

LVB Onderzoek & Praktijk

TRAUMABEHANDELING KAN WEL!

HET STEUNOGRAM

EVIDENCE BASED PRACTICE:
ONVERWACHT EENVOUDIG?

KWALITEIT VAN BESTAAN
EN VOLWAARDIG BURGERSCHAP

EEN GOED BEGIN IS HET HALVE WERK:
WIFI, WORSTENBROODJES EN WATJES

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

Voorjaar 2018, jaargang 16, nr 1

LVB Onderzoek & Praktijk

Voorjaar 2018
Jaargang 16 - nummer 1

Inhoud

Ponsioen	4	Voorwoord
Struik & Van Blanken	5	Traumabehandeling kan wel!
Collot d'Escury-Koenigs & Boering	17	Het Steunogram

Column

Dijkshoorn	37	Evidence based practice: onverwacht eenvoudig?
------------	----	--

Uit de Praktijk

Hempel	39	Kwaliteit van bestaan en volwaardig burgerschap
Van den Bogaard & Blijlevens	42	Een goed begin is het halve werk: wifi, worstenbroodjes en watjes

Binnengekomen

45

Bezocht

Promotie Maaïke van Rest	46	Sociale informatieverwerking bij adolescenten met lvb-problematiek
--------------------------	----	--

Uitgebracht

Douma	47	Producten LKC LVB
-------	----	-------------------

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
Inge Wissink

Tekstcorrecties:

Jolanda Douma
Mischa Vreijzen

Vermenigvuldiging:

Nezzo print en creatie – Druten
www.nezzo.nl

Correspondentie en kopij:

Landelijk Kenniscentrum LVB
t.a.v. Redactie Onderzoek & Praktijk
Catharijnesingel 47
3511 GC Utrecht
tel. 030-7400400
redactie@kenniscentrumlvb.nl
www.kenniscentrumlvb.nl

VOORWOORD

*Albert Ponsioen - hoofdredacteur
LVB Onderzoek & Praktijk*

‘Verwondering is de bron van ons verlangen om te weten’¹, deze uitspraak is de kern van het verhaal van CCE consultant en psychiater Bram Sizoo, vertelt op CCE Podium. Via online videopresentaties (<https://podium.cce.nl>) willen CCE-consulenten zorgprofessionals en anderen inspireren met vernieuwende ideeën en inzichten. De presentaties zijn geïnspireerd op de welbekende TED-talks. Zeer de moeite van het beluisteren waard!

Maar ook de bijdragen in dit voorjaarsnummer van LVb Onderzoek & Praktijk inspireren. Arienne Struik en Barbara van Blanken beschrijven op welke wijze een traumabehandeling verantwoord kan worden ingezet bij personen waarvoor dergelijke behandelvormen eigenlijk niet geschikt lijken, omdat men toch vooral geen slapende honden wil wekken.

Annematt Collot d’Escury-Koenigs en Angeli-que Boering richten zich in hun artikel op het belang van het sociale netwerk van jongeren met lvb-problematiek. Zij beschrijven een instrument om dit sociale netwerk in kaart te brengen en illustreren hiermee en passant dat dit ook direct tot verandering kan leiden.

De column in dit voorjaarsnummer komt uit de pen van Peter Dijkshoorn. Een krachtig pleidooi om evidence based werken niet betekent dat je alleen met standaardprotocollen aan de gang moet en daardoor bij specifieke doelgroepen met lege handen staat. Een belangrijke voorwaarde is het werken met heldere behandeldoelen, die je met de klant(en) overeenkomt. Hoe eenvoudig kan het zijn!

Danny Hempel beschrijft in de rubriek Uit de Praktijk een manier om een groots maar abstract begrip als ‘volwaardig burgerschap’ ook voor jongeren met lvb-problematiek naar de praktijk te vertalen. De tweede bijdrage in deze rubriek van Michel van den Bogaard en Noortje Blijlevens is een mooi voorbeeld van praktisch handelen in moeilijke situaties waarbij de menselijke maat voorop staat.

Dit is het tweede nummer van LVb Onderzoek & Praktijk in een nieuwe vormgeving. Wij, de redactie van LVb Onderzoek & Praktijk zijn benieuwd naar uw ervaringen: redactie@kenniscentrumlvb.nl.

Veel leesplezier en tot in het najaar!

¹ Aristoteles, *Metafysica*, 1,2, 982b, Damon, Eindhoven, 2005.

TRAUMABEHANDELING KAN WEL! DE TOEPASSING VAN DE SLAPENDE HONDEN METHODE BIJ JEUGDIGEN EN VOLWASSENEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

Arianne Struik¹
Barbara van Blanken²

Traumatisering wordt bij jeugdigen met een verstandelijke beperking vaak niet herkend. Behandeling richt zich op symptomen, maar als de traumatisering onbehandeld blijft, kan dit onvoldoende effectief zijn of verergeren de klachten. Behandeling van traumatisering bij jeugdigen met een verstandelijke beperking is echter goed mogelijk. In de praktijk wordt er vaak afgezien van een behandeling gericht op het verwerken van traumatische herinneringen, omdat de jeugdige en zijn systeem niet 'stabiel' genoeg is en men geen 'slapende honden wil wakker maken'. De complexe traumatisering, de systemen waarin de kinderen opgroeien en veelheid aan problemen in het dagelijks leven van deze kinderen, jongeren en volwassenen bemoeilijkt het vormgeven van een traumabehandeling. In dit artikel wordt de toepassing van de Slapende Honden methode (Struik, 2016) bij deze doelgroep aan de hand van een casus beschrijvend geïllustreerd.

Inleiding

Traumatisering komt veel voor bij jeugdigen met een verstandelijke beperking, enerzijds doordat ze vaker worden blootgesteld aan traumatiserende gebeurtenissen en anderzijds doordat ze minder goed in staat zijn deze gebeurtenissen op natuurlijke wijze te verwerken (Mevissen & Didden, 2017). Het doel van dit artikel is de lezers te laten kennismaken met de Slapende Honden methode (Struik, 2016) die, gecombineerd met eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR; Shapiro &

Forrest, 2001), naar onze verwachting geschikt is als behandelingsvorm bij getraumatiseerde jeugdigen en volwassenen met een verstandelijke beperking.

In dit artikel wordt de Slapende Honden behandeling kort beschreven, geïllustreerd aan de hand van het geanonimiseerde verhaal van Daisy, een inmiddels zes-en-twintig jarige vrouw, met een licht verstandelijke beperking. Vanaf heel jonge leeftijd werd ze blootgesteld aan fysiek, seksueel en psychisch geweld door verschillende plegers en sinds haar geboorte was ze getuige van huiselijk geweld tussen haar ouders. De traumatisering bleef de eerste zeventien jaar van haar leven onopgemerkt, waardoor ze verder getraumatiseerd raakte. Ze werd gediagnosticeerd met een verstandelijke beperking, een angststoornis, schizofrenie, een stemmingsstoornis en kenmerken van een borderline persoonlijkheidsstoornis, alvorens er een posttraumatische stress stoornis en uiteindelijk een dissociatieve identiteitsstoornis werd vastgesteld.

Complexe traumatisering

Traumatisering bij jeugdigen met een verstandelijke beperking is vaak complex. Er kan sprake zijn van kindermishandeling, verwaarlozing en een onveilige hechting. Daarnaast kan de verstandelijke beperking leiden tot onbegrip, veelvuldige faalervaringen en pestervaringen. Naarmate jeugdigen met een verstandelijke beperking ouder worden, wonen ze doorgaans in een pleeggezin, gezinshuis of

¹ Arianne Struik is ontwikkelingspsycholoog/ systeemtherapeut bij het Institute for Chronically Traumatized Children (correspondentie adres: ariannestruik@hotmail.com).

² Barbara van Blanken is GZ-psycholoog/EMDR-practitioner bij het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie, GGZ Drenthe.

instelling (Mevissen & Didden, 2017), waardoor het risico op niet bij de leeftijd passende seksuele ervaringen of seksueel misbruik toeneemt (Mevissen & Didden, 2017). Ook medische problemen en dus medisch trauma, komt vaker voor bij deze doelgroep (Mevissen, 2016). Er zijn minder beschermende factoren aanwezig, zoals sociale steun, een veilige hechting en er is vaak minder begrip van hetgeen er is gebeurd (Scharloo, Ebbers, & Spijker, 2013). Ook bij Daisy was er sprake van complexe traumatisering.

Daisy is vanaf haar zesde tot haar negende psychisch en fysiek mishandeld en ernstig seksueel misbruikt door haar vader en andere mannen die hem hiervoor betaalden. Hierbij had hij steeds een paar scherpe messen naast zijn bed liggen die hij regelmatig sleep in het bijzijn van Daisy. Hij misbruikte haar 's avonds en 's nachts als moeder sliep en tijdens drie weken dat moeder opgenomen was in het ziekenhuis. Hij zei steeds dat ze een waardeloos kind was, een sekshoerenkind met wie alle mannen later seks zouden hebben. Hij zei dat de duivel in haar zat en dat hij die eruit moest halen door de seks en het slaan. Ook vernielde hij veel van haar spullen, speelgoed en knuffels. Vader mishandelde ook moeder en broertje. Toen Daisy negen jaar was vluchtte moeder met de beide kinderen naar een Blijf van mijn lijf huis.

Klachten

Ten gevolge van complexe traumatisering is er meestal sprake van een combinatie van trauma-gerelateerde klachten en hechtingsproblemen (Van der Kolk et al., 2009). Chronisch getraumatiseerde kinderen hebben naarmate de traumatisering complexer is, een grotere kans om minder posttraumatische stress symptomen en ernstiger, niet-trauma gerelateerde symptomen te vertonen (Jonkman, Verlinden, Bolle, Boer, & Lindauer, 2013). De klachten kunnen vaker tot uitdrukking komen in gedragsproblemen, zeker naarmate de beperking in communicatie ernstiger is. Soms kan dat leiden tot zeer agressief of zelfbeschadigend gedrag en bij een lager niveau kan de

jeugdige de neiging ontwikkelen om alle vormen van emotioneel contact te ontlopen en gesloten en afwerend gedrag gaan vertonen (Mevissen, 2016; Scharloo et al., 2013). In de praktijk blijken dissociatie en somatoforme dissociatie, lichamelijke klachten of uitval bij deze doelgroep regelmatig voor te komen (Scharloo et al., 2013). De verstandelijke beperking vergroot het risico van jeugdigen op herhaald slachtofferschap (Scharloo et al., 2013). In een rapport over loverboy-problematiek van het Verwey-Jonker Instituut (2011) worden meisjes met een licht verstandelijke beperking tevens beschreven als risicogroep om slachtoffer worden van een loverboy.

Veel trauma niet herkend

Het herkennen van traumatisering bij chronisch getraumatiseerde kinderen wordt bemoeilijkt, doordat er minder posttraumatische stresssymptomen zijn. Daarnaast kunnen de beperkte verbale vermogens en communicatieve vaardigheden van jeugdigen met een verstandelijke beperking het nog lastiger maken om traumasymptomen, dissociatie of zelfs een dissociatieve stoornis te herkennen. Tevens is er nauwelijks wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot deze doelgroep en is pas recentelijk is het klinisch interview 'Anxiety Disorders Interview Schedule- Child- Licht Verstandelijke Beperking' (ADIS-C-LVB) ontwikkeld om traumatisering, traumasymptomen en de impact daarvan op het dagelijks leven in kaart te brengen bij deze doelgroep (Mevissen, 2016).

Als de problemen zich uiten in gedragsklachten richt behandeling zich al snel op het probleemgedrag, zonder de onderliggende oorzaak aan te pakken. De casus van Daisy illustreert dat.

Daisy volgde aanvankelijk regulier basisonderwijs en was een stil, aangepast meisje. Toen ze op haar negende uit het Blijf van mijn lijf huis kwam, werd de verstandelijke beperking vastgesteld en ging ze naar het speciaal basisonderwijs. De vroegkinderlijke chronische traumatisering door het huiselijk geweld bleef onbehandeld, waarschijnlijk door de voorna-

melijk internaliserende problematiek van Daisy. Dat er ook sprake was van seksueel misbruik, psychische en fysieke mishandeling van Daisy was toen nog niet bekend. Daisy ging destijds vaak bij de meester op schoot zitten, maar op school werd ook dit niet als zorgelijk geïnterpreteerd.

Bij Daisy was er ook sprake van herhaald slachtofferschap.

Rond haar elfde ging Daisy's moeder samenwonen met een nieuwe vriend, die vaak seksueel getinte opmerkingen maakte en die Daisy later ook betastte. In die periode ging ze ook af en toe bij opa en oma van moederszijde logeren, waar ze eveneens werd betast (door opa, die ook moeder seksueel misbruikt had en Daisy altijd grote cadeaus gaf). Daisy ging zich onveiliger voelen en werd steeds banger voor mannen.

Onbehandelde vroegkinderlijke traumatisering kan verregaande gevolgen hebben op alle ontwikkelingsgebieden (Felitti et al., 1998; Schore, 2001; Van der Kolk et al., 2009) en ook bij Daisy werden de problemen steeds groter.

Op haar twaalfde werd binnen de kinderpsychiatrie een angststoornis vastgesteld waarvoor ze werd behandeld, helaas met weinig succes. Toen Daisy zestien jaar was, werd ze voor vier maanden met een inbewaringstelling (IBS) opgenomen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Daisy verwondde zichzelf, was erg bang voor mannen en had last van stemmen. Ze werd gediagnosticeerd met schizofrenie. Daisy werd gedurende de opname verscheidene malen gesepareerd waarbij ze werd uitgekleed door mannelijke begeleiders.

Daisy werd vervolgens op haar achttiende met een stemmingsstoornis aangemeld bij een polikliniek voor mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek. Ze was zo angstig dat ze nauwelijks durfde te praten en op elke vraag timide antwoordde: "weet ik niet". Haar vaste begeleider, die haar inmiddels goed kende, kwam steeds mee en

vertelde voor haar wat ze had meegemaakt. Daar werd uiteindelijk een posttraumatische stressstoornis vastgesteld.

Ouders met een verstandelijke beperking / complexe gezinnen

De praktijk wijst uit dat jeugdigen met een verstandelijke beperking vaak opgroeien in multiprobleem gezinnen waarbij één of beide ouders ook een verstandelijke beperking heeft en er sprake is van intergenerationele traumatisering. Het bieden van een veilige hechting wordt bemoeilijkt als ouders zelf een verstandelijke beperking hebben en bijvoorbeeld niet kunnen mentaliseren (d.w.z. het begrijpen van eigen en andermans gedrag door het te koppelen aan mentale toestanden zoals overtuigingen, wensen, gevoelens en gedachten) en minder sensitief-responsief zijn. Maar ook medische problemen kunnen ervoor zorgen dat er blijvende traumatisering is en daarnaast kunnen financiële zorgen de situatie verder bemoeilijken. Ook Daisy groeide op in een dergelijk multiprobleem gezin.

Daisy's moeder heeft ook een verstandelijke beperking en is eveneens in haar jeugd misbruikt door haar vader. Ze was zo bang voor haar man dat ze heel lang niet heeft durven vluchten. Vader zou psychiatrische problematiek hebben gehad, maar er is verder niets over hem bekend. Daisy heeft hem na haar negende jaar niet meer gezien. Daisy's drie jaar jongere broertje heeft een ernstige verstandelijke beperking en autisme. Hij heeft veel gedragsproblemen en het zou kunnen dat ook hij mishandeld en misbruikt is door vader. Sinds zijn zesde jaar spreekt hij niet meer.

Traumabehandeling

EMDR en trauma-focused cognitieve gedragstherapie (TF-CGT) (Cohen, Mannerino, & Deblinger, 2006) zijn eerste keus behandelingen voor kinderen, jongeren en volwassenen met een posttraumatische stress stoornis (Cohen et al., 2010; World Health Organization, 2013). Deze behandelingen richten zich op het verwerken van traumatische herinneringen, zodat

deze in het hier en nu geen klachten meer veroorzaken. Ook voor kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking lijkt EMDR een geschikte, doeltreffende behandeling te zijn (Mevissen & Didden, 2017; Mevissen, Didden, Korzilius, & de Jongh, 2017). Deze behandelingen kunnen echter alleen worden ingezet als de jeugdige of volwassene over zijn of haar herinneringen kan en wil praten of toelaat dat deze traumatische herinneringen worden geactiveerd. Dit bleek bij Daisy het geval.

Na het vaststellen van de posttraumatische stressstoornis leerde Daisy steeds beter zelf verwoorden wat er in haar omging. Ze wilde graag af van de voortdurende nare herinneringen, nachtmerries, herbelevingen en boze personen in haar hoofd die zeiden dat ze zichzelf moest verwonden en haten. Ze wilde zichzelf niet langer haten en niet meer bang zijn voor mannen en ze wilde aanraking leren verdragen. Ze zei: 'Ik haat mezelf, ik ben slecht, wat er is gebeurd, is mijn schuld, alle mannen zijn slecht, mensen zijn niet te vertrouwen.' In haar dagelijks leven kwam ze voortdurend triggers tegen. Ze kon geen seks hebben, kon seksueel getinte grapjes niet verdragen en werd extreem angstig als ze in de buurt was van een man met een getinte huidskleur (vader en de andere mannen die het misbruik destijds pleegden hadden een getinte huidskleur). Daisy was bang en schrikachtig bij iedere aanraking, had moeite met tanden poetsen, omdat de tandpasta in haar mond haar deed denken aan sperma. Ze kon niet tegen glibberig vlees, schreeuwen en harde stemmen. Daarnaast had ze nog nare beelden van de separaties tijdens opnames.

Omdat er duidelijke klachten waren, Daisy gemotiveerd was en ze voldoende stabiel leek, startte ze met een EMDR-behandeling, conform de richtlijnen. Echter het werken aan de traumatische herinneringen met EMDR leidde tot een sterke verslechtering van haar functioneren. Daisy ging meer dissociëren. Ze vertelde dat de personen in haar hoofd voortdurend tegen haar praatten en haar de opdracht gaven zichzelf te beschadigen en te suïcideren.

Daarnaast was ze bang voor straf en slaag. Ze kon niet meer alleen zijn, omdat ze suïcidaal was en erg automutileerde. Ze sneed zichzelf met stukken glas. Meestal wist ze achteraf niet meer dat ze dit had gedaan.

Daisy werd op haar negentiende opnieuw klinisch opgenomen voor een aantal maanden in de psychiatrie. Er werd niet afgestemd met haar poliklinische behandelaar en het behandelteam diagnosticeerde haar met kenmerken van een borderline persoonlijkheidsstoornis, zonder de traumatisering te herkennen. Als Daisy automutileerde, werd dat beschouwd als het vragen van aandacht en greep de groepsleiding niet in. Daisy werd wederom een aantal malen uitgekleeft en gesepareerd, traumatische ervaringen, waarvoor ze later EMDR kreeg.

Daisy ging weer naar huis, waar ze was gaan samenwonen met Henk, die ook een verstandelijke beperking had. Haar moeder woonde dichtbij en haar broer woonde in een instelling. Overdag ging ze naar de zorgboerderij van waaruit zij en haar man ambulante begeleiding kregen van een persoonlijke begeleider, parallel aan de poliklinische behandeling. Deze persoonlijke begeleider meldde haar opnieuw aan bij de polikliniek voor mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek, omdat hij er van overtuigd was dat er traumabehandeling nodig was.

