* en *Evelien Poelen*. Het

programma komt tegemoet aan de individuele behoeften van de jongeren die behoren tot deze complexe doelgroep door een gepersonaliseerd preventieprogramma aan te bieden. Het preventieprogramma 'Take it personal!' is gericht op het verminderen van middelengebruik bij jongeren met LVB-problematiek voordat dit gebruik tot hardnekkige stoornissen leidt. Ook bij dit programma blijkt weer een aanbod op maat belangrijk vanwege de heterogeniteit van deze groep jongeren.

Een inspirerend voorbeeld van het verbinden tussen het onderzoek en de praktijk is het werk van *Gerard Kocken*, GZ-psycholoog bij Levvel5. Gerard verdedigde 23 oktober j.l. zijn proefschrift getiteld 'Bekijken jullie het maar!', waarin de residentiële behandelmethodiek 'de Dialoogmethode' tegen het licht wordt gehouden. Wij hopen in een volgend nummer van *LVB Onderzoek & Praktijk* meer aandacht aan de resultaten van dit onderzoek te besteden. Als opwarmer in dit nummer alvast een korte samenvatting.

En als u net als *Mariët van de Molen* en *Annematt Collot d'Escury* geïnteresseerd zijn in de mijmeringen van een bijna-pensionado die met enige weemoed terugkijkt op een 20 jaar dienstverband bij het Landelijk Kenniscentrum LVB, dan verwijs ik u graag naar het afscheidsinterview in dit najaarsnummer (en geloof niet alles wat u hierin leest).

Rest mij nu nog om mijn oprechte dank uit te spreken naar alle kinderen en jongeren, hun ouders en verzorgers, hun begeleiders, hun leerkrachten, naar mijn collega's van de OBC's, de collega's van overige zorg- en onderwijsinstellingen, naar de onderzoekers van Hogescholen, Universiteiten en kennisinstututen en natuurlijk naar mijn collega's door

de jaren heen bij de VOBC en het Landelijk Kenniscentrum LVB, naar de redactieleden van *LVB Onderzoek & Praktijk* en naar alle collega's die vaak belangeloos aan al die werkgroepen en projectgroepen deelnamen waarvoor ik hen uitnodigde. Dank voor al die bijzondere ontmoetingen en ervaringen waarmee ik kennis opdeed en deze weer mocht doorgeven. Vooral de kinderen, jongeren en hun gezinnen hebben mij steeds meer gesterkt in de opvatting dat het label LVB hun ernstig tekortdoet in het omschrijven en bovenal in het verklaren van hun problematiek. Meer aandacht voor kinderen, jongeren en volwassenen met LVB-problematiek moet mijns inziens vooral leiden tot het beter onderkennen van hun unieke profielen van talenten en kwetsbaarheden. Talenten die in het onderwijs te weinig aandacht krijgen en kwetsbaarheden op de gebieden die in het onderwijs en in de maatschappij juist hogelijk gewaardeerd worden.

Graag tot een volgende en dan waarschijnlijk onverwachte ontmoeting en ik wens opnieuw een ieder veel sterkte, wijsheid, geduld en gezondheid toe de komende winter en hoop als een ieder op tijden waarin wij de huidige periode achter ons kunnen laten.

GEEN SJAKIE WILLEN ZIJN: DE ROLOPVATTING VAN DE AMBULANT HULPVERLENER IN MEERVOUDIGE SYSTEMEN

*Bas van Diggelen¹
Anne-Freda Brouwer²*

Onlangs verzuchtte een ambulante hulpverlener tijdens een werkbijeenkomst: "Ik voel me af en toe net Sjakie." Hiermee doelde ze op de maatschappelijk werker uit de film Flodder, waarin de familie Flodder zo hun eigen normen en waarden heeft. Sjakie was weinig succesvol in zijn pogingen om de familie op het 'goede' spoor te zetten en werd door hen nauwelijks serieus genomen. Vanuit de gemeente waren er verwachtingen van Sjakie waaraan hij niet kon voldoen. Al met al een weinig benijdenswaardige positie. Met dit artikel willen we ambulante hulpverleners helpen om niet in de positie te komen van Sjakie. De context van de hulpverlening, zoals we deze in dit artikel beschrijven, is de ambulante hulpverlening aan cliënten en gezinnen met een lichte verstandelijke beperking en/of psychiatrische problematiek. Wij menen echter dat ons artikel tevens relevant kan zijn voor andere vormen van ambulante hulpverlening. Vanuit een model voor rolopvatting en het bespreken van 10 veel voorkomende valkuilen, bieden we de ambulante hulpverlener handvatten voor het werken in de context van cliënten en gezinnen binnen grotere systemen. Onder grotere systemen verstaan wij de instanties waar een cliënt of gezin mee te maken heeft. Omdat de hulpverlener werkt met zowel kleine systemen (gezin) als grotere systemen, gebruiken we tevens de overkoepelende term meervoudige systemen. Middels casuïstiek en illustraties wordt de tekst verhelderd.

Inleiding

Hulpverleners die ambulante ondersteuning of behandeling bieden werken vaak met cliënten of gezinnen waar meerdere hulpverleners en instanties bij betrokken zijn. Vaak gaat het om zogenaamde multi-stressed gezinnen. Deze benaming is vanwege de veelheid aan stressoren waar deze gezinnen mee te maken hebben, zoals het contact met vele instanties (Madsen, 1999). Hulpverlening aan multi-stressed gezinnen is vaak langdurig en de samenwerking met de cliënt, het gezin en tussen hulpverlenende instanties, complex en vaak problematisch. Ontstane problemen liggen dan ook niet altijd keurig binnen de grenzen van het gezin (Imber-Black, 1993). Boeckhorst (2003) laat in de context van de sociale psychiatrie zien dat er in de dynamiek tussen patiënt, gezin, hulpverlener en hulpverlenende instantie, complexe samenwerkingsproblemen kunnen ontstaan

waardoor de hulpverlening stagneert. Naast de complexiteit van het werken in meervoudige systemen worden ambulante hulpverleners vaak geconfronteerd met schrijnende situaties waar zij maar beperkt invloed op hebben. Onze ervaring is dat deze onmacht gemakkelijk leidt tot samenwerkingsproblemen (conflicten en vermeden) op hulpverlener-, team- en organisatie-niveau. Donk (2003) schrijft in dat kader "Hoe heftiger de te behandelen problematiek en hoe groter de ervaren onmacht hierbij, hoe heviger de onvrede en de conflicten op het organisatorische vlak." (p. 136). Boeckhorst (2007) wijst tevens op het risico dat hulpverleners bij grote stress geneigd zijn terug te vallen in lineair denken (zoeken naar schuld en verantwoordelijkheid), ziekte-denken en te simpele oplossingen.

Verder is er in het werken met cliënten in meer-

¹ GZ-psycholoog en systeemtherapeut bij Driestroom. Correspondentie: Basvandiggelen@driestroom.nl.

² GZ-psycholoog en systeemtherapeut bij Karakter kinder- en jeugdpsychiatrie en werkzaam in een FACT-team Kind en Jeugd.

voudige systemen regelmatig onduidelijkheid over rollen en taken, waarbij het voor kan komen dat één hulpverlener alle taken op zich neemt (Imber-Black, 1993). Ook weten gezinnen vaak niet goed tot wie ze zich moeten wenden met hun vragen. Tielens en Verster (2010) stellen, in de context van ambulante hulpverlening aan mensen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen, dat een goede rolverdeling bijdraagt aan de kans op uiteindelijk succes. Op basis van bovenstaande menen wij dat een goede rolopvatting een belangrijke voorwaarde is voor effectieve samenwerking en hulpverlening.

De rolopvatting van de ambulante hulpverlener

Om tot een heldere rolopvatting voor de ambulante hulpverlener te komen, maken we gebruik van het model van Van den Heuvel en Derks (2011). Rolopvatting bestaat volgens hen uit een viertal begrippen. Het eerste begrip betreft roldefinitie. Hiermee doelen zij op de concrete beschrijving van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Het tweede begrip is rolbesef. Dat gaat over inzicht in wat wel en niet bij de rol past en het besef wat riskant, grensoverschrijdend en roldoorbrekend gedrag is. Het derde begrip is rolneming en gaat over doen wat bij de rol past. Het vierde en laatste begrip gaat over rolvastheid en heeft betrekking op blijven doen zoals het moet. De auteurs stellen dat een goede rolopvatting een belangrijke voorwaarde is voor het vertrouwen tussen mensen die samen moeten werken. Wanneer we het model van rolopvatting toepassen op de ambulante hulpverlener komen we tot een volgende beschrijving:

Roldefinitie

Binnen hulpverleningsorganisaties is de rol van de ambulante hulpverlener uitgewerkt in taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Deze behoren in overeenstemming te zijn met wet- en regelgeving. Verder dienen hulpverleners voldoende invloed te kunnen hebben op

datgene waar ze verantwoordelijk voor worden geacht.

Rolbesef

Soonius (2017) beschrijft een aantal ethische principes die uitgangspunten zijn voor verantwoord medisch handelen. Deze principes, die zijn uitgewerkt in diverse wetten en beroeps-codes, zijn tevens uitgangspunten voor de ambulante hulpverlener.

Niet schaden

Dit principe is erop gericht geen schade aan te richten. De kwalificaties van de hulpverlener zoals diploma's, (her)registraties en werkervaring, dienen het niet-schaden-principe. Dit geldt eveneens voor het kunnen overleggen van een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG).

Respect voor de autonomie van de hulpvrager

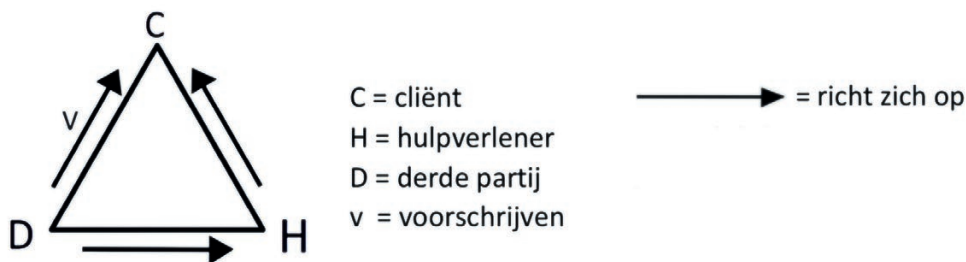
In een dialoog met de cliënt komt de hulpverlener tot gezamenlijke besluitvorming over de inhoud van de hulpverlening. Zij³ onderzoekt de behoefte aan ondersteuning of behandeling bij de cliënt en ondersteunt hem bij het verhelderen en afwegen van keuzes. Door haar gespreksvoering, zoals bijvoorbeeld motiverende en oplossingsgerichte gespreksvoering, kan de hulpverlener respect tonen voor de autonomie en de mogelijkheden van de cliënt.

De cliënt is vrij om hulp wel of niet te accepteren zolang hij geen direct gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving. In situaties waarin de hulpverlener meent dat hiervan wel sprake is, dient de hulpverlener transparant te zijn over haar acties naar de cliënt. In die gevallen kan er gehandeld worden in strijd met de wens van de cliënt, maar wel ten behoeve van de veiligheid van de cliënt of derden. De autonomie van de cliënt is daarmee niet zonder grenzen.

Bij onvrijwillige hulpverlening heeft een derde partij, zoals een gezinsvoogd of reclasseringsmedewerker, de bevoegdheid om de cliënt voor te schrijven aan welke vorm van hulpverlening hij moet meewerken. Dit is niet de taak van de hulpverlener. De hulpverlener wordt

³Vanwege de leesbaarheid hebben we ervoor gekozen om de hulpverlener aan te duiden met 'zij' en de cliënt met 'hij'.

gevraagd of zij de hulp zou willen bieden. Vervolgens biedt zij de cliënt de mogelijkheid van hulp aan, maar dwingt hem niet hiertoe (Figuur 1). Wel kan ze de cliënt op een neutrale manier vragen wat voor hem de gevolgen zijn mocht hij afzien van hulpverlening. Niet meewerken aan opgelegde hulpverlening heeft voor de cliënt vaak onaangename consequenties. Mogelijk komt de cliënt hierdoor op zijn aanvankelijke weigering terug.



Figuur 1: De positie van de hulpverlener bij onvrijwillige hulpverlening.

Inzet voor het welzijn van de hulpvrager

Vanuit de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), die tevens van toepassing is op de ambulante hulpverlening, is de hulpverlener gehouden aan het uitgangspunt goed hulpverlenerschap. Hiermee wordt bedoeld dat er gehandeld dient te worden overeenkomstig de geldende professionele standaard. Deze is vastgelegd in de beroepscode voor de hulpverlener. Diploma's, (bij) scholing, (her)registraties, werkervaring, supervisie en intervisie, dienen bij te dragen aan de kwaliteit van de hulpverlening aan de cliënt.

Respect voor privacy

Vertrouwelijke informatie over de cliënt mag niet zonder toestemming van de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger met derden worden gedeeld. Wanneer de cliënt echter een direct gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving, of wanneer er ernstige zorgen zijn om het welzijn van een kind, kan de hulpverlener genoodzaakt zijn om informatie met relevante betrokkenen te delen. In situaties waarin de cliënt door zijn gedrag niet wilsbekwaam blijkt, geeft de Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoeizorg (2014) de hulpverlener houvast.

Rolneming

Bij rol-neming gaat het om de wijze waarop de hulpverlener vanuit haar rol handelt. De kwaliteit van de relatie tussen de hulpverlener en de cliënt, met name zoals waargenomen door de cliënt, blijkt de belangrijkste voorspeller van het resultaat van de behandeling (Bohart & Tallman, 2010). Ook is het in het belang van

de cliënt om met betrokkenen met wie wordt samengewerkt een goede werkrelatie te onderhouden. Madsen (1999) schetst als houding voor de hulpverlener het beeld van een 'antropoloog', die geïnteresseerd is en wil begrijpen. Dit in tegenstelling tot de houding van een 'missionaris', die wil overtuigen en het doel voor de cliënt, familie of andere betrokkenen wil bepalen. Tevens dient de hulpverlener in haar denken en handelen rekening te houden met de verstandelijke beperking en/of aan de beperkingen die gerelateerd zijn aan de psychiatrische problematiek.

Voor een goede rol-neming is tevens contextueel besef nodig. Enerzijds geeft de context betekenis aan het gedrag van de cliënt, anderzijds bepaalt het mede de mogelijkheden van de hulpverlener om van betekenis te kunnen zijn. Een belangrijke eerste stap in de hulpverlening is het verhelderen wie de hulpverlener tot haar cliënten mag rekenen en wie niet. Om duidelijkheid te krijgen over de rollen en doelen van alle betrokkenen, kan de hulpverlener met het gezin besluiten een rondetafelgesprek te organiseren. Dit gesprek heeft tevens als doel de aanpak onderling af te stemmen en de onderlinge betrokkenheid te vergroten, waarbij

de gezinsleden een actieve rol krijgen. Verder is het belangrijk na te gaan in hoeverre de individuele gezinsleden het eens zijn met de hulp en welke visie zij hebben op wat werkzaam is en wat er moet gebeuren. Wat zijn de ervaringen van de gezinsleden met het huidige hulpaanbod en welke ervaringen hebben zij met eerdere hulpverlening? Ook is het belangrijk om zicht te krijgen op wat het voor een gezin betekent om hulpverlening te ontvangen. De culturele achtergrond van een gezin speelt hierin vaak een rol. Volgens Jessurun (2010) bepalen de sensitiviteit voor de cultuur van cliënten en het zich bewust zijn van de eigen 'culturele bril', mede de effectiviteit van de hulpverlening.

De mate van vrijwilligheid is tevens van invloed. Volgens Imber-Black (1993) is bij onvrijwillige hulpverlening het handelen van een gezin vaak bedoeld om instanties op afstand te houden, maar leidt het juist tot een grotere bemoeienis van instanties. Colapinto (1995) wijst op het risico van de veelheid aan betrokken instanties, met ieder hun eigen doelstellingen, voor de draagkracht van een gezin.

Van den Heuvel en Dekker (2011) stellen dat rolneming om moed kan vragen. Dit kan bijvoorbeeld nodig zijn bij het bespreken van huiselijk geweld of grote zorgen over de opvoedstijl. Van Oenen, Bernardt en Van der Post (2007) stellen in de context van crisissituaties dat de hulpverlener zich juist dan niet mee moet laten slepen door de hectiek van de situatie. Verder kan rolneming vragen om vasthoudendheid bij de hulpverlener, bijvoorbeeld bij het ondersteunen van ouders tot vasthoudendheid in het stellen van grenzen (Omer, 2007).

Ook bij de cliënt is er sprake van rolneming (Bannink, 2016; Van Oenen et al., 2007). Het gaat dan om de wijze waarop de cliënt zijn rol in relatie met de hulpverlener vormgeeft. Dit vraagt van de hulpverlener een 'relationele lenigheid' vanuit een heldere rolopvatting.

Rolvastheid

Wanneer de problematiek ernstig is en de hulpverlener zich machteloos of gefrustreerd

voelt, kan contextuele blindheid ontstaan. De hulpverlener is dan niet langer in staat om de problemen in de ruimere context te beschouwen en daarnaast nemen de flexibiliteit en de creativiteit bij de hulpverlener af (Savenije et al., 2018). Om als hulpverlener te blijven doen wat de bedoeling is en daarnaast goed voor jezelf te blijven zorgen, is een vorm van werkbegeleiding, supervisie of intervisie met collega's essentieel. Het aanreiken van een systemische bril door een supervisor of intervisiebegeleider, door middel van het richten van de aandacht op de onderlinge wisselwerking, helpt om stagnerende patronen te herkennen, hun dynamiek te analyseren en voor een andere insteek te kiezen. Met een systemische blik wordt lineair denken in oorzaak en gevolg, wat meestal inhoudt dat er schuld en verantwoordelijkheid worden toegekend, voorkomen (Boeckhorst, 2003).

