LVG: EEN LICHTE VERSTANDELIJKE HANDICAP MET ZWARE GEVOLGEN
Een onderzoek naar de problematiek van licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen

Tineke Vermeulen
Marc Jansen
Max Feltzer [1]

Dit onderzoek tracht met een onderzoeksgroep van 219 licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen tussen de 6 en de 17 jaar oud, het model van de LVG-problematiek van het Landelijk Kenniscentrum LVG te onderbouwen. Hierbij is gekeken naar de volgende factoren: intelligentie, psychiatrische stoornissen, gezinsproblemen en gedragsproblemen. Daarnaast zijn drie groepen licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen met elkaar vergeleken, namelijk jeugdigen die residentieel behandeld worden, jeugdigen die dagbehandeling krijgen en jeugdigen die thuis wonen. De volgende instrumenten zijn gebruikt: CBCL, SEAG, COM-lijst en dossieronderzoek. Er is empirische ondersteuning gevonden voor het model van het Landelijk Kenniscentrum LVG. De LVG-jeugdigen uit dit onderzoek ervaren regelmatig psychische en gezinsproblemen. Daarnaast vertonen ze aanzienlijke gedragsproblemen. Jeugdigen die residentieel behandeld worden hebben vaker last van psychische problemen en ervaren meer gezins- en gedragsproblemen dan jeugdigen die thuis wonen.

Inleiding

De afgelopen jaren is er veel te doen geweest rondom de groep licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen (LVG-jeugdigen). In 2005 is de nieuwe Wet op de Jeugdzorg van start gegaan, waarmee voor LVG-jeugdigen een aanspraak ontstond op algemene jeugdzorg in geval van opvoedings- en opgroeiproblemen. Om duidelijk te krijgen welke jongeren tot de LVG-groep gerekend moeten worden, heeft het ministerie van VWS bepaald dat enkel jongeren met een IQ-score onder de 75 gebruik kunnen maken van de AWBZ-gefinancierde zorg, zoals die geboden wordt in orthopedagogische behandelcentra. In de praktijk is het echter zo dat er gebruik gemaakt wordt van de orthopedagogische behandelcentra door jeugdigen met een IQ-score tot 85 (Moonen & Verstegen, 2006). Volgens het Landelijk Kenniscentrum LVG is het algemeen geaccepteerd dat zij in deze sector het best geholpen kunnen worden (Verstegen, 2005).

Om dit probleem te ondervangen zijn er door het Landelijk Kenniscentrum LVG aanvullende criteria ontwikkeld, die bepalen of er bij een jeugdige met een IQ-score tussen 70 en 85 een lichte verstandelijke handicap kan worden vastgesteld. Bij een IQ-score tussen de 50 en 70 is er een zeer sterk vermoeden van een lichte verstandelijke handicap. Een IQ-score tussen 70 en 85 wordt opgevat als een mogelijk signaal van een lichte verstandelijke

---

[1] Mevrouw drs. C.P.M. Vermeulen is kinder- en jeugdpsycholoog en verbonden aan het Orthopedagogisch Centrum Brabant, Breda en Het Driespan, locatie Lievenshove Roosendaal. Drs. M.G. Jansen is beleidsadviseur Onderzoek en Ontwikkeling bij Orthopedagogisch Centrum Brabant, Breda. Dr. M.J.A. Feltzer is universitair hoofddocent aan de Universiteit van Tilburg, Departement Psychologie en Gezondheid, Sectie Kinder- en Jeugdpsychologie. Correspondentieadres: Orthopedagogisch Centrum Brabant - Postbus 2285 - 4800 CG Breda.
E-mail: t.vermeulen@ocbrabant.nl

handicap. Vervolgens wordt door een screening op andere kenmerken, waaronder het sociaal aanpassingsvermogen, duidelijk gemaakt of betreffende cliënt tot de LVG-doelgroep behoort en daardoor van LVG-zorg gebruik mag maken (Moonen & Verstegen, 2006). In Figuur 1 zijn de bijkomende indicatiecriteria van het Landelijk Kenniscentrum voor een lichte verstandelijke handicap weergegeven.

<table>
<tr><th>LVG specifieke kenmerken:</th><th>en bijkomende kenmerken / problematiek:</th><th>komen tot uiting in:</th></tr>
<tr><td rowspan="2">INTELLIGENTIE:
IQ 50-70 + 70-85</td><td>LEERPROBLEMEN</td><td rowspan="4">ERNSTIGE GEDRAGSPROBLEMEN</td></tr>
<tr><td>PSYCHIATRISCHE STOORNIS</td></tr>
<tr><td rowspan="2">BEPERKT SOCIAAL AANPASSINGS-VERMOGEN</td><td>MEDISCH-ORGANISCHE PROBLEMEN</td></tr>
<tr><td>PROBLEMEN IN GEZIN EN SOCIALE CONTEXT</td></tr>
<tr><td colspan="3">en leiden tot:
CHRONICITEIT / LANGDURIGE BEHOEFTE AAN ONDERSTEUNING</td></tr>
</table>

Figuur 1. Model van de LVG-problematiek van het Landelijk Kenniscentrum LVG

Een belangrijk indicatiecriterium voor een lichte verstandelijke handicap is een beperkt sociaal aanpassingsvermogen. Het Landelijk Kenniscentrum LVG geeft hierbij een algemeen beeld van de sociale aanpassing en sociaal-emotionele ontwikkeling bij LVG-jeugdigen (Verstegen, 2005). Zij vertonen problemen met abstract denken en kunnen dus moeilijk generaliseren over situaties. Daarnaast hebben zij meer problemen om hun gedrag af te stemmen op anderen uit hun omgeving en zijn zij erg op zichzelf gericht. Gevolg hiervan is dat zij problemen ervaren in sociale situaties. Ten slotte zijn ze ook erg afhankelijk van anderen door een beperkte praktische zelfredzaamheid en zijn zij makkelijk beïnvloedbaar (Verstegen, 2005).