De vasthoudendheid van deze begeleider om Daisy te laten participeren in traumabehandeling, is voor het herstel van Daisy erg belangrijk geweest. Helaas wordt er in de praktijk echter meestal geadviseerd om de traumatisering met rust te laten tot de jeugdige eraan toe is en op die manier dus geen 'slapende honden wakker te maken'. Dat druist echter in tegen de wetenschappelijk kennis die er is op dit gebied. De internationale richtlijnen voor de behandeling van posttraumatische stress bij jeugdigen adviseeren om bij een verslechtering van klachten de traumabehandeling niet te staken, maar interventies in te zetten om de jeugdige te versterken (Cohen et al., 2010), middels

een gefaseerde behandeling, waarbij er in de stabilisatiefase wordt toegewerkt naar het verwerken van traumatische herinneringen (Child and Adolescent Committee of the European Society on Trauma and Dissociation, 2017). Bij jeugdigen met een verstandelijke beperking en hun complexe, instabiele systemen wordt gestreefd naar het hanteerbaar maken van de instabiliteit en 'good enough stability', oftewel, een mate van stabiliteit die net voldoende is voor de jeugdige om de traumaverwerkings-sessies te kunnen doorstaan. Een zorgvuldige analyse van de situatie is belangrijk, om zo een plan te maken om deze delicate balans te bereiken. De Slapende Honden methode biedt hiervoor een raamwerk.

Gefaseerde trauma-focused behandeling met de Slapende Honden methode

Slapende Honden is een gefaseerde behandelmethode (zie tabel 1) voor vroegkinderlijk, chronisch getraumatiseerde kinderen die voorbereiding nodig lijken te hebben om met traumaverwerking te kunnen starten. Voorafgaande aan behandeling wordt een analyse gemaakt van het kind en zijn of haar netwerk aan de hand van zes testen, om zo in kaart te brengen wat mogelijke redenen zijn voor niet kunnen of willen starten met traumaverwerking bij een kind. Aan de hand van die analyse wordt een plan gemaakt met interventies om de mogelijke blokkades voor het kind en zijn of haar netwerk op te heffen (in de stabilisatiefase van



Figuur 1. *Tuimelaar: hanteerbaar maken van de instabiliteit*

behandeling). Als de blokkades zijn opgeheven en het kind kan en wil starten met traumaverwerking, dan volgt de fase van traumaverwerking waarin de traumatische herinneringen, die de klachten van het kind veroorzaken, worden verwerkt. In de daaropvolgende integratiefase wordt gewerkt aan het integreren en consolideren van veranderen en het vergroten van de weerbaarheid tegen nieuwe mogelijke traumatisering in de toekomst.

De Slapende Honden methode is een systeemgerichte methode en biedt niet alleen structuur bij het vormgeven van de behandeling, maar beschrijft tevens hoe er kan worden samengewerkt met het netwerk, verzorgers en begeleiders. Daarnaast kan de Slapende Honden methode ook richting geven aan beslissingen van een voogd of gezinsvoogd over bijvoorbeeld omgang met familie, wel of niet begeleiden van omgang, en helderheid over het toekomstperspectief met betrekking tot de woonsituatie van de jeugdige. De Slapende Honden methode, inclusief de toepassing van deze methode bij mensen met een verstandelijke beperking, staat uitgebreid beschreven in het boek *Slapende Honden? Wakker maken!* (Struik, 2016). In een pilotstudie (N = 14) bleek dat alle kinderen, die aanvankelijk niet wilden of konden participeren in EMDR, met een combinatie van de Slapende Honden methode en EMDR hun traumatische herinneringen wél verwerkten in gemiddeld 7.57 sessies (Struik, Lindauer, & Ensink, 2017).

In de volgende paragrafen volgt een toelichting van de analyse met de 'Zes Testen' (zie tabel

2) en de algemene aspecten van een Slapende Honden behandeling, zoals de samenwerking met het netwerk, de aandacht voor? motivatie en psycho-educatie. Daarna volgt een beschrijving van de interventies in de stabilisatiefase, de fase van traumaverwerking en de integratiefase, geïllustreerd aan de hand van de behandeling van Daisy.

Analyse met behulp van de Zes Testen

De Slapende Honden methode maakt gebruik van de 'Zes Testen', ontwikkeld naar het model van de 'Drie Testen' voor volwassenen (Spierings, 2009), om een analyse te maken van de mate van stabiliteit van de jeugdige en zijn of haar systeem en om de mogelijke redenen in kaart te brengen voor het niet willen of kunnen praten over zijn of haar traumatische herinneringen door het kind. De behandelaar vult het Zes Testen formulier in, waarmee aan de hand van invulvragen met betrekking tot vijf thema's, alle mogelijke redenen bij een jeugdige voor het niet kunnen of willen praten over zijn of haar trauma's in kaart worden gebracht.

Veiligheid is de eerste thema bij de behandeling van trauma en hechting (Cohen et al., 2010; Zeanah, Cheshner & Boris, 2016). In de eerste test, Veiligheid, kijkt de behandelaar naar de veiligheid van de jeugdige aan de hand van vragen als: Is de jeugdige veilig nu? Zou het kunnen zijn dat de jeugdige zich nog niet voldoende veilig voelt of bang is er niet van zijn of haar ouders over te mogen praten? Is er pedagogische veiligheid, heeft de jeugdige een hechtingsfiguur die hem steunt en stimuleert?

Tabel 1. Tijdschema van de traumabehandeling met de Slapende Honden methode

ANALYSE	STABILISATIE FASE	TRAUMAVERVERKINGSFASE	INTEGRATIE FASE
Zes Testen Formulier	Slapende Honden interventies bij test 1-6	EMDR of TF-CGT en Slapende Honden interventies	Slapende Honden interventies bij test 1-6

Het dagelijks leven van deze jeugdigen is doorgaans erg onrustig (Lanktree et al., 2012), wat ook een reden kan zijn om niet te willen of kunnen praten over trauma's. In de tweede test komen de problemen in het Dagelijks Leven aan de orde. Zou de jeugdige al teveel problemen ervaren, zodat er niet nog meer bij kan? Of is de jeugdige bang dat zijn of haar gedragsproblemen erger worden en hij of zij van school gestuurd wordt of uit huis moet? Of spijbelt de jeugdige van school, draait hij of zij zijn of haar dag en nachtritme om?

Vroegkinderlijke, chronische traumatisering heeft een negatieve impact op de hechtingsrelaties van kinderen (Van der Kolk et al., 2009; Zeanah et al., 2016). Problemen in de hechtingsrelaties, test 3 Hechting, kunnen ook een reden zijn dat een jeugdige niet over zijn of haar herinneringen wil of kan praten. Hij of zij wil papa of mama bijvoorbeeld niet overstuur maken. Of, bij een uithuisplaatsing, is de jeugdige bang niet meer naar huis te mogen. Of de jeugdige maakt onvoldoende gebruik van zijn hechtingsfiguur om hem of haar te troosten en te reguleren, en het is de verwachting dat de jeugdige dermate zal dissociëren tijdens traumaverwerking, dat de traumaverwerking stagneert.

Vroegkinderlijk, chronisch getraumatiseerde kinderen hebben doorgaans ook problemen in de emotieregulatie (Schore, 2001). Angst voor gevoelens, zoals boosheid, verdriet of angst, en een gebrek aan emotieregulatie kunnen ook redenen zijn voor jeugdigen om niet te willen of te kunnen praten over hun trauma's. Hier wordt in test 4, Emotieregulatie, naar gekeken.

Bij de meeste vroegkinderlijk, chronisch getraumatiseerde kinderen zijn hun ouders verantwoordelijk voor de traumatisering (Sedlak et al., 2010). Omdat ouders ook verantwoordelijk zijn voor de veiligheid en kinderen van hen afhankelijk zijn, kan dat leiden tot ingewikkelde negatieve cognities over henzelf (Ehlers et al., 2003). Ze kunnen verantwoordelijkheid ervaren voor mishandeling of verwaarlozing en schuld-

gevoelens kunnen groot zijn en de jeugdige blokkeren, zeker als ouders het kind ook daadwerkelijk beschuldigen. Tijdens traumaverwerking moet de jeugdige zich gaan realiseren dat het niet zijn of haar schuld was en dat hij of zij geen slecht kind is. In test 5, de Cognitieve Shift, wordt bekeken in hoeverre de jeugdige voorbereiding nodig heeft om die verschuiving in cognities mogelijk te maken.

De Notendop, test 6, tenslotte, is een proef op de som om te kijken of de jeugdige al in staat is een overzicht te maken van zijn of haar traumatische herinneringen, zonder hierbij overspoeld te raken. Als dat lukt, is de jeugdige klaar voor de verdere traumaverwerking.

Bij Daisy werd aan de hand van de Zes Testen een analyse gemaakt waaruit naar voren kwam dat er blokkades waren op alle gebieden. Ze had dus een stabilisatiefase nodig, voorafgaand aan de traumaverwerking om zo de instabiliteit hanteerbaar te maken. Het was nodig om meer veiligheid en rust in het dagelijks leven te creëren. De hechtingsrelaties boden onvoldoende steun, haar emotieregulatie was onvoldoende en ze had de beschuldigingen van haar vader geïnternaliseerd.

Daisy bleek tevens een dissociatieve stoornis te hebben, waarbij haar persoonlijkheid was opgedeeld in drie delen. Een deel van Daisy was een angstig en bang meisje dat doodsbang was voor de twee boze personen (dissociatieve delen) in haar. Ze was schrikachtig en niet weerbaar en ze toonde geen boosheid en kracht. Ten behoeve van de traumaverwerking was het noodzakelijk dat Daisy de agressie van die dissociatieve delen zou gaan integreren. Die agressieve gevoelens hadden haar waarschijnlijk zo angstig gemaakt, dat ze niet onder ogen wilde zien dat het haar gevoelens waren en dat blokkeerde waarschijnlijk de verwerking tijdens de EMDR behandeling. Daisy had dus meer voorbereiding nodig in een stabilisatiefase en de Slappende Honden behandeling werd daartoe ingezet.

Samenwerking verzorgers/ begeleiders en het netwerk

Een centraal uitgangspunt van de Slapende Honden behandeling is de systeemgerichte visie en samenwerking met het netwerk. Niet alleen bij jeugdigen, maar ook bij volwassenen met een verstandelijke beperking is het noodzakelijk om systeemgericht te werken met verzorgers/ begeleiders en het netwerk om verschillende redenen (Struik, 2016). Jeugdigen met een verstandelijke beperking hebben meer moeite om te generaliseren en het geleerde zelf in de praktijk te brengen. Daar kan de verzorger of begeleider hen bij helpen. Ook hebben ze vaak onvoldoende inzicht in zichzelf, waardoor de behandelaar niet goed kan vertrouwen op hun zelfrapportage. Het is echter noodzakelijk om goed zicht te krijgen op het functioneren om het effect van interventies en de mate van instabiliteit te kunnen beoordelen. De verzorger of begeleider kan rapporteren welke veranderingen hij of zij heeft waargenomen. Daarom is bij voorkeur één van de verzorgers/ begeleiders aanwezig bij de Slapende Honden en EMDR sessies, om zo de verbinding te kunnen maken met het dagelijks leven.

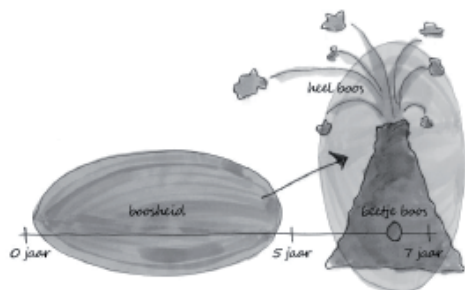
Alle jeugdigen en volwassenen met een verstandelijke beperking hebben een steunfiguur nodig die hen stimuleert en ondersteunt. Professionals kunnen daar een belangrijke rol in vervullen. Deze steunrelaties zijn echter niet betrouwbaar voor de lange termijn, omdat professionals kunnen verhuizen of een andere baan kunnen krijgen. Biologische ouders en het netwerk van de jeugdige bieden deze continuïteit op de lange termijn wel en daarom is het noodzakelijk om hen ook te betrekken bij de behandeling. Als ze door eventuele eigen beperkingen ook snel overspoeld raken, kan dat worden gecompenseerd door professionals die ondersteuning bieden aan ouders. Er worden bij deze doelgroep minder hoge eisen aan de stabiliteit gesteld, oftewel, de stabiliteit hoeft niet perfect te zijn, maar 'good enough' (Kliethermes & Wamser, 2012). Het doel van de Slapende Honden methode is immers niet het

oplossen van alle problemen in het leven van deze jeugdigen, maar vooral het mogelijk maken van traumaverwerking, waardoor de trauma-gerelateerde klachten kunnen afnemen.

Als ouders, een partner of familieleden zelf ook een persoonlijk begeleider hebben, kan met diegene worden samengewerkt om de instabiliteit van het netwerk hanteerbaar te houden, bijvoorbeeld door herhaaldelijk psycho-educatie te bieden of diegene ter ondersteuning te laten deelnemen aan sessies.

Ook als biologische ouders (mede-)verantwoordelijk zijn voor de traumatisering worden ze, indien mogelijk en veilig, betrokken bij de behandeling. Zij kunnen hun kind toestemming geven om te praten over de herinneringen en hen ontschuldigen en indien mogelijk excuus maken. Samen met ouders, en eventueel hun begeleiders, kan een Traumaverwerkingsverhaal, één van de Slapende Honden interventies, worden gemaakt, een eenvoudig verhaal met tekeningen om het kind uit te leggen wat er gebeurd is, wat de intenties van de ouders en eventueel (gezins) voogd waren en wie er verantwoordelijk was in de ogen van de ouders. Ook kunnen ouders hun kind stimuleren en motiveren gedurende de behandeling om over de traumatische herinneringen te praten.

De persoonlijke begeleider vergezelde Daisy bij alle Slapende Honden-sessies met de behandelaar. Zo werd de verbinding gemaakt tussen de behandelingsessies en het dagelijks leven, waar Daisy zelfstandig niet toe in staat was. Daisy's partner en moeder hadden het beste met haar voor, maar door hun eigen beperking reageerden ze vaak niet zo verstandig op haar en begrepen ze haar problemen ook niet altijd. Hierdoor raakte Daisy regelmatig ontregeld. Haar partner en moeder werden desondanks betrokken bij de behandeling, om met hen een aantal van de mogelijke blokkades van Daisy uit de weg te ruimen. Daisy's vader werd niet betrokken bij de behandeling, omdat hij onvindbaar was.



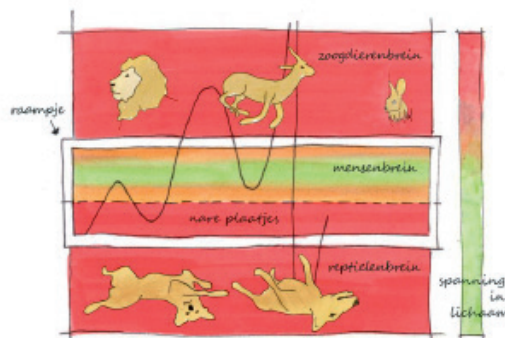
Figuur 2. De Vulkaan.

Motivatatie en Psycho-educatie

De Slapende Honden methode start met psycho-educatie aan de jeugdige en zijn of haar netwerk over de impact van traumatisering en de relatie tussen traumatische herinneringen en gedrag en gevoelens in het hier en nu. Een vereenvoudigde versie van een 'Window of Tolerance' (figuur 3) kan worden gebruikt om de verschillende stressreacties zoals vechten, vluchten, verstopten, bevroren en submissie, uit te leggen en om te illustreren hoe chronische stress, veroorzaakt door onverwerkte herinneringen, de hoeveelheid dagelijkse stress die de jeugdige kan verdragen vermindert. Oftewel, die maken het raampje kleiner (Struik, 2016, pp. 110-116). De Vulkaan (figuur 2), een metafoor van een ontplofende vulkaan, wordt gebruikt om uit te leggen hoe oude gevoelens zoals boosheid of angst binnen in de jeugdige kunnen worden bewaard. Als de jeugdige zich dan een beetje boos of bang voelt, dan worden die oude gevoelens getriggerd en wordt hun boze of bange gevoel ineens heel groot en dan ontploffen ze als een vulkaan (Struik, 2016, pp. 106-107).

Door gebruik te maken van deze psycho-educatie kunnen de jeugdige en zijn of haar netwerk gaan begrijpen dat hun gevoelens en gedragingen vaker voorkomen bij jongeren en een gevolg zouden kunnen zijn van wat ze hebben meegemaakt en dat er een oplossing is waardoor hij of zij zich beter kan gaan voe-

len. Goede uitleg hierover zorgt ervoor dat de verzorgers/ begeleiders inzicht verkrijgen in hoe hiermee kan worden gewerkt, waardoor het functioneren in het dagelijks leven en het omgaan met triggers voor de jeugdige sterk kan verbeteren. Psycho-educatie wordt gedurende de behandeling regelmatig herhaald.



Figuur 3. Window of Tolerance

Stabilisatiefase

Vervolgens worden interventies gepland om de mogelijke barrières op te heffen, die het praten over de traumatische herinneringen in de weg staan.

Om EMDR mogelijk te maken moest Daisy eerst de dissociatie onder controle krijgen. Het grootste probleem was dat Daisy vooral een heel bang meisje was. Deze angst voerde de boventoon. Ze raakte vaak uit haar 'window of tolerance' en kwam in een dissociatieve toestand terecht waarin ze automutilleerde.

Aan zowel Daisy als haar omgeving (moeder, man en persoonlijk begeleider) werd uitgelegd wat de impact van traumatisering bij Daisy was geweest en hoe dissociatie ontstaat en wat te doen om dissociëren en herbelevingen tegen te gaan (psycho-educatie en motivatie). Daisy en haar omgeving leerden om te werken met een signaleringsplan waarin beschreven werd wat ze kon doen om weer 'binnen haar raampje te komen'. Er werd een concreet plan gemaakt voor wat Daisy kon doen als ze dreigde te dis-

sociëren. Ze kon bijvoorbeeld afleiding zoeken door te gaan bewegen, dansen, zingen, fietsen op de hometrainer, praten met iemand anders over leuke dingen, de hond uitlaten, denken aan de nieuwe puppy, of koekjes gaan bakken. Door de psycho-educatie begreep haar omgeving haar steeds beter en konden ze haar goed steunen.

Afhankelijk van de analyse die met de Zes Testen is gedaan, worden bij sommige jeugdigen interventies ingezet op slechts één van de thema's waarnaar de testen verwijzen, bijvoorbeeld veiligheid, en bij anderen op meerdere of zelfs op alle thema's. Bij Daisy werden op alle thema's interventies ingezet.

Test 1 Veiligheid

Met Daisy's moeder en haar persoonlijk begeleider werd besproken dat het voor Daisy belangrijk was dat haar moeder haar stimuleerde om over haar herinneringen te praten. In een gesprek met Daisy gaf haar moeder haar die toestemming. Ook haar man werd bij dit gesprek betrokken. Moeder gaf aan dat er al enkele jaren geen contact meer was met stiefvader en opa. Daisy's fysieke veiligheid was niet helemaal gewaarborgd, omdat haar man ook zijn seksuele behoeften had en Daisy zou de seks met haar man ook kunnen ervaren als misbruik. De behandelaar besprak met Daisy en haar persoonlijke begeleider dat ze tot na de traumaverwerking geen seks met haar man moest hebben, zodat ze zich veilig kon gaan voelen. De persoonlijke begeleider besprak dat thuis met Daisy en haar man.

Test 2 Dagelijks Leven

Daisy's dag- en weekritme waren redelijk. Daisy stond altijd op tijd op om naar de dagbesteding op de zorgboerderij te gaan en als ze vrij was moest ze haar hond uitlaten. Slapen ging niet altijd goed en Daisy maakte met haar persoonlijk begeleider een nachtmerrieplan. Dit hielp haar lang niet altijd, omdat de herbelevingen te heftig waren, maar de nachtmerries namen wel af. Daisy kon een periode niet goed omgaan met haar telefoon en sociale media en om die

reden leverde Daisy haar telefoon en computer in voor enkele maanden.

