

MULTI SYSTEEM THERAPIE VOOR MENSEN MET EEN LVB: EEN PILOTONDERZOEK

Aurelie Lange⁸
Katrien de Vuyst⁹
Rachel van der Rijken¹⁰

Jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB; IQ tussen 50 en 85) zijn oververtegenwoordigd in delinquente populaties. Er zijn echter nauwelijks bewezen effectieve interventies speciaal voor deze doelgroep. Daarom zijn Stichting Prisma, de Viersprong en De La Salle een onderzoek gestart, waarin geëvalueerd wordt of Multi Systeem Therapie (MST) geschikt is voor jongeren met een LVB. De hier beschreven pilotstudie heeft als doel te onderzoeken in hoeverre deze doelgroep daadwerkelijk verschilt van de reguliere doelgroep waar MST zich op richt en te onderzoeken of de behandelresultaten van beide groepen vergelijkbaar zijn.

Jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB)¹¹ zijn oververtegenwoordigd in de groep jonge plegers van delicten. Afhankelijk van de gebruikte onderzoeksmethode en definitie heeft 11% tot 44% van de jongeren in een JJI een intelligentie quotiënt (IQ) lager dan 85 (Brand & Van den Hurk, 2008; Herrington, 2009; Kaal, 2010; Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 2011; Spaans, 2005).

Uit onderzoek blijkt dat de risicofactoren voor delinquentie bij jongeren met een LVB zowel overeenkomsten als belangrijke verschillen vertonen met de risicofactoren voor gemiddeld begaafde jongeren. Risicofactoren op het gebied van school, vrijetijdsbesteding en alcohol- en drugsgebruik gelden voor beide groepen (Asscher, Van der Put, & Stams, 2012; Herrington, 2009). Jongeren met een LVB hebben daarnaast echter te maken met enkele specifieke risicofactoren die samenhangen met hun beperking. Zij ervaren meer problemen op het gebied van agressieregulatie en sociaal aanpassingsvermogen, bezitten minder probleemoplossende vaardigheden en denken minder verantwoordelijk te zijn voor en controle te hebben over hun delinquent gedrag (Asscher e.a., 2012; Dickson, Emerson, & Hatton, 2005; Douma, Dekker, De Ruiter, Tick, & Koot, 2007; Emerson, Einfeld, & Stancliffe, 2011). Bovendien is bij jongeren met een LVB vaker sprake van een ongunstige gezinssituatie (Asscher e.a., 2012; Dickson e.a., 2005).

Voor het slagen van hulpverlening aan jongeren met een LVB en hun gezinnen moeten interventies aansluiten bij de specifieke problemen waar deze doelgroep mee kampt. Er bestaan echter nog weinig (effectief gebleken) behandelingen voor deze doelgroep (Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 2011; De Wit, Moonen, & Douma, 2011). De behandelingen die er zijn voor jongeren met een LVB en delinquent gedrag zijn hoofdzakelijk gericht op reïntegratie en voorkomen van recidive na detentie. Er is nog geen enkele preventieve behandeling ter voorkoming van uithuisplaatsing bij deze doelgroep (Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2011). De oververtegenwoordiging van LVB-jongeren in het justitiële circuit zou dan ook opgevat kunnen worden als een signaal van tekortschietende hulpverlening. Dit wordt onderschreven door de roep om bewezen effectieve interventies en richtlijnen voor terreinen waarop veel handelingsverlegenheid bestaat in de LVB-sector, zoals delinquent gedrag (MEE, VGN, Vilans, & ZonMw, 2013). Deze signalen hebben ertoe geleid dat de Viersprong, Stichting Prisma en De La Salle, expertisecentra op het gebied van de behandeling van jongeren met ernstige gedragsproblemen en/of een LVB, een project hebben opgezet om te onderzoeken in hoeverre Multi Systeem Therapie (MST) geschikt is voor jongeren met een LVB.

MST is een bewezen effectieve en door Justitie erkende intensieve, ambulante en systeemgerichte behandeling van maximaal 5 maanden, die uithuisplaatsing van jeugdige delinquenten (12 tot 18 jaar) helpt voorkomen. De

⁸ Aurelie M.C. Lange is Junior Onderzoeker bij de Viersprong in Halsteren. Correspondentieadres: Aurelie Lange, de Viersprong, Landelijk centrum voor persoonlijkheidsproblematiek, Postbus 7, 4660 AA Halsteren. E-mail: aurelie.lange@deviersprong.nl; Telefoon: +31 (0)164 632 707.

⁹ Katrien De Vuyst is supervisor MST-LVB bij de Stichting Prisma in Utrecht.

¹⁰ Rachel E.A. van der Rijken is senior onderzoeker bij de Viersprong in Halsteren.

