

DIAGNOSTIEK BIJ KINDEREN EN JONGEREN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING DIE EEN TRAUMA HEBBEN ERVAREN: DE PRACTICE BASED KENNIS VAN PROFESSIONALS

Cristel Elias¹
Petra Swennenhuis²
Gepke Bouma³

Inleiding

Kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking zijn relatief vaker het slachtoffer van mishandeling dan kinderen en jongeren zonder beperking (WHO, 1994; Gough & Fuchs, 2006). Hoewel er evidentie bestaat voor de relatie tussen traumatische ervaringen en gedragsproblemen bij kinderen met een verstandelijke beperking (Charlton, Kliethermes, Tallant, Taverna & Tishelman, 2004) is er nog niet veel onderzoek verricht naar de diagnostiek en behandeling van deze doelgroep. Een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) wordt zowel bij volwassenen als bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB) nauwelijks herkend (Doyle & Mitchell, 2003; Mitchell, Clegg & Furniss, 2006).

Vanwege de specifieke kenmerken van kinderen en jongeren met een LVB, zoals de beperktere cognitieve en sociaal-communicatieve vaardigheden en de vaak langdurig aanwezige behoefte aan ondersteuning, is het bestaande diagnostiek- en behandelaanbod niet toepasbaar bij deze doelgroep. De professionals ervaren een handelingsverlegenheid bij kinderen en jongeren met een LVB die een trauma hebben ervaren. Er bestaan geen onderbouwde richtlijnen voor traumadiagnostiek en de effectiviteit van een klein aantal specifiek ontwikkelde en/of aangepaste trauma-interventies voor de doelgroep is nauwelijks onderzocht (Elias, Seebregts, Swennenhuis & Bouma, 2009).

De handelingsverlegenheid vormde voor Tjallinga Hiem en Fontys Hogescholen Pedagogiek (FHP) de aanleiding voor een onderzoeksproject gericht op de traumabehandeling van kinderen en jongeren met een LVB. De doelstelling van het project betreft de ontwikkeling van een kader voor deze traumabehandeling. De hoofdvraag van het totale project luidt: 'Op welke wijze kan de practice based kennis van professionals over de behandeling van een trauma bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking onderbouwd worden met evidence based kennis ten behoeve van een verzameling werkzame bestanddelen voor een methodiek?'. Dit onderzoek heeft een kwalitatief karakter vanwege de open vraag naar de practice based kennis.

In het huidige artikel ligt de focus op de handelingsverlegenheid en de practice based kennis van de professionals wat betreft diagnostiek bij kinderen en jongeren met een LVB die een trauma ervaren hebben en worden de eerste data gepresenteerd. Er wordt ingegaan op de volgende vraagstelling, die deel uitmaakt van het totale onderzoek: Welke praktijkkennis hebben professionals over diagnostiek bij kinderen en jongeren met een LVB die een trauma hebben ervaren?

¹ Dr. Cristel Elias is als docent-onderzoeker werkzaam bij Fontys Hogeschool Pedagogiek. Zij is projectleider van het door RAAK gesubsidieerde onderzoeksproject naar traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een LVB. Correspondentie via c.elias@fontys.nl

² Dr. Petra Swennenhuis is als docent-onderzoeker werkzaam bij Fontys Hogeschool Pedagogiek. Zij is projectleider van het door RAAK gesubsidieerde onderzoeksproject naar traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een LVB.

³ Drs. Gepke Bouma is als gedragwetenschapper werkzaam bij OBC Tjallinga Hiem. Zij is projectleider van het door RAAK gesubsidieerde onderzoeksproject naar traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een LVB.

Dit onderzoeksproject is mogelijk gemaakt door een zogenaamde RAAK subsidie. RAAK staat voor Regionale Aandacht en Actie voor Kenniscirculatie en is een regeling vanuit het Ministerie van OCenW (www.innovatie-alliantie.nl). De initiële doelstelling van deze regeling is om de kennisuitwisseling tussen hogescholen en publieke instellingen in regionale innovatieprogramma's te verbeteren.