Test 3 Hechting

Daisy's moeder was hechtingsfiguur voor Daisy, maar had zelf geen 'kalm brein' en kon erg van streek raken als het niet goed ging met Daisy. Dan riep ze dat Daisy weer moest worden opgenomen. Ook kon ze dan gaan huilen en ze was dan niet in staat om Daisy te troosten en gerust te stellen. Maar over het algemeen ervoer Daisy toch ook veel steun van haar. Dit gold ook voor Daisy's man. Hij was niet altijd stabiel, waardoor het proces nogal eens vertraagde. Hij kon bijvoorbeeld erg boos zijn op haar moeder, omdat hij vond dat moeder haar destijds niet goed had beschermd. Dat was voor Daisy dan heel moeilijk, omdat zij het altijd opnam voor haar moeder. 'Mama kon niet anders, omdat ze zo bang was voor hem', zei Daisy dan. De psycho-educatie droeg bij aan het verbeteren van de steun van ... en ... aan Daisy. Eens in de paar maanden kwamen Daisy's man en haar moeder mee naar de Slappende Honden-sessies. De persoonlijk begeleider van Daisy en haar man steunden hen en Daisy's moeder had zelf ook een persoonlijk begeleider. Deze persoonlijk begeleiders hadden wel een kalm brein en konden hen regelmatig weer kalmeren. De persoonlijk begeleider was, naast deze hechtingsfiguren uit haar netwerk, een zeer belangrijke steun voor Daisy in het dagelijks leven. De persoonlijk begeleider kon naar haar luisteren en haar steunen als haar moeder of man dat tijdelijk niet konden. Tezamen had 'de groep' uiteindelijk een voldoende kalm brein en was er voldoende steun voor Daisy, 'good enough stability'.

Test 4 Emotieregulatie

In de behandelsessies bleef Daisy maar zeggen dat ze niets waard was en dat ze zichzelf haatte en dat ze niet boos kon zijn op de ouders. Daarover praten leverde niets op. Daarom werd er gekozen voor een ervaringsgerichte therapie en na enkele maanden startte Daisy met psychomotorische therapie (PMT). Ze had gedurende drie jaar de ene week een PMT-sessie en

de andere week een Slapende Honden sessie. Naar beide kwam de persoonlijke begeleider mee. De PMT-er en de behandelaar hadden tussentijds overleg om de sessies op elkaar af te stemmen. Rond haar drieëntwintigste werd Daisy opnieuw voor vier maanden opgenomen, omdat ze suïcidaal was. Na ontslag werd de traumabehandeling weer vervolgd. De combinatie van Slapende Honden sessies en PMT leverde een doorbraak op in de behandeling. Daisy leerde om haar boosheid en kracht te ontwikkelen en dit ook liefelijk te doen. Daisy werd sterker en steviger en de samenwerking met de agressieve delen werd steeds beter. De deling verminderde en Daisy was veel minder dat bange meisje. Ze kreeg minder schuldgevoelens en een positiever zelfbeeld. Ze had daarna minder last meer van herbelevingen. Ze kon beter voor zichzelf opkomen en liet ook in het dagelijks leven meer boosheid zien. De mensen in haar omgeving kenden dit natuurlijk niet van haar en kregen uitleg en psycho-educatie (test 4). Daisy bleef gemotiveerd om van haar traumatische herinnering af te komen en bleef ernaar verlangen een gewoon leven te leiden.

Test 5 Cognitieve Shift

Tijdens traumaverwerking zou Daisy een aantal van haar negatieve cognities moeten gaan corrigeren, zoals 'ik haat mezelf, ik ben slecht, het is mijn schuld, alle mannen zijn slecht'. Die overtuigingen waren erg hardnekkig en door deze met Daisy, haar moeder en haar man te bespreken hoorde ze van hen dat zij ervan overtuigd waren dat haar vader en die andere mannen fout zaten en dat het misbruik en de mishandelingen niet Daisy's schuld waren. Haar moeder en haar man spraken uit dat ze hoopten dat Daisy dat ook zou gaan geloven. Toch heeft het anderhalf jaar voorbereiding gekost om haar deze shift te kunnen laten maken. Ze bleef erg vasthouden aan haar overtuigingen, waardoor er telkens in de Slapende Honden-sessies en de PMT-sessies aandacht aan werd besteed. De persoonlijke begeleider besprak dit regelmatig met Daisy en soms met haar man erbij.

Test 6 De Notendop

Daisy had al in een eerder stadium een overzicht gemaakt van haar traumatische herinneringen. Toen Daisy voldoende stabiel leek (namelijk niet meer dissocieerde), zichzelf niet meer beschadigde en nauwelijks nog nachtmerries en herbelevingen had, werd dit overzicht opnieuw met haar bekeken. Daisy kon deze herinneringen noemen zonder ontregeld te raken.

Traumaverwerkingsfase

De voortgang van de behandeling wordt regelmatig geëvalueerd. Als de blokkades zijn opgeheven en de jeugdige voldoende is voorbereid om te praten over zijn of haar traumatische herinneringen, worden deze met behulp van EMDR verwerkt.

Daisy startte opnieuw met EMDR. In ongeveer vijftien sessies, waarbij de persoonlijke begeleider aanwezig was, verwerkte ze haar traumatische herinneringen aan de fysieke, psychische en seksuele mishandeling aan de hand van de zes laatste plaatjes. Ze had geen nare herinneringen meer aan het huiselijk geweld. Van een zeer angstig en schuw klein meisje werd ze een veel sterkere jonge vrouw, die wist wat ze wilde.

Integratiefase

In de integratiefase wordt met de Slapende Honden interventies verder gewerkt aan het herstel. In deze fase zullen interventies zich, naast op de gevolgen van traumaserie, tevens richten op de verstandelijke beperking.

In de integratiefase, die tien maanden duurde, werkte Daisy aan het leren omgaan met een leven zonder trauma's en 'met een rustig hoofd', zoals ze dit zelf noemde. Dat voelde erg vreemd voor haar. De medicatie werd afgebouwd, omdat Daisy niet meer angstig was. Daisy wilde leren vriendinnen te maken, die ze nooit had gehad, en ze wilde werken met dieren of kleine kinderen. Ze leerde omgaan met seksualiteit, die nu wel mogelijk was, maar ook erg eng was. Ook werd aandacht besteed aan

haar omgeving, die moest wennen aan een Daisy die geen terugval meer had. In de afgelopen tien jaar was ze namelijk altijd teruggeval-
len, met name tegen de winter. Moeder zei heel vaak tegen haar dat het misschien wel weer mis zou kunnen gaan, dat ze niet te optimistisch moest zijn, want zo was het immers de afgelopen jaren steeds gegaan. Daisy kon nu zelf echter heel zeker tegen moeder zeggen dat ze die terugval niet meer kreeg. De traumabehandeling werd na zes jaar afgesloten en Daisy is nu al twee jaar stabiel en heeft een betaalde oppasbaan.

Beschouwing

Traumatisering komt veel voor bij jeugdigen en volwassenen met een verstandelijke beperking, maar wordt nog weinig onderkend en behandeld. Traumabehandeling kan echter klachtenverlichting geven, gedragsproblemen verminderen en bijdragen aan de kwaliteit van leven. Daarnaast kan traumabehandeling mogelijk herhaald slachtofferschap voorkomen. Slapende Honden is een methode waarmee in kaart kan worden gebracht waarom getraumatiseerde jeugdigen en volwassenen mogelijk niet over hun traumatische herinneringen willen of kunnen praten en wat hun mogelijke blokkades zijn, om deze vervolgens met interventies op te heffen en hen voor te bereiden op traumaverwerking. Deze methode kan ook worden toegepast bij kinderen, jeugdigen en volwassenen met een verstandelijke beperking, voor wie traumabehandeling aanvankelijk onmogelijk leek. Dit werd geïllustreerd aan de hand van een beschrijving van de casus van Daisy, een meisje met een verstandelijke beperking bij wie pas na zeventien jaar en een uiteenlopend scala aan misdiagnoses en klinische opnames, de traumatisering werd vastgesteld. Zij werd met succes behandeld, mede door toedoen van een vasthoudende persoonlijke begeleider.

Met dank aan Joss Schrijver voor haar waardevolle input.

Referenties

- Child and Adolescent Committee of the European Society on Trauma and Dissociation. (2017). *Guidelines for the assessment and treatment of children and adolescents with dissociative symptoms and dissociative disorders*. ESTD.
- Cohen, J. A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, S. R., Chrisman, A., Farchione, T. R., . . . Medicus, J. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414-430.
- Cohen, J. A., Mannerino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., & Mayou, R. A. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(10), 1024-1032.
- 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. *Am J Prev Med*, 14(4), 245-258.
- Verwey-Jonker Instituut. (2011). *Loverboys en hun slachtoffers: inzicht in aard en omvang problematiek en in het aanbod aan hulpverlening en opvang*.
- Jonkman, C. S., Verlinden, E. F., Bolle, E. F., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2013). Traumatic stress symptomatology after child maltreatment and single traumatic events: different profiles. *Journal of Traumatic Stress*, 26(2), 225-232.
- Kliethermes, M., & Wamser, R. (2012). Adolescents with complex trauma In J. A. Cohen, A. P. Mannerino, & E. Deblinger (Eds.), *Trauma-Focused CBT for children and adolescents: Treatment Applications* (pp. 175-196). New York, NY: Guilford Press.
- Lanktree, C. B., Briere, J., Godbout, N., Hodges,

- M., Chen, K., Trimm, L., . . . Freed, W. (2012). Treating multitraumatized, socially marginalized children: Results of a naturalistic treatment outcome study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(8), 813-828.
- Mevissen, L. (2016). EMDR bij mensen met een verstandelijke beperking In H. J. Oppenheim, H. Hornsveld, E. Ten Broeke, & A. De Jongh (Eds.), *Praktijkboek EMDR deel II. Toepassingen voor nieuwe patiëntengroepen en stoornissen*. Amsterdam, The Netherlands: Pearson Assessment and Information.
- Mevissen, L., & Didden, R. (2017). Systeemgerichte diagnostiek en behandeling van psychotrauma bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. *Onderzoek en Praktijk*, 15(1), 6-14.
- Mevissen, L., Didden, R., Korzilius, H., & de Jongh, A. (2017). Eye movement desensitisation and reprocessing therapy for posttraumatic stress disorder in a child and an adolescent with mild to borderline intellectual disability: A multiple baseline across subjects study. *Journal of applied research in intellectual disabilities*(00), 1-8.
- Scharloo, A., Ebbers, S., & Spijker, M. (2013). *SOS-snelle opvang bij seksueel misbruik van mensen met een verstandelijke beperking: een praktisch handboek*. Houten, The Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal*, 22(1-2), 201-269.
- Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., & Li, S. (2010). *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress*. Retrieved from Washington, DC: Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
- Spierings, J. (2009). Stabilisatie, een gestructureerd programma voor taxatie en intervisie. In E. Ten Broeke, A. De Jongh, & H. Oppenheim (Eds.), *Praktijkboek EMDR* (2nd ed.). Amsterdam, The Netherlands: Pearson Assessment and Information.
- Struik, A. (2016). *Slapende honden? Wakker maken! Een behandelmethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen* (2nd ed.). Amsterdam, The Netherlands: Pearson Assessment and Information B.V.
- Struik, A., Lindauer, R. J., & Ensink, J. B. (2017). I Won't Do EMDR! The Use of the "Sleeping Dogs" Method to Overcome Children's Resistance to EMDR Therapy. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(4), 166-180.
- Van der Kolk, B., Pynoos, R., Cicchetti, D. C., M., D'Andrea, W., Ford, J., Lieberman, A. P., F., . . . Teicher, M. (2009). *Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V*. Retrieved from Unpublished.<http://www.traumacenter.org/about/Conference2011.php>.
- World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Zeanah, C. H., Chesher, T., & Boris, N. W. (2016). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 55(11), 990-1003.

HET STEUNOGRAM: HET SOCIALE NETWERK BIJ JONGEREN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING (LVB) IN BEELD

Annematt Collot d'Escury-Koenigs¹
Angelique Boering²

Wie, hoe en waarmee kan iemand uit jouw sociale netwerk je helpen? Licht verstandelijk beperkte (LVB) jongeren hebben hier vaak onvoldoende zicht op. Professionals kunnen jongeren ondersteunen met behulp van het Steunogram, een methode om het netwerk en de bijbehorende risico's en krachten in beeld te brengen. In deze studie is het Steunogram gemaakt met LVB en niet-LVB-jongvolwassenen. De LVB-deelnemers hebben significant minder steunfiguren in hun netwerk en ondervinden op minder aspecten steun dan niet-LVB-deelnemers. Echter ook LVB-jongvolwassenen die op voorhand aangaven niemand te zullen vinden bleken – tot eigen verassing – over steunende personen en kwaliteiten in hun netwerk te beschikken. Professionals lijken een belangrijke schakel voor deze doelgroep om het sociale netwerk in kaart te brengen. Door het inzetten van het Steunogram draagt men bij aan het vergroten van de zelfredzaamheid van LVB-jongeren. Zowel jongeren (ook de niet-LVB) als professionals geven aan dat het Steunogram de tijd meer dan waard is.

Het belang van het sociale netwerk

Het sociale netwerk is van cruciaal belang voor overleven, ontwikkelen en groeien. Het gezin is het eerste sociale netwerk van een kind. Met steun van hun ouders leren kinderen de wereld te begrijpen en te exploreren (Bowlby, 1969). In contact met leeftijdgenoten ontwikkelen kinderen sociale vaardigheden en het vermo-

gen zich in de ander te verplaatsen (Schaffer, 2006). Vriendschappen bieden jongeren emotionele steun, zelfvertrouwen en solidariteit (Geffen et al., 2012). Positieve relaties met leeftijdsgenoten werken als beschermende factor (Ward & Day, 2010). Een goed sociaal netwerk kan een individu beschermen tegen het ontwikkelen van psychiatrische problematiek (Lip-pold & Burns, 2009; Scott & Havercamp, 2014). Bindingen met de sociale omgeving verminderen de kans op delinquent gedrag (Bouwman et al., 2010; Hirschi, 1969; Kaal, 2013). Het gevoel van inclusie – ergens bij horen – vormt een belangrijk bestanddeel van iemands geestelijke gezondheid en sociaal welbevinden. Het gevoel van exclusie – ergens buitengesloten worden – wordt als even pijnlijk ervaren als fysieke pijn (Gunther Moor, et al., 2010).

Het Nederlands Jeugdbeleid benadrukt het belang van het benutten van de krachten van het sociale netwerk (Van Rijn et al., 2014). Jongeren en hun ouders dienen hun sociale netwerk zo veel mogelijk te benutten. Met andere woorden: als je hulp nodig hebt, moet je die eerst in je eigen netwerk zoeken. Dat geldt voor ouders die hulp nodig hebben bij een kind met autisme of aandachtsproblematiek, maar ook voor ouders die hun ouders ondersteunen (mantelzorg). Ouders, kinderen en jongeren zijn in toenemende mate zelf verantwoordelijk voor het vinden van hulp. Jongeren en hun ouders krijgen hiermee meer de regie over hun

¹ Dit artikel is gebaseerd op een eerder verschenen artikel van Collot d'Escury en Boering (2017) in het online tijdschrift *Blind*, de masterthese van Boering onder begeleiding van Collot d'Escury (2016). De handleiding van het Steunogram is te verkrijgen bij Annematt Collot d'Escury (A.L.CollotDEscury-Koenigs@uva.nl).

² Dr. Annematt Collot d'Escury-Koenigs is GZ psycholoog en K & J specialist en als hoofddocent werkzaam op de afdeling Klinische ontwikkelingspsychologie van de Universiteit van Amsterdam (A.L.CollotDEscury-Koenigs@UvA.nl).

³ Angelique Boering, MSc., is Junior Onderzoeker en Onderwijsassistent verbonden aan de afdeling Klinische Ontwikkelingspsychologie van de Universiteit van Amsterdam (A.Boering@UvA.nl).

eigen leven (Bartelink & Verheijden, 2015), de hulp is beter verankerd in het systeem en het is natuurlijk ook goedkoper.

Kennis van het sociale netwerk

Het inschakelen van het sociale netwerk is echter niet voor iedereen vanzelfsprekend. Het vereist inzicht in wie tot jouw netwerk behoort, maar ook inzicht in hoe en waarmee iemand jou kan helpen. Daarnaast is het van belang te zien welke personen uit het netwerk een negatieve invloed op jou – kunnen – hebben en bij wie je dus beter uit de buurt kan blijven. Jeugdigen met een LVB hebben: (1) vaak geen zicht op hun netwerk, (2) geen inzicht in de risico's en de krachten van hun netwerk, en (3) weten niet hoe ze hun netwerk moeten inschakelen.

Inzicht in het sociale netwerk vereist inzicht in (a) de samenstelling van het netwerk: "wie maken deel uit van mijn netwerk?", (b) de positie van de verschillende personen in het netwerk: "in hoeverre is een persoon een (verre) kennis of een (goede) vriend?", (c) de intensiteit van het contact: "hoe vaak spreek of zie ik iemand?", (d) de functie van het contact: "op welke manier biedt een persoon mij steun?", en (e) de beschikbaarheid van het netwerk: "in hoeverre is iemand bereid mij te helpen?" (Baars, 1997; Hendrix, 2001, aangehaald in Collot d'Escury et al., 2017). Jeugdigen met een LVB hebben een beperkt inzicht in hun sociale context. Zij hebben moeite de bedoelingen van de ander in te schatten (Collot d'Escury & Hengst, 2006), zijn gevoelig voor de mening van de ander (Kaal, 2013) en zijn geneigd deze mening boven die van zichzelf te geloven (RSJ, 2011). In sociale situaties zijn LVB'ers goedgelovig en naïef (Snell et al., 2009), gemakkelijk te beïnvloeden (Bexkens, 2013) en stemmen vaak in zonder door te vragen of na te denken over de gevolgen (Kaal et al., 2011). Dit brengt ze in een risicovolle positie waarin zij gemakkelijk voor de gek worden gehouden, worden belogen of misbruikt (Kaal et al., 2011).

Daarnaast lijken jeugdigen met een LVB moeite te hebben met het gericht om hulp vragen

(Collot d'Escury et al., 2017). Ten eerste lijken zij minder goed in staat het sociale netwerk te informeren en aan te geven wat zij nodig hebben (De Lange et al., 2014). Enerzijds omdat LVB-jongeren niet weten waar zij problemen hebben, anderzijds omdat zij niet willen weten dat zij problemen hebben. Een LVB'er wil niet opvallen, wil niet anders zijn dan anderen en zegt dingen te begrijpen waar de niet-LVB-jongere om uitleg vraagt. Ten tweede vinden LVB-jongeren het hulpvragen zelf moeilijk: aan wie, maar ook hoe, wat en wanneer. Hulp vragen is een kunst op zich (Collot d'Escury et al., 2017; Rapp et al., 2010). Voor hulp en ondersteuning zijn zij dan ook tenminste gedeeltelijk afhankelijk van de krachten en het inzicht van personen uit het eigen sociale netwerk; het netwerk dat de jongere kent en ziet (aankomen) waar de schoen wringt.

