



Nederlands
Jeugdinstituut



Jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking

Wat werkt?

© **2018 Nederlands Jeugdinstituut** Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Auteur(s)

Mariska Zoon

Karen van Rooijen

Nederlands Jeugdinstituut

Catharijnesingel 47

Postbus 19221

3501 DE Utrecht

Telefoon 030 - 230 63 44


Website www.nji.nl

E-mail info@nji.nl

Inhoudsopgave

1	Werkzame elementen.....	6
2	Interculturele aspecten.....	8
3	Werkzame interventies	9
3.1	(Cognitieve) gedragstherapie.....	9
3.1.1	<i>Gedragsproblemen.....</i>	<i>11</i>
3.1.2	<i>Agressie.....</i>	<i>12</i>
3.1.3	<i>Middelengebruik</i>	<i>13</i>
3.1.4	<i>Angst en depressie</i>	<i>14</i>
3.2	Eye Movement Desensitization and Reprocessing	15
3.3	Vaktherapie	15
3.4	Interventies gericht op de dagelijkse omgeving.....	16
3.4.1	<i>Ouder- en gezinsbegeleiding</i>	<i>16</i>
3.4.2	<i>Trainingen voor begeleiders/behandelaars</i>	<i>17</i>
4	Medicatie	18
5	Conclusies.....	19
6	Referenties	20





Kinderen en jongeren met een lichte verstandelijke beperking worden in dit stuk jeugdigen met een lvb genoemd. Dit zijn kinderen en jongeren met een intelligentiequotiënt tussen de 50 en 85 die ook beperkingen in hun sociaal aanpassingsvermogen hebben (Moonen & Verstegen, 2006). Het merendeel van de jeugdigen met een lvb functioneert prima in de maatschappij en heeft geen professionele ondersteuning nodig. Er is echter een groep die naast een lager dan gemiddeld IQ en beperkingen in hun sociaal aanpassingsvermogen, bijkomende problemen ervaart. Zo toont onderzoek aan dat jeugdigen met een lvb een drie tot vier keer grotere kans hebben op het ontwikkelen van emotionele- en gedragsproblemen en/of psychische stoornissen dan jeugdigen zonder een lvb. Ook komen jongeren met een lvb meer dan gemiddeld in aanraking met justitie (Kaal, Overvest & Broertjes, 2014; Blanckstein et al., 2016). Problemen bij jeugdigen met een lvb verdwijnen veelal niet vanzelf en blijven vaak langdurig bestaan.

Het is van belang dat jeugdigen met een lvb herkend en erkend worden als bijzondere groep binnen de zorg. Vanwege hun specifieke kenmerken is ook een specifieke aanpak nodig (De Wit, Moonen & Douma, 2011), aangepast aan hun sterke en zwakke kanten en aan hun leerstijl. Wetenschappers en zorginstellingen hebben de afgelopen jaren veel tijd en energie gestoken in het ontwikkelen en aanpassen van interventies aan die specifieke kenmerken en problematiek van jeugdigen met een lvb. Dit behandelaanbod is nog maar beperkt onderzocht op effectiviteit, hoewel het onderzoek wel steeds meer op gang komt.

Er lijkt consensus te zijn over de manier waarop professionals met jeugdigen met een lvb dienen om te gaan en waaruit de behandeling van deze jeugdigen dient te bestaan. De belangrijkste aandachtspunten zijn:

- Voorafgaand aan de behandeling dient uitgebreide diagnostiek uitgevoerd te worden, om zo passende zorg te bieden.
- Behandeling en begeleiding van jeugdigen met een lvb moet gericht zijn op de vaardigheden van de jeugdige, rekening houdend met de beperkingen, en op zijn dagelijkse omgeving. Sommige reguliere behandelvormen lijken met enige aanpassing geschikt te zijn voor jeugdigen met een lvb.

Dit document biedt een overzicht van werkzame factoren bij het behandelen van jeugdigen met een lvb en bevat een aantal werkzame interventies. De tekst is deels gebaseerd op de 'Richtlijn Effectieve Interventies LVB' van het Landelijk Kenniscentrum LVB (De Wit et al., 2011), aangevuld met informatie uit de generieke module 'Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of lichte verstandelijke beperking' (Embregts & Wieland, 2018). Daarnaast is gebruik gemaakt van verschillende recente publicaties.

Dit document maakt onderdeel uit van het themadossier 'Licht verstandelijk beperkte jeugd' op de website van het Nederlands Jeugdinstituut. Onder het kopje 'Interventies' in dit dossier is meer informatie te vinden over Nederlandse interventies die door een onafhankelijke erkenningscommissie zijn beoordeeld en erkend als 'goed onderbouwd' of 'effectief' bij jeugdigen met een lvb.



1 Werkzame elementen

Professionals zijn het erover eens dat de langdurigheid en de complexiteit van de problematiek van jeugdigen met een lvb vraagt om een specifieke en integrale aanpak bij diagnostiek en behandeling. De Wit en collega's (2011) zijn op verzoek van het Landelijk Kenniscentrum LVB, na uitvoerig literatuuronderzoek en verdiepende interviews met professionals, gekomen tot de Richtlijn Effectieve Interventies lvb. Hierin staan 6 aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van interventies gericht op jeugdigen met een lvb. De aanbevelingen worden hieronder verder uitgewerkt en aangevuld met informatie uit de recent verschenen generieke module 'Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of lichte verstandelijke beperking' (Embregts & Wieland, 2018). Dit is een kwaliteitsstandaard voor de zorg voor (beginnende) psychische stoornissen bij mensen met zwakbegaafdheid (zb) of een lichte verstandelijke beperking (lvb).

1. Uitgebreidere diagnostiek

Voorafgaand aan de interventie is het van belang dat er een uitgebreide diagnostiek wordt uitgevoerd, om zo te bepalen welke interventie het beste past bij de cliënt. Didden, Korzilius, Van Oorsouw en Sturmey (2006) beschrijven in een meta-analyse van 80 n=1-studies naar gedragsmatige behandelingen van jeugdigen met een lvb dat het uitvoeren van een functionele gedragsanalyse vooraf aan de behandeling significant positief bijdraagt aan de effectiviteit van de behandeling. Vanwege de grote diversiteit aan cognitieve vermogens en in niveau van sociaal-emotioneel functioneren binnen de groep jeugdigen met een lvb hebben verschillende onderzoekers gepleit voor een goede individuele neuropsychologische diagnostiek voordat er behandeld wordt. De kans op onder- of overschatten van het cognitieve vermogen of het sociaal-emotioneel functioneren van deze jeugdigen is namelijk hoog. Het is van belang dat er in de diagnostiek een multidimensionale benadering wordt gehanteerd. Dit betekent dat er oog is voor alle aspecten van de jeugdige, inclusief het cognitieve, sociaal-emotionele en adaptieve functioneren, de context en het ontwikkelingsperspectief. Door een goede diagnostiek wordt voorkomen dat een behandeling overvragend is.

