

Onderzoek & Praktijk

Tijdschrift voor de LVG-zorg

Voorjaar 2007
Jaargang 5 - nummer 1

Inhoud

Ponsioen	3	Voorwoord
Lodewijks & Wisselink	4	Behandeling van LVG-jongeren met een strafrechtelijke maatregel
Koolhof, Loeber & Collot d'Escury	15	Eerst tot tien tellen! of is dat voor LVG-jongeren niet genoeg?
Wiese & Laurijssen	20	De LVG-polikliniek van Herlaarhof
Stolker	29	Column: Pillen voor het brein
Niessen	31	Bij een afscheid

Uit de praktijk

Collot d'Escury, Tempel & Niessen	34	Casus Timo: Is spreken zilver en zwijgen goud?
Plaizier & Peters	36	Een reactie op casus Simon: Chatgevaar(?)
Tiemessen	38	Verliefd op een loverboy?

Bezocht

Meijer, Cornelissen, Bremer, Lintel, Jong, Dielissen & Sanders	46	Landelijke studiedag integraal systeemdiagnostisch onderzoek
---	----	---

Gelezen

49

Binnengekomen

50

Onderzoek & Praktijk

is een uitgave van de
VOBC LVG

Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra / Landelijk Kenniscentrum LVG

Onderzoek & Praktijk verschijnt tweemaal per jaar.

Redactie:

A. Collot d'Escury-Koenigs

H.J. Deelstra

A.J.G.B. Ponsioen

M.J. van der Molen

J.S.T. Niessen

D. Verstegen

Tekstcorrecties:

Secretariaat OPL

Vermenigvuldiging:

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

Correspondentie en kopij:

VOBC LVG

t.a.v. Redactie Onderzoek & Praktijk

Kaap Hoorndreef 60

3563 AV Utrecht

tel. 030-2643311

fax 030-2619532

info@lvgnnet.nl

www.lvgnnet.nl

VOORWOORD

Albert Ponsioen
hoofredacteur Onderzoek & Praktijk

Eindelijk dan toch het nieuwe voorjaarsnummer met een ‘gepimpte’ omslag, geheel aangepast aan de nieuwe huisstijl van de VOBC LVG. Maar het gaat natuurlijk om de inhoud. In dit nummer een verscheidenheid aan artikelen, rubrieken en andere bijdragen. De diverse thema’s die aan bod komen weerspiegelen de meervoudige problematiek van veel LVG-jeugdigen. Zo wordt LVG-problematiek belicht vanuit de volgende invalshoeken: een juridische, een psychiatrische, een orthopedagogische en een systeemdiagnostische.

Henny Lodewijks en Steffie Wisselink doen uitvoerig verslag van behandelvormen voor LVG-jongeren met zeer ernstig probleemgedrag. In hoeverre verschilt deze praktijk van die van niet-LVG-jongeren die in het kader van een strafrechtelijke maatregel gedwongen behandeling ondergaan? Roos Koolhof, Rolf Loeber en Annematt Collot d’Escury gaan in op de vraag in hoeverre LVG-jongeren en niet-LVG-jongeren die delinquent gedrag vertonen van elkaar verschillen. Context- en omgevingsfactoren blijken een sterke invloed te hebben op de kwetsbaarheid van LVG-jongeren om dergelijk gedrag te ontwikkelen.

Elizabeth Wiese en Sanne Laurijssen belichten LVG-kinderen vanuit een kinder- en jeugdpsychiatrische setting. Opvallend is het hoge percentage PDD-beelden bij met name de zwakbegaafde kinderen. De column van Joost Jan Stolker, over het verantwoord gebruik van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking, sluit goed aan bij het vorige artikel en bij het thema van het congres van de VOBC LVG, december vorig jaar.

Vervolgens de voordracht die een zeer ervaren orthopedagoog en LVG-onderzoeker van het allereerste uur, Jan Niessen, bij zijn afscheid hield Gelukkig voor met name de Reeve en *Onderzoek & Praktijk* gaat het nog om een enigszins beperkt afscheid.

In de rubriek ‘Uit de praktijk’ drie bijdragen. Allereerst een nieuwe intrigerende casus uit de orthopedagogische praktijk: Is spreken zilver en zwijgen goud?, ingebracht door Annematt Collot d’Escury, Hilde Tempel en Jan Niessen. Is er een optimale balans te vinden in het afwegen van de verschillende belangen van de cliënt, het gezin en de instelling of is er toch altijd sprake van conflicterende belangen? Wat is wijsheid (achteraf) in deze? De lezer van *Onderzoek & Praktijk* wordt uitgenodigd zijn of haar wijsheid te delen. Susan Plaizier en Monique Peters gaan op deze uitnodiging in met hun reactie op de casus in het voorgaande nummer van *O & P* over chatgevaar. Ook Petra Tiemessen pakt het thema loverboys op uit een vorig nummer van *Onderzoek & Praktijk*. Met deze laatste bijdragen komt de Praktijk nadrukkelijk aan het woord. Ook de laatste bijdrage in dit nummer, een verslag over de studiedag integraal systeemdiagnostisch onderzoek, georganiseerd door het Orthopedagogisch Centrum Brabant is een goed voorbeeld van het uitdragen van LVG-relevante kennis, die niet alleen voor de betreffende beroepsgroep (maatschappelijk werkende) interessant en inspirerend is.

De Redactie van *Onderzoek & Praktijk* hoopt dat de lezer zich ook weer door dit nummer uitgenodigd voelt om zijn of haar ervaringen en deskundigheid te delen met de vele collega’s in LVG-land.

BEHANDELING VAN LVG JONGEREN MET EEN STRAFRECHTELIJKE MAATREGEL

Henny Lodewijks en Steffie Wisselink¹

Inleiding

Rentray is een jeugdinstituut voor de behandeling van jongeren met ernstige gedragsproblemen. Rentray heeft een polikliniek en drie residentiële locaties met één gezamenlijke behandelvisie die is vastgelegd in het model van de protectieve mechanismen (Lodewijks, 2003). Dit model wordt in dit artikel nader toegelicht. Verder heeft iedere locatie haar eigen doelgroepen en daarbij passende specifieke methodieken. Dit artikel gaat nader in op de doelgroep voor LVG (licht verstandelijk gehandicapt), die voornamelijk wordt begeleid in Rekken en voor een gedeelte in Lelystad. Op dit moment worden de jongeren geplaatst door de kinderrechter op civielrechtelijke of strafrechtelijke titel. Hierin zal in de periode 2008 tot 2010 verandering komen, aangezien door de politiek besloten is deze groepen jongeren te scheiden. Vanaf 2010 is Rekken dan een locatie die alleen bedoeld is voor strafrechtelijk geplaatste LVG jongeren.

Dit artikel is uitgewerkt voor de strafrechtelijke geplaatste jongeren in Rekken. Het verschil in behandeling van civielrechtelijk en strafrechtelijk geplaatste jongeren zit vooral in het juridische kader van het vrijhedenbeleid en de nadruk op delictanalyse, de risicotaxatie op delicttherhaling en de specifieke methodieken ter voorkoming van delicttherhaling.

Rentray Rekken

Rekken beschikt thans over 44 normaal beveiligde plaatsen en 75 beperkt beveiligde plaatsen. Er bestaat er een aantal gespecialiseerde VIC (very intensive care)groepen voor de behandeling van gedragsstoornissen en comorbide stoornissen, vooral in het autistische spectrum. Rentray kent zo vier VIC groepen voor telkens zes jongeren. Twee VIC groepen zijn bestemd voor jongeren met een zedendelict.

De overige jongeren verblijven in overzichtelijke groepen van tien. Bij de nieuwbouw worden deze groepen bewoond door acht jongeren. Er zijn ruimten voor individuele behandel mogelijkheden en aan de instelling is een SVO-ZMOK school verbonden. Door de afgelegen ligging van Rekken is deze prikkelarme omgeving bij uitstek geschikt voor deze doelgroep. Alle voorzieningen liggen op het terrein. Een gefaseerde deelname aan de samenleving is mogelijk door afspraken met scholen, stage en werkplekken in de omgeving.

Kenmerken van de doelgroep

Binnen locatie Rekken worden jongeren behandeld in de leeftijd van 12 tot 23 jaar. Hun problematiek kenmerkt zich door belemmeringen in hun ontwikkeling op grond van een

¹ Henny Lodewijks (klinisch psycholoog/psychotherapeut) is directeur behandelzaken van Rentray met locaties in Eefde, Rekken en Lelystad. Steffie Wisselink (GZ-psycholoog) is eerste behandelaar van Rentray, locatie Rekken. Correspondentie: Rentray, Postbus 94, 7200 AX Zutphen (hlodewijks@rentray.nl).

lager intellectueel functioneren (IQ tussen 55 en 80), beperkte sociale redzaamheid en een blijvende behoefte aan ondersteuning. Zij kunnen zich hierdoor moeilijk (zonder hulp) handhaven in het gezin, school/werk, groep van leeftijdgenoten en buurt. De jongeren hebben één of meerdere (gewelds)delicten gepleegd en zijn een gevaar voor hun omgeving. Alle jongeren hebben in termen van DSM IV een disruptieve stoornis (conduct disorder of oppositional defiant disorder) en 70% heeft comorbide psychiatrische classificaties (autismespectrum stoornissen, stemmingsstoornissen, hechtingsstoornissen, middelen-afhankelijkheid, ADHD en psychotische verschijnselen).

Alle jongeren zijn gedwongen opgenomen via een rechterlijke maatregel, de zogenaamde PIJ (Plaatsing In een Justitiële jeugdinrichting). Een PIJ-maatregel van twee jaar wordt opgelegd bij jongeren die een ernstig delict hebben gepleegd. De maatregel is verlengbaar tot vier jaar als sprake is van een ernstig geweldsdelict of zedendelict en tot zes jaar wanneer dan ook nog sprake is van verminderde geestesvermogens of psychiatrische problematiek.

De gedwongen opname heeft uiteraard consequenties voor de dynamiek tussen de behandelaars en de jongeren en hun ouders. Zo mag in eerste instantie niet verondersteld worden dat ze gemotiveerd zijn voor behandeling, maar dat ze daar juist tijdens de behandeling voor gemotiveerd moeten worden. Overigens moeten ze de behandeling ook ondergaan als ze ongemotiveerd blijven. Rentray ziet de behandelmotivatie niet als een persoonskenmerk en evenmin als een statisch begrip. Motivatie blijkt een proceskenmerk te zijn in de behandeling (Van Binsbergen, 2003) door rekening te houden met het probleembesef van de jongere, de wederzijdse contactname tussen behandelaar en jongere en de timing van de interventies.

Behandeldoelen

De behandeling richt zich op vier einddoelen: verminderen van delictgedrag, veilig wonen, behouden van werk en het kunnen onderhouden van sociale relaties. Uitgangsidee is dat vanaf de eerste dag van plaatsing wordt toegewerkt naar de situatie na het vertrek uit Rentray. De einddoelen van het behandelplan zijn zo geformuleerd dat ze rekening houden met de ontwikkelmogelijkheden van de jongere. Taxatie van risico- en protectieve factoren is daarbij een belangrijk onderdeel van het behandelplan. Het streven is in de eerste behandelbespreking een traject uit te stippelen dat past bij de individuele jongere. De potentiële krachten van de jongere en zijn sociale context vormen daarbij het uitgangspunt. De jongere moet zo snel mogelijk en zo veel mogelijk verantwoordelijkheid voor zijn eigen gedrag gaan dragen, met inachtneming van de verstandelijke beperking.

Jongeren worden in eerste instantie normaal beveiligd (gesloten) behandeld, maar zodra de ontwikkeling het toe staat, wordt behandeling in een beperkt beveiligde groep (open of besloten) voortgezet. In het bijzonder voor de LVG-doelgroep geldt dat nieuwe aangeleerde vaardigheden beter generaliseren wanneer ze in verschillende situaties worden geoefend. Een gesloten setting biedt minder oefensituaties en uit de praktijk blijkt dat jeugdigen meestal na tien maanden aan hun plafond zitten wat betreft ontwikkelmogelijkheden in één specifieke groep. Een volgende stap in het behandeltraject zorgt er dan voor dat nieuwe leersituaties aangeboden worden en terugval voorkomen wordt. Doelstellingen en eindtermen worden dusdanig geformuleerd dat duidelijk is wanneer de behandeling in een justitiële jeugdinrichting beëindigd kan worden en de jongere de overstap kan maken naar een vervolgvoorziening. Praktijkervaring is dat LVG jongeren een blijvende behoefte aan ondersteuning hebben.

Uitgangspunten bij behandelplanning

Uitgangspunt voor de behandeling is de bevinding van Rutter (1979, 1990) dat bij vergelijkbare groepen jongeren op het gebied van risicofactoren juist de aanwezigheid van beschermende mechanismen van belang zijn voor de verdere uitkomst. De aanwezigheid van beschermende mechanismen geeft meer kans op een redelijke gezonde uitgroei, ook als er veel risicofactoren aanwezig zijn. Behandeling komt hierbij neer op het activeren van de volgende vijf beschermende mechanismen (Lodewijks, 2003):

- *Risico's verminderen*

Bij de start van de behandeling worden risicofactoren in kaart gebracht. Aansluitend worden via externe sturing de risicosituaties verminderd. In een latere fase van de behandeling is het de bedoeling dat deze sturing wordt geïnternaliseerd. Toch lukt dit bij de LVG doelgroep moeilijk en dan staat het terugdringen van risico's centraal. Bijvoorbeeld, de jongeren hebben een grote kans op terugval wanneer ze weer in contact komen met andere criminele jongeren. Door een aangepast vrijhedenbeleid en goede afspraken en controle tijdens de verlofsituaties wordt getracht dit te voorkomen. Soms is het noodzakelijk dat jongeren in het geheel niet terugkeren naar de oorspronkelijke situatie. Verder dragen delictanalyse, probleemanalyse en cognitieve gedragstherapie bij in het leren vermijden of hanteren van risicosituaties, zoals stoppen met het gebruik van verdovende middelen of leren minder impulsief te reageren op provocerende situaties.

- *Destructieve interactiepatronen doorbreken*

Het valt ons op dat behandelinterventies vaak uitsluitend worden gekoppeld aan interventies van therapeuten die hooguit twee of drie uur per week plaatsvinden en dat er weinig aandacht is voor het handelen van de groepsleiders en leraren die het grootste gedeelte van de behandeltime met deze jongeren omgaan. Jongeren met ernstige gedragsproblemen blijken namelijk overwegend negatieve of vermijdende reacties te ontlokken aan anderen (Didden, 2004). Ze worden gestraft, gecorrigeerd, vermeden en genegeerd. Deze reacties motiveren hen weer tot onaangepast gedrag. Vaak hoor je ze verklaren: "Niemand mag me, ik krijg geen respect dus ik geef het ook niet, ze hebben de pik op me". Ook in professionele opvoedingssituaties blijken deze negatieve interactionele appels vaak een valkuil voor groepsleider en leraar. In die zin kan beter gesproken worden over een problematische interactiesituatie dan over een probleemjongere. Als aanpak zetten we de methodiek Interactiewijzer (Verstegen & Lodewijks, 2006) in. Vanuit deze methodiek kunnen medewerkers hun pedagogische voorkeursstijl in kaart brengen en zich voorbereiden op mogelijke valkuilen in de omgang met bepaalde jongeren. Zo is het voorspelbaar dat een groepsleider die sterk domineert en die geen tegenspraak duldt, problemen krijgt met een jongere die een sterke wil heeft zelf te bepalen wat er gebeurt. De kans is groot dat zich hier vaak escalerende conflicten voordoen en uiteindelijk het probleem in stand blijft. Maar ook een sterk afhankelijke jongere zal weinig leren van een groepsleider die hem voorzegt wat te doen en te laten. Door het complementaire gedrag van de groepsleider zal de jongere immers afhankelijk gedrag blijven vertonen.

- *Zelfoplossend vermogen vergroten*

Jongeren kunnen natuurlijk niet steeds afhankelijk blijven van een externe structuur. Uiteindelijk moeten ze in staat zijn zelf met hun vrijheden om te gaan en zelf verantwoordelijkheid te nemen voor hun keuzen. Programma's die het zelfoplossende vermogen van de jongere stimuleren, hebben een grotere kans van slagen bij re-integratie dan programma's die dat niet doen. Dat kan gebeuren door jongeren te betrekken bij het opstellen van het behandelplan, door participatie in de jongerenraad en door ze een rol te

laten spelen bij voorlichting en de vorm van de zogenaamde 'peer-education'. Jongeren worden vanaf de start van een programma actief bij de behandeling betrokken. Zij zijn aanwezig bij hun eigen behandel-/of verblijfsbesprekingen, schrijven een eigen verslag en doen zelf suggesties voor actiepunten. Verder participeren jongeren in de jongerenraad en leren daar namens hun groepsleden problemen te bespreken en op te lossen. Uiteraard wordt rekening gehouden met de beperkte mogelijkheden van de jongeren en worden zij ondersteund bij deze activiteiten. Daarnaast krijgen jongeren verantwoordelijkheden in de eigen groep zoals kleine regeltaken, groepsoudste en inkoop- en corveetaken.

- *Nieuwe uitdagende kansen scheppen*

Over het algemeen verloopt de sociale re-integratie van jongeren niet vanzelf. De kans is erg groot dat de jongeren mislukken op school of in een werksituatie. Daarom is het belangrijk dat de medewerkers innovatief en creatief zijn om nieuwe kansen te scheppen, die ook nog eens aanspreken bij deze jongeren. Het bedrijfsleven moet ook bereid zijn banen voor deze jongeren toegankelijk te maken. Uiteindelijk is het ook in hun belang jongeren te interesseren voor arbeid en een zinvolle participatie.

Het blijkt niet vanzelfsprekend dat jongeren nieuwe kansen benutten. Van groot belang is ze daartoe te motiveren. Hiervoor kan gebruik worden gemaakt van motiverende gespreksvoering (Miller en Rolnick, 1991). Er kan ook rekening worden gehouden met de verschillende fasen in een veranderingsproces (Prochaska en DiClemente, 1984), die begint met bewustwording van het probleem, vervolgens met een voornemen het probleem aan te pakken, om ten slotte er daadwerkelijk iets aan te doen. Centraal in dit fasenmodel staan twee elementen. Het eerste is dat terugval normaal is. Het tweede is dat de behandelaar en de jongere in hetzelfde veranderstadium zitten. Een jongere die nog geen idee heeft waar zijn problemen mee te maken hebben, loopt bijvoorbeeld gemakkelijk vast met een behandelaar die aan de slag wil met allerlei aanwijzingen hoe de problemen opgelost moeten worden.

Innovatieve en creatieve ideeën over scholing en arbeidstoeleiding zijn beschreven het handboek van Work Wise (2001). Work Wise is een samenwerkingsverband van dertien justitiële jeugdinrichtingen. Het gehele arbeidstoeleidingstraject is vanaf het begin van de plaatsing tot het einde van de nazorg in fasen verdeeld, waarbij in toenemende mate (arbeids)vaardigheden worden geleerd, (beroeps)keuzes worden gemaakt en de jongere wordt voorbereid op zijn functioneren buiten de inrichting. Al tijdens de inrichtingsperiode wordt gebruik gemaakt van de mogelijkheden in het gebouw en het terrein in het kader van arbeidsvoorbereiding. Denk hierbij aan koken, serveren, schoonmaak, onderhoud, groenvoorziening, eenvoudige administratieve werkzaamheden en klussen.

Voor de licht verstandelijk gehandicapte doelgroep is het belangrijk dat de mogelijkheden van de jongere benut worden, zonder hem te overvragen. Een zinvolle daginvulling kan voor deze doelgroep ook betekenen: werken bij een sociale werkvoorziening, met behoud van uitkering stage lopen in een regulier bedrijf, of door een traject bij een leer-en werkcentrum uiteindelijk participeren op de reguliere arbeidsmarkt.

- *Basale relaties benutten*

Het creëren en intact houden van basale relaties is het vijfde beschermende mechanisme. Hoe beroerd de voorgeschiedenis soms ook is, enige vorm van contact met de ouders en/of de overige gezinsleden blijkt belangrijk te zijn voor een evenwichtige ontwikkeling. Uit follow-up onderzoek blijkt het belang van minimaal één prosociale oudere in de omgeving

van een jongere. Een gezinsanalyse is van belang om te kunnen bepalen welke vorm van contact nog mogelijk is. Soms moet bijvoorbeeld volstaan worden met telefoon- of briefcontact, in andere gevallen kan zo snel mogelijk begonnen worden met onbegeleide verlopen. Waar ouders geheel ontbreken, wordt getracht vervangende sociale netwerken aan te brengen. Verstoorde gezinspatronen worden bewerkt vanuit de principes uit de Functional Family Therapy (Alexander & Sexton, 2002).