¹¹ Als gesproken wordt over jongeren met een LVB wordt in dit artikel bedoeld 'jongeren met een IQ tussen 50 en 85', oftewel, zowel jongeren met een LVB als zwakbegaafde jongeren. De reden hiervoor is dat de problematiek van beide groepen doorgaans vergelijkbaar is (Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 2011).

behandeling vindt plaats in de thuissituatie, waarbij samengewerkt wordt met alle systemen rondom het gezin, zoals school, wijk, vrienden of politie. Het gezin wordt versterkt in zijn eigen krachten, zodat het leert zelf met zijn problemen om te gaan. De therapeut komt zo vaak als nodig bij het gezin langs en is 24 uur per dag bereikbaar. Een uitgebreid kwaliteitssysteem garandeert de kwaliteit en juiste toepassing van MST. Onderdeel van het kwaliteitssysteem is het continu toetsen van de behandelresultaten aan de voor MST vastgestelde normen en het zo nodig uitzetten van strategieën om de resultaten te verbeteren (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunningham, 2010; Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2011). Hoewel een substantieel deel van de ernstig gedragsgestoorde en delinquente jongeren (de doelgroep waarvoor MST bewezen effectief is) een LVB heeft, is de MST-methodiek wereldwijd nog niet eerder toegepast en onderzocht binnen de populatie jongeren met een LVB. In mei 2011 is een behandelteam van Stichting Prisma gestart met het toepassen van de reguliere MST-behandeling bij jongeren met een LVB en hun ouders. Hieronder volgt een voorbeeldcasus van MST bij een jongere bij wie sprake is van een LVB.

Voorbeeldcasus MST bij de LVB-doelgroep

Ricardo is 16 jaar oud en wordt bij MST aangemeld door de jeugdreclasseerder van de William Schrikker Groep. De jeugdreclasseerder schetst hoe het er voor staat met Ricardo: hij gaat al weken niet meer naar school, is voor de derde keer in aanraking gekomen met de politie, hij gebruikt drugs en is bovendien thuis agressief en luistert niet meer naar zijn alleenstaande moeder. Ricardo heeft een verstandelijke beperking (een totaal IQ van 66). Ook zijn er vermoedens dat moeder een verstandelijke beperking heeft. Deze is echter nooit officieel gediagnosticeerd. Een uithuisplaatsing dreigt voor Ricardo. De jeugdreclasseerder wil dit gezin echter een laatste kans geven middels MST, voordat hij de zaak terugmeldt aan de rechter en de voorwaardelijke gevangenisstraf van 6 maanden omgezet wordt in een onvoorwaardelijk straf.

MST-therapeut Harry wordt gekoppeld aan het gezin van Ricardo. Samen met de jeugdreclasseerder, moeder, Ricardo, school en politie worden in de eerste paar weken van de MST-behandeling de doelen vastgesteld, namelijk:

1. Ricardo gaat iedere dag naar school.
2. Ricardo gebruikt geen drugs.
3. Ricardo is niet verbaal of fysiek agressief.
4. Ricardo komt niet in aanraking met de politie.
5. Ricardo heeft minstens 1 prosociale vriend en 1 prosociale activiteit.
6. Ricardo houdt zich aan de regels thuis.

Om aan de gemaakte doelen te werken komt Harry minimaal 3 maal per week, en als het nodig is zelfs vaker, in het gezin. Er worden gedurende de sessies veel rollenspellen gespeeld. Zo wordt er geoefend hoe moeder Ricardo kan aansturen. Ook gesprekken die moeder moet voeren met school worden voorbereid middels rollenspellen. Harry moet tijdens de behandeling continu alert blijven op de draagkracht van moeder. Een afspraak maken op school en dit voorbereiden kost tijd. Als er teveel gevraagd wordt van moeder, houdt ze de boot af en gaat ze afspraken afzeggen, waardoor er weer stappen achteruit gezet worden in de behandeling.

Ricardo blijkt veel baat te hebben bij duidelijkheid en structuur: als moeder consequent en consistent omgaat met regels, op een positieve manier kijkt naar haar zoon en hem complimenteert, gaat het beter met Ricardo. Positief blijven kijken naar haar zoon is echter moeilijk voor moeder. Sociaal-emotioneel functioneert ze op een niet veel hoger niveau dan Ricardo, waardoor moeder en zoon veel ruzie krijgen op een gelijkwaardig niveau. Door moeder op verschillende momenten van de dag te observeren en te spiegelen kan Harry dit proces duidelijk maken aan moeder op zo'n manier dat ze zich gesteund voelt in plaats van aangevallen. Om moeder en Ricardo tijdens, maar zeker ook na de behandeling te ondersteunen, wordt het netwerk van moeder direct stelselmatig in de sessies betrokken. Zo gaat Harry met moeder en de vriendin van moeder naar school. Op deze manier kan de vriendin moeder blijven steunen op het moment dat MST stopt en kan haar helpen de gemaakte plannen vast te houden. Na 5 maanden zijn de doelen behaald. Om te zorgen dat de doelen ook behouden blijven, is een terugvalpreventieplan gemaakt, waarin het netwerk van het gezin een belangrijke rol heeft. Daarin staat per doel en in stappen beschreven wie wat moet doen. Bijvoorbeeld bij het doel 'Ricardo gaat iedere dag naar school', staat beschreven wat moeder moet doen (bijvoorbeeld complimenten geven en contact houden met leerkracht) en wat het formele netwerk (bijvoorbeeld de verwijzer) en het informele netwerk (bijvoorbeeld de vriendin van moeder) moeten doen om dit doel te behouden.