Respondenten

In het onderzoek participeerden in totaal 44 professionals uit 5 instellingen (1 instelling heeft zich halverwege het project teruggetrokken uit het consortium). Binnen iedere participerende organisatie zijn één of meerdere aandachtsfunctionarissen aangewezen (N=5). Deze aandachtsfunctionarissen benaderden, binnen en buiten de eigen instelling, professionals die betrokken waren bij traumabehandeling van kinderen en jongeren met een LVB voor deelname aan het project.

De dataverzameling vond plaats in kenniswerkplaatsen (voor een beschrijving van een kenniswerkplaats zie: www.lvb-traumabehandeling.nl). Tijdens de verschillende kenniswerkplaatsen participeerden de professionals in wisselende samenstellingen. De aandachtsfunctionarissen hebben voor deze kenniswerkplaatsen ook experts van buiten de instelling uitgenodigd. De resultaten in het huidige artikel hebben betrekking op kenniswerkplaats 2. In Tabel 1 staat een overzicht van de aantallen professionals die participeerden in deze kenniswerkplaats.

Tabel 1 Aantallen professionals die deelnamen aan de kenniswerkplaatsen

Kenniswerkplaats	Tjallinga Hiem	GGzE	Mutsaers stichting	Herlaarhof	Fier Fryslan	Overige prof's
2	11	4	8	4	8	1

Instrumenten en analyse

Protocollen en dataregistratie

De dataverzameling was gebaseerd op de Grounded Theory (Proot & Van der Lyke, 2008) en als techniek werd de focusgroep (Saunders, Lewis & Thornhill, 2006) gehanteerd. Tijdens kenniswerkplaatsen spraken professionals met elkaar over een aantal aspecten van de traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een LVB. Om de bijeenkomsten (kenniswerkplaatsen) in de verschillende instellingen te kunnen vergelijken zijn protocollen ontwikkeld. De kenniswerkplaatsen die, op basis van de protocollen plaatsvonden, zijn geregistreerd met een memorecorder.

Tijdens kenniswerkplaats 2 stond de practice based kennis centraal. De professionals hebben een accent gelegd op de elementen die binnen hun eigen hulpverleningspraktijk lijken te werken. In deze bijeenkomst vormde de multidisciplinaire samenstelling van de groep professionals een goede basis voor een breed beeld van de trauma interventies. Tijdens deze kenniswerkplaats is professionals ook de vraag gesteld: 'Wat doen jullie aan diagnostiek met betrekking tot trauma bij kinderen en jongeren met een LVB?'. In onderstaande resultaten wordt op de beantwoording van deze vraag ingegaan.

Resultaten

Diagnostiek bij kinderen en jongeren met een LVB die een trauma ervaren hebben; huidige situatie

Professionals benadrukken de belangrijke rol van diagnostiek voor traumabehandeling. Op dit moment is er echter nog onvoldoende aandacht voor traumadiagnostiek bij kinderen en jongeren met een LVB zoals volgend citaat illustreert:

‘traumadiagnostiek moet veel meer een plek krijgen binnen de diagnostiek, ook bij de vroegdiagnostiek, er moet eigenlijk altijd gevraagd worden naar wat zijn mogelijk traumatische ervaringen geweest...’.

De professionals noemen een aantal complicerende factoren met betrekking tot traumadiagnostiek specifiek voor kinderen met een LVB:

- kinderen en jongeren met een LVB praten moeilijker door de cognitieve beperkingen
- kinderen en jongeren met een LVB is een brede, heterogene doelgroep
- het is moeilijk in te schatten wanneer iets voor iemand traumatisch is (geweest)
- soms maskering van het trauma door bijvoorbeeld boosheid om uithuisplaatsing

De professionals stellen dat een ‘vaste methode’ of ‘voorgescreven werkvorm’ voor traumadiagnostiek ontbreekt. De diagnostische instrumenten zijn niet gedifferentieerd voor kinderen en jongeren met een LVB. De professionals gebruiken diagnostische instrumenten die ontwikkeld zijn voor normaal begaafde kinderen. Tegelijkertijd ontwikkelen professionals hun eigen werkwijzen zo blijkt uit het volgende citaat:

‘voor mezelf kan ik zeggen dat ik inmiddels wel een aantal werkvormen heb die ik gebruik als ik een vraag naar trauma krijg, maar ik denk dat dat bij mijn collega’s net zo is....’.