Roldefinitie, rolbesef, rolneming en rolvastheid zijn met elkaar verbonden en liggen in elkaars verlengde. Wanneer er bijvoorbeeld problemen zijn in de rolneming, kan dit voortkomen uit onduidelijkheden in de roldefinitie en om een aanpassing hiervan vragen (Figuur 2).



Figuur 2: Model voor rolopvatting (Van den Heuvel & Derks, 2011).

Samenwerken binnen meervoudige systemen: veel voorkomende valkuilen

Samenwerken als ambulant hulpverlener met cliënten en gezinnen in grotere systemen is complex. Kennis van veel voorkomende valkuilen kan de hulpverlener helpen om in deze complexiteit rolvast te blijven. Wij bespreken de valkuilen aan de hand van enkele systemische begrippen, aangezien deze goed kunnen worden toegepast op het niveau van de verhouding tussen gezinnen en grotere systemen (Imber-Black, 1993).

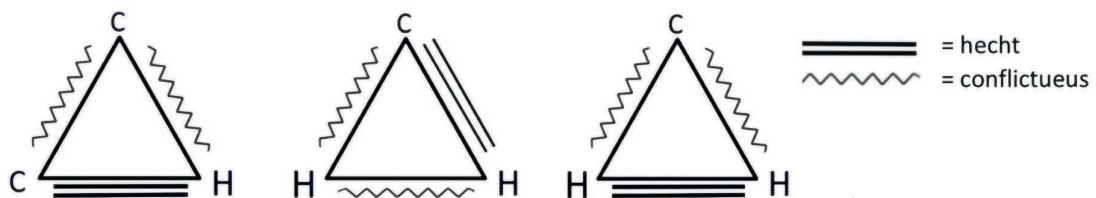
De coalitie

Moeder Corry bespreekt wekelijks met de ambulante gezinsbehandelaar de tekortkomingen van vader Ben in de opvoeding van de kinderen. Vanwege zijn werk als internationaal vrachtwagenchauffeur lukt het Ben meestal niet om bij de gezinsbehandeling aanwezig te zijn. Na 2 maanden vindt er weer een gezamenlijk gesprek met Ben plaats, waarin Corry en de gezinsbehandelaar zijn tekortkomingen bespreken.

Bovenstaande casus wordt gekenmerkt door coalitievorming. Een coalitie ontstaat wanneer twee personen samenspannen tegen een derde persoon. Deze derde persoon kan een gezinslid zijn (Figuur 3a), maar ook een andere hulpverlener of hulpverlenende instantie (Figuur 3b). Ook kan een coalitie ontstaan wanneer wordt samengespannen met een andere hulpverlener (Figuur 3c). Naar onze mening leidt het vormen van een coalitie met een cliënt of hulpverlener gemakkelijk tot schade aan de hulpverlening. Coalitievorming dient om die reden te worden vermeden.

Wanneer twee personen (dyade) problemen met elkaar hebben bestaat de kans dat zij een derde persoon in hun relatie betrekken. Deze derde persoon wordt dan betrokken met als doel de spanning tussen de eerste twee personen te verminderen. Dit wordt triangulatie genoemd. De derde persoon wordt dan getrianguleerd en dus onderdeel gemaakt van de relatie.

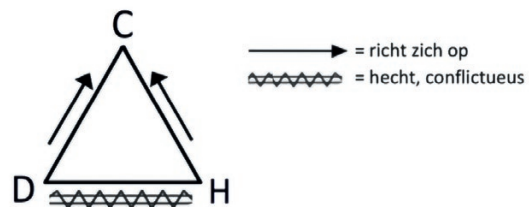
Wanneer de spanning tussen twee personen wordt afgeleid door gezamenlijke boosheid of gezamenlijke bezorgdheid over de derde persoon, wordt dit detouring genoemd. Het afleiden van de spanning door gezamenlijke boosheid over de derde persoon, maakt deze laatste tot zondebok. Het herkennen van deze fenomenen kan de hulpverlener helpen om hier niet (verder) in mee te gaan, ter voorkoming van schade aan de hulpverlening.



Figuur 3 a, b en c: Voorbeelden van coalitievorming (C = cliënt, H = hulpverlener).

Triangulatie

De aanvankelijk grote spanning tussen hulpverlener Joanne en gezinsvoogd Rick, beiden betrokken bij het gezin Roelofs, neemt af door samen hevig verontwaardigd te zijn over een nieuw incident van de moeder. Ze maakt er volgens beiden een potje van (Figuur 4).

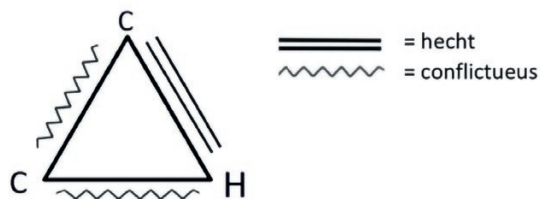


Figuur 4: De cliënt wordt getrianguleerd met als doel de spanning tussen de gezinsvoogd en de hulpverlener te verminderen (C = cliënt, H = hulpverlener, D = derde partij, hier gezinsvoogd).

Partijdigheid

Dolly woont samen met haar dochter Kathy en haar 3 zoontjes. Beiden ontvangen ondersteuning van begeleidster Marijke. De woning staat op naam van Dolly. Zij neemt een groot deel van de opvoeding van haar kleinkinderen voor haar rekening. Dolly wil graag dat Kathy op zoek gaat naar een eigen huis en dat ze tot die tijd meer financieel bijdraagt. Kathy toont echter geen initiatief in het zoeken naar een eigen woning en zegt geen geld te hebben om bij te dragen. Ze vertelt het geld voor andere dingen nodig te hebben. Marijke spreekt Kathy er op aan een eigen woning te gaan zoeken en financieel meer bij te gaan dragen. De laatste weken zegt Kathy haar afspraken met Marijke af.

De casus zal duidelijk maken dat er binnen een gezin tegenstrijdige belangen kunnen zijn, waarbij het risico bestaat dat de hulpverlener kiest of verleid wordt om voor 'rechter' te spelen over wiens belangen zwaarder wegen. In dat geval zal er een coalitie ontstaan tussen de hulpverlener en één van de cliënten (Figuur 5).



Figuur 5: Partijdigheid van de hulpverlener in de vorm van een coalitie (C = cliënt, H = hulpverlener).

De hulpverlener die betrokken is bij meerdere gezinsleden dient te werken aan meerzijdige partijdigheid, waarbij zij geen partij kiest voor één van de gezinsleden ten koste van andere gezinsleden, maar partij kiest voor de situatie van het gezin (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). Door erkenning te geven aan de belangen en gevoelens van ieder gezinslid, kan een dialoog op gang worden gebracht tussen de gezinsleden, juist ook waar emoties hoog oplopen en de dialoog is gestaakt (Van den Eerenbeemt & Oele, 1991). Colapinto (1995) waarschuwt voor het gevaar dat de hulpver-

lener, door tussenbeiden te komen, het probleemoplossend vermogen en de wederzijdse betrokkenheid van gezinsleden in de weg kan staan.

De hulpverlener laat zich voorschrijven

Met de term voorschrijven bedoelen we hier het stellen van eisen aan datgene wat de hulpverlener moet gaan doen. Een voorschrijver kan een cliënt of hulpverlener/ hulpverlenende instantie zijn. Wanneer de voorschrijver eisen stelt die niet congruent zijn met de rolopvatting van de hulpverlener, kan er wrijving ontstaan in de samenwerkingsrelatie. De hulpverlener doet er in dat geval goed aan om een one-down positie te kiezen, door haar onmogelijkheden aan te geven. Het gaat dan bijvoorbeeld om het ontbreken van bevoegdheid, het ontbreken van invloed of het handelen in strijd met de beroepscode. Belangrijk hierbij is begrip te tonen voor de wens en de achterliggende gevoelens, bijvoorbeeld machteloosheid. Hiermee toont de hulpverlener haar betrokkenheid en bereidheid om van betekenis te willen zijn, echter zonder mee te gaan met de eisen.

De hulpverlener laat zich voorschrijven door de cliënt

Miranda is ontevreden over haar huidige woonplek vanwege ruzie met haar buren. Ze heeft de ambulante begeleider laten weten dat zij voor haar op zoek moet gaan naar een andere woning.

In bovenstaand voorbeeld vraagt de cliënt om te handelen in strijd met de rolopvatting van de hulpverlener. De hulpverlener wil de cliënt ondersteunen bij het zoeken naar een andere woonruimte en wil zaken overnemen waar de cliënt iets niet kan. Zij wil echter zelfstandigheid niet in de weg staan.

De hulpverlener laat zich voorschrijven door een ander gezinslid

De ouders van Bente, een 16-jarig meisje met een verstandelijke beperking, willen zo spoedig mogelijk met de ambulante hulpverlener om de tafel vanwege de schoolweigering van hun dochter. De ouders verwachten van de ambu-

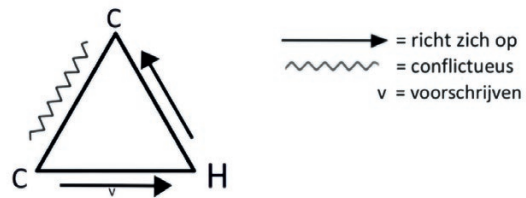
Van Diggelen & Brouwer *Geen Sjakie willen zijn*

lant hulpverlener dat zij ervoor zorgt dat haar dochter weer naar school gaat. Zij zullen het als ouders weer overnemen als Bente weer gemakkelijker naar school gaat.

Van Geffen en Engelen (2004) wijzen er in hun aanpak van schoolweigering op, dat het van belang is dat hulpverleners niet de opvoedtaak van ouders overnemen. De verantwoordelijkheid voor de opvoeding blijft bij de ouders. In bovenstaande casus is de rol van de hulpverlener om met de ouders te onderzoeken hoe zij hun dochter kunnen helpen weer naar school te gaan en om hen te ondersteunen in dit proces.

De 23-jarige Joey woont samen met zijn moeder (Ans). Zij heeft hem aangemeld voor ambulante ondersteuning en ziet graag dat hij op zichzelf gaat wonen. Ans vraagt of de hulpverlener Joey zelfredzamer kan maken en kan helpen zoeken naar een andere woonplek. Joey zegt echter alles al te kunnen en actief te zijn in het zoeken naar een eigen woonplek. Van deze plannen komt echter niks terecht. Ans geeft aan dat een professional haar zoon toch wel moet kunnen helpen. De hulpverlener voelt zich steeds machtelozer worden naarmate de tijd verstrijkt en haar inzet geen verandering geeft.

Bovenstaand voorbeeld zal duidelijk maken dat het aanvaarden van een opdracht zonder dat duidelijk is wie je cliënt is, tot problemen kan leiden in de hulpverlening (Figuur 6). Om die reden is het belangrijk om te weten wie je tot je cliënten mag rekenen en wie waarin een hulpvraag heeft. Een hulpvraag hebben voor een ander, zonder dat deze een hulpvraag heeft, leidt voorsnog niet tot verandering. De hulpverlener kan aan moeder vragen wat ze gaat doen als blijkt dat haar zoon niet dezelfde wensen heeft. Mocht moeder hier consequenties aan verbinden, dan kan dit bij haar zoon alsnog tot andere keuzes leiden.



Figuur 6: De hulpverlener (H) laat zich voorschrijven door een cliënt (C).

De hulpverlener laat zich voorschrijven door een andere hulpverlener of hulpverlenende instantie

Joran en zijn ouders zijn vanuit het sociaal wijkteam doorverwezen naar de kinder- en jeugdpsychiatrie voor ambulante gezinsbehandeling. Joran en zijn ouders zijn het echter niet eens met de hulpvragen die door het sociaal wijkteam zijn geformuleerd. Toch besluit de ambulante gezinsbehandelaar aan de slag te gaan met deze hulpvragen. De samenwerkingsproblemen die vervolgens optreden worden door de ambulante gezinsbehandelaar geweten aan de problematiek van Joran en zijn ouders.

Wijkcoach Rob vraagt aan begeleidster Tanja of zij de gezinsleden van de familie Jansen autonomer en daarmee minder afhankelijk van elkaar wil maken. De familie Jansen wordt hierover niet geïnformeerd. De pogingen van Tanja om de gezinsleden minder afhankelijk van elkaar te maken hebben een averechts effect en zetten de samenwerking onder druk.

Bovenstaande voorbeelden illustreren het belang om met het gezinssysteem en verwijzer stil te staan bij de hulpvragen en de context van de doorverwijzing. Daarmee wordt verhelderd hoe de hulpvragen van het gezin zich verhouden tot de hulpvragen geformuleerd door de verwijzer.

Bij onvrijwillige hulpverlening, zoals bijvoorbeeld bewindvoering, gebeurt het vaak dat een cliënt het niet eens is met beslissingen. Logischerwijs geeft dit spanning in hun relatie. De hulpverlener kan de cliënt desgewenst ondersteunen in de communicatie, maar moet geen partij worden in de beslissingen. Dit zou

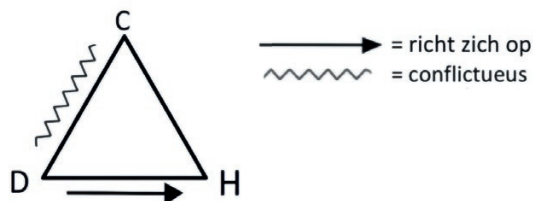
immers leiden tot onwenselijke coalitievorming met de cliënt of de andere hulpverlener.

Geheimhouding beloven bij ongevraagde informatie van derden

Riet maakt zich grote zorgen over de opvoeding van haar kleindochter Michelle door haar dochter Karin. Riet belt hierover geregeld de begeleidster van Karin, echter zonder Karin hierover in te lichten. Riet verzoekt de begeleidster om snel actie te ondernemen.

De hulpverlener kan ongevraagd informatie krijgen van mensen buiten het cliëntsysteem, met tevens het verzoek dit geheim te houden. Ze wordt daarmee ongewild drager van een geheim die de integriteit van haar relatie met haar cliënt(en) onder druk zet (Figuur 7). De hulpverlener kan deze geheimhouding echter niet beloven. Zij zal een afweging moeten maken ten aanzien van de concreetheid en de ernst van de signalen. Wanneer zij besluit geen actie te ondernemen dient zij dit de informatieverstrekker te laten weten. In dat geval menen wij dat het verstandig is om de informatieverstrekker tevens te vragen wat hij gaat doen nu hij weet dat de hulpverlener geen actie onderneemt. De verantwoordelijkheid om wel of niet te handelen op de signalen ligt daarmee terug bij de informatieverstrekker.

De informatie kan bij de hulpverlener echter ook leiden tot het besluit om de zorgen bespreekbaar te maken met de cliënt(en). In dat geval dient de informatieverstrekker hierover geïnformeerd te worden, zodat hij kan besluiten de cliënt(en) vooraf te informeren dat hij contact heeft gezocht met de hulpverlener.



Figuur 7: De hulpverlener (H) als ontvanger en drager van een geheim (C = cliënt, D = andere partij).

Niet weten wie je tot je cliënten moet rekenen
Begeleidster Joanne biedt ondersteuning aan Roy. Na verloop van tijd vinden er ook gesprekken plaats tussen Joanne en Joyce, de vriendin van Roy. Na de zoveelste ruzie besluiten Roy en Joyce uit elkaar te gaan. Joanne blijft echter met beiden individuele gesprekken hebben. Wanneer Joyce Roy confronteert met het feit dat hij niet eerlijk is over de omgangsregeling van hun dochtertje Chelsea, belt Roy vervolgens kwaad naar Joanne. Zij had volgens hem nooit tegen Joyce mogen vertellen dat hij het weekend wel thuis was.

Een hulpverlener dient te beseffen wie haar cliënten zijn en wie niet. Dit bepaalt op wie zij zich dient te richten en met wie informatie gedeeld mag worden. In afstemming en met goedkeuring van de cliënt kan de hulpverlener ook het gezin of de ruimere context betrekken, afhankelijk van de doelstellingen van de hulpverlening.

Als machteloosheid niet herkend en erkend wordt

Als reactie op machteloosheid ontstaat bij de hulpverlener gemakkelijk een verbeterreflex, waarbij de cliënt, veelal zonder aarzeling en op een directieve manier, wordt aangespoord het advies van de hulpverlener op te volgen. De verbeterreflex maakt echter dat cliënten zich slecht voelen (Miller & Rollnick, 2014). Ten eerste vindt er een aantasting plaats van de natuurlijke behoefte aan autonomie en competentie om de eigen problemen op te lossen, waarbij het inperken van iemands keuzevrijheid bovendien een psychologische tegenreactie kan geven (Dillard & Shen, 2005). Ten tweede zullen cliënten zich onvoldoende begrepen voelen wanneer er geen ruimte is voor ambivalentie, terwijl ambivalentie over veranderen eerder regel dan uitzondering is in de hulpverlening (Appelo, 2007; Van Diggelen & Truyens, 2011; Miller & Rollnick, 2014). Machteloosheid treedt ook op wanneer een cliënt nadrukkelijk aangeeft dat zijn situatie ondraaglijk is en hij direct geholpen moet worden, maar tevens laat blijken niks te willen veranderen. De cliënt zegt in feite: "Help! Help! Maar verander niks!" Om

Van Diggelen & Brouwer *Geen Sjakie willen zijn*

deze situatie het hoofd te bieden kan de hulpverlener de cliënt uitnodigen om gezamenlijk zijn situatie te onderzoeken. Welke dilemma's spelen er voor de cliënt en voor welke keuzes staat hij gesteld? Daarbij moet de hulpverlener duidelijk zijn dat zij geen eenvoudige oplossing kan bieden en geen keuzes voor de cliënt kan maken.