2. Afstemmen van de communicatie

Jeugdigen met een lvb hebben een beperkt werkgeheugen. Het werkgeheugen slaat informatie op en bewerkt deze informatie. Door dit beperkte werkgeheugen hebben jeugdigen met een lvb meer moeite met denken waardoor zij moeilijker leren dan jeugdigen zonder een lvb. Ook het taalgebruik en het taalbegrip blijft achter (De Beer, 2011). Het is van belang de communicatie of te stemmen op de lvb-jeugdige. Dit kan bijvoorbeeld door het taalgebruik te vereenvoudigen, dingen duidelijk te benoemen, adviezen in kleine stapjes te geven, geen 'bedekte termen,' jargon en metaforen te gebruiken, concrete vragen te stellen, na te gaan of de jeugdige begrijpt wat er verteld wordt en visuele ondersteuning te gebruiken.

3. Concreet maken van de oefenstof

Jeugdigen met een lvb hebben moeite met abstract denken. Door het beperkte werkgeheugen vindt leren plaats door concrete ervaringen (De Beer, 2011). Door tijdens een interventie de oefenstof concreet te maken, krijgt het meer betekenis voor de jeugdige en wordt de kans groter dat ze de oefenstof begrijpen. Gebruik bijvoorbeeld voorbeelden die goed aansluiten bij de beleavingswereld van de jeugdige of laat jeugdigen de leerstof zelf ervaren in plaats van deze mondeling over te brengen. Wat er precies nodig is, kan bij elke jeugdige anders zijn en is maatwerk.



4. Voorstructureren en vereenvoudigen

Jeugdigen met een lvb hebben moeite met het structureren van informatie en met het scheiden van hoofd- en bijzaken. Het is daarom van belang dat de hulpverlener de jeugdige met een lvb meer externe sturing geeft, meer structuur hanteert en de oefenstof vereenvoudigt, doseert en ordent. Hierbij moet meer tijd worden gereserveerd vanwege de langzamere verwerking van informatie en vanwege de moeite die deze jeugdigen hebben met het houden van overzicht en langdurige concentratie. Pas het tempo aan, neem kleine stapjes en wees altijd bereid om te herhalen.

5. Netwerk en generalisatie

Jeugdigen met een lvb hebben veelal een beperkt sociaal netwerk en de ouders van deze doelgroep hebben vaak onvoldoende inzicht in de problematiek van hun kind en ontoereikende opvoedingsvaardigheden. Daarnaast is het mogelijk dat ook de ouders een (l)vb hebben. Wanneer dit tot problemen in het functioneren van het gezin leidt, kan dit de effectiviteit van de behandeling van de jeugdige met een lvb negatief beïnvloeden (De Koning & Collin, 2007). Doordat de jeugdige langdurig zorg nodig heeft, is het betrekken van de ouders en omgeving (het sociale netwerk) een noodzakelijke voorwaarde voor het slagen van een interventie en het generaliseren van het geleerde naar andere situaties en omgevingen (Kok et al., 2016). Het is belangrijk om het netwerk in beeld te brengen, na te gaan in hoeverre het netwerk voor ondersteuning zorgt (of kan zorgen) en het netwerk te betrekken bij de interventie. Zo kan aandacht voor de omgeving van belang zijn bij het voorkomen van overvraging vanuit het systeem en bij het vergroten van sociale steun. De omgeving kan psycho-educatie krijgen over lvb of getraind worden in de omgang met lvb-jeugdigen. Eventueel kan het netwerk worden ingezet in de behandeling, bijvoorbeeld bij het helpen met huiswerkopdrachten.

Eigen Kracht Conferentie

De Eigen Kracht Conferentie is, naast psycho-educatie, een manier om het sociale netwerk te betrekken. Bij deze aanpak gaan gezinsleden en alle betrokkenen uit het (sociale) netwerk om de tafel zitten en komen gezamenlijk tot een hulpverleningsplan. De Eigen Kracht-aanpak lijkt ook binnen de keten van de jeugd-lvb goed toepasbaar te zijn. Uit onderzoek onder 124 jeugdigen met een lvb (waarvan bij 71 van hen een Eigen Kracht Conferentie werd georganiseerd, en met een controlegroep van 53 jeugdigen) blijkt dat deelnemers positief zijn over de werkwijze. De Eigen Kracht Conferentie lijkt ook een positief effect te hebben op het aantal zorgpunten in het functioneren van het gezin of de opvoedcompetenties (Onrust & Romijn, 2013).

6. Veilige en positieve leeromgeving

Het creëren van een veilige en positieve leeromgeving met steunende relaties is van belang. Dit ontstaat door veel aandacht te besteden aan de werkrelatie tussen de hulpverlener en de jeugdige. De hulpverlener hoort de jeugdige met een lvb te motiveren en zijn zelfvertrouwen te vergroten. Technieken uit de motiverende gespreksvoering, waarbinnen een hulpverlener zonder oordelen of vooroordelen het gesprek aangaat en een empathische stijl hanteert, kunnen daarbij behulpzaam zijn (van der Nagel et al., 2016). Uit onderzoek van Witvliet et al (2016) blijkt dat jongeren met een lvb veel waarde hechten aan duidelijkheid in de werkrelatie. Zo blijken goede afspraken over taken de motivatie voor begeleiding te vergroten. Ook vertrouwen in de begeleider vergroot de motivatie voor begeleiding. Dit vertrouwen ontstaat vooral als begeleiders hun afspraken nakomen en op tijd komen. Een goede motivatie lijkt verder samen te hangen met een explorerende, sturende en proactieve houding van de begeleider.

Wanneer jeugdigen residentieel verblijven of dagbehandeling krijgen, vormen begeleiders de spil in de behandeling. De manier waarop begeleiders omgaan met behandelafspraken is cruciaal voor de ontwikkeling en de duur van gedragsproblemen (Zijlmans, Embregts, Gerits, Bosman & Derksen,



2009). Het is aangetoond dat behandeling en training gericht op de directe interactiepartners van cliënten (zoals ouders/verzorgers, medecliënten en groepsbegeleiders) gedragsproblemen bij jeugdigen met een lvb substantieel kan doen afnemen (Orobio de Castro, Embregts, Van Nieuwenhuijzen & Stolker, 2008). Videohulpverlening bij jeugdigen met een lvb lijkt een goed hulpmiddel om voor ouders en groepsleiding zichtbaar te maken wanneer communicatie positief en negatief verloopt. De gesprekken die naar aanleiding van de beelden worden gevoerd zijn belangrijk (Janssens & Muller, zoals beschreven in Didden, 2006).

Een meer uitgebreide beschrijving van de zes bovenstaande aanbevelingen is te lezen in de Richtlijn Effectieve Interventies lvb (de Wit et al., 2011) en in de generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of lichte verstandelijke beperking (Embregts & Wieland, 2018).

2 Interculturele aspecten

Bij de begeleiding van jeugdigen met een lvb is een specifieke aanpak nodig. Is er daarnaast ook sprake van een niet-westerse achtergrond dan wordt dit door de hulpverlener als nog lastiger ervaren (zie o.a. Roelofs, 2015).