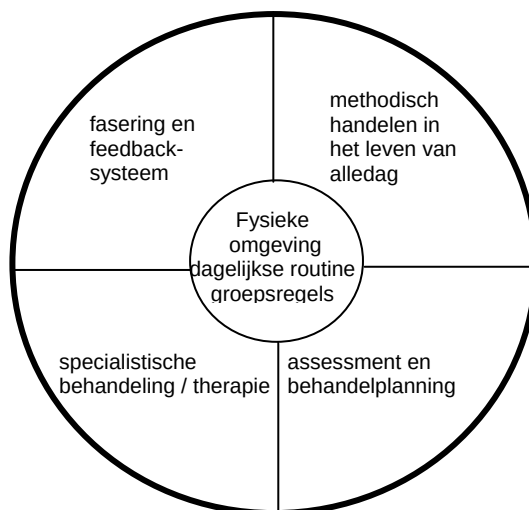
Nadere uitwerking behandeling

In de behandeling van licht verstandelijk gehandicapte jongeren met complexe gedragsproblemen die een geweldsdelict hebben gepleegd worden drie invalshoeken onderscheiden: cure, care en control. De behandeling van strafrechtelijk geplaagde jongeren is vooral gericht op het verminderen van delictgedrag en richt zich dus op criminogene factoren van de jongere. Waar mogelijk wordt de onderliggende stoornis behandeld (cure), wanneer dit niet mogelijk is, wordt gekeken hoe de jongere zo min mogelijk beperkt wordt in zijn ontwikkeling (care). Daarnaast wordt telkens gekeken welke vormen van controle noodzakelijk zijn om de jongere voldoende ontwikkelingsmogelijkheden te bieden, maar ook voldoende oog te hebben voor de veiligheid van de omgeving en later de maatschappij (control).

Aan de basis van behandeling staan dan ook risicotaxatie en delictanalyse. Behandeling krijgt vorm door aan individuele leerdoelen te werken door vergroting van competenties, van cognitieve vaardigheden en van de sociale zelfredzaamheid. Aan de training zit vaak een plafond.

De geboden residentiële behandeling vereist een programma dat door verschillende, nauw met elkaar samenhangende elementen wordt bepaald:

- Assessment en behandelplanning;
- De fysieke omgeving, de dagelijkse routine en de huisregels;
- Methodisch handelen van de groepsleiders in het leven van alledag;
- Fasering en feedbacksysteem;
- Aanvullende behandeling door specialisten.



Assessment en behandelplanning

Het doel van assessment is de problemen van de jongere te structureren en te objectiveren. Jongeren die geplaatst zijn met een PIJ-maatregel zijn gediagnosticeerd pro justitia. Dat wil zeggen dat hun delict in relatie is gebracht met het ontwikkelingsniveau van de jongere en met zijn sociale context. Daarnaast zijn de toerekeningsvatbaarheid en risicofactoren met betrekking tot delictgedrag in kaart gebracht. Met behulp van de pro justitia rapportage worden hypothesen over uitlokkende en in stand houdende factoren opgesteld en wordt het behandelaanbod vastgesteld. Diagnostiek is overigens geen eenmalige gebeurtenis, maar een voortdurend proces. Observaties van medewerkers leiden regelmatig tot bijstelling van de diagnostiek. Maar ook instrumenten als de 'Interactiewijzer' en de 'SAVRY' (Structured Assessment of Violent Risk in Youth, Lodewijks e.a., 2003) maken deel uit van de procesdiagnostiek.

De SAVRY maakt een gestructureerde risicotaxatie mogelijk van gewelddadig gedrag bij jongeren en wordt op verschillende momenten van het behandeltraject afgenomen. Het biedt inzicht in zowel historische risicofactoren, sociale/ contextuele risicofactoren en individuele risicofactoren en brengt ook protectieve factoren in kaart. De afzonderlijke factoren zijn allemaal onderbouwd in de handleiding door middel van onderzoek en wetenschappelijke literatuur.

Daarnaast wordt bij de start van de behandeling een delictanalyse uitgevoerd. In een reeks van zes gesprekken worden cognitieve, emotionele, gedragsmatige en situationele factoren uitgevraagd, voorafgaand, tijdens en na het delict. Aan de hand van de SAVRY en de delictanalyse zijn de factoren die de kans op recidive vergroten /verminderen inzichtelijk gemaakt en aan de hand daarvan worden de individuele behandeldoelen opgesteld. Behandeling is dus primair gericht op het verminderen van de invloed van criminogene factoren.

Dagelijkse routine en groepsregels

Onder de dagelijkse routine wordt 'het draaiboek van de regelmatig terugkerende onderdelen van de dag' verstaan. De dagelijkse routine draagt bij aan een overzichtelijk en voorspelbaar klimaat, biedt mogelijkheden tot observatie (taken en vaardigheden) en biedt mogelijkheden tot interventies. De dagelijkse routine heeft een duidelijke consistentie; belangrijke onderdelen van de dagelijkse routine verlopen in grote lijnen op dezelfde wijze, zodat het verloop van de dag helder en voorspelbaar is voor de jongeren. De verschillende onderdelen uit de dagelijkse routine worden gedetailleerd en extra duidelijk gedefinieerd door visualisatie. Zo worden taken en leerdoelen aangegeven met tekeningen of foto's (picto's). Al te grote verschillen tussen het handelen van de groepsleiders zijn niet wenselijk, hoewel er enige ruimte moet zijn voor individuele stijlen van handelen.

De dagelijkse routine draagt bij aan een overzichtelijk en leefbaar klimaat. Het helpt de leefwereld te ordenen omdat het eigen structurerende vermogen beperkt is. Binnen de dagelijkse routine zijn volop momenten om het gedrag van jongeren en hun competenties te observeren. Bij iedere taak wordt bekeken of de jongere over voldoende vaardigheden beschikt om de taak uit te voeren. Bij gebrek aan vaardigheden of probleemgedrag zal de groepsleiding dit doorgaans direct als aandachtspunt herkennen en een interventie inzetten. Het gaat hierbij zowel om het gedragsmatig functioneren als om de onderliggende cognities.

Eén van de kenmerken van residentiële behandeling is, dat veel interventies in het leven van alledag plaatsvinden. Op een competentievergrotende manier wordt gewerkt met de jongeren (Slot en Spanjaard, 1999). De jongeren ontwikkelen zich het beste binnen een positief pedagogisch basisklimaat dat voldoende stimulering biedt. Binnen de dagelijkse routine van het dagprogramma van de groep krijgen jongeren de gelegenheid om zich vaardigheden eigen te maken die van belang zijn voor hun ontwikkeling. Wanneer dingen mis gaan, biedt dit aanknopingspunten voor gerichte feedback. Jongeren leren op de groep bijvoorbeeld omgaan met regels en autoriteit, conflicthantering, sociale vaardigheden.

De dagelijkse routine overlapt voor een deel de groepsregels die daarnaast worden gehanteerd. Door de dagelijkse routine zijn vele momenten al in tijd vastgelegd (opstaan, naar bed gaan, eten, enz.). Regels bevorderen de overzichtelijkheid van de dagelijkse routine. Regels zijn niet alleen bedoeld om jongeren extra structuur te bieden. Ze bevorderen ook de veiligheid, zijn erop gericht om de belangen van jongeren en medewerkers te waarborgen, ondersteunen de uitvoering van de behandeling en bevorderen een prettige sfeer in de leefgroep. Regels zijn bedoeld om duidelijke afspraken met elkaar te maken zodat iedereen weet wat wel of niet van hem/ haar verwacht wordt. Regels zijn gericht op het aanleren van (nieuw) gewenst gedrag in plaats van op het afleren van ongewenst gedrag.

Fasering en feedbacksystemen

Het verblijf in een leefgroep wordt verdeeld in drie fasen, de Wenfase, de Middenfase en de Vertrekfase. Het opdelen van het verblijf in verschillende fasen heeft een aantal voordelen. Het verloop van de behandeling wordt voor de jongere en voor de medewerkers overzichtelijker, de fasering biedt mogelijkheden om per niveau specifiek aandacht te besteden aan vaardigheden die bij de start, het vervolg en bij vertrek uit de groep nodig zijn en de vrijheden en verantwoordelijkheden kunnen stapsgewijs geïntroduceerd worden. Dat werkt stimulerend en motiverend. Promotie naar een volgende fase, met meer vrijheden en privileges, is voor een jongere een belangrijke bekrachtiging. In de eerste weken moeten de jongeren wennen aan de nieuwe omgeving, de groepsleiders en de andere jongeren. In de Wenfase leert de jongere de vaardigheden die nodig zijn om binnen de dagelijkse routine te kunnen functioneren. Door middel van picto's worden praktische leerdoelen aangegeven en een persoonlijk leerdoel.

Ook leren de jongeren de vaardigheden die nodig zijn om adequaat te reageren op feedback. Zij leren omgaan met regels en afspraken, omgaan met het dag- en nachtritme, omgaan met andere jongeren, omgaan met groepsleiding en naar school gaan. De leerdoelen voor de jongeren worden inzichtelijk gemaakt op een fasekaart. Op deze kaart wordt bijgehouden welk gedrag er goed gaat. Als iets goed gaat verdient de jongere een plus. Als iets niet goed gaat zet de groepsleider zijn paraaf in het vakje en de uitleg over de gemiste plus in de overdracht. Bij vier voldoende gescoorde weken gaat een jongere door naar de Middenfase. In de Middenfase wordt verder gewerkt aan de leerpunten uit de Wenfase. De jongere krijgt nu ook twee *persoonlijke* leerpunten die alleen voor hem of haar gelden. Ook in de Middenfase verdienen jongeren plusjes. In de Vertrekfase worden jongeren voorbereid op de overstap naar een vervolgplek. Die andere plek kan een besloten of open groep zijn of soms een ander internaat of kamertrainingscentrum. Jongere werken aan het vergroten van hun zelfstandigheid met een stappenplan. In de Vertrekfase gaan jongeren daarom oefenen met meer vrijheden en het zelfstandiger worden.

De fasekaart, waarop jongeren 'plussen' kunnen verdienen voor gewenst gedrag, maakt onderdeel uit van het feedbacksysteem. Het feedbacksysteem heeft als belangrijkste doel

dat medewerkers en jongeren meer zicht krijgen op adequaat en inadequaat gedrag en dat jongeren de vaardigheden leren die nodig zijn voor de dagelijkse routine. De LVG-jongeren zijn sterk gericht op concrete bekrachtiging en op direct waarneembare gevolgen van hun gedrag. Door de overzichtelijke fasekaart waarop de leerdoelen met picto's weergegeven zijn, worden de leerdoelen voor de jongere helder.

Methodisch handelen in het leven van alledag

Met methodisch handelen wordt bedoeld de manier waarop medewerkers jongeren begeleiden, nieuwe vaardigheden leren, reageren op gewenst en ongewenst gedrag en hoe zij handelen bij incidenten en crisissituaties. De nadruk ligt op het leren van nieuw en gewenst gedrag. Hiertoe krijgen de jongeren veelvuldig feedback op adequaat gedrag. Nieuw gedrag wordt geleerd door instructie (visueel ondersteund), veelal gevolgd door voordoen en oefenen. Bij het stoppen van inadequaat gedrag wordt zoveel mogelijk geprobeerd het alternatieve (adequate) gedrag te instrueren. Met andere woorden: de medewerkers geven aan wat jongeren wel moeten doen in plaats van wat zij niet moeten doen. Bij moeilijke situaties wordt het ongewenste gedrag zo spoedig mogelijk omgebogen om onnodige escalatie te voorkomen. De ingezette technieken om gedrag stop te zetten en om te buigen zijn zo licht mogelijk en ook hier heeft instructie van gewenste gedragingen de voorkeur.

De behandeling van LVG-ers met complex gedrag vraagt meer tijd, flexibiliteit en energie dan behandeling van gedragsproblematische jongeren met een gemiddelde intelligentie, zeker gezien het feit dat er daarnaast problemen zijn in de informatieverwerking. Veel herhaling en vaardigheden aanleren op diverse manieren is noodzakelijk. Het valideren en veranderen van gedrag kost extra inspanning en vraagt om specifieke kennis. Het aanleren van vaardigheden bij LVG-jongeren vraagt om extra ondersteuning bij: het ontlasten (van het werkgeheugen), het oefenen (informatie in langetermijngeheugen vastzetten) en het ondersteunen (het werkgeheugen helpen).

Ook gedachten en gevoelens ontstaan in wisselwerking met de omgeving. Zij zijn het gevolg van de wijze waarop gebeurtenissen worden geïnterpreteerd. Afwijkend gedrag is mede het gevolg van irrationele gedachten en gevoelens over een bepaalde gebeurtenis. Irrationele gedachten en gevoelens kunnen worden omgezet in een meer rationele vorm door bewustwording van de gehanteerde denkpatronen en het hanteren van een andere cognitieve stijl.

Het specialistische aanbod voor jongeren

Soms is het nodig dat de behandeling op bijzondere wijze wordt ondersteund. Hiertoe is het specialistische aanbod ontwikkeld. Deze zijn er in soorten: direct gericht op het cognitief functioneren (cognitieve gedragstherapie, delictanalyse) of op de uitingsmogelijkheden van de jongere (psychomotore therapie, creatieve therapie), of op spraak en spraakontwikkeling (logopedie). De behandelcoördinator indiceert deze specifieke activiteiten en therapieën. De resultaten worden geïntegreerd in het basisaanbod en het pedagogische handelen van alledag.

Binnen het specialistische aanbod vallen de volgende activiteiten en therapieën

- Muziek: individueel of in een groep, drumband en djembeecursus.
Deze activiteit is in eerste instantie een ontspannende activiteit, gericht op het opdoen van succeservaringen voor jongeren. Ook wordt gewerkt aan individuele

leerdoelen als: op je beurt wachten, samenwerken met anderen, opdrachten leren uitvoeren.

- Psychomotore activiteiten: fitness, judo, agressieregulatie, lichamelijke bewustwording door het programma actie/ reactie. Groepsgewijs en individueel worden deze trainingen gegeven. Doelstellingen zijn: weerbaarheid vergroten, impulscontrole versterken; lichaamsbesef vergroten, grenzen aangeven en accepteren.
- Individuele cognitieve gedragstherapie
- Individuele gesprekken met een verslavingsconsulent van Brains4Use
Gericht op stoppen met middelengebruik en in kaart brengen van risicosituaties. Vervolgens worden handvatten geboden hoe hier mee om te gaan.
- Creatieve therapie (beeldend)
Aan de hand van de Interactiewijzer wordt een jongere op nonverbale manier uitgedaagd nieuwe interactieposities in te nemen.
- Daderbehandeling via stoplichttraining.
Dit is een groepsbehandeling voor zedendelinquenten met ASS-problematiek en wordt gegeven voor vier tot zes jongeren. Centraal daarbij staat het in kaart brengen en verminderen van recidiverisico via diverse spel- en leervormen.
- Herstelopvoeding.
Hoofddoel van deze interventie is dat jongeren zich meer bewust worden van de schade die ze hebben aangebracht bij het slachtoffer en zich beraden op een toepasbare herstelactie. Hiermee wordt meer aandacht besteed aan slachtofferempathie.
- Rationeel Emotieve Educatie (REE; Wigboldus & Wolsink, 1999).
Dit is een groepsbehandeling die gericht is op bewustwording en verandering van cognitieve vervormingen (bijv. ik ben niet de moeite waard) en vijandige attributies (bijv. zij bedreigen mij). Deze interventie is vooral geschikt voor jongeren met een oppositioneel-opstandige gedragstoornis.
- Ervaringsleren
Aan de hand van concrete opdrachten wordt in een simulatiesituatie gewerkt aan het vergroten van probleemoplossende vaardigheden. Deze opdrachten zijn geformuleerd op basis van de individuele leerdoelen uit het behandelplan.
- Binnen Rentray wordt gebruik gemaakt van Functional Family Therapy (FFT). (Alexander & Sexton, 2002). Deze interventie is gebaseerd op een integratie van systeemgerichte, gedragsmatige en cognitieve opvattingen van de gezinsleden. De uitgangstelling is dat de gezinsleden eerst gemotiveerd moeten worden voor therapie en dat gezinsleden aangesproken moeten worden op hun vermogen om zelf hun problemen op te lossen. Specifieke aandacht is er voor interactiepatronen waarbij de ouders en de jongere elkaar beschuldigen, weinig ondersteuning geven en elkaar negatieve intenties in de schoenen schuiven. Het problematische gedrag van de adolescent wordt geherdefinieerd als een gezinsprobleem. Het doel van FFT is het wijzigen van interactie- en communicatiepatronen zodat betrokkenheid en positieve bekrachtiging tussen gezinsleden toenemen.

Nazorg en vervolgvoorzieningen

Wanneer de behandeling volgens het behandelplan verloopt, wordt toegewerkt naar een vervolgsetting. Daar LVG jongeren met ernstige gedragsproblemen in de regel langdurig begeleiding nodig hebben, is een goede samenwerking met vervolgvoorzieningen nodig. Over het algemeen hebben vervolgvoorzieningen een veel minder gestructureerd klimaat. Een terugval in gedrag is, ook vanwege de gebrekkige generalisatie van nieuw geleerde

vaardigheden, te verwachten. Dit betekent dat een ‘warme’ overdracht een voorwaarde is voor een succesvolle overplaatsing. De WorkWise methodiek biedt hier een oplossing voor: één persoon, de individuele trajectbegeleider (ITB’er), is vanaf de start van de behandeling betrokken bij de jongere. De individuele trajectbegeleider van de jongere blijft nog een half jaar nazorg bieden op vrijwillige basis, of in het kader van proefverlof.

De samenwerking overstijgt in sommige gevallen het casusniveau. Met bijvoorbeeld het RIBW in Hengelo wordt een overgangsgroep opgezet. Beide instellingen stemmen de methodiek op elkaar af. Waarbij gekeken wordt naar de grootst mogelijke mate van zelfstandigheid van jongeren, met een zo beperkt mogelijk recidiverisico.

Een aantal jongeren komt niet toe aan zelfstandigheid vanwege hun beperkingen en of de kans op recidive. Voor hen zijn er zorgboerderijen of open leefgroepen van reguliere LVG-instellingen, zoals vertegenwoordigd in ‘de Borg’. Met de Hanzeborg wordt een project opgezet voor de SGLVG-doelgroep waarbij begeleiding, begrenzing en toezicht de kern vormen van het verblijf.

Voor een klein deel van onze doelgroep is de maximale duur van behandeling (zes jaar) niet toereikend. Het recidiverisico van deze groep blijft hoog. Om zoveel mogelijk te voorkomen dat deze groep jongeren te vroeg teruggeplaatst wordt in de maatschappij, is een samenwerkingsverband aangegaan met Hoeve Boschoord. Hoeve Boschoord is een instelling die zich gespecialiseerd heeft in de behandeling van licht verstandelijk gehandicapten met forse gedragsproblemen. Naast deze SGLVG-doelgroep behandelen zij ook licht verstandelijk gehandicapten met een forensische achtergrond (TBS en PIJ).

Resultaten

Over de resultaten van de interventies is nog niet veel bekend. Vooralsnog geven de onderzoeksresultaten van Wartna, Harbachi & Laan (2005) nog het beste zicht op de delicten gepleegd na een verblijf in een behandelinstelling. In de eerste plaats gaat het om substantiële aantallen en in de tweede plaats hebben ze een vrij harde maat voor delictregistratie gebruikt, namelijk vermelding in het Justitieel Documentatie Systeem (JDS). In het JDS worden alleen delicten opgenomen die als zodanig tot een veroordeling hebben geleid bij de rechter. Uit hun onderzoek bleek dat ongeveer 29% een vergelijkbaar *zeer ernstig* delict pleegde binnen vier jaar na het verlaten van de instelling. Weliswaar een hoog percentage, maar 71% recidiveerde niet met een zeer ernstig delict (merendeels geweld en zeden).

Vreeman (2004) volgde 65 jongeren één jaar na het verlaten van Rentray Eefde en Rekken en vond dat bij 70% het maatschappelijk functioneren redelijk tot goed was en dat 80% nog niet had gerecidiveerd. In 2004 is een groep van dertig LVG jongeren die behandeld waren in Rekken twee jaar gevolgd en daarbij bleek uit de officiële registratie dat 20% een nieuw ernstig delict had gepleegd.