Bijkomende problematiek bij deze groep bestaat uit leerproblemen, psychiatrische stoornissen, medisch-organische problemen en problemen in gezin en sociale context. Al deze problemen komen tot uiting in ernstige gedragsproblemen. Volgens Embregts (2000) vertonen licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen meer psychopathologische stoornissen dan normaal begaafde personen en hebben zij een verhoogde kans op het ontwikkelen van emotionele en gedragsproblemen. Mash en Wolfe (2002) zijn van mening dat 10-40% van de jeugdigen met een verstandelijke beperking significante emotionele of gedragsproblemen heeft, wat 4 tot 6 keer meer is dan het voorkomen van deze problemen in de algemene populatie. Ouders van kinderen met een cognitieve achterstand ervaren meer stress, vooral op domeinen die samenhangen met de opvoeding (Baker, e.a. 1997). Al deze factoren zorgen ervoor dat jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap vaak een langdurige behoefte hebben aan ondersteuning.

Volgens Verstegen (2005) zorgt vooral het beperkt sociaal aanpassingvermogen van deze jeugdigen ervoor dat zij voortdurend te maken krijgen met een crisis. Vooral op momenten van verandering en spanning zal dit het geval zijn, aangezien dan de invloed van hun beperkt sociaal aanpassingsvermogen duidelijk zichtbaar wordt. Moonen en Verstegen (2006) vermelden dat LVG-jeugdigen met een IQ-score tussen 50 en 85 een beperkt verbaal

korte termijn geheugen hebben. Daardoor kunnen zij minder profiteren van aangeboden leermateriaal en dergelijke. Als gevolg hiervan duurt de behandeling langer en mag er niet worden verwacht dat het tot een complete oplossing leidt. De LVG-jeugdige en volwassene zal in de meeste gevallen blijvend een beroep doen op vormen van begeleiding en opvang (Moonen & Verstegen, 2006).

Vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is een aanzet te geven tot een onderbouwing van het model van het Landelijk Kenniscentrum LVG. Hierbij zal vooral gekeken worden naar intelligentie, psychiatrische stoornissen, gezinsproblemen en gedragsproblemen. Getracht wordt een doelgroepomschrijving te geven van licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen aan de hand van deze aspecten. Vanwege het feit dat de onderzochte groep orthopedagogische behandeling krijgt en/of REC-4 onderwijs volgt, wordt verondersteld dat alle jeugdigen problemen hebben in de sociale aanpassing en is dit aspect niet nader onderzocht.
Daarnaast zal gekeken worden of er binnen de groep licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen uit dit onderzoek onderscheid gemaakt kan worden tussen drie groepen: jeugdigen die residentieel behandeld worden, jeugdigen die dagbehandeling krijgen en jeugdigen die thuis wonen. Deze drie groepen zullen worden vergeleken op de verschillende factoren van het model, zoals beschreven door het Landelijk Kenniscentrum LVG.

Van Endschot, Jansen en Feltzer (in voorbereiding) hebben een vergelijking gemaakt tussen jeugdigen die residentieel behandeld worden en jeugdigen die dagbehandeling krijgen. Hierbij werd onder andere geconcludeerd dat bij opname de problematiek van de residentiele behandeling talrijker en zwaarder is dan bij de dagbehandeling en vaker plaatsvindt in een justitieel kader. Volgens Van Hoof en Pellen (1996) wordt naschoolse dagbehandeling ingezet wanneer een problematische opvoedingssituatie is ontstaan, maar uithuisplaatsing een te grote stap is. Het is nodig naast jeugdigen die dagbehandeling krijgen en residentieel behandeld worden een derde groep toe te voegen van jongeren die thuis wonen om ervoor te zorgen dat de totale groep een betere afspiegeling is van de totale populatie van LVG-jeugdigen.

De volgende hypothesen worden geformuleerd voor de totale onderzoeksgroep: 1) Bij LVG-jeugdigen is er sprake van psychiatrische problematiek. 2) Bij LVG-jeugdigen is er sprake van gezinsproblemen. 3) Bij LVG-jeugdigen is er sprake van klinisch betekenisvolle gedragsproblemen. Voor de verschillen tussen de drie groepen LVG-jeugdigen worden de volgende hypothesen geformuleerd: 4) Jeugdigen die thuis wonen hebben minder psychiatrische problematiek dan jeugdigen die dagbehandeling krijgen; jeugdigen die dagbehandeling krijgen hebben minder psychiatrische problematiek dan jeugdigen die residentieel behandeld worden. 5) Jeugdigen die thuis wonen zijn afkomstig uit minder problematische gezinnen dan jeugdigen die dagbehandeling krijgen; jeugdigen die dagbehandeling krijgen zijn afkomstig uit minder problematische gezinnen dan jeugdigen die residentieel behandeld worden. 6) Jeugdigen die thuis wonen vertonen minder gedragsproblemen dan jeugdigen die dagbehandeling krijgen; jeugdigen die dagbehandeling krijgen vertonen minder gedragsproblemen dan jeugdigen die residentieel behandeld worden.