De hieronder beschreven pilotstudie heeft als doel te onderzoeken in hoeverre de LVB-doelgroep daadwerkelijk verschilt van de reguliere doelgroep waar MST zich op richt en te onderzoeken of de behandelresultaten van jongeren met een LVB vergelijkbaar zijn met die van gemiddeld begaafde jongeren.

Methode

Deelnemers

Tussen april en november 2012 werden gegevens verzameld over alle behandelingen die werden uitgevoerd door het nieuwe behandelteam van Stichting Prisma (LVB-doelgroep) en door zes reguliere MST-teams van de Viersprong (regulier MST-groep). Naast de inclusiecriteria voor MST (zie voor de criteria de website van MST Nederland: <http://mst-nederland.nl/verwijzers/mst-programma/voor-wie-is-mst>) gold voor gezinnen die aangemeld werden bij Stichting Prisma tevens een IQ tussen de 50 en 85 als inclusie criterium. Dit resulteerde in 22 gezinnen voor de LVB-groep en 150 gezinnen voor de reguliere MST-groep, waarvan bij respectievelijk 17 en 138 gezinnen de behandeling was afgerond ten tijde van het schrijven van dit artikel.

In Tabel 1 staan enkele demografische gegevens van beide groepen. De LVB-doelgroep verschilt niet van de reguliere doelgroep wat betreft leeftijd, geslacht, maatregel en gezinssamenstelling. Daarentegen wordt bij reguliere MST het merendeel van de jongeren door Jeugdzorg verwezen, terwijl de LVB-doelgroep ook voor een aanzienlijk deel vanuit de gehandicaptenzorg wordt verwezen naar MST.

Tabel 1. Kenmerken jongeren van de LVB-doelgroep (N=22) en de reguliere doelgroep (N=150) bij aanvang behandeling.

	LVB	Regulier	<i>t</i> (df)	<i>p</i>
Leeftijd (gemiddeld)	14,8 jaar	15,6 jaar	-0.68 (21.52)	.50
	LVB (%)	Regulier (%)	χ^2 (df)	<i>p</i>
Geslacht: man	77	67	0.88 (1)	.46
Primaire verzorger geboren in NL	64	70	0.40 (1)	.62
Verwijzer			31.30 (2)	.00*
Jeugdzorg	55	83*		
Gehandicaptenzorg	32*	2		
Overig	14	15		
Maatregel			1.72 (2)	.42
Geen maatregel	37	52		
Civielrechtelijk	53	37		
Strafrechtelijk	11	11		
Gezinssamenstelling			2.31 (2)	.32
Zelfstandig	0	6		
Eén-ouder gezin	59	42		
Meerouder gezin	41	51		

* $p < .05$.

Procedure

Bij aanvang van de behandeling werd de aanmeldproblematiek in kaart gebracht met verschillende vragenlijsten (Sociaal Demografische Informatie Start, Child Behaviour Checklist en de Opvoedingsbelasting Vragenlijst). Daarnaast werden bij 23 gezinnen (12 gezinnen bij Stichting Prisma en 11 gezinnen bij de Viersprong) IQ-gegevens van de jongere en de ouders en informatie over het sociaal-aanpassingsvermogen van de jongere verzameld. Aan het einde van de behandeling werden de behandelresultaten door de therapeut gescoord met de Sociaal Demografische Informatie Einde.

Variabelen

LVB-kenmerken

IQ-score: Een verkorte versie van de Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition (WISC-III; Wechsler, 2002), bestaande uit de schalen Informatie, Woordkennis, Onvolledige Tekeningen, Substitutie en Blokpatronen (Dumont & Faro, 1993) werd gebruikt om de IQ-score van de jongeren te schatten. Een verkorte versie van de Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III; Wechsler, 2000), bestaande uit de schalen Woordenschat, Overeenkomsten, Blokpatronen en Matrix redeneren werd gebruikt voor ouders en jongeren ouder dan 16 jaar. Beide geven een betrouwbare schatting van de totale IQ-score (Axelrod, 2002; Comminel & Bordieri, 2001). Bij jongeren van wie een totale IQ-score beschikbaar was, niet langer dan twee jaar geleden vastgesteld onder supervisie van een BIG-geregistreerde psycholoog, werden geen aanvullende IQ-gegevens verzameld.