Literatuur

- Alexander, J.F. & Sexton, T.L. (2002). Functional Family Therapy: A model for treating high risk acting-out youth. In: J. Lebow (Ed) *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Volume IV: Integrative/Eclectic*. New York: John Wiley.
- Binsbergen, M.H. van (2003). *Motivatatie voor behandeling: ontwikkeling van behandelmotivatie in een justitiële instelling*. Apeldoorn: Garant.
- Didden, R. (2004). Psychiatrische- en gedragsproblemen: thematisch overzicht en ontwikkelingen. In: M. Kersten, & D. Flikweert (red.). *Onderzoek over grenzen. Thematische rapportages en*

- beschouwingen naar aanleiding van het 12de IASSID congres, Montpellier 2004*. Utrecht, NGBZ en LKNG/NIZW, pp. 25-39.
- Lodewijks, H.P.B., Doreleijers, Th., de Ruiter, C. & de Wit-Grouls, H. (2003). *Gestructureerde risicotaxatie van geweldsrisico bij jongeren* (geautoriseerde vertaling en onderzoeksversie van de S.A.V.R.Y.). Eefde: Rentray.
- Lodewijks, H.P.B.(2003). De behandeling van jeugd in een justitiële behandelinstelling. In: H. Groen & M. Drost (red.). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Miller, W.R. & Rollnick (1991). *Motivational Interviewing*. New York: Guilford Press.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984) *The transtheoretical approach*. Homewood Illinois: Dow Jones Irwin.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M.W. Kent & J.E. Rolf. *Primary prevention of psychopathology: Social competence in children* (pp. 49-62). Hanover, NH: University Press of New England.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J.Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein, and S. Weintraub (eds). *Risk and protective factors in the development of psychopathology*, pp.181-214. Cambridge: Cambridge University Press.
- Slot, W. & Spanjaard, H. (1999). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg*. Baarn: Intro.
- Verstegen, R. & Lodewijks, H.P.B. (2006, zesde druk). *Interactiewijzer. Analyse en aanpak van interactieproblemen in professionele opvoedingssituaties*. Assen: Van Gorcum.
- Vreeman, M (2004). *Follow-up onderzoek bij jongeren met en zonder nazorg vanuit het WorkWise programma*. Eefde: Rentray.
- Wartna, B.S.J., Harbachi, S. el, & Laan, A.M. van der (2005). *Jong vast: een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-pupillen van justitiële jeugdinrichtingen*. Meppel/Den Haag: WODC/Boom Juridische Uitgevers.
- Wigboldus, M. & Wolsink, L. (1999). *Denken en voelen. Trainingsprogramma voor cognitieve en emotionele vaardigheden*. Utrecht: SWP.
- Work Wise (2001). *Handboek Work Wise*. Eefde: Rentray
-

EERST TOT TIEN TELLEN!
OF IS DAT VOOR LVG-JONGEREN NIET GENOEG?
Is de LVG -jongere extra kwetsbaar om delinquent gedrag te ontwikkelen?

Roos Koolhof, Rolf Loeber & Annematt Collot d'Escury²

Inleiding

De LVG-jongere is oververtegenwoordigd in het justitiële circuit. Uit onderzoek in Engeland blijkt dat dertig procent van de personen in een Engelse gevangenis een intelligentiecoëfficiënt heeft van lager dan tachtig. Dit is aanzienlijk meer dan op grond van een normaal verdeelde populatie mag worden verwacht. Wordt de LVG-jongere eenvoudigweg meer gepakt, of is de LVG-jongere extra kwetsbaar voor het delinquent gedrag? Zijn er meer risicofactoren bij de LVG-jongere? Of heeft de LVG-jongere meer aanleg voor delinquent gedrag?

Risicofactoren

Risicofactoren om in het delinquente circuit te belanden zijn legio. Zijn LVG jongeren extra kwetsbaar ten aanzien van deze risicofactoren? Loeber & Farrington et al. (2002) onderzochten diverse risicofactoren, persoonlijkheidskenmerken -zoals depressie en impulsiviteit, gezinskenmerken -sociaal economische status, relatie ouders, ouder-kind relatie, delict gedrag, en gegevens van justitie bij 2000 jongeren in een follow-up studie van 8 jaar. Daaruit bleek dat delinquente jongeren vaker vroeg met delinquent gedrag beginnen, meer delicten plegen, vaker middelen gebruiken, vaker conflicten thuis hebben, minder steun van thuis ontvangen, vaker met delinquente vrienden optrekken, minder pro-sociale vrienden hebben en vaker in een slechte buurt wonen (Loeber, Farrington, Stouthamer-Loeber, Moffitt, Caspi, Raskin White, Wei & Beyers, 2002).

Een vergelijking tussen LVG delinquente en niet-delinquente jongeren en niet-LVG delinquente en niet-delinquente jongeren toont dat LVG delinquente en niet-LVG delinquente jongeren beiden kwetsbaar zijn op een groot aantal risicofactoren (zie tabel 1. kolom 1 & 2 versus kolom 3 & 4) (Koolhof, Loeber, Wei, Pardini, & Collot d'Escury, 2007).

Zowel ten aanzien van de historische factoren: de leeftijd ten tijde van het eerste delict, de ernst en het aantal delicten; als ten aanzien van kindfactoren: antisociale houding en middelenmisbruik; als ten aanzien van gezinsfactoren: de steun, of liever gezegd het gebrek aan steun, van thuis (gebrek aan toezicht, gebrek aan steun en communicatie, fysieke straf, stress in het gezin en antisociale familieleden), ontlopen LVG en niet-LVG delinquente jongens elkaar vrijwel niet. Echter ten aanzien van depressie, gebrek aan pro-sociale vrienden en een hoog percentage delinquente vrienden lijkt de LVG-jongere wel degelijk meer kwetsbaar. Ook op het terrein van school en opleiding vallen de LVG jongeren uit de boot. School lijkt voor alle LVG-jongeren een zwaardere klus dan voor hun niet-LVG leeftijdgenoten. Dat school voor LVG jongeren vaak lastig is, is niet zo verassend. De niet-

² Drs. Roos Koolhof is als psycholoog en behandelcoördinator werkzaam bij Spirit; prof. dr. Rolf Loeber is verbonden aan de University of Pittsburg en de Vrije Universiteit in Amsterdam; dr. Annematt Collot d'Escury is GZ-psycholoog / K&J-specialist en verbonden aan de Universiteit van Amsterdam

delinquente LVG jongeren zien echter kans om er ondanks dat toch nog wat van te maken. Binnen hun vermogens lijken ze uiteindelijk hun draai wel te vinden. De delinquente LVG jongeren daarentegen lijken ten aanzien van school vrijwel geheel met lege handen te staan.

Tabel 1. Risicofactoren voor delinquente en niet delinquente, LVG en niet-LVG jongeren

	LVG Delinquent (n=33)	Niet-LVG Delinquent (n=137)	LVG Niet- Delinquent (n=20)	Niet-LVG Niet- Delinquent (n=212)			
	M	M	M	M	x ²	p	OR
Historische factoren:							
Leeftijd ten tijde van het eerste delict	9.49 ^{ab}	8.88 ^a	10.21 ^b	9.26 ^{ab}	2.54	.057	9.49 ^{ab}
Delictfrequentie	7.80 ^c	5.28 ^b	2.86 ^a	1.33 ^a	44.4	.000	7.80 ^c
Ernst van het delict							
Kind factoren:							
Antisociale houding	66.7 ^b	63.1 ^b	61.9 ^b	30.6 ^a	47.1	.000	1.17
Depressieve stemming	69.2 ^b	47.0 ^c	42.9 ^{ac}	33.8 ^a	19.4	.000	2.54
Middelen gebruik	30.8 ^b	28.2 ^b	4.8 ^a	12.8 ^a	19.6	.000	1.13
Gezinsfactoren:							
Antisociale houding ouders	23.1 ^{ab}	20.9 ^b	14.3 ^{ab}	30.6 ^a	86.2	.109	1.13
Slechte relatie moeder	48.7 ^b	58.4 ^b	23.8 ^a	21.9 ^a	54.4	.000	1.48
Slechte communicatie	46.2 ^b	43.6 ^b	38.1 ^{ab}	22.6 ^a	21.6	.000	1.11
Fysieke straffen	46.2 ^b	43.0 ^b	19.0 ^a	26.9 ^a	14.9	.002	1.13
Stress in het gezin	61.5 ^b	58.4 ^b	33.3 ^a	36.5 ^a	22.2	.000	1.14
Gebrekkig toezicht	48.7 ^b	53.0 ^b	33.3 ^{ab}	21.9 ^a	40.5	.000	1.19
Gebrekkige steun	33.3	37.6	38.1	29.7	2.7	.433	1.20
Antisociale gezins-familieleden	37.8 ^b	35.3 ^b	31.6 ^{ab}	22.4 ^a	8.6	.035	1.12
School factoren:							
Slechte resultaten	82.1 ^b	38.9 ^c	33.3 ^c	13.2 ^a	6.1	.000	7.20
Blijven zitten	82.1 ^b	45.0 ^c	76.2 ^b	16.9 ^a	91.0	.000	5.59
Leeftijdgenoten							
Geen prosociale vrienden	53.8 ^{ab}	52.3 ^{ab}	66.7 ^b	45.2 ^a	4.9	.182	1.06
Delinquente vrienden	69.2 ^b	50.3 ^c	23.8 ^a	17.8 ^a	65.7	.000	2.22
Middelen misbruik onder vrienden	43.6 ^b	45.6 ^b	4.8 ^a	14.6 ^a	53.3	.000	1.09
Demografische factoren:							
Tiener moeder	27.8	25.6	26.3	17.0	5.0	.172	1.11
Laag opleidingsniveau moeder	30.6 ^b	18.1 ^{ab}	25.0 ^{ab}	12.7 ^a	8.2	.014	2.53
Lage Sociaal Economische status	51.3 ^b	35.6 ^b	40.0 ^{ab}	25.6 ^a	12.3	.007	1.91
Slechte woning	64.1 ^b	39.6 ^a	61.9 ^b	31.5 ^a	20.9	.000	2.72
Gescheiden ouders	91.9 ^b	75.0 ^c	43.8 ^a	52.4 ^a	34.8	.000	3.77
Groot gezin	43.6	37.6	57.1	42.0	3.6	.369	1.28
Buurt factoren:							
Slechte buurt	53.9 ^c	39.9 ^b	33.3 ^{ab}	25.4 ^a	25.6	.002	-

a,b,c, indiceren significante verschillen op basis gepaarde t-toetsen voor continue variabelen en chi-kwadraat toetsen voor dichotome variabelen

Ook voor wat betreft het wonen in een slechte buurt lijken de delinquente-LVG jongeren er het slechtste van af te komen. Wonen in een slechte buurt wordt door Junger & Marshall (1997) als een belangrijke risico factor aangegeven. De LVG-jongeren lijken in deze extra kwetsbaar te zijn. Dat laatste geldt ook voor het hebben van delinquente vrienden.

Dishion stelt dat het hebben van delinquente vrienden delict gedrag en vooral een positieve houding ten opzichte van antisociaal gedrag in de hand werkt. Onder elkaar ontstaat een sfeer van positieve bekrachtiging bij het vertellen ("opscheppen") over delinquent en asociaal gedrag, hetgeen op zijn beurt het uitvoeren van delinquent gedrag in de hand werkt ("delinquent-deviancy", Dishion, McCord & Poulin, 1999).

LVG-jongeren zijn sterk gericht op sociale bekrachtiging en zijn geneigd meer op de ander te vertrouwen dan op hun eigen mening, of eigen kunnen (Schippers & Bos, 2000). Dit maakt de LVG jongere extra kwetsbaar voor de invloed van negatieve vrienden en het meegezogen worden in delinquent gedrag. Het feit dat LVG niet-delinquente jongeren zo hoog scoren op een antisociale houding is wat verrassend. De antisociale houding is gebaseerd op zelfrapportage. LVG jongeren worden in de praktijk vaak betiteld als lastig tegendraads en niet meewerkend. LVG jongeren hebben een laag beeld van zichzelf en zien zichzelf als weinig assertief en succesvol. Bij zelfrapportage zou dit, ook voor niet delinquente LVG jongeren, tot een negatieve gedragsweergave kunnen leiden (zie Van Nieuwenhuijzen, 2004). Zorgwekkend is de hoge score van de delinquente LVG jongeren op depressie. Ook de niet LVG delinquente jongeren scoren aanzienlijk hoger dan hun niet delinquente niet LVG leeftijdgenoten, maar de delinquente LVG jongeren springen er toch wel bovenuit. Vooral wat betreft slechte vrienden, een gebrek aan goede vrienden, een slechte buurt en slechte behuizing en depressie lijken de LVG-jongeren kwetsbaarder te zijn dan niet LVG-jongeren.

Aanleg

Vanuit de risicotaxatie en de ontwikkeling tot antisociaal gedrag wordt onder meer gewezen op impulsiviteit, een gebrek aan empathie en een gebrek aan gevoelens van spijt en schuld als belangrijke risicofactoren ten aanzien van delinquent gedrag (Cooke & Michie, 2002).

Is de LVG-jongere nu ook extra kwetsbaar ten aanzien van deze factoren? LVG-jongeren blinken niet uit in strategisch handelen, zij lijken vaak ad hoc te reageren op wat zich voor doet, zij lijken de consequenties van hun gedrag niet van te voren te bedenken en lijken weinig te profiteren van feedback (Benson, Abbeduto, Short, Biber, Nuccio & Maas, 1993; Ponsioen, 2003). De LVG-jongere lijkt moeite hebben zich te verplaatsen in de ander, hij heeft moeite de bedoeling van de ander te begrijpen of te anticiperen op het gedrag van die ander. Het vermogen zich in de positie van de ander te verplaatsen: kunnen bedenken wat een ander voelt, is een belangrijke voorwaarde voor gevoelens van empathie en schuld. Gevoelens van empathie en schuld vormen op hun beurt een bescherming tegen het uitvoeren van delinquent gedrag. Als je het leed van de ander kan invoelen en de eigen verantwoordelijkheid daarvoor beseft, is dit een rem op het uitvoeren van delinquent gedrag (Hendriks, Rutten, Stams & Brugman, 2006). Koolhof et al. (2007) vergeleken impulsiviteit, empathie en gevoelens van spijt en schuld van delinquente en niet-delinquente LVG jongeren en delinquente- en niet-delinquente niet-LVG jongeren.

Impulsiviteit is onderscheiden in cognitieve impulsiviteit en gedragsimpulsiviteit. De cognitieve impulsiviteit is gemeten met de Trailmakingtest (een lijn trekken tussen getallen: van 1 naar 2 naar 3 etc.; daarna afwisselend van een getal naar een letter: van 1 naar A naar

2 naar B naar 3 etc.) de Wisconsin Card Sorting Test (categorieën maken op basis van vorm, kleur of aantal), de Stroop taak (kleuren lezen in een andere kleur dan de kleur die gelezen moet worden, blauw staat geschreven met rode letters), het vermogen te wachten op een beloning, tijdschatting, een kaartspel, en het zo nauwkeurig mogelijk natrekken van een cirkel. Gedragsimpulsiviteit is gebaseerd op een aanpassing van de CBCL-TRF (*kan niet stil zitten, is onrustig, overactief, onhandige coördinatie, impulsief, handelt zonder na te denken*); Video-observatie (videofragmenten van 20 minuten zijn gescoord op motorische onrust, ongeduld en moeite met het volhouden van de taak (interbeoordelaars-betrouwbaarheid: 0,81); de California Q-sort beoordeling van ouders en de Impulsiviteitsschaal van Eysenck. Tevens zijn empathie en schuld gevoelens vastgesteld met behulp van deelvragen uit de CBCL (*lijkt zich niet schuldig te voelen na zich misdragen te hebben, liegt en bedriegt*).

Tabel 2. Gedragsimpulsiviteit, cognitieve impulsiviteit, empathie en schuldgevoelens bij delinquente en niet delinquente LVG en niet-LVG-jongeren

	LVG delinquent		Niet LVG delinquent		LVG niet delinquent		Niet LVG niet delinquent		F-tests
	(n=33)		(n=137)		(n=20)		(n=212)		F (3,403)
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Gedragsimpulsiviteit	.99 ^b	(.15)	.44 ^c	(.07)	-.17 ^a	(.19)	-.42 ^a	(.06)	42.57***
Cognitieve impulsiviteit	1.11 ^b	(.16)	.01 ^c	(.08)	.49 ^c	(.21)	-.28 ^a	(.06)	24.67***
Empathie *	.31 ^b	(.11)	.28 ^b	(.06)	-.13 ^a	(.15)	-.22 ^a	(.05)	19.06***
Schuldgevoelens*	1.71 ^b	(.17)	1.57 ^b	(.09)	.80 ^a	(.23)	.71 ^a	(.07)	25.412***

* Empathie en schuldgevoelens moeten omgekeerd gelezen worden dat wil zeggen representeren gebrek aan empathie en gebrek aan schuldgevoelens

*** $p < .001$ (a,b,c, indiceren significante verschillen op basis van een gepaarde t-toets voor continue variabelen)

LVG-delinquente jongeren en niet LVG delinquente jongeren zijn aanzienlijk impulsiever dan hun niet-delinquente leeftijdgenoten. LVG delinquenten hebben net zo weinig last van schuld gevoelens als niet-LVG delinquente jongeren en worden significant minder geplaagd door schuld gevoelens dan hun niet delinquente leeftijdgenoten. Gebrek aan empathie geldt voor de delinquente LVG-jongeren in gelijke mate als voor hun delinquente niet-LVG lotgenoten. Ook op cognitieve impulsiviteit tonen de delinquente jongeren een aanzienlijk hogere score dan de niet delinquente jongeren, LVG of niet. Impulsiviteit, gebrek aan empathie en schuld lijken dus risicofactoren zijn ten aanzien van delinquentie in het algemeen, voor niet-LVG jongeren net zo hard als voor LVG jongeren. Er is echter wel een significant verschil in cognitieve impulsiviteit tussen de LVG-delinquenten en de niet-LVG delinquente jongeren. Alhoewel de LVG en de niet-LVG delinquente jongeren beiden meer geneigd zijn tot impulsief (opportunistisch) gedrag dan niet delinquente jongeren, lijken de niet-LVG delinquenten over een sterkere cognitieve controle te beschikken. Delinquente jongeren zijn 'overall' impulsiever, minder geneigd tot plannen en minder

goed op inhibitie taken dan niet delinquente jongeren. De delinquente normaal begaafde jongeren lijken in cognitief opzicht echter aanzienlijk minder kwetsbaar dan de LVG delinquente jongeren. De LVG delinquente jongeren missen als het ware de cognitieve rem, die hun niet-LVG-delinquente leeftijdgenoten nog wel kunnen vinden. Of: is “tot tien tellen” niet genoeg voor LVG jongeren? Niet genoeg om de consequenties van grensoverschrijdend gedrag te kunnen bedenken en te overzien? En moet de conclusie wellicht zijn dat de LVG jongeren het wel weten, maar niet kunnen: het gaat te snel, ze hebben het delict als het ware gepleegd voordat ze het beseffen?

Is de LVG-jongere extra kwetsbaar om delinquent te worden?

De LVG-jongere wordt gemiddeld genomen met meer risicofactoren geconfronteerd dan zijn niet-LVG leeftijdgenoot en de LVG-jongere heeft minder cognitieve mogelijkheden om ‘aan de rem’ te trekken. Zorgwekkend is vooral het gebrek aan prosociale vriendschappen en de hoge score op delinquente vriendschappen van de delinquente LVG jongere. Waarmee het belang van aandacht voor de context en het sociale netwerk in het werken met LVG-jongeren weer eens onomstotelijk naar voren komt.

Literatuur

- Abbeduto, L., Short-Meyerson, K., Benson, G., Dolish, J. (2004). Relationship Between Theory of Mind and Language Ability in Children and Adolescents with Intellectual Disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48 (2), 150-159
- Benson, G., Abbeduto, L., Short, Bibler Nuccio, J., & Maas, F. (1993). Development of a theory of mind in individuals with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 98 (3), 427-433.
- Cooke, D.J. & Michie, C. (2002). Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychology Assessment*, 13, 171-188.
- Dishion, T.J., McCord, J., Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer Groups and Problem Behavior. *American Psychologist*, Vol 54 (9), 755-764.
- Hendriks, J., Rutten, E., Stams, G.J. & Brugman, D. (2006). De mol graaft naar het geweten: een nieuw meetinstrument. In: L. Le Sage, H. Stegge & J. Steutel (red.) *Jeugddelinquentie en gewetensontwikkeling*. SWP, Amsterdam.
- Junger, M., Marshall, I.H. (1997). The interethnic generalizability of social control theory: An empirical test. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 34, 79-112.
- 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*.
- Loeber, R., Farrington, D.P., Stouthamer-Loeber, M., Moffit, T.E., Caspi, A., Raskin White, H., Wei, E.H. & Beyers, J.M. (2002). The development of male offending: Key findings from fourteen years of the Pittsburgh Youth Study. *Magazine*, 93-136.
- Nieuwenhuijzen, M. Van (2004). *Sociale informatieverwerking en emotionele en gedragsproblemen bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren* Thesis Universiteit Utrecht.
- Ponsioen, A.J.G.B. & van der Molen, M.J. (2002). *Cognitieve vaardigheden van licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren. Een onderzoek naar mogelijkheden*. Ermelo: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Ponsioen, A.J.G.B., Harder, P., Molen, M.W. van der, & Stemerdink, B.A. (2000). Geheugenprocessen bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen: de efficiëntie van geheugenzoekprocessen. *Nederlands Tijdschrift voor Zwakzinnigheidszorg*, 26, 140-153.
- Schippers, H. & Bos, A. (1999). Toerekeningsvatbaarheid bij minderjarigen. In: Collot d'Escury-Koenigs A.M., van der Linden A. & Snaterse T.J (Eds). *Van preventie tot straf*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

DE LVG-POLIKLINIEK VAN HERLAARHOF

Elizabeth Wiese en Sanne Laurijssen³

Samenvatting

We onderzochten de populatie kinderen en adolescenten van de polikliniek LVG-psychiatrie van Herlaarhof op basis van intakegegevens. De gegevens werden vergeleken in drie subgroepen, naar verstandelijk niveau. De resultaten laten zien dat er in de LVG-polikliniek vooral zwakbegaafde jongens zijn tussen de 11 en 17 jaar. Naar buiten gerichte gedragsklachten worden het meest genoemd. De meest vermoede DSM-IV classificatie is PDD-NOS.