Complicerend is echter dat LVB-jongeren een beperkt sociaal netwerk hebben en vaak uit multiprobleemgezinnen komen (Moonen, 2017; Zoon, 2012). LVB-jongeren worden vaak afgewezen door hun sociale omgeving (Zoon, 2012). Tevens is er bij ouders vaak sprake van een laag intelligentieniveau (30% ook LVB-problematiek; Jansen et al., 2009) en zijn ouders niet zelden ook minder sterk in het inschakelen van hulpbronnen en het steunen van hun kinderen (Zoon & Foolen, 2014).

Zwakke netwerken beschikken echter vaak over meer krachten dan men denkt (Omer & Von Schlippe, 2010). Een zwak netwerk betekent bovendien niet dat niemand bereid is om te helpen. Het betekent wel dat het een moeilijkere opgave is de krachten uit het netwerk te herkennen en te benutten (Dam & Verhulst, 2016; King et al., 2014). Jeugdigen met een LVB en hun ouders hebben hulp en ondersteuning van een professional nodig bij het inschakelen van hun sociale netwerk. Een methode die professionals hierbij kan ondersteunen is het Steunogram. Het Steunogram is speciaal ontwikkeld om het sociale netwerk inclusief de risico's en de krachten bij de LVB-doelgroep in beeld te brengen. Het doel is de LVB-jeugdige

(en hun ouders en professionals) inzicht te bieden in wie, hoe en waarmee iemand hen kan ondersteunen.

Ontwikkeling en validering van het Steunogram

Het Steunogram werd in eerste instantie ontwikkeld als instrument voor het in kaart brengen van het sociale netwerk bij LVB-zedendelinquente jongeren. Hogewind en Collot d'Escury (2009) onderzochten de begripsvaliditeit van het Steunogram. Voor het beoordelen van de begripsvaliditeit werden zowel de convergente validiteit als verschillen tussen relevante groepen onderzocht (Evers et al., 2010). Ten eerste werd het Steunogram vergeleken met instrumenten die inzicht bieden in de kwaliteit van het netwerk en/ of de relatie(s) in het netwerk (convergente validiteit), namelijk (1) de Structured Assessment Violence Risk in Youth (SAVRY; Lodewijks et al., 2003): een risicotaxatie-instrument, waarmee het geweldsrisico bij jongeren tussen de 12 en 18 jaar kan worden bepaald, en (2) de Ouder-Kind Interactie Vragenlijst (OKIV-R; Lange, 2001): een vragenlijst, waarmee de relatie tussen ouder en kind gemeten kan worden. De resultaten op het Steunogram kwamen grotendeels overeen met de resultaten op de SAVRY en de OKIV-R. De geobserveerde risicofactoren bij het Steunogram kwamen overeen met de geobserveerde risicofactoren bij de SAVRY. De geobserveerde ouder-kind interacties op de OKIV-R kwamen bovendien overeen met observaties gedaan bij het Steunogram. Daarnaast toonde een vergelijking tussen LVB-zedendelinquente jongeren en LVB-jongeren dat LVB-zedendelinquente jongeren minder sociale contacten en meer risicofactoren in het sociale netwerk hadden dan hun niet zedendelinquente LVB-leeftijdsgenoten (Hogewind & Collot d'Escury, 2009).

In samenwerking met zorginstelling Talant werd het Steunogram aangepast voor de gehele LVB-doelgroep en aangevuld met beschermende factoren (Dames & Collot d'Escury, 2015). Door het toevoegen van krachten ontstaat een beeld dat de werkelijkheid meer

recht doet. Dit draagt bij aan de ecologische validiteit van het instrument (Pameijer & Draaisma, 2011) en biedt meer aanknopingspunten voor interventie. Onderzoek toont aan dat versterken van de beschermende factoren beter haalbaar lijkt dan het verminderen van risicofactoren (Carr, 2006). Niemand zal zich zijn 'risicovrienden' laten 'afpakken'. Wel kan men juist die vrienden zoeken die de jongere krachten bieden en de relatie met deze vrienden proberen te versterken. Zo toont een studie bij niet-LVB-jongeren dat het versterken van positieve relaties met leeftijdsgenoten zorgt voor een afname in externaliserend probleemgedrag (Witvliet et al., 2009). Het benadrukken en expliciet benoemen van de krachten geeft mensen een gevoel van competentie en draagt bij aan hun empowerment (Van Regenmortel, 2002). Werken met krachten in het netwerk levert een positieve bijdrage aan het succes van een behandeling (Van Asselt-Goverts et al., 2010). Deskundigen uit het werkveld waren positief over het gebruik van het Steunogram bij jeugdigen met een LVB (Dames & Collot d'Escury, 2015). De indrukvaliditeit werd voldoende beoordeeld, voor wat betreft de kwaliteit van de testconstructie, de kwaliteit van de handleiding en de itemconstructie van de aangevulde beschermende factoren.

De bovenstaande resultaten lijken een basis te bieden wat betreft de validiteit en kwaliteit van het Steunogram. De resultaten uit het onderzoek van Hogewind en Collot d'Escury (2009) leveren een eerste aanwijzing voor de begripsvaliditeit. De test lijkt de eigenschap te meten die het beoogt te meten (Evers et al., 2010). Echter de resultaten van één onderzoek leiden niet direct tot een 'voldoende' beoordeling door de COTAN-commissie; een commissie die de kwaliteit van tests onderzoekt (Evers et al., 2010). Slechts de replicatie van dergelijke aanwijzingen kan ertoe leiden dat men een gegede uitspraak kan doen over de begripsvaliditeit (Evers et al., 2010).

In het huidige onderzoek werd de begripsvaliditeit onderzocht. Deze studie richt zich op

een vergelijking tussen LVB en niet-LVB jongvolwassenen. Veel hulpverlening stopt bij de leeftijd van 18 jaar, een leeftijdsfase waarin veel jongvolwassenen nog hulp nodig hebben, en zeker de jongvolwassen LVB'er (NJI, 2015). De niet-LVB-deelnemers zijn psychologie- en psychobiologie studenten van de Universiteit van Amsterdam. De deelnemende LVB'ers zijn woonachtig binnen het Leger des Heils en zijn in hun verleden dak- of thuisloos geweest. Steun vanuit het netwerk is vaak compleet 'weggevallen'. Juist deze jongvolwassenen zijn gebaat bij ondersteuning van een professional om het sociale netwerk in beeld te brengen. Het is relevant te toetsen of het Steunogram ook voor hen werkt. Mogelijk dat verschillen tussen niet-LVB-deelnemers en een minder kwetsbare LVB-doelgroep minder groot zullen zijn. Hier zullen we in de discussie op terug komen. De begripsvaliditeit werd onderzocht door (1) de resultaten op het Steunogram te vergelijken met resultaten op de SAVRY (Lodewijks et al., 2003) en (2) het sociale netwerk van LVB-deelnemers en niet-LVB-deelnemers te vergelijken wat betreft de kwantiteit (het aantal mensen) en de kwaliteit (het aantal beschermende factoren en het aantal risicofactoren).

Op basis van de literatuur werden de volgende hypothesen opgesteld:

- Observaties op de SAVRY komen overeen met observaties op het Steunogram.
- Het sociale netwerk van LVB-deelnemers is kwantitatief kleiner dan bij niet-LVB-deelnemers.
- De kwaliteit van het sociale netwerk van deelnemers met een LVB is zwakker dan van deelnemers zonder een LVB (d.w.z. minder beschermende factoren en meer risicofactoren).

Methode

Deelnemers

In totaal deden 40 deelnemers tussen de 18 en 25 jaar mee aan dit onderzoek: 30 niet-LVB-deelnemers, eerstejaars psychologie- en psychobiologiestudenten van de Universiteit van Amsterdam (gemiddelde leeftijd 20.37 (SD = 1.88), 8 jongens (26,7%)) en 10

LVB-deelnemers, allen woonachtig binnen een residentiële LVB-behandelvoorzieningen van het Leger des Heils (gemiddelde leeftijd 22.5 (SD = 1.84), 5 jongens (50,0%)). Voorwaarden om in aanmerking te komen voor een woonplek binnen één van deze woonvoorzieningen: jongeren (1) hebben een IQ tussen de 50 en 70, (2) problemen in het sociaal aanpassingsvermogen, en (3) zijn dak- of thuisloos geweest (zie Gemeente Amsterdam, 2015). In de praktijk wordt een woonindicatie ook afgegeven bij een IQ tussen de 70 en 85 met bijkomende beperkingen op het gebied van het sociale aanpassingsvermogen en (gedrags)problematiek (De Beer, 2012).

Materiaal

Het Steunogram: speciaal voor de LVB-doelgroep

De 'Richtlijn Effectieve Interventies LVB' (De Wit et al., 2011) biedt een zestal werkzame factoren voor de behandeling van LVB-jongeren die expliciet naar voren komen in het Steunogram. Ten eerste biedt de handleiding van het Steunogram richtlijnen voor het afstemmen van de communicatie met LVB-jongeren. Ten tweede wordt de stof voorgestructureerd, gedoseerd en vereenvoudigd aangeboden door dat de professional per subsysteem (vrienden, familie, buurtgenoten et cetera) semigestructureerde interviews af neemt. Ten derde is de oefenstof concreet; jongeren tekenen zelf het Steunogram en stickeren de risico- en beschermende factoren. Ten vierde draagt het Steunogram bij aan (handelingsgerichte)diagnostiek. Namelijk door gezamenlijk inzicht te krijgen in het sociale netwerk (stap 1) kan men gezamenlijk kijken wie, waar ingezet kan worden (stap 2). Het Steunogram slaat hiermee een brug tussen diagnostiek en interventie. Het biedt zowel de jongere als de professional aanknopingspunten om het netwerk te betrekken en te versterken – door de richtlijn ook wel de vijfde werkzame factor genoemd (De Wit et al., 2011). Ten zesde draagt het Steunogram bij aan een positieve relatie met de professional. Een veilige en positieve omgeving is een belangrijke werkzame factor in de behandeling

van de LVB-jeugdige. Het hanteren van een narratieve benadering, waarin het verhaal van de jongere centraal staat, is een zeer krachtige methode om deze relatie aan te gaan (Luborsky, 2000; Holmes, 2000). Aanvullend op de 'Richtlijn Effectieve Interventies LVB' is de versterking van de autonomie, ook wel één van de belangrijkste processen tijdens de adolescentie en in het bijzonder belangrijk bij het werken met (probleem)jongeren (Naar-King & Suarez, 2011). Een laatste maar niet de minst belangrijke factor. In het Steunogram staan het netwerk en het verhaal van de jongere centraal. De professional heeft slechts een ondersteunende rol tijdens het in beeld brengen van dit verhaal. De jongere is 'eigenaar' van zijn netwerk; niemand kent immers zijn verhaal zoals hij/ zij dat kent. Voor uitgebreidere informatie over de achtergrond en ontwikkeling van het Steunogram zie Hogewind en Collot d'Escury (2009), Dames en Collot d'Escury (2015), en Boering en Collot d'Escury (2016).

Het Steunogram: de afname

Deelnemers tekenen in samenwerking met de professional hun netwerk. Een deelnemer krijgt twee vellen papier, een pen of potlood, gekleurde stiften en stickers. De afname en het tekenen gebeuren op een gestructureerde wijze. Zie Tabel 1 voor een overzicht van de verschillende stappen van het Steunogram.

De semigestructureerde, halfopen interviews worden afgenomen door de professional. Elke vraag bevat een toelichting met aanvullende vragen om meer gedetailleerde informatie te verkrijgen. Bijvoorbeeld "Hoe vind je het op school?", toelichting: "Wat vind je leuk? Waar heb je een hekel aan? Wat gaat er (niet zo) goed? Ben je weleens blijven zitten? Hoe kwam dat?".

Na het tekenen en aanvullen van het Steunogram worden de risico- en beschermende factoren uitgevraagd. De verschillende risico- en

Tabel 1. *Verschillende stappen tijdens de afname van het Steunogram*

	Wat	Toelichting en voorbeelden
Stap 1	Korte uitleg	
Stap 2	Intekenen deelnemer	Zichzelf intekenen: man (vierkant), vrouw (rond)
Stap 3	Intekenen familie	Vader, moeder, opa, oma, tante, oom, neef, etc.
Stap 4	Semigestructureerd interview familie	"Door wie ben je opgevoed? Heb je (stief)broers of zussen? Hoe vaak heb je contact met je moeder?"
Stap 5	Intekenen sociale netwerk buiten de familie	(Mogelijke) categorieën: vrienden, kennissen, school, werk, etc. Mensen tekenen met wie de deelnemer hij/zij regelmatig contact heeft.
Stap 6	Intekenen emotionele band	Tekenen 'dikkere lijn' betekent een 'sterkere band'
Stap 7	Semigestructureerd interview sociale contacten	"Op hoeveel scholen heb je gezeten? Heb je een baantje? Heb je weleens een vaste vriend(in) gehad? Heb je hobby's?"
Stap 8	Vragen met betrekking tot kenmerken van personen in het netwerk	Maatschappelijke kenmerken: "waar woont deze persoon?"; relationele kenmerken: "hoe lang ga je met deze persoon om?"; relaties tussen de netwerkliden: "wie gaat met wie om?"
Stap 9	Vragen met betrekking tot de beschermende factoren en stickers	"Wie biedt jou een luisterend oor? Met wie spreek jij graag af? Tegen wie kijk jij op in je omgeving? Wie helpt jou omgaan met geld?"
Stap 10	Vragen met betrekking tot de risicofactoren en stickers	"Wie zoekt vaak ruzie met jou? Wie komt wel eens in aanraking met de politie?"
Stap 11	Correcties of aanvullingen	"Staat iedereen erop? Klopt het allemaal?"

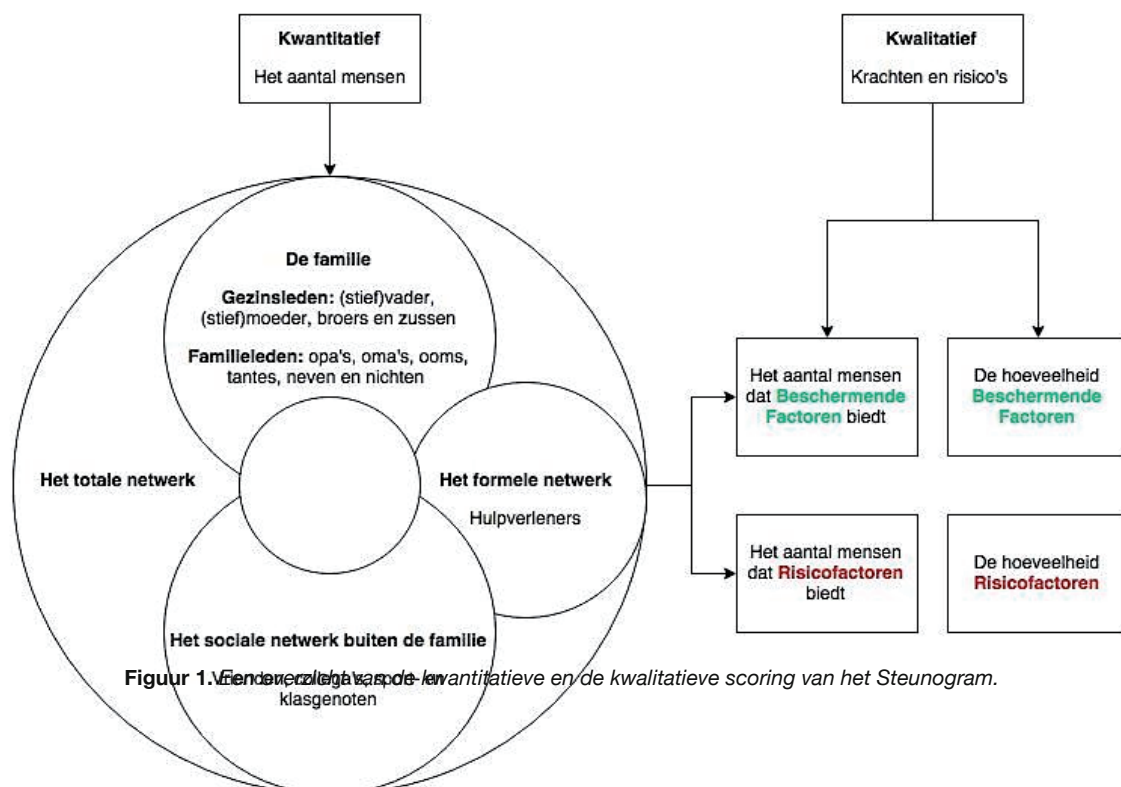
beschermende factoren zijn op stickers afgedrukt. De betekenis van de stickers wordt met de deelnemers besproken. Hulp bij financiën (een beschermende factor) wordt afgebeeld door een 'euroteken'. De deelnemer kan deze sticker plakken bij de persoon die hij noemt bij de beschermende factor 'hulp bij financiën'. Een 'wietplantje' wordt geplakt bij personen uit het netwerk die drugs gebruiken en daarmee een risicofactor kunnen zijn voor middelengebruik. Zie bijlage 1 voor een volledig Steunogram.

Het Steunogram: de scoring

In het Steunogram worden verschillende (sub) systemen betrokken: (1) de familie, (2) het sociale netwerk buiten de familie: vrienden, collega's, klasgenoten, sportgenoten, en (3) het formele netwerk: hulpverleners. Samen vormen deze subsystemen het totale netwerk van de deelnemers. Zie figuur 1 voor een overzicht.

Voor de kwantitatieve scoring worden per (sub) systeem het aantal mensen bij elkaar opgeteld. Iemand die drie vrienden, vier collega's en twee sportgenoten tekent heeft negen mensen in het sociale netwerk buiten de familie ($3 + 4 + 2 = 9$). Tekent deze deelnemer ook nog vier familieleden en twee hulpverleners, dan telt het totale netwerk 15 personen ($= 9$ sociale contacten buiten de familie + 4 familieleden + 2 hulpverleners).

Voor de kwalitatieve scoring worden per (sub) systeem de volgende variabelen berekend: (1) het aantal mensen dat Beschermende Factoren (BFP) biedt en (2) de hoeveelheid BF. Bij 'het aantal mensen dat BF biedt' gaat het om het aantal mensen in het netwerk dat een deelnemer BF biedt. Eén persoon staat gelijk aan één beschermende factor-persoon (BFP), ook al biedt deze persoon op meerdere vlakken



Figuur 1. Overzicht van de kwantitatieve en de kwalitatieve scoring van het Steunogram.

ondersteuning. Bij 'de hoeveelheid BF' kan één persoon meerdere beschermende factoren opleveren. Dit betekent dat een moeder die bij zes verschillende beschermende factoren genoemd wordt de deelnemer 'één BFP' en de 'hoeveelheid van zes beschermende factoren' oplevert. Een ander voorbeeld, in het netwerk van een jongere ontvangen zes van de tien getekende mensen beschermende factor stickers. Deze zes steunende mensen leveren ieder op twee vlakken steun en ontvangen per persoon twee beschermende factor stickers. Dit houdt in dat deze jongere zes mensen in het netwerk heeft die steun bieden (aantal BFP's) en een totaal hoeveelheid van 12 beschermende factoren ontvangt. Dezelfde variabelen worden berekend voor de risicofactoren.

De Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY; Lodewijks et al., 2006)

De SAVRY is een risicotaxatie-instrument dat het geweldsrisico bij jongeren tussen de 12 en 18 jaar kan bepalen. De SAVRY kan met voorzichtigheid worden ingezet bij oudere jongeren (NJI, 2017). In de praktijk wordt gezien dat de SAVRY ingezet wordt bij de 'oudere' LVB-doelgroep. Hiermee is zo veel mogelijk aangesloten bij de praktijk. De SAVRY bevat 24 risico-items binnen drie Risicodomeinen: het Historisch domein, het Individuele domein en het Contextuele domein. Daarnaast bevat de SAVRY een Protectief domein met zes Protectieve-items, namelijk 1) 'Prosociale betrokkenheid', 2) 'Duidelijke ondersteuning door een ander', 3) 'Duidelijke hechte band met ten minste één prosociale volwassene', 4) 'Positieve houding tegenover interventie en gezag', 5) 'Positieve gerichtheid op school of werk' en 6) 'Trekken van een veerkrachtige persoonlijkheid'. Het huidige onderzoek richt zich op de uitbreiding van het Steunogram met de beschermende factoren in het netwerk. De laatste drie Protectieve-items betreffen intrapersonlijke protectieve factoren die bij afname van het Steunogram niet geobserveerd kunnen worden. Om deze reden wordt alleen gekeken naar eerste drie Protectieve-items. De items worden gecodeerd op een dichotome schaal: aanwezig of afwezig. Met behulp van percen-

tages wordt per Protectief-item geobserveerd in hoeverre een item aan- of afwezig is; scoort één van de 10 LVB-jongeren aanwezig op een Protectief-item, dan wordt het item als 10% aanwezig beschouwd. Met andere woorden, de SAVRY toont dan dat dit Protectieve-item slechts beperkt aanwezig is bij de LVB-deelnemers. De resultaten op de Protectieve-items van de SAVRY zullen worden vergeleken met de resultaten op de beschermende factoren op het Steunogram.

Procedure

Het onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van de Universiteit van Amsterdam. In het kader van hun studie konden niet-LVB-deelnemers zich online aanmelden voor het onderzoek. LVB-deelnemers werden voorafgaand aan het onderzoek door zowel de onderzoeker als de mentoren geïnformeerd over het onderzoek. Alle deelnemers namen vrijwillig deel aan het onderzoek en werden bij aanvang verzocht een schriftelijke toestemming voor deelname te ondertekenen. Het toestemmingsformulier is stap-voor-stap doorgenomen met de LVB-deelnemers.

De afname duurde maximaal 2 uur. Bij beide groepen werd het Steunogram afgenomen. De afname bij niet-LVB-deelnemers vond individueel plaats op de Universiteit van Amsterdam. Bij de LVB-deelnemers vond de afname plaats op de instelling en in aanwezigheid van hun mentor. Het tekenen van het Steunogram nam ongeveer 60 tot 90 minuten in beslag. De SAVRY is bij de LVB-deelnemers getaxeerd op basis van dossierinformatie. Bij de niet-LVB-deelnemers was het niet mogelijk om de SAVRY te taxeren omdat er geen dossier beschikbaar is van de niet LVB-deelnemers.

De niet-LVB-deelnemers ontvingen twee proefpersoon punten voor deelname aan het onderzoek. De LVB-deelnemers ontvingen een VVV-cadeaubon of een bioscoopbon ter waarde van 10 euro.

Resultaten

Convergente validiteit: Steunogram en SAVRY

De resultaten van de LVB-deelnemers op de SAVRY worden gepresenteerd in Tabel 2.

Tabel 2. SAVRY: de frequenties en percentages (%) van de aan- of afwezigheid van drie Protectieve-items

Protectieve-items SAVRY	Aanwezig	Afwezig
1. Prosociale betrokkenheid	1 (10%)	9 (90%)
2. Duidelijke hechte band met tenminste één prosociale volwassenen	4 (40%)	6 (60%)
3. Duidelijke ondersteuning door een ander	10 (100%)	0 (0%)
Noot. LVB-deelnemers (N = 10).		

De SAVRY laat zien dat voor LVB-deelnemers 'Prosociale betrokkenheid' slechts bij één jongere aanwezig is (10%). Deze resultaten worden tevens geobserveerd in het Steunogram. LVB-deelnemers lijken weinig tot geen hobby's te hebben, nemen weinig deel aan prosociale activiteiten en noteren vaker vrienden(groepen) die betrokken zijn of waren bij criminele activiteiten. 'Duidelijke ondersteuning van tenminste één prosociale volwassene' is bij de meerderheid van de onderzochte LVB-deelnemers op de SAVRY afwezig gescoord (aanwezig 40%). Deze resultaten worden niet ondersteund door het Steunogram. Elke jongere tekent tenminste één prosociale volwassene die ze ondersteuning biedt op meerdere vlakken (c.q. tenminste één volwassene met meerdere beschermende factor stickers). Het item 'Duidelijke ondersteuning door een ander' is voor alle LVB-deelnemers aanwezig (100%). Bij dit item gaat het niet om de 'aanwezigheid' van een persoon in het netwerk, maar de mate waarin iemand op verschillende vlakken ondersteuning biedt (Morrison, 1998, aangehaald in Lodewijks et al., 2003). In het Steunogram kan duidelijk worden geobserveerd dat LVB-deelnemers tenminste één persoon hebben die ze op meerdere vlakken ondersteuning biedt (c.q. persoon met meerdere beschermende factor stickers).

Vergelijkingen tussen LVB-deelnemers en niet-LVB-deelnemers

De kwantitatieve (het aantal mensen) en kwalitatieve (het aantal beschermende factoren en het aantal risicofactoren) groepsverschillen zijn onderzocht binnen drie verschillende (sub)systeemen, namelijk (1) de familie, (2) het sociale netwerk buiten de familie, en (3) het totale netwerk. Het formele netwerk kon niet als afzonderlijke variabele vergeleken worden tussen de groepen, omdat de niet-LVB-deelnemers geen hulpverleners op het netwerk hebben getekend.

De groepsverschillen werden middels eenzijdige onafhankelijke t-toetsen onderzocht. Voorafgaand aan de analyses is gecontroleerd of de data voldeden aan de normaliteitsassumptie en de homogeniteit van varianties (Field, 2009). Bij data die niet voldeden aan de normaliteitsassumptie is gebruik gemaakt van een non-parametrische onafhankelijke t-toets: de Mann-Whitney U toets (exact). Binnen enkele variabelen werden één of twee extreem hoge scores geobserveerd. Geen van deze outliers heeft invloed gehad op de statistische uitkomsten. Alle data zijn meegenomen in de analyses.

Vergelijking tussen 30 niet-LVB-deelnemers en 10 LVB-deelnemers

Voor een overzicht van de belangrijkste resultaten zie Tabel 3a.

De familie, het sociale netwerk buiten de familie en het totale netwerk van LVB'ers bestaat uit significant minder mensen dan dat van niet-LVB'ers (middelgrote tot grote effectgroottes, respectievelijk $r = .60$, $r = .75$ en $r = .64$). Deelnemers met LVB hebben significant minder familieleden, minder sociale contacten en minder mensen in het netwerk die ze beschermende factoren bieden (BFP's). Overall ontvangen zij van elk (sub)systeem significant minder beschermende factoren (hoeveelheid) (zie Tabel 3a voor effectgroottes). Er worden

geen significante verschillen geobserveerd met betrekking tot de risicofactoren.

Exploratieve analyses: selectieve vergelijking tussen 10 niet-LVB-deelnemers en 10 LVB-deelnemers

Vanwege verschillen in groepsgrootte, man-vrouw verdeling en leeftijd is met behulp van Case-Control Matching op basis van geslacht en leeftijd een selectie gemaakt van 10 niet-LVB-deelnemers ($N = 10$, gem. leeftijd 22.2 ($SD = 1.81$), 5 jongens) gematcht aan de 10 LVB-deelnemers ($N = 10$, gem. leeftijd 22.5 ($SD = 1.84$), 5 jongens). De vergelijkingen tussen de 10 niet-LVB-deelnemers en 10 LVB-deelnemers leverden dezelfde resultaten als de vergelijking tussen 30 niet-LVB-deelnemers en 10

Tabel 3a. Groepsverschillen in het sociale netwerk tussen niet LVB-deelnemers ($N = 30$) en LVB-deelnemers ($N = 10$): de gemiddelde scores (M) met de bijbehorende standaarddeviaties (SD) van het aantal mensen (kwantitatief), en het aantal Beschermende Factoren en RisicoFactoren (BF en RF; kwalitatief) per (sub)systeem (totaal netwerk, familie en sociaal netwerk buiten de familie).

	Niet-LVB-deelnemers	LVB-deelnemers		
<i>Kwantitatief</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Aantal mensen in familie	24.33 (9.18)***	9.7 (6.6)***	.000	.60
Aantal mensen in sociaal netwerk buiten de familie	21.13 (9.41)***	6.9 (3.2)***	.000	.75
Aantal mensen in totaal netwerk	46.77 (15.78)***	19.3 (7.6)***	.000	.64
<i>Kwalitatief: BF</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Familie				
Aantal familieleden BF	4.33 (2.38)** ¹	2.7 (2.5)** ¹	.006	.37
Hoeveelheid BF	20.97 (8.66)**	10.70 (7.0)**	.001	.29
Sociaal netwerk buiten de familie				
Aantal sociale contacten BF	9.3 (5.03)** ¹	4.8 (1.62)** ¹	.001	.49
Hoeveelheid BF	35.03 (23.44)* ¹	20.8 (15.33)* ¹	.029	.29
Totaal netwerk				
Aantal mensen BF	13.57 (5.91)** ¹	10 (2.5)** ¹	.036	.28
Hoeveelheid BF	56.07 (25.06)** ¹	38.7 (14.65)** ¹	.020	.32
<i>Kwalitatief: RF</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Totaal netwerk				
Aantal mensen RF	8.93 (6.89)	6.2 (4.67)	.12	.18
Hoeveelheid RF	10.53 (7.24)	11 (8.93)	.87	.00

Noot. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; r = effectgroottes; Analyses met behulp van onafhankelijke t-toetsen.

¹Bij analyses waarbij er niet werd voldaan aan de assumpties werd de analyse uitgevoerd met behulp van de Mann-Whitney U toets.

LVB-deelnemers (effectgroottes variërend van $r = .40$ tot $r = .77$). Voor een overzicht van de resultaten zie Tabel 3b.

Exploratieve analyses: beschermende factoren en risicofactoren

Op basis van literatuuronderzoek zijn de beschermende factoren (items) opgedeeld in vier

typen steun die mensen in het netwerk kunnen bieden: (1) emotionele ondersteuning: mensen die altijd voor jou klaar staan, (2) sociale ondersteuning en controle: mensen die betrokken zijn, (3) instrumentele ondersteuning: mensen die jou helpen met praktische zaken, en (4) normatieve ondersteuning: mensen die voor jou een voorbeeldfunctie hebben (Baartman,

Tabel 3b. Selectieve vergelijking: 10 van de 30 niet-LVB-deelnemers gematcht aan 10 LVB-deelnemers op basis geslacht en leeftijd. Groepsverschillen met betrekking tot het sociale netwerk: de gemiddelde scores (M) met de bijbehorende standaarddeviaties (SD) van het aantal mensen (kwantitatief) en het aantal Beschermende Factoren en RisicoFactoren (BF en RF; kwalitatief) per (sub)systeem (totaal netwerk, familie en sociaal netwerk buiten de familie).

	Niet-LVB-deelnemers (N = 10)	LVB-deelnemers (N = 10)	<i>p</i>	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	22.2 (1.81)	22.5 (1.84)	<i>ns</i>	
Sekse (% mannen vs. vrouwen)	50% vs. 50%	50% vs. 50%	<i>ns</i>	
Kwantitatief: aantal mensen	M (SD)	M (SD)	<i>p</i>	<i>r</i>
Aantal mensen in familie	22.9 (7.49)***	9.7 (6.6)***	.000	.78
Aantal mensen in sociaal netwerk buiten de familie	23.6 (12.75)**	6.9 (3.2)**	.001	.70
Aantal mensen in totaal netwerk	46.60 (19.46)***	19.3 (7.6)***	.000	.77
Kwalitatief: BF	M (SD)	M (SD)	<i>p</i>	<i>r</i>
Familie				
Aantal familieleden BF	4.8 (2.86)* ¹	2.7 (2.5)* ¹	.019	.52
Hoeveelheid BF	20 (7.08)**	10.70 (7.0)**	.005	.57
Sociaal netwerk buiten de familie				
Aantal sociale contacten BF	9.6 (5.32)**	4.8 (1.62)**	.01	.64
Hoeveelheid BF	41.20 (31.38)*	20.8 (15.33)*	.04	.40
Totaal netwerk				
Aantal mensen BF	14.4 (6.65)*	10 (2.5)*	.038	.50
Hoeveelheid BF	61.2 (34.96)*	38.7 (14.65)*	.043	.47
Kwalitatief: RF	M (SD)	M (SD)	<i>p</i>	<i>r</i>
Totaal netwerk				
Aantal mensen RF	11.1 (7.7)	6.2 (4.67)	.051	.37
Hoeveelheid RF	11.9 (7.74) ¹	11 (8.93) ¹	.342	.00

Noot. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; r = effectgroottes; Analysen met behulp van onafhankelijke t-toetsen. ¹Bij analyses waarbij er niet werd voldaan aan de assumpties werd de analyse uitgevoerd met behulp van de Mann-Whitney *U* toets.

2010; Bartelink & Verheijden, 2015; Dames & Collot d'Escury, 2015). Vervolgens zijn deze typen steun vergeleken tussen de groepen. Daarnaast zijn groepsverschillen per risicofactor (items) onderzocht. Voor een overzicht van de belangrijkste resultaten zie Tabel 4.

Beschermende factoren

Deelnemers met een LVB ontvangen significant minder 'emotionele en instrumentele ondersteuning' (medium effect, $r = .37$) dan deelnemers zonder een LVB. Ten aanzien van 'sociale ondersteuning en controle' wordt een

klein effect geobserveerd ($r = .19$). Vanwege het kleine effect is gekeken of LVB-deelnemers hier 'goed' weggelaten vanwege de steun vanuit het formele netwerk (=hulpverleners). Een nieuwe variabele werd berekend voor 'sociale ondersteuning en controle' minus de steun vanuit hulpverleners. Als steun vanuit hulpverleners wegvalt ontvangen LVB-deelnemers gemiddeld significant minder 'sociale ondersteuning en controle' ($r = .20$). Er zijn geen verschillen tussen de ontvangen 'normatieve ondersteuning' geconstateerd, ook niet bij het wegvallen steun vanuit de hulpverlening.

Tabel 4. Overzicht per type Beschermende Factor (BF) en per Risicofactor(RF)-item: Gemiddelde scores (M) met de bijbehorende standaarddeviaties (SD)

	Niet-LVB-deelnemers	LVB-deelnemers		
<i>BF: type ondersteuning</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Emotionele ondersteuning	26.67 (15.35)**	16.40 (8.08)**	.008	.37
Sociale ondersteuning en controle	10.7 (6.75)	6.8 (3.23)	.11	.19
<i>Minus steun formele netwerk</i>	10.7 (6.75)*	5.9 (3.7)*	.02	.20
Instrumentele ondersteuning	8 (4.09)*	5.2 (3.23)*	.01	.36
Normatieve ondersteuning	10.37 (5.32)*	10.3 (6.75)*	.37	.05
<i>RF: item-niveau</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
1. Financiële problemen	.67 (1.06)	3.2 (5.8)	.115	
2. Zoekt vaak ruzie	.40 (.72)	.7 (.82)	.135	
3. Drugsgebruik (soft en/of harddrugs)	5.67 (6)	3.1 (2.68)	.207	
Drugsgebruik recreatief	5.06 (5.68)**	0 (0)**	.003	.44
Drugsgebruik problematisch	.60 (1.19)***	3.1 (2.68)***	.000	.52
4. Alcoholverslaving	.47 (.77)*	0 (0)*	.035	.22
5. Seksueel grensoverschrijdend gedrag	.17 (.37)	0 (0)	.217	
6. Aanraking met politie en/of justitie	.50 (.81)***	2.4 (1.89)***	.000	.54
7. Werkloos	.67 (.99)*	1.7 (1.64)*	.029	.30
8. Psychiatrisch behandeld	1.7 (1.55)**	.3 (.48)**	.002	.46
9. Slechte invloed op jou	.33 (.96)	.2 (.42)	.474	

Noot. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; r = effectgroottes; Groepsverschillen geanalyseerd met Mann-Whitney U toets.

Tabel 5. De 'Buffer': de gemiddelde verschillscore (M) met de bijbehorende standaardafwijking (SD) van de hoeveelheid beschermende factoren minus de hoeveelheid risicofactoren in het totale netwerk.

	Niet LVB-deelnemers (N = 30)	LVB-deelnemers (N = 10)		
	M (SD)	M (SD)	p	r
Buffer incl. hulpverlening	45.56 (23.36)	27.7 (17.89)	.059	.30
Buffer excl. hulpverlening	45.56 (23.36)*	21.1 (19.35)*	.08	.41

Noot. * $p < .05$.

Risicofactoren

Deelnemers zonder een LVB hebben significant meer mensen in hun netwerk die problematisch alcohol gebruiken en er worden meer mensen psychiatrisch behandeld, terwijl LVB-deelnemers significant meer mensen in het netwerk hebben die in aanraking komen met politie of die werkloos zijn.

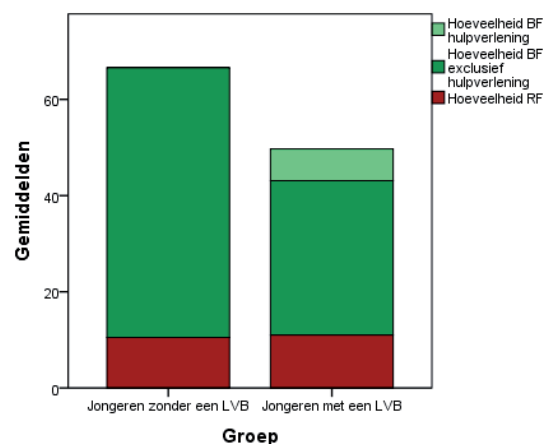
Vanwege de hoge scores op de risicofactor 'drugsgebruik' is dit item geanalyseerd en gecategoriseerd op basis van mate van gebruik: 1) recreatief gebruik: matig drugsgebruik en geen invloed op het dagelijkse leven en 2) problematisch gebruik: grote rol en levert problemen op in het dagelijkse leven (Jellinek, 2016). Recreatief gebruik in het netwerk ligt significant hoger bij niet-LVB-deelnemers, terwijl problematisch gebruik in het netwerk significant vaker voorkomt bij LVB-deelnemers.

Exploratieve analyse: 'buffer sociaal netwerk'

Een nieuwe variabele werd berekend om de 'buffer' van het sociale netwerk te analyseren. De buffer representeert de hoeveelheid beschermende factoren die de deelnemer ontvangt minus de hoeveelheid risicofactoren die in het totale netwerk aanwezig zijn, zie Tabel 5.

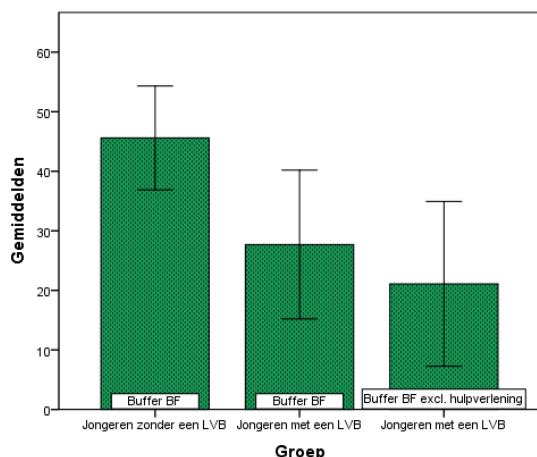
In Figuur 2 kan men zien dat beide groepen evenveel risicofactoren in het netwerk noteren. De hoeveelheid beschermende factoren die resteren na het aftrekken van deze risicofactoren ligt lager bij LVB-deelnemers dan bij

deelnemers zonder een LVB. Deze buffer lijkt nog kleiner voor de LVB-deelnemers op het moment dat steun vanuit de hulpverlening niet wordt meegenomen. In Figuur 3 ziet men de grafische vergelijking tussen deze drie 'buffers'. Deelnemers met een LVB hebben een significant kleinere 'buffer' dan niet-LVB-deelnemers op het moment dat hulpverlening weg-



valt (medium effect, $r = .41$), daarmee beschikt de LVB'er over een kleinere buffer.

