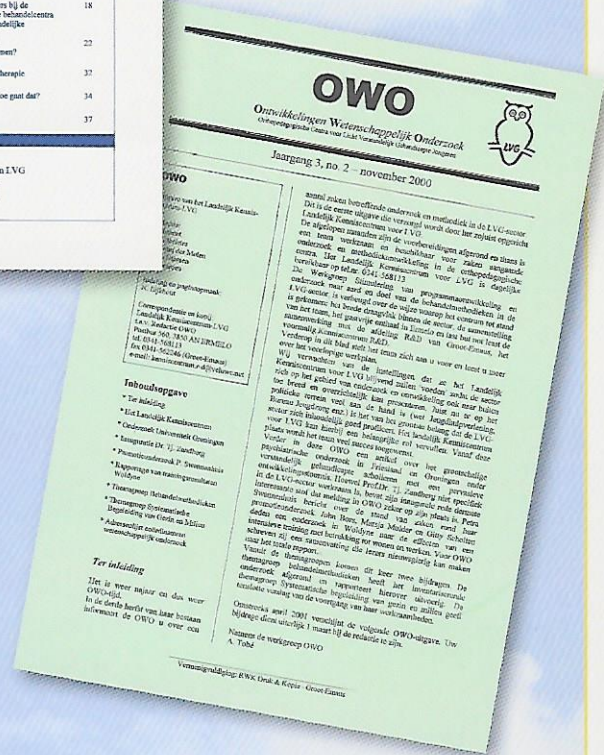
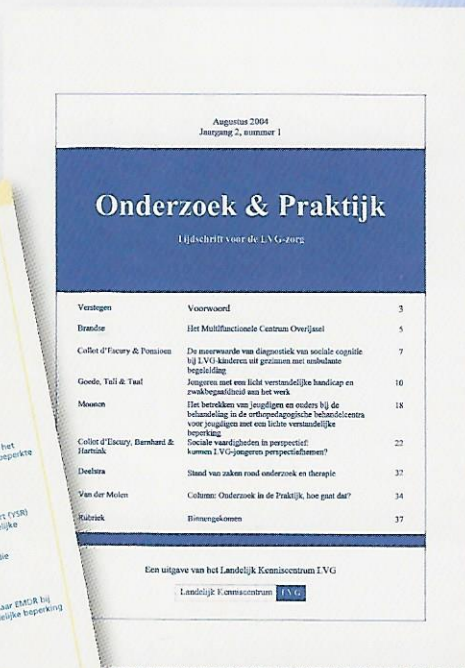
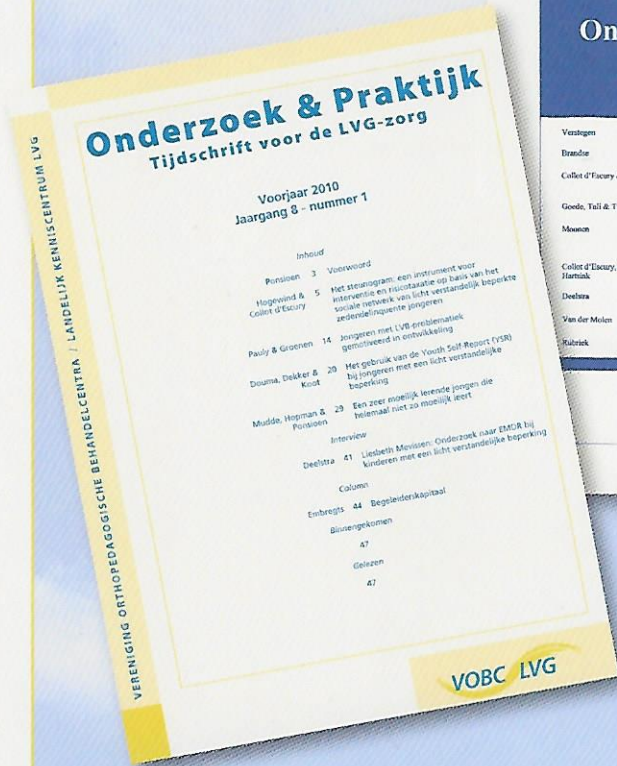


Onderzoek & Praktijk

Tijdschrift voor de LVG-zorg



Onderzoek & Praktijk

Najaar 2010
Jaargang 8 - nummer 2

Inhoud

Ponsioen	5	Voorwoord
Duenk & Moonen	6	10 jaar Landelijk Kenniscentrum LVG in beweging
Verstegen & Moonen	8	Van debilitas mentis naar licht verstandelijke beperking
De Bruin	17	Terug naar de basis?!
Bransen, Dijkstra & Leeman	26	Alcohol en drugsgebruik door (jonge) mensen met een lichte verstandelijke beperking

Reacties van Lezers

36

Bezocht

Douma	38	Vakwerk!
--------------	-----------	-----------------

Gelezen

39

Binnengekomen

43

Jaaroverzichten 1998-2010

44

Onderzoek & Praktijk

is een uitgave van de
VOBC LVG

(Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra en de Stichting Landelijk Kenniscentrum LVG)

Met het verspreiden van de resultaten van praktijkgericht onderzoek
wordt naar een theoretische onderbouwing van het orthopedagogisch handelen
in de zorg voor Licht Verstandelijk Gehandicapte jeugdigen gestreefd.
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
D. Verstegen

Tekstcorrecties:

M. Vreijssen

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@lvgn.net.nl
www.lvgn.net.nl

VOORWOORD

Albert Ponsioen
hoofdredacteur Onderzoek & Praktijk

Al twaalf jaar een tijdschrift voor de LVG-zorg! In dit nummer staan wij hierbij stil. In plaats van de burgemeester komen de beide voorzitters langs om deze mijlpaal van een historisch perspectief te voorzien. *Jan Duenk*, voorzitter van de VOBC en *Xavier Moonen*, voorzitter van de stichting Landelijk Kenniscentrum, zien in *Onderzoek & Praktijk* prikkels en bruggen. Met een toekomst.

Door zelf wat te prikkelen hebben wij ook reacties van lezers in dit nummer opgenomen. Hoe moet het nu verder met dit tijdschrift: recht zo 'ie gaat of de koers wijzigen? De volgende jaargang zal er in ieder geval wat betreft de vormgeving een koerswijziging plaatsvinden. Zie het voorjaarsnummer 2011!

Aan het eind van dit nummer zijn alle bijdragen van de afgelopen twaalf jaar in een overzicht opgenomen. Op de website van de VOBC, www.lvgnet.nl, zijn alle nummers digitaal te raadplegen. Van 1998 tot 2003 was de naam nog *OWO*, *Ontwikkelingen Wetenschappelijk Onderzoek*, vanaf 2003 nam *Onderzoek & Praktijk* het over. De ontwikkeling van het tijdschrift is aan het aantal pagina's goed af te lezen: zes pagina's telde de allereerste *OWO*, meer dan 40 pagina's de laatste nummers van *Onderzoek & Praktijk*. En nu maar hopen dat de kwaliteit hand in hand met de kwantiteit gaat. Aan U, onze trouwe lezer, het oordeel.

Xavier Moonen en *Dirk Verstegen* staan in hun bijdrage stil bij de term LVG: is dit begrip zo langzamerhand niet aan vervanging toe? In ieder geval wel wat betreft de dominantie van de IQ-score. Dat *Onderzoek & Praktijk* te weinig wordt gelezen in Den Haag is wel weer duidelijk geworden de laatste weken.

Terug naar de basis dan maar, met de bijdrage van *Karin de Bruin*. Wat bedoelt men eigenlijk met residentiële behandeling? Wat kan men er onder verstaan en welke verduidelijkende rol kan de wetenschap hierbij spelen?

Els Bransen, *Marijke Dijkstra* en *Monica Leeman* gaan in op het thema LVG en middelengebruik en de ontwikkeling van Richtlijnen die de OBC's kunnen helpen om met deze problematiek adequaat om te gaan.

Jolanda Douma doet in de rubriek *Bezocht* verslag van het congres 'Vakwerk!' en van het tijdens dat congres gepresenteerde boek.

Andries Schilperoord leverde spontaan twee recensies aan van boeken die beide handelen over de invloed van opvoeders op de vroegkinderlijke ontwikkeling. Hij neemt ons daarbij een paar honderdduizend jaar terug in de geschiedenis. Over historisch perspectief gesproken. Dit levert onder meer een fraaie relativering van onze huidige opvoedingsideeën op.

Juist op tijd komt dit najaarsnummer uit voor het VOBC-congres op 3 december in Eindhoven. Met dank aan de onvolprezen *Theo Leenders* en zijn collega's van *RWK Kopie, Mailing & Industrie* in Ermelo. Namens de redactie wens ik u een goed congres en veel inspirerende leesuren toe met deze *Onderzoek & Praktijk*.

10 JAAR LANDELIJK KENNISCENTRUM LVG IN BEWEGING

*Jan Duenk*¹
*Xavier Moonen*²

Op 6 december 2006 werd de stichting Landelijk Kenniscentrum LVG opgericht. Een initiatief van directeuren van orthopedagogische behandelcentra onder aanvoering van Anton Tobé, toen directeur van Stichting De Reeve in Kampen. De inzet was om de kennis en ervaring binnen de behandelcentra te delen en verder te ontwikkelen. Een gezamenlijk kenniscentrum was een logische stap. In korte tijd werden activiteiten ontplooid om die kennisontwikkeling en verspreiding aan te pakken. Een tijdschrift was ook daarbij weer een voor de hand liggende beweging.

Het bestaande blad *OWO* werd omgevormd tot *Onderzoek & Praktijk*. Daarmee werd de basis gelegd voor een stevige inhoudelijke samenwerking. Maar er kwamen nieuwe uitdagingen af op de orthopedagogische zorg voor kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking. De vraag werd geopperd of daarvoor wel bestaansrecht voor is in de gehandicaptenzorg of een overgang naar de algemene jeugdzorg. Jaren van discussie volgden en in die periode werd besloten om de inmiddels hechte vorm van samenwerking van orthopedagogische behandelcentra om te zetten in een vereniging. Met die vereniging kunnen de belangen van de LVG-jeugdzorg beter behartigd worden. In verenigingsverband werden krachten gebundeld met als doel het versterken en verder ontwikkelen van de gespecialiseerde behandelzorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugd met gedragsproblematiek en hun gezinnen.

In 2008 werd besloten om de Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra en de stichting Landelijk Kenniscentrum LVG naast elkaar op zelfstandige basis neer te zetten. In de vereniging werken de behandelcentra samen aan kwalitatieve verbetering van de specialistische behandelzorg. Het Landelijk Kenniscentrum LVG is speerpunt in de kennisontwikkeling en voert deze functie uit met een brede kring van deelnemende organisaties in de gehandicaptenzorg, de jeugdzorg, de jeugd-GGZ en justitie.

In december 2010 staan we voor opnieuw voor uitdagingen. Hoe plaatsen we de LVG-jeugdzorg in een integrale benadering waarmee gezinnen en jeugdigen die hulp krijgen die zij nodig hebben? Hoe ondersteunen we eerstelijns werkers op gemeentelijk niveau om problematiek bij kinderen vroegtijdig te signaleren en sneller passende zorg te bieden? Hoe verbinden we de expertise van jeugdzorg, jeugd-GGZ, jeugd-LVG en onderwijs zodat we één samenhangende aanpak ontwikkelen; één kind, één gezin, één plan? Veel vragen die antwoord moeten krijgen.

Het formuleren van die antwoorden vraagt een gezamenlijke inzet van professionals, instellingen, beleidsmakers en politiek. In dit proces is één factor van cruciaal belang; het delen van kennis en ervaring om ieders inzet te verbeteren en om tot gezamenlijk resultaat te komen. Het tijdschrift *Onderzoek & Praktijk* is in dit proces een prikkel en een brug. Een prikkel om de dagelijkse praktijk kritisch tegen het licht te houden; wat doen we en doen we dat goed? Een brug tussen de wereld van onderzoek en de dagelijkse praktijk; wat weten we eigenlijk en wat kunnen we nog meer gaan ontdekken én toepassen?

¹ Jan Duenk is voorzitter van de Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC).

² Xavier Moonen is voorzitter van het Landelijk Kenniscentrum LVG.

Gewetensvragen en vragen naar beter weten, het tijdschrift helpt ons om daar twee keer per jaar kritisch bij stil te staan. Wij wensen u ook in de komende 10 jaar graag toe om op deze manier *Onderzoek & Praktijk* op uw pad te treffen.

VAN DEBILITAS MENTIS NAAR LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING

Dirk Verstegen¹
Xavier Moonen²

Inleiding

Al jaren wordt er door politici en beleidsmakers een discussie gevoerd over de positie en afbakening van ‘licht verstandelijk gehandicapte jeugd met emotionele en gedragsproblemen’, kortweg LVG-jeugd geheten. Daarbij draait het om de vraag of deze groep kinderen en jongeren gebruik mogen maken van in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking ingebede, AWBZ-gefinancierde zorg of dat ze op de algemene jeugdzorg zijn aangewezen. Deze vraag is zelfs bij de formatie van het Kabinet Rutte aan de orde geweest. In het regeerakkoord zijn namelijk twee maatregelen opgenomen die rechtstreeks betrekking hebben op de positie van LVG-jeugd en voor hen bestaande hulpverlening.

De eerste voorgenomen ingreep is dat de huidige LVG-zorg uit de AWBZ wordt overgeheveld en onder gemeentelijke verantwoordelijkheid komt te vallen. Op zich zou deze overheveling een verbetering kunnen zijn als hierdoor meer samenhang komt in het jeugdzorgaanbod. Een belangrijke voorwaarde daarvoor is echter wel dat specifieke zorg en aandacht voor LVG-jeugd en daarbij horende financiële middelen behouden blijven. Het laatste is echter zeer te vrezen met het oog op de tweede beoogde maatregel; in de AWBZ wordt een bovengrens van IQ 70 ingevoerd. Dat wil zeggen dat er een scheidingsmuur wordt opgetrokken, dwars door de groep mensen met een licht verstandelijke handicap. De Regering baseert deze maatregel op de officiële, internationale classificatie³ die stelt dat bij een IQ-score tussen 50 en 70 sprake is van een licht verstandelijke handicap. De regering doet overigens alsof een IQ een onveranderlijke en goed te bepalen grootheid is die een persoon blijvend kan karakteriseren. Onderzoek laat iets heel anders zien. Het IQ is (zeker met een enkelvoudige meting) slechts met matige betrouwbaarheid vast te stellen en de IQ-scores kunnen onder invloed van gunstige omstandigheden positief beïnvloed worden maar even zozeer door ongunstige omstandigheden, negatief.

Een bovengrens van IQ 70 doorkruist echter ook de in Nederland gegroeide praktijk waarbij wat betreft intelligentiescores gewerkt wordt op basis van de schaal IQ 50 tot 85. Hierdoor kunnen mensen die in de ICD-10 en de DSM IV ‘zwakbegaafd’ genoemd worden, dus met een IQ-score tussen 70 en 85, gebruik maken van hulpverlening als zij dat (op grond van een onderbouwde indicatie) nodig hebben. We hebben dat in Nederland decennia geleden zo geregeld, omdat we zagen dat de IQ-score op zich weinig zegt over de daadwerkelijke ondersteuningsbehoefte. In een recent artikel van Buntinx, Maes, Cleas en Curfs⁴ wordt aangetoond dat er geen lineaire relatie is tussen IQ en ondersteuningsbehoefte. Mensen met een lager IQ hebben lang niet altijd méér ondersteuning nodig en omgekeerd zijn er mensen met een betrekkelijk hoog IQ (tussen 70 en 85/90) die véél (blijvende) ondersteuning nodig blijken te hebben. De mate van beperking ofwel de persoonlijk ervaren problematiek wordt namelijk vooral bepaald door het zogeheten ‘adaptief vermogen’; iemands mogelijkheden om adequaat sociaal te kunnen functioneren. In dat adaptief vermogen ligt in feite de

¹ Dirk Verstegen is directeur van de VOBC LVG.

² Xavier Moonen is voorzitter van het Landelijk Kenniscentrum LVG. Onderzoeker / docent bij de Universiteit van Amsterdam en adviseur bij de Koraal Groep.

³ World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.

⁴ Buntinx, W.H.E., Maes, B., Claes, C., & Curfs L.M.G. (2010). *De Nederlandstalige versie van de Supports Intensity Scale. Psychometrische eigenschappen en toepassingen*. Nederlands Tijdschrift voor de zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen, 36 (1), 4-22.

sleutel of je wel of niet aanspraak kunt maken op specifieke vormen van ondersteuning en hulpverlening. Mensen met een laag aanpassingsvermogen kunnen daar zeer ernstige gevolgen van ondervinden. In de praktijk zien we dan ook vaak dat dientengevolge de gedragsproblematiek ernstiger is bij de hogere IQ-scores.

In 2005, toen de IQ-discussie op één van haar hoogtepunten was, heeft de staatssecretaris van VWS de volgende criteria voor de indicatie AWBZ vastgelegd: ‘Voor de groep jeugdigen met een IQ van minder dan 70 geldt dat per definitie sprake is van een verstandelijke handicap. Daarnaast spreekt de DSM-IV¹ van zwakbegaafdheid als er sprake is van een IQ tussen de 71 en 85. Onder omstandigheden kan deze laatste groep verzekerd zijn aangewezen op AWBZ-gefinancierde zorg. Dat is voornamelijk het geval als er sprake is van beperkingen in het leervermogen en/of van beperkingen in het sociaal aanpassingsvermogen. In beide gevallen moet daarbij sprake zijn van chroniciteit.’² Met deze werkdefinitie is te leven. Niemand wordt hierdoor onnodig gestigmatiseerd als verstandelijk gehandicapt, maar iedereen die het voor zijn persoonlijk en maatschappelijk functioneren nodig heeft, kan specifieke hulp krijgen die bij de beperking aansluit. Daarbij weten we dat ook mensen die wij zwakbegaafd noemen veel meer profiteren van behandeling zoals die gegeven wordt aan mensen met een licht verstandelijke beperking, dan die gegeven wordt aan gemiddeld begaafde mensen.³

Nu wordt echter opnieuw de IQ-bovengrens van stal gehaald om het AWBZ-pakket in te perken. In eerste instantie was het een maatregel die door vooral financiële ambtenaren bedacht was in het kader van de Brede Heroverwegingen. Door opname in het regeerakkoord met een berekende structurele bezuiniging van 250 miljoen euro hangt nu opeens een onzalig besluit in de lucht; een IQ-score wordt beslissend of hulp wel of niet wordt verleend. De regering zou hierdoor ten onrechte afrekenen met een geschiedenis van ruim 100 jaar zorg voor kinderen, jongeren en volwassenen die meer dan gewone moeite hebben om mee te komen in de maatschappij, omdat zij de wereld om zich heen niet begrijpen of omdat zij niet begrepen worden. In ons land is gaandeweg een traditie ontstaan, om aan deze mensen een apart steuntje in de rug te geven. Die steun groeide van de oude zorg voor debielen tot de moderne zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Voordat we daar in Nederland een streep door trekken brengen we in dit artikel deze ontwikkelingsgeschiedenis nog eens voor het voetlicht onder de titel ‘Van debilitas mentis naar licht verstandelijke beperking’.

Nazorg

Vanaf eind 19^{de} eeuw werden in de grote steden scholen voor debielen en imbecielen opgericht. Na invoering van de Leerplichtwet (1901) nam het aantal snel toe tot 95 scholen voor zwakzinnigen in 1934. Openbare debielenscholen waren meestal Volksscholen, gelegen in volksbuurten, met veel kinderen uit zwak sociale gezinnen. Uit deze debielenscholen is een bijzondere vorm van begeleiding voor de groep debielen voortgekomen: de Nazorg. In 1920 werd Pier de Boer in Amsterdam aangesteld als ‘eerste ambtenaar voor de nazorg’⁴. Het ontstaan van deze functie wordt beschreven in het jubileumboek van de Nederlandse Vereniging voor Pedagogische Zorg:

‘Als er na hun schooltijd moeilijkheden kwamen gingen zij uiteraard naar hun oude meester. Die kende hen immers het beste en wie kon beter helpen? Dit gebeurde steeds vaker, tot meester uit de school stapte of daaruit gehaald werd, om zich geheel aan de Nazorg te wijden. Hij bleef ambtenaar in dienst van de gemeente en zo werd hij uiteraard ambtenaar van de nazorg of nazorgambtenaar

¹ DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition

² Brief van VWS aan TK, *Indicatiestelling LVG-jeugd*, juni 2006.

³ Van Nieuwenhuijzen, M., 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*, 32 (4),

⁴ Kingma, T. (1984) *Nederlandse Vereniging voor Sociaal Pedagogische Zorg 1932 – 1982*, 's Gravenhage, Nederlandse Vereniging voor Sociaal Pedagogische Zorg.

genoemd. Later wordt de benaming sociaal-pedagoog ingevoerd. Dat is pedagoog (onderwijzer) die buiten de school werkte met dezelfde middelen; gezag, overwicht, vertrouwen, respect, een goede relatie.

Nazorg bestond al spoedig uit een aantal zaken zoals:

1. het oprichten en beheren van werkinrichtingen voor imbecielen en die debielen die ongeschikt waren om in het vrije bedrijf te werken;
2. het instellen van avondverzorging, avondonderwijs en ontspanning;
3. maatschappelijke hulp, vooral gericht op arbeidsbemiddeling en beroepskeuzeadvies; op hulp bij arbeids- en loonconflicten; en dergelijke. Daarnaast was de nazorgambtenaar de hulp in nood wanneer pupillen met de politie en de justitie in aanraking kwamen. Hieruit vloeiden vaak weer gezinsvoogdijen voort.⁷

Debieleninternaten

In de periode dat de debielenscholen ontstonden, werd ook in de zwakzinnigenzorg initiatief genomen tot het oprichten van voorzieningen voor debielen.