Inleiding

Dit onderzoek gaat over de populatie kinderen en adolescenten van de LVG-polikliniek van Herlaarhof (2007), kinder- en jeugdpsychiatrie van de Reinier van Arkel groep in Vught. In onze polikliniek spreken we van LVG (Licht Verstandelijk Gehandicapt) wanneer er sprake is van zwakbegaafdheid of een lichte of matige verstandelijke beperking. In onze psychiatrische setting maken wij echter geen gebruik van de termen lichte- of matige verstandelijke beperking, maar van de termen lichte- of matige zwakzinnigheid, zoals beschreven in het door ons gebruikte classificatiesysteem DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995).

De IQ scores van de kinderen in dit onderzoek variëren van ongeveer 45 tot ongeveer 85. LVG- problematiek omhelst echter meer dan alleen lagere IQ-scores. Uit de praktijk blijkt dat de problematiek van de LVG-populatie complex is en te maken heeft met biologische, psychologische en sociale aspecten.

Volgens Verstegen (2005) van de Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC) LVG zijn vooral de beperkte sociale vaardigheden en de langdurige behoefte aan ondersteuning kenmerkend voor LVG-problematiek. De beperkte sociale vaardigheden zijn zichtbaar in de relaties van het LVG-kind met zijn omgeving, zoals zijn ouders, de familie, vrienden, de school en hobby's. Later komen daar partner-relaties en het werk bij. Vooral momenten van verandering en emotionele spanning veroorzaken steeds opnieuw problemen en crises. Deze problemen en crises kunnen leiden tot gedragsproblemen en blokkades in de ontwikkeling van LVG-kinderen en zijn reden waarom ouders hulp zoeken in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Een belangrijk doel van de behandeling bij de LVG-polikliniek van Herlaarhof is het verminderen van de gedragsproblemen en ontwikkelingsblokkades, door het helpen van de ouders en de omgeving met het accepteren en het leren omgaan met de beperking van het kind.

³ Elizabeth Wiese (Ph.D.) is verbonden aan het Psychotraumacentrum Zuid Nederland, Reinier van Arkel groep en aan het Clinical Psychology Department, Institute of Psychology, University of Sao Paulo, Brazil.. Sanne Laurijssen (GZ- psycholoog i.o.) is verbonden aan de Polikliniek LVG Herlaarhof. Correspondentie: Reinier van Arkelgroep, Bostelseweg 32, Postbus 10150, 5260 GB, Vught.

Centraal in de werkwijze van Herlaarhof is het starten van de behandeling vanuit de zorg van de ouders. Dit houdt vaak in dat we de verantwoordelijkheid (terug) bij hen leggen. In vele gevallen hebben we te maken met ouders die zich onmachtig voelen. Wij willen dat zij weer grip op de situatie krijgen. De behandelaren van de LVG-polikliniek moeten zichzelf en hun werkwijze afstemmen op deze ouders. Hieronder vallen onder andere het geven van duidelijke informatie over hoe de behandeling zal verlopen, het integreren en verduidelijken van (eerdere) medische onderzoeksgegevens en het onderhouden van contacten met het ondersteunende netwerk. De LVG-polikliniek van Herlaarhof heeft een multidisciplinaire benadering die kan leiden tot een psychiatrische diagnose van het LVG-kind en zo kan leiden tot een beter begrip van de problemen van het kind zelf, de ouders en de rest van de omgeving. Het multidisciplinaire team van de LVG-polikliniek bestaat uit psychologen, pedagogen, systeemtherapeuten, een jeugdarts, een creatieve therapeut, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en een psychiater.

Het diagnostische- behandeltraject start met een intake (met het kind en de ouders) en resulteert in een individueel behandelplan. Na drie maanden is er een diagnostische bespreking, gevolgd door driemaandelijke behandelbesprekingen over de voortgang van de behandeling.

Om onze cliënten nog beter te kunnen helpen en meer grip te krijgen op de complexiteit van hun problematiek, wilden we een duidelijker beeld krijgen van onze doelgroep. Hiertoe hebben we dit onderzoek opgezet, waarvan we ook eerder resultaten presenteerden (Wiese, 2005, 2006). Voor dit artikel hebben we naar andere studies gezocht die gaan over de relatie: verstandelijke beperking, psychiatrie en kinderen.

Uit het promotieonderzoek van Dekker (2003), bleek dat kinderen die onderwijs voor (zeer) moeilijk lerende kinderen (MLK en ZMLK) volgen, significant hoger scoren op vrijwel alle schalen van de Child Behaviour Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991a) dan niet-verstandelijk beperkte kinderen. Hetzelfde gold voor hun scores op de Teacher's Report Form (TRF) (Achenbach, 1991b). Bijna 50% van de verstandelijk beperkte kinderen scoorde boven het grensgebied van de CBCL en de TRF, in vergelijking tot 18% van de niet-verstandelijk beperkte kinderen. Tevens voldeed bijna 40% van deze verstandelijk beperkte kinderen aan het criterium van tenminste één psychiatrische stoornis. Van de in het onderzoek van Dekker geïnccludeerde kinderen voldeed 25.1 % aan de DSM-IV symptoomcriteria voor een gedragsstoornis, 21.9% voor een angststoornis en 4.4% voor een stemmingsstoornis. 7.5% van de kinderen voldeed aan de criteria van een pervasieve ontwikkelingsstoornis.

In de totale populatie kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking in de provincie Friesland, is de prevalentie autismespectrumstoornissen onderzocht (n=827, leeftijd 4 t/m 18 jaar, alle niveaus) in de vorm van een screening met de AVZ-R, en uitgebreider onderzoek met de ADI-R, ADOS en een klinische classificatie. De prevalentie op grond van screening is 18,4% in de totale populatie. Met behulp van verfijnder onderzoek blijkt de prevalentie lager, afhankelijk van welk instrument wordt gebruikt variërend van 10% tot 15,6% (de Bildt et al, 2003).

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het beschrijven van de populatie kinderen en adolescenten van de LVG-polikliniek van Herlaarhof.

Methoden

Voor het onderzoek werden de intakegegevens van de kinderen en adolescenten en hun families verzameld, die in behandeling waren bij de LVG-polikliniek van Herlaarhof in de periode van 1999 tot 2005. Onder de intakegegevens zijn ook de gegevens van eerdere hulpverlening (bij andere organisaties). De gegevens werden geregistreerd in een gestructureerde scoringslijst, met onderstaande categorieën:

1. Kindfactoren: verstandelijk niveau, sekse, leeftijd, medische achtergrond, onderwijs
2. Gezinsfactoren: gezinssamenstelling, problematiek van de ouders, onderwijs-achtergrond van de ouders
3. Achtergrond en visie van de verwijzers
4. Klachten van de ouders
5. Hypothesen voor psychiatrische classificatie volgens DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), gesteld door een GZ-psycholoog of psychiater.

Voor de statistische analyse van de resultaten werden de cliënten in drie subgroepen verdeeld, naar hun verstandelijke niveau: matige tot ernstige zwakzinnigheid, lichte zwakzinnigheid en zwakbegaafdheid. Dit werd gedaan om een meer specifieke analyse te verkrijgen van de karakteristieken van iedere groep en om de verschillen tussen de groepen te bestuderen. De Test van MacNemar en de Fisher Exact Test werden gebruikt om significante gegevens te verifiëren en om de resultaten van de drie bovengenoemde subgroepen te vergelijken. Hierbij werd een significantieniveau van 0.05 aangehouden.

Resultaten

Onderstaande resultaten laten de verdeling van de populatie zien met betrekking tot: kindfactoren, gezinsfactoren, achtergrond van de verwijzers, klachten en hypothesen voor psychiatrische classificatie volgens DSM-IV.

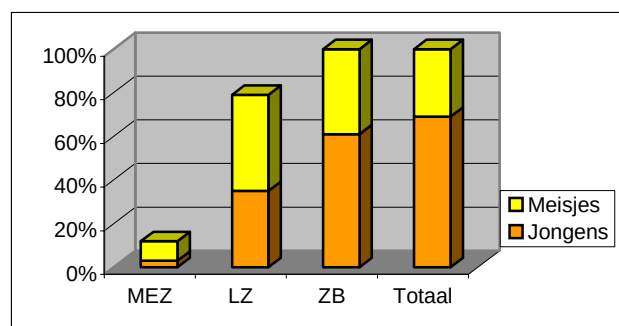
Kindfactoren

Verstandelijk niveau

In totaal bestudeerden we 181 kinderen en adolescenten, 69% jongens en 31% meisjes. We kregen de volgende verdeling: 8 cliënten (4%) in de groep van matige tot ernstige zwakzinnigheid (MEZ, $IQ < 50$), 70 cliënten (39%) in de groep van lichte zwakzinnigheid (LZ, $51 < IQ < 69$) en 103 cliënten (57%) in de groep van zwakbegaafdheid (ZB, $IQ > 70$).

Sekse

In figuur I zien we de spreiding van de jongens en meisjes uit de onderzoeksgroep over de verschillende verstandelijke niveaugroepen.

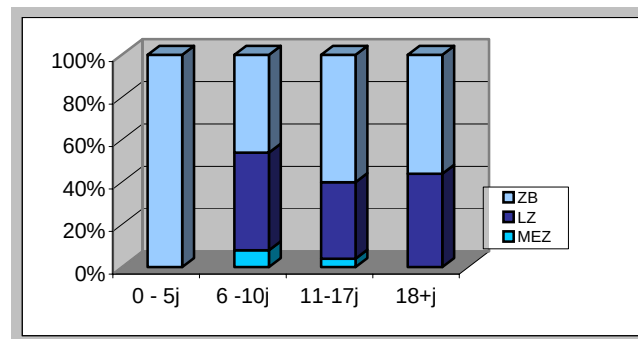


Figuur I: Cliënten naar sekse

Wat betreft de jongens blijkt dat er meer zwakbegaafde dan licht tot matig zwakzinnige cliënten zijn. Van alle jongens bevinden zich 61% in de zwakbegaafde groep, 36% in de lichtzwakzinnige groep en 3% in de matig tot ernstig zwakzinnige groep. Er zijn ongeveer evenveel zwakbegaafde als licht tot matig zwakzinnige meisjes. Van alle meisjes bevinden zich 47% in de zwakbegaafde groep, 44% in de licht zwakzinnige groep en 9% in de matig tot ernstig zwakzinnige groep.

Leeftijd

In figuur II zien we de spreiding van de verschillende verstandelijke niveaugroepen over verschillende leeftijdsgroepen. 65% van de cliënten is tussen de 11 en 17 jaar oud, 24% van de kinderen is tussen de 6 en 10 jaar oud, 9% van de cliënten valt in de categorie 18+ (de oudste cliënt is 25 jaar) en een percentage van 2% is jonger dan 5 jaar.



Figuur II: Cliënten naar leeftijd

Alle kinderen tussen de nul en vijf jaar die we onderzochten, functioneren op een zwakbegaafd verstandelijk niveau. Van de kinderen tussen de zes en de tien jaar functioneert 46% op zwakbegaafd niveau, 46% op licht zwakzinnig niveau en 8% op matig tot ernstig zwakzinnig niveau. Van de kinderen tussen de 11 en 17 jaar functioneert 60% op zwakbegaafd niveau, 36% op licht zwakzinnig niveau en 4% op matig tot ernstig zwakzinnig niveau. Van de jongeren boven de 18 jaar functioneert 56% op zwakbegaafd niveau en 44% op licht zwakzinnig verstandelijk niveau.

Medische achtergrond

In 45% van de intakes worden problemen tijdens de zwangerschap en de geboorte genoemd door de ouders. Er is hierbij vooral sprake van dysmaturiteit, zuurstoftekort en prematuriteit.

Onderwijs

Van de totale groep volgt 88% het speciale onderwijs; van de rest van de groep heeft 10% geen dagbesteding en heeft 2% een baan. Zoals verwacht bezoeken de cliënten die op een matig tot ernstig zwakzinnig verstandelijk niveau functioneren, vaker een ZMLK school dan de cliënten uit de andere groepen.

Gezinsfactoren

Gezinssamenstelling

Wat betreft de gezinssamenstelling groeien de meeste cliënten op in een twee-ouder gezin (57%), of in een nieuw samengesteld gezin (13%). Echter, er is ook een hoge frequentie

van eenoudergezinnen (15%), een groep van cliënten die in instituten wonen (11%) en een groep kinderen uit adoptie of pleeggezinnen (4%). Opvallend is, dat cliënten met een matig tot ernstig zwakzinnig verstandelijk niveau significant ($p=0,000$) vaker opgroeien bij pleeg- en adoptie- ouders (38%) dan de cliënten die op hogere verstandelijke niveau's functioneren (respectievelijk 1% voor de LZ groep en 3% voor de ZB groep).

Problematiek ouders

Bij de helft van de ouders is er sprake van pedagogische problemen (49%). In mindere mate is er bij de ouders sprake van echtpaar- problematiek (9%), psychiatrische problematiek (8%), alcohol en drugsproblematiek (5%), verstandelijke beperkingen (4%) en criminaliteit (3%).

Onderwijsachtergrond ouders

Het blijkt dat 48% van de ouders is opgeleid op MAVO-LBO niveau, 20% op HAVO-MBO niveau, 15% op HBO of universitair niveau, 14% op basisonderwijsniveau en 4% op speciaal onderwijsniveau.

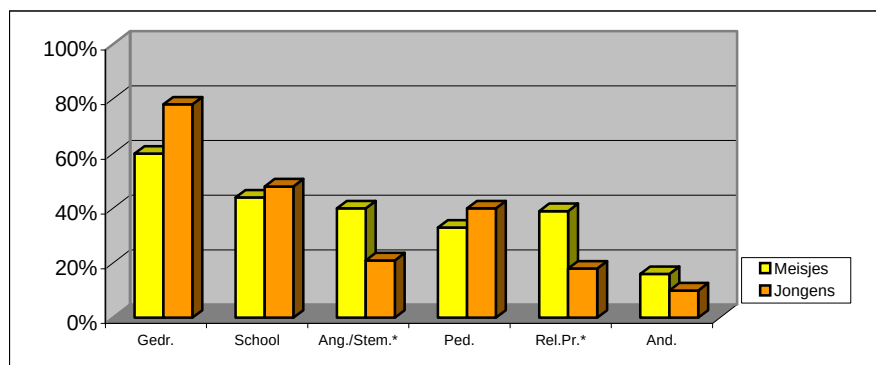
Achtergrond en visie van de verwijzers

De verwijzing verloopt bij 35% van de cliënten via stichting MEE en bij 22% via het (speciale)onderwijs. Deze inhoudelijke verwijzing dient altijd officieel te worden ondersteund door de huisarts, middels een verwijsbrief. Echter het medische systeem zelf verzorgt ook inhoudelijke verwijzingen. 12% van onze cliënten wordt direct verwezen via de huisarts en bij 10% procent verloopt de verwijzing via andere medische specialismen zoals de kinderarts of kinderneuroloog. In 5% van de gevallen is de verwijzing afkomstig van Bureau Jeugdzorg, in 5% van andere jeugdhulpverlening en 11% van de verwijzingen verloopt via overige instanties.

De verwijzende instanties geven in hun verwijzing naar de LVG-polikliniek vaak een richting aan over wat er mogelijk aan de hand zou kunnen zijn met de aangemelde cliënt, in termen van een psychiatrische classificatie. Dit noemen we de hypothese van de verwijzer. Omdat er meerdere zaken zouden kunnen spelen kunnen er meerdere hypothesen van verwijzers per aangemelde cliënt worden genoemd. In 63% van de gevallen denken de verwijzers aan een mogelijke pervasieve ontwikkelingsstoornis, in 45% aan een vorm van een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, in 13% van de gevallen wordt aan een gedragsstoornis gedacht, in 8% aan een stemmingsstoornis, in 6% aan een hechtingsstoornis, in 5% aan een leerstoornis, in 3% aan een angststoornis en in 6% van de gevallen wordt aan een andere stoornis gedacht.

Klachten van de ouders

Figuur III toont de klachten van de ouders tijdens het intakegesprek. Deze klachten zijn gecategoriseerd in termen zoals ze verwoord worden door de ouders en zijn derhalve breder dan psychiatrische classificaties. Tevens kunnen er meerder klachten tegelijkertijd aan de orde zijn.



Figuur III: Cliënten naar klachten tijdens de intake

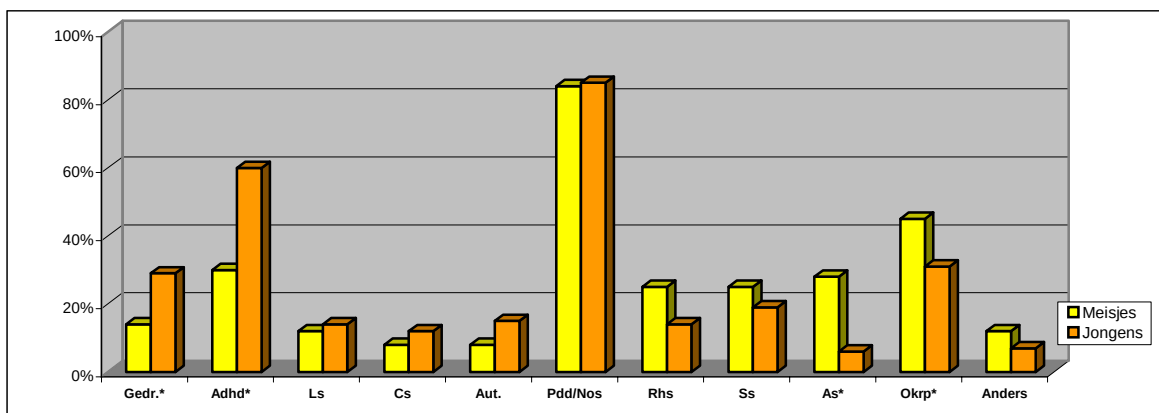
De meeste ouders, 63%, klagen over het gedrag van hun kind. Hier worden vooral naar buiten toe gerichte gedragsklachten, zoals agressief, oppositioneel en regelovertrekend gedrag onder verstaan. 42% komt met klachten over de schoolgang, hier worden ook leer- en concentratieklachten onder verstaan, 33% van de ouders heeft klachten op pedagogisch gebied; er is vaak sprake van onmacht bij de ouders om hun LVG-kind aan te sturen, 28% van de ouders noemen stemmings- en angstklachten bij hun kind en in 26% van de gevallen worden klachten met betrekking tot de relatie van het aangemelde kind en ouder(s) en of gezin gemeld. In 12% van de gevallen worden er andere klachten genoemd, waaronder cognitieve klachten, lichamelijke klachten, psychotische klachten en identiteitsklachten. Er zijn geen significante verschillen tussen de drie groepen van verstandelijk functioneren wat betreft alle bovengenoemde klachten.

Wat wel opvalt zijn sekseverschillen wat betreft de klachten met betrekking tot de relatie en de angst- en stemmingsklachten. De klachten met betrekking tot de relatie komen significant ($p = 0.003$) vaker voor bij meisjes (35%) dan bij jongens (16%). Voor de angst- en stemmingsklachten geldt dat deze ook significant ($p = 0.008$), vaker voorkomen bij meisjes (37%) dan bij jongens (19%).

Hypothesen voor psychiatrische classificatie volgens DSM-IV

Figuur IV laat de verdeling per sekse zien van de voorlopige DSM IV classificaties voor As I problematiek zoals deze zijn gesteld na de intake.