Professionals benoemen dat meerdere disciplines naar het kind kijken en dat zij vervolgens samen vaststellen of er sprake is van een trauma. Professionals signaleren dat in de beroepspraktijk waar zij werken PTSS bijna nooit wordt vastgesteld en dat je bij kinderen en jongeren met een LVB moet proberen om kleine dingen te signaleren.

Diagnostiek bij kinderen en jongeren met een LVB die een trauma ervaren hebben; aanpak volgens professionals

Voor traumadiagnostiek bij kinderen en jongeren met een LVB is de brede beeldvorming een belangrijk element. Er moet veel informatie uit de omgeving van het kind gehaald worden. Daarom is het opbouwen van een goede werkrelatie met de ouders erg belangrijk. Professionals stellen dat de diagnostiek expliciet gekoppeld moet worden aan de vraagstelling. Er moet aandacht besteed worden aan de breedte van het psychologisch onderzoek: een kind is meer dan alleen een trauma. Daarnaast moet gekeken worden naar de impact van het trauma op het gehele systeem, dus niet alleen op kindniveau.

In het kader van de algemene diagnostiek wordt de ontwikkelingsanamnese in kaart gebracht. Hierbij wordt zowel gekeken naar de stand van zaken voor als na het trauma. Allerlei gebieden worden bekeken zoals vrije tijd, school, eten, drinken, slapen en lichamelijke klachten. Professionals wijzen er op dat het belangrijk is om te kijken naar gedragsveranderingen en wanneer die zijn ontstaan. Daarnaast noemen

professionals de volgende onderdelen:

- inschatten van ego-sterkte
- intelligentietest (onder andere gericht op ontwikkelingsblokkades)
- psychodiagnostiek waaronder vragenlijsten, tekeningen en ander projectiemateriaal
- systeemdiagnostiek

Meer specifiek noemen de professionals dat gekeken kan worden naar symptomatologie van PTSS, EMDR-taxatie en taxatiediagnostiek. Professionals kijken naar het belang van het kind, de gezondheid van het kind, naar herbelevingen, naar dromen en naar angsten. Bij kinderen met een LVB letten ze

extra goed op het gedrag aangezien deze kinderen en jongeren in hun gedrag vaak bepaalde gevoelens uiten die ze moeilijk onder woorden kunnen brengen. Professionals wijzen er op dat het belangrijk is om een onderscheid te maken naar leeftijd. Diagnostiek bij een jong kind is anders dan bij een jongere van 18 jaar. Zo wordt genoemd dat er bij een jong kind vaak nog niet veel mogelijkheden met taal zijn. Ook is het moeilijk om bij kleine kinderen vragenlijsten te gebruiken. De professionals vragen zich af of het mogelijk is om bij een jong kind met een LVB te vragen naar zijn/haar beleving van de schokkende gebeurtenis. Binnen de diagnostiek moeten professionals aansluiten bij het niveau van het kind of de jongere en bij wat het kind of de jongere verbaal aankan. Wat betreft de afstemming binnen de diagnostiek noemen professionals ook dat het belangrijk is om aan te sluiten bij wat het kind aangeeft en dat je niet over de grenzen van een kind moet gaan. Professionals benoemen dat je bij kinderen en jongeren met een LVB in eerste instantie heel voorzichtig moet zijn met uitvragen. De pedagogisch medewerkers kunnen hierbij een belangrijke rol spelen aangezien de kinderen gemakkelijk praten als er sprake is van een vertrouwensrelatie. Wat betreft het uitvragen wordt door professionals een onderscheid gemaakt tussen verschillende typen trauma's zo blijkt uit volgend citaat:

'Bij een enkelvoudig trauma kun je het verhaal makkelijker laten vertellen, er is dan minder sprake van desorganisatie'.