Figuur 2. De hoeveelheid beschermende factoren (BF), de hoeveelheid beschermende factoren (BF) vanuit de hulpverlening en de hoeveelheid risicofactoren (RF) in het sociale netwerk van niet-LVB-deelnemers en LVB-deelnemers.



Figuur 3. De 'buffer': de hoeveelheid beschermende factoren (BF) minus de hoeveelheid risicofactoren in het netwerk van niet-LVB-deelnemers en LVB-deelnemers. Voor de LVB-deelnemers is tevens een buffer berekend exclusief beschermende factoren vanuit de hulpverlening.

Conclusie en Discussie

In deze studie werd de begripsvaliditeit van het Steunogram onderzocht. Dit werd gedaan door (1) het Steunogram te vergelijken met de SAVRY, een instrument dat soortgelijke informatie bevat, en (2) de kwantiteit (het aantal mensen) en de kwaliteit (het aantal beschermende en risicofactoren) van het sociale netwerk te vergelijken tussen LVB-deelnemers en niet-LVB-deelnemers.

Observaties uit het Steunogram komen grotendeels overeen met observaties op de SAVRY. Ten eerste leren deze observaties dat 'Prosociale betrokkenheid' bij LVB-deelnemers doorgaans afwezig is. Ten tweede blijkt uit de SAVRY dat 'Duidelijke ondersteuning door tenminste één prosociale volwassene' bij de minderheid van de LVB'ers aanwezig is (40%). Observaties op het Steunogram leren dat iedere jongere tenminste één prosociale volwassene tekent die hen steun biedt (c.q. een volwassen persoon met meerdere beschermende factor stickers). Echter uit nadere analyse blijken deze steunende figuren grotendeels hulpverle-

ners te zijn. Tot slot wordt 'Duidelijke ondersteuning door een ander' bij de SAVRY voor iedere LVB'er aanwezig getaxeerd en tekent iedere LVB'er tenminste één persoon op zijn netwerk die meerdere beschermende factor stickers oplevert. Aanvullend op de SAVRY levert het Steunogram informatie over wie de jongere op welke vlakken ondersteuning biedt.

LVB-deelnemers hebben minder mensen in hun netwerk dan niet-LVB-deelnemers. Deelnemers met een LVB hadden minder beschikking over beschermende factoren in het sociale netwerk. Professionals lijken ook hierin een belangrijke rol te spelen. Zodra steun vanuit professionals wegvalt hebben de LVB-deelnemers minder beschermende factoren. Dit benadrukt het belang van het versterken van het netwerk, als de professional wegvalt is er een 'gat' in de hulp en steun die de LVB-jeugdige ontvangt. Deelnemers met een LVB lijken kwetsbaarder voor specifieke risicofactoren in het netwerk, onder andere 'problematisch middelengebruik' en '(ex-)criminele vrienden'. De geobserveerde risico's bij de zowel de LVB-deelnemers als de niet-LVB-deelnemers komen overeen met eerder onderzoek (Bonger Instituut, 2013; Collot d'Escury, 2007; Koolhof et al., 2007; Nabben et al., 2011;).

De resultaten lijken de begripsvaliditeit van het Steunogram te onderbouwen. Met enige voorzichtigheid kunnen we concluderen dat de kwaliteit van het netwerk bij LVB-deelnemers zwakker is dan bij niet-LVB-deelnemers. Het Steunogram toont echter eveneens dat iedere LVB-deelnemer met behulp van het Steunogram op een 'positief saldo' uitkomt (zie Figuur 2 en 3). Ook de LVB-jongeren die op voorhand aangaven niemand te zullen gaan vinden bleken met behulp van het Steunogram – tot hun eigen verassing – steunende personen en kwaliteiten in hun netwerk te hebben.

Opvallend is het gegeven dat niet-LVB-jongvolwassenen aangeven meer mensen in de omgeving te hebben die psychiatrisch worden behandeld. Dit is tegen de verwachting in,

psychiatrische problematiek wordt juist bij LVB vaak als co-morbiditeit gezien (Dekker et al., 2002) en bovendien zou men verwachten dat het vaker in het netwerk voorkomt (denk ook aan multiprobleemgezinnen; Zoon, 2012). Mogelijk dat studenten een ruimere definitie van psychiatrische behandeling hanteren.

Er zijn een aantal kanttekeningen bij het onderzoek te plaatsen. Het aantal LVB-deelnemers ($N = 10$) is aanzienlijk veel kleiner dan het aantal niet-LVB-deelnemers ($N = 30$). Een analyse gebaseerd op voor geslacht en leeftijd gematchte groepen toont echter gelijke resultaten (LVB, $N = 10$ versus niet-LVB, $N = 10$). Een te kleine steekproef veroorzaakt een lage statistische power, hetgeen resultaten oplevert met een te hoge statistische variabiliteit om verschillen tussen de groepen op te pikken (Goodman & Berlin, 1994). Het zorgt voor een lage precisie en de kans op het missen van een effect. Ondanks het kleine aantal (LVB-)deelnemers zijn er op een groot aantal variabelen (sterke) effecten geobserveerd. Hoewel het verschil in groepsgrootte en het aantal (LVB-)deelnemers niet ideaal is, lijken de gegevens robuust genoeg om te mogen vertrouwen.

De onderzochte LVB-deelnemers behoorden tot de groep voormalig dak- en thuisloze jongeren en kampten met complexe, meervoudige problematiek. Er kan sprake zijn van een confound: LVB en bijkomende problematiek versus niet-LVB en geen bijkomende problematiek. De effecten zouden dan gevolg kunnen zijn van verschillen in de bijkomende problematiek. Echter doen verschillen in bijkomende problematiek helaas wel enigszins recht aan de werkelijkheid. In het dagelijks leven is de kans op psychiatrische problematiek, internaliserend en externaliserend probleemgedrag, en antisociaal en delinquent gedrag bij LVB-jongeren aanzienlijk hoger dan bij jongeren met een IQ boven de 85 (Dekker et al., 2002). Eerder onderzoek toonde voor LVB met en LVB zonder problematiek significante groepsverschillen wat betreft de kwantiteit en kwaliteit van het sociale netwerk (Hogewind &

Collot d'Escury, 2009). De bijkomende problematiek kan dus wel degelijk een deel van de verschillen verklaren. Om het effect van 'bijkomende problematiek' uit te sluiten zou men in vervolgonderzoek LVB-jongeren zonder bijkomende problematiek moeten vergelijken met niet-LVB-jongeren zonder bijkomende problematiek. Idealiter zou toekomstig onderzoek uit een onderzoeksdesign met vier groepen bestaan, namelijk (1) LVB en niet-LVB-jongeren, (2) en jongeren met en zonder bijkomende problematiek. Het huidige onderzoek is een mooie tussenstap. De kern is echter de vraag of het Steunogram voldoende behulpzaam is om? het netwerk van kwetsbare mensen in case LVB-jongvolwassenen met een dak- of thuisloos verleden mee in beeld te brengen. Toetsen of er verschil is tussen groepen waarbij verschil te verwachten is, is ten behoeve van validatie. Het Steunogram is niet bedoeld om onderscheid tussen groepen te maken.

Het Steunogram toont aan dat het systeem van een LVB-jongere over het geheel genomen kwetsbaarder is dan dat van niet-LVB jongeren. Het Steunogram toont tevens aan dat het netwerk van LVB-jongeren met een kwetsbare achtergrond wel degelijk over beschermende factoren beschikt (Omer & Von Schlippe, 2010). Ook voor de LVB'er was de 'buffer' positief (zie Figuur 2 en 3). Er zijn weliswaar minder mensen in het netwerk die een steun 'sticker' ontvangen, echter steun minus risico blijft (ruim) positief, ook als steun vanuit hulpverlening niet wordt meegenomen. De vraag is of de LVB'er dit zonder de hulp van de professional zelf had geweten. Observaties lijken aan te geven van niet. Hoe moeilijker de doelgroep, hoe moeilijker het lijkt om je netwerk te ontrafelen en steunpilaren te vinden. Samen met de professional inzicht krijgen in wie, hoe en waarmee iemand steun kan bieden levert een belangrijke eerste stap om het netwerk in te kunnen schakelen. Het inschakelen van het netwerk is geen onderdeel van het Steunogram, maar wel een stap waar de LVB-jeugdige hulp bij nodig heeft. Deze stap is mogelijk gemakkelijker wanneer je inspeelt

op het verhaal van de jongere zelf en wanneer het narratief al gedeeld is met de professional, zoals het geval is wanneer gebruik wordt gemaakt van het Steunogram, dat immers gezamenlijk met de professional is opgesteld.

Het Steunogram is naast functioneel steunend (wie, hoe en waarmee) ook letterlijk steunend. Voor alle deelnemers leek het in kaart brengen van het netwerk op zichzelf al versterkend te zijn. Het gevoel ergens bij te horen biedt een sterke beschermende functie. Door als professioneel autonomie te verlenen en aandachtig te luisteren naar het verhaal van de jongere, zal een jongere zijn eigen verhaal als waardevol ervaren. In de systeemtheoretische benadering wordt het maken van een genogram als verbindend gezien, ook het maken van een Steunogram samen met een professional lijkt een verbindende functie te hebben (Rober, 2002).

Het tekenen van het sociale netwerk levert ten slotte ook nieuwe dynamiek. Ook als een jongere ervoor kiest zijn moeder niet in het netwerk te tekenen of een groot kruis door zijn vader heen te zetten is dit communicatie. Zonder woorden betekent niet zonder waarde (Rober, 2002). Het Steunogram biedt (1) de professioneel inzicht in verschillende relaties in het netwerk: "Wie ziet de jongere vaak? Welke relaties zijn in welk opzicht risicovol of juist beschermend?", (2) aanknopingspunten om bepaalde onderwerpen bespreekbaar te maken, (3) aanknopingspunten om de jongere te ondersteunen de krachten in het netwerk te benutten, en (4) bij herhaalde afname de mogelijkheid om het effect van een behandeling te meten. Hiermee kan het Steunogram een brug slaan tussen diagnostiek en interventie.

Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat er een basis is gelegd met betrekking tot de (begrips)validering van het Steunogram om het netwerk bij de LVB-doelgroep in kaart te brengen. Professionals lijken een belangrijke schakel voor deze doelgroep om het sociale netwerk in kaart te brengen. Door het

inzetten van het Steunogram kan men bijdragen aan het vergroten van de zelfredzaamheid van LVB-jongeren. Zowel jongeren (ook de niet-LVB) als professionals geven aan dat het Steunogram de tijd meer dan waard is.

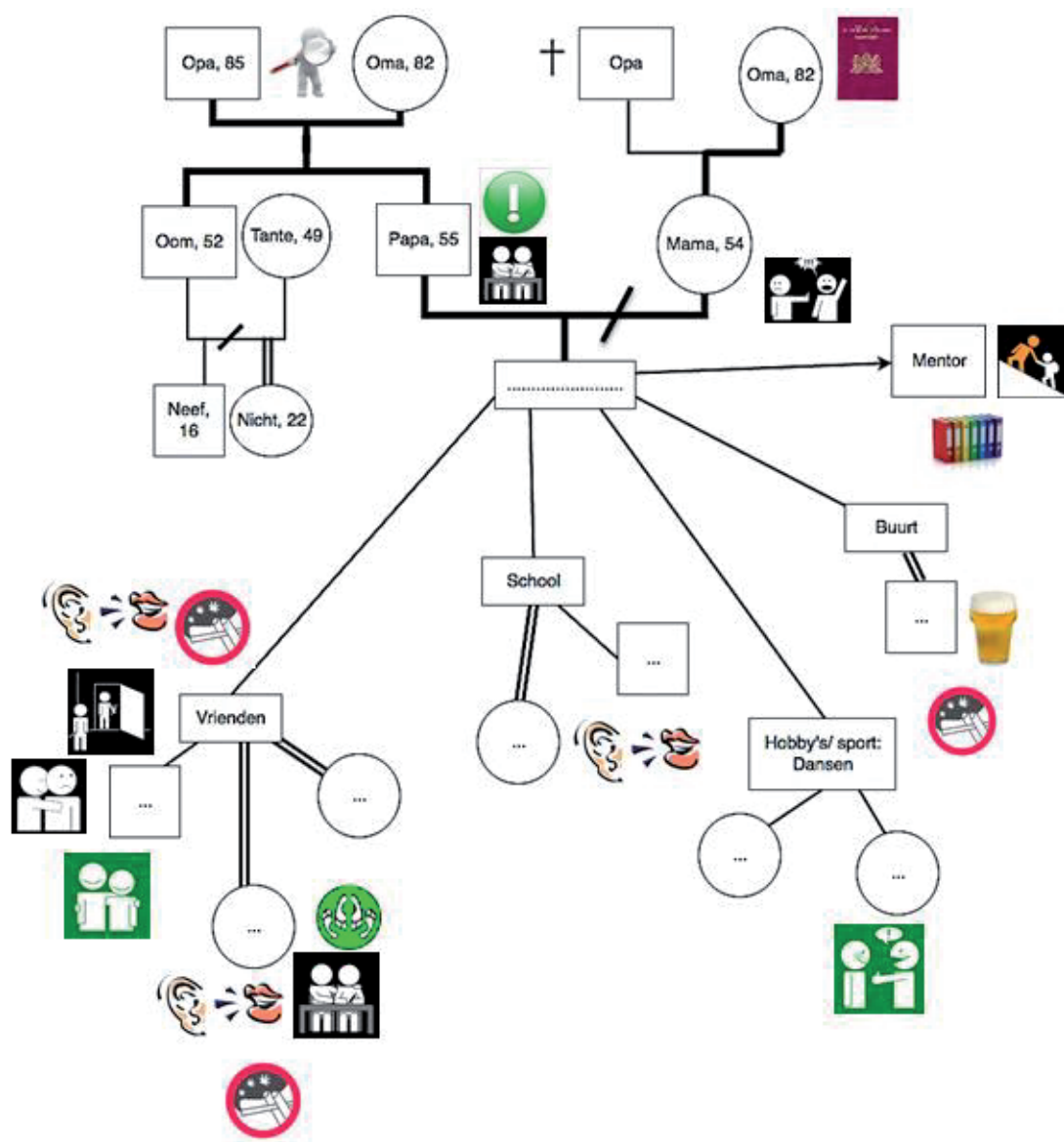
Literatuurlijst

- Asselt-Goverts, A. E. van, Embregts, P. J. C. M., Hendriks, A. H. C., & Frielink, N. (2010). *Werken met sociale netwerken in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Baartman, H. (2010). Ouderschap en de betekenis van solidariteit om je heen. *Ouderschapskennis*, 13, 182–194.
- Bartelink, C., & Verheijden, E. (2015). *Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van gezinnen?* Opgehaald van http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Watwerkt_Sociaalnetwerkversterken.pdf
- Beer, Y. de (2012). *De kleine gids: Mensen met een licht verstandelijke beperking*. Deventer: Kluwer.
- 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* (Proefschrift). Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, Nederland.
- Boering, A., & Collot d'Escury, A. (2016). *Validering van het Steunogram 2.0: Een diagnostisch instrument om het sociale netwerk bij jongeren met een licht verstandelijke beperking in kaart te brengen* (Masterthese). Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, Nederland.
- Bouwman, Y. H. A., Ruiter, C. de, & Scheene, A. H. (2010). Social ties and short-term self-reported delinquent behaviour of personality disordered forensic outpatients. *Legal and Criminological Psychology*, 15, 357–372.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. London, UK: Hogarth Press.
- Carr, A. (2006). *What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. London: Routledge.
- Collot d'Escury, A. M. (2007). Lopen jongeren met een lichte verstandelijke beperking meer kans

- om in aanraking te komen met justitie? *Kind en Adolescent*, 28, 128–137.
- Collot d'Escury, A., & Boering, A. (2017, April 24). De kracht van het sociale netwerk is niet voor iedereen vanzelfsprekend. *Blind*, 46. Opgehaald van <https://www.ziedaar.nl/article.php?id=535>
- Collot d'Escury, A. M., Dames, J. M., Hogewind, H., & Boering, A. (2017). *Steunogram 2.0: Handleiding voor het in kaart brengen van het sociale netwerk van licht verstandelijk beperkte jongeren (In ontwikkeling)*. Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, Nederland).
- Collot d'Escury, A., & Hengst, E. (2006). Een training in perspectiefnemen en sociale vaardigheden in de praktijk in beeld; Wedden dat het werkt! *Onderzoek en Praktijk*, 4, VOBC-LVG.
- Dam, L. van, & Verhulst, S. (2016). *De JIM-aanpak: Het alternatief voor uithuisplaatsing*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Dames, J. M., & Collot d'Escury, A. M. (2015). *Het Steunogram 2.0: In kaart brengen van krachten van het netwerk van licht verstandelijk beperkte jongeren* (Masterthese). Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, Nederland. Opgehaald van <http://dare.uva.nl/cgi/arno/show.cgi?fid=611368>
- Dekker, M. C., Koot, H. M., Ende, J. van der, & Verhulst, F. C. (2002). Emotional and behavioural problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child and Psychology and Psychiatry*, 43, 1087–1098.
- Evers, A., Lucassen, W., Meijer, R., & Sijtsma, K. (2010). *COTAN Beoordelingssysteem voor de kwaliteit van tests*. Zaandijk: Heijnis & Schipper.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications.
- Geffen, H. van, Nooren, J., & Nouwens, P. (2012). *Maatschappelijke participatie van jongeren met een licht verstandelijke beperking: "De professionele steunstructuur als katalysator"*. Opgehaald 28 juli, 2017: www.yumpu.com/nl/document/view/20539589/de-professionele-steunstructuur-als-katalysator-jong-en-lastig/1.
- Gemeente Amsterdam. (2015). *Dak- en thuisloze jongeren in Amsterdam: Integraal plan van aanpak naar aanleiding van het initiatiefvoorstel 'Geef zwervjongeren een kans in Amsterdam'*. Opgehaald van http://zwervjongeren.nl/wp-content/uploads/2016/03/pva_zwervjongeren-amsterdam_1_0.pdf
- Goodman, S. N., & Berlin, J. A. (1994). The use of predicted confidence intervals when planning experiments and the misuse of power when interpreting results. *Annals of Internal Medicine*, 121(3), 200–206.
- Gunther Moor, B., Leijenhorst, L. van, Rombouts, S. A. R. B., Crone, E. A., & Molen, M. W. van der (2010). Do you like me? Neural correlates of social evaluation and developmental trajectories. *Social Neuroscience*, 5(5–6), 461–482.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California press.
- Hogewind, H., & Collot d'Escury, A. M. (2009). *Ontwikkeling en validering van het Steunogram: Een instrument voor interventie en risicotaxatie op basis van het sociale netwerk van een licht verstandelijk gehandicapte zedendelinquente jongeren* (Masterthese). Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, Nederland. Opgehaald van <http://dare.uva.nl/cgi/arno/show.cgi?fid=346481>
- Holmes, J. (2000). Narrative in psychiatry and psychotherapy: the evidence? *Journal of Medical Ethics*, 26, 92–96.
- Jansen, H., Leeman, M., & Verstegen, D. (2009). *Startdocument kwaliteitskader: Orthopedagogische behandelcentra*. Utrecht: Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra en het Landelijk Kenniscentrum LVG (VOBC-LVG).
- Kaal, H. (2013). *Ongewoon moeilijk: Jeugdige delinquenten met een LVB als (voortdurende) bron van zorg*. Den Haag: Boom Lemma.
- 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.
- King, E., Brown, D., Petch, V., & Wright, A. (2014). Perceptions of support-seeking in young people attending a youth offending team: An interpretative phenomenological analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19, 7–23.
- Koolhof, R., Loeber, R., Wei, E. H., Pardini, D., & Collot d'Escury, A. M. (2007). Inhibition deficits of serious delinquent boys of low intelligence. *Criminal Behavior and Mental Health*, 17, 5, 274 – 292.