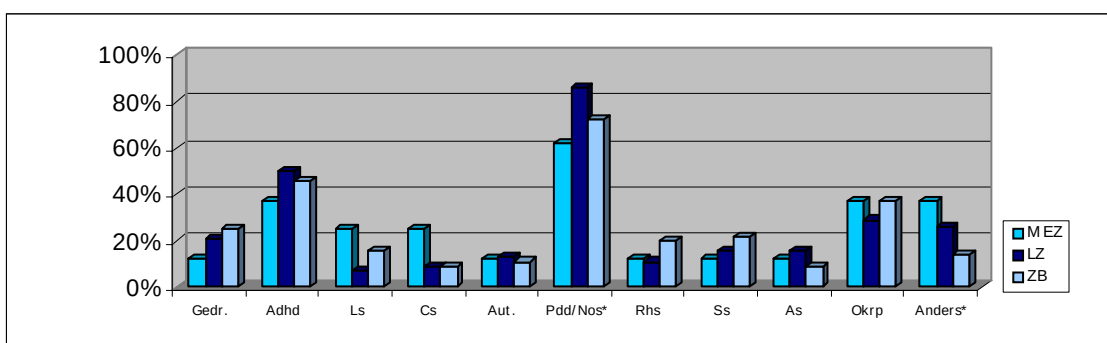
De voorlopige classificaties zijn gesteld op basis van de hypothesen van de verwijzer, de klachten van de ouders en de observatie van de specialisten van de LVG-poli. De voorlopige classificaties, het kunnen er meerdere zijn per cliënt, vormen het uitgangspunt van de onderzoeks- en behandeltrajecten bij de LVG-poli. Bij 21% van cliënten wordt gedacht aan een mogelijke gedragsstoornis, bij 42% aan ADHD, bij 13% aan een leerstoornis, bij 10% aan een communicatiestoornis, bij 12% aan autisme, bij 79% aan PDD-NOS, bij 19% aan een reactieve hechtingsstoornis, bij 38% aan een ouder-kind relatieprobleem en bij 13% aan een andere AsI classificatie, waaronder vooral ticstoornissen waan- en psychotische stoornissen, eet- en zindelijkheidsstoornissen.



Figuur IV: Cliënten naar sekse en hypothese voor classificatie DSM-IV
(* Significant statistisch verschil tussen de groepen)

Er zijn significante verschillen tussen de seksen wat betreft de voorlopige As 1 classificaties ADHD, Gedragsstoornis, Angststoornis en Ouder-kindrelatieprobleem. ADHD en Gedragsstoornis worden eerder vermoed bij jongens dan bij meisjes. Bij 57% van de mannelijke en 27% van de vrouwelijke cliënten wordt ADHD als voorlopige classificatie gesteld. Dit verschil is significant ($p=0,000$). Wat betreft Gedragsstoornis geldt dat deze voorlopige classificatie ook significant ($p=0,015$) vaker bij jongens (28%) dan bij meisjes (13%) wordt gesteld. De voorlopige classificatie Ouder-kindrelatieprobleem wordt significant ($p=0,032$) vaker bij meisjes (45%) dan bij jongens (30%) gesteld. Ook wordt er een significant verschil ($p=0,000$) tussen de seksen gevonden voor de Angststoornis welke in 6% van de jongens en in 26% van de meisjes als voorlopige classificatie wordt gesteld.

Figuur V is een variant op figuur IV en laat de verdeling van de voorlopige DSM IV classificaties per verstandelijke niveaugroep zien. Hierin zijn twee significante effecten aanwezig:



Figuur V: Cliënten naar verstandelijk niveau en hypothese voor classificatie DSM-IV
(* Significant statistisch verschil tussen de groepen)

Opvallend is dat de PDD-NOS classificatie significant vaker ($p=0,037$) als voorlopige diagnose gesteld wordt in de licht zwakzinnige groep (90%) dan in de matig tot ernstig zwakzinnige (62%) zwakbegaafde (55%) groep. Tevens valt op dat de “andere” As 1 classificaties (de tic-, waan-, psychotische-, eet- en zindelijkheidsstoornissen) significant vaker ($p=0,049$) voorlopig gesteld worden bij de matig tot ernstig zwakzinnige kinderen (38%) dan bij de lichtzwakzinnige (25%) en zwakbegaafde kinderen (13%).

Discussie

Het doel van dit onderzoek was het beschrijven van de populatie kinderen en adolescenten van de LVG-polikliniek van Herlaarhof. De grootste groep cliënten bestaat uit jongeren tussen de 11 en 17 jaar. De puberteit is een leeftijdsperiode vol veranderingen en emotionele spanning. Tijdens dergelijke perioden worden problemen en crises eerder verwacht (Verstegen 2005). Er zijn meer jongens dan meisjes in de populatie. Dit lijkt verband te houden met de vaker bij jongens gerapporteerde naar buiten gerichte gedragsklachten.

Een aanzienlijk deel van de cliënten is bekend met dysmaturiteit, zuurstoftekort en prematuriteit; factoren die kunnen leiden tot verstandelijke beperkingen. De populatie bestaat voornamelijk uit zwakbegaafde cliënten die speciaal onderwijs volgen. Mogelijk worden verstandelijk meer beperkte kinderen en adolescenten voor hun gedragsklachten eerder verwezen naar centra voor verstandelijke gehandicaptenzorg dan naar de psychiatrie. Op dit moment zien wij in de LVG-polikliniek steeds meer aanmeldingen van kinderen met een lager verstandelijk niveau. Bij deze populatie is het vanwege de grotere impact van de verstandelijke beperking, moeilijker om de DSM-classificaties zuiver te stellen. Wij zien daarom ook uit naar de nieuw te verschijnen Diagnostic Manual-Intellectual Disability (DM-ID), een classificatiesysteem dat bedoeld is om psychiatrische diagnoses te stellen bij mensen met een verstandelijke beperking (NADD, 2007).

De meeste cliënten groeien op in een twee-oudergezin. Hoewel de meeste ouders een gemiddeld opleidingsniveau hebben, is het percentage verstandelijke beperkingen bij de ouders van onze cliënten met 4% een stuk hoger dan in de rest van Nederland, waar het percentage 0,7% is (Raad voor gezondheidsonderzoek, 2003). Ook het percentage psychiatrische problemen, wat bij onze ouders 8% is, is hoger dan in de rest van de Nederlandse populatie, waar het 4,5% is. (Kroon et al, 1998). De meeste problemen hebben de ouders echter met de opvoeding. Hiervoor lijken zij in de meeste gevallen eerst op school of bij stichting MEE aan te kloppen, die hen dan doorverwijzen naar de LVG polikliniek van Herlaarhof.

De ouders klagen vooral over naar buiten gericht probleemgedrag en minder over naar binnen gericht probleemgedrag, zoals angst- en stemmingsklachten. Een mogelijke verklaring hiervoor is, dat in de omgeving naar buiten gericht gedrag meer opvalt dan naar binnen gericht gedrag. Dit omdat de omgeving hier zelf hinder van heeft. Gedragstoornissen en ADHD, worden door de behandelaren vaker vermoed bij jongens dan bij meisjes. Angststoornissen worden door de behandelaren vaker vermoed bij meisjes dan bij jongens. Dit is in overeenstemming met de prevalentie van bovengenoemde stoornissen in de gehele populatie (Rutter e.a. 1975; Graham, 1979, Szatmari e.a. 1989, Bowen e.a. 1990; Werry, 1991, in Sanders-Woudstra, 1996). De behandelaren vermoeden in de meeste gevallen PDD-NOS bij de kinderen en adolescenten van de LVG-polikliniek. Wij komen hiermee dichterbij de bevindingen van De Bildt (2003) dan bij die van Dekker (2003). Zowel de behandelaren als de verwijzers vermoeden in de meeste gevallen PDD-NOS, daar waar de ouders gedragsklachten aangeven. Een mogelijke verklaring hiervoor is

dat de ouders hun kind onvoldoende structuur, duidelijkheid en voorspelbaarheid bieden. Zij hebben dan vooral last hebben van het probleemgedrag wat uit de overvraging van hun kind resulteert.

Om de andere resultaten uit ons onderzoek te verklaren, zoals bijvoorbeeld waarom ouders en behandelaren bij meisjes vaker op de ouder-kind relatie focussen dan bij jongens, zal verder onderzoek moeten gebeuren. Tevens zal een vervolgstudie moeten plaatsvinden om duidelijk te krijgen welke classificaties uiteindelijk gesteld werden bij de kinderen en adolescenten uit dit onderzoek.

Literatuur

- AAMR, vertaling Koster van Groos, G.A.S. (2001) *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Swets & Zeitlinger. Lisse.
- Achenbach, T.M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, Vt: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington, Vt: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- De Bildt, A., Kraijer, D., Sytema, S., & Minderaa, R. (2003). *Prevalentie van autismespectrumstoornissen bij kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking*. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 42 (6), 293-303.
- Dekker M.C. (2003) *Psychopathology in children with intellectual disability. Assessment, prevalence and predictive factors*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Herlaarhof (2007). Website: <http://www.herlaarhof.nl>. Geraadpleegd 12 februari 2007
- Kroon, H., Theunissen, J.R., van Busschbach, J., Raven, E.M.I.E., Wiersma, D. (1998). Epidemiologisch onderzoek naar chronisch psychiatrische patiënten in Nederland: conclusies uit regionale prevalentiestudies. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 40 (4), 199-211
- National Association for the Dually Diagnosed - NADD. (2007). *Diagnostic Manual – Intellectual Disability (DM-ID)*. Website: <http://www.thenadd.org/pages/news/dmid.shtml>. Geraadpleegd 2 april 2, 2007
- Raad voor Gezondheidsonderzoek (2003). Website: <http://www.gr.nl/samenvatting.php?ID=1395>. Geraadpleegd 6 april 2007
- Sanders-Woudstra, J.A.R; Verhulst, F.C. & de Witte, H.F.J. (1996). *Kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: van Gorcum
- Verstegen, D. (2005). Zorg voor mensen met een licht verstandelijke handicap met meervoudige problematiek. *Onderzoek & Praktijk*, 3, 5-8.
- Wiese, E. (2005). *Intellectual disability and psychiatric disorder: the "LVG policlinic" population*. Presentation at the V European Congress "Mental Health in Mental retardation: towards the integrative approach in research and treatment", Barcelona, Spain, October 6 to 8, 2005.
- Wiese, E. (2006). *An integrative psychiatric approach for children with intellectual disabilities*. Symposium of the 2nd International Congress of IASSID-Europe: Bridging Research, Policy, Maastricht, Nederland, August 2nd to 5th , 2006.
-

COLUMN

De schrijver van de 'column' kan een wetenschappelijke expert of een klinische deskundige zijn, maar kan ook een gedragswetenschapper, een groepsleider, een manager en een ouder of verzorger zijn. Wat zij gemeen hebben is hun ervaring met (onderzoek bij) jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking. In deze Onderzoek & Praktijk geven wij het woord aan doctor Joost Jan Stolker, directeur-psychiater bij GGZ Altrecht en tevens verbonden aan de Universiteit Utrecht.

PILLEN VOOR HET BREIN

Joost Jan Stolker⁴

Door de eeuwen heen zijn we steeds op zoek gegaan naar de wonderpil, de 'magic bullet', die ons zonder bijwerkingen kan genezen van lichamelijke en psychische kwalen. Als we door het slikken van een tabletje gelukkig zouden worden, zouden heel veel mensen dat zeker doen. De risico's van drugs nemen we op de koop toe om een moment van ongecompliceerd geluk te ervaren.

De moderne psychofarmacologie zag ruim vijftig jaar geleden, in 1952, het licht met de ontdekking van de eerste antipsychotica. Het eerste antidepressivum werd ontdekt toen een slimme en wakkere dokter zag dat de tuberculose patiënten die hij met medicatie behandelde vrolijk werden. Hij besprak zijn bevindingen met collega's op congressen en publiceerde ze in medische tijdschriften. Sinds die tijd zijn talloze antidepressiva, antipsychotica, kalmeringsmiddelen en slaappillen ontwikkeld. Sommige middelen die we nu gebruiken, zijn al tientallen jaren op de markt. Het beschikbaar komen van antipsychotica veroorzaakte een revolutie in de psychiatrie. Schizofrene patiënten die jarenlang in instituten verbleven, knapten op en konden weer deelnemen aan de maatschappij.

De afgelopen jaren is het slikken van medicijnen tegen psychische klachten, psychofarmaca, heel gebruikelijk geworden. Veel mensen krijgen slaap- of kalmeringsmiddelen voorgeschreven. De laatste jaren bereiken ons via de media alarmerende berichten over de grote aantallen mensen die antidepressiva gebruiken of over het gemak waarmee in de Verenigde Staten Ritalin, een middel tegen ADHD, aan kinderen wordt voorgeschreven. Denken we te lichtzinnig over het stellen van een psychiatrische diagnose en het voorschrijven van medicijnen? In 1993 verscheen het boek 'Listening to Prozac' van de Amerikaanse psychiater Peter Kramer, dat over de hele wereld een bestseller werd. Hij schrijft dat het antidepressivum Prozac niet alleen een gunstige werking op mensen met een depressie heeft, maar ook effect zou kunnen hebben op de persoonlijkheid. Mensen worden er mogelijk opener, socialer en vriendelijker van. Naast de cosmetische chirurgie, ontstond zo de cosmetische psychofarmacologie. Maar ook Prozac is geen 'magic bullet'. Alle medicijnen hebben naast hun gewenste werking ongewenste effecten. Soms kunnen de bijwerkingen heel ernstig zijn en tot een ziekenhuisopname of zelfs de dood leiden.

⁴ Joost Jan Stolker is directeur-psychiater bij de Divisie Ortho en Forensische Psychiatrie van GGZ Altrecht en senior-onderzoeker bij de Disciplinegroep Farmaco-epidemiologie en -therapie aan de Universiteit Utrecht (j.stolker@altrecht.nl)

Veel mensen met een verstandelijke beperking krijgen psychofarmaca voorgeschreven. Wij vonden in onderzoek bij bewoners van gezinsvervangende tehuizen dat ruim een vijfde van de bewoners deze middelen gebruikt. Bij bewoners met ernstig probleemgedrag was dit zelfs meer dan de helft. Ook het voorschrijven van meerdere psychofarmaca tegelijkertijd komt veel voor, namelijk bij bijna één op de vijf van de mensen met een verstandelijke beperking met ernstig probleemgedrag. Bijna al het onderzoek naar werking en bijwerkingen van psychofarmaca is verricht bij normaal begaafden. Dit betekent dat het minder goed van tevoren te voorspellen is hoe het effect van het geneesmiddel zal uitpakken bij mensen met een verstandelijke beperking. In de praktijk blijken ze gevoeliger voor het ontwikkelen van bijwerkingen, bijvoorbeeld omdat hersenbeschadigingen vaker voorkomen.

Ondanks dit gebrek aan wetenschappelijk bewijs wordt over het algemeen aangenomen dat psychofarmaca, wanneer de indicatie juist is gesteld, effectief kunnen zijn bij de behandeling van psychiatrische stoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking. In de zorg voor deze mensen worden deze medicijnen vaak ‘gedragsregulerende middelen’ genoemd. In deze benaming ligt het gevaar besloten van het behandelen van schijnbaar op zichzelf staande specifieke symptomen zoals agressie zonder dat hieraan voorafgaand een grondige analyse van het gedrag plaatsvindt op biologisch, psychologisch en sociaal niveau. Psychofarmaca worden dan soms onterecht voorgeschreven. Volwassenen, maar zeker ook kinderen en jongeren ervaren bijwerkingen, worden misschien suf of stijf, terwijl de medicijnen nauwelijks effectief zijn en er wellicht andere behandelingen zijn, bijvoorbeeld cognitief-gedragstherapeutische therapieën, die veel effectiever zijn. Ik ken talloze voorbeelden van patiënten die een karrenvracht pillen slikten en zich na afbouwen veel beter voelden. Soms wordt dan ook duidelijk dat het verstandig is een bepaald specifiek middel wel voor te schrijven.

Het is belangrijk dat we meer kennis verzamelen om de kwaliteit van de behandeling met medicijnen bij kinderen, jongeren en volwassenen met een verstandelijke beperking te verbeteren en onnodig of irrationeel gebruik te verminderen. Daarom hebben we subsidie aangevraagd om wetenschappelijk onderzoek naar het gebruik van psychofarmaca bij kinderen, jongeren en volwassenen met een verstandelijke beperking mogelijk te maken.

De ‘magic bullet’ zullen we niet vinden. Maar, door verstandig gebruik van psychofarmaca kan de kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke beperking aanzienlijk verbeterd worden!

BIJ EEN AFSCHIED

Na bijna 40 jaar als orthopedagoog werkzaam te zijn geweest in de Reeve zette Jan Niessen op een vrijdagmiddag in november van het vorige jaar een punt achter zijn loopbaan. Eigenlijk een puntkomma, daar hij zich met het kwaliteitsbeleid van de instelling blijft bezighouden. Deze gebeurtenis ging gepaard met voordrachten van Van Weelden (met wie Jan het unieke standaardwerk over LVG-jeugdigen schreef⁵), Knorth, Moonen en van Jan Niessen zelf. De zo kenmerkende wijze waarop Jan zijn afscheid verwoordde willen wij u niet onthouden. Jan blijft overigens de redactie van Onderzoek & Praktijk versterken.

Van de meeste jongeren die ik tijdens mijn bijna 38 jarige arbeidsperiode in De Reeve heb leren kennen wordt gezegd dat ze leven in het hier en nu. Ze zouden minder verbanden kunnen leggen tussen dat wat reeds voorbij is en het heden. Ze zouden minder de consequenties van hun gedrag voor de toekomst kunnen voorspellen. Het leven in het hier en nu wordt daarmee meer als een handicap gezien dan als een realiteit waar we rekening mee dienen te houden. Is het je laten leiden door het hier en nu echter wel een handicap? Het uitgaan van de realiteit van het moment kan ons helpen greep te krijgen op dat wat het moment overstijgt.

Toen in 1999 prof P. A. de Ruyter zijn afscheidscollege als hoogleraar in de orthopedagogiek aan de VU te Amsterdam gaf, ging hij uit van de realiteit van het moment. Immers die werkelijkheid is het object van de orthopedagogiek. Hij nam de toehoorders mee naar de praktijk van alle dag. Ik nodig u uit mij ook even te volgen naar Hilbert van Dijkstraat 15, een behandelgroep van De Reeve in Kampen. Ook daar is het vrijdagmiddag, vier uur. De theetijd is voorbij. Een aantal jongeren is voor het weekend naar huis vertrokken. De overgebleven vier genieten van hun vrije tijd. De groepsleider ziet dat het met Evert niet goed gaat. Hij kijkt niet naar het pictobord waarop de activiteit voor die middag is aangegeven. Hij hangt lusteloos op de bank en lijkt in zijn gedachten ergens anders te zijn. De groepsleider heeft dat gezien en biedt Evert aan om samen het eten voor de groep te gaan koken. Evert gaat daar graag op in, koken vindt hij leuk. In de keuken vertelt hij de groepsleider dat hij zich zorgen maakt over thuis. Hebben vader en moeder vanavond weer ruzie, hoe zal het met zijn zusje gaan als ze wakker wordt van het geschreeuw?

Onlangs vertelde deze groepsleider me dat hij zelf het liefst op vrijdagmiddag werkt. Die speciale sfeer die er dan is biedt mogelijkheden voor echte ontmoeting met de jongeren. Een reden waarom hij gekozen heeft om dit werk te gaan doen. Eigenlijk is dat kenmerkend voor de mensen die in De Reeve werken. Ze zijn er omdat ze graag met jongeren werken, ze stellen zich present voor hen. Dat is het kenmerkende van het klimaat in De Reeve: er zijn voor de ander, oog hebben voor die ander, de jongere, maar ook voor de collega, de medewerker.

In de 38 jaar die ik in De Reeve werkte heb ik dat als mild en weldadig ervaren. Ik heb van Tamme Dijkstra (directeur De Reeve van 1969-1976) geleerd dat oog voor de persoonlijke behoefte van kind en ouders heilzaam kan werken. Een kopje koffie na een lange reis, een bord soep als je geen lunch kunt betalen, informeren naar de gezondheid van oma, zijn verstrekkingen die buiten de AWBZ vallen, maar die een grote genezende werking hebben.

⁵ Van Weelden, J. & Niessen, J. (1976). *Het moeilijk lerende kind*. Rotterdam: Lemniscaat.

Jaap van Weelden (pedagoog-psycholoog in De Reeve van 1970-1985) heeft me geleerd dat orthopedagogiek professioneel ook menselijke maat heeft. Iedere theorie, elk onderzoek verliest zijn kracht als je daarachter niet de zingeving ziet van de jongeren zelf. Het zoeken naar de betekenis van hun gedrag en de vertaling daarvan voor hun opvoeders gaat verder dan meten en testen.

Frits Veeneman (directeur De Reeve 1976-1999) was een voorbeeld bij de vormgeving van het betrekken van ouders en kinderen bij hun behandeling. Het zoeken naar een evenwicht in de onverbreekelijke band tussen ouders en kind is door zijn markante aanwezigheid inspirerend geweest.

Jan Duenk (huidige directeur De Reeve) heeft me ingeleid in een stijl van leiding geven die medewerkers en jongeren uitdaagt tot het dragen van een eigen verantwoordelijkheid.

Hulpverleners, orthopedagogiek, behandelen en kwaliteit. Het zijn begrippen die we allemaal goed kennen. Begrippen die van belang zijn voor het voortbestaan van de organisatie. Ze verlenen De Reeve bestaansrecht en worden in de missie genoemd. Toch hebben deze begrippen een ingebouwd risico. Ze kunnen vervreemdend werken als het om mensen gaat.