Problemen kunnen ontstaan doordat lvb-jeugdigen met een niet-westerse afkomst zich vaak lastig staande houden in de Nederlandse, individualistische maatschappij. Door het beperkte cognitieve vermogen hebben zij nog vaker moeite met het schakelen tussen de regels die thuis gelden en de eisen die de Nederlandse maatschappij aan hen stelt (Roelofs, 2015). Knelpunten kunnen schaamte, isolatie of een taalbarrière zijn. Hierdoor wordt hulpverlening niet altijd bereikt (Cornelisse, 2015; Prikker, 2015). Daarnaast lijken autochtone hulpverleners een andere visie te hebben op de beperking en de behandeling dan het gezin. Hierdoor kan wederzijds onbegrip en verschil in verwachtingen van de hulpverlening ontstaan (Mijnsbergen, 2015).

Uit vier masterscripties en op basis van twaalf interviews met zowel experts als begeleiders zijn de volgende handelingsadviezen samengevat. Deze adviezen zijn specifiek voor het werken met lvb-jeugdigen met gedragsproblemen en een niet-westerse achtergrond:

- Bouw een vertrouwensrelatie op, door:
 - meer tijd in het gezin te investeren
 - bij de aard van het probleem te blijven
 - duidelijk en direct te zijn
 - niet te oordelen en respect en begrip te tonen.
- Verdiep je als hulpverlener in de unieke culturele afkomst van het gezin en wees bewust van de eigen culturele afkomst.
- Individuele psycho-educatie voor ouders (Cornelisse, 2015; Mijnsbergen, 2015; Prikker, 2015; Roelofs, 2015).

Kortmann (2016) noemt op basis van de literatuur nog een aantal hierbij aansluitende aandachtspunten. Zo dienen hulpverleners die werken met patiënten uit een andere cultuur en een verstandelijke beperking, flexibel te zijn bij het zoeken naar een manier van omgaan met de patiënt en zijn systeem die acceptabel is voor beide partijen. De hulpverlener dient ook antropologisch georiënteerd te zijn bij het zoeken naar de betekenissen die de patiënt en zijn systeem geven aan zijn of haar verhaal en gedrag, om na te gaan of deze betekenissen passen binnen zijn professionele diagnostische kader. Ook dient de hulpverlener creatief te zijn bij het zoeken naar een therapeutische



benadering die aansluit bij de state of the art van het onderzoek, maar tegelijk ook zo veel mogelijk acceptabel en zinvol is in de ogen van de patiënt en zijn systeem.

3 Werkzame interventies

De interventies die worden aangeboden aan jongeren met een lvb zijn slechts voor een klein deel onderzocht op effectiviteit. Het merendeel van die studies richt zich op behandelingen die hun basis hebben in de cognitieve gedragstherapie (Neijmeijer et al., 2010). Het onderzoek dat is verricht, is vaak van beperkte kwaliteit (van Nieuwenhuijzen et al., 2006). Dit maakt dat er nog maar weinig wetenschappelijke evidentie is voor veel interventies.

De kwaliteitsstandaard concludeert dat voor mensen met een lichte verstandelijke beperking in principe dezelfde zorgstandaarden en richtlijnen gelden als voor mensen met een gemiddelde of bovengemiddelde intelligentie¹. Een aantal internationale studies laat zien dat psychologische en psychotherapeutische interventies bij patiënten met zwakbegaafdheid of een lvb effectief zijn, mits zij aangepast zijn aan de mogelijkheden van de patiënt. Er is volgens de kwaliteitsstandaard daarom geen reden om aan te nemen dat psychotherapeutische interventies of medicatie bij deze doelgroep niet of minder effectief zijn. Wel moeten er aanpassingen gedaan worden die rekening houden met de verstandelijke beperking (Embregts & Wieland, 2018).

Opgemerkt dient te worden dat de problematiek van jongeren met een lvb vaak complex en multifactorieel bepaald is. Om recidive te voorkomen en participatie in de maatschappij te vergroten is daardoor vaak meer nodig dan het inzetten van één (potentieel) effectieve interventie. Deze jongeren hebben vaak een samenhangend pakket op maat nodig (Leenarts et al., 2017).

Met de term 'werkzame interventies' worden in deze paragraaf interventies bedoeld die aansluiten bij de hiervoor genoemde aanbevelingen van de Richtlijn Effectieve Interventies lvb. Sommige interventies zijn specifiek ontwikkeld voor jongeren met een lvb, andere interventies zijn breder inzetbaar maar hebben aanpassingen ondergaan die aansluiten bij de aanbevelingen van de richtlijn.

3.1 (Cognitieve) gedragstherapie

Veel van de behandelmogelijkheden met een goede theoretische basis zijn varianten van de gedragstherapie of de cognitieve gedragstherapie (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2011).

De gedragstherapie gaat ervan uit dat een groot deel van ons gedrag is aangeleerd. Problematische gedragingen of psychische problemen komen vaak voort uit dit aangeleerde gedrag. In gedragstherapie leren jongeren disfunctionele gedragingen af en leren zij nieuw, functioneler gedrag aan. Zo leren zij bijvoorbeeld om te ontspannen in stressvolle situaties.

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een verzamelnaam voor een groot aantal verwante hulpvormen, waarin cliënten leren hoe ze beter kunnen omgaan met negatieve gedachten en gevoelens over zichzelf en hun omgeving. Door de therapie leren ze hun stemming beter te beheersen en hun gedrag beter af te stemmen op wat ze willen bereiken. Cognitieve gedragstherapie vraagt van jongeren dat

¹ Actuele informatie over werkzame interventies bij verschillende problemen (zoals ADHD, autisme, angststoornissen en depressie) is te vinden via www.nji.nl/watwerkt.



zij kunnen reflecteren over hun eigen gedachten, gevoelens en gedragingen. Er zijn volgens Konterman et al (2012) aanwijzingen dat kinderen met een cognitieve beperking vaak wel in staat zijn om gebeurtenissen met bepaalde emoties te associëren - bijvoorbeeld blij zijn op je eigen verjaardag – maar dat zij moeite hebben met het begrijpen van de relatie tussen emoties en gedachten. Per therapie moet worden bepaald of deze geschikt is voor jeugdigen met een lvb (Kenniscentrum kinderen en jeugdpsychiatrie, 2011).

De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij verschillende psychiatrische stoornissen is bij kinderen en volwassenen zonder verstandelijke beperking breed onderzocht. De effectiviteit van CGT bij cliënten met een verstandelijke beperking is veel minder duidelijk aangetoond (Heinemann et al., 2016). Er zijn wat studies die positieve effecten laten zien van cognitief-gedragstherapeutische interventies bij mensen met een lvb (Didden & Moonen, 2007; Schuiringa, Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro & Matthys, 2009; Beail, 2017; Embregts & Wieland, 2018), maar deze studies kennen veel methodologische beperkingen. Daardoor zijn er geen harde uitspraken te doen over effectgroottes van deze behandelvormen (Kok et al., 2016; Heinemann et al., 2016). Het meeste onderzoek is gedaan naar CGT bij jeugdigen met een lvb en agressieproblematiek.

Hronis, Roberts & Kneebone (2017) concluderen in hun review dat onderzoek naar CGT onder volwassenen met een lvb en psychische problemen, goede aanwijzingen geeft dat deze behandelvorm ook bij jeugdigen met een lvb kan worden ingezet. De onderzoekers presenteren tevens een overzicht met belangrijke aanpassingen om cognitief-gedragstherapeutische interventies beter aan te laten sluiten bij de cognitieve domeinen waarop jeugdigen met een lvb problemen ervaren.