Ambulant begeleidster Anique bespreekt met de wijkcoach de situatie van haar cliënt Theo en de onmacht die zij daarbij ervaart. De wijkcoach besluit Anique extra uren te geven. De gevoelens van machteloosheid nemen echter toe. Anique brengt haar casus in tijdens interview. Ze komt tot de conclusie dat de extra uren haar niet meer invloed hebben gegeven, maar wel meer druk om de situatie van Theo te veranderen.

Wanneer een hulpverlenende instantie zich machteloos voelt over de problematiek van een cliënt, ontstaat het risico dat de cliënt op onjuiste gronden wordt doorverwezen of contacten onnodig worden uitgebreid. Hiermee wordt de machteloosheid verplaatst of vergroot. Wij menen dan ook dat het belangrijk is de machteloosheid te herkennen en te erkennen en de drijfveren voor een mogelijke doorverwijzing te onderzoeken. De hulpverlener dient tevens te beseffen dat het handelen van andere betrokkenen eveneens gestuurd kan worden vanuit machteloosheid.

De 14-jarige Jason, gediagnosticeerd met ADHD en een Autismespectrumstoornis, is niet meer welkom op zijn school voor speciaal onderwijs. Na incidenten met verbale agressie heeft de school aangegeven dat er eerst hulpverlening moet starten. De hulpverlenende instantie geeft echter aan dat school eerst opgestart dient te worden. De ouders zijn boos op school en op de hulpverlening en voelen zich van het kastje naar de muur gestuurd. Jason zit thuis en trekt zich steeds meer terug.

Wanneer instanties onderling van mening verschillen over de hulpverlening aan een gezin, leidt dit onvermijdelijk tot problemen in de

hulpverlening. Bovenstaande casus vraagt om een rondetafelgesprek (zie 1.3). Hiertoe kunnen beide instanties met het gezin initiatief nemen.

Het onzichtbare kind

In het gezin Janssen is er sprake van een alcoholverslaving bij moeder, forse partnerrelatieproblemen bij ouders, financiële problemen en een aanstaande verhuizing. Deze stressoren zorgen ervoor dat het periodieke geweld tussen de kinderen telkens geen prioriteit krijgt op de agenda van de betrokken hulpverleners. De jongste zoon lijdt echter fysiek en emotioneel onder het geweld van zijn broer.

In het werken met gezinnen waarbij er zorgen zijn over de kinderen spelen een aantal factoren waardoor het zicht op het welzijn van de kinderen kan verdwijnen. Zo kan het ervaren van ouderlijke vijandigheid en weerstand leiden tot het vermijden van ouders of tot identificatie met de ouders (Laird, 2013; Tuck, 2013). In beide gevallen gaat dit ten koste van de focus op het kind. Ook de organisatiecultuur, tijdslimieten bij afspraken en onvoldoende emotionele ondersteuning vanuit de organisatie, blijken factoren die het zicht en het contact met het kind in de weg staan (Ferguson, 2017). Een blijvende alertheid op de veiligheid en het welzijn van kinderen is geboden. Supervisie of intervisie kunnen hier een belangrijke bijdrage leveren.

Als invloed en verantwoordelijkheid niet in evenwicht zijn

Begeleidster Tamara is bezorgd over haar cliënt Thierry. Ze maakt zich zorgen over de contacten die Thierry aangaat en het feit dat hij wisselend reageert op haar Whatsapp-berichten. De afgelopen periode heeft Tamara hem proberen te waarschuwen. Sindsdien vertelt Thierry nog amper over wat er in zijn leven speelt. Dit voedt vervolgens de zorgen bij Tamara. Zij voelt zich verantwoordelijk voor het welzijn van Thierry.

De hulpverlener kan niet verantwoordelijk zijn voor zaken waar zij geen invloed op heeft. Zij probeert wel te zoeken naar invloed met als doel de klachten te verminderen of het welzijn

van de cliënt te verbeteren. Of de hulpverlener invloed heeft en in hoeverre, is mede afhankelijk van de bereidheid en mogelijkheden van de cliënt. Het voorbeeld laat zien dat wanneer het verantwoordelijkheidsgevoel groter is dan waar de hulpverlener invloed op heeft en verantwoordelijk voor kan zijn, dit een negatief effect heeft op de samenwerkingsrelatie. Het is als het vasthouden van zand. Hoe meer grip je erop wilt, hoe meer het tussen de vingers doorglipt. Daarnaast kan het de hulpverlener veel stress geven wanneer de gevoelde verantwoordelijkheid groter is dan de daadwerkelijke invloed en verantwoordelijkheid.

Gebrek aan persoonlijke grenzen

Ambulante hulpverleners kunnen worden geconfronteerd met gedrag en omstandigheden waarbij zij zich onbehaaglijk of onveilig voelen. Te denken valt aan schelden, agressie, vervuiling, roken in huis, een agressieve hond, onder invloed zijn of seksueel grensoverschrijdende opmerkingen. Bij hulpverleners bestaat soms twijfel of zij in contact met een cliënt wel hun persoonlijke grenzen aan mogen geven.

Algemene grenzen voor het handelen als hulpverlener zijn vastgelegd in richtlijnen en beroepscode en bieden zowel de hulpverlener als de cliënt duidelijkheid en veiligheid in hun relatie. Voor het bepalen van persoonlijke grenzen is de hulpverlener echter op zichzelf aangewezen. Niemand dan zij alleen kan immers bepalen wat zij aan gedrag of omstandigheden wil accepteren. Naar onze mening is het een vorm van goede zelfzorg wanneer de hulpverlener haar persoonlijke grenzen kent en bewaakt. Het is echter wel zo dat bepaalde persoonlijke grenzen, zoals geen rooklucht in de kleren willen, het werken met multi-stressed gezinnen moeilijk of minder voor de hand liggend maakt.

Het aangeven van persoonlijke grenzen wil echter niet zeggen dat de hulpverlener haar contact hoeft te verbreken. Ook wil het niet zeggen dat ze grenzen stelt aan het gedrag van de cliënt. Het wil enkel zeggen dat ze grenzen stelt aan wat ze zelf wil accepteren.

Conclusie

Werken als ambulant hulpverlener met cliënten met ernstige problematiek in de context van meervoudige systemen is verre van eenvoudig werk. Een belangrijke eerste stap als hulpverlener is een heldere rolopvatting. De hulpverlener dient te weten wat tot de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden behoort en te beseffen welke rol zij heeft in relatie tot een cliënt, een gezin en de grotere systemen. Daarnaast dient zij te handelen passend bij de rol en dit weten vast te houden. Hierin ligt ook een belangrijke taak voor de organisatie door het mogelijk maken van een vorm van werkbegeleiding, supervisie of intervisie. Een heldere rolopvatting helpt om veelvoorkomende valkuilen te omzeilen, zodat de hulpverlener zich geen Sjakie hoeft te voelen.

Dank aan Wendy Verplanke en Romy van Putten voor hun feedback op eerdere versies van dit artikel.

Literatuur

- Appelo, M. (2007). *Socratisch motiveren*. Amsterdam: Boom.
- Bannink, F. (2016). Moeilijke mensen bestaan niet. In M. Appelo, K. Hoogduin & M. Verbraak (Red.), *Omgaan met 'moeilijke' mensen*. Boom: Amsterdam.
- Boeckhorst, F. (2003). *Duivelse spiralen: Werkboek voor meervoudig-systemisch denken in de sociale psychiatrie*. Warnsveld: GGNet.
- Boeckhorst, F. (2007). *Contextuele blindheid: Tumult in de organisatie, trammelant in de behandeling, en geharrewar in het hoofd*. Lezing op conferentie NVRG in beweging.
- Bohart, A. C., & Talmann, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In B. Duncan, S. Miller, B. Wampold & M. Hubble (Eds), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd Ed, pp. 83-111). Washington, DC: American Psychological Association.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. R. (1986). *Tussen geven en nemen: Over contextuele therapie*. Haarlem: De Toorts.
- Colapinto, J. A. (1995). Dilution of family process in

Van Diggelen & Brouwer *Geen Sjakie willen zijn*

- social services: Implications for treatment of neglectful families, *Family Process*, 34, 59-74.
- Diggelen, B. van, & Truyens, J. (2011). Een praktisch model voor op samenwerking gerichte begeleiding van individueel wonende cliënten met een lichte verstandelijke beperking, *Onderzoek & Praktijk*, 9(2), 34-45.
- Dillard, J. P., & Shen, L. (2005). On the nature of reactance and its role in persuasive health communication. *Communication Monographs*, 72(2), 144-168.
- Donk, A. (2003). Herrie in de tent: Een systeemvisie op ontstaan en aanpak van irrationele processen in de GGZ-organisatie bij werken met complexe problematiek, *Systeemtherapie*, 3, 135-151.
- Eerenbeemt, E. M. van den, & Oele, B. (1991). De contextuele therapie. In J. Hendrickx, F. Boeckhorst, T. Compennolle & A. van der Plas (Red.), *Handboek gezinstherapie* (pp. 1-24). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ferguson, H. (2017). How children become invisible in child protection work: Findings from research into day-to-day social work practice. *British Journal of Social Work*, 47, 1007-1023.
- Geffen, M. van, & Engelen, H. (2004). Systeembenadering bij schoolweigering, *Systeemtherapie*, 4, 197 - 213.
- Handreiking Gegevensuitwisseling in de bemoeizorg* (2014). Utrecht/ Amersfoort: KNMG, GGZ Nederland, GGD GHOR Nederland.
<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/gegevensuitwisseling-in-de-bemoeizorg.htm>
- Heuvel, P. van den & Derks, H. (2011). Bestuurder en toezichthouder: een tandem. *Basisschoolmanagement*, 3, 12 - 17.
- Imber-Black, E. (1993). Relaties tussen het gezin en grotere systemen, *Gezinstherapie*, 3, 227-264.
- Jessurun, N. (2010). *Transculturele vaardigheden voor therapeuten: Een systeemtheoretisch behandelmodel*. Bussum: Couthino.
- Laird, S. E. (2013). *Child protection: managing conflict, hostility and aggression*, Bristol, Policy Press.
- Madsen, W. D. (1999). *Collaborative therapy with multi-stressed families: From old problems to new futures*. New York: The Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). Motiverende gespreksvoering: *Mensen helpen veranderen (derde editie)*. Gorinchem: Ekklesia.
- Oene, F. J. van, Bernardt, C., & Post, L. van der (2007). *Praktijkboek crisisinterventie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Omer, H. (2007). *Geweldloos verzet in gezinnen: Een nieuwe benadering van gewelddadig en zelf-destructief gedrag van kinderen en adolescenten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Savenije, A., Lawick, J. van, & Reijmers, E. (2018). *Systemisch werken: Een relationeel kompas voor hulpverleners*. Amsterdam: De Tijdstroom.
- Soonius, J. W. (2017). *Communicatie in de gezondheidszorg*. Amsterdam: Boom.
- Tielens, J., & Verster, M. (2010). *Bemoeizorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Tuck, V. (2013). Resistant parents and child protection: Knowledge base, pointers for practice and implications for policy. *Child Abuse Review*, 22(1), 5-19.

NEUROPSYCHOLOGIE EN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING BIJ JONGVOLWASSENEN ONDER RECLASSERINGSTOEZICHT¹

Evelien Platje²
Katy de Kogel³

Er zijn sterke aanwijzingen dat een licht verstandelijke beperking (LVB) relatief vaak voorkomt onder personen die met justitie in aanraking komen, zo ook onder reclasseringscliënten. Om beter te kunnen aansluiten bij de specifieke beperkingen en mogelijkheden van deze groep, zijn in dit onderzoek de neuropsychologische kenmerken van 59 jongvolwassen reclasseringscliënten met en zonder een LVB in kaart gebracht. Meer dan de helft van de deelnemers heeft vermoedelijk een LVB. Er zijn wat betreft de onderzochte neuropsychologische kenmerken weinig verschillen gevonden tussen reclasseringscliënten met en zonder een vermoedelijke LVB. Alleen op impulsbeheersing scoren de eersten slechter. Wel zijn er grote verschillen tussen individuele reclasseringscliënten in het neuropsychologisch functioneren. Daarom zijn ook neuropsychologische profielen verkend. Ondanks dat het een kleinschalige pilotstudie betreft, kunnen er toch al enkele aanbevelingen voor de praktijk worden gedaan alsook voor vervolgonderzoek om indien mogelijk de resultaten te verstevigen.

Licht verstandelijke beperking in justitiële populaties

Personen met een LVB komen vaker dan gemiddeld met politie en justitie in aanraking. Schattingen van het aantal justitiabelen met een LVB lopen - afhankelijk van het gebruikte instrument, bij welke populatie en in welke setting men meet - uiteen van 10 tot 51% van de justitiabelen (Kaal, 2016; Popma & Doreleijers, 2019). Uit een quickscan van het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (CCV) is gebleken dat politie, jeugdwerk en professionals uit de wijkteams het lastig vinden om een LVB te herkennen. Ook bij de reclassering kampt men met problemen rondom de herkenning van een LVB. Verschillende deskundigen

geven echter aan dat het van groot belang is dat een LVB herkend wordt, omdat mensen met een LVB in vergelijking tot mensen zonder een LVB een andere bejegening en behandeling nodig hebben om recidive te voorkomen (De Wit, Moonen, & Douma, 2012; Kaal, Negenman, Roeleveld, & Embregts, 2011; Poort et al., 2011; Van Nieuwenhuijzen, 2010).

Neuropsychologie en persoonsgebonden aanpak

Vanuit de reclasseringspraktijk streeft men er naar om in toenemende mate een persoonsgebonden benadering toe te passen. Op deze manier kunnen de bejegening en de eventuele

¹ Dit artikel is gebaseerd op het WODC-rapport "Neuropsychologie en licht verstandelijke beperking: Een pilotonderzoek bij jongvolwassenen onder reclasseringstoezicht". Het rapport is te downloaden via <https://www.wodc.nl/onderzoeksdatabase/2850-pilot-in-practice-neurowetenschappelijke-meetinstrumenten-in-de-jeugdstrafrechtketen.aspx>

² senior onderzoeker bij het Lectoraat Kennisanalyse Sociale Veiligheid van de Hogeschool Utrecht, voorheen wetenschappelijk medewerker WODC (evelien.platje@hu.nl).

³ senior wetenschappelijk medewerker bij het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) van het ministerie van Justitie en Veiligheid (c.h.de.kogel@wodc.nl).
www.wegwijzerjeugdenveiligheid.nl/fileadmin/w/wegwijzerjeugdenveiligheid_nl/LVB-jongeren/Infosheet_Zicht_op_LVB_Jongeren.pdf

ele interventietoewijzing nauwer aansluiten bij de mogelijkheden en beperkingen van de reclasseringscliënt. Het in kaart brengen van de neuropsychologische factoren zou hierbij handvatten kunnen bieden.

Neuropsychologie is een deelgebied van de psychologie, waarin de relatie tussen enerzijds de werking van onze hersenen en anderzijds ons denken (cognitie), gevoel (emotie), waarneming en gedrag worden bestudeerd. De huidige werkwijze in de reclasseringspraktijk om recidive te voorkomen is vooral gebaseerd op kennis over psychosociale factoren. Het inzicht in de rol van neuropsychologische factoren bij het ontstaan en het in stand blijven van antisociaal gedrag neemt echter toe. Zo is bekend dat personen met ernstig antisociaal gedrag slechter presteren op neuropsychologische testen (Ogilvie et al., 2011). Problemen met het werkgeheugen (waarbij men informatie moet onthouden om dit te kunnen bewerken, zoals bij een rekensom) bijvoorbeeld, lijken veel voor te komen bij personen met antisociaal gedrag. Daarnaast komen bij deze groep ook problemen met aandacht en impulscontrole (het onderdrukken van een automatische reactie) voor (Ogilvie et al., 2011).

Neuropsychologie bij personen met een LVB en antisociaal gedrag

Voor zover bekend is er niet eerder onderzoek gedaan naar neuropsychologische kenmerken bij (jong)volwassenen met een LVB en antisociaal gedrag. Wel zijn er studies verschenen over kinderen en adolescenten met een LVB en antisociaal gedrag. Uit de laatstgenoemde onderzoeken komen drie domeinen van neuropsychologische kenmerken naar voren die samenhangen met antisociaal gedrag bij mensen met een LVB: basale informatieverwerking, gedragsregulatie en sociale beïnvloedbaarheid (Bexkens et al., 2014, 2018; Schuiringa et al., 2017; Van der Molen, 2009; Van Nieuwenhuijzen et al., 2017; Van Rest et al., 2018). Onder basale informatieverwerking wordt gefocuste aandacht, volgehouden aandacht, werkgeheugen en informatieverwerkingsnelheid ver-

staan. Gedragsregulatie behelst impulscontrole, risicogeneigdheid en schakelen (ook wel cognitieve flexibiliteit genoemd: het aanpassen van een strategie of gedrag wanneer de situatie verandert). Sociale beïnvloedbaarheid betreft de mate waarin iemand zijn gedrag laat beïnvloeden door zijn sociale omgeving.

Methode

Het onderzoek is uitgevoerd onder een instroomcohort van jongvolwassenen onder reclasseringstoezicht. In totaal hebben 59 reclasseringscliënten (waaronder 4 vrouwen), in de leeftijd van 18 tot en met 23 jaar, deelgenomen.

In totaal voldeden 375 reclassanten aan de inclusiecriteria (18 t/m 23 jaar en onder reclasseringstoezicht), maar 114 van hen konden vanwege praktische redenen niet deelnemen (bv in detentie) en bij 116 heeft geen uitlegafpraak plaats kunnen vinden. Van de overgebleven 145 reclassanten weigerden er 86 deelname en hebben er 59 deelgenomen aan het onderzoek. Deelnemers verschilden niet significant van niet-deelnemers op leeftijd, geslacht en psychosociale criminogene factoren. Er waren echter van slechts de helft van de caseload gegevens beschikbaar over de psychosociale criminogene factoren. Ook verschilden deelnemers niet van niet-deelnemers op een vermoeden van een LVB door de reclasseringswerkers.