Op 21 maart 1907 wordt het eerste paviljoen op Groot-Emaus in gebruik genomen. De zwakzinnigeninrichting 's Heeren Loo begint hiermee een aparte voorziening voor verwaarloosde, achterlijke jongens en in hetzelfde jaar ook voor meisjes.

Directeur Kortlang legt in 1909 uit waar het de inrichting omgaat: 'Op Groot-Emaus kunnen alleen die achterlijke kinderen geplaatst worden, waarvan men kan hopen dat zij later, na een zorgvuldige voorbereiding, in eigen onderhoud kunnen voorzien.'¹

In de loop van de jaren groeit de voorziening (al 224 kinderen in 1919) en met de tijd verandert de naamgeving. In 1921 heet Groot-Emaus officieel: Internaat voor achterlijke kinderen en voor kinderen die met eigenaardige psychische gebreken behept zijn. In 1952 wordt de benaming: Internaat voor heropvoeding van debiele jongens en meisjes die tot 1979 gehanteerd wordt. Begin jaren tachtig wordt voor het eerst de omschrijving 'licht geestelijk gehandicapte jongeren met uiteenlopende gedragsproblemen' gebruikt.

Op dat moment bestonden er landelijk 21 behandelinstellingen voor LVG-jeugd die in hun naamgeving overgingen van debieleninternaten naar orthopedagogische behandelcentra. Deze instellingen werkten tot 2000 samen onder de naam Landelijk Overleg Directeuren Debieleninternaten (LODDI) en in dat jaar zetten zij hun samenwerking voort in het Landelijk Kenniscentrum LVG, in 2008 opgevolgd door de Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra.

Definitie

In 1968 verscheen het boek *De onderwijskundige en sociale zorg voor gehandicapte jeugd in Nederland*² waarin zwakzinnigen in drie groepen werden verdeeld: idioten, imbecielen en debielen.

Over de debiele kinderen schreven zij:

“Er bestaan kinderen met verminderde geestesvermogens waarvan de prognose aanzienlijk gunstiger is (*in vergelijking tot idiote en imbeciele kinderen – red.*). Het zijn de zwakzinnige kinderen die niet alleen motorisch, maar ook verbaal opvoedbaar zijn. Behalve handenarbeid en lichamelijke oefening draagt ook het lezen, schrijven en rekenen bij tot hun ontwikkeling. Zij maken gebruik van eenvoudig logisch denken, doorgaans op grond van hun zintuiglijke indrukken en kunnen dan ook komen tot het

¹ *Ik moet naar voren leven. 100 jaar Emaus*, Kwadrant 's Heeren Loo, Ermelo

² Vlietstra, N.Y. en Kingma, T., *De onderwijskundige en sociale zorg voor gehandicapte jeugd in Nederland*, Samson, Alphen aan den Rijn, 1968.

trekken van conclusies. Elke redenering waarbij abstracte gegevens zijn betrokken ligt hen echter niet. Slechts onder gunstige omstandigheden en met behulp van anderen weten zij zich in de vrije maatschappij te handhaven. Dit type van zwakzinnige kinderen pleegt men debielen te noemen.”

In het rapport *Scholing en vorming voor en in het beroepsleven bij debilitas mentis*¹ werd het begrip debiliteit verder uitgewerkt in relatie tot de scholing en vorming die voor deze kinderen als vereiste werd gezien: Zij wilden daarbij niet zozeer het begrip ‘debilitas mentis’ omschrijven, als wel het een inhoud geven, die kan leiden tot een juiste benadering van deze groep. In die lijn komen zij tot een beschrijving van lichte zwakzinnigheid als een samengesteld begrip van een aantal kenmerken en criteria. Uit deze opsomming van kenmerken halen we een 3-tal naar voren die aan actualiteit niet hebben ingeboet:

Ontwikkelingsstoornis gekenmerkt door disharmonie

Juist de debiliteit kenmerkt zich door pieken en dalen. In de praktijk uit zich dit verschijnsel nog al eens in een loochening van debiliteit op grond van de ‘pieken’ en in een daarop volgende teleurstelling als een appèl moet worden gedaan op een ‘dieptepunt’.

Subnormale intelligentie

Het IQ tussen 60 en 80 is steeds zowel een richtpunt als een omstreden begrip geweest bij de conclusie tot debiliteit. Het intelligentie-onderzoek is een ‘dwarsdoorsnede’ op een bepaald moment onder bepaalde omstandigheden en dient gehanteerd te worden als een ‘werkhypothese’.

Sociale inkompetentie

Er moet op gewezen worden dat het sociale criterium vooral bijdraagt tot een dynamische opvatting van de debiliteit. In dit verband is het goed er op te wijzen, dat recente publicaties uit de U.S.A. ons een vorm van debiliteit voorstellen, die ook veroorzaakt wordt door een sociaal criterium; namelijk de generatieve economische en sociaal-culturele deprivatie van bevolkinggroepen die kan leiden tot psychische, pedagogische en in laatste instantie tot emotionele verwaarlozing.

Verenigde Staten

Het rapport *Scholing en vorming voor en in het beroepsleven bij debilitas mentis* verwijst naar Amerikaanse publicaties zonder vermelding in de literatuurlijst, maar ongetwijfeld had men daarbij “*The six-hour retarded child*”² (1969) op het oog. De titel van deze publicatie markeert het begin van een zoektocht naar de definitie van een lichte vorm van verstandelijke handicap (*mild mental retardation*). Een definitie waarbij het gebruikelijke systeem van intelligentie-onderzoek en classificatie geen of onvoldoende uitkomst biedt. In de Verenigde Staten zag men namelijk een groeiende groep kinderen uit arme grootstedelijke gezinnen die gedurende de schooldag als verstandelijk gehandicapt werden gelabeld en na schooltijd ‘als normaal’ functioneerden in hun eigen sociale omgeving. Met deze publicatie werden vragen opgeroepen bij de maatschappelijke positie van deze kinderen en hun verhouding tot algemene en speciale voorzieningen. Worden deze kansarme kinderen ten onrechte gelabeld als verstandelijk gehandicapt en wordt hen op die manier beter onderwijs in een regulier schoolsysteem onthouden?

¹ Stichting Federatie Sociaal Pedagogische Zorg voor Zwakzinnigen, *Scholing en vorming voor en in het beroepsleven bij debilitas mentis*, 's Gravenhage, 1972

² President's Committee on Mental Retardation (1969). *The six-hour retarded child*. Washington, DC; U.S. Government Printing Office

Wordt door deze kinderen duidelijk dat de maatschappij kennelijk niet in staat is om deze kansarme groep uit een financieel en educatief armoedige situatie te helpen en naar volwaardig burgerschap te leiden? Of constateren we dat bij deze kinderen sprake is van een licht verstandelijke handicap die niet is te definiëren in het traditionele systeem van intelligentieonderzoek en classificatie?

Veel vragen die 30 jaar later antwoord krijgen in *The forgotten generation* (1999)¹. Tymchuk, Lakin, Luckasson (Eds.)² beschrijven op basis van het rapport *The forgotten generation* hoe personen in de schoolfase een diagnose verstandelijke handicap kunnen verwerven, maar als volwassene niet voldoen aan criteria voor het verkrijgen van gehandicaptenzorg. In de naschoolse periode wordt hun ondersteuningsbehoefte niet onderkend en daardoor ontstaat een groot risico op persoonlijke en sociale ontsporing en daarmee heeft de samenleving een ‘vergeten generatie’.

De auteurs bepleiten in hun boek het gebruik van de term *mild cognitive limitation* in plaats van *mental retardation* (-) ‘because *limitation* suggests that the condition is not necessary permanent, biologically accessible, or identical to current categorical disability definitions. Also the term *limitation* includes a larger group of people than are usually included in typical calculations of disability or impairment. The term *cognitive* was chosen because this book focuses on the group of people who are marginalized by lower than average learning, communication, judgement and understanding abilities. The term *mild* was chosen in part because the limitations of these individuals appear on the surface to be less severe than those of people with more obvious disabilities; however, it is recognized that reading difficulties or other limitations in these individuals can be just as debilitating as more severe disabilities.’ De term licht verstandelijke beperking heeft in hun opvatting betekenis voor een grote groep mensen in de samenleving: ‘Mild cognitive limitation is also applied to individuals whose measured IQ score is greater than the traditional ceiling of 70 – 75 but for whom education and/or support...may be essential to their success in more complex situations...and in roles that require more complex learning, judgement and other cognitive functions across the life span. In effect, this population arguably is the largest group of individuals who may be seen as having disabilities.’

Nederland

In Nederland vindt in die periode een vergelijkbare ontwikkeling plaats in het beschrijven van deze groep mensen en het gebruik van terminologie. De scholen en internaten voor debielen ontwikkelden zich naar scholen voor speciaal onderwijs en naar orthopedagogische behandelcentra.

Gedurende de jaren 70 – 80 wordt gezocht naar nieuwe terminologie om het begrip debiel te vervangen. Zowel in het onderwijs als de zorg komt er een voorkeur voor de term moeilijk lerende kinderen. Er ontstonden scholen voor (voortgezet) speciaal onderwijs voor Moeilijk Lerende Kinderen (MLK) vanuit de gedachte dat deze naamgeving minder stigmatiserend zou zijn en meer recht zou doen aan hun problematiek; deze kinderen hebben immers veel moeite met het (schoolse) leren.

Van Weelden en Niessen schrijven *Het moeilijk lerende kind* (1976)³ dat nog decennia als handboek gebruikt wordt door groepsopvoeders en onderwijzers. In de loop van de tijd krijgt toch de benaming *licht verstandelijk gehandicapt* de overhand en daarvan afgeleid de afkorting LVG.

¹ President’s Committee on Mental Retardation (1999). *The forgotten generation*. Washington, DC; U.S. Government Printing Office.

² Tymchuk, A.J., Lakin, K.C. and Luckasson, R. (Eds.) (2001) *The Forgotten Generation: The Status and Challenges of Adults With Mild Cognitive Limitations*. Baltimore: Paul H. Brookes.

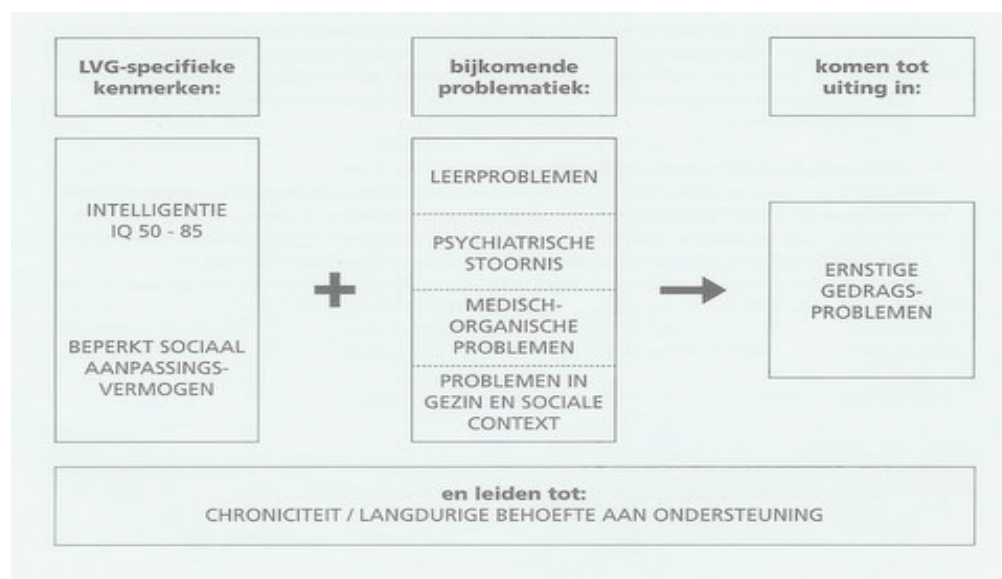
³ Van Weelden, J. van, Niessen, J.S.T., (1976) *Het moeilijk lerende kind*. Rotterdam, het Lemniscaat.

De samenwerkende orthopedagogische centra voor LVG-jeugd leggen in de nota Vorm en Kleur (1995)¹ de hoofdlijnen vast voor de kwalitatieve en kwantitatieve aspecten van de hulp aan licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Zij constateren dat de hulpvraag verandert en gecompliceerder is geworden door maatschappelijke ontwikkelingen als economische teruggang, individualisering en schaalvergroting in onderwijs en zorg. Er is sprake van verscherping van problemen in sociaal functioneren en ook een toename van intrapsychische problematiek. Dit vereist aanpassing van het zorgaanbod aan nieuwe omstandigheden. In de nota wordt de licht verstandelijke handicap geplaatst in een samenstel van factoren die te maken hebben met; de persoonlijke kenmerken, gezinsproblemen, psychosociale problematiek en maatschappelijke omstandigheden (o.a. werk en inkomen).

Denkend vanuit dit kader wordt in de nota de volgende algemene beschrijving van de doelgroep opgemaakt:

‘Licht verstandelijk gehandicapte jongeren zijn personen tot circa 21 jaar die in hun ontwikkeling zijn belemmerd en die zich op grond van hun lager intellectueel functioneren en beperkte sociale redzaamheid niet (zonder hulp) kunnen handhaven in één of meer reguliere maatschappelijke verbanden (gezin, school, werk, groep, leeftijdgenoten, buurt). Met speciale hulp hebben zij een redelijke kans op een zekere mate van zelfstandigheid als volwassene.’

In 2000 richten de samenwerkende orthopedagogische behandelcentra het Landelijk Kenniscentrum LVG op. Vanuit het kenniscentrum wordt in navolgende jaren ingespeeld op de IQ-discussie door een LVG-model² te presenteren. Met dit model werd de heterogeniteit van de doelgroep licht verstandelijk gehandicapte jongeren gebundeld in kenmerkende factoren:



Bij het model wordt opgemerkt:

IQ-score zegt niet alles

De licht verstandelijke handicap laat zich in de praktijk niet alleen bepalen door een IQ-score. De IQ-score in het model moet daarom gezien worden als een signalering van een mogelijk licht

¹ *Vorm en Kleur*. (1995), Utrecht, NVvG.

² Moonen, X., Versteegen, D. (2006) LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek & Praktijk, tijdschrift voor de LVG-zorg*, 4, 1, 23-28.

verstandelijke handicap. Met een IQ-score tussen 50 en 70 is daar in alle gevallen sprake van, bij een score tussen 70 en 85 is nader onderzoek op andere terreinen nodig om de licht verstandelijke handicap te kunnen vaststellen.

Beperkt sociaal aanpassingsvermogen centraal

De problematiek komt vooral tot uiting in een beperkt sociaal aanpassingsvermogen, waardoor het de jeugdige en jongvolwassene niet zonder hulp lukt om zich in sociale situaties te handhaven. De kern zit in de verhouding van de jeugdige en jongvolwassene met een licht verstandelijke handicap en zijn of haar omgeving; gezin, familie, vrienden, school, partnerrelaties, werk en collega's, het openbare leven, vrije tijdsbeleving, enz.'

Terminologie

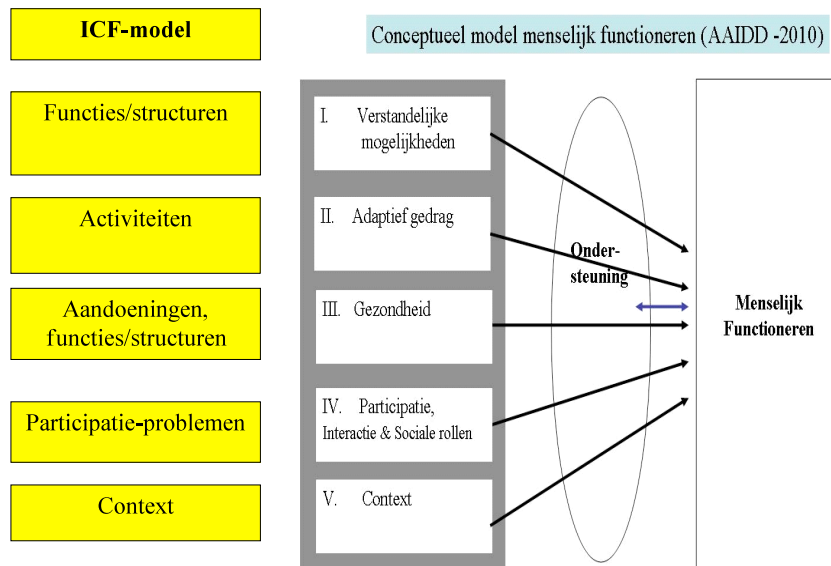
In de afgelopen decennia is de afkorting *LVG* in gebruik geraakt als aanduiding voor de groep *Licht Verstandelijk Gehandicapten*. Met name vanuit de belangenorganisaties is er op aangedrongen om te spreken over *mensen met een licht verstandelijke handicap*. Met deze benaming wordt de mens voorop gesteld en de handicap gezien als een bijkomend kenmerk. Met andere woorden, de mens is meer dan een handicap.

In de afgelopen jaren is daarbij ook gepleit om de term *handicap* te vervangen door *beperking*. Dit heeft als achtergrond dat in terminologie onderscheid wordt gemaakt tussen: een (a) *stoornis* of aandoening; waardoor een (b) *beperking* in functioneren kan ontstaan; die kan leiden tot een (c) *handicap* in het maatschappelijk functioneren.

In de meest recente Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) wordt dit beschreven als drie perspectieven:

1. het perspectief van het menselijk organisme;
2. het perspectief van het menselijk handelen;
3. het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven.

Vanuit deze benadering is er voor gekozen om te spreken over mensen met een verstandelijke beperking en hierdoor ontstond het gebruik van de afkorting *LVB*. Het recente conceptuele model van de Amerikaanse organisatie voor de behartiging van belangen voor mensen met een verstandelijke beperking, de AAIDD, en het ICF-model zijn aan elkaar gerelateerd.



7

De ontwikkelingen met betrekking tot de gebruikte terminologie verlopen in Nederland echter niet overal synchroon. In de media en officiële stukken wordt nog steeds de afkorting LVG gehanteerd, terwijl in onder andere wetenschappelijke en zorginhoudelijke documenten de afkorting LVB steeds meer terrein wint.

Het door elkaar gebruiken van LVG en LVB hoeft op zich geen probleem te zijn, als maar duidelijk is wie of wat er mee wordt aangeduid. Op die manier beschouwd zijn we eigenlijk ongelukkig met beide termen, LVG en LVB, omdat ze ons allebei op het verkeerde been zetten. LVG en/of LVB verwijst als term naar een deelpopulatie van mensen met een verstandelijke beperking en roept daarbij het beeld op dat het gaat om een lichte beperking. Het klopt wel dat de beperking in cognitieve vermogens relatief licht is, maar dat hoeft nog niet in te houden dat die persoon ook een lichte beperking heeft. In de praktijk zien we vaak dat een licht verstandelijke beperking tot ernstige problematiek en zware beperking in het sociaal functioneren leidt. Aan de term LVG of LVB wordt dus ten onrechte de connotatie verbonden dat het een lichte beperking is en dat daarom ook slechts lichte of algemene vormen van ondersteuning nodig zijn.

Het is precies deze verkeerde veronderstelling die ten grondslag ligt aan de keuze voor een bovengrens van IQ 70 in de AWBZ: Het gaat om mensen met een lichte beperking die genoeg hebben aan eenvoudige ondersteuning dus zij hoeven geen AWBZ zorg! Wellicht is het dan ook beter om ons niet meer op de, zowel conceptueel als qua taalgebruik verouderde indeling en terminologie te baseren, maar in het vervolg te spreken over *kwetsbare mensen met beperkte cognitieve vaardigheden*.

Voor de tijd dat we nog gebruik blijven maken van de term LVG en LVB kiezen we heel overwogen voor de formulering *licht* verstandelijke beperking in plaats van de taalkundig meer correcte *lichte* verstandelijke beperking. Met deze formulering zonder *e* verbinden we de kwalificatie *licht* aan *verstandelijk* en niet aan *beperking*.

We doen dit om te beklemtonen dat veel mensen met relatief beperkte cognitieve vaardigheden toch vaak een zware beperking in hun sociaal functioneren hebben.

In de afgelopen 10 jaar hebben we er vanuit de Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra en het Landelijk Kenniscentrum LVG consequent voor gekozen om de *e* weg te laten. We hebben dat gedaan in onze publicaties over de inhoud en mogelijke zware gevolgen van een licht verstandelijke beperking. Dit taalgebruik is wellicht op taalkundige gronden af te wijzen, maar het heeft in onze ogen een belangrijke betekenis in de beeldvorming van de problematiek van mensen met een licht verstandelijke beperking.

We weten niet zeker of het altijd bewust beleid is, maar in alle officiële stukken van het ministerie van VWS en (voorheen) Jeugd & Gezin wordt gesproken over licht verstandelijke beperking en ook een dagblad als De Volkskrant laat de *e* weg.

Wij nodigen iedereen uit om ons slecht taalkundig voorbeeld te volgen voor de goede zaak: de mensen met een licht verstandelijke beperking!



TERUG NAAR DE BASIS?!

*Karin de Bruin*¹

Inleiding

Er wordt vaak besloten tot een residentiële opname als de gedragsproblemen van een jongere in de thuissituatie niet meer hanteerbaar zijn en ambulante hulpverlening niet toereikend is gebleken. Het doel van de opname is het bieden van behandeling zodat de jongere terug naar huis kan of een zo zelfstandig mogelijke plek in de samenleving kan innemen.