Als onze jongeren moeten worden ingedeeld in zorgzwaarte pakketten duwen we ze in een systeem waar ze zelf niet om gevraagd hebben. En dat in een tijd waarin vraaggestuurde zorg het enige paradigma lijkt te zijn. Vraaggericht zorgen heeft niets verkeers. In mijn beleving heeft in geheel mijn werkzame leven de vraag van het kind centraal gestaan. In De Reeve, maar ook in de organisaties om haar heen.

Als “meten is weten” het paradigma is, lopen we eveneens het gevaar om de mens als geheel te missen. Maar niet alle meten is verkeerd. Ik wijs op de n=1 studies die gedaan worden door therapeuten of het onderzoek dat in De Beele plaats vindt op het gebied van het ontwikkelen van competent sociaal gedrag.

Als kwaliteit van zorg hoog in het vaandel staat en de normen van het certificatieschema bepalend zijn kan het ook makkelijk mis gaan. Het certificaat biedt geen garantie voor de menselijke maat van de zorg. Het is vreemd, dat één van de eerste normen van het HKZ-certificatieschema, luidt dat de organisatie zich inspant om in de communicatie voor de cliënt begrijpbaar te zijn. Terwijl de cliënt tegen de achtergrond van de ingewikkelde indicatie en zorgtoewijzingsprocedure, nauwelijks in staat is zich zelfstandig toegang tot die zorg te verwerven. Als door streven naar kwaliteit het leven van de cliënt voorspelbaar en transparant wordt, rechtvaardigt dat de inspanning van veel organisaties. Het is overigens ook de enige legitimatie voor de druk die zorgverzekeraars in dit opzicht uitoefenen.

Nou moet ik oppassen om geen oude mopperkont te worden, maar het moet me toch even van het hart. Ik beschouw het als een opdracht aan de sector om zich te onttrekken aan of verzetten tegen de ingewikkelde regelgeving, de bureaucratie. Het kost handen vol geld om het beheersbaar te houden. Geld dat eigenlijk besteed zou moeten worden aan de zorg.

Terug naar Evert. In Hilbert van Dijkstraat 15 ruikt het inmiddels heerlijk naar gebakken ui met paprika en tomaten. Evert glimlacht als een groepsgeenoot opmerkt dat ze honger krijgt van die heerlijke geuren. Wat er is gebeurd, is moeilijk te vertalen naar de indicatie waarmee Evert is opgenomen. Was het ondersteunende of activerende begeleiding of was het behandeling. Voor alle indicaties zijn argumenten aan te dragen. Voor Evert hoeft dat niet. Evert ervaart ook niet dat hij behandeld is. De groepsleider was er voor hem en dat was genoeg.

In haar boek “Menslievende zorg”⁶ schetst Annelies van Heijst op voortreffelijke wijze, dat zorgen een intermenselijke betrekking is. De zorgvrager is meer dan een passieve zorgconsument of een autonome cliënt. Daarmee stempelt hij of zij de orthopedagogische werkelijkheid. In het boek “Intensieve menshouderij” wordt door de organisatieadviseurs Peters en Pouw op baddinerende wijze beschreven hoe kwaliteit verloren kan gaan door overorganiseren. Een proces dat meestal plaats vindt als ieder, onafhankelijk van elkaar zijn uiterste best doet, om het voor de klant zo aangenaam mogelijk te maken.

In De Reeve heb ik in de afgelopen 38 jaar een heilzaam spanningsveld tussen “menslievende zorg” en “intensieve menshouderij”⁷ ervaren. Anders gezegd: er is een dynamisch evenwicht tussen passie en compassie. De vraag wat nu werkt of het meeste resultaat heeft is nog onbeantwoord. Wat dat betreft zou ik nog wel een poosje door willen werken. Als het gedoe met de certificering achter de rug is hoop ik tijd en ruimte te vinden om dat evenwicht en die dynamiek met jullie te verkennen.

Ik wens De Reeve, de Vereniging Orthopedagogische Behandel Centra en de onderzoekers en kennisontwikkelaars van de universiteiten die betrokken zijn op deze sector toe dat het spanningsveld tussen menslievende zorg en intensieve menshouderij een voortdurende bron van inspiratie zal zijn.

Jan Niessen
Nijkerk - 17 november 2006

⁶ A. van Heijst. *Menslievende zorg, een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen, 2006.

⁷ Peters, J en Pouw, J. *Intensieve menshouderij, hoe kwaliteit oplost in rationaliteit*. Schiedam, 2005.

UIT DE PRAKTIJK

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

DE CASUS: IS SPREKEN ZILVER EN ZWIJGEN GOUD?

*Annematt.Collot d'Escury-Koenig, Hilde Tempel
& Jan.Niessen⁸*

Timo is prematuur geboren, in de 31-ste week is de bevalling ingeleid. Moeder had kanker en onderging chemokuren, bij toeval werd ontdekt dat ze zwanger was. Timo woog bij geboorte 1200 gram, de eerste week heeft hij doorgebracht op de intensive care. Toen Timo 7 maanden oud was is zijn moeder overleden. Gedurende de periode dat ze ziek was zijn er verschillende gezinshulpen in het gezin geweest om vader te ondersteunen bij de verzorging van Timo en moeder. Op het moment dat moeder overleed werd deze hulp abrupt beëindigd. Vader heeft toen nog enkele maanden voor Timo gezorgd, maar dit was te zwaar voor hem en moeilijk te combineren met zijn werk als buschauffeur. Timo is toen bijna een jaar bij een zus van vader gaan wonen, vader heeft hem daar bijna dagelijks bezocht. Enige tijd later heeft vader een nieuwe relatie gekregen. Deze vrouw had twee kinderen uit een eerdere relatie; die kinderen waren op dat moment 7 en 5 jaar oud. Timo, inmiddels bijna 2 jaar oud, is vervolgens weer bij vader en zijn nieuwe partner komen wonen. Aan Timo is nooit verteld dat stiefmoeder niet zijn biologische moeder is.

Jaren later zoeken ouders hulp in verband met het gedrag van Timo, hij is dan ruim 7 jaar oud. De ouders hebben het idee geen grip op hem te hebben, eten levert problemen op en hij is druk. Er wordt dan een onderzoek gedaan bij een polikliniek kinder- en jeugdpsychiatrie. Men komt tot de conclusie: zwakbegaafde (TIQ:82, TPIQ: 82, TVIQ:87) hyperactieve jongen met zwakke egofuncties en ontwikkelingsachterstand.

In oktober 1997 wordt Timo opgenomen in een gezinshuis van een orthopedagogisch behandelcentrum voor jeugdigen met een licht verstandelijke handicap. In oktober 2002 vindt er een interne overplaatsing plaats naar een leefgroep. Doel van de overplaatsing is een verdere doorgroei van Timo in zijn ontwikkeling. Er zal meer aandacht besteed worden aan het uitbreiden en vergroten van sociale- en praktische vaardigheden in een omgeving waarin meer leeftijdsgenoten zijn. Timo woont 1 ½ jaar in deze leefgroep. Vooral in het laatste ½ jaar ontwikkelt hij zich sterk. Hij krijgt steeds meer een eigen identiteit en stijl en uit meer zijn mening. Hij lijkt midden in de puberteit te zitten wat een aantal gedragingen versterkt. Zo is hij brutaler, opstandiger, zet zich meer af tegen regels en reageert minder goed op correcties. April 2004 stroomt hij intern door naar een vervolg behandelgroep.

Gedurende de jaren waarin Timo in het behandelcentrum verblijft, is naar vader benoemd dat Timo ooit geïnformeerd zal moeten worden over zijn biologische moeder. Volgens de behandelaars omdat Timo gegevens onder ogen kan krijgen waarin zijn biologische ouders vermeld staan. De ouders houden dit steeds af en gaan hier niet op in. Het wordt niet duidelijk waarom zij deze houding hebben. Uiteindelijk wordt er in juni 2004 gemeld dat

⁸ Annematt Collot d'Escury is GZ-psychooloog / K&J-specialist en verbonden aan de Universiteit van Amsterdam; Hilde Tempel is GZ-psychooloog en werkzaam bij de Reeve; Jan Niessen is orthopedagoog en verbonden aan de Reeve.

de behandelaars willen dat Timo geïnformeerd wordt. De reden voor deze opstelling is dat Timo 16 jaar wordt en daardoor aanwezig mag zijn bij zijn behandelplanbesprekingen en rapportage mag lezen. Daarnaast ontstaat er handelingsverlegenheid bij de werkers op de leefgroep. Ze hebben het gevoel een groot geheim met zich mee dragen, kunnen onvoldoende transparant werken en voelen zich schuldig ten opzichte van Timo. Vader houdt de boot af, belooft hier over terug te bellen, maar doet dit niet. Uiteindelijk vindt er in januari 2005 opnieuw een (heftig) gesprek plaats met vader en Timo's halfzus. Zij is voor vader in de afgelopen jaren een steun geworden, vooral in perioden waarin zijn vrouw door ziekte hem onvoldoende kon bijstaan. Vader neemt hierop contact op met vertrouwenspersoon van de instelling. Het behandelcentrum verschaft de vertrouwenspersoon naast het hierboven beschreven verloop van de behandeling de volgende informatie: *Het zou mogelijk zo kunnen zijn dat het blijvende probleemgedrag van Timo in stand wordt gehouden door het systeem waarin Timo is opgegroeid en de informatie die hij onbewust heeft meegekregen of het gevoel daarbij.*

Stiefmoeder is ziek, vader spreekt over een psychiatrisch ziektebeeld, ze staat onder behandeling van een psychiater.

In het dossier wordt vader beschreven als een normaal begaafde man. Toen Timo nog thuis woonde en ook in de weekenden dat hij naar huis gaat, brengt Timo de tijd voornamelijk door in zijn kamer. Vader is bij de laatste behandelbesprekingen niet aanwezig geweest, de communicatie met het gezin loopt voornamelijk via hun dochter. Stiefmoeder is de laatste jaren niet meer aanwezig bij behandelplanbesprekingen. Dit heeft te maken met haar gezondheid. Vader is incidenteel aanwezig, afgelopen jaar is hij voor het eerst op bezoek geweest op de huidige groep van Timo.

Discussie.

De beschrijvers van de casus willen graag, voorafgaand aan hun eigen analyse, lezers de gelegenheid bieden op de thematiek te reageren. Centraal daarbij staan vragen als

- Kan tegenover Timo gezwegen worden over zijn moeder, of moet er juist gepraat worden? Zo ja, door wie?
- Wat mag worden verteld en wat moet worden verteld?

In een volgend artikel zullen de auteurs hun overwegingen uitvoerig beschrijven. Uw reacties zullen daarbij betrokken worden.

U kunt uw reacties sturen naar de redactie van Onderzoek & Praktijk (a.ponsioen@lvgn.net.nl).

EEN REACTIE OP: CHATGEVAAR(?)

CASUS SIMON

(Uit: *Onderzoek & Praktijk*, 4 (2), najaar 2006, blz. 42 en 43)

*Susan Plaizier en Monique Peters*⁹

Inleiding

Het internet biedt geweldige mogelijkheden voor bijvoorbeeld het onderwijs en orthopedagogische instellingen. Hulpbronnen voor groepsleiders, leerkrachten en leerlingen, educatieve programma's en ontspanning etc.. Jongeren zijn vaak enthousiaste gebruikers. Echter, zoals geldt voor de meeste spannende activiteiten: aan het gebruik van internet zijn risico's verbonden. Dit schrijven kan helpen om vervelende internetervaringen te voorkomen.

Uitgangspunten

Op het internet bestaat de mogelijkheid dat een jongere op iets kind-onvriendelijks, hatelijks, gewelddadigs, of seksueels stuit, waarvan je als volwassene niet wilt dat een jongere daaraan blootgesteld wordt. In het dagelijks leven leer je jongeren gevaarlijke en vervelende situaties te voorkomen of uit de weg te gaan. Datzelfde zou eigenlijk moeten gelden voor het internet. Leren werken met het internet is te vergelijken met het leren van een sociale vaardigheid: het is even wennen om op een nieuwe manier informatie te verzamelen, mensen te leren kennen en met hen om te gaan. Het is soms moeilijk, maar het valt te leren.

Wat in elk geval belangrijk is, is dat je als volwassene (groepsleider, ouder) betrokken bent bij wat de jongere op het internet, tijdens het surfen, mailen of chatten doet, en dat wat er op het internet gebeurt bespreekbaar is. Om dit zo optimaal te laten verlopen kan er op de leefgroep met de jongeren bijvoorbeeld onderstaande regels afgesproken worden.

We hebben geen beperkende filters op onze computers. Er is in de afgelopen jaren nogal wat gediscussieerd over dit onderwerp. Deze software is niet geheel waterdicht. Wij zien het vooralsnog als beste oplossing om samen met de jongeren het internet te verkennen en ze te leren omgaan met vervelende dingen die ze op het internet tegen kunnen komen. Zo proberen we de kinderen van de goede kanten van het internet te laten profiteren en de risico's zo klein mogelijk te houden. Er is wel enige controle. De computers waarop gesurft kan worden staan in de leefgroep. Verder kunnen we achteraf zien wat er gedaan is op het internet.

Tips voor internet gebruik op de leefgroep

1. Gebruik het internet als gezamenlijke activiteit. Zet de computer indien mogelijk in de huiskamer i.p.v. de slaapkamer van de jongere
2. Zorg dat de computer of het internet niet gebruikt als elektronische kinderoppas
3. Moedig de jongere aan het te vertellen als hij/zij op internet iets vinden dat suggestief, obscene of bedreigend is. Of iets anders waardoor ze zich ongemakkelijk voelen

⁹ Susan Plaizier is groepsleidster en lid van de commissie seksualiteit bij Kwadrant regio Auriga. Monique Peters is psychomotorisch therapeut en aandachtsfunctionaris seksualiteit bij Kwadrant regio Emaus.

4. Geef de jongere niet meteen de schuld als het iets onzedelijks ontvangt of opent. Dit kan per ongeluk zijn gebeurd
5. Stel uzelf op de hoogte van de diensten en websites die de jongere gebruikt
6. Probeer de on-line vrienden van de jongere te leren kennen zoals men dat bij zijn/haar andere vrienden zou doen
7. Vertel de jongere dat hij/zij nooit persoonlijke informatie (naam, leeftijd, adres, telefoonnummer etc.) doorgeeft
8. Maak afspraken, “gouden regels”, en plak ze op de zijkant van de computer nadat ze zijn besproken met de jongere.

Belangrijke internet en e-mail-regels voor jongeren

Hieronder hebben wij geprobeerd een aantal regels samen te vatten die eventueel gebruikt kunnen worden door groepsleiding naar jongeren toe met als doel psycho-educatie. Mensen op internet zijn anoniem. Ook al heb je bijvoorbeeld een e-mail adres dan weet je nooit zeker met wie je te maken hebt, of wat ze willen. Daarom moet je als jongere een beetje oppassen en je altijd aan deze regels houden:

- Ik spreek met mijn groepsleider af wanneer en hoe lang ik op het internet mag of e-mailen en welke programma's ik mag gebruiken
- Ik vertel het mijn groepsleider meteen als ik informatie zie waardoor ik me niet prettig voel. Het is niet mijn schuld. De groepsleider kan nu meteen maatregelen nemen
- Ik zal nooit mijn persoonlijke informatie (naam, adres, telefoon) doorgeven op internet of in een e-mail zonder toestemming van de groepsleider
- Ik stuur nooit een foto of iets anders van mezelf over internet of met e-mail zonder toestemming van de groepsleider
- Ik spreek nooit af met iemand die ik via internet heb leren kennen of via e-mail zonder toestemming van mijn groepsleider
- Ik geloof niet zomaar alles wat ik on-line lees
- Op vragen om te “downloaden” is het antwoord in principe altijd nee. Bij twijfel vraag je het aan de groepsleider.

Advies

Ga over het computergebruik van de jongere in gesprek. Soms individueel, soms groepsgewijs. Dat hangt af van de situatie. Zorg ook altijd dat er toezicht is op het computergebruik van de jongere en ga in gesprek als er dingen gebeuren die niet kunnen. Vertrouw er niet zomaar op dat “het wel goed zal gaan”. Jongeren zijn nieuwsgierig! Handel dan ook naar dit advies en dit advies is drieledig, namelijk: *toezicht- gesprek- voorlichting*. Ook op plaatsen waar minder direct toezicht is, kan bijvoorbeeld een internetfilter helpen.

Nadere informatie

- De Kindertelefoon en het programma Digibewust
E-mail: landelijkbureau@kindertelefoon.nl
Website: http://www.digibewust.nl/Safer_Internet_Day
- De volgende sites: www.mijnkindonline.nl en www.mijnleerlingonline.nl

Aanbevolen literatuur

Hoefnagel, M. (2004). *Chatten*. Uitgeverij Eenvoudig Communiceren.

VERLIEFD OP EEN LOVERBOY?

Wat kan er gedaan worden binnen de LVG-zorg voor (risico)meisjes die slachtoffer worden of zijn geweest van 'loverboys'?

Petra Tiemessen¹⁰

De pen heb ik gekregen van Heleen Deelstra. Zij schreef in voorjaarsnummer van 2006 van *Onderzoek & Praktijk* (jaargang 4, nummer 1, blz. 35-37) in de rubriek *Uit de praktijk* van een artikel getiteld *Uit de praktijk: loverboys en loverboys*. Dit artikel was naar aanleiding van een themabijeenkomst over loverboys, georganiseerd voor mensen werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, door TransAct te Utrecht.

In dit artikel zal ik vanuit mijn praktijkervaring als seksuoloog aan de hand van een casus ingaan op de volgende vragen: wat zijn kenmerken van meisjes die in de prostitutie terechtkomen? Wat kunnen wij als hulpverleners betekenen om te voorkomen dat meisjes in de handen van een loverboy komen? Wat kunnen wij als hulpverleners doen als een meisje besloten heeft eruit te stappen en hulp te vragen?

Verliefd op een loverboy... Lisa wist helemaal niet wat prostitutie was!

Ik kom uit een gezin waar altijd ruzie was. Als mijn ouders geen ruzie hadden, dan had ik het wel met mijn broer of zusje. Op school ging het niet goed: weinig vrienden en ik kon niet goed leren. Ik moest naar een school voor moeilijk lerende kinderen. Daar werd ik gepest. Toen mijn ouders gingen scheiden, was ik elf jaar en bleef ik met mijn broer en zusje bij mijn moeder wonen. Een vriend van moeder heeft een keer seks met mij gehad toen ik 12 jaar was. Mijn moeder was niet vaak thuis en wij konden doen wat we wilden. Op mijn veertiende jaar leerde ik op school Yoesuf kennen. Hij kwam in de pauzes altijd bij mij staan en ik vond hem heel knap! Hij zag er goed uit: mooie merkkleren en ik kreeg zomaar een mobiele telefoon van hem. Dan kon ik hem altijd bellen. Hij zei ook altijd lieve dingen tegen mij en beloofde er altijd voor mij te zijn. Dat zo'n knappe jongen verliefd op mij werd. Thuis was het steeds minder gezellig. Ik had steeds meer ruzie met mijn moeder en in het weekend ging ik vaak met Yoesuf mee. We gingen naar de stad en dan bleef ik bij hem slapen. De eerste maanden was ik zo gelukkig. Eindelijk had ik iemand gevonden die om mij gaf en van mij hield. We gingen soms winkelen en dan kreeg ik kleren van hem en het maakte niet uit wat het kostte. Steeds vaker kocht hij lingerie, die ik van hem aan moest doen. Mijn moeder had weinig geld, dus ik was dolblij. Soms moest Yoesuf in de stad wat regelen en dan moest ik ergens wachten. Ik wist nooit wat hij deed. Hij kwam altijd weer terug. Op een dag gaf hij aan geldproblemen te hebben. Hij zei dat hij mij zoveel had gegeven en dat ik zoveel geld van hem gebruikt had. Hij wilde ineens alles terug. Ik moest hem helpen. Natuurlijk wilde ik hem wel helpen. Toen hij zei dat ik dat kon doen door met een vriend van hem naar bed te gaan, werd ik heel boos. Dat was ook de eerste keer dat hij mij sloeg. Ik was bang en omdat hij al zoveel voor mij had gedaan, vond ik dat ik hem niet in de steek kon laten. De eerste keer was afschuwelijk. Steeds vaker moest ik van Yoesuf met iemand seks hebben voor geld. Zo leerde ik Sabine kennen, een meisje dat mij vertelde wat ik moest doen. Ik snapte er niets van, maar deed het voor Yoesuf. Ik hoopte steeds dat onze relatie weer zo zou worden als in het begin. Yoesuf veranderde. Hij was vaak boos op mij en zei steeds vaker schulden te hebben. Ik wilde hem eigenlijk niet meer zien, maar hij dreigde steeds vaker dat hij mijn moeder iets zou aan doen, of mij als ik niet voor hem

¹⁰ Petra Tiemessen is GZ-psycholoog en seksuologe bij De La Salle te Boxtel.

wilde werken. Ik was zo bang dat mijn moeder er achter zou komen dat ik met mannen voor geld naar bed ging. Dan ging ik toch maar weer met hem mee. Yoesuf was de ene keer heel lief en dan deden we iets leuks. Maar steeds vaker hadden we ruzie om geld en dan sloeg hij mij. Ik zag Sabine steeds vaker; we werkten vaak samen. Van haar hoorde ik dat ze al heel lang voor Yoesuf werkte. Hij hield ons scherp in de gaten. Na elke klant kwam hij het geld ophalen. Hij haalde en bracht me en kwam tussendoor eten brengen. Als we bij hem thuis waren, kon hij heel lief voor mij zijn en dan dacht ik: zie je wel, hij houdt toch echt van mij. Maar het volgende moment kon hij mij ook slaan om niks en haatte ik hem. Ik was vooral ook heel bang, schaamde me voor wat ik deed en voelde mij vreselijk vies. Eigenlijk wilde ik niet meer, maar ik wist ook niet wat ik kon doen om ermee te stoppen. Op een dag, terwijl ik eigenlijk op school moest zijn maar toch met Yoesuf mee was gegaan, kwam de politie. Yoesuf was net even weg en ik werd samen met Sabine meegenomen. Achteraf bleek dat mijn moeder naar de huisarts was gegaan en die heeft het AMK ingeschakeld. Zij hebben ervoor gezorgd dat de politie ons heeft bevrijd. Nu woon ik niet meer thuis, maar in een LVG-instelling.