Methode

Onderzoeksgroep

Dit onderzoek is een voortzetting van eerder onderzoek uitgevoerd door Corstiaans en Van Hilst (2001), Heltzel (2003), Denteneer e.a. (2005) en Van Endschot e.a. (in voorbereiding).

De data zijn verzameld bij jeugdigen die residentieel behandeld worden (groep "Residentieel"), dagbehandeling krijgen (groep "Dagbehandeling") of geen behandeling krijgen (groep "Thuiswonend"). De groepen Residentieel en Dagbehandeling krijgen hulpverlening van De La Salle, een orthopedagogisch centrum voor LVG-jeugdigen in Boxtel. De groep Thuiswonend bezoekt de Michaelschool, een REC-4 school voor moeilijk lerende kinderen. Deze school bevindt zich op het terrein van De La Salle. De La Salle en de Michaelschool zijn beide onderdeel van Stichting Koraal Groep.

De groep Residentieel bestaat uit 117 jeugdigen met een leeftijd van 8 tot 17 jaar. Ze zijn afkomstig uit twee groepen voor intensieve behandeling (Meander en Linde). De groep Dagbehandeling bestaat uit 69 jeugdigen met een leeftijd van 6 tot 16 jaar. Een uitsluitcriterium is een eerdere residentiele opname of een plaatsing op de wachtlijst voor residentiele opname. De jeugdigen krijgen dagbehandeling op drie locaties (De Snaar, De Wijzer en De Schakel). De groep Thuiswonend omvat 33 jeugdigen met een leeftijd van 9 tot 17 jaar, die in Boxtel en omgeving wonen. Een uitsluitcriterium is een eerdere opname (zowel residentieel als dagbehandeling) of een plaatsing op de wachtlijst voor residentiele behandeling of dagbehandeling.

Jonker e.a. (2005) vermelden dat het percentage licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen dat gebruik maakt van zorg (waaronder residentiële behandeling en dagbehandeling vallen) in 2001 lag op 25%. Meer dan de helft van de nieuwe indicaties werd in 2001 echter afgegeven aan licht verstandelijk gehandicapten (Jonker e.a., 2005). De verwachting is dan ook dat dit percentage tussen 2001 en 2006 gestegen is. In dit onderzoek ligt het percentage licht verstandelijk gehandicapten die gebruik maken van zorg (residentiële behandeling of dagbehandeling) echter op 82%. Bij het interpreteren van de resultaten voor de totale onderzoeksgroep moet rekening worden gehouden met een over-representatie van jeugdigen die gebruik maken van zorg ten opzichte van jeugdigen die thuis wonen.

Instrumenten
Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn vragenlijsten en dossiergegevens gebruikt. Uit het dossier van de jeugdigen is informatie verzameld met betrekking tot personalia, intelligentie en DSM-IV-classificatie(s) (American Psychiatric Association, 1994). De volgende vragenlijsten zijn gebruikt: de Child Behaviour Checklist 4/18 jaar (CBCL) (Verhulst e.a., 1996), de Schaal voor Extra Aandachtvragend Gedrag (SEAG) (Van Hattum, 1981) en de COM-lijst (Van den Bogaart e.a., 1989).

Procedure
Voor de groepen Residentieel en Dagbehandeling is de CBCL ingevuld door de opvoeders in de situatie van herkomst en de COM-lijst wordt door de plaatsende instantie ingevuld. Tijdens verblijf wordt de SEAG door de groepsleiding ingevuld. Bij de groep Thuiswonend hebben ouders de CBCL en de leerkracht de COM en de SEAG ingevuld. Daarnaast is er bij alle groepen dossieronderzoek verricht om, waar mogelijk, een DSM-diagnose te verkrijgen. Wat de DSM-diagnose betreft is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande DSM-diagnoses in het dossier van de jeugdige. Indien er geen diagnose beschikbaar was, is aan de orthopedagoog verbonden aan respectievelijk de groep of de klas van de jeugdige gevraagd een indicatie van een DSM-diagnose te geven. Het gevolg hiervan is dat deze indicaties van DSM-problematiek enkel als zodanig mogen worden gezien en niet als een officiële diagnose. Omdat de gegevens afkomstig zijn van verschillende informanten, verschilt het aantal jeugdigen per analyse.

Resultaten
De totale onderzoeksgroep bestaat uit licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen en is onderverdeeld in jeugdigen die residentieel behandeld worden, jeugdigen die dagbehandeling krijgen en jeugdigen die thuis wonen. Een Chi-kwadraattoets wijst uit dat de verdeling naar geslacht in de groepen gelijk is (χ^2= 0,14; p=0,934). Voor alle drie de groepen is deze verdeling 75% man, 25% vrouw.

Een ANOVA wijst uit dat de verdeling naar leeftijd niet gelijk is tussen de groepen (F=21,55, p<0,001). Een post-hoc toets wijst uit de groep Dagbehandeling significant jonger is (M=11,7 jaar) dan de groep Thuiswonend (M=13,8) en de groep Residentieel (M=13,9). Om die reden is leeftijd als co-variaat meegenomen in de verdere analyses.