Wat is die behandeling in een residentiële instelling eigenlijk? Bij jongeren zijn opvoeding en behandeling verweven. Behandelen kan niet zonder specialistisch opvoeden. Sterker nog: specialistisch opvoeden is de basis van behandelen! De groepsleider of pedagogisch medewerker is hierbij de specialistisch opvoeder.

In dit artikel ligt de nadruk op het belang van het vergroten van de deskundigheid van de groepsleider. Onder deskundigheid wordt verstaan: de mate waarin de groepsleider weet af te stemmen op de (hulpvraag van) de jongere, waarbij zowel kennis, vaardigheden, attitude en persoonskenmerken een rol spelen. Vergroting van de afstemmingsmogelijkheden van de groepsleider verbetert de behandeling. Het model van Rink beschrijft een aantal variabelen en opvoedtaken die helpen om het opvoedsysteem en –proces inzichtelijk te maken. De orthopedagoog in zijn rol als ondersteuner en begeleider, kan hiervan gebruik maken bij het coachen van groepsleiders.

Waan van de dag

's Heeren Loo-Kwadrant-Emaus is een drie-milieus-voorziening voor residentiële orthopedagogische behandeling van licht verstandelijke beperkte jongeren met ernstige gedragsproblemen.

De jongeren die op Emaus wonen hebben vaak al een heel hulpverleningstraject achter de rug. Ambulant en/of residentieel is het nog niet gelukt om een goed antwoord te geven op de hulpvraag. De plaatsing wordt vaak beleefd vanuit een negatieve motivatie: “Het is elders niet gelukt” in plaats van als een interventie om een adequaat hulpantwoord te vinden op de hulpvraag van de jongere en zijn systeem. De plaatsing op Emaus heeft als doel om de ontwikkeling van de jongere weer op gang te brengen, gedragsproblemen te reduceren en integratie in de samenleving te bewerkstelligen. De drie-milieus-behandeling is hiertoe het middel. In dit artikel staan we stil bij de leefgroepbehandeling als essentieel onderdeel hiervan.

Binnen onze instelling werken de groepsleiders in de leefgroep met de jongeren. Zij geven de behandeling vorm door samen te leven met de jongeren. Deze professionele opvoeders helpen de jongeren om bestaande gedragspatronen te veranderen en te oefenen met nieuwe vaardigheden, dit met behulp van de uitgangspunten van het competentie gerichte werken. Dit is, zeker ook door de doelgroep, een dynamisch proces! Ook al zijn deze groepsleiders professionals, zij hebben begeleiding nodig want de praktijk van alle dag is grillig. Er gebeurt veel op een leefgroep dat om snelheid van handelen vraagt. Ondersteuning is nodig om reflectie op het handelen en deskundigheidsbevordering te waarborgen. De trekkracht van de waan van de dag is groot.

¹ Karin de Bruin is orthopedagoog / GZ-psycholoog bij 's Heeren Loo-Kwadrant-Emaus in Ermelo (correspondentie: Karin.de-bruin@sheerenloo.nl)

Gezien het orthopedagogisch karakter van de behandeling heeft de orthopedagoog een belangrijke rol in de ondersteuning en begeleiding. Het vinden van evenwicht in afstand en nabijheid is hierbij een uitdaging. Nabijheid ten behoeve van het bieden van ondersteuning en praktisch advies. En afstand ten behoeve van evenwichtige oordeelsvorming met betrekking tot behandelontwerp en advisering. Dit is gemakkelijker gezegd dan gedaan. Ook de orthopedagoog loopt het risico om mee te gaan met de waan van de dag. In de praktijk van alledag worden er aan de orthopedagoog frequent diverse vragen gesteld, die alle even dringend lijken te zijn. Van daar uit is bij de orthopedagogen van Emaus de behoefte ontstaan aan een orthopedagogisch ordeningskader waarmee naar de dagelijkse praktijk gekeken kan worden. Een *orthopedagogisch* ordeningskader, omdat de behandeling plaatsvindt binnen een orthopedagogische setting. Een orthopedagogisch *ordeningskader* omdat het moet kunnen dienen als tegenhanger voor de 'waan van de dag'. Het moet behulpzaam zijn bij het in beeld brengen van de huidige en de wenselijke situatie en bij het beschrijven van de hulpvraag van de jongere en het hulpantwoord van de begeleiders. Dit geeft de orthopedagoog ingangen om de begeleiding en ondersteuning van de professionals die op de groep werken, op een professionele manier vorm te geven.

In de ontwikkeling van het leefgroepwerk hebben verschillende theoretische kaders een rol gespeeld. In 'residentiële jeugdzorg in beeld' (Harder e.a., 2006, pg. 56-58) staat hiervan een overzicht. Hierin worden onder andere het psycho-analytisch model, het gedragsmodel (leertheorie), 'peer cultural model' en het psycho-educatiemodel genoemd. Ook het sociale competentiemodel en het orthopedagogisch vraagstellingenmodel worden beschreven. De meeste van deze modellen hebben een psychologische achtergrond en kunnen daarom niet dienen als orthopedagogisch ordeningskader. Het model van Kok, het orthopedagogische vraagstellingenmodel, is nog steeds een belangrijk uitgangspunt voor residentiële instellingen. (Klomp, 2001, Knorth, 2005, Kanis, 2004). Niet verwonderlijk als je bedenkt dat het model zich niet beperkt tot de ouder en het kind maar ook aandacht heeft voor de omgeving waarin de opvoeding plaats vindt. Ook Kwadrant sluit aan bij het gedachtegoed van Kok, met zijn opvattingen over opvoeden en specifiek opvoeden en de voortdurende afstemming tussen hulpvraag en hulpantwoord. (Zorgvisie 's Heeren Loo Kwadrant).

In het vier-variabelenmodel van Rink zijn de drie componenten die Kok gebruikt om specifiek opvoeden te beschrijven verder uitgewerkt. Rink heeft hieraan een vierde variabele toegevoegd, de Kind-variabele. (Klomp, 2001). Het is een *orthopedagogisch* model. Het model kan ook dienen als *ordeningskader* (Wigboldus, 2002, pg. 32,33). De praktische bruikbaarheid van het model om het behandelaanbod van een residentiële setting –en mogelijke verbeterpunten- te beschrijven wordt geïllustreerd in Wigboldus (2002). Wigboldus maakt duidelijk dat met behulp van het vier-variabelenmodel het denken in termen van hulpvraag en hulpantwoord mogelijk is. Het model voldoet dus aan de eerder geformuleerde wensen in de zoektocht naar een model dat kan helpen om ordening te brengen in de alledaagse praktijk.

Het vier-variabelenmodel en de drie opvoedtaken

Rink beschrijft vier opvoedingsvariabelen die samen een opvoedingssysteem vormen. Deze vier variabelen kunnen als kapstok dienen om het opvoedingssysteem - bijvoorbeeld een leefgroep - te beschrijven.

K – variabele: het kind als ontvanger van de opvoeding.

Kenmerken die van belang zijn voor de opvoeding:

1. persoonlijke eigenschappen of kenmerken van een kind en de invloed daarvan op het opvoeden. Denk hierbij aan cognitieve-, affectieve-, conatieve-, fysieke-, forensische-, en temperamentkenmerken. (zie ook Rink, 2004, pg. 23, 24)

2. manieren waarop het kind reageert op de opvoeding. Denk hierbij aan communicatieve-, verwerkings- en reactiekenmerken (zie ook Rink, 2004, pg. 24, 25)

O – variabele: de volwassene als (groeps)opvoeder

Kenmerken die van belang zijn voor de opvoeding:

1. persoonlijke eigenschappen of kenmerken van de opvoeder zelf die invloed uitoefenen op zijn manier van opvoeden. (Idem als bij de K-var.)
2. de wijze waarop de opvoeder opvoedt, d.w.z. de houding en de vaste patronen die de opvoeder erop nahoudt. Denk hierbij aan communicatieve, presentatie- en hanteringskenmerken (Rink, 2004, pg. 26, 27)

St. – variabele:

De situatietypes in de opvoeding die samen het opvoedingsprogramma vormen. Een situatietype is een regelmatig terugkerend moment in de opvoeding dat herkend wordt omdat het zich iedere dag op dezelfde manier voordoet. Deze situatietypes zijn onderdelen van het dag-, week-, of weekendprogramma in een gezin of leefgroep. Elk situatietype kent de volgende kenmerken die van belang zijn voor de opvoeding en invloed uitoefenen op het resultaat.

1. de *activiteiten* die centraal staan tijdens een situatie type
2. de *regels of sociale verwachtingen* die gelden in een situatie type
3. de *sfeer* die er in een situatietype heerst (Wigboldus, 2002, pg. 34)

Sc – variabele:

De situationele context vormt het kader waarbinnen de opvoeding plaats vindt. Denk hierbij aan de sociale en materiële omstandigheden. Rink (2004, pg. 29) noemt kenmerken van groepsdynamische aard, kenmerken die te maken hebben met de huisvesting en het interieur, met de financiële mogelijkheden in de opvoedingssituatie, met het sociale netwerk en kenmerken die betrekking hebben op de kwaliteit van de woonomgeving.

Wigboldus (2002, pg. 32, 33) beschrijft duidelijk hoe we het model van Rink kunnen opvatten en wat we ermee kunnen doen. Het model is te gebruiken als een orthopedagogisch ordeningskader voor het in kaart brengen van een opvoedingssysteem. Het model brengt niet alleen wat er gebeurt tussen opvoeder en kind in kaart maar ook andere variabelen in de opvoedingssituatie.

Het model is een leeg model: het geeft inhoudelijk geen richting aan de analyse van de opvoedings- en behandelprocessen. Het model heeft een ordenende functie en het is niet een verklaringsmodel.

“Daardoor kan elke opvoedingsvariabele met de daarbij behorende opvoedingsfunctie worden beschreven, kunnen de opvoedingsvariabelen inhoudelijk worden opgevuld en kunnen er verbanden worden gelegd tussen de vier opvoedingsvariabelen.” (pg. 33).

De vier variabelen hebben in de opvoeding elk hun eigen functie. Ook beïnvloeden zij elkaar wederzijds en zijn daardoor mede afhankelijk van elkaar. De volwassene en de jongere beïnvloeden elkaar en dit proces van wederzijdse beïnvloeding vindt de hele dag door plaats, dit is de essentie van het opvoeden. Gedurende de hele dag heeft de opvoeder de mogelijkheid om kansen te benutten of te creëren om (binnen de verschillende situatietypes) de ontwikkeling van de jongere te stimuleren. Deze opvoedingssituatie is begrensd door de situationele context. Deze manier van kijken naar opvoeden betekent dat er bij de analyse van de opvoeding breder wordt gekeken dan alleen naar de manier waarop de volwassene en de jongere zich tot elkaar verhouden. Opvoeden krijgt zijn vorm door de verschillende situatietypes (van het opvoedprogramma) waarin de opvoeder en de jongere zich bevinden binnen de situationele context. Het hele systeem bepaalt de kwaliteit van het opvoeden. Het

model gaat uit van een integratieve opvatting over opvoeden. (zie ook Wigboldus (2002), pg. 35, 36 en Rink (2004), pg. 18).

Het model van Rink maakt het mogelijk om het proces dat zich in de leefgroep afspeelt te ordenen in hulpvraag en hulpantwoord. De K-variabele (het kind, de jongere) is hierbij de ontvanger van de opvoeding en behandeling (de hulpvrager) ofwel de objectvariabele. De andere drie variabelen (O, St. en Sc.) zijn de methoden en middelen die door de groepsopvoeder in de behandeling ingezet worden, ter bevordering van de ontwikkeling van de jongere. Zij worden de interventievariabelen genoemd worden. (Wigboldus, 2002, pg. 38, 39).

Wil het inzetten van de interventievariabelen effectief zijn, dan moet er tegemoet gekomen worden aan de specifieke hulpvraag van de jongere. Het gaat om vraag (K-variabele) en antwoord (O, St. Sc.), een voortdurend dialogisch proces waarin afstemming gezocht wordt.

Naast de vier variabelen beschrijft Rink drie opvoedtaken. Wanneer de drie opvoedingstaken samen op een goede manier door de groepsopvoeder worden uitgevoerd, is er volgens Rink (1995) sprake van opvoeden.

Opvoedtaak 1: aangaan van functionele werkrelatie met de jongere, waarbinnen de opvoeder de ontwikkeling van de jongere kan stimuleren of mogelijkheden kan bieden voor het compenseren van zijn tekorten. Binnen de behandelrelatie schept een opvoeder kansen, waarbij hij zijn handelen zoveel mogelijk tracht af te stemmen op datgene dat de jongere nodig heeft om zich (optimaal) te kunnen ontwikkelen en ontplooiën. Dit wordt ook wel eens het eigenlijke opvoeden genoemd.

Opvoedtaak 2: Faciliteren van het eigenlijke opvoeden. Kwaliteit van de situaties en context bewaken, samenstellen van een gevarieerd op de jongeren afgestemd dagprogramma. Creëren of aangrijpen van elke spontane en ongeplande situatie, die eraan bijdraagt bepaald gedrag bij een jongere op te roepen of te versterken

Opvoedtaak 3: Bewaken van kwaliteit van eigen opvoederschap en dat van collega's. Dit houdt in dat iedere opvoeder bereid moet zijn om kritisch op het eigen handelen te reflecteren en zich open te stellen voor feedback op zijn handelwijze. (Wigboldus (2002) pg. 38).

De opvoedtaken zijn de centrale taken van de groepsleiding. De eerste twee opvoedtaken bevatten de componenten van het specifiek opvoeden zoals beschreven door Kok:

1. het creëren van een therapeutisch klimaat (Situationele Context variabele)
2. het hanteren van de situaties (Situatietypen variabele)
3. het bieden van een pedagogische relatie (Opvoeders variabele)

De derde opvoedtaak zorgt ervoor dat de kwaliteit van het opvoederschap op peil blijft.

Momenteel zijn de vakgroepen orthopedagogiek en diagnostiek van Emaus bezig om zich dit model eigen te maken en door te vertalen naar de praktijk. Op deze manier kunnen we gebruik maken van een gezamenlijk gedeeld orthopedagogisch ordeningskader zowel voor de individuele behandelplanning als voor begeleiding en advisering. De vakgroepen zijn gelijktijdig gestart met het implementeren van het model en omdat wij momenteel in de fase van de coaching van groepsleiding zijn, is de vakgroep orthopedagogiek vanzelfsprekend het meest actief.

(Methodisch) samenleven is behandelen

Het vier variabelen model van Rink biedt de mogelijkheid om de weerbarstige praktijk van alledag te ordenen en ervaringen te systematiseren. Tegelijk maakt het duidelijk hoe complex het beroep van

opvoeder is. Het vormgeven van de opvoedtaken, de kern van de leefgroepbehandeling, vereist veel. Wat maakt de groepsleider nu tot een 'competente professional'?

De groepsleider is degene die de opvoedtaken uitvoert. Hij heeft hierin de belangrijkste taak. Rink spreekt ook wel van de groepsleider als manager van het opvoedsysteem. De orthopedagoog ondersteunt en begeleidt de groepsleider bij het uitvoeren van de opvoedtaken.

In het (leefgroep)opvoedproces staat het samenleven centraal. De groepsleider voedt op door er op een bepaalde manier 'te zijn' in de relatie met de jongere, en wel op zo'n manier dat de jongere zich er aan kan ontwikkelen. (Wigboldus, 2002 pg. 39-42). Kok noemt dit ook wel het functionele karakter van het opvoedingsproces.

De (groeps)opvoeder is er op gericht om het opvoedproces te optimaliseren. Hiertoe reflecteert de groepsopvoeder en stelt zichzelf vervolgens doelen om zijn handelen en 'zijn' te verbeteren. Kok noemt dit het intentionele aspect aan het opvoedproces. Hij geeft ook aan dat de aanpassing van het handelen natuurlijk moet overkomen op de jongere, als het ware als een andere vorm van samenleven. Dit intentionele aspect komt vooral tot uiting in het bewust, doelgericht en methodisch handelen:

“Professionaliteit van groepsopvoeders kenmerkt zich door de mate waarin zij in staat zijn om hun eigen handelwijze methodisch te variëren al naargelang de behoeften van de jongere” (Wigboldus, 2002, pg. 40 over Klomp 1992).

Zowel het functionele karakter als het intentionele aspect zijn van belang bij het opvoedproces. Te weinig aandacht voor het intentionele aspect maakt dat een jongere in een leefgroep te veel wordt blootgesteld aan persoonlijke voorkeuren van de individuele groepsopvoeder, met onvoorspelbaarheid en onveiligheid als gevolg. Te weinig aandacht voor het samen-zijn maakt dat de jongere te weinig spontane momenten heeft waarin het onvoorwaardelijke acceptatie mag ervaren. Niet meer even de aai over de bol, of dat grapje of knipoog heeft tot gevolg dat de opvoeding/behandeling kil aan doet. (zie ook Klomp, 1992, H1).

Het samenleven met LVB jongeren met ernstige gedragsproblemen gaat niet vanzelf. Een goede uitvoering van de opvoedtaken staat met regelmaat onder druk vanwege de gedragsproblemen. Hierdoor is het van belang dat de groepsleiding reflecteert over het hulpantwoord (het 'zijn' als opvoeder, de vormgeving van de Situatietypen en de Situationele Context). De orthopedagoog ondersteunt deze reflectie door de afstemming tussen hulpvraag (K-variabele) en hulpantwoord te bewaken en hierover te adviseren. De reflectiemomenten – het intentionele aspect – resulteren in bijstelling van het samenleven. Groepsleiding past de handelwijze (manier van samenleven) aan, beter afgestemd op de (opvoedings)behoefte van de jongere. Dit is het methodisch inzetten van de handelwijzen.

Een goede groepsleider kan het samenleven met de jongere en het intentionele aspect op natuurlijke wijze combineren in zijn opvoedstijl. Hij leeft op zo'n manier samen dat aanpassingen in de manier van samenleven door de jongere (bijna) niet gemerkt worden. Het samenleven krijgt dan net even andere accenten. Als de aanpassingen op zo'n natuurlijke manier aangebracht worden in het samenleven voelt het voor de jongere niet als 'trucje'. Het zal eerder de werkrelatie verbeteren.

Een goede werkrelatie ontstaat namelijk niet vanzelf, zeker niet met de jongeren die op Emaus verblijven. Zij hebben een rugzak vol bagage, zijn meesters in het overleven, en missen vaak vaardigheden en vertrouwen om nog met volwassenen samen op weg te willen gaan. Zij hebben in hun leven geleerd dat volwassenen onbetrouwbaar zijn en je op je hoede moet zijn voor misbruik e.d. Dit is hun ervaring van hoe de werkelijkheid is. Voor de groepsleider een hele opgave om zodanig af te stemmen op *die* werkelijkheid van de jongere dat hij kan profiteren van de behandeling.

Embregts beschrijft in haar inleidende over 'menslievende professionalisering' dat de relatie tussen cliënt en hulpverlener (of begeleider) voor een groot deel de effectiviteit van de hulpverlening bepaalt, en in mindere mate de interventies. Ditzelfde komt naar voren vanuit onderzoek binnen de psychotherapie. De persoon van de hulpverlener heeft een grotere invloed op de uitkomst van de behandeling dan de specifieke behandeling. (Embregts, 2009, pg. 18, 19). De relationele factor lijkt dus meer bepalend voor het succes van de hulpverlening, dan de methodische werkwijze van de interventie.

Klomp (2001) schrijft dat de groepsopvoeder het instrument in de behandeling is. Ook geeft hij aan dat het bieden van de pedagogische relatie de basis van het hulpverleningsproces is. De basis van deze relatie zijn zorg en betrokkenheid, acceptatie van de jongere als persoon en positieve bevestiging van wat goed gaat. De groepsopvoeder zal daarnaast ook richting geven en grenzen stellen. Iedere groepsopvoeder zal deze relatie op zijn eigen manier invullen. De eigen mogelijkheden en beperkingen maken dat iedere groepsopvoeder zijn eigen manier van 'zijn' heeft. Een spanningsveld voor de groepsopvoeder ligt hierbij tussen het zichzelf zijn en het zichzelf hanteren. Aan de ene kant moet de groepsopvoeder zijn gedrag afstemmen op de hulpvraag van de jongere en aan de andere kant moet hijzelf als persoon herkenbaar blijven.

Klomp geeft ook aan dat de manier waarop de groepsopvoeder vorm geeft aan het therapeutisch klimaat en de situaties hanteert in belangrijke mate de kwaliteit van de behandeling bepaalt. Een zekere mate van zelfkennis en zelfacceptatie is een belangrijke voorwaarde om het eigen functioneren op de hulpvraag en ontwikkelingsbehoefte van de jongere af te stemmen.

Embregts (2009) beschrijft de competente professional als iemand die naast zijn vaktechnische kwaliteiten ook zijn persoonlijke kwaliteiten kan inzetten. Ze houdt een pleidooi om niet alleen kennis en vaardigheden te oormerken als competenties maar ook attitude en persoonskenmerken. Deze laatste twee zijn weliswaar moeilijker te evalueren en te beïnvloeden maar zijn vooral van invloed op het contact maken, afstemmen op de ander, het aangaan van een relatie en het onderhouden ervan (pg. 20). En dat is precies dat, wat een groepsleider nodig heeft voor het vervullen van de eerste opvoedtaak. Uit onderzoeksliteratuur blijkt volgens haar dat kennis, vaardigheden, attitude en persoonskenmerken trainbaar en veranderbaar zijn. Dit biedt ons als orthopedagogen in het werkveld goede aanknopingspunten om de groepsopvoeder te begeleiden en te professionaliseren bij het uitvoeren van zijn opvoedingstaken.