Opleidingsniveau: Naast de intelligentietesten werd het opleidingsniveau van de ouders en de jongeren nagevraagd als indicatie voor de cognitieve vaardigheden.

Sociaal aanpassingsvermogen: Om het sociaal aanpassingsvermogen van de jongeren te meten, is gebruik gemaakt van de Beoordeling Sociaal Aanpassingsvermogen – jongeren (BSA-j; Schouten, Lekkerkerker, & Schouten, 2009a) die ingevuld werd door de MST-therapeut. Het sociaal aanpassingsvermogen wordt daarbij gedefinieerd zoals door de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). De vragenlijst bestaat uit 18 vragen die op een 3-punts antwoordschaal (0 ‘klopt helemaal niet’, 1 ‘klopt een beetje’, en 2 ‘klopt helemaal’) gescoord kunnen worden. Op basis van deze vragenlijst kan het sociaal aanpassingsvermogen van de jongere geclassificeerd worden als ‘waarschijnlijk redelijk of goed’ (een totaalscore < 12), ‘mogelijk beperkt’ (totaalscore 12-14), of ‘waarschijnlijk beperkt’ (totaalscore > 14). Betrouwbaarheid en validiteit zijn goed bevonden (Schouten, Lekkerkerker, & Konijn, 2009b).

Aanmeldproblematiek

Kern aanmeldproblematiek: MST richt zich in het bijzonder op twee kernproblemen: delinquentie en de afwezigheid van een zinvolle dagbesteding van de jongere. Aan de hand van enkele items uit de *Sociaal Demografische Informatie Start 2.0* (SDI; MST Nederland, 2012) werd bepaald of er sprake was van deze problematiek bij aanvang van de behandeling. De items werden gescoord door de MST-therapeut en waren als volgt: “Heeft de jeugdige de afgelopen 6 maanden contact gehad met de politie?” (ja/nee), “Zo ja, volgde op het politiecontact een veroordeling?” (ja/nee), “Volgt de jeugdige een opleiding?” (‘ja, en spijbelt zelden of nooit’, ‘ja, maar spijbelt veelvuldig’, ‘nee’), “Heeft de jeugdige op dit moment werk/dagbesteding?” (‘nee’, ‘ja, minder dan 20 uur per week’, ‘ja, meer dan 20 uur per week’, ‘onbekend’).

Probleemgedrag jongere: Daarnaast werd het probleemgedrag van de jongere in de afgelopen 6 maanden gemeten met behulp van de *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001), die bij aanvang van de behandeling door de primaire verzorger (meestal één van de ouders) werd ingevuld. Voor dit onderzoek zijn de genormaliseerde T-scores van de schalen Internaliserende problemen (bestaande uit de syndroomschalen Angstig/Depressief, Teruggetrokken/Depressief en Lichamelijke Klachten) en Externaliserende problemen (bestaande uit de syndroomschalen Regelovertrekend gedrag en Agressief gedrag) gebruikt. Een T-score hoger dan 63 wordt gezien als een klinische score en een T-score tussen 60 en 63 als een score in het grensgebied. De gebruikte schalen bestonden in totaal uit 68 items en hadden een 3-punts antwoordschaal (0 ‘helemaal niet’, 1 ‘een beetje of soms’ en 2 ‘duidelijk of vaak’). De betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijst zijn goed bevonden voor jongeren met een LVB (Borthwick-Duffy, Lane, & Widaman 1997; Douma, Dekker, Verhulst, & Koot, 2006).

Opvoedingsbelasting ouders: De *Opvoedingsbelasting Vragenlijst* (OBVL; Vermulst, Kroes, De Meyer, Nguyen, & Veerman, 2012) is gebruikt om de opvoedingsbelasting van de primaire verzorger bij aanvang van de behandeling te meten. De vragenlijst bestaat uit 34 vragen met een 4-punts antwoordschaal (1 ‘klopt niet’, 2 ‘klopt een beetje’, 3 ‘klopt behoorlijk’ en 4 ‘klopt helemaal’) en meet vijf domeinen: Opvoeder-kindrelatie, Opvoedingscompetentie, Depressieve stemmingen, Rolbeperking en Gezondheidsklachten. Alleen de genormaliseerde T-scores van de totaalschaal zijn gebruikt voor het huidige onderzoek. Hierbij geldt een score hoger dan 63 als klinisch en ligt een score tussen de 60 en 63 in het grensgebied. De OBVL is een gebruiksvriendelijke vragenlijst voor mensen met een LVB (Pol-Telman, Arends, & Veldman, 2011).