Een professional geeft aan dat zij het woord trauma nooit gebruikt, maar spreekt van nare gebeurtenissen. Meerdere professionals geven aan dat ze bij kinderen met een LVB vaak hun taalgebruik aanpassen.

Diagnostiek bij kinderen en jongeren met een LVB die een trauma ervaren hebben; methoden en instrumenten

Observatie

Professionals geven aan dat observatie een grote bron van informatie is bij kinderen en jongeren met een LVB. Deze observatie kan meer of minder gestructureerd plaatsvinden. Vooral de gerichte observatie, de gedragsobservatie en de spelobservatie worden redelijk gestructureerd uitgevoerd. Een minder gestructureerde observatievorm betreft bijvoorbeeld de observatie tijdens een gesprek met het kind. Bij een kind dat klinisch opgenomen is en dus 24 uur in een groep leeft is observatie van het dagelijkse gedrag ook heel informatief. Deze minder gestructureerde vorm van observatie kan gericht zijn op het hanteren van grenzen, het omgaan met de eigen lijfelijkheid en naar het herhalen in het gedrag of in het spel van een ingrijpende gebeurtenis. De professionals geven aan dat deze aanpak ook wordt gevolgd bij kinderen zonder een licht verstandelijke beperking. Door professionals is verder genoemd dat spel en PMT ook als diagnostisch middel ingezet kunnen worden.

Vragenlijsten

Professionals stellen eensgezind dat het ontbreekt aan specifieke, gestandaardiseerde vragenlijsten voor traumadiagnostiek bij kinderen en jongeren met een LVB. Opvallend is dat sommige professionals heel veel vragenlijsten gebruiken en andere professionals helemaal geen vragenlijsten gebruiken. De professionals die geen vragenlijsten gebruiken geven aan wel geïnteresseerd te zijn in het gebruik van vragenlijsten. Professionals die vragenlijsten gebruiken uiten hun twijfels over het gebruik van vragenlijsten en vragen zich bijvoorbeeld af of je de informatie die je uit een vragenlijst haalt ook van ouders kunt krijgen. Daarnaast geven ze aan dat de vragenlijsten minder goed gebruikt kunnen worden bij jonge kinderen. Professionals zijn zich bewust van het feit dat ze vragenlijsten gebruiken die niet ontwikkeld zijn voor kinderen met een LVB. Zij gebruiken de resultaten daarom soms ook anders zoals volgend citaat weergeeft

'je kijkt niet naar de gegevens sec, maar je kijkt naar de antwoorden op de vragen...'

Een andere aanpassing die professionals soms maken is dat ze een vragenlijst voorlezen aan een kind. De resultaten van de vragenlijsten gebruiken de professionals bijvoorbeeld in een gesprek, zoals dit citaat illustreert:

‘aan de hand van de klachten die het kind invult of de ouders invullen, kun je ook weer het gesprek aangaan, van goh wanneer is dat begonnen?’.

Vragenlijsten worden ook gebruikt om aan de hand van de ingevulde klachten de ernst van het trauma in te schatten. Professionals zijn wel op de hoogte van het bestaan van diverse vragenlijsten met betrekking tot traumadiagnostiek, maar ze kunnen deze niet altijd specifiek benoemen. In algemene termen wordt gesproken over vragenlijsten specifiek gericht op ‘impact van het trauma’, ‘gericht op angst’ en ‘gericht op dissociatiesignalen’. In Tabel 2 staan de vragenlijsten die door de professionals wel specifiek benoemd zijn.

Tabel 2. Door professionals genoemde vragenlijsten met betrekking tot traumadiagnostiek bij kinderen en jongeren met een LVB

Vragenlijsten gericht op trauma
<ul style="list-style-type: none"> - De Hopkins Symptom Checklist HSCL (Luteijn, Hamel, Bouman & Kok, 1984) - Trauma Symptoms Checklist for Children (TSCC, Briere 1996; Experimenteel Nederlandse vertaling; Lamers-Winkelma, 1998)
Vragenlijsten gericht op angst, depressie en dissociatie
<ul style="list-style-type: none"> - Vragenlijst Angst voor Kinderen (VAK) (Oosterlaan, Prins, Hartman & Sergeant, 1995) - SCARED-NL (Muris, Bodden, Hale, Birmaher, & Mayer, 2007)
Vragenlijsten gericht op probleemgedrag
<ul style="list-style-type: none"> - Child Behavior Checklist (CBCL) (Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996)