Intelligentie
Intelligentie is verdeeld in verbale intelligentie, performale intelligentie en totale intelligentie. In Tabel 1 zijn de gemiddelde IQ-scores weergegeven en is de totale onderzoeksgroep verdeeld in jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap (50≤IQ≤69), zwakbegaafdheid (70≤IQ≤84) en een beneden gemiddelde intelligentie (IQ≥85).

Tabel 1. Gemiddelde intelligentie en percentage jeugdigen dat valt in de range licht verstandelijk gehandicapt, zwakbegaafd en beneden gemiddeld intelligent

	M	Sd.	50≤IQ≤69	70≤IQ≤84	IQ≥85
VIQ	73,0	9,21	36,2%	50,2%	13,5%
PIQ	78,2	11,0	21,6%	47,1%	31,3%
TIQ	73,0	8,41	37,2%	55,0%	7,8%

Minder dan de helft van de jeugdigen heeft een totaal IQ-score lager dan 70 (37,2%). Slechts een klein van de jeugdigen (7,8%) heeft een totaal IQ-score boven de range 50-85, het spectrum lichte verstandelijke handicap zoals voorgesteld door het Landelijk Kenniscentrum LVG.

Er is geen significant verschil in gemiddelde totale, verbale en performale intelligentie tussen jeugdigen die residentieel behandeld worden, jeugdigen die dagbehandeling krijgen en jeugdigen die thuis wonen.

Psychiatrische problematiek
De (indicatie van een) DSM-diagnose geeft een beeld op welk vlak de problematiek van de jeugdige zich bevindt. Hierbij moet vermeld worden dat niet alle DSM-diagnoses een indicatie zijn voor psychiatrische problematiek, zoals bijvoorbeeld Verwaarlozing/Misbruik/Mishandeling en een Relatieprobleem. Het begrip psychiatrische problematiek moet in dit opzicht dan ook ruim worden gezien. In Tabel 2 worden de indicaties voor de DSM-diagnoses weergegeven voor de totale groep, de jeugdigen die residentieel behandeld worden, de jeugdigen die dagbehandeling krijgen en de jeugdigen die thuis wonen.

Over de totale groep hebben 34 jeugdigen geen indicatie voor een DSM-diagnose gekregen (15,5%), voor de jeugdigen die residentieel behandeld worden zijn dit 13 jeugdigen (11,1%), voor de jeugdigen die dagbehandeling krijgen zijn dit 10 jeugdigen (14,5%) en voor de jeugdigen die thuis wonen zijn dit 11 jeugdigen (33,3%). Omdat het aantal jeugdigen zonder diagnose sterk verschilt per groep en dit de vergelijking tussen de groepen

zou beïnvloeden, zijn zij uitgesloten van deze analyse. Voor de overzichtelijkheid zijn inhoudelijk samenhangende diagnoses geclusterd. Met behulp van een Chi-kwadraat toets is gekeken of er verschillen zijn in indicaties voor DSM-diagnoses tussen de drie groepen (zie Tabel 2).

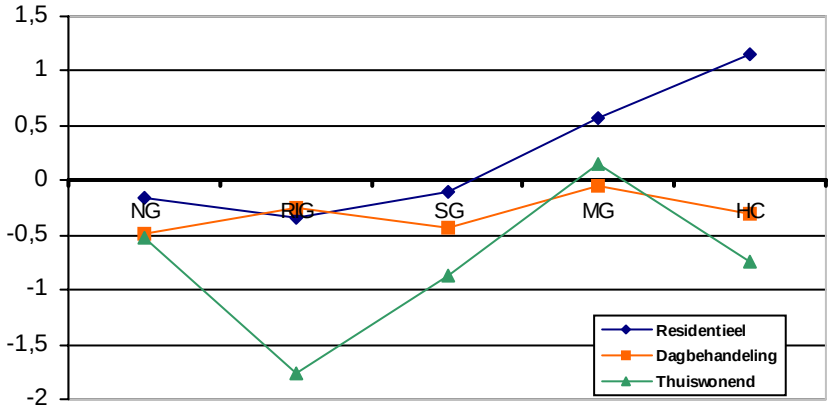
Tabel 2. DSM-diagnose bij totale onderzoeksgroep (N=185), bij opname op de residentiële behandeling (N=104) en dagbehandeling (N=59) en bij thuiswonende LVG-jeugdigen (N=22)[1]

	Totaal		Residentieel		Dag-behandeling		Thuis-wonend		P [2]
	N	%	N	%	N	%	N	%	
ODD/CD	94	50,8	69	66,4	14	23,7	11	50,0	**< 0,001**
ADHD	78	42,2	49	47,1	25	42,4	4	18,2	**0,032**
Relatieprobleem [3]	65	35,1	30	28,9	27	45,8	8	36,4	0,238
Reactieve hechtingsstoornis	37	20,0	27	26,0	8	13,6	2	9,1	**0,036**
PDD-NOS/autisme	29	15,7	16	15,4	8	13,6	5	22,7	0,516
Verwaarlozing/mis-bruik/mishandeling	23	12,4	19	18,3	4	6,8	0	0,0	**0,011**
Angststoornis [4]	13	7,0	10	9,6	1	1,7	2	9,1	0,115
Encopresis/enuresis	5	2,7	4	3,9	0	0,0	1	4,6	0,262
Leerstoornis [5]	5	2,7	0	0,0	1	1,7	4	18,2	**0,000**
Gilles de la Tourette	4	2,2	3	2,9	1	1,7	0	0,0	0,637