Behandelresultaten

Informatie over de behandelresultaten werd aan het einde van de behandeling verzameld met de *Sociaal Demografische Informatie Einde 2.0* (SDI; MST Nederland, 2012). De MST-therapeut gaf de wijze van beëindiging van de behandeling aan en scoorde of de kern-uitkomstmaten van MST behaald waren (ja/nee), te weten: a) geen nieuw politiecontact, b) geen nieuwe veroordeling, c) zinvolle dagbesteding in de vorm van school of meer dan 20 uur werk per week en d) een stabiele woonsituatie (niet zwervend of residentieel opgenomen).

Statistische analyses

In dit onderzoek werd eerst de LVB-doelgroep (Stichting Prisma) vergeleken met de reguliere MST-doelgroep (de Viersprong) op enkele LVB-kenmerken en de aanmeldproblematiek. Vervolgens werden de twee groepen aan het einde van de behandeling vergeleken op enkele MST-specifieke behandelresultaten. Indien de steekproefgrootte dit toeliet, zijn chi-kwadraat toetsen en *t*-toetsen gebruikt om de groepen te vergelijken. Gezien het explorerende karakter van dit onderzoek, is telkens tweezijdig getoetst met een significantieniveau van .05. Als gevolg van non-respons van een aantal ouders op de vragenlijsten en missing data op enkele vragen binnen de SDI zijn de aantallen in de hieronder weergegeven analyses wisselend.

Resultaten

Vergelijking doelgroepen

De LVB-doelgroep en de reguliere doelgroep zijn met elkaar vergeleken wat betreft enkele LVB-kenmerken (IQ-score, opleidingsniveau en sociaal aanpassingsvermogen) van de ouders en de jongeren (Tabel 2), de kern aanmeldproblematiek (Tabel 3) en de gedragsproblemen van de jongeren en de opvoedingsbelasting van de ouders (Tabel 4). Bij de vergelijking van het opleidingsniveau en de IQ-score van ouders is in het geval van een meerouder gezin uitgegaan van de ouder met het laagste opleidingsniveau of de laagste IQ-score, aangezien het hebben van een ouder met een verstandelijke beperking gezien kan worden als een extra risicofactor.

De resultaten laten zien dat zowel de ouders als de jongeren in de LVB-groep meer LVB-kenmerken (uitgedrukt in een lagere IQ-score, een lager sociaal aanpassingsvermogen en een lager opleidingsniveau) bezitten dan de ouders en jongeren in de reguliere MST-doelgroep. Ook wat betreft aanmeldproblematiek zijn er enkele belangrijke verschillen. Weliswaar ontbreekt bij ongeveer evenveel jongeren een zinvolle dagbesteding bij aanvang van de behandeling, maar de reden hiervoor is in beide groepen verschillend: jongeren uit de reguliere doelgroep hebben vaak geen dagbesteding omdat ze spijbelen, terwijl jongeren uit de LVB-doelgroep in de meeste gevallen niet staan ingeschreven bij een school. Daarnaast ervaren ouders in de reguliere doelgroep meer opvoedingsbelasting en rapporteren ze meer externaliserend probleemgedrag bij hun kind dan ouders van jongeren met een LVB.

Tabel 2. LVB-kenmerken van jongeren en ouders in de LVB-doelgroep en de reguliere doelgroep.

	Jongeren		Ouders	
	LVB (%)	Regulier (%)	LVB (%)	Regulier (%)
<i>N</i>	13	126	20	143
Opleiding	Chi ² (2)=15.54, p=.00*		Chi ² (3)=7.04, p=.07	
Basisschool / geen opleiding	8	6	50*	25
Speciaal onderwijs	69*	21	5	4
Middelbare school / MBO	23	74*	45	59
HBO / WO	0	0	0	13
<i>N</i>	12	11	12	11
IQ 50<70	58	0	60	9
IQ 50<85	100	45	92	45
<i>N</i>	12	10		
Beperkt sociaal aanpassingsvermogen (score > 14)	100	40		

**p* < .05.

Tabel 3. Kernproblematiek in de LVB-doelgroep en de reguliere doelgroep.

	LVB (%)	Regulier (%)	χ^2 (df=1)	<i>p</i>
<i>N</i>	22	146		
Politiecontact (ja)	77	56	3.74	.05
waarvan ook veroordeeld	54	46	0.31	.58
<i>N</i>	20	140		
Zinvolle dagbesteding			0.62	.43
Ja	50	59		
Nee	50	41	9.98	.00*
Nee, spijbelt	20	72*		
Nee, geen school / werk	80*	28		

**p* < .05.

Tabel 4. Gedragsproblemen jongere en opvoedingsbelasting ouders in de LVB-doelgroep en de reguliere doelgroep.