Bij de deelnemers aan het onderzoek zijn eerst kenmerken van een LVB in kaart gebracht. Dit is gedaan door middel van de Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking (SCIL; Kaal, Nijman, & Moonen, 2016), een screeningsinstrument voor het herkennen van een LVB. Daarnaast zijn twee subtests van de Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) IV-NL (Wechsler, 2012) gebruikt om de IQ-score te schatten: blokpatronen en woordenschat. Verder is een indicatie van het adaptief functioneren verkregen door middel van de Zelfredzaamheid-matrix (Fassaert et al., 2014). Ook is aan de reclasseringswerkers gevraagd of zij

een LVB vermoeden bij de reclasseringscliënten in hun caseload.

Na het in kaart brengen van de kenmerken van een LVB, zijn tien neuropsychologische computertaken afgenomen op de domeinen 'basale informatieverwerking', 'gedragsregulatie' en 'sociale beïnvloedbaarheid'. Zie tabel 1 voor een overzicht van de onderzochte kenmerken en bijbehorende taken.

Implicaties voor de (reclasserings)praktijk

Door het kleine aantal deelnemers kunnen de resultaten niet gegeneraliseerd worden naar de gehele populatie jongvolwassen reclasseringscliënten. Desalniettemin is aannemelijk dat onder reclasseringscliënten een groot deel te kampen heeft met een LVB. Omdat het screeningsinstrument sensitiever blijkt dan de professionele inschatting van reclasserings-

Tabel 1. Overzicht van de neuropsychologische taken.

<i>LVB</i>	
LVB-screener	SCIL (Kaal, Nijman, & Moonen, 2016)
IQ-schatter	WAIS blokpatronen (Wechsler, 2012)
IQ-schatter	WAIS woordenschat (Wechsler, 2012)
Adaptief functioneren	Zelfredzaamheid-matrix (Fassaert et al., 2014)
<i>Basale informatieverwerking</i>	
Werkgeheugen	Self-Ordered Pointing Task (SOPT; Petrides & Milner, 1982)
Gefocuste aandacht	Flanker taak (ANT; De Sonneville, 2014)
Volgehouden aandacht	Toename reactietijd over tijd
Informatieverwerkingssnelheid	Reactietijd op andere taken
<i>Gedragsregulatie</i>	
Impulscontrole	Go/NoGo (ANT; De Sonneville, 2014)
Schakelen	Wisconsin Card Sorting Test (WCST; Berg, 1948)
Risicogeneïdheid	Balloon Analogue Risk Task (BART; Lejuez et al., 2002)
<i>Sociale beïnvloedbaarheid</i>	
Sociale beïnvloedbaarheid	Aangepaste BART met 'peer' invloed

Kenmerken van een LVB

Resultaten

Een aanzienlijk aantal deelnemers scoort op het niveau van een vermoedelijke LVB. Uit de resultaten blijkt dat bij meer dan de helft (61%) van de onderzochte reclasseringscliënten een vermoeden van een LVB aanwezig is op basis van de SCIL (zie Figuur 1a). Op de verkorte intelligentietest scoort 67% onder de 85 (zie figuur 1b). Ook op adaptief functioneren laat het overgrote deel (79%) van de onderzochte reclasseringscliënten op twee of meer gebieden beperkingen zien. Een belangrijke bevinding is daarnaast dat de SCIL ten opzichte van het vermoeden van de reclasseringswerkers sensitiever is: de SCIL deelt circa de helft meer reclasseringscliënten in als vermoedelijk licht verstandelijk beperkt. Als de reclasseringswerker een LVB vermoedt, komt dat in 17 van de 18 gevallen (94%) overeen met de SCIL.

werkers in het signaleren van een mogelijke LVB is het van belang dat de screener in de praktijk ook gebruikt wordt. De verwachting is dat een LVB dan vaker zal worden herkend. Een gerelateerde veronderstelling is dat een betere herkenning van LVB er vervolgens toe kan leiden dat de bejegening en eventuele interventietoewijzing beter aansluiten bij de mogelijkheden van de cliënt. Een kanttekening hierbij is wel dat de SCIL, zoals in het huidige onderzoek gebruikt, slechts een screeningsinstrument is. De SCIL kan niet worden gebruikt als diagnostisch instrument. Bij een vermoedelijke LVB zou nadere diagnostiek moeten volgen. De SCIL geeft slechts een momentopname. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de SCIL wordt afgenomen op een moment waarop een cliënt veel aan het hoofd heeft, waardoor hij of zij mogelijk slechter presteert. Tot slot worden de adaptieve vaardigheden niet meegenomen in de SCIL, terwijl deze wel een prominente

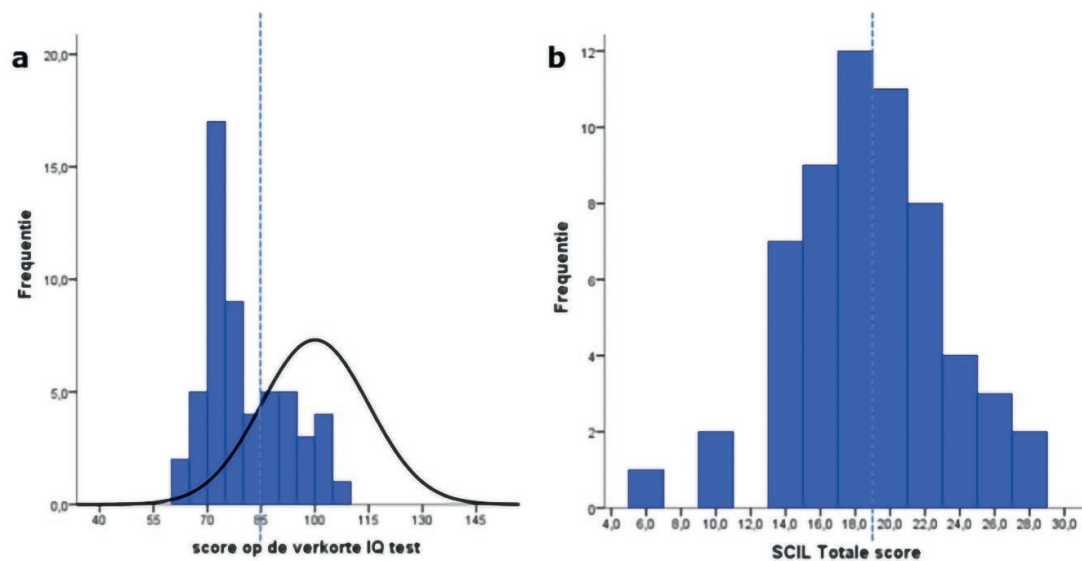
rol spelen in de diagnose LVB op basis van de DSM-5 en de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD; Schalock et al., 2010; DSM-5, American Psychiatric Association, 2013). Ook voor het reclasseringstoezicht is het belangrijk om zicht te hebben op de adaptieve vaardigheden van een cliënt. De resultaten van het onderhavige onderzoek geven aan dat de groep jongvolwassen reclasseringscliënten op adaptief en cognitief vlak een kwetsbare groep is, die ondersteuning op dit gebied nodig heeft.

Neuropsychologische kenmerken

Resultaten

Kijkend naar de neuropsychologische scores van de jongvolwassenen onder reclasseringstoezicht valt op dat de reclasseringscliënten onderling grote individuele verschillen laten zien in het neuropsychologisch functioneren, ongeacht een al dan niet vermoedelijke LVB. Degenen met een vermoeden van een LVB op basis van de SCIL laten een significant slechtere impulscontrole zien dan degenen zonder een vermoedelijke LVB. De groepen verschillen niet significant van elkaar wat betreft de overige neuropsychologische maten. In figuur 2 zijn de neuropsychologische kenmerken weergegeven.

Slechtere impulscontrole houdt in dat iemand minder goed is in het onderdrukken van een automatische reactie. In het echte leven kan men



Figuur 1. Verdeling van de SCIL-totalscores (a) en IQ-scores (verkorte test) (b) onder de jongvolwassen reclasseringscliënten. In grafiek a zijn de IQ-scores van de deelnemers (in balken) weergegeven ten opzichte van de IQ-verdeling in de algemene bevolking (zwarte lijn). In grafiek b is de verdeling van de SCIL-scores weergegeven voor de deelnemers. In beide grafieken geeft de stippellijn de cut-off voor een score passend bij LVB.

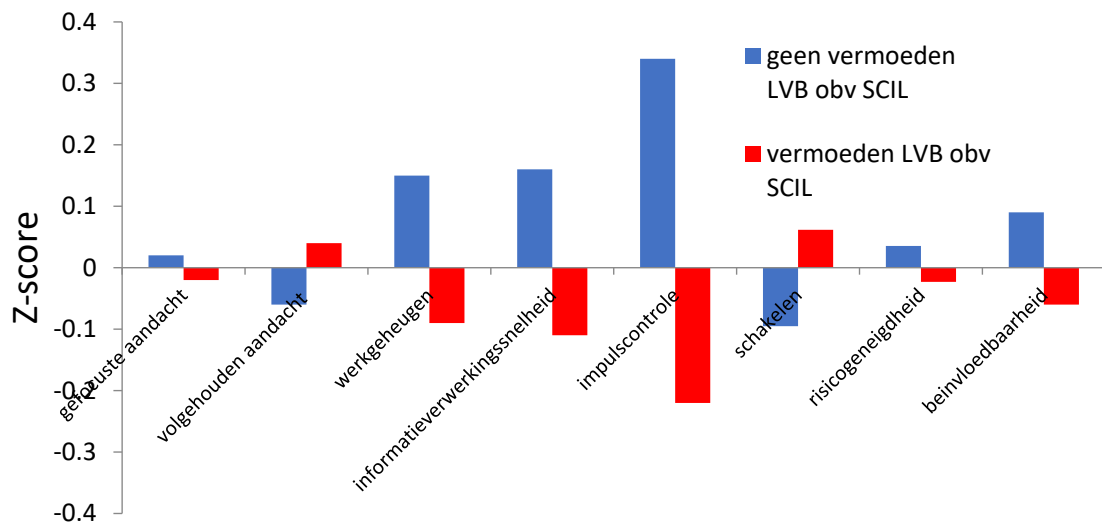
hierbij denken aan iemand die automatisch (sneller) agressief reageert, vooral als er ook sprake is van druk, bijvoorbeeld door ervaren stress, frustratie of uitlokking. Als diegene ook een LVB heeft is het nog moeilijker om de agressieve reactie te onderdrukken en een niet-agressieve reactie aan te leren. Ook uit veel eerder onderzoek blijken er problemen met impulscontrole bij personen met antisociaal gedrag (Ogilvie et al., 2011), adolescenten met een LVB (Bexkens et al., 2014) en kinderen met zowel een LVB als gedragsproblemen (Schuiringa et al., 2017) te zijn.

verbeteren van impulscontrole bij justitiabelen. Voorbeelden zijn de Training Agressie Controle (TACT) en de Cognitieve Vaardigheidstraining (CoVa 2.0) die beide een variant hebben gericht op reclasseringscliënten met een LVB.

Neuropsychologische profielen

Resultaten

Omdat de reclasseringscliënten onderling zo sterk verschillen, is verkend of er binnen de groep reclasseringscliënten verschillende 'neuropsychologische profielen' kunnen wor-



Figuur 2. Neuropsychologische kenmerken van de jongvolwassen reclasseringscliënten. Een hogere z-score indiceert een beter functioneren. Een positieve score, bijvoorbeeld dat de groep 'geen vermoeden LVB obv SCIL' hoger scoort op impulscontrole dan de groep 'vermoeden LVB obv SCIL' houdt in dat degenen zonder vermoeden van een LVB betere impulscontrole hebben. Ook voor de laatste twee factoren geldt dat de groep 'geen vermoeden LVB obv SCIL' minder risicogeneigd is en minder beïnvloedbaar is dan de groep 'vermoeden LVB obv SCIL'.

Implicaties voor de (reclasserings)praktijk

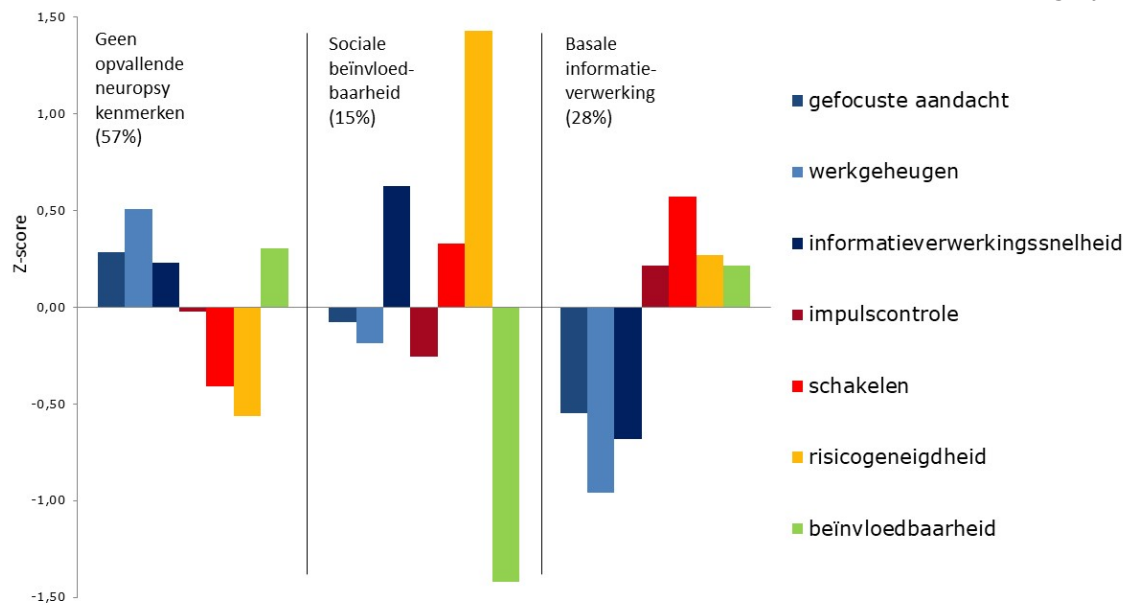
Omdat uit de literatuur blijkt dat impulscontroleproblemen veel voorkomen onder personen met antisociaal gedrag betekent dit voor de praktijk dat het bij reclasseringscliënten nuttig kan zijn rekening te houden met mogelijke gebrekkige impulscontrole en in het geval van een LVB hier extra alert op te zijn. Omdat het een bekend fenomeen is, zijn er al relatief veel interventies die zich mede richten op het

den onderscheiden (het patroon van scores op de verschillende neuropsychologische testen). Uit deze verkennende analyse komen drie neuropsychologische profielen naar voren: een profiel dat wijst op moeite met basale informatieverwerking (28% van de onderzochte reclasseringscliënten), een profiel gekenmerkt door gevoeligheid voor sociale beïnvloeding (15%) en een profiel dat geen opvallende neuropsychologische kenmerken laat zien

(56%). Er waren geen significante verschillen in het relatieve aantal personen met een vermoedelijke LVB op basis van de SCIL of in de mate van zelfredzaamheid tussen de profielen. In Figuur 3 zijn de gemiddelde prestaties op de neuropsychologische taken per profiel weer gegeven.

interessant te onderzoeken of sommige profielen verhoudingsgewijs bestaan uit veel mensen met een vermoedelijke LVB.

Wat de verkenning in ieder geval wél aantoont, is dat er binnen de groep jongvolwassen reclasseringscliënten verschillende profielen kunnen worden onderscheiden. Dergelijke



Figuur 3. Weergave van de neuropsychologische profielen onder jongvolwassen reclasseringscliënten. Deze figuur toont de gemiddelde scores van de drie profielen op de individuele neuropsychologische testen. Een hogere z-score indiceert beter functioneren.

Implicaties voor de (reclasserings)praktijk

Er zijn grote verschillen tussen individuen in prestaties op de neuropsychologische taken, zowel binnen de groep reclasseringscliënten waarbij een vermoeden van een LVB bestaat als binnen de groep waarbij zo'n vermoeden er niet is. Mogelijk dat neuropsychologische profielen meer inzicht kunnen bieden in specifieke mogelijkheden en beperkingen dan een indeling op basis van een vermoeden van een LVB. Vanwege de kleine steekproef kunnen de drie profielen in de huidige resultaten het beste beschouwd worden als voorbeelden van welke profielen er onder de reclasseringscliënten zouden kunnen zijn. Vervolgonderzoek in een grotere steekproef is nodig om aan te tonen of ook dan deze, of vergelijkbare, profielen kunnen worden onderscheiden. Daarnaast is het

profielen zijn relevant met het oog op gepersonaliseerde begeleiding en interventietoewijzing. Ook kunnen ze helpen bij het ontwikkelen van meer persoonsgerichte interventies. Zo zou het voor de begeleiding van reclasseringscliënten met basale informatieverwerkingsproblemen nuttig zijn om met die beperking rekening te houden in de begeleiding, bijvoorbeeld door korte gesprekken te plannen, één boodschap per gesprek te behandelen en de cliënt te vragen de belangrijkste punten te herhalen. Bij reclasseringscliënten die sociaal beïnvloedbaar blijken, is het aan te bevelen om positieve invloeden te versterken, bijvoorbeeld door iemand uit het sociale netwerk met een positieve invloed te betrekken of een mentor of buddy voor diegene te zoeken.