Wat betreft het werken met vragenlijsten benoemen professionals als mogelijk werkzame bestanddelen:

- het voorlezen van de vragenlijsten aan de kinderen
- niet sec naar de resultaten van de vragenlijsten kijken, maar kijken naar wát zijn de antwoorden
- opvallende resultaten uit vragenlijsten gebruiken in gesprek
- vragenlijsten gebruiken om ernst van trauma in te schatten

In onderstaande paragrafen worden de genoemde vragenlijsten uit Tabel 1 uitgebreider besproken en worden aanvullingen gedaan vanuit de literatuur.

Vragenlijsten specifiek gericht op trauma

Wat betreft de door professionals genoemde vragenlijst, de Nederlandse vertaling van de Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC; Briere 1996; Experimenteel Nederlandse vertaling; Lamers-Winkelma, 1998) is een zelfrapportage vragenlijst die posttraumatische stress en gerelateerde psychologische symptomen meet (voor 8 tot 16 jaar). Er bestaat ook een Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC, Briere 1996; Nederlandse vertaling Lamers-Winkelma, 1997). De Hopkins Symptom Checklist (HSCL, Luteijn, Hamel, Bouman & Kok, 1984) is een vragenlijst die psychisch en/of lichamelijk onwelbevinden meet. De HSCL kan gebruikt worden bij jongeren en volwassenen van 16 tot 65 jaar. Een vragenlijst die niet door professionals genoemd is, maar die bedoeld is om vast te stellen of er sprake is van PTSS-symptomen is de Schokverwerkingslijst voor Kinderen (8 tot 18 jaar) (SVLK; Alisic, Eland & Kleber, 2006).

Vragenlijsten voor het in kaart brengen van angst, depressie en dissociatie

Professionals hebben de volgende twee vragenlijsten genoemd die specifiek gericht zijn op angst: SCARED-NL (Muris, Bodden, Hale, Birmaher, & Mayer, 2007) en Vragenlijst Angst voor Kinderen (VAK) (Oosterlaan, Prins, Hartman & Sergeant, 1995). SCARED-NL is een zelfrapportage vragenlijst die bedoeld is voor een eerste screening van symptomen van angststoornissen bij kinderen en jongeren van 7 tot en met 19 jaar. De VAK is een zelfrapportage vragenlijst die gebruikt kan worden om angst te meten bij kinderen van 4 tot en met 12 jaar. Oosterlaan en Veerman (2002) noemen in hun hoofdstuk over achtergronden en gebruik van vragenlijsten voor het vaststellen van emotionele en gedragsproblemen bij kinderen nog de Zelf-Beoordelings-Vragenlijst voor Kinderen (ZBV-K; Bakker, Wieringen, van der Ploeg & Spielberger, 1989) en de Sociale Angstschaal voor Kinderen (SAS-K; Dekking, 1983) als vragenlijsten om angst te meten. De ZBV-K is een vragenlijst waarmee toestandsangst en angstdispositie gemeten wordt bij kinderen van 8 tot 16 jaar. SAS-K is een vragenlijst voor het meten van sociale angst bij kinderen van 6 tot 13 jaar.

Ten aanzien van depressie en dissociatie spreken de professionals alleen in algemene termen over vragenlijsten. In de literatuur worden de Depressie Vragenlijst voor Kinderen (DVK; de Wit, 1987) en de Children's Depression Inventory (CDI; Kovacks; Nederlands vertaling Timbremont & Braet, 2008) genoemd om depressie bij kinderen te meten. Een vragenlijst die gebruikt zou kunnen worden om dissociatie signalen te meten is de Dissociatievragenlijst DIS-Q voor jongeren en volwassenen van 15 tot 65 jaar (Van der Linden, Van Dyck, Vertommen, Van de Reycken & Kortenbergh, 1992).