- Lange, A. (2001). *OKIV-R handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lange, W. de, Westerhof, L., Bruin, E. de, & Windhorst, R. (2014). *De zelfstandigheidsmatrix: Weet wat je meet! Platform VG Haaglanden & MEE Zuid-Holland Noord*. Opgehaald van http://www.aandachtvooriedereen.nl/component?option=com_docman&Itemid,298&gid,854/task,-doc_download/
- Lippold, T., & Burns, J. (2009). Social support and intellectual disabilities: A comparison between social networks of adults with intellectual disability and those with physical disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 5, 463-473.
- Lodewijks, H. P. B., Doreleijers, T. A. H., Ruiter, C. de & Wit-Grouls, H. F. de (2003). *Handleiding voor de gestructureerde risicotaxatie van gewelddadig gedrag bij jongeren*. Geautoriseerde Nederlandse vertaling van R. Borum, P. Bartel & A. Forth. (2002). *Manual for the structured assessment of violence risk in youth (SAVRY)*. Tampa: University of South Florida.
- Luborsky, L. (2000). A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychotherapy Research*, 10, 17-29.
- Moonen, X. M. H. (2017). *(H)erkennen en waarderen. Over het (h)erkennen van de noden mensen met licht verstandelijke beperkingen en het bieden van passende ondersteuning (Oratie)*. Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, Nederland. Opgehaald van http://www.kenniscentrumlvb.nl/images/pdf/oratie_Moonen2017.pdf
- Naar-King, S., & Suarez, M. (2011). *Motivational interviewing with adolescents and young adults*. New York: The Guilford Press.
- Nabben, T., Doekhie, J., & Korf, D. J. (2011). *Uit de schaduw: Jongeren en drugs in Amsterdam Zuidoost*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Nederlands Jeugdinstituut (NJI). (2017). Instrument: Structured Assessment of Violence Risk in Youth. Opgehaald van [http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Instrumenten/Structured-Assessment-of-Violence-Risk-in-Youth-\(SAVRY\)](http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Instrumenten/Structured-Assessment-of-Violence-Risk-in-Youth-(SAVRY))
- Nederlands Jeugdinstituut (NJI). (2015). *Factsheet 18+ en dan? Overgang van jongere naar volwassene*. Opgehaald van http://nji.nl/nl/Download-NJI/Factsheet_18_en_dan_Overgang_van_jongere_naar_volwassene.pdf
- Omer, H., & Schlippe, A. von (2010). *Stärke statt macht. Neue autorität in familie, schule und gemeinde*. Göttingen, Du: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pameijer, N., & Draaisma, N. (2011). *Handelingsgerichte diagnostiek in de jeugdzorg: Een kader voor besluitvorming*. Den Haag: Acco Nederland.
- Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) (2011). *Zorg voor ingesloten licht verstandelijk beperkte jongeren: Advies d.d. 6 juni 2011*. Opgehaald van https://www.rsj.nl/binaries/verzend-advies-lvb_tcm26-26584.pdf
- Rapp, S. R., Shukamer, S., Schmidt, S., Naughton, M., & Anderson, R. (2010). Social resourcefulness: its relationship to social support and wellbeing among caregivers of dementia victims. *Aging & Mental Health*, 2, 40-48.
- Regenmortel, T. van (2002). *Empowerment en maatzorg: Een krachtige psychologische kijk op armoede*. Leuven: Uitgeverij Acco.
- Rijn, M. J. van, Teeven, F., & Opstelten, I. W. (2014). *Jeugdwet*. Den Haag: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Opgehaald van <http://www.nji.nl/nl/Jeugdwet-publicatie-Staatsblad-14-3-2014.pdf>
- Rober, P. (2002). *Samen in therapie: Gezinstherapie als dialoog*. Den Haag: Acco.
- Schaffer, H. R. (2006). *Social development*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Scott, H. M., & Havercamp, S. M. (2014). Mental health for people with intellectual disability: The impact of stress and social support. *American Journal on Intellectual and Development Disabilities*, 119, 6, 552-564.
- Ward, A. K., & Day, D. M. (2010). *Criminal predictors and protective factors in a sample of young offenders: Relationship tot offending trajectories*. Final report submitted to the Ministry of Children and Youth Services. Ontario, Canada: Ryerson University.
- Wit, M. de, Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB.
- Witvliet, M., Lier, P. A. C. van, Cuijpers, P., & Koot, H.

- M. (2009). Testing links between childhood positive peer relations and externalizing outcomes through a randomized controlled intervention study. *Journal of Clinical Psychology*, 77, 905 – 915.
- Zoon, M. (2012). *Kenmerken en oorzaken van een licht verstandelijke beperking*. Opgehaald van http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/LVB_Kenmerken_en_oorzaken.pdf



COLUMN

De schrijver van de column kan een gedragswetenschapper, een groepsleider, een wetenschappelijk onderzoeker, een beleidsmaker en/of een ouder zijn. Wat zij gemeen hebben, zijn hun ervaringen met mensen met een licht verstandelijke beperking. In deze LVB Onderzoek & Praktijk geven wij het woord aan Peter Dijkshoorn, kinder- en jeugdpsychiater en bestuurder bij Accare (p.dijkshoorn@accare.nl).

EVIDENCE BASED PRACTICE ONVERWACHT EENVOUDIG?

Als er over evidence based practice (EBP) gesproken wordt is de reactie nogal eens “dat is met protocollen, dat werkt niet”, of “dat kan niet met mijn doelgroep”. Het is allebei niet waar. EBP is groot en EBP is klein. EBP is groot, want het is een manier van werken, een cultuur in een sector, of in een organisatie. Eigenlijk zou elke organisatie en elke professional zo moeten werken. Elke financier als gemeente of verzekeraar zou er ook om moeten vragen: “biedt u zorg die altijd ongeveer het beste is wat er bekend is en houdt u literatuur bij, zodat u volgend jaar weer beter bent?”. Nu is dat ingewikkeld en lastig om in te voeren. Maar EBP is ook klein en wel makkelijk in te voeren. Kleine zorgactiviteiten die bewezen werkzaam zijn en die direct al groot verschil maken voor kind, ouder, of zelfs hele doelgroep.

Ik noem er een. Echt werken met de doelen van ouder én kind. Doelen die ze allebei zelf begrijpen en nastreven. Natuurlijk afgestemd met de hulpverlener zodat het ook haalbare doelen zijn, maar wel hún doelen. Trek er desnoods een paar keer voor uit om zo ver te komen, het betaalt zich terug. Heldere, goed begrepen doelen helpen kind, ouder en hulpverlener om bij de les te blijven. Resultaat wordt eerder behaald, waardoor positieve ervaring eerder wordt opgedaan en voortgang van behandeling wordt versterkt. Heldere doelen maken dat én ouder én kind én hulpverlener geen misverstanden kunnen hebben over ongelijke, onuitgesproken verwachtingen die behandeling

frustreren. En dan is het ook nog zo dat werken met samen afgesproken doelen de behandeling korter maakt, de tevredenheid vergroot en het aantal mensen wat je kunt helpen vergroot. Ook dit is evidence based practice.

Nog één. Kinderen met een (lichte) verstandelijke beperking hebben een grotere kans op tandartsangst. Kinderen met een verstandelijke beperking hebben mee hierdoor een grotere kans op een slechter gebit. Mensen met een slecht gebit hebben grotere kans op allerlei ziektes en op eerder overlijden. Hier is allemaal bewijs voor. En er is bewijs voor de snelle werkzaamheid van EMDR bij tandartsangst, ook bij ernstige verstandelijke beperking. Hoeveel kinderen met een verstandelijke beperking en tandartsangst krijgen die EMDR? Het is eenvoudig en goedkoop, zorgen dat je de tandartsangst herkent en zorgen dat een psycholoog of orthopedagoog in de buurt hebt die EMDR kan bieden. Ook dat is evidence based practice.

En een laatste. Veel kinderen met een verstandelijke beperking hebben vaak een getraumatiseerde ouder. Bijvoorbeeld door het hebben van een kind met een beperking. De schrik die dit gegeven heeft, de zorgen, de schaamte, de vermoeidheid. Dit zijn allemaal zaken die mensen in een toestand kunnen brengen die we PTSS kunnen noemen. We weten inmiddels ook dat traumabehandeling van deze ouders hun zoveel rust geeft dat ze makkelijker hun

opvoedtaak kunnen doen en open staan voor adviezen rond opvoeding van hun kind. Naar dit voorbeeld loopt momenteel onderzoek en alle ouders die deze (intensieve maar korte) behandeling kregen voelen zich beter en zijn beter in staat hun opvoedrol uit te oefenen. Er zijn met deze benadering al eerste uithuisplaatsingen voorkomen. Ook dit is weer evidence based practice.

EBP, heel groots, of heel klein. Soms onverwacht klein, maar met groot resultaat. Die kleine EBP-activiteiten zijn met ter zake geschoolde mensen zo klein en goedkoop en leveren zoveel op dat we ze niet mogen laten liggen.

Peter Dijkshoorn

UIT DE PRAKTIJK

Met deze rubriek willen wij praktijkervaringen uitwisselen. De LVB-praktijk is divers en in elke instelling weer net even anders, maar de thema's van de problemen die zich kunnen voordoen zijn vergelijkbaar. Mail uw reacties en opmerkingen naar redactie@kenniscentrumlvb.nl.



KWALITEIT VAN BESTAAN EN VOLWAARDIG BURGERSCHAP

Danny Hempel¹

Bij Doenersdreef Zorg, een organisatie waar jongeren met een (lichte) verstandelijke beperking (LVB) begeleiding krijgen in wonen, leren en werken, vinden we dat iedereen zich volwaardig burger moet kunnen voelen. Volwaardig burgerschap, dat klinkt prachtig, maar hoe vertaalt zich dat naar de dagelijkse praktijk? Wij spreken van volwaardig burgerschap als 'onze' jongeren betaald werk hebben en met het geld dat ze daarmee verdienen in een betaalbare woning kunnen leven.

Anne en Louise zijn voorbeelden van LVB-jongeren die een volwaardige plek hebben gevonden in de werkmaatschappij. Zij kregen daarbij begeleiding vanuit de Doenersdreef Community (DDC), onze leef-, woon- en werkcommunity die bestaat uit 150 medewerkers, LVB-jongeren, jongeren die vroeg ouder geworden zijn en hun kinderen.

Anne (21 jaar) werkt in ons leer-werkbedrijf TOA Het Werkt als buddy/assistent. Zij vangt bijvoorbeeld kinderen op van 'vroeg ouders' die als cliënt bij Doenersdreef Zorg verblijven. Ondanks haar chronische darmziekte bereikt

Anne haar doelen; begin 2018 behaalt ze haar diploma als visagist en make-up artist en gaat dan zelfstandig wonen. Louise (22 jaar) is zo'n vroege ouder die door het Werkfit-traject van Werkbedrijf werkervaring kon opdoen. Ze werkt nu in de facilitaire dienstverlening. Middels een urgentie heeft ze een sociale huurwoning gekregen waar ze met haar zoontje kan gaan wonen.

Buurtparticipatie

Buurtparticipatie vinden wij net zo belangrijk als betaald werk. Wij pleiten ervoor om jongeren met een LVB niet als geïsoleerde groep binnen een samenleving te bekijken. Juist ook voor hen is het bevorderen van sociale participatie en integratie in hun woonplaats van groot belang. Betrokkenheid bij burens en de wijk, en niet alleen bij de eigen belangen, kan alleen groeien wanneer iemand een volwaardige plek heeft in de werkmaatschappij.

Onze jongeren bieden regelmatig buurthulp aan buurtbewoners. Bijvoorbeeld aan een blinde vrouw die zij helpen bij het koken van maaltijden. Een ander voorbeeld is de hulp aan een bejaard echtpaar dat zorgt voor hun kleinkinde-

¹ Danny Hempel is bestuurder bij Doenersdreef Zorg, dat deel uitmaakt van de Doenersdreef Community (DDC), waartoe ook behoren het leer-werkbedrijf TOA Het Werkt en de erkende jobcoachorganisatie DoenersPlace voor opleidingen en jobcoaching. DoenersHout BV, ook behorend tot de DDC, biedt betaalbare huurwoningen aan en gaat op maat en vraaggericht bouwen voor jongeren en ouderen.

ren. Ze zijn beiden analfabeet en leven onder de armoedegrens. Een van onze vaste medewerkers werd ingezet bij het ordenen van hun administratie. De was van het gezin werd gratis in onze 'loungette' gedaan met hulp van onze jongeren die daar werken. In afwachting van hulp van het Voedselloket kookte onze horeca-keuken enkele weken extra maaltijden voor dit gezin. In de keuken werken drie LVB-jongeren met een betaalde baan.

Werkfit-traject

Een zorgvraag betreft altijd veel meer dan zorg alleen. We roepen op om eens verder te kijken dan het medisch model. Naar onze mening draait het om ontzorgen en het garanderen van bestaanskwaliteit. Besteed niet alleen aandacht aan wat er fout gaat en wat er allemaal niet kan. We kijken vooral naar wat er wél kan.

Veel jongeren gaan vanuit de zorg bij Doenersdreefzorg een zogeheten Werkfit-traject in dat hen klaarstoomt voor een betaalde baan. In dit traject wordt allereerst onderzocht waar de talenten en kwaliteiten van de jongere liggen en wat zijn of haar loopbaanwensen zijn. Vervolgens loopt een jongere gedurende een zes- of achtweekse introductie mee in een of meer van de veertien minionondernemingen die Doenersdreef in samenwerking met lokale ondernemers heeft opgezet. Op deze manier komen zij er al werkend achter op welk gebied mogelijk hun toekomst ligt.

Wat we bereiken met de DDC

Bij de DDC willen we met al onze activiteiten bijdragen aan maatschappelijke betekenis, geluk, volwaardig burgerschap, kwaliteit van bestaan en participatie in onze buurten in Almere en Nieuwegein. Hoe onze idealen voor onze jongeren zich in de praktijk vertalen laten we graag zien aan de hand van wat we als community met elkaar bereikt hebben in 2017.

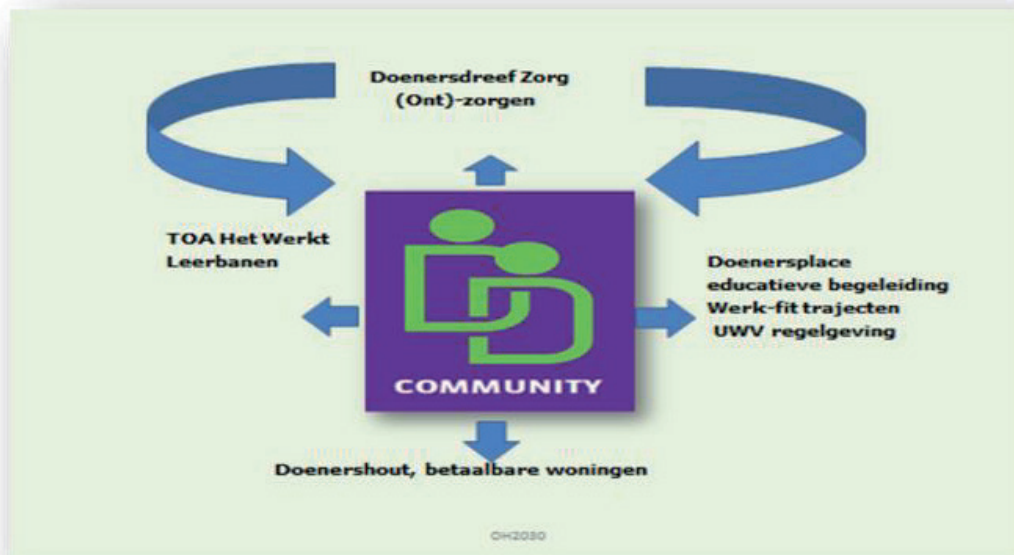
- 23 LVB-jongeren hebben een betaalde baan via de minionondernemingen van TOA Het Werkt. Voorbeelden zijn: carwash, The

Green Story, tuinonderhoud, klusbedrijf, Lopifietsverhuur, chauffeursdiensten en assistentbanen in de receptie.

- De jongeren van onze leefgemeenschap die geen externe scholing, dagbesteding of werk hebben, nemen deel aan de interne arbeidsmatige dagbesteding. Ze gaan bijvoorbeeld de wijk in en helpen ouderen bij het tuinonderhoud, zetten een honden-uitlaatservice op of werken in de theetuin.
- Ook buurtbewoners zonder werk zijn aan de slag gegaan bij een van de maatschappen binnen de DDC. Bovendien worden buurten door onze buurtactiviteiten beter leefbaar. Activiteiten bestaan uit het organiseren van kidsmiddagen, armoedebestrijding door horeca en moestuin, wasserijdiensten, een buurtrestaurant en een fitnessruimte.
- Voor de begeleiding van en zorg aan Eritrese statushouders heeft Doenersdreef Zorg een aantal medewerkers aangenomen die de taal beheersen en bekend zijn met de cultuur en achtergrond van deze doelgroep.
- DDC-medewerkers en 18+-jongeren hebben een erkend certificaat behaald voor de gezamenlijke leergang 'Kwartiermakerschap Samen Redzaam'.

Het einddoel van begeleiding aan LVB-jongeren in wonen, leren en werken moet zijn: volwaardig burgerschap zonder begrenzingsen. Want of iemand nu jong of oud is, een IQ heeft van 60 of 150, een afstand tot de arbeidsmarkt heeft of niet: ieder mens heeft sterke en minder sterke kanten en de kunst is om daarmee om te leren gaan.

² Voor meer praktijkvoorbeelden uit Almeerse buurten zie ook <https://www.doenersdreefzorg.nl/fotos-en-videos/>



EEN GOED BEGIN IS HET HALVE WERK

Hoe met *www* (wif, worstenbroodjes en watjes) ernstige psychiatrische crises bij kinderen en jeugdigen met een licht verstandelijke beperking bezworen kunnen worden.¹

Michel van den Bogaard²

Noortje Blijlevens³

Inleiding

Een crisis is volgens Van Dale een gevaarlijke toestand, gekenmerkt door een hoge druk, korblik en veranderhuiver (het oude, vertrouwde loslaten versus een sprong in het duister). “Als onze dochter niet nu gedwongen opgenomen wordt, dan pleegt zij zelfmoord!” Hulpverleners kunnen in deze dynamiek ingezogen raken en probleemhouder worden of er juist verlamd door raken. Anderzijds kan een crisis een positief omslagpunt vormen, omdat de lijdensdruk hoog en motivatie voor verandering groot zijn.