[1] *Per jeugdige zijn er meerdere antwoorden mogelijk*
[2] *Vetgedrukte p-waardes zijn significant bij een α van 0,05*
[3] *Relatieproblemen omvat: Ouder-Kind Relatieprobleem, Partner-relatieprobleem, Relatieproblemen tussen kinderen en Relatieprobleem NAO*
[4] *Angststoornis omvat: Angststoornis NAO, Posttraumatische Stressstoornis, Separatieangststoornis en Gegeneraliseerde Angststoornis*
[5] *Leerstoornis omvat: Leerstoornis NAO, Leesstoornis en Studieprobleem*

Opvallend is dat bij ongeveer de helft van de jeugdigen die een indicatie voor een DSM-diagnose toegewezen hebben gekregen, de indicatie Oppositioneel-opstandige Gedragsstoornis of Gedragsstoornis is gesteld. Voor ADHD is dit ruim 40%. Deze stoornissen zijn dus zeer veel voorkomend bij de doelgroep licht verstandelijk gehandicapten. Ook een Relatieprobleem (Ouder-Kind relatieprobleem, Partner-relatieprobleem, Relatieproblemen tussen kinderen en Relatieprobleem NAO) komt veel voor (35%).

Significante verschillen tussen de groepen worden gevonden op het voorkomen van een Oppositioneel-opstandige gedragstoornis en Gedragsstoornis, Reactieve hechtingsstoornis, Verwaarlozing/misbruik/mishandeling en een Leerstoornis. Laatstgenoemde diagnoses komen het meest voor bij jeugdigen die residentieel behandeld worden, met uitzondering van een leerstoornis. Leerstoornissen komen het meest voor bij jeugdigen die thuis wonen en worden niet genoemd bij jeugdigen die residentieel behandeld worden. Gilles de la Tourette en Verwaarlozing/misbruik/mishandeling worden niet genoemd bij jeugdigen die thuis wonen. Encopresis en enuresis worden niet genoemd bij kinderen die dagbehandeling krijgen.



Figuur 2. Gemiddelde COM-scores residentiële behandeling, dagbehandeling en thuiswonende LVG-jeugdigen (NG:Normaliteit van de gezinssituatie; RIG: Kwaliteit van de relaties in het gezin; SG: Sociabiliteit van het gezin; MG: Maatschappelijke moeilijkheden van het gezin; HC: Hulpverleningscarrière)

Gezinsproblemen
Om de gezinssituatie in kaart te brengen is gebruik gemaakt van de COM-lijst. Deze lijst bevat vier variabelen, die kenmerken van de gezinssituatie beschrijven. De scores van de drie groepen zijn weergegeven in Figuur 2. Een positieve score wil zeggen dat de jeugdige meer problemen op het desbetreffende gebied ervaart dan een normgroep van geïnstitutionaliseerde jeugdigen. Een negatieve score wil zeggen dat de jeugdige minder problemen ervaart op deze gebieden dan de normgroep. Een score boven de 1 of onder de min-1 mag gezien worden als significant afwijkend.

De totale onderzoeksgroep van licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen ervaart gezinsproblemen. Enkel de jeugdigen die thuis wonen ervaren weinig problemen met betrekking tot de kwaliteit van de relaties in het gezin.

De verschillen van de drie groepen zijn onderzocht met een MANOVA en bleken significant (λ=0,67, p=0,001). Met een post-hoc toets is gekeken welke groepen onderling verschillen. De kwaliteit van de gezinsrelaties voor groep Thuiswonend is hoger dan voor de groepen Residentieel en Dagbehandeling (RIG: F=9,27, p=<0,001). Daarnaast zijn er meer maatschappelijke moeilijkheden van het gezin bij de groep Residentieel dan bij de groep Dagbehandeling (MG: F=3,27, p=0,044). Tenslotte heeft de groep Residentieel een langere hulpverleningscarrière achter de rug dan de groepen Dagbehandeling en Thuiswonend (HC: F=30,363, p=0,000).

Gedragsproblemen
Om de mate en de ernst van gedragsproblemen te meten is gebruikt gemaakt van de SEAG en de CBCL. Een (deciel)score van 8 of hoger op de SEAG duidt op gedragsgestoordheid van de jeugdige. De gemiddelde score op de SEAG ligt net onder een decielscore 8. Voor

de CBCL geldt dat een internaliserende, externaliserende of totaalscore boven de 63 gezien kan worden als klinisch significant. De totale onderzoeksgroep scoort op de CBCL op de drie schalen gemiddeld boven de 63. Er is sprake van klinisch significant probleemgedrag, zowel op internaliserend als op externaliserend gebied.

Om de verschillen tussen de drie groepen te onderzoeken is er een MANOVA uitgevoerd op externaliserende problemen en internaliserende problemen en een ANOVA op totale problemen. Bij significante resultaten is er een post-hoc toets gedaan om te kijken welke groepen van elkaar verschillen. De gemiddelde scores op internaliserende, externaliserende en totale problematiek zijn weergegeven in Tabel 3.