1. Aanpassingen op gebied van aandacht
 - a. Zorg voor kortere, meer frequente sessies
 - b. Neem pauzes op in de sessies
 - c. Beperk de lengte van taken door deze in kleinere onderdelen te verdelen
 - d. Betrek jeugdigen door het gebruik van verschillende werkvormen, kleuren, foto's
 - e. Complimenteer jeugdigen als zij hun aandacht er goed bijhouden
 - f. Zorg voor zo min mogelijk afleidingen in de ruimte
 - g. Begin met taken die gericht zijn op de persoon en ga daarna pas door naar taakgerichte oefeningen
2. Aanpassingen met betrekking tot het werkgeheugen
 - a. Maak gebruik van korte, simpele onderwerp-werkwoord-voorwerp zinnen
 - b. Presenteer het materiaal verbaal en visueel
 - c. Gebruik geheugensteuntjes zoals visuele hulpmiddelen
 - d. Introduceer maar 1 taak/activiteit tegelijk
 - e. Herhaal de informatie/taken
3. Leren en geheugen
 - a. Maak gebruik van impliciet leren (rollenspellen, praktische activiteiten)
 - b. Maak gebruik van leren door ervaren
 - c. Maak gebruik van leren via modelleren, waarbij je tijdens het modelleren hardop zegt wat je doet
 - d. Controleer regelmatig of de jeugdige begrijpt wat je bedoelt
 - e. Zorg ervoor dat de jeugdige de vaardigheden onder de knie heeft voordat je doorgaat naar het volgende onderdeel
 - f. Oefen frequent met vaardigheden
 - g. Bied onmiddellijke feedback
 - h. Neem sessies op of geef samenvattingen op papier aan het kind of de ouders



- i. Moedig kinderen aan om belangrijke gebeurtenissen gedurende de week op te schrijven, zodat ze zich deze makkelijker kunnen herinneren
 - j. Betrek ouders om herinneringen makkelijker op te halen
4. Executieve functies
- a. Plan en structureer de sessies
 - b. Probeer een vaste structuur in de sessies aan te houden
 - c. Gebruik een visueel schema om de structuur van de sessies zichtbaar te maken
 - d. Schakel zo min mogelijk tussen taken
 - e. Richt je gedurende de therapie op het ontwikkelen van probleemoplossende vaardigheden van de jeugdige en hun mogelijkheid om beslissingen te nemen
 - f. Stuur impulsieve reacties (bijvoorbeeld het onderbreken van de therapeut) bij
 - g. Stel duidelijke regels voor de therapie op
5. Taal en lezen
- a. Laat de jeugdige met zijn gezicht naar de therapeut zitten
 - b. Gebruik visuele hulpmiddelen om de verbale communicatie te ondersteunen
 - c. Gebruik foto's/tekeningen naast tekst om de tekst te visualiseren
 - d. Gebruik een 'easy reading' format voor teksten
 - e. Maak frequent gebruik van voegwoorden (als 'en')
 - f. Verdeel teksten in opsommingstekens
 - g. Gebruik dikgedrukte tekst om belangrijke punten te benadrukken
 - h. Vermijd jargon
 - i. Leg nieuwe termen zoveel als nodig uit
 - j. Gebruik zo kort mogelijke zinnen (maximaal 15 woorden)
 - k. Zorg dat er een duidelijk contrast is tussen de kleur van de tekst en de pagina
 - l. Gebruik zinnen die een enkel begrip beschrijven
 - m. Gebruik woorden met minder dan drie lettergrepen

Ook Heinemann et al (2016) concluderen dat CGT met dergelijke aanpassingen effectief lijkt voor jeugdigen met een lvb. Een van de consequenties van de aanpassingen is dat het aantal sessies dat nodig is voor een effectieve behandeling, groter is voor cliënten met een lvb dan voor cliënten met een gemiddelde intelligentie. Naast bovengenoemde aanpassingen is het van groot belang de omgeving actief te betrekken en bijvoorbeeld alle sessies samen met een persoon uit de naaste omgeving na te bespreken.

In Nederland zijn er inmiddels verschillende cognitief-gedragstherapeutische en gedragstherapeutische interventies beschikbaar voor verschillende problematieken, die bij lvb-jeugdigen kunnen worden ingezet. Sommige interventies zijn specifiek ontwikkeld voor de lvb doelgroep, andere interventies zijn aangepast.

3.1.1 Gedragsproblemen

Vergeleken met normaal begaafde jeugdigen en jeugdigen met een lvb zonder gedragsproblemen, hebben lvb-jeugdigen met gedragsproblemen een afwijkende sociale informatieverwerking. Dit betekent dat jeugdigen met een lvb over het algemeen anders reageren op sociale situaties (van Nieuwenhuijzen et al., 2006). Studies naar effectieve interventies voor normaal begaafde jeugdigen met gedragsproblemen hebben aangetoond dat de gedragsproblemen bij deze jeugdigen kunnen worden verminderd door de afwijkende sociale informatieverwerking te beïnvloeden. Gezien de specifieke sociale informatieverwerkingsproblemen van lvb-jeugdigen met gedragsproblemen, lijken interventies gericht op het verwerken van sociale informatie ook voor hen zeer relevant en veelbelovend (van Nieuwenhuijzen et al., 2006).



Samen Stevig Staan

Samen Stevig Staan is een geprotocolleerde ouder- en kindtraining ter vermindering van externaliserend gedrag van jeugdigen van 9 tot 16 jaar met een lvb. De training is gebaseerd op het programma Minder Boos en Opstandig. Er zijn aanpassingen gedaan om het programma te laten aansluiten bij de lvb doelgroep. Groepen van vijf jeugdigen nemen deel aan twaalf sessies die sociale en probleemoplossende vaardigheden behandelen. Door middel van (rollen)spel wordt geoefend met het leren kennen van gevoelens, op een constructieve manier omgaan met boosheid en sociale problemen of lastige situaties. Daarnaast worden in 10 2-wekelijkse oudergroepjes dezelfde onderwerpen behandeld en worden ouders getraind in positieve opvoedtechnieken die gericht zijn op preventie en omgaan met probleemgedrag (Schuiringa, 2012; de Bruijn & Schuiringa, 2016). Uit een clustergerandomiseerd onderzoek (n=169) blijkt dat Samen Stevig Staan zorgt voor een afname van externaliserende gedragsproblemen van jeugdigen, gerapporteerd door leerkrachten. Daarnaast leidt deelname aan Samen Stevig Staan tot een significant grotere toename van positief opvoeden door de deelnemers en een significant grotere verbetering van de ouder-kindrelatie, vergeleken met de deelnemers in de controlegroep (Schuiringa, 2014). Tegen de verwachting in bleek dat deelname aan Samen Stevig Staan resulteerde in een toename van agressieve sociale cognities bij jeugdigen in de dagbehandeling, vergeleken met een afname van agressieve sociale cognities bij jeugdigen in de controlegroep. Dit ging niet samen met veranderingen in gedrag en gold alleen voor jeugdigen in de dagbehandeling en niet voor jeugdigen die ambulantly behandeld werden. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de zogenoemde 'deviancy training,' wat betekent dat in een groepstraining met enkel jeugdigen met externaliserende gedragsproblemen, agressieve sociale cognities versterkt kunnen worden doordat deze gedachten bekrachtigd worden door de andere jeugdigen (de Bruijn & Schuiringa, 2016). Vanwege deze bevindingen is de definitieve versie van Samen Stevig Staan zodanig veranderd dat in de opleiding van trainers de risico's van deviancy training uitgebreid worden toegelicht en geoefend wordt met vaardigheden om deviancy training te voorkomen.