	Gemiddelde T-score			% Klinisch gebied		
	LVB	Regulier	<i>t</i>	LVB	Regulier	χ^2
<i>N</i>	12	118	df=128	12	118	df=1
CBCL Internaliserend	60	63	-0.88	33	49	1.09
CBCL Externaliserend	66	70	-2.06*	75	84	0.61
<i>N</i>	11	31	df=40	11	31	df=1
Opvoedingsbelasting (OBVL)	66	71	-1.39	64	90	4.16*

**p* < .05; *Noot*: Een T-score > 63 valt in het klinische gebied.

Vergelijking behandelresultaten

In Tabel 5 staan de behandelresultaten voor de beide groepen weergegeven. Tevens staat de norm voor beide groepen aangegeven, zoals die geformuleerd is door MST Services, de Amerikaanse licentiegever van het behandelprogramma MST. De normen dienen als signalering voor de MST-therapeuten en worden regelmatig geëvalueerd en zo nodig aangepakt. In de tabel worden de behandelresultaten vergeleken met de norm. De resultaten laten zien dat met de LVB-doelgroep vergelijkbare resultaten behaald worden als bij de reguliere doelgroep. Desondanks zijn er enkele resultaatgebieden die extra aandacht behoeven, zoals het aantal behandelingen dat in wederzijds overleg wordt afgerond en het aantal behandelingen waarbij de jongere bij afsluiting een zinvolle dagbesteding heeft in de vorm van school of werk.

Tabel 5. Behandeluitkomsten voor de LVB-doelgroep en de reguliere doelgroep.

	Norm (%)	LVB (%)	Regulier (%)
<i>N</i>		17	138
Behandeling in wederzijds overleg afgerond	85	77	83
Stabiele woonsituatie	90	94	90
Zinvolle dagbesteding	90	82	82
Nee, spijbelt	-	0	56
Nee, geen school / werk	-	100	44
Geen nieuw politiecontact	-	65	70
Geen nieuwe veroordeling	90	94	93

Conclusie en discussie

Deze pilotstudie beoogde enerzijds de nieuwe LVB-doelgroep met de reguliere MST-doelgroep te vergelijken en anderzijds de eerste behandelresultaten van het team dat zich richt op MST voor jongeren met een LVB te beschrijven. Uit de resultaten blijkt dat alle jongeren binnen de LVB-doelgroep een IQ-score onder de 85 en een laag sociaal aanpassingsvermogen hebben. Meer dan de helft van de jongeren heeft zelfs een IQ-score tussen 50 en 70. Opmerkelijk is verder dat bijna alle jongeren in de LVB-groep ook tenminste één ouder hebben met een verstandelijke beperking. Ook binnen de reguliere doelgroep komen een IQ lager dan 85, problemen met het sociaal aanpassingsvermogen en tenminste één ouder met een IQ lager dan 85 voor, maar in mindere mate: elk 'kenmerk' komt in 40-45% van de gezinnen binnen de reguliere MST-groep voor. Hoewel dit lager is dan binnen de LVB-doelgroep, is dit desondanks een aanzienlijk percentage als men ervan uitgaat dat MST eigenlijk niet ontwikkeld is voor jongeren met een LVB.

In een recent dossieronderzoek was het percentage jongeren met een verstandelijke beperking binnen reguliere MST (slechts) 11% (Lange, De Vuyst, de Bruijn, & Van der Rijken, in druk). Dit percentage is lager dan het percentage dat gevonden werd in het huidige onderzoek. Echter, in het dossieronderzoek werden alleen de jongeren nader bekeken bij wie een vermoeden was van een verstandelijke beperking of bij wie de verstandelijke beperking reeds bekend was. In de huidige pilotstudie werd een verkort intelligentie-onderzoek afgenomen bij alle jongeren die gedurende een periode van 7 maanden een behandeling startten bij een regulier MST-team. De resultaten van deze twee onderzoeken tezamen doen vermoeden dat het percentage jongeren met een verstandelijke beperking binnen reguliere MST weleens hoger zou kunnen liggen dan tot nog toe werd gedacht en dat deze jongeren bovendien mogelijk slecht herkend worden. De aanmeldproblematiek van de LVB-doelgroep en de reguliere MST-doelgroep vertoont enkele belangrijke verschillen. Het percentage jongeren zonder dagbesteding verschilt weliswaar niet tussen de beide groepen, maar de oorzaak voor het ontbreken van een dagbesteding wel. De reguliere doelgroep lijkt veelal geen dagbesteding te hebben doordat de jongeren spijbelen, terwijl de jongeren met een LVB vaak überhaupt niet staan ingeschreven bij een school. Dit komt overeen met onderzoek van Asscher e.a. (2012) waaruit bleek dat jongeren zonder verstandelijke beperking significant vaker spijbelen dan jongeren met een LVB. Dit betekent dat MST-therapeuten op een andere manier te werk moeten gaan om de jongeren weer aan dagbesteding te helpen. Verder ervaren ouders in de LVB-groep minder opvoedingsstress en rapporteren minder probleemgedrag bij hun kind dan ouders binnen de reguliere doelgroep, terwijl het percentage jongeren dat bij aanvang van de behandeling in aanraking is geweest met de politie en het percentage jongeren zonder dagbesteding in beide groepen nagenoeg gelijk is. Een mogelijke verklaring voor deze bevindingen is dat de ouders in de LVB-groep in dit onderzoek veelal zelf ook een verstandelijke beperking hebben, waardoor ze mogelijk minder inzicht hebben in de problematiek van hun kind en van zichzelf. Vervolgonderzoek zal hier meer licht op moeten werpen en dient met deze mogelijkheid rekening te houden.