Kortom, voor verbetering van de behandeling van de jongere is het nodig dat de groepsopvoeder gesteund en begeleid wordt in het vergroten van zijn afstemmingsmogelijkheden op de jongere. Hierdoor is hij beter in staat om zijn handelwijze methodisch in te zetten en de opvoedtaken uit te voeren. Zijn kennis, vaardigheden, attitude en persoonskenmerken zijn competenties die als ingang kunnen dienen om deze afstemming te verbeteren.

Definiëring van handelwijzen

Handelwijzen zijn manieren van samenleven, het is gedrag van mensen dat een bepaald accent heeft en een bepaald doel. Binnen Emaus hebben we een begin gemaakt met het expliciteren en definiëren van handelwijzen die behulpzaam zijn bij de uitvoering van de opvoedtaken, met name bij de eerste en de derde. Elke handelwijze is gedefinieerd, zoveel als mogelijk aansluitend bij het dagelijkse taalgebruik.

Om als leefgroep/team de handelwijzen methodisch te kunnen variëren is eenheid van taal een vereiste. Teambreed dezelfde accentueringen aanbrengen in het samenleven kan alleen als voor een ieder de handelwijzen dezelfde betekenis hebben.

Structureren, reguleren, steunen en sturen zijn veel gebruikte begrippen in 'residentieel Nederland'. Maar hebben we het over hetzelfde? En hoe dan we het dan? Een duidelijke en ook gezamenlijk gedragen definiëring is noodzakelijk om reflectie op de handelwijzen mogelijk te maken. En hiermee het bewust, doelgericht en methodisch gebruik ervan.

Onderstaande 22 handelwijzen beschrijven niet al het handelen van groepsleiding, daarvoor is dit te veelzijdig. Ook zijn de beschreven handelwijzen niet specifiek voor een pedagogische relatie. De handelwijzen komen ook voor in andere menselijke relaties.

Handelwijzen in schema:

Steunen	Sturen	Reguleren	In beweging brengen	Vergroten (zelf)kennis & kunde
Ontlasten	Meenemen	Normeren	Motiveren	Informatie/instructie
Bevestigen	Dirigeren	Begrenzen	Aanzetten tot exploreren	doorgeven
Delen	Adviseren	Controleren	Confronteren:	Verwoorden
Meegaan		Corrigeren	1. terugkoppelen	
Instemmen		Straffen	2. problematiseren	
Beschermen		Belonen	3. verstoren	
		Negeren		
Structureren (van situatie, inhoud, relatie, proces)				

Dit schema is in ontwikkeling, aanvullingen zijn welkom. In verband met de lengte van dit artikel neem ik niet van alle 22 handelwijzen de definiëring op. Geïnteresseerden kunnen het opvragen. Structureren beschrijf ik wel omdat het de basis van het leefgroepwerk is. Het steeds opnieuw vormgeven van de Situatietypen en de Situationele Context afgestemd op de hulpvraag van de jongere

Structureren

Structureren wordt gedefinieerd als: aanbrengen of in stand houden van vorm, ordening en daarmee duidelijkheid (niet altijd gelijk aan: voorspelbaarheid). De structurering kan betrekking hebben op de situatie, de relatie, de inhoud en het proces (van der Kooy, z.j.). De functie van structureren is: het geven van ordening, duidelijkheid, begrenzing en het creëren van mogelijkheden. Hiermee biedt structuur veiligheid en maakt herstel van het gewone leven mogelijk en daarmee ontwikkeling (van der Kooy, z.j.). De handelwijze structureren is gericht op de inrichting van de leefgroep; de situatietypen (met zijn activiteiten, regels/sociale verwachtingen en sfeer), de situationele context en pedagogische relatiedefinitie afgestemd op de aanwezige jongeren.

Hiermee hoop ik duidelijk gemaakt te hebben dat het structureren altijd de omgeving van de jongere betreft en niet de jongere zelf! Ook hoop ik duidelijk gemaakt te hebben dat het een activiteit is die een bepaalde structuur (product) tot gevolg heeft, bijvoorbeeld een dagroutine. Deze structuur is adequaat zolang ze dienstig is voor de ontwikkeling van de jongere. Een niet adequate structuur dient aangepast te worden. (zie ook: van der Kooy, z.j.). Ook hierbij geldt de continue afstemming op de hulpvraag van de jongere. Tot slot hoop ik duidelijk gemaakt te hebben dat er altijd gestructureerd wordt. Het gaat niet om veel of weinig structuur. Het is onmogelijk geen vorm geven aan de relatie, de leefgroep en de situatietypen. Wel is het mogelijk om niet adequaat te structureren. De structuur is dan disfunctioneel, ze geeft geen of onvoldoende ordening, duidelijkheid, begrenzing en creëert geen of onvoldoende mogelijkheden. De beoogde veiligheid wordt niet bereikt, net zo min als het herstel van

het gewone leven en de ontwikkelingskansen. De leefgroepbehandeling heeft dan geen toegevoegde waarde voor de jongeren!

De overige handelwijzen zijn geclusterd in vijf overkoepelende begrippen, te weten:

- Steunen: het voorzien in praktische en emotionele behoeften als veiligheid, zekerheid, verbondenheid, aandacht, lastenverlichting, respect, begrip, waardering. (zie ook: van der Kooy, z.j.)
- Sturen: het geven van richting aan de gedachten en handelingen van de ander met als effect (nieuw) perspectief te geven in een situatie die dreigt vast te lopen of is vastgelopen.
- Reguleren: het zodanig omgaan met gedrag dat de ander zijn gedrag aanpast aan de geldende structuur (van situatie, relatie, inhoud en proces)
- In beweging brengen: handelen waardoor de ander in beweging gebracht wordt die bevorderend is voor de verdere ontwikkeling
- Vergroten van (zelf)kennis & kunde: handelen waardoor de ander meer (zelf)kennis & kunde kan vergaren

Deze handelwijzen komen vooral voor in het samenleven met de jongere, bij de uitvoering van de eerste opvoedtaak. Elk cluster beschrijft een accent in het handelen, dat vervolgens op verschillende manieren is vorm te geven. Het schema maakt zichtbaar dat bijvoorbeeld reguleren van gedrag op zeven verschillende manieren kan gebeuren. Dit geeft zowel de ondersteunende pedagoog als de uitvoerende groepsleider de mogelijkheid om de nuances en differentiaties in het regulerend handelen te bespreken en te oefenen; ook kan men zo komen tot een fijnmazige afstemming over het handelen. Met andere woorden: het methodisch variëren van de handelwijzen. Ook helpt het bij de derde opvoedtaak: reflectie! Omdat de handelwijzen onderdeel zijn van het samenleven met de jongere zijn zij allen beschreven als werkwoord. Het samenleven op de leefgroep is vooral samendoen!

Tot slot. Terug naar de basis!!

Met dit artikel heb ik het belang van het dagelijks samenleven van groepsleiding en jongeren onder de aandacht willen brengen. Gerichte ondersteuning en begeleiding van groepsleiding bij de vervulling van de opvoedtaken in het dagelijks samenleven verbetert de afstemming op de jongere. Het viervariabelenmodel van Rink ondersteunt deze gerichte ondersteuning en begeleiding.

Eenduidige taal maakt aandacht voor het concrete handelen, en daarmee het teambreed methodisch inzetten van de handelwijzen en de reflectie hierop, mogelijk. Met het schema, dat bijvoorbeeld door praktijkonderzoek nog verder onderbouwd moet worden, heb ik hiertoe een aanzet willen doen. Vanuit de overtuiging dat de basis van de leefgroepbehandeling ligt in het samenleven.

Literatuur

- Embregts, P. (2009). *Schriftelijk verslag van intreedere 4 juni 2009. Menslievende professionalisering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Harder, A.T., Knorth, E.J., & Zandberg, Tj. (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld. Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten*. Amsterdam: BV Uitgeverij SWP.
- Kanis, M.J. (2004). Residentiële programma's voor uit huis geplaatste kinderen. In J. Hermanns, C. van Nijnatten, M. Smit, F. Verheij en M. Reuling (red.), *Handboek Jeugdzorg, Methodieken, zorgprogramma's en doelgroepen* (B.3, pg. 1-22). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Klomp, M. (1992). *Hulpverlening aan adolescenten, een bijdrage aan methodiekontwikkeling in Trainingscentra voor Kamerbewoning*. Leiden: Drukkerij Faculteit der Sociale Wetenschappen. Academisch Proefschrift.

- Klomp, M. (2001). Leefgroepwerk als zorgprogramma. In J. Hermanns, C. van Nijnatten, M. Smit, F. Verheij en M. Reuling (red.), *Handboek Jeugdzorg, Methodieken A11* (pg. 1-16). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Knorth, E.J. (2005). Wat maakt het verschil? Over intensieve orthopedagogische zorg voor jeugdigen met probleemgedrag. *Kind en Adolescent*, 26, pg. 334-351.
- Knorth, E.J. (november 2005). Pedagogische invalshoeken. In J. Hermanns, C. van Nijnatten, F. Verheij en M. Reuling (red.), *Handboek Jeugdzorg, deel 1: Stromingen en specifieke doelgroepen* (pg. 95-108). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kooy, van der J., Collegedictaat, Vrije Universiteit te Amsterdam, zonder jaartal.
- Rink, J. E. (1995). *Pedagogische verwaarlozing en orthopedagogiek*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Rink, J.E. (2004). *Praktische Pedagogiek, Opvoeden Pedagogische verwaarlozing Opvoedingsdiagnostiek en Opvoedingsbehandeling*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Wigboldus, E.H.M. (2002). *Opvoedend handelen in een justitiële jeugdinstelling, systematisering van het behandel aanbod binnen Rentray*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant. Academisch Proefschrift.
- Zorgvisie 's Heeren Loo Kwadrant (concept), oktober 2005.
-

ALCOHOL EN DRUGSGEBRUIK DOOR (JONGE) MENSEN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING

Els Bransen¹
Marijke Dijkstra²
Monica Leeman³

Inleiding

De signalen over schadelijk alcohol- en drugsgebruik door mensen met een lichte verstandelijke beperking (afgekort: LVG) nemen toe (Mutsaers e.a., 2007). Dat het eerste landelijke congres over verslavingsproblematiek bij LVG-ers op 7 oktober 2010 al snel was volgeboekt is dus niet verwonderlijk. In Nederland is van LVG sprake wanneer een laag intellectueel functioneren dat wil zeggen een IQ-score tussen 50 en 85, samengaat met een beperkt sociaal aanpassingsvermogen en een blijvende behoefte aan ondersteuning. Volgens cijfers van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) telt Nederland zeker 154.000 mensen met LVG (Ras e.a., 2010). Welk deel van de LVG-populatie in de leeftijdscategorie 0-18 jaar valt is niet bekend.

Mensen met LVG zijn in verschillende settings te vinden. Allereerst is dat de verstandelijk gehandicaptenzorg waaronder de orthopedagogische behandelcentra maar ook de sociale werkvoorziening en MEE. Daarnaast staan mensen met LVG in contact met algemene settings zoals de huisartsvoorziening, de (geestelijke) gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang.

In dit artikel doen we verslag van een onderzoek naar de omvang van alcohol- en drugsgebruik door (jonge) mensen met LVG in een aantal specifieke LVG-settings en algemene settings. We maken daarbij gebruik van gegevens uit literatuuronderzoek en interviews met sleutelfiguren. We beschrijven vervolgens de stand van zaken met betrekking tot risicofactoren, gevolgen en houding ten opzichte van gebruik en gaan in op de mogelijkheden van preventie, begeleiding en behandeling. Tenslotte bespreken we de betekenis van de gepresenteerde bevindingen voor het beleid van de LVG-instellingen.

Alcohol en drugsgebruik door (jonge) mensen met LVG

Studies over het alcohol- en drugsgebruik van mensen met LVG hanteren uiteenlopende definities van de verstandelijke beperking en het middelengebruik. Vaak ontbreekt de IQ-range. De studies maken ook vaak geen onderscheid in begrippen als middelengebruik, middelenmisbruik en middelenverslaving, terwijl hier wel degelijk verschillen tussen zijn (Mutsaers e.a., 2007). Ondanks deze methodologische beperkingen is duidelijk dat mensen met LVG alcohol en drugs gebruiken. Nederlandse jongeren met LVG gebruiken ongeveer net zo vaak alcohol en drugs in vergelijking met hun normaal begaafde leeftijdgenoten (Bransen e.a., 2008). Volwassenen met LVG lijken minder vaak alcohol en drugs te gebruiken dan volwassenen zonder verstandelijke beperking (Dijkstra & Bransen, 2010). Bij jongeren en volwassenen met LVG die middelen gebruiken is echter wel vaker sprake van middelenmisbruik (Mutsaers e.a., 2007; McGillicuddy, 2006) en bingedrinken (Coco & Harper, 2002).

¹ Drs. Els Bransen is wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut in Utrecht (Correspondentieadres: Trimbos-instituut t.a.v. Els Bransen, Postbus 725, 3500 AS Utrecht. ebransen@trimbos.nl, 030-2959240).

² Drs. Marijke Dijkstra is junior wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut in Utrecht.

³ Drs. Monica Leeman is programmamanager bij de VOBC LVG in Utrecht.

Van bingedrinken is sprake als tijdens één gelegenheid zes of meer standaardglazen alcoholhoudende drank in een kort tijdsbestek worden gedronken, afgewisseld met perioden van nauwelijks tot niet drinken. Onder jongeren komt ook zwaar gebruik van cannabis veel voor. Ongeveer 16% van de ondervraagde jongeren met LVG geeft aan op alle dagen van de week meer dan zes keer cannabis te gebruiken (Bransen e.a., 2008). Onderzoek laat zien dat 14% van de scholieren zonder verstandelijke beperking meer dan tien keer per week cannabis gebruikt (Van Laar e.a., 2010). Hoeveel van deze jongeren te kenmerken zijn als 'zwaar gebruiker van cannabis' is niet bekend.

Prevalentie in verschillende settings

Mensen met LVG zijn in verschillende algemene en LVG-settings te vinden, maar slechts in een beperkt aantal settings is onderzoek gedaan naar het alcohol- en drugsgebruik van deze groep. Wij bespreken hieronder enkele resultaten van de studies die bij ons bekend zijn en vullen deze informatie aan met de bevindingen uit ons onderzoek onder 52 sleutelfiguren van een zestal settings.

Verstandelijk gehandicaptenzorg

Van de 145 ondervraagde jongeren met LVG die in contact staan met een orthopedagogisch behandelcentrum gebruikt ongeveer 20% regelmatig alcohol en ongeveer 45% regelmatig drugs (Bransen e.a., 2008). In Nederlandse instellingen voor sterk gedragsgestoorde mensen met een lichte verstandelijke beperking (SGLVG-instellingen) is middelenafhankelijkheid een van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen. Bij 21% van de 157 cliënten werd deze diagnose gesteld. Van de cliënten die langer dan drie maanden zijn opgenomen (n=68) heeft 42% in het jaar vóór de opname problemen gehad met middelengebruik. Middelenafhankelijkheid komt bij mannen in SGLVG-instellingen driemaal vaker voor dan bij vrouwen (Tenneij & Koot, 2007).

Drie VG-instellingen hebben het middelengebruik bij de eigen cliënten onderzocht. Eigen onderzoek van VG-instelling NOVO laat zien dat alcoholmisbruik voorkomt onder 2,2% en drugsmisbruik onder 0,8% van de volwassen cliënten met een verstandelijke beperking. Het middelengebruik was het hoogst onder degenen binnen deze groep die voldoen aan de criteria voor zwakbegaafdheid (Smits, 2008). Kwalitatief onderzoek van zorginstelling Cordaan laat zien dat alcohol en drugs binnen alle woonlocaties voor cliënten met LVG gebruikt worden. Ook uit dit onderzoek wordt duidelijk dat alcohol- en drugsgebruik vaker voorkomt bij cliënten met een hogere intelligentie: hoe hoger hun niveau, hoe vaker zij alcohol en drugs gebruiken (Zielhuis & Streng, 2010). Van de 98 cliënten met LVG in zorginstelling Aveleijn gebruikt 71% alcohol en 40% cannabis. 16% van de cliënten met LVG gebruikt stimulerende harddrugs zoals XTC en cocaïne. De meerderheid van deze cliënten woont zelfstandig en maar liefst 63% heeft geen contact met de verslavingszorg (De Jong e.a., 2009).

Wij vroegen sleutelfiguren in vier VG-instellingen een schatting te geven van het alcohol- of drugsgebruik in hun instelling of locatie. Mannen lijken vaker en meer alcohol te drinken en vaker dagelijks cannabis te gebruiken dan vrouwen. De sleutelfiguren zien nauwelijks harddrugsgebruik bij mannen en nog minder bij vrouwen. Gemiddeld gebruikt ongeveer 20% van de volwassenen met LVG in deze instellingen alcohol, drugs, of beide (Dijkstra & Bransen, 2010).

Verslavingszorg

Logischerwijs komt alcohol- en drugsgebruik vaker voor onder cliënten van de verslavingszorg. Interessanter is dan om te weten hoeveel van deze cliënten een lichte verstandelijke beperking heeft. Volgens onderzoek van Tactus Verslavingszorg heeft 6,5% van de cliënten een lichte verstandelijke beperking. Dit zijn 144 cliënten. Meer dan de helft van deze cliënten gebruikt alcohol (63%), 16% gebruikt cannabis en 22% stimulerende harddrugs zoals XTC en cocaïne (De Jong e.a., 2009).

Uit de antwoorden op een vragenlijst die wij verspreidden onder sleutelfiguren van de verslavingszorg blijkt dat bij de meeste instellingen niet precies bekend is hoeveel van hun cliënten een lichte

verstandelijke beperking hebben. Het IQ is vaak niet bekend en professionals herkennen een verstandelijke beperking onvoldoende. In de zes instellingen die de vragenlijst retourneerden stonden 98 cliënten als LVG geregistreerd. Daarnaast vermoedde men bij in totaal 341 cliënten een lichte verstandelijke beperking (Dijkstra & Bransen, 2010).

Justitiële inrichtingen

Alcohol en drugs zijn verboden in een justitiële inrichting. Het alcohol- en drugsgebruik onder jongeren (respectievelijk 4% en 11%) is vanzelfsprekend laag omdat op gebruik gecontroleerd en gesanctioneerd wordt (Bransen e.a., 2008). Toch blijkt uit recent onderzoek dat het alcohol- en drugsgebruik door jongeren in justitiële inrichtingen veel hoger ligt. Hoeveel van deze jongeren een lichte verstandelijke beperking heeft is echter niet bekend (Kepper e.a., 2010). Om meer zicht te krijgen op de zogenaamde triple problematiek (een lichte verstandelijke beperking, psychiatrische problemen en verslavingsproblematiek) heeft het ministerie van Justitie een quick scan laten uitvoeren. Ongeveer 15-39% van de justitiabelen dat wil zeggen personen die zich in het strafrechtelijk systeem bevinden, met problematisch drugsgebruik heeft een lichte verstandelijke beperking. Naast middelenmisbruik en een verstandelijke beperking heeft 36% van de justitiabelen ook een psychische stoornis. Een goede inschatting van de verstandelijke beperking is echter moeilijk te maken omdat gedegen diagnostische informatie ontbreekt. Ook onderkennen medewerkers van justitiële inrichtingen de combinatie van de genoemde problemen nog onvoldoende (Kaal e.a., 2009).

In Nederland verbleven justitiabelen met psychiatrische problematiek, al dan niet in combinatie met problematisch middelengebruik, een verstandelijke beperking of allebei, altijd in kleine over het hele land verspreide zorgafdelingen. In 2009 zijn de zorgvoorzieningen voor deze groep binnen het gevangeniswezen geconcentreerd in vijf psychiatrische penitentiaire centra (PPC). Sleutelfiguren van vier van deze PPC's geven aan dat ongeveer 10-40% van de gedetineerden een lichte verstandelijke beperking heeft (Dijkstra & Bransen, 2010).

MEE, sociale werkvoorzieningen en maatschappelijke opvang

Bij ons is geen onderzoek bekend naar het alcohol- en drugsgebruik van mensen met LVG die in contact staan met MEE, de sociale werkvoorziening of de maatschappelijke opvang. Sleutelfiguren uit vijf MEE-instellingen geven aan dat alcoholgebruik voorkomt maar meestal niet problematisch is. Tegelijkertijd geven deze sleutelfiguren aan dat de meeste medewerkers problemen vanwege alcohol- of drugsgebruik onvoldoende herkennen. Cannabisgebruik wordt veel vaker gesignaleerd. Een enkele cliënt van MEE gebruikt harddrugs.

De sleutelfiguren van vier sociale werkvoorzieningen geven aan vaak beperkt zicht te hebben op de thuissituatie en vrije tijdsbesteding van hun werknemers. Alcohol- en drugsgebruik komt volgens de sleutelfiguren beperkt voor. Alcohol vormt vaker een probleem, met name bij mannen, dan cannabisgebruik. Harddrugsgebruik wordt zelden gesignaleerd. Maar ook hier geven sleutelfiguren aan dat de meeste werkleiders (problematisch) gebruik van alcohol en drugs onvoldoende kunnen herkennen.