Vragenlijsten voor het in kaart brengen van probleemgedrag

De professionals benoemen het gebruik van de Child Behavior Checklist (CBCL, Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996). Er is een versie voor ouders (6 tot 18 jaar) en een versie voor het kind (11 tot 18 jaar). De CBCL wordt vaak afgenomen in combinatie met de Teachers Report Form (6 tot 18 jaar) (TRF, Verhulst, Van der Ende & Koot, 1997). De CBCL en de TRF zijn vragenlijsten om op gestandaardiseerde wijze informatie te verkrijgen over competentie en emotionele- en gedragsproblemen van kinderen tussen de 4 en 18 jaar. De professionals gebruiken de resultaten van de CBCL en TRF om aan de hand van de ingevulde klachten de ernst van de situatie in te schatten en als basis voor de gespreksvoering, zoals het volgende citaat illustreert:

'aan de hand van de klachten die het kind invult of de ouders invullen, kun je ook weer het gesprek aangaan'.

Diagnostisch interview kindgericht

In het kader van de diagnostiek worden er ook gesprekken gevoerd met kinderen. Professionals geven aan dat zij in deze gesprekken vragen naar wat er is gebeurd, naar de specifieke klachten van een kind (angst, plassen, nachtmerries) en naar de duur van de klachten bij het kind. Daarnaast wordt er ook gevraagd naar meer basale dingen zoals hoe een kind met anderen speelt en hoe actief een kind is. Professionals benoemen dat het belangrijk is om aan te sluiten bij het kind, er wordt doorgaans systematisch doorgevraagd op wat het kind zelf aangeeft, zo blijkt uit volgend citaat:

'...dus als het kind in zijn verhaal of tijdens een gesprek bepaalde feiten of in ieder geval bepaalde informatie geeft, wordt daar verder wel op doorgevraagd in feite naar aanleiding van de informatie die het kind zelf geeft'.

Het kan ook waardevol zijn het gesprek aan te gaan tijdens het spel. Het voeren van een gesprek met een kind in de spelobservatie geeft de professional ook zicht op de verbale mogelijkheden van een kind.

Specifiek bij seksueel misbruik worden er taxatiegesprekken gevoerd. Vaak wordt hierbij gebruik gemaakt van visueel ondersteunende middelen zoals een anatomisch correcte pop of van een tekening van de omtrek van het lichaam op de grond. Aanvullend op de observaties met een anatomisch correcte pop krijgt het kind een tekening van een naakte jongen en een naakt meisje te zien.

In een vraaggesprek wordt het kind gevraagd naar de diverse lichaamsbenamingen en eventuele nare, maar ook prettige aanrakingen. Bij de tekening op de grond gaat het kind op de grond liggen. Het lichaam van het kind wordt dan omtrokken met een pen. Het kind kan dan aangeven waar (welk lichaamsdeel) er bijvoorbeeld onaangename ervaringen zijn opgedaan. Die plaatsen worden door het kind vervolgens gemarkeerd met een rode pen. Een groene pen wordt vervolgens gebruikt voor de veilige zones. Bij beide vormen verzamelt de behandelaar informatie, maar het biedt tegelijkertijd ook een aanknopingspunt voor het leren omgaan met de nare gebeurtenissen.

Diagnostisch interview systeemgericht

Professionals benoemen als onderscheid tussen diagnostiek bij kinderen en jongeren met en zonder een LVB, dat er bij kinderen en jongeren met een LVB heel veel informatie uit de omgeving van het kind moet worden verkregen. Zo geeft een professional aan dat zij gesprekken over oorzaken en verbanden meestal met de ouders voert en niet met het kind.

Volgens professionals begint het diagnostisch proces met het aangaan van een goede werkrelatie met ouders. Echter, dit is niet altijd makkelijk, volgend citaat geeft weer dat het betrekken van ouders bij het diagnostisch proces erg moeilijk kan zijn;

'...somatisch ... met eten en slapen en algemene onrust of het zakt weg, dan kun je nog geen uitsluitel geven, want dan zie je het vaak terugkomen als ouders op bezoek komen ... en dan moet je eigenlijk de diagnostiek met hun samen doen en dat is een hele kunst'.