Voor veel meisjes is de weg moeilijk om de wereld van de prostitutie en hun loverboy achter zich te laten. Vaak is er sprake van macht, geweldsmisbruik of doodsb bedreigingen. Sommige meisjes die de stap gezet hebben om te stoppen, vertellen dat ze het leven in de prostitutie niet meer aan konden. Het werk was fysiek en psychisch te zwaar. Meisjes staan er vaak alleen voor en weten niet waar ze hulp kunnen krijgen en wie ze kunnen vertrouwen. Ze zijn vaak bang voor de bedreigingen van hun 'loverboy' en blijven loyaal, omdat ze in het begin van de relatie ook liefde hebben gekregen en vaak ook veel cadeautjes. Ze weten niet wat hun 'loverboy' gaat doen als hij erachter komt dat ze zou willen stoppen en ze zijn bang voor bedreigingen. Veel meisjes ondernemen verschillende pogingen (zeggen te willen stoppen, wegllopen) voordat het hen daadwerkelijk lukt die wereld achter zich te laten. Het lukt maar weinig meisjes op eigen kracht bij hun loverboy weg te gaan. Voor meisjes is het belangrijk iemand te hebben of te vinden op wie ze kunnen terugvallen. Iemand die hen kan helpen om uit deze wereld te stappen en een nieuwe toekomst op te bouwen. Iemand op wie ze kunnen vertrouwen. Voor meisjes met een verstandelijke beperking zal het extra moeilijk zijn om de stap te zetten om uit de prostitutie te gaan.

Lisa's verhaal is geen uitzondering. Op deze manier komen veel meisjes in de prostitutie terecht. Het is een misvatting om te denken dat tienerprostitutie alleen in de grote steden voorkomt. 'Loverboys' reizen stad en land af om geschikte meisjes te vinden. Uit verhalen van veroordeelde loverboys, blijken meisjes, zoals Lisa, die behoren tot een risicovolle groep jongeren met een licht verstandelijke beperking. Yoesuf zocht een meisje dat niet al te slim was, een beetje dom zelfs, niks meer dan een lichaam eigenlijk. Hij wist al snel dat Lisa een labiel meisje was met weinig zelfvertrouwen. Ze had veel ruzie met haar moeder, nauwelijks vrienden en weinig geld. Hij zorgde eerst dat Lisa verliefd op hem werd, onder andere door haar erg te verwennen met cadeaus en aandacht. Na enige tijd dwong hij haar in ruil voor zijn 'liefde' tot prostitutie. Lisa werd emotioneel, sociaal en financieel afhankelijk van Yoesuf. Hij heeft pogingen gedaan om Lisa weer terug te krijgen. Voordat ze in de LVG-instelling werd geplaatst, was ze thuis en heeft hij nog een aantal keren voor de deur gestaan en geroepen dat hij haar ging vermoorden. Zij is toen tijdelijk geplaatst bij Asja, een hulpverleningsinstelling te Utrecht waar slachtoffers van loverboys verblijven.

Loverboys begeven zich ook op terreinen van instellingen en zijn actief bij scholen voor jongeren met een verstandelijke beperking. De loverboy kan ook als "vriend" toegang krijgen tot de groep, zonder dat de groepsleiding in de gaten heeft dat het dan om een

loverboy gaat! Oftewel: hoe alert moeten we zijn, want er staat geen etiket op het hoofd: “ik ben een loverboy”.

Wat zijn kenmerken van meisjes, zoals Lisa, die slachtoffer worden van een loverboy?

Allereerst blijken meisjes vaak uit een problematische gezinssituatie te komen. Veel meisjes zijn opgegroeid in een gezin waar veel conflicten waren. Een gezin dat incompleet is door echtscheiding, alleenstaand ouderschap, overlijden of vaak afwezig zijn van de ouders. Vaak is er sprake van emotionele verwaarlozing. Meisjes die in de prostitutie terechtkomen, hebben vaker een problematische schoolcarrière. Meisjes gaan spijbelen of zijn vaak afwezig en hebben weinig vrienden. Deze meisjes lopen vaker weg. Alcohol- en drugsmisbruik komen relatief veel voor, evenals geldproblemen. Vaak zijn er psychische problemen, een instabiele persoonlijkheids-ontwikkeling en een lage zelfwaardering. Er is ook vaak sprake van een traumatisch verleden (onveilige gezinssituatie, incest, seksueel misbruik). Jeugdervaringen met seksueel misbruik kunnen ertoe leiden dat seks als communicatiemiddel wordt beschouwd. Meisjes met een seksueel misbruik verleden, kunnen seks als vorm van liefde en waardering gaan zien. Pogingen om doorstane trauma's de baas te worden, kunnen leiden tot een herhaling van die trauma's.

Wat is de relatie met de ontwikkelingen in de adolescentiefase?

Meisjes als Lisa in deze levensfase zijn bezig met relaties en seksualiteit. De problematiek van gedwongen meisjesprostitutie begint veelal in de puberteit. Meisjes in deze levensfase lijken extra kwetsbaar te zijn voor charmes van een 'loverboy'. Individuele pathologie, sociale en contextuele factoren lijken ertoe bij te dragen dat meisjes onder dwang of via misleiding in de prostitutie belanden. Opvallend is dat Lisa niet stevig genoeg in haar schoenen stond om de ontwikkelingstaken te vervullen die bij haar leeftijd horen. Zoals vriendschappen en relaties aangaan en onderhouden, verkeren en seksualiteit, zelfvertrouwen en zelfbeeld.

Wat is de rol van de seksuele moraal bij de jongerencultuur?

Door de ontwikkelingen in de huidige jeugdcultuur blijken meisjes, zoals Lisa een groot risico te lopen. De overheersende moraal lijkt te zijn dat niets te gek is en alles mag. Opvallend is dat veel jongeren seks loskoppelen van liefde en relaties. Zo ook bij Lisa. Zij kende het verschil niet tussen vriendschap, verliefdheid en verkeren. Voor een lekker geurtje of geld was zij bereid om een jongen oraal te bevredigen. Lisa was niet verliefd en voelde niets voor deze jongens. Luxe goederen zijn op deze manier makkelijk beschikbaar. Lisa keek vaak naar de jongerenzender MTV waar de 'pimpcultuur' geïdealiseerd wordt. Zij vond de videoclippen met mannen die omringd worden door aantrekkelijke vrouwen mooi en wilde ook graag zo zijn. Voor Lisa was dat haar werkelijkheid. Ze bracht ook veel tijd door met 'chatten'. Lisa was makkelijk te verleiden achter de computer en dacht zo veel vrienden te hebben. Binnen de LVG populatie valt op dat veel jongeren oppervlakkige vriendschappen en relaties hebben. Als Lisa één keer een gesprekje had met iemand was het al een vriend van haar.

De vraag is of meisjes zoals Lisa wel voldoende houvast wordt geboden als het gaat om normen en waarden op seksueel vlak. Lisa kreeg in haar thuissituatie geen grenzen aangeboden en heeft van haar ouders niet geleerd wat wel en niet kan op seksueel vlak. Veel jongeren hebben niet nagedacht over wat ze belangrijk vinden in een relatie, of wanneer een relatie gezond is. Is er sprake van evenwicht? Ze weten vaak niet wat ze wel en niet willen en hoe ver ze willen gaan. Laat staan dat ze zich bewust zijn van wanneer het niet goed gaat en of dwang ontstaat. Lisa was makkelijk te manipuleren om als prostituee te gaan werken. Ze was zich niet bewust van de ongelijkwaardigheid in haar relatie.

Zijn de eerste (gedrags-)signalen bij Lisa en andere meisjes te herkennen?

Er zijn enkele signalen die erop kunnen duiden dat een meisje zoals Lisa zich in de gevarenzone begeeft.

- Weglooptgedrag: Lisa was steeds vaker niet thuis om 'onverklaarbare' redenen.
- Voortdurend ruzie thuis: ze zocht conflicten met haar moeder en broer en zusje waardoor ze vaker bij Yoesuf kon zijn.
- Geslotenheid over eigen handelen; ze durfde niet aan haar moeder te vertellen waar ze sliep of waarom ze niet op school was geweest.
- Veranderende vriendenkring; ze werd door Yoesuf met een BMW thuis of naar school gebracht. Zijn vrienden werden belangrijk en Lisa leerde Sabine kennen. Ze had eindelijk een vriendin.
- Schoolverzuim, vooral na het weekeinde; ze kreeg een ander leven, werkte vaak in het weekeinde waardoor ze op maandag te moe was om naar school te gaan.
- Veranderende schoolresultaten; Lisa presteerde steeds minder goed. Er ontstond desinteresse. Ze wilde graag iets met kinderen gaan doen, maar haar interesse werd steeds minder.
- Veel aandacht voor het uiterlijk; ze ging dure kleding dragen en liet seksueel getint gedrag zien.
- Emotioneel wisselend gedrag; Lisa had op school soms huilbuien en kon dan niet vertellen waarom ze zoveel verdriet had. Ze nam steeds meer afstand van haar mentor en die vond dat er een soort van kilheid bij haar ontstond. Vaak hebben meisjes dat nodig om te overleven binnen de prostitutiewereld.

Meisjes in de adolescentie richten zich sterk op het aangaan van relaties. Omdat ze gevoelig zijn voor de mening van anderen, kunnen ze extra kwetsbaar voor vriendjes met een verkeerde bedoeling. Veel van deze kenmerken zijn ook van toepassing bij Lisa. Er was een soort innerlijke nood om aandacht. Daarbij had ze weinig gevoel van eigenwaarde, weinig zelfvertrouwen en was ze gevoelig voor aandacht en geld. Veel meisjes raken snel gewend aan luxe goederen zonder te denken aan de daarbij behorende financiële draagkracht.

Wat doen we met een meisje zoals Lisa, dat slachtoffer is geweest van een 'loverboy'?

Behandeling in een leefgroep

Als hulpverleners hebben wij de taak om minderjarigen tegen zichzelf te beschermen en hen uit de prostitutie te halen of te houden. Als gevolg van gedwongen hulpverlening worden meisjes met een ondertoezichtstelling en machtiging tot uithuisplaatsing in een (justitiële) jeugdinrichting geplaatst. Slachtoffers zetten zich doorgaans af tegen gezag, laten zich aan niets en niemand iets gelegen liggen en hebben vaak weinig sociale contacten. Ze hebben het idee dat niemand van ze houdt en dat ze niets waard zijn. Het gaat in eerste instantie om relatie-opbouw.

Voor Lisa was het belangrijk afstand te nemen. In deze fase verlangen meisjes nog steeds naar hun 'loverboy'. Voor groepsleiders is het dan belangrijk om hem niet af te wijzen, maar wel zijn gedrag. Het vasthouden aan de illusie dat iemand van je houdt, lijkt makkelijker te verdragen dan te moeten leven met de teleurstelling en de gevolgen van de realiteit. Haar iets verwijten helpt niet, maar toon respect en compassie voor haar als persoon. Lisa wilde in eerste instantie met niemand praten. Ze trok zich terug en leek zich vooral te schamen. Ze liet wisselende gevoelens zien, was verward en bang. Als de groepsleiding tijd voor haar nam, begon ze langzaam te vertellen over wat ze had meegemaakt. Voor Lisa was het belangrijk dat ze het vertrouwen kreeg en dat ze er mocht zijn. Ze vond het fijn dat ze werd aangesproken op haar eigen verantwoordelijkheden en

keuzes. Ze kreeg steeds meer vertrouwen in hulpverleners. Ze leert steeds meer zelfvertrouwen te krijgen door aangesproken te worden op dat waar ze goed in is. De groepsleiding en leerkrachten helpen haar een reële toekomst op te bouwen. Vaak hebben meisjes zoals Lisa geen reëel beeld van de werkelijkheid en eigen toekomstmogelijkheden. Het is voor de groepsleiding en haar moeder soms moeilijk om te gaan met leugens of het manipulatieve gedrag. Dit gedrag heeft Lisa geleerd om te kunnen overleven binnen de prostitutie. Het is dan ook belangrijk de communicatie open te houden. Lisa moest ook leren met geld om te gaan. Door de invloed van Yoesuf heeft zij het idee gekregen dat er veel geld nodig is voor een gelukkig leven. Aangezien Lisa een SOA had opgelopen en daarvoor onder behandeling was bij de arts, leerde ze in de groep hoe ze veilige seks kon hebben en wat daarvoor nodig is.

Individuele ondersteuning/ therapie

Individuele therapie werd ingezet om Lisa te helpen het verleden te verwerken en haar inzicht te geven in haar eigen handelen en denken. Er werd gebruik gemaakt van gedragsmatige, cognitieve en emotiegerichte interventies. Lisa kreeg door middel van psycho-educatie zicht op waar het fout was gegaan bij haar en welke factoren er meespeelden vanuit haar gezin. Voor haar was het belangrijk om te weten hoe ze een 'loverboy' kan herkennen. Lisa kende geen verschil tussen 'goede' en 'foute' vrienden. Ze kreeg ook meer inzicht in wat een gezonde relatie is. Ze had de seks losgekoppeld van het hebben van een relatie. Ze leerde haar eigen grenzen kennen en in rollenspelles leerde ze hoe ze die kon aangeven. Door alle gebeurtenissen in haar verleden en het manipuleren van Yoesuf was ze de greep op zichzelf grotendeels verloren. Langzaam leerde ze weer vertrouwen in haar omgeving te krijgen. Haar zelfvertrouwen groeide en ze leerde dat ze ook waardevol was. Ze werd steeds trotser op haar lichaam en zorgde er steeds beter voor. Haar positieve zelfbeeld nam toe. Als een jongen iets met haar wilde, dan kon ze steeds beter haar verleden loslaten. Ze ging ervaren dat jongens ook aardig kunnen zijn zonder bijbedoelingen. Deze begeleiding werkt goed als deze is ingebed in het dagelijkse leven en handelen van Lisa. Daarvoor is het van groot belang dat de therapeut goed afstemt en regelmatig overleg heeft met de groepsleiding. Lisa ervoer kleine succeservaringen waardoor ze invloed kreeg op haar eigen leven en daarin ook dingen kon veranderen. Door het ontstaan van kleine succesmomenten in de hulpverlening motiveert het meisjes om door te gaan.

Relatie met het systeem/gezin van herkomst

Bij minderjarigen is het contact nodig voor de hulpverlening bij meerderjarigen is het gewenst. Ouders kunnen ook een belangrijke beschermende factor zijn. Het doel kan ook zijn om informatie te verzamelen, de visie van de ouders op de huidige situatie te weten komen en nagaan op welke wijze ouders de hulpverlening kunnen ondersteunen. Voor ouders kan het ook van belang zijn om begeleiding te krijgen, zodat zij hun dochter kunnen helpen om uit de prostitutie te komen en te blijven. Vaak zie je bij ouders gevoelens van wraak en boosheid en het is van belang dat er iemand is die hierover met ouders kan praten. Daarnaast is het van belang om eventuele contacten met familie en vrienden weer op te bouwen en het sociale netwerk te vergroten. Om hieraan te werken is het van belang eerst het bestaande netwerk in kaart te brengen en vervolgens te analyseren. Door deze kenmerken te analyseren, kan de hulpverlener beoordelen of het bestaande netwerk ondersteuning kan bieden.

Met moeder en Lisa waren er ook regelmatig gesprekken. Moeder was zeer betrokken, maar was in beslag genomen door eigen problematiek. Moeder en Lisa wilden beiden graag

weer een relatie opbouwen. Lisa is nog steeds heel blij dat haar moeder haar heeft geholpen. De systeemtherapeut ondersteunt het proces tussen moeder en Lisa.

School, werk en vrije tijd

Het is belangrijk om naar een adequate dag- en vrijetijdsbesteding te zoeken, om daarmee weer structuur aan te brengen in het dagelijkse leven. Ook is het van belang hierin naar perspectieven te zoeken op korte en lange termijn, waarbij ze greep krijgen op hun leven en een nieuw toekomstperspectief vinden.

Lisa kon al vrij snel weer naar de school op het terrein.

Lotgenotencontact

Naast individuele begeleiding kan het deelnemen aan een lotgenotengroep voor een meisje als Lisa ook zinvol zijn. Zo kunnen meiden ervaringen met 'loverboys', vriendjes, liefde en seksualiteit delen, ideeën uitwisselen maar ook voorlichting en psycho-educatie krijgen over relationele thema's. Door samen activiteiten te doen, kan er uitwisseling plaats vinden van ervaringen en erkenning en herkenning van de problematiek van prostituees die slachtoffer zijn geworden van een loverboy. Voor de begeleiding staat centraal dat deze meisjes erkenning krijgen voor wat ze hebben meegemaakt.

Justitiële gang van zaken

Het is voor slachtoffers altijd belangrijk om te bespreken dat er aangifte gedaan kan worden van seksueel misbruik. Vaak zie je dat meisjes zich hiervan weerhouden omdat ze zich schamen, bang zijn voor bedreigingen, een band hebben met de dader of omdat zij vinden dat hun ervaringen niet zo ernstig zijn. Lisa heeft alleen een oriënterend gesprek gehad bij de politie. Het heeft haar geholpen om duidelijk te maken dat zij niets fout heeft gedaan, maar dat de dader de enige schuldige is. De politie kon haar geen zekerheid geven dat Yoesuf ook veroordeeld zou worden voor wat er met haar gebeurt is. Ze was echter zo bang voor mogelijke bedreigingen dat ze geen aangifte durfde te doen. Aangifte doen kan echter ook nadelige gevolgen hebben. Een meisje moet verhoord worden door de zedenpolitie en hoewel zo'n verhoor zorgvuldig en kindvriendelijk wordt afgenomen, is het belastend om tegen een vreemde te moeten vertellen wat er allemaal precies gebeurt is. De hele rechtsgang is tijdrovend en de uitkomst onzeker. Het is vaak lastig voor politie en justitie om het bewijs rond te krijgen. Als er te weinig bewijs is dan zal de officier van justitie van vervolging afzien of wordt de verdachte door de rechtbank vrijgesproken. Dat is teleurstellend voor het slachtoffer en de ouders. Bij voldoende bewijs kan de rechtbank een boete, een taakstraf of een gevangenisstraf opleggen. Soms legt de rechter een voorwaardelijke gevangenisstraf op, maar verbindt daar een voorwaarde aan, bijvoorbeeld een contactverbod, een psychotherapeutische behandeling of begeleiding door de reclassering. Bij zeer ernstige vormen van misbruik waar een straf van minimaal vier jaar voor staat, kan de rechter tbs (terbeschikkingstelling) opleggen. Dat doet hij als blijkt dat de pleger vanwege een psychische stoornis niet of verminderd toerekeningsvatbaar was en als de kans op herhaling groot is.

Wat kunnen we doen om te voorkomen dat een meisje zoals Lisa slachtoffer wordt van een loverboy?

Organisatie

Als er een vermoeden is dat een meisje in de ban is van een 'loverboy' kunnen er verschillende stappen gezet worden. Voor een optimale aanpak van de problematiek dient er een instellingsbeleid ontwikkeld te worden. Een actief en adequaat instellingsbeleid vormt een bijdrage aan de preventie van gedwongen meisjesprostitutie en kan richtlijnen geven om loverboy-problematiek aan te pakken. De organisatie (de instelling en school) kan afspraken maken met bijvoorbeeld de politie in de regio over samenwerking en afstemming.