De schattingen van sleutelfiguren van vier instellingen voor maatschappelijke opvang maken duidelijk dat het aantal volwassen cliënten met LVG per voorziening verschilt. Gemiddeld is bij 15-31% van de cliënten in de ondervraagde instellingen sprake van (een vermoeden op) LVG. Alcoholgebruik, maar ook dagelijks cannabisgebruik lijkt veel voor te komen onder volwassenen met LVG in deze setting. Een aantal sleutelfiguren signaleren veel harddrugsgebruik terwijl anderen helemaal geen harddrugsgebruik signaleren. Dit duidt op onbekendheid van medewerkers over harddrugs en het herkennen van dit gebruik (Dijkstra & Bransen, 2010).

Samengevat zijn mensen met LVG die problematisch middelen gebruiken het meest zichtbaar in settings voor mensen in de marge van de samenleving: de maatschappelijke opvang, verslavingszorg en justitiële instellingen. Sleutelfiguren in de verstandelijk gehandicaptenzorg, MEE en sociale werkvoorzieningen signaleren veel minder vaak (problematisch) gebruik. Ondanks de beperkingen van de beschikbare (wetenschappelijke) gegevens lijkt het erop dat volwassenen met LVG gemiddeld genomen minder middelen gebruiken dan volwassenen in de algemene bevolking. Tegelijkertijd is er een duidelijke groep met problematisch gebruik of een verslaving. Wij schatten in dat het om 10-30% van de volwassenen met LVG in de bovengenoemde settings gaat.

Risicofactoren

Net als bij de algemene bevolking begint het middelengebruik bij mensen met LVG soms al op zeven- of achtjarige leeftijd. Zo'n vroeg begin geeft een verhoogd risico op het ontstaan van onder meer sociale- en psychische problemen op latere leeftijd. Andere risicofactoren zoals gedragsstoornissen, middelengebruik door familieleden en gebruik van meerdere middelen, spelen bij mensen met LVG net zo'n belangrijke rol als bij normaal begaafde mensen. Deze algemene risicofactoren komen bij mensen met LVG alleen meer voor (Bransen e.a., 2008). Mogelijk dat juist daardoor relatief vaker problematisch gebruik van middelen ontstaat.

Veel mensen met een verstandelijke beperking die middelen gebruiken komen uit een lagere sociaaleconomische klasse, hebben familieleden die middelen gebruiken of krijgen te maken met stressvolle gebeurtenissen waarmee ze niet goed kunnen omgaan. Mensen met LVG worden regelmatig 'overvraagd': er wordt meer van hen gevraagd dan zij aankunnen omdat hun beperking vaak niet direct zichtbaar is. Dat kunnen zij als stressvol ervaren wat kan leiden tot een chronische vorm van stress. Mensen met LVG die zelfstandig, bij familie of met ambulante begeleiding wonen, komen makkelijker en sneller in aanraking met middelen dan mensen in een instelling of met een ernstige verstandelijke beperking (Coco & Harper, 2002; Bransen e.a., 2008). Ook maken veel mensen met LVG negatieve levensgebeurtenissen mee en kunnen zij langdurig en ernstig rouwen na het verlies van een dierbare. Ze krijgen echter zelden hulp of ondersteuning voor de gebeurtenis(sen) die zij hebben meegemaakt. Dat kan komen omdat familie of zorgverleners hun rouwproblematiek niet herkennen of deze ontkennen of negeren (Dowling e.a., 2006; Taggart e.a., 2007).

Gevolgen

Het gebruik van alcohol en drugs heeft vaak een negatieve invloed op de verstandelijke beperking. Het verstandelijke vermogen gaat verder achteruit en overvraging neemt toe. Bovendien krijgen mensen met LVG door het gebruik van middelen vaker te maken met psychische stoornissen dan mensen met een ernstige verstandelijke beperking en waarschijnlijk ook dan mensen uit de algemene bevolking (Nettelblad e.a., 2009).

Middelengebruik heeft net als in de algemene bevolking een negatieve invloed op het welbevinden van mensen met een verstandelijke beperking. Ook hier zijn de gevolgen groter voor mensen met LVG. Zij krijgen onder meer vaker te maken met: agressie, fysiek en verbaal geweld, psychologische trauma's, seksueel en financieel misbruik, zelfschade en overdosis, in aanraking komen met politie en justitie, en verlies van de alledaagse structuur (McLaughlin, 2007). Het aantal vrouwen met LVG en problematisch middelengebruik dat een zelfmoordpoging doet is zorgwekkend (Taggart e.a., 2007). De aan werk of criminaliteit gerelateerde gevolgen zijn gelijk aan of soms hoger dan bij normaal begaafde mensen die alcohol of drugs gebruiken (McGillicuddy, 2006).

Attitude ten opzichte van middelengebruik

Mensen met LVG die middelen gebruiken ervaren daarvan niet alleen meer nadelen (kater, moe), maar ook meer voordelen (spraakzamer) dan mensen met LVG die geen middelen gebruiken (Steenhuis e.a., 2009). Hun redenen tot gebruik blijken overeen te komen met die van normaal

begaafde mensen, bijvoorbeeld stressvermindering en sociaal contact maken. Alcohol drinken uit eenzaamheid en om erbij te horen lijken echter voor mensen met LVG belangrijkere redenen te zijn dan voor normaal begaafde mensen (McLaughlin, 2007; Degenhardt, 2000). Nederlands onderzoek onder 180 jongvolwassenen (15-25 jaar) met LVG laat zien dat een groot deel van hen desgewenst met alcohol- of softdrugsgebruik denkt te kunnen stoppen. De intentie om dat ooit daadwerkelijk te doen ligt echter veel lager, op respectievelijk 28% voor alcoholgebruik en 40% voor softdrugsgebruik (Steenhuis e.a., 2009).

Preventie, begeleiding en behandeling

Preventie

Vanwege het verhoogde risico op schadelijke gevolgen van middelengebruik is het noodzakelijk om bij mensen met LVG in een vroeg stadium te interveniëren. Voorlichting over middelengebruik en de (negatieve) gevolgen daarvan, assertiviteitstraining en sociale vaardigheidstraining zijn methoden om klachten door middelengebruik te voorkomen of te verminderen. De effectiviteit hiervan is bij mensen met LVG echter maar zeer beperkt onderzocht (Mutsaers e.a., 2007). Reguliere preventieprogramma's doen een sterk beroep op cognitieve vermogens en zelfreflectie. Mensen met LVG hebben over het algemeen een kortere aandachtsspanne, meer moeite met abstract redeneren, een lagere geletterdheid en een gebrekkig korte termijn geheugen. De reguliere preventieprogramma's lijken dan ook niet geschikt voor mensen met LVG (Mutsaers e.a., 2007). Het Trimbos-instituut heeft een start gemaakt met onderzoek naar een aangepast programma voor de LVG-doelgroep dat onder andere bestaat uit een ouderavond en een voorlichtingsbijeenkomst voor jongeren met LVG. Uitvoerders en deelnemers waarden de inhoud en werkvormen van deze interventies over het algemeen positief. Wel blijkt de werving van ouders en jongeren met LVG voor dergelijke bijeenkomsten een belangrijk aandachtspunt. Jongeren die een voorlichtingsbijeenkomst hadden bijgewoond zeiden meer te weten over bier, blowen en andere drugs dan voor de bijeenkomst. Hun mening over alcohol en drugs veranderde echter (nog) niet. Vanwege de bescheiden omvang en beperkte uitvoering van deze eerste pilotstudie is voorzichtigheid geboden met de interpretatie van de resultaten (Hilderink & Bransen, 2010).

Voor mensen met LVG die problematisch middelen gebruiken zonder dat zij dit zelf als een probleem ervaren is geïndiceerde preventie nodig. In het algemeen wordt hiervoor vaak gebruik gemaakt van motiverende gespreksvoering en elementen uit de cognitieve therapie. Over het effect van motiverende gespreksvoering bij mensen met LVG is weinig bekend. Een studie onder een beperkt aantal volwassenen met leer- en alcoholgerelateerde problemen toont een veelbelovend resultaat. Hieruit blijkt dat drie motiverende groepsbijeenkomsten volstaan om de motivatie tot veranderen te vergroten (Mendel & Hipkins, 2002). Deze techniek moet nog verder worden uitgewerkt voor mensen met LVG. Ook over de bruikbaarheid bij deze doelgroep van een cognitieve aanpak is weinig bekend. Over het algemeen wordt gedacht dat een dergelijke aanpak niet geschikt is voor mensen met LVG (Degenhardt, 2000). Maar een cognitief behandelprogramma voor mensen met LVG met matig depressieve klachten laat zien dat zo'n cognitieve aanpak wél geschikt kan zijn. Groepen van vijf tot zes mensen met LVG en depressieve klachten gingen in twaalf weken elke week twee uur aan de slag met discussiëren, rollenspellen en het oefenen van vaardigheden. Begeleiders kregen een tweedaagse cursus voordat zij met het programma aan de slag gingen. De deelnemers aan het programma hadden minder depressieve symptomen en minder negatieve gedachten dan de leden van de controlegroep. Deze uitkomsten hielden bij een follow-up na drie maanden nog stand. De positieve uitkomsten lijken vooral samen te hangen met de groepsmatige aanpak en het feit dat professionals in het programma met hun eigen cliënten werken (McGillivray e.a., 2008). Er zijn effectstudies bij mensen met LVG en problematisch middelengebruik nodig om de effectiviteit van cognitieve programma's aan te kunnen tonen.

Begeleiding

Voor effectieve begeleiding van mensen met LVG die (problematisch) middelen gebruiken is deskundigheidsbevordering nodig. Professionals die mensen met LVG begeleiden hebben kennis en vaardigheden nodig voor preventie en vroegsignalering. Ook lijkt hun attitude van belang te zijn om cliënten op adequate wijze te ondersteunen. Begeleiders van mensen met LVG hebben deze kennis en vaardigheden onvoldoende in huis (Bransen e.a., 2008; Dijkstra & Bransen, 2010). Professionals uit de verstandelijk gehandicaptenzorg en de verslavingszorg melden dat zij gerichte scholing (trainingen) en specifieke interventies voor mensen met LVG en (problematisch) middelengebruik nodig hebben om de toenemende en complexe vraag van deze groep te kunnen beantwoorden. In LVG-settings is behoefte aan meer kennis over (problematisch) middelengebruik, en in algemene settings zoals de verslavingszorg is behoefte aan meer kennis over een verstandelijke beperking. Tevens is er behoefte aan een 'linking pin', een persoon die tussen een LVG- en verslavingszorginstelling instaat (McLaughlin, 2007).

Professionals die werken met mensen met een verstandelijke beperking zouden zowel in cursusverband als op de werkvloer getraind moeten worden, bijvoorbeeld in het herkennen of bespreekbaar maken van middelengebruik, blijkt uit een recente meta-analyse (Van Oorschouw e.a., 2007). Dit geldt temeer wanneer de training als doel heeft gedrag van cliënten te veranderen. Daarnaast is gebruik van meerdere technieken zoals rollenspellen, modelling en verbale feedback, effectiever dan het gebruik van één enkele techniek. Voor het aanleren van een attitude lijkt videofeedback een effectieve methode te zijn (Embregts & Gerits, 2007).

Een deskundigheidsbevorderingprogramma op het gebied van middelengebruik in risicosettings dat in Nederland op uitvoerbaarheid en effectiviteit is onderzocht, is 'Open en Alert'. Het Trimbos-instituut heeft in samenwerking met enkele instellingen voor verslavingszorg dit alcohol- en drugspreventieprogramma ontwikkeld voor residentiële jeugdhulpverlening, jongerenwerk en justitiële jeugdinrichtingen. In het programma staan opstellen van een alcohol- en drugsbeleid en scholing aan medewerkers centraal. Uit een pilotstudie naar Open en Alert in de LVG-jeugdzorg blijkt dat de methode in deze setting uitvoerbaar is. De inhoud sluit goed aan bij het niveau en de behoefte van de doelgroep. Dit geldt eveneens voor de werkvormen. De uitvoerders en deelnemers waren positief over het programma, maar meer specifieke kennis over middelengebruik en LVG en aanvullende werkvormen als casuïstiekbesprekingen zijn gewenst (Hilderink & Bransen, 2010). Op basis van deze eerste ervaringen in de LVG-jeugdzorg is Open en Alert aangepast in samenwerking met een gedragsdeskundige uit de verstandelijk gehandicaptenzorg. Een extra casus is toegevoegd en in kaders is specifieke informatie uitgewerkt over onder andere de risico's van middelengebruik voor mensen met LVG, de do's en dont's in een eerste signaleringsgesprek, de toepassing van de stadia van gedragsverandering bij mensen met LVG en motiverende gespreksvoering bij mensen met LVG. In 2010 wordt de uitvoerbaarheid van Open en Alert getest in meerdere LVG settings waaronder de sociale werkvoorziening. Daarna komt dit materiaal, na mogelijk enkele aanpassingen, beschikbaar voor instellingen in Nederland voor mensen met LVG.

Ook het programma 'Effectief omgaan met verslaving en middelenproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking' (Kiewik e.a., 2008) van Tactus verslavingszorg en zorginstelling Aveleijn richt zich op deskundigheidsbevordering. Het unieke van dit programma is dat de cursus zich richt op deelnemers uit zowel de verslavingszorg als de (L)VG-zorg. Zo kunnen beide sectoren van elkaar leren. Het programma heeft een open inschrijving en wordt doorlopend geëvalueerd en bijgesteld. Effecten van het programma zijn nog niet bekend.

In het buitenland is eveneens onderzoek gedaan naar effectieve begeleiding. Zo is er een studie naar het effect van een training waarin verpleegkundigen kennis en vaardigheden leren met betrekking tot een verstandelijke beperking. De training leidde ertoe dat verpleegkundigen langere afspraken

maakten met mensen met (L)VG, de toegankelijkheid verbeterden en symbolen, plaatjes en foto's in de communicatie gebruikten. Hun kennis en zelfeffectiviteit namen meer toe wanneer zij de drie uur durende mondelinge workshop in combinatie met de geschreven training volgden (Melville e.a., 2006). Verder is onderzoek gedaan naar een werkwijze in de begeleiding van mensen met LVG. Deze studie onderzocht een bepaald type samenwerkingsrelatie waarin begeleider en volwassene met LVG een gelijkwaardige bijdrage aan de begeleidingsgesprekken leveren. Zij stellen bijvoorbeeld gezamenlijk doelen op en werken hier samen aan. Ook het opbouwen van een relatie en het achterhalen van de taken die kunnen helpen de gestelde doelen te verwezenlijken zijn belangrijke onderdelen van deze werkwijze. Het onderzoek laat zien dat de mensen met LVG die hun persoonlijke doel haalden een betere samenwerkingsrelatie hadden dan degenen die hun doel niet haalden. Een goede samenwerkingsrelatie hing bovendien samen met een groter optimisme over de toekomst (Strauser, 2004). Dit onderzoek biedt aanknopingspunten voor een effectieve werkwijze bij de begeleiding van mensen met LVG, maar is nog niet onderzocht in relatie tot LVG en middelengebruik.

Behandeling

Hoewel de meeste professionals het erover eens lijken te zijn dat een specifieke behandeling voor deze groep nodig is, staat de behandeling van problematisch middelengebruik bij mensen met LVG nog in de kinderschoenen. Een laag IQ vormt vaak een contra-indicatie voor behandeling in de verslavingszorg, terwijl middelengebruik vaak een contra-indicatie vormt voor de behandeling, begeleiding en het wonen en werken in de verstandelijk gehandicaptenzorg (Clerkx & Trentelman, 2007). De samenwerking verloopt nog teveel ad hoc. Professionals onderschatten of negeren psychische problemen of denken dat therapie niet werkt bij deze doelgroep. Behandelsettings als de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), verslavingszorg en VG-instellingen opereren meer naast dan samen met elkaar. Mensen met een verstandelijke beperking krijgen zelden (psycho)therapie aangeboden, omdat men, zoals eerder aangegeven, behandeling gebaseerd op cognitieve therapie vaak niet geschikt vindt voor mensen met LVG (Degenhardt, 2000; Mendel & Hipkins, 2002). Niettemin zijn met deze therapievorm positieve resultaten behaald (McCabe e.a., 2006; McGillivray e.a., 2008).

Volgens Degenhardt (2000) zou behandeling gericht moeten zijn op het stoppen van middelengebruik en niet op minderen. Waar de verslavingszorg normaal gesproken afhankelijk van de omvang en de functie van het gebruik inzet op minderen dus *minder drinken* als het om alcohol gaat, zou dit bij mensen met LVG niet haalbaar zijn. Een effectieve behandeling voor mensen met LVG begint met een duidelijke boodschap. Andere randvoorwaarden zijn: doelen stellen, korte en gestructureerde sessies, veel herhalen en veel samenvatten (Mannynsalo, 2009). Kwalitatief onderzoek laat zien dat de behandeling langer moet duren dan de standaardbehandeling. Deze zou bovendien rollenspellen moeten bevatten, om vaardigheden aan te leren die in het dagelijkse leven nodig zijn (McGillicuddy, 2006).

Aansluitend op bovengenoemde informatie benoemen praktijkdeskundigen de volgende aandachtspunten voor leren en veranderen bij mensen met LVG. Zien en doen werkt beter dan horen en begrijpen. Mensen met LVG leren sneller wanneer zij een eigen voordeel of eigen belang zien in de voorgestelde gedragsverandering. Zij leren beter wanneer de materie ze persoonlijk raakt. Het welbekende 'plaatje, praatje, daadje' is belangrijk, net als herhalen, een speelse benadering en enkelvoudige informatie geven. Gesprekken moeten een duidelijke kop en staart bevatten: wie doet wat wanneer, waar of hoe. Daarin sluit de begeleider aan op de denkstijl van iemand met een verstandelijke beperking. Dus zwart versus wit, winst versus verlies en ja versus nee. Maar misschien is de belangrijkste aanbeveling voor de praktijk dat professionals investeren in positief contact, geduld hebben en naast de persoon gaan staan in plaats van voor hem of haar (Roos, in Dijkstra & Bransen, 2010b).

Betekenis voor de LVG-instellingen

Op grond van het voorgaande zal duidelijk zijn dat gebruik van alcohol en drugs door mensen met LVG meer aandacht behoeft van de instellingen die hen zorg, behandeling en begeleiding bieden. Alcohol- en drugsgebruik leidt immers regelmatig tot forse problemen en gezien het verhoogde risico dat mensen met LVG lopen op schadelijke gevolgen van middelengebruik is ontmoediging en beperking van dit gebruik noodzakelijk. Deze conclusie is niet nieuw. Al een aantal jaren wordt vanuit de LVG-instellingen aandacht gevraagd voor het alcohol- en drugsgebruik van hun cliënten. Dat heeft geleid tot diverse samenwerkingsprojecten van verslavingszorg en LVG-organisaties. Zo wordt in bepaalde regio's (ervarings-)kennis over verstandelijke beperkingen en middelengebruik verzameld en gedeeld. Een ander voorbeeld is de ontwikkeling van een 'beste practice' voor LVG-instellingen gericht op beleidsontwikkeling en voorlichting en training van professionals: de eerder genoemde interventie Open en Alert. In 2009 is bovendien wetenschappelijk onderzoek gestart naar 1. de ontwikkeling van een betrouwbaar screeningsinstrument voor het vaststellen van middelengebruik bij mensen met LVG en 2. effectieve interventies voor LVG en middelengebruik (Van der Nagel & Kiewik, 2009).

Er zijn dus belangrijke ontwikkelingen in gang gezet in de verslavingszorg en de LVG-zorg. Echter, de grote vraag is hoe we de geboekte resultaten implementeren en borgen? Hoe creëren we blijvend draagvlak voor dit onderwerp binnen de instellingen? Hoe zorgen we ervoor dat een en ander niet alleen afhangt van enthousiaste medewerkers, aandachtsfunctionarissen die het 'erbij' moeten doen, maar bundelen we onze ervaring en kennis en houden we dit vast?

De beschikbaarheid van een Richtlijn Middelengebruik zou instellingen kunnen helpen bij het handen en voeten geven aan dit thema. De VOBC zou het initiatief willen nemen voor het opstellen van een dergelijke richtlijn voor het omgaan met middelengebruik bij de behandeling en begeleiding van jeugdigen met LVG in de Orthopedagogische Behandelcentra (OBC's). Implementatie van de richtlijn zou dan in samenwerking met de regionale instelling voor verslavingszorg kunnen plaatsvinden. Onderzoek naar de randvoorwaarden van een succesvolle implementatie van de reeds beschikbare 'best practices' is eveneens van belang en een belangrijke tweede stap die wij met elkaar moeten maken.

Literatuur

- Bransen, E., Schipper, H., Mutsaers, K., Haverman, M., & Blekman, J. (2008). *Aard en omvang van middelengebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Een eerste verkenning bij jongeren zelf en hun begeleiders*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Clerkx, M., & Trentelman, M. (2007). *Van Kei en Eik. Over de behandeling van verslaving bij volwassen mensen met een lichte verstandelijke handicap*. In: *Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking van Didden, R., & Moonen, X. (2007)*. Amersfoort: Landelijk Kenniscentrum LVG & Expertisecentrum De Borg.
- Cocco, K.M., & Harper, D.C. (2002). Substance use in people with mental retardation: A missing link in understanding community outcomes? *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46, 34-41.
- De Jong, C., Van der Nagel, J., Kiewik, M., & Kemna, L. (2009). *7th European Congress of Mental Health in Intellectual Disability. Presentatie 4 september 2009 (S106): Substance use and misuse in intellectual disability (SumID)*. Amsterdam.
- Degenhardt, L. (2000). Interventions for people with alcohol use disorders and an intellectual disability: A review of the literature. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 25, 135-146.
- Dijkstra, M., & Bransen, E. (2010). *Middelengebruik door volwassenen met een lichte verstandelijke beperking. Een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Dijkstra, M., & Bransen, E. (2010b). *Open en Alert. Handboek voor preventiewerkers*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Dowling, S., Hubert, J., White, S., & Hollins, S. (2006). Bereaved adults with intellectual disabilities: a combined randomized controlled trial and qualitative study of two community-based interventions. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 277-287.