Professionals geven aan dat binnen de diagnostiek gevraagd moet worden naar wat mogelijk traumatische gebeurtenissen of ervaringen geweest zijn. En ook hoe het kind daarop gereageerd heeft en wat de omgeving heeft gedaan.

Overige informatiebronnen

Professionals geven aan dat bij kinderen en jongeren met een LVB geen andere informatiebronnen gebruikt worden dan bij normaal begaafde kinderen. Als informatiebronnen worden bijvoorbeeld ouders of (gezins)voogd, vorige hulpverleningsinstanties en hulpverleners genoemd.

Conclusie

Wat betreft het beantwoorden van de vraag 'welke praktijkkennis hebben professionals over diagnostiek bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking die een trauma hebben ervaren?' kan gesteld worden dat de professionals op het terrein van de diagnostiek veel handelingsverlegenheid ervaren, maar tegelijkertijd ook best practices hebben ontwikkeld.

Het ontbreekt aan specifiek voor kinderen en jongeren met een LVB ontwikkelde methoden en instrumenten. Professionals leggen de nadruk op het opbouwen van een goede werkrelatie met de ouders. Dit is de basis voor een brede beeldvorming en voor voldoende aandacht voor de impact van een trauma binnen het systeem. Binnen de algemene aanpak voor diagnostiek zijn professionals specifiek gericht op het gedrag en/of gedragsveranderingen van kinderen en jongeren met een LVB aangezien dit voor de doelgroep een belangrijke uitingsvorm voor sociaal-emotionele problemen is. Dit is vermoedelijk ook de reden waarom het diagnostisch middel 'observatie' door de professionals bij deze doelgroep als een grote bron van informatie wordt beschouwd. Professionals signaleren dat in

de beroepspraktijk de diagnose Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) bijna nooit wordt vastgesteld bij kinderen en jongeren met een LVB. Dit komt overeen met de bevindingen van Doyle en Mitchell (2003) en Mitchell, Clegg en Furniss (2006) dat zowel bij volwassenen als bij jeugdigen met een LVB PTSS nauwelijks herkend wordt.

Professionals kennen een aantal vragenlijsten die gebruikt kunnen worden binnen traumadiagnostiek maar niet specifiek zijn aangepast voor gebruik bij kinderen en jongeren met een LVB. Een aantal professionals zegt de vragenlijsten wel te gebruiken, maar soms op een andere manier, bijvoorbeeld voor het bespreekbaar maken van bepaalde problemen. De volgende, mogelijk werkzame, bestanddelen worden genoemd wat betreft het omgaan met vragenlijsten:

- het voorlezen van de vragenlijsten aan de kinderen
- niet sec naar de resultaten van de vragenlijsten kijken, maar kijken naar wát zijn de antwoorden
- opvallende resultaten uit vragenlijsten gebruiken in gesprek
- vragenlijsten gebruiken om ernst van trauma in te schatten

Naast observatie en vragenlijsten maken professionals ook gebruik van zowel kind- als systeemgerichte interviews.

Elias, Seebregts, Swennenhuis, Bouma (2009) laten in hun rapportage over het gehele onderzoek zien dat er bij de specifieke interventies voor traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een LVB ook specifieke aandachtspunten voor diagnostiek gelden. De beschreven handelingsverlegenheid bij, en de practice based kennis over diagnostiek bij kinderen en jongeren met een LVB die een trauma hebben ervaren, toont aan dat meer onderzoek nodig is om de diagnostiek goed aan te laten sluiten bij de specifieke kenmerken van de doelgroep. In het vervolgonderzoek dat gericht is op de effectiviteit van de specifieke interventievormen, kan dit mogelijk worden meegenomen.