Tabel 3. SEAG- en CBCL-scores totale onderzoeksgroep en de groepen Residentieel, Dagbehandeling en Thuiswonend

	Totaal		Residentieel		Dagbehandeling		Thuiswonend		F	P
	M	Sd.	M	Sd.	M	Sd.	M	Sd.		
SEAG	7,59	2,47	8,12	2,10	7,57	2,41	4,58	2,57	19,69	<0,001*
Internaliseren	63,4	8,85	65,0	7,78	62,4	9,49	57,9	10,45	5,30	0,006*
Externaliseren	72,9	10,29	76,2	8,77	69,4	9,96	64,7	12,11	16,05	<0,001*
Totaal	71,1	9,43	73,8	7,62	69,0	10,15	63,1	10,91	12,93	<0,001*

**Significant bij $\alpha = 0,05$*

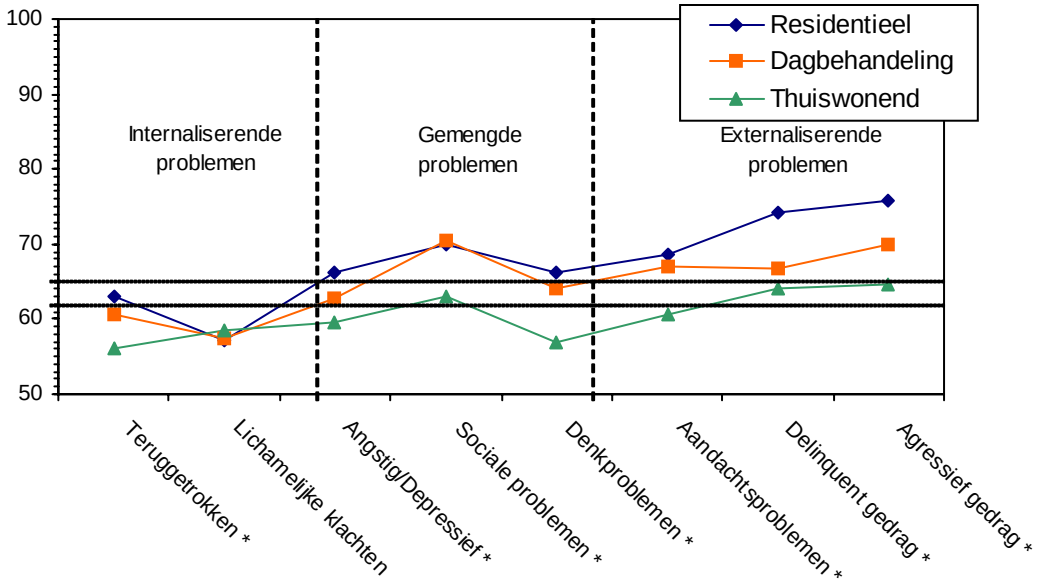
Op de SEAG (zie Tabel 3) komt naar voren dat de drie groepen verschillen op de mate van gedragsproblemen. De groep Thuiswonend vertoont significant minder gedragsproblemen dan de groep Residentieel en Dagbehandeling. De groep Residentieel is aan te merken als gedragsgestoord. Er is maar een klein, niet significant, verschil met de groep Dagbehandeling.

Het verschil in internaliserende, externaliserende en totale problemen op de CBCL tussen jeugdigen die residentieel behandeld worden, jeugdigen die dagbehandeling krijgen jeugdigen die thuis wonen is significant. Jeugdigen die residentieel behandeld worden laten meer externaliserende en totale problemen zien dan jeugdigen die dagbehandeling krijgen en jeugdigen die thuis wonen. Daarnaast laten jeugdigen die residentieel behandeld worden meer internaliserende problemen zien dan jeugdigen die thuis wonen. Naast deze totaalscores heeft de CBCL aparte scores voor verschillende syndromen. Deze resultaten zijn weergegeven in Figuur 3.

In Figuur 3 is te zien dat de groepen Residentieel en Dagbehandeling op alle syndroomschalen in de borderline of in de klinische range scoren, met uitzondering van Lichamelijke klachten. Jeugdigen die thuis wonen scoren op Sociale problemen, Delinquent gedrag en Agressief gedrag in de borderline range.

De scores op de syndroomschalen zijn geanalyseerd met een MANOVA en uit deze resultaten komt naar voren dat er een significant verschil tussen de drie groepen bestaat. Hierna zijn ANOVA's uitgevoerd op alle syndroomschalen en, indien significant, post-hoc toetsen. Op alle syndroomschalen is een significant groepseffect gevonden met uitzondering van Lichamelijke klachten. De groep Residentieel vertoont meer Teruggetrokken gedrag (F=5,61; p=0,004) en Angstig/depressief gedrag (F=4,25; p=0,016)

dan de groep Thuiswonend. Er is geen verschil tussen deze twee groepen enerzijds en jeugdigen die dagbehandeling krijgen anderzijds. Jeugdigen die thuis wonen hebben minder Sociale problemen (F=3,94; p=0,021), Denkproblemen (F=6,10; p=0,003) en Aandachtsproblemen (F=6,49; p=0,002) dan jeugdigen die dagbehandeling krijgen of residentieel behandeld worden. De groep Residentieel vertoont meer Delinquent (F=13,89; p<0,001) en Agressief gedrag (F=11,22; p<0,001) dan de groepen Dagbehandeling en Thuiswonend.