Groepsactiviteiten Richtend op Individuele Progressie (GRIP)

GRIP is een groepsgerichte methodiek voor jongens van 12 tot 18 jaar met een lvb en extreem problematisch gedrag waarvoor de kinderrechtter een machtiging gesloten jeugdzorg heeft afgegeven. Gedurende 12 maanden wordt middels ervaringsleren gewerkt aan het aanleren van sociale- en probleemoplossende vaardigheden en het opheffen van cognitieve tekorten. Het gezin en de directe omgeving worden bij de behandeling betrokken en de behandeling van de jongeren wordt gecombineerd met gezinsondersteuning en - eventueel op indicatie van de gedragsdeskundige - intensieve gezinsbegeleiding. Er is nog geen onderzoek naar GRIP uitgevoerd (Drent, 2016).

3.1.2 Agressie

De behandeling van agressief gedrag bij mensen met een lvb is volgens Kok et al (2016) onder te verdelen in twee typen interventies: gedragsinterventies en cognitief-gedragstherapeutische interventies. Bij de gedragsinterventies bestaat behandeling van agressief gedrag vaak uit het wegnemen van uitlokkende stimuli en gevolgen die het agressieve gedrag bekrachtigen en het versterken van adaptieve (communicatieve, sociale) vaardigheden. Resultaten van een aantal reviews (o.a. Healy et al., 2014) laten zien dat gedragsinterventies effectief zijn in de behandeling van agressief gedrag bij zowel kinderen als volwassenen met een verstandelijke beperking. Een tweede groep interventies wordt gerekend tot de cognitieve gedragstherapie. Deze benadering wordt ook wel anger management (AMT) genoemd en wordt vooral toegepast bij mensen met een lichte verstandelijke beperking (Taylor & Novaco, 2013). Er zijn in de afgelopen jaren enkele systematische reviews gedaan die keken naar de effecten van cognitieve gedragstherapie op boosheid, woede en



agressief gedrag bij volwassenen met een lvb (o.a. Ali et al., 2015). De resultaten zijn niet eenduidig. Ali et al (2015, als beschreven in: Kok et al., 2016) kwamen tot de conclusie dat de meeste onderzoeken methodologische tekortkomingen vertonen en dat follow-up gegevens doorgaans ontbreken. Nicoll et al (2013) en Beail (2017) vinden positieve resultaten van cognitief-gedragstherapeutische agressiehantering bij volwassenen met een lvb maar concluderen eveneens dat de studies van beperkte kwaliteit zijn.

Uit een narratieve review van elf studies en een meta-analyse van vijf studies (Dekker, 2014) blijkt dat een agressiehanteringstraining een effectieve interventie kan zijn voor jeugdigen met een lvb en externaliserende gedragsproblemen of psychiatrische problematiek. Omdat jeugdigen met een lvb moeite hebben met het hanteren van stress, en de neiging hebben daarop negatief en agressief te reageren lijkt deze methode bij deze doelgroep aan te slaan. Resultaten uit twee studies laten zien dat de methode effectief is in het verminderen van agressie in jongvolwassenen met een lvb. Beide interventies maken gebruik van ontspannings- en ademhalingsoefeningen in het begin van de behandeling. In een latere fase worden deze oefeningen gekoppeld aan rollenspellen of discussies waarin stressvolle situaties centraal staan. Het werkzame element lijkt hierin conditionering te zijn.

Training Agressie Controle Plus (TACt Plus)

De Training Agressie Controle Plus (TACt Plus) is een individuele, intensieve training voor LVB-jongeren (IQ van 50-85) van 12 t/m18 jaar die antisociaal en agressief gedrag vertonen. TACt Plus wordt door de kinderrechter als leerstraf opgelegd. Tijdens wekelijkse bijeenkomsten wordt gewerkt aan het trainen van sociale vaardigheden en het aanleren van zelfcontrole bij gevoelens van boosheid. In TACt Plus wordt gebruik gemaakt van leertheoretische en cognitief-gedragstherapeutische principes en technieken. De methode voor training van vaardigheden betreft instructie, modeling, oefening en feedback, aangevuld met huiswerkopdrachten voor oefening en toepassing van de geleerde vaardigheden in het dagelijks leven. Tijdens de TACt Plus wordt het netwerk van de jongere intensief betrokken met als doel de jongere te ondersteunen bij het generaliseren van de vaardigheden naar het leven van alledag. Er is in Nederland geen onderzoek naar de interventie verricht (Albrecht, Hemminga & Breg, 2014).

In Control!-LVB

In Control!-LVB is een agressieregulatie training voor jongeren van 12 tot en met 21 jaar die in een justitiële jeugdinrichting verblijven met een IQ tussen 75 en 80 gecombineerd met problemen in de sociale aanpassing. De rode draad binnen het programma wordt gevormd door een gecombineerd aanbod van metacognitieve zelfinstructie en sociale probleemoplossing. Een centraal middel bij In Control!-LVB is daarnaast het leren herkennen van lichaamssignalen en het daaropvolgend kunnen toepassen van ontspanningstechnieken, zodat de impulsiviteit kan afnemen. Het nemen van de stappen wordt in de oefeningen en rollenspellen toegepast. De trainers bekrachtigen sociaal vaardig gedrag van de jongeren en daar waar er sprake is van agressief gedrag laten zij hen tijdens de trainingsbijeenkomsten voortdurend sociaal vaardige gedragsalternatieven zien. Het uiteindelijke doel is om de jongere sociaal vaardig gedrag te leren in situaties waarbij deze voorheen agressief gedrag liet zien. Er is geen onderzoek naar de interventie verricht (Righart, 2013).

3.1.3 Middelengebruik

Jongeren met een lichte verstandelijke beperking hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van problemen met middelengebruik. Daarnaast zijn de negatieve consequenties van hun gebruik groter dan bij normaal begaafde leeftijdsgenoten. Het is daarom belangrijk om te interveniëren voordat gebruik uit de hand loopt. In Nederland zijn er verschillende interventies rondom middelengebruik beschikbaar. Naar een aantal van deze interventies is (beperkt) onderzoek verricht.



Take it personal!

Take it personal! is gericht op het verminderen van middelengebruik bij jongeren (14-21 jaar) met een lvb en gedragsproblemen die intra- of extramuraal behandeling ontvangen. De interventie richt zich op jongeren met een van de vier persoonlijkheidsprofielen die geassocieerd zijn met een hoger risico op het ontwikkelen van risicovol en problematisch middelengebruik: sensatie zoeken, impulsiviteit, angstgevoeligheid en negatief denken. De interventie combineert cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering en psychomotorische therapie. In een pilotstudie met zes deelnemers werd gekeken naar de uitvoerbaarheid, de gebruiksvriendelijkheid en de potentiële effectiviteit van de interventie. Bevindingen laten zien dat de training uitvoerbaar is en dat de jongeren het leuk vinden om de training te volgen. Bovendien rapporteren de jongeren na afloop van de training minder alcohol-, cannabis- en harddruggebruik. 'Take it personal!' lijkt daarmee een veelbelovend programma voor jongeren met een lvb en (problematisch) middelengebruik (Schijven et al., 2016).