- Embregts, P.J., & Gerits, L. (2007). *Emotionele Intelligentie en training van begeleiders. In: Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking van Didden, R., & Moonen, X. (2007).* Amersfoort: Landelijk Kenniscentrum LVG & Expertisecentrum De Borg.
- Hilderink, I., & Bransen, E. (2010). *Voorkomen van problematisch middelengebruik door jongeren met een licht verstandelijke beperking. Een interventieprogramma.* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kaal, H.L., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Ganpat, S., & Wits, E. (2009). *Een complex probleem. Passende zorg voor verslaafde justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap.* Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, Ministerie van Justitie.
- Kepper, A., Veen, V., Monshouwer, K., Stevens, G., Drost, W., De Vroome, T., & Vollebergh, W. (2010). *Middelengebruik bij jongens in Justitiële Jeugdinstellingen. Het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en harddrugs bij jongens met en zonder PIJ-maatregel.* Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Kiewik, M., Van der Nagel, J., & Thijs, A.L. (2008). *Effectief omgaan met verslaving en middelenproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking.* Enschede: Tactus Verslavingszorg.
- Mannysalo, L. (2009). Forensic psychiatric perspective on criminality associated with intellectual disability: A nationwide register-based study. *Journal of Intellectual Disability Research, 53*, 279-288.
- McCabe, M.P., McGillivray, J.A., Newton, D.C. (2006). Effectiveness of treatment programmes for depression among adults with mild/moderate intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 239-247.
- McGillicuddy, N.B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 12*, 41-47.
- McGillivray, J.A., McCabe, M.P., Kershaw, M.M. (2008). Depression in people with intellectual disability. An evaluation of a staff-administered treatment program. *Research in Developmental Disabilities, 29*, 524-536.
- McLaughlin, D.F. (2007). The experiences of professionals who care for people with intellectual disability who have substance-related problems. *Journal of Substance Use, 12*, 133-143.
- Melville, C.A., Cooper, S.A., Morrison, J., Finlayson, J., Allan, L., Robinson, N., Burns, E., & Martin, G. (2006). The outcomes of an intervention study to reduce the barriers experienced by people with intellectual disabilities accessing primary health care services. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 11-17.
- Mendel, E., & Hipkins, J. (2002). Motivating learning disabled offenders with alcohol-related problems: a pilot study. *British Journal of Learning Disabilities, 30*, 153-158.
- Mutsaers, K., Blekman, J.W., & Schipper, H.C. (2007). *Licht verstandelijk gehandicapten en middelengebruik. Wat is er tot op heden bekend?* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nettelbladt, P., Goth, M., Bogren, M., & Mattisson, C. (2009). Risk of mental disorders in subjects with intellectual disability in the Lundby cohort 1947-97. *Nordic Journal of Psychiatry, 63*, 316-321.
- Ras, M., Woittiez, I., Van Kempen, H., & Sadiraj, K. (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Smits, A. (2008). *Beperkte kater? Onderzoek naar (de begeleiding en behandeling van) alcohol- en drugsmisbruik bij mensen met een verstandelijke beperking.* Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Orthopedagogiek.
- Steenhuis, I.H.M., & Van der Poel, E. (2009). Alcohol- en drugsgebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren in de leeftijd van 15-25 jaar. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 64*, 66-78.
- Strauser, D.R. (2004). The relationship between working alliance and therapeutic outcomes for individuals with mild mental retardation. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 47*, 215-223.
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & McFarlane, C. (2007). Listening to people with intellectual disabilities who misuse alcohol and drugs. *Health and Social Care in the Community, 15*, 360-368.
- Tenneij, N., & Koot, H. (2007). Doelgroep in beeld. Een onderzoek bij mensen met een lichte verstandelijke beperking en meervoudige complexe problematiek. In: R. Didden & X. Moonen (Red.), *Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking.* Amersfoort: Landelijk Kenniscentrum LVG & Expertisecentrum De Borg.
- Van der Nagel, J., & Kiewik, M. (2009). *Nieuwsbrief SumID©, nummer 2.* NISPA/Tactus/AveleijnSDT.
- Van Laar, M.W., Cruets, A.A.N., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Meijer, R.F., & Brunt, T. (2010). *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2009.* Utrecht: Trimbos-instituut.

- Van Oorsouw, W.M.W.J., Embregts, P.J., Bosman, A.M.T., & Jahoda, A. (2009). Training staff serving clients with intellectual disabilities: A meta-analysis of aspects determining effectiveness. *Research in Developmental Disabilities, 30*, 503-511.
- Zielhuis, C., & Streng, T. (2010). *Alcohol- en drugsgebruik door cliënten met een verstandelijke beperking*. Amsterdam: Cordaan.
-

REACTIES VAN LEZERS

‘De integratie van wetenschappelijk onderzoek in de praktijk van de hulpverlening aan jeugdigen zoals die in de LVG-zorg haar beslag kreeg was volgens de toenmalige redactie een basis voor een symbiose waar beiden aan kunnen groeien. Een symbiose heeft iets wreeds in zich: Groei van de één gaat dikwijls ten koste van de ander. Bij onderzoek en praktijk is dat in de eerste tien jaar van haar bestaan niet het geval geweest. De praktijk van hulpverlening ontwikkelt op vele fronten. Een groei die wordt gestimuleerd door (promotie) onderzoek waarover het tijdschrift in ruime mate artikelen heeft gepubliceerd. Dus ook de kennis is toegenomen. Synthese is daarom wellicht een beter woord voor het proces dat door het tijdschrift in de afgelopen jaren is vormgegeven. Synthese kost energie. Dat hebben de praktijkonderzoekers ervaren bij het verzamelen van data in het veld. Dat heeft de werker in de praktijk ervaren als op basis van onderzoeksresultaten nieuwe inzichten tot een verandering in werkwijze leiden. Synthese levert ook energie op. De onderlinge samenwerking tussen onderzoek en praktijk werkt inspirerend en opent perspectieven. Moge die energie in de volgende jaren het tijdschrift doen groeien naar volwassenheid.’

Jan Niessen (oud-hoofdredacteur Onderzoek & Praktijk)

O&P: zit het onderzoek eigenlijk wel op de praktijk te wachten?

‘Onderzoek en Praktijk zijn onlosmakelijk verbonden. Zonder de praktijk heeft de onderzoeker geen doel van onderzoek en wordt het onderzoeken om het onderzoek. Zonder onderzoek heeft de praktijk geen zicht op effectiviteit van gekozen hulpverleningsvormen en wordt het karakter van de hulpverlening er een van trial en error gebaseerd op intuïtie.’

Wat moet je in de praktijk met wetenschappelijke onderzoeksresultaten?

‘Wetenschappelijk onderzoek is niet altijd direct te vertalen naar de praktijk. Uitkomsten van onderzoek geven vaak nog geen handvaten in de uitvoering van de hulpverlening. Deze vertaling moet vaak door de praktijk gemaakt worden. Wetenschappelijk onderzoek geeft vooral onderbouwing en richting aan vooronderstellingen. Hierdoor kan in de praktijk het effectief gebleken gedaan worden en het niet effectief gebleken gelaten worden. Duidelijkheid over oorzaken van gedrag geeft in de praktijk meer inzicht en begrip bij hulpverleners.’

Onderzoek & Praktijk, typisch een blad wat over in plaats van voor een groep cliënt geschreven wordt?

‘Los van beschrijvingen van onderzoek waarbij de cliënten betrokken zijn geweest, is dit blad niet leesbaar voor de cliënt. De ervaring vanuit het IASSID congres in Maastricht leert, dat cliënten veel meer belangstelling voor onderzoek hebben, dan we denken. Het zou zeker een uitdaging zijn om O&P begrijpelijk te maken voor cliënten. Het meenemen van de cliënt in zijn of haar eigen behandeling is een belangrijke opgave. Een cliëntversie zou hier een aandeel bij kunnen leveren.’

O&P: te groot voor de poppen, te klein voor de kerels?

‘In het kader van preventie, herkenning en erkenning is het belangrijk de LVB cliënten bij meer mensen onder de aandacht te brengen. Momenteel is de verspreiding van O&P onder medewerkers binnen het werkgebied van de LVB. In dit licht zou te overwogen zijn om het tijdschrift breder aan te bieden.’

Suzanne Punt (Ipse de Bruggen)

O&P: zit het onderzoek eigenlijk wel op de praktijk te wachten?

‘Als het onderzoek niet op de praktijk zit te wachten dan wordt het tijd dat het wel gaat gebeuren...’

Wat moet je in de praktijk met wetenschappelijke onderzoeksresultaten?

‘Er zou in de praktijk veel meer moeten gebeuren met onderzoeksresultaten. Het 'vertalen' daarvan naar een hanteerbare praktijk is een 'wetenschap' of 'kunst' op zich en zou meer aandacht moeten krijgen!’

Onderzoek & Praktijk, typisch een blad wat over in plaats van voor een groep cliënt geschreven wordt?

‘Dat klopt: een blad over cliënten en niet voor cliënten- nou en?’

O&P: te groot voor de poppen, te klein voor de kerels?

‘Een breder bereik van O en P: zou niet slecht zijn...’

O&P: leesvoer voor managers en wel hierom...

‘Leesvoer voor managers....ik ben bang dat dat een beetje ver-van-hun-bed show is. Ik vind het een uitstekend blad, goed leesbaar, informatie, gewoon doorgaan dus.’

Pauline Fikkert (‘s Heerenloo Emaus)

O&P: zit het onderzoek eigenlijk wel op de praktijk te wachten?

‘Ik ben praktijkmens, maar ik hoop en ik denk het wel. Info uit de praktijk kunnen nieuwe onderzoeksvragen opleveren én het onderzoek wil natuurlijk weten hoe de onderzoeksresultaten in de praktijk worden gepast.’

Wat moet je in de praktijk met wetenschappelijke onderzoeksresultaten?

‘Weten wat wel en niet werkt en toepassen in behandeling en/of psychologisch onderzoek.’

Is er iets praktischer dan een goede theorie?

‘Als een goede theorie ook concrete toepassing voor de praktijk weergeeft is er niets praktischer dan een goede theorie!’

Onderzoek & Praktijk, typisch een blad wat over in plaats van voor een groep cliënt geschreven wordt?

‘Ja, maar in het kader van kennisvergroting van medewerkers, wat ten goede komt aan de cliënt.’

O&P: te groot voor de poppen, te klein voor de kerels?

‘Nee, een volwaardig blad, goed dat er een LVG-blad is.’

O&P: leesvoer voor managers en wel hierom...

‘Ik hoop dat managers, naast de inhoudsmensen, het ook lezen, zodat ze op de hoogte zijn wat er inhoudelijk op LVB gebied speelt én zodat zij daarmee, in het scheppen van voorwaarden voor ons werk, rekening mee kunnen houden.’

Kijk, dit lees ik bijvoorbeeld nooit in O&P terwijl het zo belangrijk is voor de LVG-sector

‘?’

Nicole Bonsel (‘s Heerenloo Auriga)

‘Ik lees *Onderzoek & Praktijk* altijd omdat het speciaal voor onze doelgroep geschreven is en juist de theorie helder koppelt aan de praktijk. De link van de digitale versie stuur ik door aan collega managers, behandelcoördinatoren en therapeuten en krijg leuke reacties. *Onderzoek & Praktijk* is gratis en online en daarmee voor iedereen uit de instelling direct toegankelijk. Bij tijdschriften is de doorgeeftijd lang en daardoor duurt het soms wel erg lang voordat je het te lezen krijgt. Zeker de “casuïstiek”, zoals in de laatste *Onderzoek & Praktijk* het artikel over “een zeer moeilijk lerende jongen die helemaal niet moeilijk leert” vind ik van meerwaarde omdat je die niet in andere

tijdschriften vindt. Onderzoeksartikelen kun je vaak ook wel in andere bladen lezen of te horen krijgen bij congressen.²

Beanka Meddeler(OC De Eik)

BEZOCHT

In deze rubriek worden bezochte congressen, symposia, workshops en studiedagen beschreven

VERSLAG CONGRES VAKWERK! (RECENSIE BOEK VAKWERK!)

Jolanda Douma¹

Op 2 juli 2010 is het eerste exemplaar van “Vakwerk! Handboek voor begeleiders 24-uurs-zorg die werken met cliënten met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsstoornissen en/of psychiatrische aandoeningen” uitgereikt aan een begeleider van Ipse de Bruggen. Dit gebeurde aan het eind van het congres (met een vrijwel gelijknamige titel als het boek) dat ter gelegenheid van het verschijnen van dit boek door De Borg georganiseerd was.

De Borg is het landelijk samenwerkingsverband van de vier erkende instellingen, waaronder Ipse De Bruggen, waar mensen die als SGLVG (Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt) worden aangemerkt, behandeld worden en verblijven. Deze cliënten vragen om specialistische zorg, die zich beweegt op het snijvlak van 3 sectoren waar bejegenen (VG-zorg), behandelen (GGz) en beveiligen (Justitie) centraal staan. Om hieraan tegemoet te komen hebben de instellingen van De Borg met de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (VDO Opleiding en Advies) enige jaren geleden een leergang voor begeleiders 24-uurs-zorg ontwikkeld. Het handboek dat nu verschenen is, bundelt de kennis die daarvoor en daardoor is opgedaan. Het handboek is opgedeeld in 3 delen (de cliënt, de behandeling, en de organisatie) en beoogt daarin de aspecten waar een begeleider mee te maken krijgt te beschrijven.

Deel A - De Cliënt bestaat uit 4 hoofdstukken. Daarin wordt niet alleen vanuit een wetenschappelijke invalshoek uiteengezet wat de specifieke kenmerken van de ‘SGLVG-cliënt’ zijn en hoe die (in)direct risicofactoren vormen voor het ontwikkelen van gedragsproblemen en psychiatrische aandoeningen. Er wordt ook benadrukt dat, om goede begeleiding te kunnen bieden, men oog dient te hebben voor het individu (met zijn wensen, gevoelens en plannen) achter de groepskenmerken die veelal probleemgeoriënteerd zijn. De methoden Persoonlijke Toekomst Planning (als onderdeel van Person Centred Planning – met als doel om de zelfbeschikking en autonomie te vergroten en versterken) en het Functioneringsprofiel van de ‘Heijkoop methode’ (waarbij de kwaliteit van de omgang tussen begeleider en cliënt centraal staat) kunnen de begeleider hierbij helpen. Beide worden apart beschreven met de nadruk op hoe het er in de alledaagse praktijk uit kan zien.

¹ Jolanda Douma is is als Onderzoekscoördinator verbonden aan het Landelijk Kenniscentrum LVG en als docent aan de Universiteit Utrecht (Leerstoelgroep Gehandicaptenzorg). Correspondentie via: j.douma@lvgnnet.nl.

Deel B – De Behandeling beslaat met 12 hoofdstukken het grootste deel van het boek. Hierbij ligt het accent logischerwijs, maar ook terecht, op de rol van de (woon)begeleiders in alle facetten van de behandeling, beginnende bij observatie en diagnostiek, en eindigend bij de transfer na behandeling. Tussendoor wordt er vanzelfsprekend ook aandacht besteed aan ‘specialistisch therapeutische modules’ gericht op bijvoorbeeld verslavingsproblematiek en agressie, en ‘therapeutische interventies’, zoals Cognitieve Gedragstherapie, EMDR en vaktherapieën. Maar daar waar tegenwoordig de nadruk vooral lijkt te liggen op het aantonen van de effectiviteit van een interventie, is het goed om te zien dat dit boek relatief veel aandacht besteedt aan de ‘grondbeginselen’ of het fundament van behandeling, namelijk het gestalte geven aan therapeutisch klimaat op een woning en de bejegening van cliënten. Het gaat daarbij niet alleen om de individuele kwaliteiten, het boek benadrukt ook het belang van een goede samenwerking en afstemming tussen de begeleiders. Zonder een goede basis zullen cliënten zich minder geaccepteerd en gewaardeerd voelen, waardoor een behandeling ook minder effectief zal zijn. Begeleiders spelen derhalve een sleutelrol in de behandeling. Zowel tijdens het congres als in het boek wordt niet alleen vanuit de theorie aangegeven hoe begeleiders hier vorm en inhoud aan kunnen geven, maar wordt ook veel verduidelijkt aan de hand van voorbeelden en casuïstiek.

Het laatste deel, Deel C – De Organisatie, gaat in 5 hoofdstukken in op de organisatorische context oftewel “de noodzakelijke voorwaarden voor het borgen van de kwaliteit van de behandeling”. Dit zal voor veel begeleiders mogelijk ver afstaan van hun dagelijkse werkzaamheden en verantwoordelijkheden, maar toch is het goed dat ook hier aandacht aan wordt besteed. De kaders en invulling van de zorg kunnen niet los gezien worden van ontwikkelingen in de maatschappij, politiek, in het financieringsstelsel van de zorg en van de wetgeving. Deze krijgen dan ook de aandacht waarbij steeds de koppeling met (het werk van) de begeleider wordt gelegd.

De redacteurs geven aan dat dit boek bedoeld is voor begeleiders van cliënten met SGLVG-problematiek, maar dat de inhoud ook zeker bruikbaar is voor begeleiders van cliënten met lichtere problematiek. Echter voor ook degenen die met deze begeleiders samenwerken en hen ondersteunen, zoals gedragsdeskundigen, zal dit handboek een zinvol naslagwerk zijn. Het zet de basis van behandeling goed op de kaart en nodigt uit tot verder lezen.

Vakwerk! Is te bestellen via de website van De Borg (www.deborg.nl/publicaties) en kost € 24,50 (excl. € 3,00 verzendkosten).

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.

Sue Gerhardt (2009), *Waarom liefde zo belangrijk is. Hoe de liefde voor je baby zijn hersenen vormt.* Scriptum Psychologie.

Er is veel gebeurd in de ontwikkelingspsychologie en pedagogiek sinds behaviorist Jon Watson adviseerde om huilende baby's te laten liggen. Volgens Watson zou het huilende kind door het op te tillen geconditioneerd worden om vaker te huilen. Tegenwoordig weten we dat het eerder andersom is.

Kinderen die eerder opgetild worden zijn vaker veiliger gehecht en leren daardoor eerder en beter zichzelf te kalmeren. Vanaf de jaren zestig is de hechtingstheorie ontwikkeld door onder andere Bowlby en Ainsworth. Sindsdien is er veel meer aandacht voor de eerste periode in het leven van de mens en de invloed die deze periode kan hebben op de verdere sociaal-emotionele ontwikkeling.

De psycho-analytische stroming had overigens eind 19^e eeuw al het belang van vroegkinderlijke ervaringen onderkend. Hedendaagse theorievorming op het gebied van mentaliseren sluit aan bij de neurobiologische inzichten op het gebied van de plasticiteit van hersenen. Mede door effectievere methoden van neurologisch onderzoek krijgt de psychoanalytische theorievorming steeds meer wetenschappelijke onderbouwing. Veel van die recente inzichten zijn te lezen in het boek *'waarom liefde zo belangrijk is'*. Dat is niet overbodig, want ook al is de hechtingstheorie breed bekend, het is nog niet voldoende doorgesijpeld in de maatschappij. Nog steeds geven grootmoeders het advies de baby langer te laten huilen omdat daardoor de longetjes sterk zouden worden. En toen ikzelf enkele jaren geleden ouderschapsverlof nam om in het eerste jaar meer tijd met mijn pasgeboren dochter door te kunnen brengen vroeg een familielid of het niet handiger is om pas enkele jaren later ouderschapsverlof op te nemen, 'je dochter kan zich er anders toch niets van herinneren'. Het is klaarblijkelijk nog steeds onvoldoende bekend hoeveel invloed het prille begin heeft, juist die periode waarvan geen herinneringen bijblijven.