Van daaruit hebben Van Oenen, Cornelis & Bernardt (2017) een 3-stappenmodel ontwikkeld:

1. Een systeemberaad om inlichtingen te geven (bijvoorbeeld over de doelen, kaders en werkwijze), informatie te verzamelen (bijvoorbeeld over de druppels die de emmer deden overlopen, de draagkracht-draaglastverhoudingen en patronen) en een fundament voor shared decision making te leggen;
2. vier ‘watjes’: i. wat is er aan de hand; ii. wat is er al geprobeerd; iii. wat moet er nu gebeuren; en iv. wat als het niet helpt? Er wordt per vraag een ronde gedaan, waarin de aanwezigen hun verhaal na elkaar doen en de anderen luisteren. Zo worden de achtergronden, invalshoeken en verbanden nader in kaart gebracht;

3. leidend tot een gezamenlijke werkhypothese, waaruit de probleemdefinitie, het plan van aanpak en de doelen, middelen en termijn voortvloeien.

Het model helpt om overzicht te bewaren, problemen op te lossen en stress te reguleren. Bovendien geeft het houvast om valkuilen te vermijden, zoals herhaling van zetten en ingezogen raken. Daarnaast maakt het flexibel, meerzijdig partijdig schakelen tussen oplossingsgericht, motiverend, judoachtige technieken en drang/dwang mogelijk.

Vertaalslag naar de kinder- en jeugdpsychiatrie voor LVB

Kinderen en jeugdigen met een LVB hebben een grotere kans op psychiatrische stoornissen en in een psychiatrische crisis te raken dan normaalbegaafde leeftijdgenoten, leidend tot crisisopnames als het gevaar elders (nog) niet afgewend of effectief behandeld kan worden (Van den Bogaard, Vodegel & Djadoenath, 2017; Van der Heijden & Duren, 2017). Traditioneel richt de psychiatrie zich op kortdurende crisisopnames, met een sterk accent op zelfinzicht en zelfregulatie; vermogens die bij hen juist beperkter zijn. Hoe kan daaraan een mouw gepast worden? Enerzijds kunnen de algemene richtlijnen over de KJP & LVB toegepast worden, zoals actief, betrokken, directief, explorerend en taakgericht werken (versus een meer afwachterende, vraaggerichte houding en

¹ Het artikel is een bewerking van de presentatie, getiteld: Multifunctionele centra (KJP & LVB tijdens de landelijke studiedag LVB en psychiatrie. Samenwerken bij mensen met een licht verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek op 15 november 2017 te Amsterdam.

² Michel van den Bogaard is als klinisch psycholoog en regiebehandelaar aan de BOPZ-crisis- en zeer intensieve behandelafdeling van het MFC van Herlaarhof, De La Salle en Cello te Vught verbonden.

³ Noortje Blijlevens is als gezondheidszorgpsycholoog, regiebehandelaar en systeemtherapeut i.o. bij het MFC werkzaam.

opstelling). Het omvat eveneens korte, krachtige en vereenvoudigde boodschappen, ervaringsgericht leren (eerst praktijk, dan theorie), logisch redeneren (als, dan), concrete, praktische hulpmiddelen (stoplicht/stappenplan) en meer tijd en ruimte. Anderzijds kan dat door in hun eerste levensbehoeften te helpen voorzien, zoals in de onderstaande casus geïllustreerd wordt.

Casus

Sharon is een 15-jarig meisje, functionerend op LVB-niveau, met ADHD, ODD en RAD. Zij heeft een levensbedreigende suïcidepoging ondernomen die bij toeval ontdekt en ternauwernood voorkomen is. Zij is vervolgens met haar moeder door de crisisdienst gezien. De psychiater vermoedt dat er bij haar sprake van een depressie en trauma is, evenals van ingrijpende levensgebeurtenissen in korte tijd als breekpunt, zoals hoogoplopende conflicten met haar stiefvader waarbij zij hem vals van mishandeling beschuldigd heeft, leidend tot veel commotie in en om het gezin en het verbreken van de relatie door haar vriend. De psychiater heeft haar naar de BOPZ KJP & LVB-crisisafdeling verwezen, waarvoor wij werken, omdat het te riskant is haar thuis of elders te laten zijn. Het meisje en haar moeder stemden er schoorvoetend mee in, niet in de laatste plaats omdat zij door de ontstane situatie uitgeput zijn geraakt en welhaast alles best vonden als ze maar rust kregen.

Eerste levensbehoeften

Hoe kan op deze behoefte ingespeeld worden? Uitgaande van de piramide van Maslov, is de leidraad dat eerst in de 'lagere' behoeftes voorzien dient te worden voordat de 'hogere' noden gelenigd kunnen worden (Beerthuis, 2017; Kleinsman & Kaptein, 2017). Zie Figuur 1.

Wifi

Voor de meeste jeugdigen behoort wifi tot de primaire levensbehoeften en is het een life line om met de buitenwereld contact te (onder)houden (Cuypers, 2015; Verlaan, 2016). Wat

Figuur 1 Piramide van Maslov anno 2018



blijkt, is dat bij binnenkomst op de afdeling het zien van de wificode de drempel verlaagt om opgenomen te willen worden. Zo ontspande Sharon zichtbaar en verbeterde haar stemming ter plekke.

Worstenbroodje

Voor de meeste jeugdigen en ouders in kwestie geldt: halt! (hungry, afraid/angry, late en tired) (Engelfried, 2014; Kleinsman & Kaptein, 2017). Zo trekt de crisis een zware wissel op hun fysieke en mentale gesteldheid en bemoeilijkt deze goede en snelle vervolgstappen. De GGZ Eindhoven heeft voor dit lastige probleem een simpele oplossing gevonden:

“Het zat John niet lekker. Zijn organisatie pretendeert mensgericht te zijn, maar met zijn 6-en bovenop iemand gaan zitten en deze persoon vervolgens in een kaal hok opsluiten, heeft daar weinig mee te maken. Dus bedacht John, samen met een collega, een briljant plan (...). Hij kijkt de patiënt in de ogen en stelt met onvervalst Brabants accent de vraag: ‘Lusde gij een worstenbroodje?’. (...) het overgrote deel van de patiënten smelt weg. Vergeet niet dat sommigen dagen niet hebben gegeten, en dat ze tot dusver alleen maar agressie hebben ontmoet. Dan biedt iemand ineens op een vriendelijke manier iets te eten aan” (Engelfriet, 2014, p. 20).

Zo bleek – in het verlengde daarvan – het bij Sharon en haar moeder heilzaam te zijn iets te eten en te drinken aan te bieden, een (rook) pauze in te lassen en een tussentijdse rondleiding te geven om de benen te strekken en zin-

nen te verzetten, wat zij waardeerden en hen hielp om bij te komen en de drempel verder te verlagen.

Extra 'watjes'

Als jeugdigen en ouders zich voor een crisisin-take melden, blijken de meesten niet goed te weten wat de bedoeling is en hoe het in zijn werk gaat, leidend tot extra stress. Zij weten vaak evenmin wat voor informatie wij al hebben. Vandaar dat wij er bij Sharon en haar moeder twee watjes aan toegevoegd hebben, namelijk: 'wat is jullie bijgebleven over de bedoeling van het gesprek? 'Wat voor informatie hebben wij al?' Het geven van extra tekst en uitleg, plus het delen van informatie verlaagde de stress en de drempel bij hen om te praten en in gesprek te gaan. Aansluitend op de parallellen die zij als kattenliefhebbers uit zichzelf met de ontstane situatie trokken, namelijk als een kat in het nauw die rare sprongen maakt, een kat met negen levens en een kat die op zijn pootjes terecht komt, kon zo tot een gezamenlijke probleemstelling, plan van aanpak en goed begin gekomen worden.

Tot slot

Het werk van Van Oenen e.a. (2017) blijkt in de klinische praktijk houvast te bieden om ernstige psychiatrische crises bij jeugdigen met een LVB een positieve wending in hun leven en hun naasten te geven. Het werk kan door algemene aanpassingen aan de KJP & LVB-doelgroep afgestemd worden en verder op maat gesneden worden door in de eerste levensbehoeften te helpen voorzien. Aanvullend op het bestaande aanbod, leiden deze practice based interventies tot bemoedigende resultaten, aldus de eerste bevindingen van een praktijkgericht onderzoek. De overgrote meerderheid van de kinderen en jeugdigen die de afgelopen jaren op de BOPZ-crisisafdeling KJP & LVB opgenomen werden waarvoor wij werken, behaalde met hun naasten het doel van rust, stabiliteit en veiligheid (95 % van de 155 jongeren).

Literatuur

- Beerthuis, V. (2017). Diagnostiek en indicatiestelling. In: R.A. Achilles, R.J. Beerthuis, W.M. van Ewijk, & J.B. Zoetman (Red.), *Handboek spoedeisende psychiatrie* (pp. 63-87). Utrecht: De Tijdstroom.
- Bogaard, M. van den, Vodegel, B., & Djadoenath, A. (2017). Kinderen en jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en ernstige psychiatrische crisis: een uitgelezen kans voor een positief keerpunt? In R. Didden, X. Moonen, & J. Douma (Red.), *Met het oog op behandeling 4. Diagnostiek en behandeling van gedragsproblematiek bij mensen met een licht verstandelijke beperking* (pp. 87-92). Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB / Den Dolder: De Borg.
- Cuypers, P. (2015). Wifi is tot eerste levensbehoefte gebombardeerd, nog voor eten. *Het Parool*, 8 november.
- Engelfriet, R. (2014). *Zo simpel kan het zijn. Simpele oplossingen voor lastige problemen*. Zaltbommel: Uitgeverij Haystack.
- Heijden, I. van der, & Duren, S. (2017). High & intensive care. *Landelijke studiedag LVB & psychiatrie. Samenwerken bij mensen met een licht verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek*. Amsterdam: Leids Congres Bureau d.d. 15 november.
- Kleinsman, A., & Kaptein, N. (2017). *Veiligheid in de GGZ. Leren van incidenten en calamiteiten*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Oenen, F. J., Cornelis, J., & Bernardt, C. (2017). Veranderingsgerichte crisisinterventie. In: R.A. Achilles e.a. (Red.), *Handboek spoedeisende psychiatrie* (pp. 89-100). Utrecht: De Tijdstroom.
- Verlaan, D. (2016). Geen gezeik, iedereen bereik. *Internet is een basisbehoefte. RTL-Z*, 8 december.

BINNENGEKOMEN

In deze rubriek wordt naar recent verschenen publicaties verwezen.

Kolen, M. (2017). *De ongekende mogelijkheid van het alledaagse. Een kwalitatief-empirische, zorgethische studie naar morele betekenissen in de alledaagse omgang tussen jongeren met een licht verstandelijke beperking en zorgprofessionals.* Academisch proefschrift Universiteit Utrecht.

De titel van het boek 'De ongekende mogelijkheid van het alledaagse' verwijst naar de mogelijkheden voor goede zorg die in de alledaagse omgang op het spoor kunnen worden gekomen, maar die in de hedendaagse ethiek van de zorg niet gezien worden. Wat die ongekende mogelijkheden voor goede zorg zijn, wordt in dit boek beschouwd vanuit zorg ethisch perspectief. Daarbij worden niet alleen de jongeren met licht verstandelijke beperking en hun zorgprofessionals als actoren in die alledaagse omgang beschouwd, maar wordt expliciet in kaart gebracht hoe ook de institutionele context als derde actor daarbinnen een rol speelt. Michael Kolen (1970) is sinds 2005 werkzaam als adviseur zorgethiek / geestelijk verzorger bij de Prisma. Daarvoor was hij werkzaam als adviseur zingeving & ethiek bij K2, Brabants Kenniscentrum Jeugd in 's-Hertogenbosch en als docent in het (speciaal) onderwijs.

sent to, for which they are not developmentally prepared, or that violates the standards of the society in which these children live" (1999, p.15). Children and adolescents with intellectual disorders (ID) are considered to be more at risk for sexual abuse than those without such disorders. Additionally, they are more at risk for becoming not only victims of sexual abuse but also perpetrators of sexual abuse. This entry examines why children and adolescents with ID are more vulnerable and what can be done to diminish the risks.

Wissink, I., & Stams, G.J. (2018). **Sexual abuse.** In: E. B. Braten. *The SAGE Encyclopedia of Intellectual and Developmental Disorders* (pp. 1449-1451). Thousand Oaks: Sage Publications DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781483392271.n448>

Sexual abuse of children is a very serious concern in countries around the world. According to the World Health Organization's Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, sexual abuse refers to "the involvement of children in sexual activity that they do not fully understand, are unable to give informed con-

BEZOCHT

Maaïke van Rest heeft op 23 maart dit jaar met verve haar proefschrift 'Social Information Processing in Adolescents with Mild to Borderline Intellectual Disability: Executive Functions, Situational Factors, and Instrument Development' verdedigd. De plannen die als vervolg op het onderzoek van Maaïke ontwikkeld worden komen in een volgend nummer van LVB Onderzoek & Praktijk aan de orde. Voor dit moment een korte samenvatting van het proefschrift.

Jongeren met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB) vinden sneller dan hun leeftijdgenoten dat anderen gemene bedoelingen hebben. Bovendien denken zij sneller dat iemand iets expres doet, juist wanneer de vervelende gebeurtenis duidelijk per ongeluk was. Jongeren met LVB die zo denken, zijn vaker agressief. Dit blijkt uit het promotieonderzoek van Maaïke van Rest.

Van Rest testte in haar onderzoek ook basis cognitieve functies zoals focussen van aandacht en informatie manipuleren in het geheugen. Van Rest: "We vonden dat als jongeren minder goed waren in aandacht focussen of informatie manipuleren, zij een ander sneller gemeen vonden en vooral agressieve reacties bedachten. Zo weten we dat als het misgaat in de basisfuncties bij jongeren met een LVB, de sociale informatieverwerking negatiever is." Deze beperkte basisfuncties en sociale informatieverwerking leiden tot meer agressief gedrag. Door dit te begrijpen, kunnen jongeren beter worden geholpen met hun problemen.

De wereld om je heen

De sociale wereld ziet er soms anders uit door de ogen van jongeren met LVB. Deze jongeren hebben een lager IQ dan hun gemiddelde leeftijdgenoten en vertonen vaker agressief gedrag. Om te begrijpen hoe dat komt, onderzocht Van Rest hoe jongeren met een LVB sociale problemen oplossen. Hiervoor ontwikkelde ze een nieuwe test om te gebruiken op tablets: de Sociale Informatieverwerkings-Test (SIVT). De test bevat filmpjes, spelletjes en vragen. Hiermee leren we hoe een jongere denkt en doet als hem of haar iets vervelends overkomt in sociaal contact. Die gedachten en

ideeën kunnen heel anders zijn per persoon, maar toch allemaal leiden tot agressie.

Toepassing in de praktijk

Van Rest ontwikkelde op verzoek en met geld van zorginstellingen voor jongeren met verstandelijke beperkingen een product in de vorm van een diagnostisch instrument, dat gebruikt kan worden in de praktijk bij het testen van sociale en agressieproblemen van jeugd. Tot op heden was er geen test geschikt voor de groep kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking. Het promotieonderzoek van Van Rest heeft gezorgd voor een handvat in de zorg voor kwetsbare jeugd, zoals in zorginstellingen en op (speciaal onderwijs) scholen. De maatschappelijke discussie rondom deze groep jongeren is dat zij vaak tussen wal en schip geraken, als het aankomt op het krijgen van de juiste zorg en begeleiding, mede doordat er geen adequate testinstrumenten beschikbaar waren om hun sterke en zwakke kanten te meten.

Bron: https://www.vu.nl/nl/nieuws-agenda/agenda/2018/jan-mrt/23maart_mm-van-rest.aspx

Voor de volledige samenvatting en alle hoofdstukken van het proefschrift gaat men naar de UniversiteitsBibliotheek van de VU: <http://dare.ubvu.vu.nl/handle/1871/55594>.

Informatie over het onderzoekswerk van Maaïke en haar collega's is te vinden op Researchgate: https://www.researchgate.net/profile/Maaïke_Van_Rest/contributions

Een aantal producten voor de herkenning en vroegsignalering van LVB en zwakbegaafdheid¹

Voor mensen met een LVB wordt het steeds moeilijker om mee te doen in de steeds complexer wordende samenleving. Zij hebben meer problemen met (abstract) denken, het oplossen van problemen en het leren. Daarnaast hebben zij veelal problemen met het begrijpen van taal en met verschillende sociale en praktische vaardigheden. Aan het uiterlijk kun je echter vaak niet zien dat iemand licht verstandelijk beperkt of zwakbegaafd is. Mede hierdoor worden ze vaker overvraagd op school, op het werk en in het alledaagse contact. Er wordt dan meer van hen gevraagd dan ze kunnen of aankunnen. Dit kan leiden tot faalervaringen, gevoelens van frustratie en een negatief zelfbeeld. Deze negatieve gevoelens kunnen zich op hun beurt uiten in o.a. opstandig gedrag en andere emotionele en gedragsproblemen. Veel problemen zijn te voorkomen als tijdig de juiste behandeling en ondersteuning wordt ingezet. Daarvoor is het belangrijk dat een LVB/zwakbegaafdheid in een vroeg stadium wordt herkend. De Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC) en het Landelijk Kenniscentrum LVB hebben samen met andere organisaties een aantal instrumenten ontwikkeld die kunnen helpen bij die vroegsignalering en herkenning door met name professionals in het brede sociale domein. Deze geven we hieronder kort weer.

Publicatie: Jeugdigen en (jong)volwassenen met een LVB

In deze publicatie worden de belangrijkste kenmerken van een LVB beschreven en wat dit kan betekenen voor het alledaagse functioneren. Daarnaast wordt uiteengezet hoe bij het doen van diagnostisch onderzoek en bij de behandeling van jeugdigen en (jong)volwassenen rekening gehouden kan worden met een LVB.

Handreiking (vroeg)signalering van een licht verstandelijke beperking (LVB) en zwakbegaafdheid

Deze handreiking beschrijft de mogelijkheden voor vroegsignalering van een LVB/zwakbegaafdheid door professionals in het sociale domein. Een beschrijving van direct en indirecte signalen van een LVB worden beschreven. Daarnaast bevat het een overzicht van verschillende screenings-, maar ook meer verdiepende diagnostische instrumenten om de belangrijkste kenmerken van een LVB/zwakbegaafdheid in kaart te kunnen brengen.

Publicatie: LVB? Daar kun je wat mee! Handreiking voor het werken met kinderen met Licht Verstandelijke Beperkingen in het basisonderwijs en thuis

Deze publicatie geeft aan leerkrachten en diagnostici in het basisonderwijs informatie over hoe bij kinderen in groep 5-8 zo vroeg mogelijk een LVB, of functioneren op dat niveau, kan worden opgespoord. De publicatie bevat de Schaal Adaptief Functioneren (SAF) en de Verkorte Adaptief Leervermogen Test (VALT). Leerkrachten krijgen met deze publicatie concrete handvatten voor het bieden van passende ondersteuning aan kinderen met een LVB en hun gezin.

Training (Vroeg)signalering LVB

Het Landelijk Kenniscentrum LVB heeft een opzet gemaakt voor een training over de kenmerken van een LVB, hoe die zijn te herkennen, en hoe daarop kan worden aangesloten. Deelnemers van het Landelijk Kenniscentrum LVB kunnen op basis van deze opzet een concrete training op maat samenstellen en aanbieden aan professionals in het sociaal domein. Geïnteresseerden kunnen daartoe contact opnemen met de betreffende instelling in hun regio. Voor organisaties die zijn aangesloten bij het Landelijk Kenniscentrum LVB zie: <http://www.kenniscentrumlvb.nl/kenniscentrum/deelnemers>.

¹ Bovenstaande publicaties zijn alle gratis te downloaden via: <https://www.kenniscentrumlvb.nl/kennis-delen/publicaties>; zie ook de flyer: www.kenniscentrumlvb.nl; meer informatie: info@kenniscentrumlvb.nl