Vervolgonderzoek is nodig

Alvorens neuropsychologische factoren in de praktijk toe te kunnen passen, is replicatie van de bevindingen uit dit onderzoek in een grotere steekproef noodzakelijk. Wellicht dat er dan duidelijkere verschillen tussen reclasseringscliënten met en zonder een vermoedelijke LVB naar voren komen. Ook zou kunnen worden nagegaan of de hier gevonden profielen in een grotere populatie ook worden geïdentificeerd. Voor deze profielen kunnen dan handreikingen voor bejegening en interventietoewijzing worden opgesteld, die eventueel op individueel niveau op maat kunnen worden gemaakt.

Om een goed beeld te krijgen van de neuropsychologische kenmerken van reclassanten is het van belang hen te vergelijken met niet-justitiële controlegroepen met en zonder een vermoeden van een LVB. Zo viel het verscheidene onderzoekers op dat personen met een LVB en gedragsproblemen of crimineel gedrag, betere neuropsychologische prestaties laten zien dan LVB-controlegroepen zonder gedragsproblemen (Bexkens, 2013; Van der Molen, 2009; Langdon, Clare, & Murphy, 2011). Mogelijk komen de cognitieve problemen van een deel van de justitiële LVB-populatie voort uit de sociale context waarin ze zijn opgegroeid. Vanwege vroege delinquentie zijn zij wellicht eerder uit het onderwijs uitgestroomd en hebben hierdoor minder cognitieve vaardigheden opgedaan. Dit kan leiden tot een lagere score op IQ-tests of de SCIL dan wat te verwachten zou zijn op basis van de potentiële cognitieve capaciteiten. Ook bestaat de mogelijkheid dat dezelfde onderliggende neuropsychologische problematiek ten grondslag ligt aan zowel de cognitieve problemen als de antisociale gedragsproblemen (Platje et al., 2019).

Neuropsychologische problemen in relatie tot sociale informatieverwerking en sociaal-emotionele ontwikkeling zijn belangrijke thema's voor nader onderzoek. Er zijn aanwijzingen dat problemen met de sociale informatieverwerking het mechanisme kunnen vormen dat zorgt dat neuropsychologische problemen kunnen leiden tot antisociaal en crimineel gedrag (Van

Rest et al., 2018). De sociaal-emotionele ontwikkeling is een belangrijk aandachtspunt bij personen met een LVB. De sociaal-emotionele ontwikkeling kan ook weer samenhangen met bijvoorbeeld verminderde gedragsregulatie (MEE Zuid-Holland Noord, 2015). Wij verwachten dat wanneer met dergelijke verbanden rekening kan worden gehouden in bejegening op maat, de kans groter is dat een reclasseringstraject succesvol verloopt.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Berg, E. A. (1948). A simple objective technique for measuring flexibility in thinking. *The Journal of General Psychology*, 39(1), 15-22. DOI: 10.1080/00221309.1948.9918159
- Bexkens, A. (2013). *Risk-taking in adolescents with mild-to-borderline intellectual disability and/or behavior disorder: An experimental study of cognitive and affective processes*. Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- Bexkens, A., Ruzzano, L., Collot d'Escury-Koenigs, A. M. L., Molen, M. W. van der, & Huizenga, H. M. (2014). Inhibition deficits in individuals with intellectual disability: A meta-regression analysis. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(1), 3-16. DOI: 10.1111/jir.12068
- Bexkens, A., Huizenga, H. M., Neville, D. A., Collot d'Escury-Koenigs, A. M. L., Bredman, J. C., Wagemaker, E., & Molen, M. W. van der (2018). Peer-influence on risk-taking in male adolescents with mild to borderline intellectual disabilities and/or behavior disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(3), 543-555. DOI: 10.1007/s10802-018-0448-
- Fassaert, T., Lauriks, S., Weerd, S. van de, Theunissen, J., Kikkert, M., Dekker, J., .. & Wit, M. de (2014). Psychometric properties of the Dutch version of the self-sufficiency matrix (SSM-D). *Community Mental Health Journal*, 50(5), 583-590.
- Kaal, H. L. (2016). *Notitie: Prevalentie licht verstandelijke beperking in het justitiedomein*. Leiden: Hogeschool Leiden.

- Kaal, H. L., Negenman, A. M., Roeleveld, E., & Embregts, P. J. C. M. (2011). *De problematiek van gedetineerden met een lichte verstandelijke beperking in het gevangeniswezen*. Tilburg: Universiteit van Tilburg
- Kaal, H. L., Nijman, H. L. I., & Moonen, X. M. H. (2013). *Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking bij volwassenen van achttien jaar en ouder: Handleiding*. Amsterdam: Hogrefe.
- Langdon, P. E., Clare, I. C. H., & Murphy, G. H. (2011). Moral reasoning theory and illegal behaviour by adults with intellectual disabilities. *Psychology, Crime & Law*, 17(2), 101-115. DOI: 10.1080/10683160903392384
- Lejuez, C. W., Read, J. P., Kahler, C. W., Richards, J. B., Ramsey, S. E., Stuart, G. L., ... Brown, R. A. (2002). Evaluation of a behavioral measure of risk-taking: The Balloon Analogue Risk Task (BART). *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 8(2), 75-84. DOI: 10.1037//1076-898X.8.2.75
- Molen, M. J. van der (2009). *Working memory in children with mild intellectual disabilities: Abilities and training potential*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Rest, M. M. van, Embregts, P. J. C. M., Vriens, A., Oostermeijer, S., Bokhoven, I. van, & Matthys, W. (2017). Executive functions and social information processing in adolescents with severe behavior problems. *Child Neuropsychology*, 23(2), 228-241. DOI: 10.1080/09297049.2015.1108396
- Nieuwenhuijzen, M. van (2010). *De (h)erkenning van jongeren met een lichte verstandelijke beperking*. Amsterdam: Uitgeverij SWP Amsterdam
- MEE Zuid-Holland Noord. (2015). *LVB-ers die uit balans zijn. Hoe herken je ze, hoe ga je ermee om?* (Whitepaper). Geraadpleegd 1 juli 2019 van: www.meezhn.nl/wp-content/uploads/2018/11/whitepaper-lvb.pdf
- Ogilvie, J. M., Stewart, A. L., Chan, R. C. K., & Shum, D. (2011). Neuropsychological measures of executive function and antisocial behavior: A meta-analysis. *Criminology*, 49(4), 1063-1107. DOI:10.1111/j.1745-9125.2011.00252.x
- Petrides, M., & Milner, B. (1982). Deficits on subject-ordered tasks after frontal- and temporal-lobe lesions in man. *Neuropsychologia*, 20(3), 249-262. DOI: 10.1016/0028-3932(82)90100-2
- Platje, E., Kooistra, M., Zaalberg, A., & Kogel, C. H. de (2019). *Neuropsychologie en licht verstandelijke beperking: Een pilotonderzoek bij jongvolwassenen onder reclasseringstoezicht*. Den Haag: WODC.
- Poort, R., Bosker, J., & Agema, M. (2011). De reclassering en licht verstandelijk beperkte cliënten. *PROCES*, 90(5), 262-273.
- Popma, A., & Doreleijers, T. (2019). *GAST! Wetenschap, beleid en praktijk; een blik op vijf jaar training en zorg voor multiprobleem jongvolwassenen en verslag van H.E.T. onderzoek naar de werkzaamheid van De Nieuwe Kans en andere interventies*. Rotterdam: Academische Werkplaats bij De Nieuwe Kans. Verkregen via <https://deverrebergen.nl/app/uploads/2019/05/MAGAZINE-Gast-AW-DNK.pdf>
- Rest, M. M. van, Matthys, W., Nieuwenhuijzen, M. van, Moor, M. H. M. van, Vriens, A., & Schuengel, C. (2018). Social information processing skills link executive functions to aggression in adolescents with mild to borderline intellectual disability. *Child Neuropsychology*, 25(5), 573-598. DOI: 10.1080/09297049.2018.1495186
- Sonneville, L. de (2014). *Handboek Amsterdamse Neuropsychologische Taken (ANT)*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M., ... & Shogren, K.A. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schuiringa, H., Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2017). Executive functions and processing speed in children with mild to borderline intellectual disabilities and externalizing behavior problems. *Child Neuropsychology*, 23(4), 442-462. DOI: 10.1080/09297049.2015.1135421
- Wechsler, D. (2012). *WAIS-IV-NL: Wechsler Adult Intelligence Scale--Nederlandstalige bewerking*. Amsterdam: Pearson.
- Wit, M. de, Moonen, X., & Douma, J. (2012). *Richtlijn effectieve interventies LVB*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB.

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. Vooralsnog 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 Hondenberg. De Hondenberg 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 Hondenberg 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-

Mercera, Vervoort-Snel, Kooijmans & Moonen *Kenmerken van residentieel opgenomen jeugdigen*

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 Hondenberg	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 transgenerationale 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 residentiële 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 residentiële zorg voor jeugdigen met een licht*

Mercera, Vervoort-Snel, Kooijmans & Moonen *Kenmerken van residentieel opgenomen jeugdigen*

- 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.

DE EFFECTIVITEIT VAN TAKE IT PERSONAL! EEN PROGRAMMA VOOR GEÏNDICEERDE PREVENTIE VAN MIDDELENGEBRUIK BIJ JONGEREN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING EN GEDRAGSPROBLEMEN¹

Esmée Schijven²
Daan Hulsmans³
Nadim Bex⁴
Joanneke VanDerNagel⁵
Jeroen Lammers⁶
Roy Otten⁷
Evelien Poelen⁸

Take it personal! is een programma om risicovol gebruik van alcohol, cannabis of harddrugs te beperken bij jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) en gedragsproblemen. Het programma is bedoeld voor jongeren met gebruik van experimenteel gebruik tot een milde stoornis in gebruik. *Take it personal!* houdt rekening met verschillende persoonlijkheidsprofielen (sensatie zoeken, impulsiviteit, angstgevoeligheid en negatief denken). In deze quasi-experimentele studie onderzochten we bij 66 deelnemers in (orthopedagogische) behandelinstellingen de effectiviteit van *Take it personal!*. Deelnemers lieten bij follow-up na drie maanden een afname zien in frequentie van middelengebruik en 'binge' drinken. *Take it personal!* blijkt daarmee een effectief geïndiceerd preventieprogramma voor middelengebruik bij jongeren met een LVB en gedragsproblemen te zijn.

Inleiding

Jongeren en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegeerdheid hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van problematisch middelenge-

bruik in vergelijking met hun leeftijdsgenoten zonder een beperking (Van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019). Middelengebruik komt veel voor bij jongeren met en zonder een LVB en zij verschillen niet significant in startleeftijd (Van

¹ Dit artikel is een bewerking van: Schijven, E. P., Hulsmans, D. H. G., VanDerNagel, J. E. L., Lammers, J., Otten, R. & Poelen, E. A. P. (2020). The effectiveness of an indicated prevention programme for substance use in individuals with mild intellectual disabilities and borderline intellectual functioning: Results of a quasi-experimental study. *Addiction*, Jul 17. doi: 10.1111/add.15156. Online ahead of print.

² Psycholoog i.o. GZ-psycholoog bij Levvel5 en promovendus bij Pluryn Research & Development en het Behavioural Science Institute aan de Radboud Universiteit.

³ Junior onderzoeker bij Pluryn Research & Development en het Behavioural Science Institute aan de Radboud Universiteit.

⁴ Junior onderzoeker bij Pluryn Research & Development.

⁵ Psychiater en onderzoeker bij Tactus Verslavingszorg, het Institute for Scientist-Practitioners in Addiction aan de Radboud Universiteit, Avelijn en de Faculteit Elektrotechniek, Wiskunde & Informatica, Human Media Interaction van de Universiteit Twente.

⁶ Programmamanager Jeugd bij het Trimbos-instituut.

⁷ Hoofd Research & Development bij Pluryn en Bijzonder hoogleraar aan het Behavioural Science Institute aan de Radboud Universiteit.

⁸ Senior onderzoeker bij Pluryn Research & Development en het Behavioural Science Institute aan de Radboud Universiteit (epoelen01@pluryn.nl).

Schijven, Hulsmans, Bex, VanDerNagel, Lammers, Otten & Poelen *De effectiviteit van Take it personal!*

Duijvenbode et al., 2015; To et al., 2014). De gevolgen van middelengebruik, zoals problemen bij het dagelijks functioneren op school, het werk of thuis, hebben echter meer impact op jongeren met een LVB dan op jongeren zonder een beperking (Didden et al., 2020; Van Duijvenbode et al., 2015). Met name de groep jongeren met een LVB en gedragsproblemen met complexe zorgvragen is kwetsbaar voor problematisch middelengebruik (Poelen et al., 2015). Verschillende risicofactoren, waaronder beperkte cognitieve en sociale vaardigheden, inhibitieproblemen, tekortkomingen in copingvaardigheden en gevoeligheid voor groepsdruk verklaren het verhoogde risico op problematisch middelengebruik bij jongeren met een LVB (Didden et al., 2020; Van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019). Er is daarom grote behoefte aan effectieve preventieprogramma's voor jongeren met een LVB om problematisch gebruik en stoornissen in middelengebruik te voorkomen (Didden et al., 2020; Van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019; Kiewik et al., 2017).

Jongeren met een LVB hebben echter slechts beperkt baat bij preventieprogramma's voor middelengebruik voor de algemene bevolking. Deze programma's zijn onvoldoende geschikt of minder toegankelijk voor deze groep. Daarnaast zijn programma's doorgaans beperkt aangepast aan het cognitieve niveau van jongeren met een LVB (Didden et al., 2020; Kiewik et al., 2017; Van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019; To et al., 2014). Er zijn enkele preventieprogramma's ontwikkeld voor jongeren met een LVB, maar hiervan is nog geen overtuigende effectiviteit in het verminderen van middelengebruik aangetoond (Van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019). Mogelijk komt dit doordat bestaande programma's vaak kort zijn en in onvoldoende mate rekening houden met de complexe aard van middelengebruik bij jongeren met een LVB. Bovendien zijn bestaande preventieprogramma's gericht op een heterogene groep jongeren met een LVB. Om de interventie zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij jongeren met een LVB, is een hoge mate van aanpassing aan individuele kenmerken

noodzakelijk (Kiewik et al., 2017). Het is daarom nodig dat programma's die effectief zijn bij jongeren zonder een LVB worden aangepast aan de behoeften en leerstijl van jongeren met een LVB.

Uit onderzoek blijkt dat preventieprogramma's, afgestemd op persoonlijkheidskenmerken, effectief zijn bij het verminderen van middelengebruik bij jongeren zonder een LVB (Conrod et al., 2013; Lammers et al., 2015; Mahu et al., 2015). Dit type programma wordt als de meest geschikte preventiestrategie gezien voor middelengebruik bij hoogrisicogroepen (Sher et al., 2000). Deze preventieprogramma's onderscheiden de volgende vier persoonlijkheidsprofielen: sensatie zoeken, impulsiviteit, angstgevoeligheid en negatief denken. Deze profielen zijn geassocieerd met riskant middelengebruik in de algemene populatie (Woicik et al., 2009; Sher et al., 2000) en bij jongeren met een LVB (Poelen et al., 2017). Bij deze persoonlijkheidsprofielen horen verschillende patronen en motieven voor middelengebruik, waardoor er verschillende problemen door gebruik kunnen ontstaan. Jongeren met externaliserende persoonlijkheidsprofielen (sensatie zoeken en impulsiviteit) zijn met name gevoelig voor de positieve bekrachtiging en de belonende effecten van middelen (Conrod et al., 2006). Jongeren met internaliserende persoonlijkheidsprofielen (angstgevoeligheid en negatief denken) gebruiken middelen voornamelijk als een emotie-regulerende strategie om met negatieve gevoelens om te gaan (Comeau et al., 2001; Cooper et al., 1995). Gezien deze verschillen is het belangrijk dat een interventie rekening houdt met deze unieke kenmerken van de afzonderlijke persoonlijkheidsprofielen.

Take it personal!

Take it personal! is een geïndiceerd preventieprogramma voor jongeren en jongvolwassenen (14-30 jaar) met een LVB en gedragsproblemen die middelen gebruiken (Schijven et al., 2014). Het programma is gebaseerd op de theoretische uitgangspunten van effectieve preventieprogramma's die gericht zijn op

persoonlijkheidsprofielen (Conrod et al., 2013; Lammers et al., 2015; Mahu et al., 2015). Het doel van Take it personal! is het verminderen van middelengebruik (alcohol, cannabis en harddrugs) bij jongeren met een risicovol persoonlijkheidsprofiel. Het gebruik kan variëren van experimenteel gebruik tot een milde stoornis in gebruik (zoals beschreven in de DSM-5; American Psychiatric Association, 2013).

Take it personal! bestaat uit vier verschillende interventies met eenzelfde opbouw, maar met verschillende materialen en (psychomotorische) oefeningen afgestemd op het specifieke persoonlijkheidsprofiel. Er zijn drie hoofdcomponenten: 1) psycho-educatie over het persoonlijkheidsprofiel en de wijze waarop dit gerelateerd is aan problematisch copinggedrag, 2) training van gedragscopingvaardigheden, en 3) training van cognitieve copingvaardigheden om te leren omgaan met gedachten en gedrag die gerelateerd zijn aan het persoonlijkheidsprofiel en die resulteren in problematisch gedrag. Hierbij wordt gebruik gemaakt van motiverende gespreksvoering (MGV), cognitieve gedragstherapie (CGT) en psychomotorische therapie (PMT). MGV is een methode waarbij de intrinsieke motivatie voor gedragsverandering uitgelokt wordt door de hulpverlener en CGT is gericht is op het veranderen van disfunctionele gedachte- en gedragspatronen. MGV en CGT zijn de meest effectieve methodes om middelengebruik te verminderen bij jongeren zonder een beperking (Davis et al., 2015; Smedslund et al., 2011) en in aangepaste vorm zijn deze therapievormen ook effectief bij jongeren met een LVB (Frielink & Embregts, 2013; Vereenoghe & Langdon, 2013). PMT is een veel gebruikte therapievorm bij jongeren met een LVB waarbij de nadruk ligt op lichaamservaring en beweging. Onderzoek naar PMT laat veelbelovende resultaten zien bij interventies voor gedragsverandering voor jongeren met een LVB (Bellemans et al., 2019).