Jongeren

Om een gezonde relatie aan te gaan, hebben jongeren bepaalde competenties nodig die voor meisjes en jongens kunnen verschillen. Er zal aandacht moeten zijn voor meisjes die makkelijk beïnvloedbaar zijn en een laag gevoel van eigenwaarde hebben. Zo moeten meisjes, in vergelijking met jongens meestal meer leren onderhandelen over bijvoorbeeld condoomgebruik, de eigen (seksuele) verlangens, eigen grenzen bepalen en aangeven en assertief durven zijn. Vergeleken met jongens hebben meisjes meer last van schaamte, schuldgevoelens en onzekerheid bij seksualiteit en zijn ze ook meer uit op een relatie. Meisjes hebben meer behoefte aan empowerment. Dit zijn vaardigheden waar de meeste LVG-jongeren al moeite mee hebben en waar ze extra begeleiding bij vragen.

Seksuele voorlichting

Deze voorlichting moet niet alleen gericht zijn op kennis maar ook op attituden en vaardigheden. Het gaat om het zoeken naar de persoonlijke ervaringen waarop aangesloten kan worden. Voorbeeldgedrag en het oefenen van situaties kan jongeren helpen om veranderingen op lange termijn te bewerkstelligen. Jongeren leren vaardigheden te ontwikkelen, waarbij er aandacht is voor relationele aspecten en leren wat ze wel en niet willen met seks. Ze leren onderhandelen over een gezonde seksuele relatie en hoe te weigeren in geval van risicovolle seks. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van verschillende werkvormen, zoals rollenspellen, video, informatieoverdracht, en discussie.

Individuele doelen bij risicovolle meisjes:

- therapeutische hulp als er sprake is geweest van seksueel misbruik;
- ontwikkelen van een positief (seksueel) zelfbeeld, vergroten van de weerbaarheid;
- ontwikkelen van een positieve attitude tegenover seksueel veilig gedrag en een positieve beleving van seksueel plezier;
- ontwikkelen van vaardigheden en competenties om een gezonde relatie op te bouwen, en te onderhouden;
- ontwikkelen van competenties om een gelijkwaardige, prettige en veilige seksuele relatie te hebben en te houden.

Tot slot: wie zich nader in de wereld van het 'loverboycircuit' wil verdiepen, beveel ik onderstaande literatuur en websites aan.

Literatuur

Bureau Terpstra & van Dijke (2005). *Quick scan*. Utrecht Pretty Woman.

GG&GD Steunpunt seksueel geweld, nieuwsbrief 30. *Slachtoffer loverboy signaleerd en dan?*

Nisso onderzoek. (1998). *Meisjes slachtoffer van loverboys*. Terpstra, L. & Dijke A. (2004). *Publiek geheim: jeugdprostitutie, negen portretten*. SWP, Amsterdam.

Terpstra, L. & Dijke A. (2005). *Loverboys: feiten en cijfers*. SWP, Amsterdam.

- Terpstra, L., Dijke A. & San, M (2005). *Loverboys een publieke zaak, tien portretten*. SWP, Amsterdam
- Terpstra, L., Dijke A., Berger, M. & Geurts, E. (2006). *De betovering verbroken. Methodiek en aanpak meisjes prostitutie*. NIZW Jeugd, Utrecht.
- Huizing, A. (2002). Ik voel me toch al waardeloos, dus wat maakt het uit... Hulp aan slachtoffers van loverboys. In : *Tijdschrift over kindermishandeling*. 16 (1).

Internetsites

www.prettywoman.nl
www.nizw.nl
www.transact.nl
www.jeugdprostitutienu.nl
www.bewareofloverboys.nl
www.mensenhandel.nl
www.stade.nl
www.safesex.nl

BEZOCHT

In deze rubriek worden ervaringen beschreven die op congressen, symposia, studiedagen, workshops en cursusdagen zijn opgedaan. Maak uw collega's deelgenoot van uw ervaringen. De redactie van Onderzoek & Praktijk houdt zich aanbevolen voor uw bijdragen.

LANDELIJKE STUDIEDAG INTEGRAAL SYSTEEMDIAGNOSTISCH ONDERZOEK

G. Meijer, S. Cornelissen, M. Bremer, F. Lintel, N. Jong, C. Dielissen, R. Sanders¹¹

Jaarlijks wordt door het maatschappelijk werk van een orthopedagogische setting voor kinderen met een licht verstandelijke beperking (LVG) een studiedag georganiseerd met als doel: kennisvergroting, informatie uitwisseling en onderhouden van het netwerk. Dit jaar werd op 15 november de studiedag georganiseerd door het Orthopedagogisch Centrum Brabant (OCB), met als thema “integraal systeemdiagnostisch onderzoek”.

Het inmiddels bekende begrip de ‘X factor’ is op deze dag herhaaldelijk aangehaald om de toegevoegde waarde van de samenwerking tussen verschillende talenten binnen de diagnostiek te verduidelijken; het geheel is meer dan de som der delen. Het is de synergie van verschillende talenten die de meerwaarde vormt voor een geslaagde behandeling. Dit artikel is bedoeld om de trend die in november gezet is voort te zetten door de resultaten van die dag in een breder perspectief te plaatsen.

De openingsspeech van de heer van Hogendorp (directeur OCB) werd gevolgd door de gastsprekers van jeugdorganisatie Stek, de heer van Engelen en mevrouw Geurts. Met een presentatie werd een indruk verkregen van het programma “Jeugdzorg in Context” (JIC). Dit project werd opgezet op basis van de aantoonbaarheid van de positieve invloed van betrokkenheid van het sociale netwerk bij residentiële hulpverlening (o.a. effectievere hulp, verbetering probleemgedrag, grotere tevredenheid, en kortere opnameduur). JIC is het geheel aan hulpverleningsactiviteiten, waarin de nadruk wordt gelegd op de inschakeling van de context van de jeugdige bij de residentiële hulpverlening, ten behoeve van het veranderen van de problematische situatie van de jeugdige en diens context. In het programma gaan onderzoek en praktijk hand in hand.

Na een korte koffiebreak zat iedereen klaar voor de presentatie over Video Interactie Begeleiding (VIB), door mevrouw Roovers (OCB). VIB dient twee doelen; enerzijds het in beeld brengen van de ontwikkeling van het kind en van daaruit handvatten vinden in de verdere begeleiding van het kind. Daarnaast kan VIB ook gericht zijn op professionalisering van hulpverleners (ondersteuning in het handelen en de basiscommunicatie). Binnen de diagnostiek is de meerwaarde van VIB ondermeer gelegen in het snel zichtbaar kunnen maken van patronen in communicatie, meer inzicht in (on)mogelijkheden van het kind binnen het systeem en daardoor betere afstemming en aansluiting van behandeling, en concretiseren van handvatten in begeleiding.

¹¹ S. Cornelissen, M. Bremer, C. Dielissen en R. Sanders zijn als psychodiagnostici en G. Meijer, F. Lintel en N. Jong als systeemdeskundigen werkzaam bij Orthopedagogisch Centrum Brabant (OCB)

Na de goed verzorgde lunch gaf de heer van Lintel (OCB) in het kort de resultaten weer van de enquête die verstuurd was naar maatschappelijk werkenden van LVG orthopedagogische instellingen. De volgende overeenkomsten en verschillen zijn hieruit naar voren gekomen; elke organisatie gebruikt (gestructureerde) vragenlijsten of eigen formats, zoals bijvoorbeeld tijdens het intakeproces. Verder wordt altijd uitgegaan van een dossierstudie, waarbij al dan niet vragenlijsten van ouders verwerkt worden. De verschillen in werkwijze van instellingen liggen in het moment van inzetten van systeemdiagnostiek (ofwel bij intake c.q. aanmelding ofwel pas tijdens het behandeltraject). Het moment van inzetten wordt mede bepaald door de complexiteit van de problematiek. Verschillen in gesprekspartners werden ook gesignaleerd. Sommige instellingen gaan in gesprek met beide ouder(s) en/of verzorger(s), andere betrekken ook het meer uitgebreide netwerk. Tevens verschilt de tijdsinvestering (variatie van 3,5 tot 25 uur, waarbij face tot face variëren van 1,5 tot 8 uur) en de soort disciplines die betrokken worden in de integrale diagnostiek.

Hierna werd een start gemaakt met één van de meest interactieve onderdelen van de dag; de workshops. In de workshop gezinssystemisch diagnostisch onderzoek werd in subgroepen gediscussieerd aan de hand van vier stellingen: Allereerst de al dan niet gelijkwaardige positie van de systeemdiagnostiek naast de psychodiagnostiek. Uit de discussie kwam eensgezind naar voren dat informatie over het systeem minstens zo belangrijk is als informatie over functioneren van het kind zelf. Zowel ouders als kind worden in onderzoek dan ook als een belangrijke informant gezien. Vervolgens werd de haalbaarheid van systeemdiagnostiek bij de doelgroep LVG ouders besproken. Bij ouders met een verstandelijke beperking dient de hulpverlener voorwaarden te scheppen voor toegepaste diagnostiek. Hierbij kan gedacht worden aan aanpassing van (het taalgebruik in) diagnostische instrumenten. Tevens kwam het verschil tussen de termen systeemdiagnostiek en sociaal onderzoek aan bod. Het onderscheid tussen systeem- en sociaal onderzoek wordt op basis van visie, meerwaarde en uitwerking verschillend gehanteerd. Ze liggen in ieder geval in elkaars verlengde, waarbij de casus bepalend is voor de uitgebreidheid van het onderzoek. Tenslotte werd gesproken over de voorwaarden die bepalend zijn voor de kwaliteit van systeemdiagnostiek. Het empathisch vermogen om op het belevingsniveau van ouders in te voegen, de communicatieve vaardigheden en de praktijkervaring in het werken met gezinssystemen werden door de meesten als belangrijker beoordeeld dan het analysevermogen: “hoe weet je ouders te bereiken” is allereerst van groot belang.

Na een wisseling van de groepen konden deelnemers overstappen naar de tweede workshop: tests en vragenlijsten gericht op de opvoedsituatie. Binnen deze groep kwamen volgende bespreekpunten aan bod: 1. Problemen bij bestaande vragenlijsten. Deze blijken namelijk niet altijd aan te sluiten bij (het cognitieve niveau van) ouders. Ook kunnen de (beperkt) beschikbare en ‘objectieve’ vragenlijsten gericht op het gezinsfunctioneren (te) confronterend voor ouders zijn. Hierdoor kan er weerstand ontstaan om ze in te vullen. Als groot nadeel werd nog genoemd dat de vragenlijsten te weinig aandacht aan het belevingsaspect van ouder(s) besteden. De nadruk ligt vooral op problemen in plaats van de (gezins-)krachten. 2. Tijdstip van afname. Het moment van inzetten van vragenlijsten vraagt een goede timing. De voorkeur ging ernaar uit om de integrale systeemdiagnostiek ‘bij de voordeur’ in te zetten, ook al is dit een hectische periode voor het gezin. De deelnemers vonden het belangrijk dat er juist dan een gedegen kind- en systeemdiagnostisch onderzoek gedaan wordt om zo de verkregen informatie te kunnen gebruiken in het behandeltraject van de jeugdige (volgens SMART principe). 3. Tenslotte werd overeengekomen dat naast het gebruik van vragenlijsten het persoonlijk gesprek als

belangrijk werd ervaren in het contact met het gezinssysteem. Ook wordt door het gesprek vaak meer informatie gegeven door ouders. Aan de hand van een interessante praktijkcasus werd aan het eind van de dag het belang van integrale diagnostiek nogmaals geïllustreerd.

Gedurende de dag werden verschillende aanbevelingen gedaan. Zo moet elk kind/systeem aan het begin van een behandeltraject voorzien zijn van een recentelijk uitgevoerd onderzoek. De inhoud ervan dient gestandaardiseerd en volledig te zijn. Hiertoe is het van belang dat er uniformiteit ontstaat over ondermeer de tijdsinvestering, vorm van de diagnostiek en plaats binnen de organisatie. Afbakening van het begrip systeemonderzoek werk hierbij verhelderend. Om dit te realiseren zullen LVG instellingen zich nog meer als samenwerkende partners moeten gaan verhouden. Hierdoor kunnen zij optimaal gebruik maken van elkaars deskundigheid en zich sterker profileren naar andere deskundige instellingen. Het OCB heeft zich uitgesproken in 2007 het (systeem)diagnostisch onderzoek als speerpunt binnen de organisatie neer te zetten. Binnen het gezelschap had organisatie J.P. Heije reeds een voortrekkersrol; de door hun opgestelde nota over de invoering van integrale diagnostiek kan mogelijk ondersteuning bieden voor andere organisaties.

Vanuit deze dag wordt tevens het belang onderkend van het ontwikkelen van onderzoeksinstrumenten die beter afgestemd zijn op de LVG ouders. Geadviseerd wordt dan ook aandacht te besteden aan de ontwikkeling van vragenlijsten die qua cognitief niveau aansluiten bij LVG ouders.

GELEZEN

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

Nieuwenhuijzen, M. van & Orobio de Castro, B. & Matthys, W. (2006). Problematiek en behandeling van LVG jeugdigen. Een literatuurreview. *Nederlands tijdschrift voor de zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)*, 32 (4), 211-229.

In het artikel wordt de onderzoeksliteratuur beschreven naar de samenhang tussen het hebben van een lichte verstandelijke beperking en het vertonen van psychiatrische stoornissen, probleemgedrag, antisociaal en delinquent gedrag. Het literatuuronderzoek is uitgevoerd in opdracht van het VOBC LVG. In de inleiding wordt de discussie aangehaald over de rol van het IQ bij het bepalen van een verstandelijke beperking. In de LVG-sector wordt ook de groep jeugdigen met een IQ tussen 70 en 85 tot de LVG-doelgroep gerekend. Voorgesteld wordt om een IQ tussen 70 en 85 als signaal voor een lichte verstandelijke beperking op te vatten en daarvan pas echt te spreken als er tevens sprake is van een beperkt sociaal aanpassingsvermogen. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de wetenschappelijke kennis over (i) de aard en prevalentie van psychosociale problematiek bij LVG-jeugdigen en (ii) de mate waarin dergelijke problematiek om specifieke vormen van behandeling vraagt.

Bij LVG-jeugdigen worden hogere frequenties aan psychosociale en psychiatrische problematiek gevonden dan bij de normale populatie, waarvan op grond van onderzoekgegevens uit 1997 al 21,5% een DSM-IV stoornis zou hebben.

Dat LVG-jeugdigen specifieke behandeling behoeven wordt op twee manieren onderbouwd: (i) uit indicatiecriteria blijkt dat zowel behandelinstellingen als effectonderzoekers veronderstellen dat de daar geboden behandelingen niet geschikt zijn voor LVG-jeugdigen met IQ's lager dan 80/85 en (ii) effectonderzoek geeft aanwijzingen dat jeugdigen met lager intellectueel functioneren minder baat hebben bij reguliere psychosociale behandeling. De auteurs tekenen hierbij aan dat er dringend behoefte is aan gedegen onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen. Op basis van de huidige kennis wordt de conclusie getrokken dat 'psychosociale behandeling aan de cognitieve capaciteiten van LVG jeugdigen aangepast zou moeten worden door taakverlichting en op de doelgroep toegesneden intensieve vormen van competentievergroting (o.a. herhaling, concretisering en kleine stappen. De noodzaak van specifieke behandeling van LVG jeugdigen is in het onderwijs erkend met de SBO en SVO scholen en zou ook in de hulpverlening moeten worden onderkend'.

Het artikel geeft een helder overzicht van de wetenschappelijke stand van zaken op het gebied van de problematiek en de behandeling van LVG jeugdigen en biedt nieuwe inzichten maar roept ook weer nieuwe vragen op. De eerste vraag die zich steeds weer opwerpt als het gaat om de definitie van LVG problematiek, een lager IQ én een beperkt sociaal aanpassingsvermogen, is of deze definitie consequent wordt toegepast. Het wordt uit de beschrijving van de onderzoeksresultaten niet altijd duidelijk of de gebruikte onderzoeksgroep alleen gebaseerd is op het IQ. Zo komt slechts een deel van de jeugdigen met een IQ lager dan 85 in het speciaal onderwijs terecht en daarvan weer een klein deel in de orthopedagogische behandelcentra. Het is waarschijnlijk dat hierbij het sociaal aanpassingsvermogen een cruciale rol speelt. Adaptief gedrag wordt in het artikel als volgt

gehanteerd: gedrag dat gemeten wordt met de Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS) en dat 'complexe sociaalcognitieve vaardigheden vereist'. Juist deze laatste vaardigheden spelen een belangrijke rol in het ontstaan van LVG-problematiek om twee redenen. Ten eerste is uit onderzoek gebleken dat bij LVG-jeugdigen van een afwijkende sociale informatieverwerking sprake kan zijn en dat de belangrijkste cognitieve functies die daarmee samenhangen, de zogenaamde metacognities of executieve functies, beperkt ontwikkeld kunnen zijn. Verhelderend is het beeld dat vervolgens beschreven wordt: 'Zo kan een vicieuze cirkel ontstaan waarin LVG jeugdigen door problemen met sociale informatieverwerking ongepast gedrag vertonen, dat afwijkende reacties uit de omgeving oproept, die op hun beurt de afwijkingen in sociale informatieverwerking bij de jeugdige versterken'. Gerichtte aandacht in wetenschappelijk onderzoek én in de klinische diagnostische praktijk naar juist deze kernproblemen kan tot nieuwe inzichten leiden als het gaat om het begrijpen van LVG problematiek en het operationaliseren van sociaal adaptief gedrag. De onderzoeksprojecten die vanuit de Universiteit Utrecht en de Universiteit van Amsterdam de laatste jaren in een aantal LVG instellingen worden uitgevoerd zijn hiervan goede voorbeelden. De diagnostische instrumenten die vanuit deze projecten zijn ontwikkeld vinden al (experimenteel) hun weg in de klinische praktijk. Over Onderzoek en Praktijk gesproken!

AP

BINNENGEKOMEN

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

Harder, A.T., Knorth, E.J. & Zandberg, Tj. (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld. Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten.* Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Wolde, A.T. ten, (Red.) (2006). *Vaardig en veilig. Behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte mensen met risicovol gedrag. Kenmerken van de doelgroep, consequenties voor behandeling en de uitwerking hiervan in gespecialiseerde behandelprogramma's.* Boschoord: Hoeve Boschoord

Douma, J. (2006). *Mental health problems in youths with intellectual disability: Need for help and help-seeking. (Emotionele problemen en gedragsproblemen bij jongeren met verstandelijke beperkingen: Hulpbehoefte en hulp zoeken.)* Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam.

ORTHOPEDAGOGISCHE BEHANDELCENTRA IN NEDERLAND

Instelling	Adres		Telefoon
Amstelduin	Postbus 43	1970 AA IJMUIDEN	023-5131313
De Beele	Beelelaan 4	7383 BH VOORST	0575-509222
De Bruggen	Beresteinlaan 110	2542 KD DEN HAAG	070-3216500
De Eik	Akkerkers 62	7577 DN OLDENZAAL	0541-580000
De Reeve	Postbus 49	8260 AA KAMPEN	038-3372337
De Veersesingel	Postbus 140	4330 AC MIDDELBURG	0118-614553
Dreei	Stephensonstraat 17	7906 AS HOOGEVEEN	0528-223333
Driever's Dale	Hoorntjesweg 59	9675 NB WINSCHOTEN	0597-479777
Gastenhof	Raadhuisstraat 13	6129 CA URMOND	046-4268686
De La Salle	Postbus 40	5280 AA BOXTEL	0411-652444
J.P. Heije	Postbus 6	6860 AA OOSTERBEEK	026-3349911
Kwadrant:			
Regio Arkemeyde	Postbus 186	3760 AD SOEST	035-6095211
Regio Auriga	Grafelijkheidsweg 82	3328 EM DORDRECHT	078-6525725
Regio Emaus	Postbus 560	3850 AN ERMELO	0341-567511
Regio Middelrode	Wessel van Eyllaan 15	7271 NT BORCULO	0545-468046
Pameijer LVG	Postbus 81016	3009 GA ROTTERDAM	010-2202166
Middelveld	Comeniusstraat 12	1065 BH AMSTERDAM	020-3460611
OCB	Postbus 2285	4800 CG BREDA	076-5301601
OPL	Kaap Hoorndreef 60	3563 AV UTRECHT	030-2643333
Tjallinga Hiem	Postbus 418	8901 BE LEEUWARDEN	058-2860100
Zonnehuizen Kind en Jeugd	Postbus 99	3700 AB ZEIST	030-6945300
Woldyne	Oenerweg 63	8161 PL EPE	0578-614546

VOBC LVG

KAAP HOORNDREEF 60, 3563 AV UTRECHT

T 030-2643311

F 030-2619532

E INFO@LVGNET.NL

I WWW.LVGNET.NL