De eerste behandelresultaten laten zien dat MST bij de LVB-doelgroep resultaten behaalt die weliswaar vergelijkbaar zijn met die in de reguliere doelgroep, maar dat niet alle resultaten voldoen aan de norm die MST Services stelt. Op basis van de resultaten van deze pilotstudie en op basis van klinische ervaring en wetenschappelijke kennis over de behandeling van jongeren met een LVB (De Wit e.a., 2011) is inmiddels een adaptatie van MST voor jongeren met een LVB ontwikkeld: MST-LVB (De Vuyst e.a., 2012). Deze adaptatie bevat specifieke elementen die tegemoet komen aan de specifieke behoeftes van jongeren én hun ouders binnen de LVB-doelgroep. Dat betekent dat, anders dan in reguliere MST, structureel aandacht besteed wordt aan het afstemmen van de communicatie, het concreet maken van de oefenstof, voorstructureren en vereenvoudigen, het netwerk en generalisatie en het creëren van een veilige en positieve leeromgeving. Vervolgonderzoek moet uitwijzen of deze aanpassingen de effectiviteit van de MST-behandeling voor de LVB-doelgroep vergroten.

Dit onderzoek kent enkele beperkingen. Door verschillen in financiering en indicatiestelling tussen de GGZ en jeugdzorg (waarbinnen reguliere MST opereert) enerzijds en de LVB-sector (waarbinnen het Prisma-team werkt) anderzijds was het niet mogelijk om gezinnen uit te wisselen tussen reguliere MST-teams en het nieuwe MST-team voor de LVB-doelgroep. Als gevolg hiervan hadden de therapeuten binnen het Prisma-team meer ervaring met de LVB-doelgroep dan reguliere MST-therapeuten. Hierdoor was de behandeling van de jongeren met een LVB bij Stichting Prisma mogelijk al beter afgestemd op de behoeftes van de LVB-doelgroep dan bij reguliere MST. In de adaptatie van MST-LVB wordt expliciet en structureel aandacht besteed aan het opleiden van therapeuten in de omgang met de LVB-doelgroep. Vervolgonderzoek waarin de effectiviteit van de adaptatie MST-LVB vergeleken wordt met de effectiviteit van reguliere MST bij LVB-jongeren en hun ouders zal moeten uitwijzen of de aanpassingen die gedaan zijn aan de reguliere MST-behandeling meerwaarde hebben. Een andere beperking is dat de kleine steekproef van dit onderzoek het bij een aantal chi-kwadraat toetsen niet mogelijk maakte om voldoende observaties in alle categorieën te verkrijgen, waardoor sommige significante verschillen voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden. Desalniettemin vertonen ook de ruwe percentages duidelijke groepsverschillen, waardoor wij de resultaten toch betekenisvol achten voor het doel van dit onderzoek: een eerste verkenning van de LVB-doelgroep en zijn behandelresultaten.

Het feit dat ook in de reguliere MST-doelgroep jongeren voorkomen met een verstandelijke beperking, en deze groep bovendien mogelijk groter is dan tot nu toe werd aangenomen, onderstreept het belang van nader onderzoek naar de effectiviteit van MST bij jongeren met een LVB. Ook reguliere MST-therapeuten zouden immers baat kunnen hebben bij een aanvullende scholing in de omgang met LVB-problematiek en de specifieke behandeling van deze doelgroep. Bovendien kan vroegtijdige LVB-screening van belang zijn om de juiste behandelmethodes (reguliere MST of MST-LVB) in te kunnen zetten. Kortom, de adaptatie MST-LVB zou, bij gebreke meerwaarde boven reguliere MST, breed inzetbaar kunnen zijn, zowel in de LVB-sector als de reguliere jeugdzorg.