Vroege ervaringen hebben een grote impact op de fysiologische systemen van de baby, doordat ze zo ongevormd en teer zijn. Het begint al voorafgaand de geboorte, als stresshormonen van de moeder via de placenta in de hersenen van de baby terecht kunnen komen. Dit heeft een negatieve impact op de ontwikkeling van de hersenen, net zoals alcohol, drugs en nicotine. Na de geboorte, in de eerste maanden van het leven, legt het organisme precies vast wat de normale mate van arousal is, door het set point vast te stellen dat de systemen proberen te handhaven. De vroege verzorging vormt het zenuwstelsel en bepaalt hoe stress wordt geïnterpreteerd en hoe er in de toekomst op wordt gereageerd. De verzorger zorgt voor een basale fysiologische regulatie die de baby in leven houdt. Door allerlei soorten non-verbale middelen zorgt deze ervoor dat de baby terugkeert naar zijn set point waar hij zich weer comfortabel voelt. Door al deze ervaringen worden 'interne werkmodellen' of 'emotieschema's' gevormd, dit 'procedurele geheugen' heeft een zeer grote invloed op de verdere ontwikkeling. Onze rationaliteit en taalvermogen, en het vermogen om onszelf te reguleren en niet impulsief te reageren, zijn hiervan uitgroeisels. Baby's raken verslingerd aan het plezier van contact, aanvankelijk vooral door geur, aanraking en geluid. Liefdevolle blikken maken de aangename biochemicalïen vrij die het sociale brein doen groeien. Het gevolg van veel vroege positieve ervaringen is dat het brein over meer neurale verbindingen beschikt: de netwerken in het brein zijn rijker. Vooral tussen de zes en de twaalf maanden is er een explosieve groei van deze synaptische verbindingen in de prefrontale cortex. Het begrip 'pruning', 'snoeien', verklaart waarom bepaalde vaardigheden niet meer aangeleerd kunnen worden als ze niet vroeg in het leven gebruikt worden. Uit de chaotische overproductie van verbindingen in het brein beginnen patronen te voorschijn te komen. De meest voorkomende en herhaalde ervaringen beginnen goed gebaande paden te vormen, terwijl de niet-gebruikte verbindingen worden 'weggesnoeid'. Het is dan ook van groot belang wat de meest voorkomende ervaringen zijn en dat er geen gebrek is aan positieve sociale interacties. Postnataal gevormde verbindingen tussen de prefrontale cortex en de amygdala kunnen bij gebrek aan emotionele regulatie door de opvoeder weggesnoeid worden. Dan zijn ze te zwak om de angstige responsen in de amygdala af te remmen, waardoor het individu is overgeleverd aan onrust en angst. Hoe langer de stress aanhoudt, des te meer de neurotransmitters aangetast worden die de prefrontale cortex normaal aandrijven. Tot ongeveer vier jaar zijn kinderen afhankelijk van volwassenen om hun stresshormonen te reguleren. Als dit onvoldoende gebeurt, kunnen te hoge cortisolniveaus ontstaan die op ten duur toxisch zijn voor het brein in ontwikkeling.

De middelen van de baby om te communiceren met anderen worden gaandeweg steeds ingewikkelder, beginnend met aanraking, vervolgens met behulp van het visuele domein en ten slotte ook met door middel van verbale communicatie. De kwaliteit van de verbale feedback wordt steeds belangrijker. Als verzorgers goed zijn afgestemd op het kind, kunnen ze de huidige emotionele staat van het kind aflezen en treffend verwoorden. Hierdoor kan het kind een emotioneel vocabulaire opbouwen om gevoelens te verwoorden en onderscheid te maken tussen verschillende gemoedstoestanden. Hierdoor kun je op een meer bewuste, verbale manier met de emotionele arousal omspringen, zoals 'jezelf eruit praten', als je somber bent. Dat dit belangrijk is blijkt wel vanuit het gegeven dat als volwassenen over hun emotionele leven en de belangrijke relaties tijdens hun jeugd praten, het er niet toe doet of ze een 'gelukkige jeugd' hebben gehad of niet. De emotionele veiligheid van het moment hangt veel meer van het hebben van een intern samenhangend en consistent verhaal dan van het verhaal dat ze daadwerkelijk vertelden. Dit alles is gelukkig niet slechts afhankelijk van de aanwezigheid van een sociaal responsieve moeder. De aanwezigheid van een volwassene, die moment voor moment responsief en alert was op de stemming van het kind (bijvoorbeeld op een Kinderdagverblijf), heeft hetzelfde effect.

Het boek pretendeert erg vernieuwend te zijn, maar zoals eerder aangegeven wordt het belang van de vroegkinderlijke ontwikkeling al langer onderkend. Gerhardt geeft aan dat zij, in tegenstelling tot de theorievorming rond mentaliseren, meer aandacht heeft voor de allereerste periode, voordat taal een rol gaat spelen. Dat klopt op zich en dat is tegelijk de makke van het boek. In haar streven om het vernieuwende karakter van de inzichten te benadrukken, raakt de schrijfster verzeild in een wel heel erg reductionistisch denken. Er wordt bijvoorbeeld gesuggereerd dat zelfs temperament, eigenlijk niet aangeboren is, maar in feite pas te voorschijn komt door ouder-kind interacties. Terecht worden er vraagtekens gezet bij veel genetisch onderzoek waarbij onduidelijk is op welke leeftijd eenige tweelingen gescheiden zijn door adoptie. Het maakt immers nogal wat uit of dit direct een dag na de geboorte of een jaar later gebeurt. Juist in het eerste jaar is de invloed van al dan niet maladaptieve zorg op de aanleg van het neurale systeem groot en ook tijdens de zwangerschap kan stress een vergaand effect hebben. De auteur vergaloppeert zich echter weer door hierdoor ongeveer elk aangeboren (biologisch-genetische) invloed weg te strepen. En ze gaat zover om één enkele ervaring als bevalling met behulp van tang, een grote invloed op de rest van het leven toe te schrijven. Dat is wel heel erg volgens het principe 'met grote stappen snel thuis'.

Wat verder nogal storend is, is de eenzijdige aandacht voor de rol van de moeder, en het negeren van die van andere opvoeders (waar is de vader?). Pas in het slothoofdstuk schrijft Gerhardt: 'Steeds meer vaders nemen een deel van deze verzorging voor hun rekening' maar dat is blijkbaar het enige wat er over vaders te melden valt, want verder blijft het allemaal toch een taak van de moeder: 'Het lijkt ironisch dat na alle veranderingen die de status van vrouwen in het Westen in de loop van eeuwen heeft ondergaan, vrouwen uiteindelijk precies willen wat voor onze voorouders vanzelfsprekend was: deel uitmaken van het geheel, bij een sociale groep horen, deelnemen aan het werkende leven, en tegelijk ook genieten van het verzorgen van opvoeden van de eigen kinderen.'

Andries Schilperoord (behandelcoördinator Lijn 5 Driehuis)

Sarah Blaffer Hrdy (2009), *Mothers and Others. The evolutionary origins of mutual understanding*. The Belknap Press of Harvard University Press.

Hoe oneindig subtieler dan het vorige boek is *Mothers and Others*. Vanuit een enorme hoeveelheid onderzoek, uit de antropologie, ethologie, primatologie, archeologie, maar ook verrassend veel moderne inzichten vanuit de neuropsychologie (spiegelneuronen), ontwikkelingspsychologie (mentaliseren, hechtingstheorie) weet Hrdy vanuit een heel andere invalshoek veel relevant nieuws te brengen op het gebied van vroegkinderlijke hechting en hersenontwikkeling.

Hrды zoekt een verklaring voor de enorme hersengroei van de Homo Sapiens in de loop van de evolutie vergeleken met andere apen. Vaak wordt als oorzaak de ingewikkeldere maatschappijvorm aangewezen die het gevolg is van rivaliserende groepen jagers/verzamelaars. Hrды laat zien dat dit niet een overtuigende verklaring is. Niet het oorlogsvoeren, wat pas de laatste 10.000 jaar is ontstaan, maar juist het vermogen tot empathie zou de mens van de andere primaten onderscheiden. Hrды ontwikkelt en onderbouwt in haar boek een alternatieve verklaring met juist het vermogen tot empathie als centraal begrip. Om te kunnen overleven was het niet langer mogelijk voor moeders om, zoals andere grote apensoorten als chimpansees, orang oetans en gorilla's doen, de verantwoordelijkheid voor het grootbrengen van kinderen alleen te dragen. Mensen ('allopares') moesten vanwege moeilijke (natuurlijke) omstandigheden de opvoeding van kinderen wel delen met anderen. Daarbij is over vele generaties heen de overlevingskans van baby's die zich beter aanpassen aan verschillende opvoeders groter dan baby's die minder goed zijn om intenties van anderen te begrijpen en hierop te reageren. Het gegeven dat vrouwen bij mensen een veel hogere levensverwachting hebben dan bij andere primaten en ver voorbij hun reproductieve jaren in leven blijven, als hun kinderen al lang volwassen zijn, valt vanuit dit licht te begrijpen. Grootouders, en met name grootmoeders, die langer leven en meer vermogen tot empathie hebben, zullen meer kunnen bijdragen aan het grootbrengen van kleinkinderen, waardoor de overlevingskansen van de kleinkinderen, en dus de kans op het doorgeven van deze genen, vergroot wordt.

De aanwezigheid van 'allopares' is honderdduizenden jaren cruciaal geweest voor de overleving van de soort. Baby's werden veelal door meerdere vrouwen gezoogd, door grootmoeders en jongere zussen van de moeder verzorgd, terwijl vaders, als ze niet aan het jagen waren, urenlang met hen speelden. 'It takes a village to raise a child', is meer dan een gezegde, het is de reden waarom de menselijke soort kon overleven.

Dat geeft een nogal ander beeld dan het hoge gerechtshof in de Verenigde Staten geeft om te motiveren waarom homoseksuelen geen kinderen mogen adopteren: *'De vergaarde wijsheid van vele millennia menselijke ervaringen hebben bewezen dat een optimale gezinsstructuur die is waarin een kind wordt opgevoed door een vader en een moeder die getrouwd zijn'*. Tot ongeveer de jaren '50 was het in de meeste culturen normaal dat meerdere generaties in een huishouden woonde. Het kerngezin van vader-moeder-kind bestaat pas iets meer dan een halve eeuw, evolutionair gezien nog geen seconde. Door honderden eeuwen heen, afhankelijk van de fysieke omstandigheden, zoals klimaat en aanwezige voedingsbronnen, varieert de menselijke gezinsvorm van polyandrie tot polygynie alles wat daartussen zit, inclusief monogamie.

Maar Hrды's inzichten zijn ook uiterst relevant voor wat betreft man-vrouw taakverdeling en het debat over kinderdagverblijf. Bij een van de weinige jagers-verzamelaarsvolken ter wereld, de Aka in Centraal Afrika, is de baby 88% van de tijd in het zicht van de vader, meer dan 50 procent van de tijd binnen armlengte afstand van hun vader, en 22% van de dag houdt de Aka vader de zuigeling in de armen. Tot zo ver de 'natuurlijke' taakverdeling van de man die van huis weggaat om eten te verzamelen/verdiene en de vrouw die thuis blijft om voor de baby te zorgen. Eerder lijkt het zo te zijn dat de mens uiterst flexibel is en afhankelijk van de natuurlijke omstandigheden zorgt voor voldoende opvoeders. Dit kunnen vaders en grootmoeders zijn en jongere zussen die zo alvast kunnen 'oefenen'.

En wat betreft het kinderdagverblijf: Hechting is niet alleen te beschouwen als een zaak tussen moeder en kind, maar tussen verschillende opvoeders en het kind. Kinderen lijken het het beste te doen als ze minstens drie veilige gehechtheidsrelaties hebben. Blijkbaar geven meerdere veilige relaties de boodschap: 'er wordt hoe dan ook voor je gezorgd'. De beste voorspeller van latere sociaal-emotionele ontwikkeling is de kwaliteit van het gehele gehechtheidsnetwerk, zo haalt Hrды recent onderzoek van gehechtheidsonderzoeker IJzendoorn en anderen aan. Dit zogenaamde

‘integratiemodel’ verklaart in feite een optimale situatie zoals die honderdduizenden jaren het geval is geweest. Kinderdagverblijven en andere vormen van uitbesteden van opvoedingstaken, ‘coöperatieve breeding’ genoemd, bestaan al zo’n 1,8 miljoen jaar. Het kinderdagverblijf hoeft dus niet ‘niet schadelijk’ te zijn voor vroegkinderlijke ontwikkeling, maar kan, mits de opvoeders responsief zijn, juist goed zijn aangezien er hierdoor meer veilige gehechtheidrelaties ontwikkelen. In dit licht zou een betere ondertitel zijn van Gerhardt’s boek: hoe liefde van *meerdere mensen* voor je baby zijn hersenen vormt. Die responsiviteit is cruciaal. Zoals Gerhardt terecht opmerkt in ‘waarom liefde zo belangrijk is’: Algemene ‘aardigheid’, zoals bij mensen die ‘aardig’ tegen je doen wanneer je op de een of andere manier van streek bent, kan nutteloos zijn, die spoelt alleen maar over je heen. Het werkt beter wanneer je voelt dat andere mensen bereid zijn om op jouw golflengte te komen, om te begrijpen hoe je je op dat moment voelt, je te helpen dat te uiten en samen met jou na te denken voor oplossingen. Dit is de essentie van emotionele regulatie: iemand die reageert op wat er op dat moment gebeurt en die gevoelens samen met jou verwerkt. Daarvoor is erkenning nodig van het psychologische zelf, het denkende en het voelende zelf.

En mooie opgave voor ouders, oma’s, opa’s, ooms, tantes, burens, pedagogisch medewerkers op kinderdagverblijven, groepsleiders en therapeuten.

Andries Schilperoord (behandelcoördinator Lijn 5 Driehuis)

BINNENGEKOMEN

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

Antuma, G., Breedveld-van Mossevelde, A., Hettinga, D., Lindeboom, M. & Miedema, Z. (2010). *Seksueel grensoverschrijdend gedrag. Handboek ambulante plegersbehandeling voor jongeren met een licht verstandelijke beperking (vanuit een ecologisch perspectief)*. Leeuwarden: Tjallinga Hiem.

(Bron: inleiding van dit boek)

Dit handboek is een verslag van het project ‘Ambulante ecologische behandeling van plegers met een licht verstandelijke beperking (lvb) die seksueel grensoverschrijdend gedrag (sgg) vertonen’ waarin een multidisciplinair team een ambulante ecologische behandeling heeft ontwikkeld. Doel van de behandeling is dat de jongere stopt met het sgg, verantwoordelijkheid neemt voor zijn gedrag en gedragsalternatieven krijgt aangereikt om zijn leven op te bouwen en zodoende recidive te voorkomen. Het boek is geschreven voor collega’s uit het werkveld. Het is mede bedoeld als informatiebron voor ketenpartners, met wie Tjallinga Hiem streeft naar het terugdringen van recidive bij jonge plegers van sgg met een lvb.

Het boek is te bestellen via de website van Tjallinga Hiem: www.tjallingahiem.nl.

JAAROVERZICHTEN 1998-2010

OWO *Onderzoek & Praktijk*

Artikel		<i>tijds.</i>	<i>jaar</i>	<i>jg.</i>	<i>nr.</i>	<i>p.</i>
Ament & Deelstra	Therapieën in LVG-instituten: de resultaten van een inventarisatieronde	OWO	2001	4	1	2-4
Bexkens, Collot d'Escury, Huizenga & Van der Molen	Risicogedrag bij jongeren met een licht verstandelijke beperking	O&P	2009	7	2	14-17
Bors, Mulder & Scholten	Rapportage van trainingsresultaten: een resultaatmeting van zestien cliënten die gedurende twee jaar een intensieve training hebben gevolgd met betrekking tot wonen en werken	OWO	2000	3	2	5-6
Brandse	Thema: Therapie	OWO	1998	1	2	5
Brandse	Thema: Therapie	OWO	1998	1	1	6
Brandse	Thema: Therapie	OWO	1999	2	1	8
Brandse	Het Multifunctionele Centrum Overijssel	O&P	2004	2	1	5-6
Brandsen	Themagroep Therapie	OWO	2000	3	1	12
Bransen, Dijkstra & Leeman	Alcohol en drugsgebruik door (jonge) mensen met een lichte verstandelijke beperking	O&P	2010	8	2	26
Bul & Bongers	Leefwensen van LVG-jeugd al brainstormend onderzocht	O&P	2008	6	2	5-8
Collot d'Escury & Hengst	Een training in perspectiefnemen en sociale vaardigheden in de praktijk in beeld - Wedden dat het werkt	O&P	2006	4	2	18-28
Collot d'Escury	Heeft het zin? Onderzoek naar het effect van therapie bij lvg-jongeren	O&P	2005	3	1	24-34
Collot d'Escury	Sociale vaardigheden in perspectief	O&P	2005	3	2	33-38
Collot d'Escury & Ponsioen	De meerwaarde van diagnostiek van sociale cognitie bij LVG-kinderen uit gezinnen met ambulante begeleiding	O&P	2004	2	1	7-9
Collot d'Escury, Barnhard & Hartsink	Sociale vaardigheden in perspectief: kunnen LVG-jongeren perspectiefnemen?	O&P	2004	2	1	22-31
De Bruin	Terug naar de basis?!	O&P	2010	8	2	17-25
De Groot	Onderwijs: van speciaal naar een speciaal cluster	O&P	2006	4	1	13-22
De Jong	Ouderbegeleiding vanuit de LVG-instellingen	OWO	2003	6	1	10-11
De Vos	Doctoraal-onderzoek: Psychopathie en jeugdige licht verstandelijk gehandicapte delinquenten	OWO	2001	4	2	10
De Vos & Collot d'Escury	Psychopathie en jeugdige licht verstandelijk gehandicapte delinquenten: geen screening wel risicotaxatie	OWO	2003	6	1	5-7

Deelstra	Informatie Kenniscentrum R&D: R&D heeft Wetenschappelijke Raad van Advies	OWO	2000	3	1	6
Deelstra	Partnerschap in de praktijk	OWO	2002	5	1	10
Deelstra	Stand van zaken rond onderzoek en therapie	O&P	2004	2	1	32-33
	Een verslag van de ontwikkelingen vanuit de voormalige themagroep therapie: N=1 onderzoek voor en door therapeuten					
Deelstra & Mulder	Het Delta programma	O&P	2006	4	2	29-33
Dekker, Koot & Verhulst	Psychopathologie bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke handicap: vaststelling, prevalentie en risicofactoren (promotieonderzoek)	OWO	2001	4	2	5-8
Delhez	Praktijkonderwijs op de onderwijskaart	O&P	2007	5	2	23-24
Doll	Thema: Management- en beleidsvragen	OWO	1998	1	1	6
Doll	Thema: Management- en beleidsvragen	OWO	1998	1	2	6
Doll	Thema: Management en Beleid	OWO	1999	2	1	8
Donkers	Zelfwaargenomen competentiebeleving bij jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking met en zonder een autismespectrumstoornis	O&P	2008	6	1	12-22
Dörenberg	Opvoeding en vrijheidsbeperking	O&P	2005	3	1	9-14
Douma	Betrouwbare observatielijst voor redzaamheid gereed	OWO	2002	5	1	7-8
Douma, Dekker & Koot	Het gebruik van de Youth Self-Report (YSR) bij jongeren met een licht verstandelijke beperking	O&P	2010	8	1	20-28
Duenk & Moonen	10 jaar Landelijk Kenniscentrum LVG in beweging	O&P	2010	8	2	6-7
Duenk & Versteegen	Gehandicaptenzorg: té goed!	O&P	2005	3	2	5-8
Egberts	Pubers en professionals. Autonomie in de driehoek cliënt, ouders en begeleider	O&P	2009	7	1	20-28
Eikelenboom	Systeemgericht denken en werken op de leefgroep	O&P	2005	3	2	18-19
Elias	Het meten van competentiebeleving bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen	OWO	2003	6	1	8-9
Elias	De ontwikkeling van competentiebeleving in kinderen met lichte verstandelijke beperkingen	O&P	2005	3	2	39-42
Elias, Swennenhuis & Bouma	Diagnostiek bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking die een trauma hebben ervaren	O&P	2009	7	2	5-13
Embregts	Effects of Video Feedback on Social Behaviour of Young People with Mild Intellectual Disability and Staff Responses	OWO	2002	5	1	4-5
Embregts	Reliability of the Child Behavior Checklist for the assessment of behavioral problems of children and youth with mild mental retardation	OWO	2001	4	1	6-7
Evers	Vineland-Z	O&P	2003	1	1	10

Fabriek-Van de Glind & Widdershoven	Kenmerken van jongeren met een lichte verstandelijke handicap en crisishulpverlening	O&P	2005	3	2	27-32
Goede, Tali & Taal	Jongeren met een licht verstandelijke handicap en zwakbegaafdheid aan het werk	O&P	2004	2	1	10-17
Gosselink	Vrijheidsbeperking bij jongeren met een licht verstandelijke handicap	O&P	2006	4	1	4-12
Harder	Kennismanagement, netwerken en onderzoek binnen Groot-Emaus, Van projectgroep naar Kenniscentrum R&D	OWO	1998	1	1	2
Hartkamp & Collot d'Escury	Komt Leerweg Ondersteunend Onderwijs bij de juiste leerlingen terecht?	O&P	2008	6	2	9-16
Hogewind & Collot d'Escury	Het steunogram: een instrument voor interventie en risicotaxatie op basis van het sociale netwerk van licht verstandelijk beperkte zedendelinquente jongeren	O&P	2010	8	1	5-13
Janse-Alewijnse, Jansen & Niessen	Groepsomvang in orthopedagogische behandelcentra voor jeugdigen met een licht verstandelijke handicap	O&P	2003	1	1	13-14
Janssen	Gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking	O&P	2007	5	2	34-38
Kleppe	De visuele waarneming van autisten, kijken LVG-ers door dezelfde bril?	OWO	2003	6	1	12
Kocken	Werkt de dialoog bij jongeren met een lichte verstandelijke beperking (LVB)?	O&P	2009	7	1	15-19
Koedoot	Samenvatting onderzoeksvoorstel Trimbos-instituut	OWO	1999	2	1	6
Koolhof, Loeber & Collot d'Escury	Eerst tot tien tellen! of is dat voor LVG-jongeren niet genoeg?	O&P	2007	5	1	15-19
Kraijer	Kinderen met een lichte verstandelijke beperking en de mythe van het IQ	O&P	2006	4	2	34-36
Lodewijks & Wisselink	Behandeling van LVG-jongeren met een strafrechtelijke maatregel	O&P	2007	5	1	4-14
Lyklema	Families First voor de sector licht verstandelijk gehandicapte jongeren	OWO	1998	1	2	3
Meijer	De weg naar aansluiting', een cursus oudercontacten voor groepsleiding	OWO	2003	6	1	15-17
Meij-Welie	Themagroep systematische begeleiding van gezin en milieu	OWO	2001	4	1	10
Moonen	Beeld, ervaring en verblijf: jongeren opgenomen in een orthopedagogisch centrum voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen	OWO	2001	4	2	9
Moonen	Thema: Systeembegeleiding	OWO	1999	2	1	8-9
Moonen	Het betrekken van jeugdigen en ouders bij de behandeling in de orthopedagogische behandelcentra voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking	O&P	2004	2	1	18-21