Take it personal! bestaat uit vijf groepssessies van 45 minuten en vijf individuele sessies van 30 minuten binnen een tijdspanne van zes weken. De sessies worden gegeven door een ge-

dragswetenschapper en een psychomotorisch therapeut. Deze trainers krijgen voorafgaand aan de interventie een specifieke training over de achtergrond en inhoud van Take it personal! en therapeutische principes van CGT en MGV. Beide trainers geven de groepssessies samen en voor de individuele sessies worden de jongeren toegewezen aan één van beide trainers. Bij de individuele sessies nemen jongeren een vertrouwenspersoon mee (vaak is dit een begeleider uit het begeleidend team). Dit wordt gedaan om ervoor te zorgen dat de jongeren zich veilig en voorbereid voelen voor de groepssessies en om de generalisatie van de training naar het dagelijks leven te maximaliseren. Deelnemende jongeren stellen persoonlijke doelen op en maken een persoonlijk 'veranderplan' om met hun eigen probleemgedrag en middelengebruik om te gaan. Take it personal! wordt in meer detail beschreven in de interventiebeschrijving voor het Nederlands Jeugdinstituut ([website NJi](#)) en in een eerder verschenen artikel in dit tijdschrift (Schijven et al., 2016). Het doel van de huidige studie was het onderzoeken van de effectiviteit van Take it personal! in het verminderen van de frequentie en de ernst van middelengebruik (alcohol, cannabis en harddrugs) bij jongeren met een LVB.

Methoden

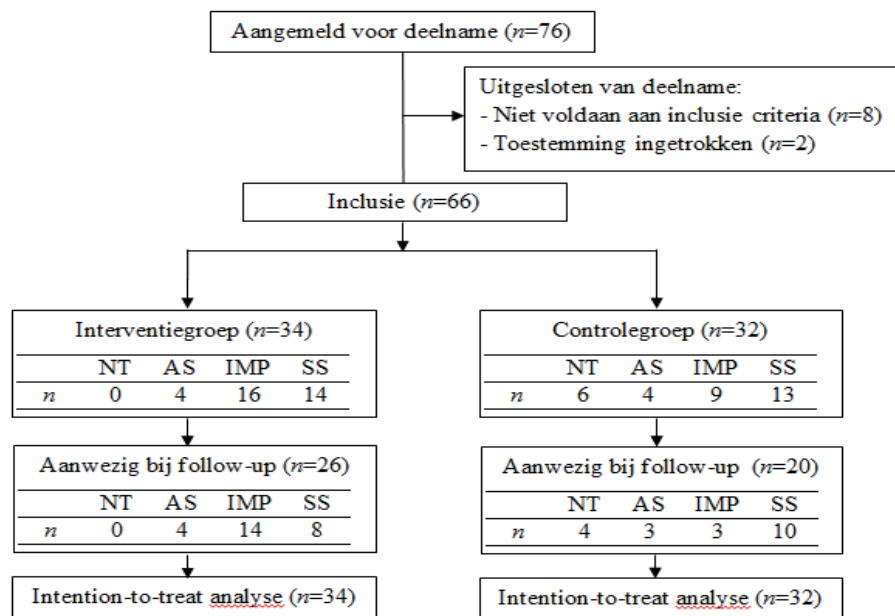
Procedure en participanten

De effectiviteit van Take it personal! werd onderzocht met een quasi-experimentele studie met een interventiegroep en een controlegroep. In totaal werden 76 jongeren met een LVB uit 14 behandelcentra in Nederland, gespecialiseerd in intra- en extramurale zorg voor jongeren met een LVB en gedragsproblemen benaderd voor deelname. Potentiële deelnemers voor dit onderzoek werden uitgenodigd voor deelname door hun eigen behandelaar. Inclusiecriteria voor deelname waren: 1) de jongere gebruikt alcohol, cannabis of harddrugs, 2) de jongere behoort tot één van de vier persoonlijkheidsprofielen. Een contra-indicatie was een matige tot ernstige stoornis in het gebruik van middelengebruik volgens de DSM-5 (American Psychiatric Association,

Schijven, Hulsmans, Bex, VanDerNagel, Lammers, Otten & Poelen *De effectiviteit van Take it personal!*

2013), omdat deze problematiek intensievere behandelingsprogramma's vereisen (McHURGH et al., 2010). In totaal werden 66 jongeren uit 11 behandelcentra geïnccludeerd. Bij alle deelnemers werden het middelengebruik en het persoonlijkheidsprofiel vastgesteld met behulp van zelfrapportage vragenlijsten met pictogrammen en afbeeldingen op een iPad. Met behulp van zorgdossiers werd informatie over het IQ (op basis van WAIS of WISC) van jongeren verzameld. Gebruikte dossiers bevatten recente en relevante informatie over de deelnemers (niet ouder dan ongeveer twee jaar).

teria voor impulsiviteit en 4 aan de criteria voor angstgevoeligheid. Negatief denken kwam niet voor. In de controlegroep voldeden 13 jongeren aan de criteria voor sensatie zoeken, 9 aan de criteria voor impulsiviteit, 4 aan de criteria voor angstgevoeligheid en 6 aan de criteria voor in negatief denken (Figuur 1). Deelnemers namen binnen hun eigen behandelcentrum deel aan Take it personal!. In totaal waren er acht groepen van drie tot vier jongeren. Deelnemers in de controlegroep kregen 'care as usual' en waren vrij om aan andere programma's en/of therapieën deel te nemen. Care as usual was



Figuur 1. Stroomdiagram van het aantal deelnemers in de interventie- en controlegroep.

Noot. NT: negatief denken (negative thinking); AS: angstgevoeligheid (anxiety sensitivity); IMP: impulsiviteit; SS: sensatie zoeken.

De deelnemers hadden een gemiddelde leeftijd van 17.45 jaar (sd = 2.76) en een totaal IQ van gemiddeld 73.68 (sd = 7.92). Een onafhankelijke onderzoeker wees de jongeren toe aan de interventie- of de controlegroep op basis van het aantal deelnemers, hun behandelcentrum en hun persoonlijkheidsprofiel. In de interventiegroep voldeden 14 jongeren aan de criteria voor het profiel sensatie zoeken, 16 aan de cri-

niet gestandaardiseerd of geprotocolleerd en kon bestaan uit het behandel aanbod van de eigen instelling of een instelling voor verslavingszorg. Mogelijk hebben deelnemers in de controlegroep deelgenomen aan programmatische of geprotocolleerde interventies voor middelengebruik, maar het aanbod hiervoor is beperkt. Echter, informatie hierover is niet per deelnemer gerapporteerd. Deelnemers in

de interventie- en controlegroep verschilden niet significant van elkaar in leeftijd en IQ. Wel waren er significant minder mannen in de interventiegroep (59%) dan in de controlegroep (84%).

Verzamelde gegevens voor deze studie werden anoniem verwerkt en jongeren en ouders (of wettelijke vertegenwoordigers) gaven schriftelijk toestemming voor deelname aan het onderzoek. Voor elke meting ontvingen de deelnemers een cadeaubon van € 5. Gegevens werden verzameld tussen januari 2015 en april 2017. De ethische commissie van de Radboud Universiteit keurde deze studie goed (ECSW2015-0903-303) en de trial werd geregistreerd in het Nederlands Trial Register (NTR5037; 15 april 2015).

Meetinstrumenten

Persoonlijkheidsprofielen

Het persoonlijkheidsprofiel van jongeren werd bepaald op basis van de hoogste score die de jongeren behaalden op de Substance Use Risk Profile Scale (SURPS; Woicik et al., 2009). De SURPS bestaat uit 23 items met een 4-puntschaal die varieerde van (1) 'helemaal mee eens' tot (4) 'helemaal mee oneens'. Sensatie zoeken werd gemeten met zes items, waaronder: 'Ik maak graag nieuwe en spannende dingen mee'. Impulsiviteit werd gemeten met vijf items, waaronder: 'Meestal doe ik iets zonder eerst na te denken'. Angstgevoeligheid werd gemeten met vijf items, waaronder: 'Ik word bang als ik iets vreemds in mijn lichaam voel'. Negatief denken werd gemeten met zeven items, waaronder: 'Ik voel me fijn'. Om de SURPS aan te passen voor jongeren met een LVB, werd de formulering van sommige items vereenvoudigd en werden antwoordopties aangevuld met pictogrammen van een duim omhoog en een duim omlaag. De SURPS is gevalideerd voor gebruik bij jongeren met een LVB (Poelen et al., 2017). In de huidige steekproef vertoonde de SURPS een acceptabele interne consistentie, met Cronbach's α 's van .67 voor sensatie zoeken, .62 voor impulsiviteit, .71 voor angstgevoeligheid en .87 voor nega-

tief denken. Deze Cronbach's α 's komen overeen met de interne consistentie van SURPS subschalen in steekproeven van jongeren zonder een LVB (Krank et al., 2011; Newton et al., 2015). In het algemeen wordt een Cronbach's α van ≥ 0.70 aanbevolen, maar voor schalen met minder dan 10 items is een Cronbach's α van ≥ 0.60 een acceptabele indicator van interne consistentie (Krank et al., 2011; Loewenthal, 1996). Wanneer een jongere hoog scoorde op meer dan één persoonlijkheidsprofiel, werd in overleg met de behandelaar bepaald vanuit welk profiel het middelengebruik het meest verklaard kon worden.

Frequentie van middelengebruik

De Substance Use and Misuse in Intellectual Disability Questionnaire (SumID-Q; VanDerNagel et al., 2011) werd gebruikt om de frequentie van middelengebruik bij baseline en follow-up (na drie maanden) te meten. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen alcohol, cannabis en harddrugs. De jongeren beantwoordden de vragen 'Hoe vaak drink je alcohol / rook je wiet / gebruik je harddrugs?' met antwoordcategorieën (1) 'nooit', (2) 'minder dan één keer per maand', (3) 'elke maand', (4) 'elke week' en (5) 'bijna elke dag'.

Ernst van middelengebruik

Om de ernst van middelengebruik te beoordelen, werden de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Babor et al., 2001) en de Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT; Berman et al., 2003) gebruikt zoals opgenomen in de SumID-Q. De AUDIT en de DUDIT bestaan uit een somscore van 10 items met 5 antwoordcategorieën: (1) 'nooit', (2) 'minder dan één keer per maand', (3) 'elke maand', (4) 'elke week', (5) 'bijna elke dag'. De items hebben betrekking op de frequentie en hoeveelheid van gebruik, symptomen van afhankelijkheid van de middelen en problemen door gebruik. Een voorbeelditem is: 'Hoe vaak kun je niet stoppen met drinken / drugsgebruik?'. De AUDIT en DUDIT bleken toepasbaar te zijn bij mensen met een LVB (Van Duijvenbode et al., 2016). In de huidige steekproef vertoonden zowel AUDIT als DUDIT een goede interne

Schijven, Hulsmans, Bex, VanDerNagel, Lammers, Otten & Poelen *De effectiviteit van Take it personal!*

consistentie, met Cronbach's α 's van .75 voor de AUDIT en .81 voor de DUDIT.

'Binge' drinken

De frequentie van 'binge' drinken werd beoordeeld met een item uit de AUDIT (Babor et al., 2001) van de SumID-Q (Bermans et al., 2003). De jongeren beantwoordden de vraag: 'Hoe vaak drink je meer dan zes glazen bij één gelegenheid?' De antwoordcategorieën varieerden van (1) 'nooit' tot (5) 'bijna elke dag'.

Analyses

Multilevel regressie-analyses werden uitgevoerd om de effectiviteit van Take it personal! in het verminderen van frequentie van middelengebruik, ernst van middelengebruik en 'binge' drinken te toetsen. Hierbij werd voor elke deelnemers het meest gebruikte of problematische middel vastgesteld en vergeleken bij baseline en follow-up (na drie maanden). In de multilevel regressiemodellen zijn tijd, conditie en de interactie tussen tijd \times conditie opgenomen als fixed effects. Het interventie-effect is het effect van tijd \times conditie op frequentie van mid-

delengebruik, ernst van middelengebruik en 'binge' drinken. In de multilevel regressiemodellen wordt gecontroleerd voor dataclustering binnen - en daarmee ook voor verschillen op voormeting tussen - individuen, behandelcentra en geslacht. De statistische analyses staan nader beschreven in een Engelstalige publicatie over de effectiviteit van Take it personal! (Schijven et al., 2020).

Resultaten

Middelengebruik bij baseline

In de totale steekproef bleek 24% van de deelnemers bij de baseline frequent (wekelijks of dagelijks) alcohol te gebruiken. Daarnaast gebruikte 41% wekelijks of dagelijks cannabis en 20% gebruikte wekelijks of dagelijks hard drugs. In totaal gebruikte 23% van de jongeren wekelijks of dagelijks meer dan één middel. Er waren geen verschillen tussen de interventie- en controlegroep met betrekking tot frequentie en ernst van middelengebruik, wel kwam 'binge' drinken vaker voor in de interventiegroep dan in de controlegroep (χ^2 (52.24) = 3.02, p = 0.004; Tabel 1).

Tabel 1. Demografische kenmerken en middelengebruik op de baseline (T0) (gemiddelde (SD)).

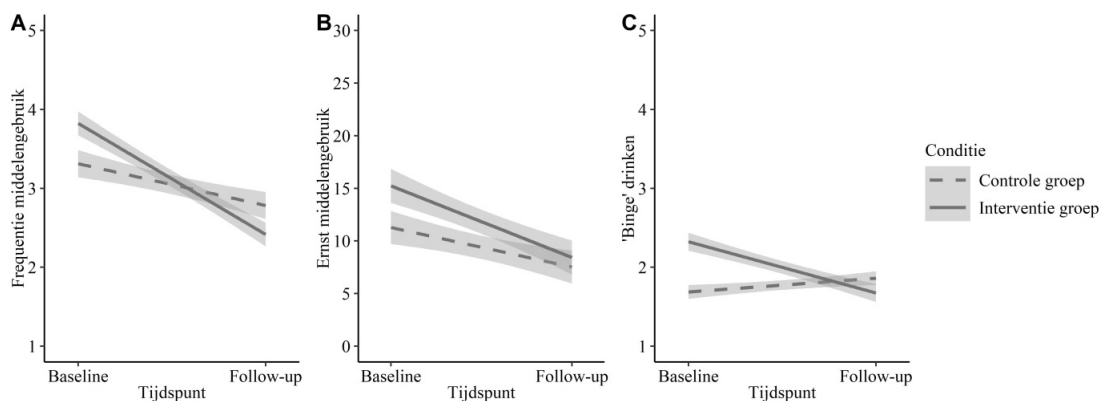
	Totaal (n = 66)	Interventiegroep (n = 34)	Controle groep (n = 32)	t / χ^2	df	p
Leeftijd	17,45 (2,76)	17,21 (2,67)	17,72 (2,88)	-0,75	64	,455
Totaal IQ	73,68 (7,92)	72,39 (9,13)	74,85 (6,91)	0,94	30,86	,329
Geslacht (man, n %)	47 (71%)	20 (59%)	27 (84%)	0,20	1	,043*
Frequentie	3,58 (1,10)	3,82 (1,05)	3,31 (1,09)	0,16	64	,058
Ernst	13,32 (8,22)	15,24 (8,63)	11,28 (7,35)	2,13	64	,050
'Binge' drinken	2,02 (0,92)	2,32 (1,06)	1,67 (0,60)	3,02	52,24	,004**

Noot. * p < .05. ** p < .01.

Interventie-effecten

Figuur 2 geeft de interventie-effecten weer. In de interventiegroep was er sprake van een grotere afname van de frequentie van middelengebruik dan in de controlegroep ($F(1, 50.43) = 9.27, p = 0.004$). Eveneens was er een grotere afname in 'binge' drinken onder de jongeren in de interventiegroep vergeleken met de jongeren in de controlegroep ($F(1, 48.02) = 8.63, p = 0.005$). Voor de ernst van middelengebruik werden over tijd geen verschillen gevonden tussen de interventie- en controlegroep ($F(1, 42.09) = 2.20, p = 0.145$).

Een mogelijke verklaring voor het uitblijven van effect op de ernst van gebruik is de korte follow-up-duur in combinatie met de keuze voor het meetinstrument. Ernst van gebruik op basis van de AUDIT en de DUDIT, wordt – naast frequentie – vastgesteld op basis van symptomen van afhankelijkheid en problemen door gebruik. Een deel van deze problemen kan bij een kortere periode van verminderd gebruik nog niet verdwenen zijn. Daarnaast is de referentieperiode voor AUDIT en DUDIT een jaar. Hierdoor kunnen gevolgen van gebruik vóór de interventie nog resulteren in een verhoogde ernstscore na de interventie.



Figuur 2. Interventie-effecten *Take it personal!* (N=66).

Noot. A) frequentie van middelengebruik, B) ernst van middelengebruik en C) 'binge' drinken. Het grijze gebied geeft het 95% betrouwbaarheidsinterval weer.

Conclusie

In deze studie onderzochten we de effectiviteit van *Take it personal!*, een geïndiceerd preventieprogramma voor middelengebruik bij jongeren met een LVB en gedragsproblemen. Resultaten laten interventie-effecten zien voor frequentie van middelengebruik en 'binge' drinken, maar niet voor ernst van middelengebruik. De gevonden interventie-effecten komen overeen met de effectiviteitsstudies van preventieprogramma's voor middelengebruik gericht op persoonlijkheids-profielen bij jongeren zonder een beperking (o.a. Conrod et al., 2013; Mahu et al., 2015; Newton et al., 2018).