Literatuur

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Asscher, J. J., van der Put, C. E., & Stams, G. J. J. M. (2012). Differences between juvenile offenders with and without intellectual disability in offense type and risk factor. *Research in Developmental Disabilities, 33*, 1905-1913.
- Axelrod, B. N. (2002). Validity of the Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence and other very short forms of estimating intellectual functioning. *Assessment, 9*, 17-23.
- Borthwick-Duffy, S. A., Lane, K. L., & Widaman, K. F. (1997). Measuring problem behaviors in children with mental retardation: Dimensions and predictors. *Research in Developmental Disabilities, 18*, 415-433.
- Brand, E. F. J. M., & van den Hurk, A. A. (2008). *10 jaargangen PIJ-ers: Kenmerken en veranderingen*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Comminel, M. E., & Bordieri, J. E. (2001). Estimating WISC-III scores for special education students using the Dumont-Faro short form. *Psychology in the Schools, 38*, 11-16.
- Dekker, M. C., Koot, H. M., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, 1087-1098.
- de Vuyst, K., de Bruijn, J., Bakker, H., van Geffen, W., Moonen, X., Didden, R., & Cunningham, P. (2012). *Multi Systeem Therapie voor jongeren met ernstige gedragsproblemen en/of delinquent gedrag in combinatie met een LVB*. Biezenmortel: Stichting Prisma, ongepubliceerde handleiding.
- de Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Dickson, K., Emerson, E., & Hatton, C. (2005). Self-reported anti-social behaviour: Prevalence and risk factors amongst adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*, 820-826.
- Douma, J. C. H., Dekker, M. C., de Ruiter, K. P., Tick, N. T., & Koot, H. M. (2007). Antisocial and delinquent behaviors in youths with mild or borderline disabilities. *American Journal on Mental Retardation, 112*, 207-220.
- Douma, J. C. H., Dekker, M. C., Verhulst, F. C., & Koot, H. M. (2006). Self-reports on mental health problems of youth with moderate to borderline intellectual disabilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*, 1224-1231.
- Dumont, R., & Faro, C. (1993). A WISC-III short form for learning-disabled students. *Psychology in the Schools, 30*, 212-219.
- Emerson, E., Einfeld, S., & Stancliffe, R. J. (2011). Predictors of the persistence of conduct difficulties in children with cognitive delay. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*, 1184-1194.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2010). *Multisysteem therapie voor kinderen en jongeren met antisociaal gedrag*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Herrington, V. (2009). Assessing the prevalence of intellectual disability among young male prisoners. *Journal of Intellectual Disability Research, 53*, 397-410.
- Kaal, H. L. (2010). *Beperkt en Gevangen? De haalbaarheid van prevalentieonderzoek naar verstandelijke beperking in detentie* (WODC Cahier 2010-2011). Den Haag: WODC.
- Lange, A., de Vuyst, K., de Bruijn, J., & van der Rijken, R. (in press). Een pilot onderzoek naar MST voor mensen met een LVB. In X. Moonen & R. Didden (Red.), *Met het oog op behandeling 3: Diagnostiek en behandeling van gedragsproblematiek bij mensen met een licht verstandelijke beperking* (pp. 61-67). Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB / Den Dolder: Expertisecentrum De Borg.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie. (2011). *Erkende gedragsinterventies voor jongeren*. Verkregen op 14 maart 2012 via <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/verslagen/2011/08/10/erkende-gedragsinterventies-voor-jongeren.html>
- MEE, VGN, Vilans, & ZonMw. (2013). *Kennisagenda Gehandicaptensector*. Verkregen via http://www.vilans.nl/docs/vilans/over_vilans/pdf/Kennisagenda_Gehandicaptensector.pdf.
- MST Nederland. (2012). *Sociaal Demografische Informatie*. Ongepubliceerde vragenlijst.
- Pol-Telman, T., Arends, F., & Veldman, J. (2011). *Een onderzoek naar de gebruikersvriendelijkheid voor licht verstandelijk beperkte ouders van twee vragenlijsten* (afstudeerscriptie). Assen: Windesheim.
- Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming. (2011). *Zorg voor ingesloten licht verstandelijk beperkte jongeren*. Den Haag: Auteur.
- Schouten, R., Lekkerkerker, L., & Konijn, C. (2009a). *Ontwikkeling van en onderzoek naar het instrument Beoordeling Sociaal Aanpassingsvermogen: Eindrapport*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Schouten, R., Lekkerkerker, L. & Konijn, C. (2009b). *Beoordeling Sociaal Aanpassingsvermogen (BSA): Handleiding*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Spaans, E. (2005). *Een IQ-puntje meer of minder...? Prevalentie-onderzoek licht verstandelijk gehandicapten in de justitiële jeugdinrichtingen*. DJI, intern rapport.
- Vermulst, A., Kroes, G., de Meyer, R., Nguyen, L., & Veerman, J. W. (2012). *Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL): Handleiding*. Nijmegen: Praktikon.
- Wechsler, D. (2000). *WAIS-III. Nederlandstalige bewerking: Afname en scoringshandleiding*. Lisse: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2002). *WISC-III NL: Handleiding*. Londen: The Psychological Corporation.