3.1.4 Angst en depressie

Er is weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van CGT bij jeugdigen met een lvb en angst en/of depressie. McCabe et al. (2006) verrichtten een kleinschalige studie naar een behandelprogramma voor volwassenen met een (l)vb en een depressie. Zij vonden positieve effecten op depressieve gevoelens, positieve gevoelens over zichzelf en automatische negatieve gedachten. Een eveneens zeer kleinschalig onderzoek van Lindsay (1999; in: Diggelen & Scheers, 2016) vond positieve effecten op angstsymptomen bij volwassenen met een cognitieve beperking en een angststoornis.

Ik ben dapper

Het behandelprogramma 'Ik ben dapper' is een cognitief-gedragstherapeutische interventie voor jeugdigen van 11 tot 17 jaar met een cognitieve beperking (zwakbegaafdheid of lvb) en een angststoornis. Het programma is een aanpassing van het programma 'Dappere kat.' De angstbehandeling bestaat uit dertien wekelijkse bijeenkomsten van een uur en er doen maximaal 4 jeugdigen mee. Daarnaast zijn er vier ouderbijeenkomsten. Jeugdigen leren vaardigheden aan om in het dagelijks leven met hun angst om te gaan, om anders te denken over angst en om zelfvertrouwen op te bouwen. De behandeling is opgezet aan de hand van de specifieke kenmerken van de doelgroep, zo wordt er simpele en concrete taal gebruikt, veel gebruik gemaakt van visualiseren en ervaringsleren, zijn de zittingen meer gestructureerd, worden vaardigheden herhaaldelijk geoefend en ligt de nadruk vooral op lichaamssignalen en gedrag in plaats van op cognities. Door middel van een voor- en een nameting werd bij twaalf deelnemende kinderen gekeken naar de angstklachten. Uit de resultaten bleek dat de kinderen en hun ouders minder angst rapporteerden tijdens de nameting in vergelijking met de voormeting. Voor de ouderrapportage was dit effect sterk en significant, terwijl het in de zelfrapportages van de kinderen een matig effect was, dat niet significant was (Konterman et al., 2012).



3.2 Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Jeugdigen met een lvb hebben een verhoogde kwetsbaarheid voor traumatische ervaringen zoals misbruik of mishandeling en kunnen op grond daarvan een posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontwikkelen (De Koning & Collin, 2007; Tharner, zoals beschreven in Didden, 2006). Bij de behandeling van PTSS wordt vaak gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie, wat zeer effectief is gebleken.

Een relatief nieuwe behandelvorm in de behandeling van PTSS is de psychotherapeutische interventie Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). EMDR is een methode waarin herinneringen aan een traumatische gebeurtenis worden opgehaald, terwijl een kind tegelijkertijd wordt afgeleid door met zijn ogen de hand van de therapeut te volgen. Met behulp van EMDR kunnen herinneringen aan eerder onverwerkte ingrijpende gebeurtenissen alsnog worden verwerkt. Uit wetenschappelijk onderzoek, vooral bij mensen zonder een lvb, is gebleken dat EMDR en (cognitieve) gedragstherapie vergelijkbare resultaten hebben. Bij EMDR zijn echter minder behandelsessies nodig en het is minder belastend voor de cliënt en de therapeut (Tharner, zoals beschreven in Didden, 2006). Tevens is het cognitieve gedeelte van de therapie veel beperkter en meer gestructureerd dan bij een cognitieve gedragstherapie, waardoor EMDR zeer interessant lijkt voor jeugdigen met een lvb.

Er is (nog) geen gecontroleerd empirisch onderzoek gepubliceerd naar het effect van EMDR bij jeugdigen met een lvb. Inmiddels is er in de klinische praktijk al wel veel ervaring opgedaan en worden er goede resultaten behaald (De Koning & Collin, 2007; Mevissen, Didden & de Jongh, 2016). Mevissen et al (2016) spreken van 18 gevalsbeschrijvingen van EMDR bij mensen met zowel een (l)vb als klachten die passen in het beeld van een PTSS. Deze gevalsbeschrijvingen laten positieve resultaten zien. Er is in Nederland een aanpast EMDR-protocol beschikbaar voor kinderen en jongeren, waarin de procedure is vereenvoudigd en is afgestemd op de leeftijd van het kind (Mevissen et al., 2016).

3.3 Vaktherapie

Vaktherapie is een verzamelnaam voor behandelvormen die op methodische wijze beeldende, dans-, drama-, muzikale, lichaamsgerichte en bewegingsgerichte interventies inzetten in de behandeling. Het gaat om interventies waarin taal en cognitie ondergeschikt zijn aan de ervaring. Ook het opdoen van succeservaringen en het ervaren van trots en plezier spelen een centrale rol. Deze aspecten maken vaktherapie volgens Embregts & Wieland (2018) zeer geschikt voor mensen met een lvb.

Vaktherapieën kunnen bijvoorbeeld ingezet worden bij de aanpak van de gedragsmatige aspecten van een psychische stoornis. Ook kunnen ze psychotherapeutische behandelingen ondersteunen door bijvoorbeeld aangeleerde vaardigheden uit de psychotherapie te oefenen.

Er zijn volgens de kwaliteitsstandaard verschillende vaktherapieën onderzocht en zinvol gebleken bij de behandeling van een psychische stoornis bij mensen met een verstandelijke beperking. Dit onderzoek heeft zich wel voornamelijk gericht op volwassenen met een lvb. Daaruit blijkt bijvoorbeeld dat drama- en muziektherapie kunnen helpen om emotie- en agressieregulatie te verbeteren (Savarimuthu & Bunnell, 2002) en dat psychomotorische therapie (PMT) veelbelovend is bij het verminderen van agressief gedrag bij mensen met een lvb (Bellemans et al., 2016). Daarnaast kan PMT angst en depressieve symptomen bij volwassenen met een lvb verminderen (Bouvet & Coulet, 2016). Beeldende therapie kan bijdragen aan een verbetering van gedragsproblemen en gevoelens van hulpeloosheid (Gilroy, 2007) en het verminderen van traumagerelateerde symptomen en depressieve klachten (Schouten et al., 2015; in: Embregts & Wieland, 2018).



3.4 Interventies gericht op de dagelijkse omgeving

Uit literatuuronderzoek van Orobio de Castro en collega's (2008) blijken oudertrainingen en trainingen voor hulpverleners gericht op de omgang met cliënten en het sturen van groepsprocessen een positief effect te hebben op het verminderen van gedragsproblemen bij jeugdigen met een lvb.