Beperkingen van deze studie

Onze conclusies moeten in het licht worden gezien van enkele beperkingen. Ten eerste konden de deelnemers niet volledig willekeurig worden toegewezen aan de interventie- en controlegroep, omdat zij werden ingedeeld op basis van het behandelcentrum waar ze behandeld werden. Dit, om deelnemers laagdrempelige hulp in de vertrouwde setting te bieden. Ontbreken van willekeurige toewijzing kan de resultaten hebben beïnvloed. Ten tweede waren in het huidige onderzoek de persoonlijkheidsprofielen sensatie zoeken en impulsief gedrag oververtegenwoordigd. Jon-

Schijven, Hulsmans, Bex, VanDerNagel, Lammers, Otten & Poelen *De effectiviteit van Take it personal!*

geren in onze steekproef behaalden vaak hoge scores op meer dan één persoonlijkheidsprofiel en in de meeste gevallen werd middelengebruik toegeschreven aan de externaliserende profielen, omdat internaliserende profielen mogelijk minder opvielen. Trainers speculeerden dat jongeren met deze profielen minder gemotiveerd zijn om deel te nemen aan een preventieprogramma en een effectiviteitsstudie. Onderzoek laat zien dat angstgevoeligheid of depressie invloed heeft op motivatie in het algemeen en meer specifiek op motivatie voor deelname aan interventies. Dit lijkt te komen door verschillende cliënt-gerelateerde factoren zoals attitude en overtuigingen ten aanzien van de problematiek (Lingam & Scott, 2002). Mogelijk is dit een verklaring waarom jongeren met de profielen angstgevoeligheid of negatief denken minder vertegenwoordigd zijn in onze studie. Ten derde is in dit onderzoek het geplande aantal deelnemers niet bereikt (140 zoals omschreven in het studieprotocol (Schijven et al., 2015)). Deze beperking heeft echter geen gevolgen gehad voor de aangevoerde effecten. We hadden beoogd een middelgroot effect aan te tonen met 140 deelnemers. Dit middelgroot effect hebben we ook kunnen aantonen met 66 deelnemers (zie Schijven et al., 2020 voor meer details over statistische power). Moeilijkheden in de werving van deelnemers in studie waren gerelateerd aan de complexiteit van jongeren met een LVB en gedragsproblemen. Deze jongeren hebben vaak behoefte aan interventies voor meerdere problemen naast middelengebruik, zoals gedragsproblemen en trauma. De timing van de interventie is cruciaal met betrekking tot de motivatie, bereidheid tot verandering en therapietrouw. De interventiegroepen bij Take it personal! werden samengesteld op basis van persoonlijkheidsprofielen. Het kwam regelmatig voor dat de timing voor meerdere jongeren juist was om te beginnen met Take it personal!, maar dat persoonlijkheidsprofielen niet overeenkwamen met als gevolg dat interventiegroepen niet konden beginnen. Bovendien konden bij een aantal deelnemers geen follow-up-metingen worden uitgevoerd, omdat ze weggingen van het behandelcentrum of

gewoonweg niet gemotiveerd waren om vervolgvragenlijsten in te vullen. Ten vierde zijn er in het huidige onderzoek alleen interventie-effecten op korte termijn onderzocht. Er zijn wel vervolgmetingen uitgevoerd op 6 en 12 maanden na de afronding van het programma, maar helaas waren de uitvalpercentages te hoog om conclusies te trekken over de langetermijneffecten van de interventie. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op de langetermijneffecten van Take it personal!.

Tot besluit

Take it personal! lijkt te voldoen aan de grote behoefte aan effectieve preventieprogramma's voor middelengebruik in behandelingscentra voor de hoog-risicodoelgroep van jongeren met een LVB. Het programma komt tegemoet aan de individuele behoeften van de jongeren die behoren tot deze complexe doelgroep door een gepersonaliseerd preventieprogramma aan te bieden. De aanpak van Take it personal! versterkt het zorgaanbod om middelengebruik bij jongeren met een LVB te verminderen en in te grijpen voordat stoornissen in het gebruik van middelengebruik ontstaan.

Deze studie werd financieel ondersteund door Fonds NutsOhra (project 1402-061). De auteurs danken Tessa Straub en Anniek Klijn Velderman voor hun bijdrage bij het werven van de deelnemers en het verzamelen van de gegevens. Grote dank gaat uit naar deelnemende jongeren, trainers en andere betrokkenen van Ambiq, Avelijn, Groot Emaus, Ipse de Bruggen, Idris, Middin, Pameijer, Plury en Prisma.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington DC: Author.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care*. Geneva: World Health Organization.
- Bellemans, T., Didden, R., Busschbach, J. T. van, Hoek P. T., Scheffers, M., Lang, R. B., & Lindsay,

- W. R. (2019). Psychomotor therapy targeting anger and aggressive behaviour in individuals with mild or borderline intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research, 44*(1), 121-130.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2003). *DUDIT: The drug use disorders identification test: MANUAL*. Stockholm: Karolinska Institute.
- Comeau, N., Stewart, S. H., & Loba, P. (2001). The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarettes and marijuana use. *Addictive Behaviors, 26*(6), 803-825.
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(5), 990-1005.
- Conrod, P. J., O'Leary-Barrett, M., Newton, N., Topper, L., Castellanos-Ryan, N., Mackie, C., & Girard, A. (2013). Effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program for adolescent alcohol use and misuse: A cluster randomized controlled trial. *JAMA Psychiatry, 70*(3), 334-342.
- Conrod, P. J., Stewart, S. H., Comeau, N., & Maclean, A. M. (2006). Efficacy of cognitive-behavioral interventions Targeting personality risk factors for youth alcohol misuse. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 35*(4), 550-563.
- Davis, M. L., Powers, M. B., Handelsman, P., Medina, J. L., Zvolensky, M., & Smits, J. A. (2015). Behavioral therapies for treatment-seeking cannabis users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Evaluation & the Health Professions, 38*(1), 94-114.
- Didden, R., VanDerNagel, J. E. L., Delforterie, M., & Duijvenbode, N. van (2020). Substance use disorders in people with intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry, 33*(2), 124-129. doi: 10.1097/YCO.0000000000000569.
- Duijvenbode, N. van, & VanDerNagel, J. E. L. (2019). A systematic review of substance use (disorder) in individuals with mild to borderline intellectual disability. *European Addiction Research, 25*(6), 263-282.
- Duijvenbode, N. van, VanDerNagel, J. E. L., Didden, R., Engels, R. C. M. E., Buitelaar, J. K., Kiewik, M., & Jong, C. A. J. de (2015). Substance use disorders in individuals with mild to borderline intellectual disability: *Current status and future directions. Research in Developmental Disabilities, 38*, 319-328.
- Duijvenbode, N. van, Didden, R., Korzilius, H. P., & Engels, R. C. M. E. (2016). The addicted brain: Cognitive biases in problematic drinkers with mild to borderline intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 60*(3), 242-253.
- Frielink, N., & Embregts, P. (2013). Modification of motivational interviewing for use with people with mild intellectual disability and challenging behaviour. *Research in Developmental Disabilities, 38*(4), 279-291.
- Krank, M., Stewart, S. H., O'Connor, R., Woicik, P. B., Wall, A., & Conrod, P. J. (2011). Structural, concurrent, and predictive validity of the substance use risk profile scale in early adolescence. *Addictive Behaviors, 36*, 37-46.
- Lammers, J., Goossens, F., Conrod, P., Engels, R., Wiers, R. W., & Kleinjan, M. (2015). Effectiveness of a selective intervention program targeting personality risk factors for alcohol misuse among young adolescents: Results of a cluster randomized controlled trial. *Addiction, 110*(7), 1101-1109.
- Lingam, R., & Scott, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105*(3), 164-172.
- Loewenthal, K. M. (1996). *An introduction to psychological tests and scales*. London: UCL Press.
- Kiewik, M., VanDerNagel, J. E. L., Engels, R. C. M. E., & Jong, C. A. J. de (2017). Intellectually disabled and addicted: A call for evidence based tailor-made interventions. *Addiction, 112*(11), 2067-2068.
- Mahu, I. T., Doucet, C., O'Leary-Barrett, M., & Conrod, P. J. (2015). Can cannabis use be prevented by targeting personality risk in schools? Twenty-four-month outcome of the adventure trial on cannabis use: A cluster-randomized controlled trial. *Addiction, 110*(10), 1625-1633.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics, 33*(3), 511-525.
- Newton, N. C., Barrett, E. L., Castellanos-Ryan, N., Kelly, E., Champion, K. E., Stapinski, L., Conrod,

Schijven, Hulsmans, Bex, VanDerNagel, Lammers, Otten & Poelen *De effectiviteit van Take it personal!*

- P. J., Slade, T., Nair, N., & Teesson, M. (2015). The validity of the substance use risk profile scale (SURPS) among Australian adolescents. *Addictive Behaviors, 25*, 23-30.
- Newton, N. C., Teesson, M., Mather, M., Champion, K. E., Barrett, E. L., Stapinski, L., Carragher, N., Kelly, E., Conrod, P. J., & Slade, T. (2018). Universal cannabis outcomes from the Climate and Preventure (CAP) study: A cluster randomised controlled trial. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy, 13*(1), 34.
- Poelen, E. A. P., Schijven, E. P., Otten, R., & Didden, R. (2017). Personality dimensions and substance use in individuals with mild to borderline intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 63*, 142-150.
- Poelen, E. A. P., Schijven, E. P., & Vermaes, I. (2015). De prevalentie van middelengebruik bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen in een orthopedagogisch behandelcentrum. *Onderzoek & Praktijk, 13*(1), 25-37.
- Schijven, E. P., Engels, R. C. M. E., Kleinjan, M., & Poelen, E. A. P. (2015). Evaluating a selective prevention program for substance use and comorbid behavioral problems in adolescents with mild to borderline intellectual disabilities: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry, 15*, 167. DOI: 10.1186/s12888-015-0563-1.
- Schijven, E. P., VanDerNagel, J. E. L., Engels, R. C. M. E., Lammers, J., & Poelen, E. A. P. (2016). 'Take it personal!' Een interventie voor het verminderen van middelengebruik en comorbide gedragsproblemen bij jongeren met een licht verstandelijke beperking. *Onderzoek & Praktijk, 14*(1), 7-17.
- Schijven, E. P., VanDerNagel, J. E. L., Lammers, J., & Poelen, E. A. P. (2014). *Trainershandleiding Take it personal! Een interventie voor middelengebruik en comorbide gedragsproblemen voor jongeren met een licht verstandelijke beperking*. Nijmegen: Pluryn.
- Schijven, E. P., VanDerNagel, J. E. L., Otten, R., Lammers, J., & Poelen, E. A. P. (2020). Take it personal!: Development and modelling study of an indicated prevention programme for substance use in adolescents with mild intellectual disabilities and borderline intellectual functioning. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. Advance online publication. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jar.12808>
- Sher, K. J., Bartholow, B. D., & Wood, M. D. (2000). Personality and substance use disorders: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 818-829.
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M. & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*(5), CD008063.
- To, W. T., Neiryck, S., Vanderplasschen, W., Vanheule, S., & Vandeveld, S. (2014). Substance use and misuse in persons with intellectual disabilities (ID): Results of a survey in ID and addiction services in Flanders. *Research in Developmental Disabilities, 35*(1), 1-9.
- VanDerNagel, J. E. L., Kiewik, M., Dijk, M. van, Jong, C. de, & Didden, R. (2011). *Handleiding SumID-Q, Meetinstrument voor het in kaart brengen van middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Deventer: Tactus.
- Vereenoghe, L., & Langdon, P. E. (2013). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities, 34*(11), 4085-4102.
- Woicik, P. A., Stewart, S. H., Phil, R. O., & Conrod, P. J. (2009). The substance use risk profile scale: A scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles. *Addictive Behaviors, 34*(12), 1042-1055.

INTERVIEW: AFSCHEID ALBERT PONSIOEN

*Annematt Collot d'Escury-Koenigs
Mariët van der Molen*

Albert Ponsioen is 20 jaar medewerker van het Landelijk Kenniscentrum LVB. Hij begeleidt er o.a. themagroepen, organiseert projecten en samenwerkingen en is sinds 2010 ook hoofdredacteur van LVB Onderzoek & Praktijk. Hij stopt per 1 december van dit jaar. Dit nummer is zijn laatste als hoofdredacteur, waarmee dan ook officieel zijn pensioen begint. Twee redactieleden van LVB Onderzoek & Praktijk, Mariët van der Molen (per 1 december 2020 hoofdredacteur) en Annematt Collot d'Escury, zochten Albert op.

Na afloop van het interview in zijn lommerrijke tuin in Polsbroek, wenst zijn vrouw, Esther ten Brink, ons lachend succes met het uitwerken van het gesprek: "Als Albert eenmaal praat...", voegt ze er aan toe. En ja, van een gestructureerd gesprek; vraag, antwoord, vraag, antwoord, kan met Albert nauwelijks sprake zijn. Dat is niet alleen zo omdat hij vol anekdotes zit; over een uitbundig dameskapsel dat hij op een congres ruïneerde met een dobbelsteen, een paard dat 's nachts gered moest worden uit een sloot, een man die in de jaren '80 met Albert in zijn Lelijke Eend meeliffte, zijn roze koeken opat, en vervolgens probeerde de auto om te duwen, etc. etc. Maar ook en vooral omdat hij een grote passie voor de zorg heeft en voor de waarde van wetenschappelijk onderzoek daarin. Hij is wat ons betreft, bij lange na niet aan zijn pensioen toe.

Je hebt in de jaren 70 klinische psychologie gestudeerd, waarom koos je voor die studie?

Een oom van mij zat bij de Werkgroep 2000 (een organisatie die zich o.a. bezighield met het opzetten en begeleiden van burgerparticipatieprojecten, red.). Hij meende dat de wereld naar de verdoemenis ging, en raadde mij daarom aan om Agologie te gaan studeren. Ik had geen idee wat dat was, vrijwel niemand overigens. Alleen op de VU wisten ze het. Het bleek een master van de opleiding Pedagogiek, gericht op veranderingsprocessen. Ik heb toen ongeveer twee maanden Pedagogiek gestudeerd, maar ik vond het zo vaag dat ik er mee gestopt ben. Daarna heb ik een jaar Sociologie gedaan. Maar dat was het ook niet. Ik heb toen maar voor Psychologie gekozen. Als ik nu opnieuw zou moeten kiezen, zou ik altijd voor een combinatie gaan: Psychologie én Wiskunde bv. Zodat je de complexe constructen die we binnen de psychologie proberen te begrij-

pen, in wiskundige modellen kunt vatten. Een beetje zoals Denny Borsboom op de UvA doet met netwerkmodellen. Dat soort modellen, daar moeten we naartoe. (De 3e stelling uit het proefschrift van Albert luidt: 'Latente Structuur Modellen verdienen een meer prominente rol in de psychologiestudie', red.). Ik ben nu ook een artikel aan het schrijven over verandermodellen samen met mijn zoon Boris, die binnen de theoretische natuurkunde aan het promoveren is. In de natuurkunde wordt gewerkt met modellen en processen om veranderingen te bestuderen. In de psychologie moeten we het doen met een mager beetje statistiek. Dat, terwijl de veranderingsprocessen bij mensen veel ingewikkelder zijn dan in de natuurkunde. (Misschien had die oom het toch bij het rechte eind met zijn advies aan Albert om veranderingsleer te gaan studeren, red.).

Na je opleiding heb je lang gewerkt als klinisch psycholoog, onder andere binnen de LVB-zorg. Daarnaast heb je altijd aan wetenschappelijk onderzoek gedaan. In 2001 ben je gepromoveerd aan de Universiteit van Amsterdam op cognitieve vaardigheden van jongeren met een LVB. Wat was de belangrijkste conclusie die je getrokken hebt op basis van jouw onderzoek?

Dat de kinderen onderling zo ontzettend van elkaar verschillen. Sommige presteerden beter op tests dan gemiddeld begaafde leeftijdsgenoten. Dan zei ik tegen de groepsleiding: "Hé, het inhibitievermogen van dat menneke, dat is goed hoor, dat zit zelfs boven het gemiddelde van de leeftijdsgroep." En werd ik hard uitgelachen, bleek dat die jongen zo ongeveer elke dag in de gordijnen hing. Dus goede diagnostiek vraagt niet alleen tests afnemen, zien wat een kind in zijn mars heeft, maar ook observeren, in gesprek gaan, uitgebreide diagnostiek dus. En letten op de interactie; hoe kan het dat een kind goed kan presteren op een inhibitietest, maar het in de leefgroep niet laat zien? Wat is de invloed van de omgeving, van de interactie met andere jongeren, met de groepsleiding? Ik denk dat veel diagnostisch onderzoek meer kwaad dan goeds heeft opgeleverd voor deze jongeren. Ze hebben al gefaald in het onderwijs en moeten vervolgens tests maken waarvan veel een beroep doen op schoolse vaardigheden. Dan doe je dus ook een beroep op faalemoties. Wat al helemaal niet kan, vind ik, is op basis van een simpele intelligentietest zeggen, dus op basis van één score: hij heeft een LVB. En dat dan als verklaring zien voor zijn gedrag. (De eerste stelling uit het proefschrift van Albert luidt: 'Het belang dat men in de klinische praktijk toekent aan het intelligentieniveau wordt gevoed door een streven naar psychometrische schijnzekerheid.', red.). Idealiter meet je meer dan 1x en in diverse contexten. Dus in de testkamer, maar ook in de klas waar de jongere in de gordijnen

klautert. Je zou kunnen zeggen cold en hot diagnostiek.

Hoewel we het hierover van harte met elkaar eens zijn, kunnen we niet nalaten ons af te vragen hoe je dat in de praktijk voor elkaar zou moeten krijgen. Jij bent een man van de praktijk, maar ook een wetenschappelijk onderzoeker. Op welke manier is er een brug te slaan tussen de praktijk en de wetenschap?