Figuur 3. CBCL Syndroomschalen residentiële behandeling, dagbehandeling en thuiswonende LVG-jeugdigen (= Significant bij α =0,05)*

Discussie

Het doel van dit onderzoek was een aanzet te geven om het model van het Landelijk Kenniscentrum LVG te onderbouwen en dan met name de variabelen intelligentie, psychiatrische stoornissen, gezinsproblemen en gedragsproblemen. Bij alle resultaten voor de totale groep moet rekening gehouden worden met een oververtegenwoordiging van jeugdigen die residentieel behandeld worden of dagbehandeling krijgen en dat het onderzoek is uitgevoerd op de populatie jeugdigen van één instelling. Voor het grootste deel van de LVG-jeugdigen uit dit onderzoek valt de intelligentie tussen de 70 en 85. Dit ondersteunt de uitspraak van het Landelijk Kenniscentrum LVG dat veel van deze jeugdigen gebruik maken van de LVG-zorg (Verstegen, 2005). Wat psychiatrische stoornissen betreft valt op dat bij slechts een klein gedeelte van de LVG-jeugdigen uit dit onderzoek geen indicatie voor een DSM-diagnose is gegeven. Dit duidt erop dat psychiatrische problematiek veel voorkomt bij deze jeugdigen. Dit komt overeen met de stelling van Embregts (2000) dat licht verstandelijke gehandicapte jeugdigen meer psychopathologische stoornissen vertonen. Ook bij jeugdigen die thuis wonen heeft slechts

een derde van deze jeugdigen geen indicatie voor een diagnose gekregen. Veel voorkomend zijn een Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis, een Gedragsstoornis en ADHD.

Gezinsproblemen komen ook veel voor bij de LVG-jeugdigen uit dit onderzoek en dan vooral maatschappelijke moeilijkheden in het gezin. Ook jeugdigen die thuis wonen ervaren op deze variabele meer problemen dan de normgroep van geïnstitutionaliseerde jeugdigen. Tenslotte is gekeken naar gedragsproblemen. De LVG-jeugdigen uit dit onderzoek laten klinisch significante externaliserende en internaliserende problemen zien. De externaliserende problemen komen als het meest ernstig naar voren. Op externaliserende problemen scoren ook de jeugdigen die thuis wonen gemiddeld in het grensgebied tussen een normale en een klinische score. Mash en Wolfe (2002) stelden al dat emotionele of gedragsproblemen 4 tot 6 keer meer voorkomen bij jeugdigen met een verstandelijke beperking, dan in de algemene populatie. Concluderend kan gezegd worden dat de resultaten van dit onderzoek de hypothesen 1 tot en met 3 onderschrijven die gesteld zijn in de inleiding: er komt bij de LVG-jeugdigen regelmatig psychiatrische problematiek en gezinsproblematiek voor; daarnaast vertonen deze jeugdigen significante gedragsproblemen. Deze problemen worden ook regelmatig gezien bij jongeren die thuis wonen.

Dit onderzoek tracht ook een vergelijking te maken tussen LVG-jeugdigen die residentieel behandeld worden, LVG-jeugdigen die dagbehandeling krijgen en LVG-jeugdigen die thuis wonen. De drie groepen verschillen niet op intelligentie. De indicaties voor de psychiatrische diagnoses Oppositioneel-opstandige gedragstoornis, Gedragsstoornis, Reactieve hechtingsstoornis en Verwaarlozing/misbruik/mishandeling komen meer voor bij jeugdigen die residentieel behandeld worden. De indicatie voor een Leerstoornis komt het meest voor bij jeugdigen die thuis wonen. Waarschijnlijk uit de lichte verstandelijke handicap van deze jeugdigen zich vaker voornamelijk op didactisch vlak, terwijl bij de jeugdigen die behandeld worden leerproblemen door overige (gedrags)problemen overschaduwd worden. Hypothese 4 wordt dus gedeeltelijk onderschreven: bij jeugdigen die residentieel behandeld worden is er vaker sprake van (een indicatie van) een psychiatrische stoornis. Bij jeugdigen die thuis wonen is er minder vaak sprake van (een indicatie van) een psychiatrische stoornis, met uitzondering van een leerstoornis.

De drie groepen verschillen op gezinsproblemen. Met name de kwaliteit van de gezinsrelaties is beter voor jeugdigen die thuis wonen. Daarnaast zijn de maatschappelijke moeilijkheden van het gezin groter voor jeugdigen die residentieel behandeld worden dan voor jeugdigen die dagbehandeling krijgen. Dit duidt erop dat een goede kwaliteit van de gezinsrelaties kan voorkomen dat jongeren behandeling nodig hebben en maatschappelijke moeilijkheden van het gezin een risicofactor zou kunnen zijn voor het krijgen van residentiële behandeling. Anderzijds kunnen ernstige gedragsproblemen de gezinsrelaties extra op de proef stellen en de kwaliteit hiervan doen afnemen. Tenslotte hebben jeugdigen die residentieel behandeld worden een langere hulpverleningscarrière achter de rug. Dit duidt erop dat jeugdigen vaak al meerdere vormen van hulpverlening (waaronder bijvoorbeeld dagbehandeling) achter de rug hebben wanneer zij residentiele behandeling krijgen. Dit komt overeen met de opvatting van Moonen en Verstegen (2006) dat LVG-jeugdigen in de meeste gevallen blijvend een beroep zullen doen op vormen van begeleiding en opvang. Deze resultaten met betrekking tot gezinsproblemen onderschrijven hypothese 5: de jeugdigen die thuis wonen ervaren minder gezinsproblemen, met name op kwaliteit van de gezinsrelaties en jeugdigen die residentieel behandeld worden ervaren meer gezinsproblemen, voornamelijk maatschappelijke problemen van het gezin.