3.4.1 Ouder- en gezinsbegeleiding

In de afgelopen jaren zijn er veel verschillende gezinsinterventies en oudergerichte trainingen ontwikkeld voor, of aangepast aan de (lichte) verstandelijke beperking. Dit soort interventies richt zich vaak op het verbeteren van de ouder-kind interactie. Zij proberen bijvoorbeeld het begrip van ouders voor het gedrag van hun kind te vergroten en leren ouders vaardigheden aan waarmee zij het problematische gedrag kunnen verminderen. De publicatie van Sturmey & Didden (2014, zoals beschreven in de Bruijn & Schuiringa, 2016) laat zien dat er nog weinig bekend is over de effectiviteit van zulke interventies. De beperkte literatuur wijst erop dat interventies positieve effecten lijken te hebben als ze

1. Systematisch en volgens protocol worden uitgevoerd;
2. Zijn gebaseerd op de principes van cognitieve gedragstherapie;
3. Zich richten op tekorten in specifieke vaardigheden die mede ten grondslag liggen aan het ontstaan van gedragsproblemen.

Net als bij de interventies voor jeugdigen zelf is het een voorwaarde voor effectiviteit dat interventies zijn afgestemd op de beperkingen in sociaal adaptief gedrag en cognitieve vaardigheden van jeugdigen met een lvb en hun ouders (de Bruijn & Schuiringa, 2016).

Kok et al (2016) verrichtten een systematische review en meta-analyse naar de effectiviteit van psychosociale interventies bij kinderen met een lvb en een psychiatrische stoornis. Het grootste deel van de studies die zijn in hun analyse meenamen, onderzocht de effectiviteit van oudertrainingen. De onderzoekers vonden wat positieve resultaten voor de oudertrainingen. De resultaten laten over het algemeen een tendens zien naar minder probleemgedrag en meer positief gedrag bij het kind. Dit werd veroorzaakt door meer positieve ouder-kindinteracties en door afnames in negatief oudergedrag en in overreageren bij de moeders. De kwaliteit van de studies was erg slecht, met kleine interventiegroepen en geen randomisatie.

Multisysteemtherapie (MST)

MST is een intensieve, systeemgerichte behandeling in de thuissituatie gedurende drie tot vijf maanden en is bedoeld voor jongeren van 12 tot 18 jaar met ernstige gedragsproblemen. De interventie heeft als doel het voorkomen van uithuisplaatsing door de eigen kracht van het gezin te versterken. Inmiddels is – op basis van de aanbevelingen van de Richtlijn Effectieve Interventies lvb - een aanpassing voor jeugdigen met een lvb ontwikkeld. MST-LVB heeft specifieke elementen die tegemoet komen aan de verminderde cognitieve vaardigheden van jeugdigen en ouders binnen de lvb-doelgroep (Lange et al., 2013). Blankestein et al. (2016) verrichtten een quasi-experimentele studie naar MST-LVB en vonden dat de interventie een meerwaarde heeft ten opzichte van reguliere MST bij de behandeling van jongeren met een LVB en hun ouders. Bij MST-LVB was significant vaker sprake van verbeterde gezinsrelaties, verbeterde sociale ondersteuning, verbeterde sociale contacten van de jongere en standhoudende veranderingen in het gedrag van de jongere ten opzichte van reguliere MST. Ten minste twee op de drie jongeren behaalden de ultieme doelen van MST. Zij woonden thuis, hadden geen nieuw politiecontact en hadden een zinvolle dagbesteding in de vorm van school of werk (Henggeler et al., 2010). Hoewel beide vormen van MST positieve behandeluitkomsten behaalden en de verschillen op de ultieme uitkomsten niet statistisch significant



waren, werd wel een trend waargenomen van betere resultaten na MST-LVB. Zo had 22% van de jongeren die MST-LVB kregen nieuwe politiecontacten, ten opzichte van 34% van de jongeren die reguliere MST kregen. De adaptatie MST-LVB blijkt er bovendien beter dan reguliere MST in te slagen ondersteuning in het sociale netwerk van jongeren met een LVB en hun gezinnen te verbeteren, en gezinnen in staat te stellen zelf formele en informele ondersteuning te regelen.

Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT)

Veerman, Janssens en Delicat (2005) geven in een meta-analyse een overzicht van de effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT). Bij IPT vindt intensieve begeleiding in de thuissituatie plaats, veelal met als doel het voorkomen van uithuisplaatsing door middel van het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden en het afnemen van de opvoedingsbelasting. In de meta-analyse worden drie behandelvormen gericht op jeugdigen met lvb betrokken, namelijk Families First – LVG, Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling – LVG1 en Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling – LVG. Deze gezinsbehandelingen zijn geëvalueerd met pre-posttest designs. Bij alle drie de programma's was sprake van vermindering van de externaliserende problemen bij jeugdigen met een lvb en van vermindering van de opvoedingsbelasting die hun ouders ervaren.

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is een behandeling voor jonge kinderen met externaliserend probleemgedrag en hun ouders. Het einddoel is de ernstige gedragsproblemen bij het kind te verminderen. Dit gebeurt door de opvoedingsvaardigheden van de ouders te vergroten en de kwaliteit van de ouder-kind relatie te verbeteren, waardoor de gedragsproblemen verminderen en daardoor de stress bij ouders verminderd en de fysieke mishandeling stopt (Breg, Abrahamse, Heiner & Coelman, 2014). Er is een gerandomiseerde studie uitgevoerd naar gezinnen met kinderen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen (Bagner & Eyberg, 2007). Moeders die PCIT ontvingen lieten een meer positieve interactie met hun kind zien dan moeders uit de wachtlijstcontrolegroep. Ook luisterden de kinderen beter naar de opdrachten van hun ouders. Moeders rapporteerden na PCIT minder gedragsproblemen bij hun kind en minder opvoedingstress dan moeders uit de controleconditie.

3.4.2 Trainingen voor begeleiders/behandelaars

Naast ouders en het gezin kunnen ook begeleiders en behandelaars deel uitmaken van de dagelijkse omgeving van jeugdigen met een lvb. Het werken met jeugdigen met een lvb en gedragsproblemen kan emotioneel belastend zijn en vraagt ook bepaalde competenties van begeleiders en behandelaars. Training, coaching en supervisie van die begeleiders is daarom belangrijk. Stoesz et al (2016, als beschreven in Embregts, Willems & Knotter, 2016) concluderen dat er inmiddels een groot aantal trainingen ontwikkeld is, maar dat men op basis van resultaten van onderzoek tot nu toe nauwelijks kan bepalen welke categorie trainingen het beste aan begeleiders aangeboden kan worden. Embregts et al (2016) pleiten ervoor om in de training van begeleiders in ieder geval aandacht te besteden aan een van de belangrijkste werkzame mechanismen: de werkrelatie tussen de begeleider en de cliënt. Factoren die van invloed zijn op deze werkrelatie zijn bijvoorbeeld de opvattingen en emoties van begeleiders, hun zelfbewustzijn, hun copingstijl en hun zelfvertrouwen. Een training die hier bijvoorbeeld op inspeelt is Begeleiders in Beeld.