Bijvoorbeeld met dit tijdschrift. Het biedt een laagdrempelig platform voor onderzoekers om zich met de praktijk bezig te houden en andersom. Daarnaast vind ik initiatieven van bijvoorbeeld de UvA mooi; psychologen de gelegenheid geven om tegelijkertijd te promoveren én de opleiding tot GZ-psycholoog te volgen. Dat maakt ze tot perfecte scientist-practitioners. Dat hoeft niet via een promotietraject. Een andere goede manier, die voor iedereen in het veld beschikbaar is, is natuurlijk de N=1 studie. Met Joop Hoekman geef ik via het Landelijk Kenniscentrum een cursus N=1¹. Het is heel simpel: als behandelaar bepaal je met de jongere de doelen van de behandeling; wat wil je leren, kunnen? Wat moet beter gaan? Dat formuleer je zo concreet mogelijk. Van mij krijg je een linkje met een applicatie, je scoort na afloop van elke sessie de concrete doelen en de dingen die jij in je behandeling gedaan hebt, je voert die data in op die applicatie, de statistiek wordt voor je gedaan, en je ziet gelijk of het de goede kant op gaat, of de doelen behaald gaan worden en dus ook of het zin heeft wat je in je behandeling doet. Als je merkt dat het niet werkt, dan pas je je werkwijze aan. Op die manier breng je als behandelaar op wetenschappelijke wijze je eigen handelen en de uitkomsten daarvan in kaart. Dat is dé brug tussen praktijk en wetenschap. Overigens, alleen al samen met de cliënt zichtbaar maken wat je doet levert al zoveel op. Ik begrijp niet waarom dit niet al veel meer gebruikt wordt.

¹ Voor meer informatie over de N=1 studies: <https://www.kenniscentrumlhb.nl/kennis-delen/cursusaanbod/cursus-n1-onderzoek-2020/> en: albertponsioen@gamingandtraining.nl.

Ja, waarom niet? Is het werken volgens de N=1 studie te moeilijk?

Ik weet het niet. Het is zeker niet te moeilijk. Misschien omdat het relatief nieuw is: samen de doelen heel concreet verwoorden? Of om je eigen handelen als behandelaar te concretiseren? Misschien omdat het gewoon nieuw is, alles wat nieuw is kost in het begin tijd.

Jij bent al 20 jaar betrokken bij dit tijdschrift, bijna vanaf het begin, toen het nog OWO heette, en op groen papier gedrukt werd in de drukkerij van Groot-Emaus. Wat zijn volgens jou de grootste veranderingen van dit tijdschrift over al die jaren geweest?

Het is professioneler geworden. In de zin dat de redactieleden die in duo's de binnengekomen stukken reviewen, veel kritischer zijn geworden. We willen relevante, goed geschreven stukken, dus de auteurs krijgen altijd feedback waarmee ze hun stuk kunnen verbeteren, althans, dat is de bedoeling. Verder valt op dat waar we vroeger veel werk verzetten om voldoende kopij binnen te krijgen, mensen kenden het tijdschrift nog niet, we nu voortdurend veel stukken opgestuurd krijgen. Ik zou wel willen dat de stukken die we publiceren nóg relevanter voor de praktijk zijn. Zoals het stuk van Andries Schilperoord in het vorige nummer over denkfouten in diagnostisch onderzoek en zijn tips. Een andere verandering is overigens dat het tijdschrift sinds kort LVB Onderzoek & Praktijk heet, waar het eerder alleen Onderzoek & Praktijk was. Wat mij betreft halen we dat LVB er weer af.

Ja? waarom zou je dat willen?

Ik vind dat we af moeten van labels zoals LVB. Zeker als zo'n label geplakt wordt op kinderen of jongeren. Soms enkel op basis van een intelligentiescore. Het is stigmatiserend en werkt volgens het principe van 'self-fulfilling prophecy'. Het kind denkt: ik kan dus niet leren. De omgeving; leerkrachten, jeugdzorgwerkers, ouders, denken dat ook. De verwachtingen worden naar beneden bijgesteld. Daarmee doe

je die jongeren tekort. Het zegt toch niets zo'n label? De groep is heterogeen, de verschillen onderling groot. Er is nog zoveel ontwikkeling mogelijk die bij het vastpinnen met zo'n label eigenlijk teniet wordt gedaan. Waar we naartoe moeten, is leren hoe dit kind, deze jongere, leert. Wat werkt voor hem, haar? Wat zijn de mogelijkheden, op welke manier kunnen we zorgen dat de motivatie terugkomt? We moeten dus nadenken over dat kind en ermee in gesprek gaan. Dat levert veel meer op dan zo'n label plakken. Wat kan je nou met een label? Wat zegt dat over dat kind?

Als we daarvan afstappen, en dus bijvoorbeeld ook de toevoeging 'LVB' aan de naam van dit tijdschrift weer weghalen, hoe krijgt een nieuwe, potentiële lezer dan een idee waar dit tijdschrift over gaat? Dan zou het dus net zo goed over gymnasiasten kunnen gaan?

Ja, dat klopt. In de ideale wereld zou ik dat zo willen: het gaat om individuele mensen, die allemaal een andere manier van leren hebben, van sterke en van zwakke vaardigheden. Het gaat erom dat we ontdekken hoe zo'n kind leert. En ook, hoe het kind zelf leert hoe het leert, en dat het leert leren. Ik zeg niet dat als elk kind leert hoe het moet leren, iedereen naar de universiteit kan. Maar wel; elk kind heeft zoveel mogelijkheden en we doen hem of haar tekort bij het indelen in de groep 'LVB'.

Maar is het niet zo dat veel mensen die in de groep LVB vallen, of zouden kunnen vallen, profiteren van de kennis die we onder andere in dit tijdschrift verspreiden? Professionals die met de doelgroep werken leren beter waar ze rekening mee kunnen houden.

Ja, dat is ook zo. Daar ben ik het mee eens. Sterker nog, deze kwetsbare groep verdient nog veel meer aandacht. Misschien zou ik ze niet als LVB labelen, maar als mensen met adaptieve tekorten, maar goed, die hebben we allemaal. Het is dus ook niet zo zwart-wit. Maar er is nog zoveel meer mogelijk dan alleen het classificeren. Alleen al als ik naar het onderwijs

Interview *Afscheid Albert Ponsioen*

kijk. Er is werkelijk niets veranderd tussen de manier waarop ik vroeger op de basisschool les kreeg en hoe kinderen nu les krijgen. Dat is toch niet te begrijpen? Het belang van goed schrijven en lezen, rekenen zie ik, maar waarom niet meer aandacht besteden aan hoe je het beste en het leukst leert rekenen bijvoorbeeld? Dus leren leren. Maar ook: hoe kunnen we aansluiten zodat kinderen gemotiveerd zijn om te leren, leren (aan)leren. Net zoals ze gemotiveerd zijn op het voetbalveld, wil je ze ook gemotiveerd in de klas hebben. Waarom gebeurt dat niet? Overigens, allereerst moeten de klassen met minimaal de helft kleiner worden. Minder kinderen betekent meer gelegenheid voor de juf of meester om het kind te zien, in te spelen op zijn behoeftes, aan te kunnen sluiten bij de leerstijl. Maar ook voor kinderen zelf is het beter. Bijvoorbeeld stille, verlegen kinderen durven zich veel meer te laten zien in kleine groepen dan in van die grote groepen. En verder zouden docenten meer moeten weten over de ontwikkeling van kinderen en over het belang van motivatie. Maar ook over het belang van het werkgeheugen bijvoorbeeld. Zolang een kind kennis niet geautomatiseerd heeft, heeft het meer werkgeheugen nodig. Als een kind dus achterloopt met de stof, wordt het eigenlijk met elke nieuwe instructie voortdurend overvraagd, gewoon omdat het werkgeheugen ook druk is met het verwerken van de nog niet geautomatiseerde stof. Het gaat dan niet om een zwak werkgeheugen, maar om een lesaanpak die zo'n kind voortdurend overvraagt. Blijft de vraag waarom automatiseert dit kind dan niet? Hoe ondersteunen we dat? (stof voor een nieuw artikel in het tijdschrift? red.). Zo'n andere aanpak, meer kennis over hoe te leren, over motiveren, ik denk niet dat het daarmee moeilijk wordt, of dat het meer tijd gaat kosten. Het gaat je juist veel opleveren als leerkracht, het wordt leuker, je blijft jezelf ontwikkelen, je sluit beter aan, je stimuleert de leerlingen meer.

Je gaat per 1 december 2020 met pensioen en stopt dan ook als hoofdredacteur. We hebben gevraagd of je wel redactielid wil blijven, en dat wil je gelukkig. Maar wat ga je verder doen?

Er is zoveel te doen. Ik ben nog met artikelen bezig, hoofdstukken, een 2e boek schrijven samen met Daan Pellini, hij was ook mede-auteur van het boek 'Een kind met mogelijkheden – Een andere kijk op LVG-kinderen', de N=1 cursus met Joop op de agenda. En ik doe af en toe wat voor Esthers werkgever, omdat zij geen klinisch neuropsycholoog in dienst hebben, soms word ik benaderd door oud-cliënten, de stichting Gaming and Training, waarin we Braingame Brian nog steeds ontwikkelen, de computertraining om executieve functies te trainen. Verder heb ik ook nog niet zo lang een kleinkind, Jolien, dochter van mijn dochter. Weet je trouwens wie er op de voorkant van de krant stond de dag dat zij geboren werd?

Dolly Parton?

Ja, Dolly Parton! En met een grijs van oor tot oor -naast roze koeken een handelsmerk van Albert- zegt hij: "Dat kan toch geen toeval zijn?" Waarna hij enthousiast verder vertelt over zijn kleindochter. En elke dag begin ik met een half uur mediteren. Met het idee dat ik het dan wel zo veel over aandacht en executieve functies heb, maar dat ik dan ook maar eens aandacht aan mijn eigen aandacht moest geven. Of we er wat van merken, vraagt hij, opnieuw breed grijnzend. Tijdens de coronaperiode heb ik met Boris een Da Vinci-brug gemaakt. Zo'n brug van hout zonder moeren en schroeven. Daar moet nog een touw langs als leuning. We hebben eenden, kippen, paarden en honden waar ik druk mee ben. Alleen al het voeren van die beesten kost veel tijd. Gitaarspelen, lezen, de boeken van Murakami, fantastisch! Ik ben een duo-linguïst: ik leer Portugees, Fins en Russisch (Duolingo is een app waarmee je een taal kan leren, red.). Dat Portugees blijkt trouwens meer Braziliaans te zijn, werd mij lachend verteld toen ik op een Portugese bruiloft een speech in het Portugees gaf. O ja, en Finse series kijken, Karppi, zo goed, en Sorjonen! En ik heb al heel lang niet meer geschilderd, ik hoop dat ik daar ook weer tijd voor krijg. Heel even verschijnt een vleugje serieuze blik. Ja, schilderen, daar heb ik tijd voor nodig. Als ik schilder, dan schilder ik.

Interview Afscheid Albert Ponsioen

Ondertussen aten we een door Albert zelfgemaakte appeltaart, met appels uit zijn tuin. En hebben we het niet eens gehad over zijn liefde voor fietsen, kanoën, hardlopen, horloges en voetbal (de laatste stelling uit zijn Proefschrift luidt: 'Als coaches er minder van uitgaan dat voetbal een teamsport is kan het huidige Pol-dervoetbal weer in Totaalvoetbal overgaan').

GEPROMOVEERD

Gerard Kocken verdedigde 23 oktober 2020 zijn proefschrift 'Bekijken jullie het maar!' Gerards onderzoek van de afgelopen jaren is een goed voorbeeld van onderzoek vanuit de praktijk. Bram Orobio (hoogleraar Orthopedagogiek ontwikkelings- en opvoedingsproblemen aan de Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen van de Universiteit van Amsterdam) was zijn promotor en Mariët van der Molen (o.a. de nieuwe hoofdredacteur van LVB Onderzoek & Praktijk) zijn copromotor. In één van de volgende nummers van LVB Onderzoek & Praktijk zullen wij uitvoeriger aan dit onderzoek aandacht besteden. Nu alvast een korte samenvatting.

BEKIJKEN JULLIE HET MAAR!

Sociale, cognitieve en contextfactoren in de communicatie tussen jongeren met een licht verstandelijke beperking en hun jeugdzorgwerkers in een orthopedagogisch behandelcentrum

Gerard Kocken¹

"Bekijken jullie het maar!" Dit is de eensluidende reactie die ik hoor van jongeren met gedragsproblemen in een orthopedagogische leefgroep, wanneer zij het gevoel hebben dat zij enkel gedragsinstructies krijgen en hun mening er niet toe doet. Als dit waar is, schuilt hierin mogelijk een gevaar dat zij hun behandelaars de rug toekeren en hun behandeling voor gezien houden. Doel van dit proefschrift is na te gaan welke sociale, cognitieve en contextfactoren een rol spelen in de communicatie tussen jongeren met ernstige gedragsproblemen en een licht verstandelijke beperking die behandeld worden in een orthopedagogisch behandelcentrum en hun jeugdzorgwerkers, en of deze factoren aanknopingspunten bieden voor effectievere behandeling.

Agressie van jongeren met een licht verstandelijke beperking tijdens incidenten in een orthopedagogisch behandelcentrum vermindert als een jeugdzorgwerker hen positief bejegt. Behalve kenmerken van deze jongeren, zoals het eerder en gemakkelijker tonen van hun emoties dan gemiddeld begaafde jongeren, zwakkere executieve functies en problemen in de sociale informatieprocessen, spelen jeugdzorgwerkers dus ook een belangrijke rol bij de kanalisering van agressie van de jongeren op de groep. Om beter aan te sluiten bij kenmerken van deze jongeren door beter te communiceren is de training De Dialoog voor jeugdzorgwerkers ontwikkeld. De training leidt weliswaar tot meer subjectief ervaren competentie bij de jeugdzorgwerkers in de bejegening van de jongeren, maar de huidige resultaten tonen geen

significante vermindering van agressie-incidenten bij de jongeren aan, wellicht door de grote verschillen in beloop tussen individuele cliënten. Jeugdzorgwerkers ervaren stress op de werkvloer door organisatorische/niet-pedagogische factoren. Deze stress speelt mogelijk een rol in negatieve interacties met de jongeren met een licht verstandelijke beperking. Deze bevindingen ondersteunen het belang van een lagere belasting (bijvoorbeeld door meer vaste begeleiders per leefgroep) en minder administratieve taken, zodat jeugdzorgwerkers zich adequaat in dialoog kunnen richten op individuele jongeren. De gevolgtrekking van dit onderzoek is hiermee tevens een signaal naar het management en de behandelverantwoordelijken van het orthopedagogisch behandelcentrum om voortdurend te

¹ GZ-Psycholoog bij Level5.

kijken naar oplossingen die het hoofd bieden aan miscommunicatie en stress. Dit is nodig om 'bekijken jullie het maar', te voorkomen en de voorwaarden te creëren om het 'met elkaar te willen bekijken'.

Het volledige proefschrift is via deze link te downloaden: <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/399978>

CURSUS N=1 onderzoek

Achtergrond

Meer en meer krijgt men in de zorg en in het praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek oog voor de waarde van N=1 onderzoek, ook wel gevalstudie, casestudie of casuïstisch onderzoek genoemd (in deze tekst gebruiken we deze vier benamingen als synoniemen). Ook internationaal worden gevalstudies steeds meer gewaardeerd en is er consensus over hoe daarover gerapporteerd moet worden (<http://www.care-statement.org>). In ons land hebben de databanken van vijf instellingen gezamenlijk afgesproken dat ze een totaal van 10 goed uitgevoerde casestudies even zwaar laten wegen als wat als gouden standaard in het effectonderzoek wordt gezien: de randomized controlled trial. Daaruit blijkt het belang van casestudies in wetenschap en praktijk.

Kenmerkend voor N=1 onderzoek is dat de toestand van één onderzoeksobject - bijvoorbeeld een cliënt, een begeleider, leerkracht, school of wijk - op verschillende momenten wordt beschreven: vóór de interventie, tijdens de interventie en na de interventie. Vaak vinden metingen meermalen plaats, zodat het verloop van de veranderingen als gevolg van de interventie goed is te zien. Een variant van deze opzet is de herhaalde of meervoudige gevalstudie. Daarin toetst de onderzoeker de resultaten uit een eerdere studie door het onderzoek te herhalen bij nieuwe gevallen. Komen daar steeds weer dezelfde resultaten uit, dan is het steeds aannemelijker dat de interventie een rol speelt in de geconstateerde veranderingen. Een herhaalde of meervoudige gevalstudie kan in dat geval een krachtig bewijs leveren voor de effectiviteit.

Opzet

De cursus bestaat uit twee hele dagen, waarop vier plenaire presentaties van ieder ongeveer anderhalf tot twee uur en vier werkbijeenkomsten plaatsvinden. In deze twee dagen moet het onderzoeksvoorstel in grote lijnen klaar zijn. Daarna volgen vier aanvullende werkbijeenkomsten van ieder een halve dag, die gericht zijn op coaching en begeleiding bij de uitvoering van het N=1 onderzoek.

Corona-aanpassingen

Omdat een aanbod op locatie voorlopig niet aan de orde is wordt de huidige cursus aangeboden in een online-versie. De deelnemers hebben toegang tot video's en literatuur (o.a. het cursusboek). De interactieve cursusdelen worden in de vorm van video-conferences uitgevoerd. De volgende cursuscycclus gaat bij voldoende deelname in het voorjaar 2021 van start.

Docenten

De cursus wordt gegeven door dr. Joop Hoekman en dr. Albert Ponsioen.

Aanmelding

Een e-mail naar mevr. Mischa Vreijssen: m.vreijssen@vobc.nu.