Literatuurlijst

- Alisic, E., Eland, J., & Kleber, R.J. (2006). *Schokverwerkingslijst voor Kinderen (SVLK) – herziene versie*. Zaltbommel/Utrecht: instituut voor Psychotrauma i.s.m. Klinische Psychologie (UU) en Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren (UMC Utrecht).
- Bakker, F.C., Wieringen, P.C.W. van, Ploeg, H.M. van der & Spielberger, C.D. (1989). *Handleiding bij de Zelf-Beoordelingsvragenlijst voor Kinderen ZBV-K*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Charlton, M., Kliethermes, M., Tallant, B., Taverne, A. & Tishelman, A. (2004). *Facts on traumatic stress and children with developmental disabilities*. Los Angeles: the National Center for Child Traumatic Stress.
- Dekking, Y.M. (1983) *Handleiding bij de Sociale Angstschaal voor Kinderen, SAS-k*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Doyle, C. & Mitchell, D. (2003). Post-Traumatic Stress Disorder and People with Learning Disabilities: A literature based discussion. *Journal of Learning Disabilities*, 7, 23-33.
- Elias, C., Seebregts, A., Swennenhuis, P. & Bouma, G. (2009). *Eindrapport 'Traumabehandeling bij kinderen met een licht verstandelijke beperking'*. Tilburg/Leeuwarden: Fontys Hogeschool Pedagogiek/Tjallinga Hiem.
- Gough, P. & Fuchs, D. (2006). *Children with disabilities receiving services from child welfare agencies in Manitoba*. CECW Information.
- Lamers-Winkelmann, F. (1997). *Nederlandse vertaling TSCYC (Trauma Checklist for Young Children)*. Amsterdam: Vrije Universiteit, vakgroep orthopedagogiek.
- Lamers-Winkelmann, F. (1998). *Experimentele vertaling TSCC (Trauma Checklist for Children)*. Amsterdam: Vrije Universiteit, vakgroep orthopedagogiek.
- Linden, J. van der, Dyck, R. van, Vertommen, H., Reycken, W. van de & Kortenbergh, W. (1992). *Dissociatievragenlijst (DIS-Q)*. Universitair Centrum St. Jozef.
- Luteijn, F., Hamel, L.F. Bouman, T.K. & Kok, A.R. (1984). *Hopkins Symptom Checklist HSCL*. Amsterdam: Harcourt.
- Mitchell, A., Clegg, J. & Furniss, F. (2006). Exploring the meaning of trauma with adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 131-142.

- Muris, P., Bodden, D., Hale, W., Birmaher, B. & Mayer, B. (2007). *SCARED-NL. Vragenlijst over angst en bang-zijn bij kinderen en adolescenten. Handleiding bij de gereviseerde Nederlandse versie van de Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*. Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Oosterlaan, J., Prins, P.J.M., Hartman, C.A. & Sergeant, J.A. (1995). *Handleiding bij de vragenlijst voor Angst bij Kinderen (VAK)*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Oosterlaan, J. & Veerman, J.W. (2002). Achtergronden en gebruik van vragenlijsten voor het vaststellen van emotionele en gedragsproblemen bij kinderen. In: Th. Kievit, J.A. Tak & J.D. Bosch, J.D. (Red.), *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Proot, I. & van der Lyke, S. (2008). Kwalitatief Onderzoek. Over stromingen, kwaliteit en praktische relevantie. In: C. Kuiper, J. Verhoef, K. Cox & D. de Louw, D. (Red) (2008). *Methodiek en Toepassing*. Den Haag: uitgeverij Lemma.
- Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2006). *Methoden en technieken van onderzoek*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Timbremont, B. & Braet, C.(2008). *Handleiding Children's Depression Inventory*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der, & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Erasmus Universiteit/Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der, & Koot, H.M. (1997). *Handleiding voor de Teacher's Report Form (TRF)*. Rotterdam: Erasmus Universiteit/Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Wit, C.A.M. de (1987). *Handleiding bij de Depressie Vragenlijst voor Kinderen, DVK en KDVK*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- World Health Organisation (1994). *ICD-10 Classificatie van Psychische stoornissen en gedragsstoornissen. Klinische beschrijvingen en diagnostische richtlijnen*. Nederlandse vertaling onder redactie van prof. Dr. M.W. Hengeveld. Lisse: Swets en Zeitlinger BV.

Aanbevolen websites

- www.innovatie-alliantie.nl
- www.lvb-traumabehandeling.nl