Moonen	Samenwerken in de ambulante behandeling met jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (JLVB)	O&P	2009	7	1	29-36
Moonen & Verstegen	LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving	O&P	2006	4	1	23-28
Mudde, Hopman & Ponsioen	Een zeer moeilijk lerende jongen die helemaal niet zo moeilijk leert	O&P	2010	8	1	29-40
Mulder	De missie is ten dele volbracht!	OWO	1999	2	2	5
Niessen	Concept-onderzoeksprogramma Landelijk Kenniscentrum-LVG	OWO	2001	4	1	5
Niessen	Verslag OZC-congres 'De Omslag'	OWO	2001	4	2	11
Niessen	Themagroep Behandelmethodieken	OWO	2000	3	1	7-8
Niessen	Kwaliteit, van onderzoek naar praktijk	O&P	2005	3	2	9-17
Niessen	Het gebruik van de time-out ruimte in theorie en praktijk	O&P	2005	3	1	15-23
Orobio de Castro, Embregts, van Nieuwenhuijzen & Stolker	Samen op zoek naar effectieve behandeling van gedragsproblemen bij cliënten met een lichte verstandelijke beperking	O&P	2008	6	1	5-11
Pauly & Groenen	Jongeren met LVB-problematiek gemotiveerd in ontwikkeling	O&P	2010	8	1	14-19
Pesch & Ponsioen	Flinterdunne en flagrante Flynn-effecten bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen: aanbevelingen voor het gebruik van de WISC-III	O&P	2003	1	1	4
Polak	Beroepswensen van leerlingen in het speciaal basisonderwijs	O&P	2008	6	2	17-26
Polane	Antisociaal gedrag van licht verstandelijk gehandicapte adolescenten: een analyse van tekorten in somatische bestempeling en respons modulatie	OWO	2002	5	1	6
Ponsioen	Zin en onzin over de Nederlandstalige bewerking van de WAIS-III	OWO	2002	5	1	9
Ponsioen	Cognitieve vaardigheden van licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren	OWO	2001	4	2	2-3
Ponsioen	N=1 studie naar het effect van neurofeedback bij een jongen met cognitieve beperkingen en psychiatrische problematiek	O&P	2009	7	2	18-31
Ponsioen & Verstegen	Het IQ en het sociaal aanpassingsvermogen	O&P	2006	4	2	5-12
Ponsioen, Pesch & Harder	Licht verstandelijk gehandicapte kinderen en de hardnekkige mythe van een IQ-score	O&P	2006	4	1	29-34
Redactie	Het Landelijk Kenniscentrum	OWO	2000	3	2	2
Redactie	SGG-project (afroding): - Uitnodiging - Slotpresentatie - Werkboek therapie LVG-plegers van seksueel geweld	OWO	1999	2	1	4
Redactie	Themagroepen van start gegaan	OWO	1998	1	2	4
Redactie	Inauguratie Dr. Tjalling Zandberg	OWO	2000	3	2	4

Redactie	Themagroepen van start	OWO	1998	1	1	5
Redactie	Themagroepen	OWO	1999	2	1	7
Redactie	Aankondiging	OWO	1999	2	2	8
Redactie	Eerste contactdag coördinatoren wetenschappelijk onderzoek, een inspirerende bijeenkomst	OWO	1998	1	1	3-4
Roos	Informatie Kenniscentrum R&D: Project 'Preventie van seksueel grensoverschrijdend en seksueel gewelddadig gedrag van en tussen moeilijk lerende jongeren	OWO	1998	1	2	2
Schipper	Onderwijs en zorg twee werelden voor één kind	O&P	2007	5	2	16-22
Scholten, Mulder & Bors	Validering van de INVRA een meetinstrument voor zelfredzaamheid	OWO	1999	2	2	7
Schuiringa, van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro & Matthys	Samen Stevig Staan. Effectonderzoek naar een training voor jeugdigen met lichte verstandelijke beperkingen en externaliserende gedragsproblemen en hun ouders	O&P	2009	7	1	11-14
Serlier-van den Bergh	Constructie en validering van de NLD© - Nonverbale Leerstoornis-Schaal	OWO	1999	2	1	5
Sevenhuijsen	Een casus waarbij sprake is van de ziekte van Von Recklinghausen	O&P	2009	7	2	32-34
Snel & Melman	Hebben licht verstandelijk gehandicapte en zwak begaafde jongeren baat bij werk?	O&P	2003	1	1	18
Spanjaard	Grenzen stellen en respecteren omtrent seksualiteit - onderzoek naar de effecten van een preventieprogramma	OWO	1999	2	2	4
Swennenhuis	Zorgvragers en zorgaanbieders over de kwaliteit van het zorgproces	OWO	2000	3	2	5
Swennenhuis	Wat is de kwaliteit van het zorgproces voor kinderen met een verstandelijke handicap	OWO	1999	2	2	6
Sytema	Population-based screening for psychiatric symptoms and assessments of maladaptive behaviour in mentally retarded children and adolescents	OWO	2000	3	2	3
Tobé	Thema: Effectmeting	OWO	1998	1	2	4
Tobé	Thema: Effectmeting	OWO	1998	1	1	5
Tobé	Thema: Effectmeting	OWO	1999	2	1	7
Tobé	Informatie vanuit de themagroepen	OWO	1999	2	2	9
Tobé	Themagroep Effectmeting doet quick scan	OWO	2000	3	1	11-12
Van Daele	Het belang van het kind in een breder perspectief	O&P	2005	3	2	20-26
Van den Broek	Thema: Diagnostiek	OWO	1998	1	2	4
Van den Broek	Thema: Diagnostiek	OWO	1998	1	1	5
Van den Broek	Thema: Diagnostiek	OWO	1999	2	1	7
Van den Broek-Sandmann	WISC-R of WAIS, wat is wijsheid?	OWO	2000	3	1	9-10

Van den Broek-Sandmann & Bos	Lopende onderzoeken: LVG - een beperkt begrip	OWO	1999	2	1	3
Van den Wijngaard	De relaties tussen WISC, CAS en DSM-IV bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen	O&P	2007	5	2	25-33
Van der Meer	Promotieonderzoek: Cognitive studies in children with mild mental retardation with externalizing disorders	OWO	2001	4	1	9
Van der Molen	Werkgeheugenprocessen bij jongeren met een licht verstandelijke handicap (II)	OWO	2003	6	1	2
Van der Molen	Themagroep Beleid	OWO	2001	4	1	11
Van der Molen	Werkgeheugenprocessen bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren	OWO	2002	5	1	2-3
Van der Molen	Samenvatting proefschrift 'Working memory in children with mild intellectual disabilities: abilities and training potential'	O&P	2009	7	1	37-40
Van der Molen & Ponsioen	Wetenschappelijk onderzoek bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren	OWO	1999	2	2	2-3
Van Gastel	Promotieonderzoek: 'KOMPAS, quality evaluation of the care structure in treatment centers for mildly mentally retarded children and young people with emotional and behavioral disturbances'.	OWO	2001	4	2	4
Van Geffen	Sikoob - een informatiseringsprogramma voor de orthopedagogische hulpverlening	OWO	2000	3	1	2-5
Van Gerven	Thema: Behandelmethodieken	OWO	1998	1	2	4
Van Gerven	Thema: Behandelmethodieken	OWO	1998	1	1	6
Van Gerven	Thema: Behandelmethodieken	OWO	1999	2	1	7
Van Gerven, Niesen & Spiering	Themagroep behandelmethodieken	OWO	2000	3	2	7-10
Van Helmond, Embregts & Pellen	Competentiegericht Werken binnen Pluryn Werkenrode Groep	O&P	2006	4	2	13-17
Van Houten	Promotieonderzoeken: Gelukkig geïntegreerd	OWO	1999	2	1	2
Van Leeuwen	Themagroep systematische begeleiding van gezin en milieu	OWO	2000	3	2	11
Van Nieuwenhuijzen	Sociale informatieverwerking bij kinderen met licht verstandelijke beperkingen	O&P	2005	3	1	35-38
Van Nieuwenhuijzen, Vermeer & Wijnroks	Promotieonderzoek: Risicofactoren voor het ontstaan van gedragsstoornissen bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren	OWO	2001	4	1	8
Van Nieuwenhuizen	Lopende onderzoeken: Sociale-informatieverwerking bij LVG-kinderen met gedragsproblemen	OWO	1999	2	1	3
Veerman	Meer sturing op inhoud nodig	O&P	2006	4	1	38-42
Vermeulen, Jansen & Feltzer	LVG: een lichte verstandelijke handicap met zware gevolgen	O&P	2007	5	2	4-15

Verstegen	Zorg voor mensen met een licht verstandelijke handicap met meervoudige problematiek	O&P	2005	3	1	5-8
Verstegen & Moonen	Van debilitas mentis naar licht verstandelijke beperking	O&P	2010	8	2	8-16
Wiegers	Cliënttevredenheid binnen de William Schrikker Jeugdreeclassering	O&P	2008	6	1	23-28
Wiese & Laurijssen	De LVG-polikliniek van Herlaarhof	O&P	2007	5	1	20-28
Zeef, Cnossen & Sonke	Jobcoaching op het schoolplein	O&P	2008	6	1	29-32
Zijlmans, Embregts, Gerits, Bosman	Begeleiders in beeld: een onderzoek naar de effectiviteit van een training voor begeleiders van cliënten met een lichte verstandelijke beperking en gedragsproblemen	O&P	2009	7	1	5-10
Binnengekomen						
Antuma e.a.	Seksueel grensoverschrijdend gedrag. Handboek ambulante plegersbehandeling voor jongeren met een licht verstandelijke beperking (vanuit een ecologisch perspectief).	O&P	2010	8	2	43
Didden	In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking	O&P	2006	4	1	46
Didden	Tussen wal en schip. Inaugurale rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Verstandelijke beperkingen, leren en gedrag aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen op donderdag 25 maart 2010	O&P	2010	8	1	47
Didden & Moonen	Met het oog op behandeling 2. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking	O&P	2009	7	2	40
Dorrestein	Er is hoop	O&P	2009	7	2	40
Došen	Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen.	O&P	2005	3	2	46
Douma	Emotionele problemen en gedragsproblemen bij jongeren met verstandelijke beperkingen: Hulpbehoefte en hulp zoeken	O&P	2006	4	1	46
Douma	Mental health problems in youths with intellectual disability: Need for help and help-seeking	O&P	2007	5	1	50

Drost	Langdurig Problematische Gezinssituaties: de outliers van de samenleving.	O&P	2010	8	1	47
Elias	The development of perceived competence in children with mild intellectual disabilities	O&P	2005	3	1	46
Harder, Knorth & Zandberg	Residentiële jeugdzorg in beeld. Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten	O&P	2007	5	1	50
Ketelaar-Blokpoel	Jij begrijpt mij, hè mam!.	O&P	2008	6	1	41
Koch	Geen gebrek. Over psychiatrie en mensen met een verstandelijke beperking	O&P	2006	4	1	46
Lodewijks	Violence risk assessment in adolescents in the Dutch juvenile justice system. Studies on the reliability and predictive accuracy of the SAVRY	O&P	2008	6	2	37
Moonen	Verblijf, beeld en ervaringen van jongeren opgenomen in een orthopedagogisch centrum voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap	O&P	2006	4	1	46
Pameijer & van Laar-Bijman	Handelingsgerichte diagnostiek. Een handreiking voor orthopedagogen en psychologen werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking	O&P	2008	6	2	37
Perry & Stalavitz	De jongen die opgroeide als hond en andere verhalen uit het dagboek van een psychiater	O&P	2008	6	1	41
Ponsioen & Groot	Cognitieve beperkingen	O&P	2009	7	1	42
Ponsioen & Plas	Verstandelijke beperking	O&P	2009	7	1	42
Ponsioen & Groot	Leerlingen met een lichte verstandelijke beperking	O&P	2009	7	1	42
Roeden & Bannink	Handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijk beperkte cliënten	O&P	2008	6	1	41
Stor & Storsbergen	Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis. Het onderkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking	O&P	2006	4	1	44-45
Swennenhuis	Quality of care for children with mild intellectual disabilities. The development of an instrument to measure the care process	O&P	2004	2	1	38
Ten Wolde	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.	O&P	2007	5	1	50
Timmermans	Antisocial behaviors: courses and consequences from toddlerhood to late adolescence.	O&P	2009	7	2	40

Van den Blink & Mastenbroek	Sociaal cognitieve ontwikkeling van normaal begaafde kinderen en licht verstandelijk gehandicapte kinderen in Suriname en Nederland.	O&P	2007	5	2	43
Van den Wijngaard	De relatie tussen Wechsler Intelligent Scale for Children, Cognitive Assessment System en Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen	O&P	2007	5	2	42
Van der Molen	Working memory in children with mild intellectual disabilities: abilities and training potential.	O&P	2009	7	1	42
Van Nieuwenhuijzen	Social information processing in children with mild intellectual disabilities	O&P	2004	2	1	37
Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro & Matthys	LVG-jeugdigen: Specifieke problematiek en behandeling	O&P	2006	4	2	44-45
Column						
Bogers	Reactie op column van Adri Vermeer: wetenschappelijk onderzoek in de praktijk	O&P	2005	3	2	43-45
Didden	Effectonderzoek: op weg naar evidence-based practice	O&P	2008	6	1	33-37
Drost	Alles wat van ver komt is lekker	O&P	2009	7	2	38-39
Embregts	Begeleiderskapitaal	O&P	2010	8	1	44-46
Ramakers	Hersenontwikkeling en LVG	O&P	2006	4	2	37-39
Stolker	Pillen voor het brein	O&P	2007	5	1	29-30
Van der Molen	Onderzoek in de Praktijk, hoe gaat dat?	O&P	2004	2	1	34-36
Van Yperen	Tien tips voor goed praktijkonderzoek	O&P	2003	1	1	12
Vermeer	Hoe wetenschappelijk onderzoek in te bedden in de praktijk?	O&P	2005	3	1	43-45
Congressen						
Douma	Vakwerk!	O&P	2010	8	2	38
Meijer, Cornelissen, Bremer, Lintel, Jong, Dielissen & Sanders	Landelijke studiedag integraal systeemdiagnostisch onderzoek	O&P	2007	5	1	46-48
Niessen	Bij een afscheid	O&P	2007	5	1	31-33
Van den Berg	De preventie van psychiatrische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking	O&P	2008	6	2	30-35
Van Nieuwenhuijzen & Ponsioen	Impressies van het Jubileumcongres Stichting St. Anna 'Leven doe je samen'	O&P	2005	3	1	39-42
Verstegen	Dertien congressen in een dozijn?	O&P	2008	6	2	27-29
Verstegen	Dat werkt goed!	O&P	2006	4	2	40-41
Gelezen						
Blaffer Hrdy	Mothers and Others. The evolutionary origins of mutual understanding.	O&P	2010	8	2	41-42

Christenhusz & Van Lieshout	Bang voor bloemkool, Reportages uit de kinder- en jeugdpsychiatrie	O&P	2009	7	2	40
Didden	In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking	O&P	2006	4	2	46
Didden, Embregts, van der Toorn & Laarhoven	Internationale literatuur 2008 & 2009	O&P	2009	7	2	43
Došen	Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen	O&P	2006	4	1	43
Egberts	Ouders op hun plek. Samenwerken in de driehoek cliënt, ouders en begeleider	O&P	2009	7	2	41
Gerhardt	Waarom liefde zo belangrijk is. Hoe de liefde voor je baby zijn hersenen vormt.	O&P	2010	8	2	39-40
Haim Omer	Geweldloos verzet in gezinnen.	O&P	2009	7	1	41
Moonen	Kwaliteit en inspraak voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking	O&P	2010	8	1	47
Nieuwenhuijzen, van & Orobio de Castro & Matthys	Problematiek en behandeling van LVG jeugdigen. Een literatuurreview	O&P	2007	5	1	49
Ninivaggi	Borderline intellectual functioning and academic problems	O&P	2008	6	2	36
Simonoff en anderen	The Corydon Assessment of Learning Study: Prevalence and educational identification of mild mental retardation.	O&P	2007	5	2	41
Taal & Snellings	Cognitieve beperkingen	O&P	2009	7	2	42
Van der Molen	Internationale onderzoeksliteratuur 2007	O&P	2008	6	1	38-40
Van Rijn, & Vermeyden	Behandelend trainen. Sociale en cognitieve behandelprogramma's voor kinderen met ontwikkelingsproblematiek.	O&P	2009	7	1	41
Interview						
Collot d'Escury	Jannie van Sleen: Verhoor van mensen met een verstandelijke beperking. Een zaak van de politie	O&P	2009	7	2	35-37
Deelstra	Liesbeth Mevissen: Onderzoek naar EMDR bij kinderen met een licht verstandelijke beperking	O&P	2010	8	1	41-43
Redactie	Reacties van Lezers	O&P	2010	8	2	36-37
Uit de Praktijk						
Collot d'Escury, Tempel & Niessen			2007	34-35		
Deelstra	Loverboys en loverboys	O&P	2006	4	1	35-37
Plaizier & Peters	Een reactie op casus Simon: Chatgevaar(?)	O&P	2007	5	1	36-37
Redactie	Chatgevaar (?)	O&P	2006	4	2	42-43
Tiemessen	Verliefd op een loverboy?	O&P	2007	5	1	38-45
Wijnroks & Helder	Een reactie op casus Timo: Is spreken zilver en zwijgen goud?	O&P	2007	5	2	39-40

Voorwoord

Niessen	Voorwoord	O&P	2003	1	1	3
Ponsioen	Voorwoord	O&P	2005	3	2	3-4
Ponsioen	Voorwoord	O&P	2006	4	1	3
Ponsioen	Voorwoord	O&P	2006	4	2	3-4
Ponsioen	Voorwoord	O&P	2007	5	1	3
Ponsioen	Voorwoord	O&P	2007	5	2	3
Ponsioen	Voorwoord	O&P	2008	6	1	3-4
Ponsioen	Voorwoord	O&P	2008	6	2	3-4
Ponsioen	Voorwoord	O&P	2009	7	1	3-4
Ponsioen	Voorwoord	O&P	2009	7	2	3-4
Ponsioen	Voorwoord	O&P	2010	8	1	3-4
Ponsioen	Voorwoord	O&P	2010	8	2	5
Tobé	Ter Inleiding	OWO	1998	1	1	1
Tobé	Ter Inleiding	OWO	1998	1	2	1
Tobé	Ter Inleiding	OWO	1999	2	1	1
Tobé	Ter Inleiding	OWO	1999	2	2	1
Tobé	Ter Inleiding	OWO	2000	3	1	1
Tobé	Ter inleiding	OWO	2000	3	2	1
Tobé	Ter inleiding	OWO	2001	4	1	1
Tobé	Ter inleiding	OWO	2001	4	2	1
Tobé	Ter inleiding	OWO	2002	5	1	1
Tobé	Ter inleiding	OWO	2003	6	1	1
Verstegen	Voorwoord	O&P	2004	2	1	3-4
Verstegen	Voorwoord	O&P	2005	3	1	3-4

ORTHOPEDAGOGISCHE BEHANDELCENTRA IN NEDERLAND

Instelling	Adres			Telefoon
De Eik	Akkerkers 62	7577 DN	OLDENZAAL	0541-580000
Dreei	De Vos van Steenwijklaan 28	7902 NS	HOOGVEEEN	0528-223333
Driever's Dale	Hoorntjesweg 59	9675 NB	WINSCHOTEN	0597-479777
Ipse de Bruggen	Beresteinlaan 110	2542 KD	DEN HAAG	070-3216500
Koraal Groep:				
De La Salle	Postbus 40	5280 AA	BOXTEL	0411-652444
Gastenhof	Raadhuisstraat 13	6129 CA	URMOND	046-4268686
Kwadrant / 's Heeren Loo:				
Regio Arkemeyde	Postbus 486	3760 AL	BAARN	035-5440500
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
Lijn5:				
Lijn5 Noord Holland	Postbus 43	1970 AA	IJMUIDEN	088-5131313
Lijn5 OPL	Kaap Hoornreef 60	3563 AV	UTRECHT	030-2643333
Lijn5 Woldyne	Oenerweg 63	8161 PL	EPE	0578-614546
Middelveld	Comeniusstraat 12	1065 BH	AMSTERDAM	020-3460611
OC Brabant	Postbus 2285	4800 CG	BREDA	088-6221000
Pameijer LVG	Postbus 81016	3009 GA	ROTTERDAM	010-2202166
Pluryn:				
De Beele	Beelelaan 4	7383 BH	VOORST	0575-509222
J.P. Heije	Postbus 6	6860 AA	OOSTERBEEK	026-3349911
Stichting AZZ / De Veersesingel	Postbus 140	4330 AC	MIDDELBURG	0118-635510
Tjallinga Hiem	Postbus 418	8901 BE	LEEUWARDEN	058-2860100
Vitree	Postbus 49	8260 AA	KAMPEN	038-3372337
Zonnehuizen Kind en Jeugd	Postbus 99	3700 AB	ZEIST	030-6945300

VOBC LVG

KAAP HOORNDREEF 60, 3563 AV UTRECHT
 T 030-2643311 F 030-2619532
 E INFO@LVGNET.NL I WWW.LVGNET.NL