Jeugdigen die residentieel behandeld worden laten meer externaliserende en totale problemen zien dan jeugdigen die dagbehandeling krijgen en jeugdigen die thuis wonen en dan met name agressief en delinquent gedrag. Daarnaast laten jeugdigen die residentieel behandeld worden meer internaliserende problemen zien dan jeugdigen die thuis wonen en dan met name teruggetrokken en angstig/depressief gedrag. Dit duidt er op dat de problematiek van jeugdigen die residentieel behandeld worden ernstiger is dan die van jeugdigen die dagbehandeling en jeugdigen die thuis wonen. Het verschil met jeugdigen die thuis wonen is groter dan het verschil met jeugdigen die dagbehandeling krijgen. Dit komt overeen met hypothese 6, die daarmee wordt onderschreven.

Concluderend kan gezegd worden dat dit onderzoek het model van het Landelijk Kenniscentum LVG onderschrijft. Het grootste deel van de LVG-jeugdigen uit dit onderzoek heeft een IQ-score tussen 70 en 85, psychische problemen en gezinsproblemen komen regelmatig voor en deze jeugdigen vertonen klinisch significante gedragsproblemen. De mate van gedragsproblemen en gezinsfactoren (kwaliteit van de gezinsrelaties en maatschappelijke moeilijkheden van het gezin) lijken een grote rol te spelen in de beslissing of er hulp wordt gezocht. Lange hulpverleningstrajecten eindigen vaak in residentiele behandeling. Vanuit dit oogpunt lijkt de benaming 'licht verstandelijk gehandicapt' misleidend. De problemen waar deze jeugdigen mee te maken krijgen zijn alles behalve licht en leiden vaak tot een langdurige, zo niet chronische, behoefte aan ondersteuning. Het is belangrijk dat deze jeugdigen de zorg krijgen die zij zo hard nodig hebben op een plek waar er aandacht is voor en kennis is van de veelzijdige problematiek waar deze jeugdigen zo vaak mee te maken krijgen.

Literatuur

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV).* Washington, DC: Author.

Baker, B.L., Blacher, J., Kopp, C.B. & Kreamer, B. (1997). Parenting children with mental retardation. *International Review of Research in Mental Retardation, 20*, 1-45.

Boogaart, P.M.H. van den, Mesman-Schultz, K., Naayer, P.M.H. & Zandberg, T. (1989). *Instrument voor programma-evaluatie in de residentiele jeugdhulpverlening: COM-UV. Betrouwbaarheid en validiteit.* Leiden: Centrum Onderzoek Jeugdhulpverlening.

Corstiaans, D. A., & Hilst, N. G. C. van (2001). *Gedragsproblemen en de gezinssituatie van jeugdigen op de Afdeling Intensieve Behandeling.* Tilburg: Universiteit van Tilburg.

Denteneer, K. M. G., Jansen, M.G., & Feltzer, M.J.A. (2005). Een investering waard: Doelgroepbeschrijving en follow-up onderzoek naar jeugdigen uit een achtervangvoorzieninf voor licht verstandelijk gehandicapten in Noord-Brabant. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 44*, 459-471.

Embregts, P. J. C. M. (2000). Gedragsproblemen bij licht verstandelijk gehandicapten. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 39*, 65-72.

Endschot, M.M.C.P. van, Jansen, M.G., & Feltzer, M.J.A. (in voorbereiding). *LVG in beeld: een doelgroepbeschrijving en follow-up onderzoek in een instelling voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen.*

Evers, A., Vliet-Mulder, J. C. van, & Groot, C. J. (2000). Documentatie van tests en testresearch in Nederland, deel I en II. Assen: Van Gorcum.

Hattum, A. G. van (1981). *S.E.A.G. Schaal voor ekstra aandachtvragend gedrag.* Lisse: Swets & Zeitlinger.

Heltzel, M. (2003). *Wonen in ontwikkeling: doelgroepbeschrijving en follow-up onderzoek naar de (voormalig) bewoners van de Afdeling Intensieve Behandeling in de periode van januari 2001 tot juli 2002.* Tilburg: Universiteit van Tilburg.

Hoof, E. F. M. van, & Pellen, J. (1996). Naschoolse dagbehandeling van licht verstandelijk gehandicapte kinderen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 35*, 466-473.

Jonker, J., Ooms, I. & Stevens, J. (2005). *Zorg voor verstandelijk gehandicapten: ontwikkelingen in de vraag.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Mash, E.J. & Wolfe, D.A. (2002). *Abnormal Child Psychology* (second edition). Belmont USA: Wadsworth.

Moonen, X. & Verstegen, D. (2006). LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek en Praktijk. Tijdschrift voor de LVG-zorg, 1,* 23-28.

Verhulst, F. C., Ende, J. van der & Koot, H.H. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18.* Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Verstegen, D. (2005). Zorg voor mensen met een lichte verstandelijke handicap met meervoudige problematiek. *Onderzoek & Praktijk. Tijdschrift voor de LVG-zorg, 1,* 5-8.