Begeleiders in Beeld

Deze training is speciaal voor begeleiders van cliënten met een lvb en gedragsproblemen. Er wordt uitgegaan van de gedachte dat de manier waarop begeleiders omgaan met behandelafspraken en de wijze waarop zij communiceren met cliënten van invloed is op de ontwikkeling en de duur van de gedragsproblemen (Zijlmans et al., 2009). Het doel van de training is het verbeteren van de



emotionele intelligentie (EQ) van begeleiders en het uitvoeren van begeleidingsafspraken door begeleiders om zo de werkdruk te verminderen en de relatie tussen de cliënt en de begeleider te verbeteren (Zijlmans et al., 2009). Daarbij wordt gebruik gemaakt van videofeedback. Uit een effectstudie van Zijlmans, Embregts, Gerits, Bosman en Derksen (2011) blijkt dat het EQ van de begeleiders na het volgen van de training significant is verbeterd. Eerder onderzoek laat zien dat het EQ weer van invloed is op het gedrag van de begeleider en daarmee op de interactie tussen begeleider en cliënt (Zijlmans et al., 2011). Een hieropvolgende studie laat zien dat begeleiders na de training adequater omgaan met stressvolle situaties dan voor de training (Zijlmans, Embregts, Gerits, Bosman, & Derksen, 2014a). Onderzoeksresultaten tonen daarnaast aan dat begeleiders na de training beter aansluiten bij en afstemmen op de emotionele signalen en behoeften van de cliënt dan ze voor het volgen van de training deden. Ook behandelen ze de cliënt meer als een autonoom en competent individu met eigen wensen en meningen (Zijlmans, Embregts, Gerits, Bosman, & Derksen, 2014b).

4 Medicatie

Medicijnen gericht op het verminderen van gedragsproblemen worden veel en langdurig voorgeschreven aan jeugdigen met een lvb. Het voorschrijfgedrag is grotendeels gebaseerd op klinische ervaring en veel minder op wetenschappelijk onderzoek (De Koning & Collin, 2007). Scheifes (2015) benadrukt in haar proefschrift dat de hoge prevalentie van psychofarmaca in de behandeling van mensen met een lvb en gedragsproblemen in schril contrast staat tot het beperkte wetenschappelijke bewijs voor effectiviteit en het hoge risico op bijwerkingen. Kinderen met een lvb zijn extra kwetsbaar bij gebruik van psychofarmaca vergeleken met kinderen uit de algemene bevolking. Medicatie kan een effect hebben op de groei en ontwikkeling van het kind (Embregts & Wieling, 2018).

Uit internationaal literatuuronderzoek van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie zijn de volgende aanbevelingen betreffend psychofarmaca bij jeugdigen met een lvb voortgekomen:

- Psychofarmaca dienen bij voorkeur alleen voorgeschreven te worden als onderdeel van een multidisciplinair behandelplan. Er dient oog te zijn voor mogelijk ontstaan van gedragsveranderingen door overvraging.
- In principe kunnen de richtlijnen zoals beschreven in het formularium 'psychofarmaca bij kinderen' door het Landelijk Kenniscentrum worden gevolgd (zie de website van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie voor meer informatie: <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/Professionals/Formularium>).
- Bij de lvb-populatie moet in het algemeen lager en trager gedoseerd worden en rekening worden gehouden met meer bijwerkingen en minder effectiviteit.
- In een RCT zijn positieve effecten alleen gevonden voor de middelen methylfenidaat bij ADHD en risperidon bij gedragsproblemen. Deze middelen genieten daarom de voorkeur.
- Ook voor (het niet geregistreerde) melatonine worden voor jeugdigen met een lvb positieve resultaten gevonden. Indien besloten wordt slaapproblemen bij jeugdigen met een lvb medicamenteus te behandelen, geniet dit middel de voorkeur.

Lees meer informatie over het gebruik van psychofarmaca bij jeugdigen met een lvb op de website van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (www.kenniscentrum-kjp.nl).



5 Conclusies

Ondanks het groeiende aanbod van interventies voor jeugdigen met een lvb is er weinig bekend over de effectiviteit van interventies die gericht zijn op deze doelgroep. De onderzoeken naar de effectiviteit van interventies die er zijn, zijn veelal met pre-posttest en N=1-designs uitgevoerd. Hierdoor kunnen er geen onomstotelijke conclusies worden getrokken over effecten.

Het lijkt erop dat interventies gebaseerd op gedragstherapeutische en cognitief gedragstherapeutische principes effect kunnen hebben op verschillende problemen als agressie, gedragsproblemen, middelengebruik en psychische klachten. Interventies gericht op intensieve samenwerking met de ouder(s) en het vergroten van hun opvoedingsvaardigheden kunnen effectief zijn bij de behandeling van gedragsproblemen bij jeugdigen met een lvb. Ook zijn er aanwijzingen dat EMDR en vaktherapie effectief ingezet kunnen worden bij deze doelgroep.

Hoewel er slechts beperkt onderzoek is gedaan naar wat werkt voor jeugdigen met een lvb is er wel een aantal werkzame factoren aan te wijzen in de behandeling van deze doelgroep. Het Landelijk Kenniscentrum LVB heeft een richtlijn opgesteld waarin zes eisen staan waaraan interventies moeten voldoen willen zij een grotere kans hebben om werkzaam te zijn in de behandeling van jeugdigen met een lvb. Reguliere behandelvormen lijken met deze aanpassingen geschikt te zijn voor jeugdigen met een lvb:

- Uitgebreidere diagnostiek.
- Afstemmen van de communicatie.
- Concreet maken van de oefenstof.
- Voorstructureren en vereenvoudigen.
- Netwerk en generalisatie.
- Veilige en positieve leeromgeving.



6 Referenties

Albrecht, G., Hemminga, M.Y. & Breg, A.C. (2014) *Training Agressie Controle Plus. Theoriehandleiding*. Duivendrecht: PI Research.

Ali, A., Hall, I., Blickwedel, J., & Hassiotis, A. (2015). Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with intellectual disabilities. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2015*(4), Article CD003406. The Cochrane Library Database.

Bagner, D. M., & Eyberg, S. M. (2007). Parent-child interaction therapy for disruptive behavior in children with mental retardation: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*(3), 418-429.

Beail, N. (2017). Psychological therapies and people who have ID: a report from the Royal College of Psychiatrists and British Psychological Society. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities, 11*(1), 24-26.

Beer, Y. de (2011). *De kleine gids: Mensen met een licht verstandelijke beperking*. Deventer: Kluwer.

Bellemans T., Hoek P., Scheffers M., van Busschbach J., Didden R. (2016). Psychomotorische therapie bij mensen met een licht verstandelijke beperking en problemen met emotie- en agressieregulatie. *Directieve therapie, 36*, 148-68.

Blanckstein, A., van der Rijken, R. E. A., Vuyst, K. D., Bruijn, J. D., Moonen, X. M. H., Leunissen, J., & Didden, H. C. M. (2017). Multisysteemtherapie voor jongeren met een licht verstandelijke beperking en hun ouders: Een onderzoek naar de effectiviteit van een ambulante systeemgerichte interventie. *Directieve Therapie, 36*, 204-219.

Bouvet, C., & Coulet, A. (2016). Relaxation therapy and anxiety, self-esteem, and emotional regulation among adults with intellectual disabilities: A randomized controlled trial. *Journal of Intellectual Disabilities, 20*(3), 228-240.

Breg, A., Abrahamse, M., Heiner, W., Coelman, F. (2014). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Bruijn, J. de & Schuiringa, H. (2016). Gezinsbehandelingen. In: R. Didden, P. Troost, X. Moonen & W. Groen (Reds.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (eerste druk, pp. 449-458). Utrecht: De Tijdstroom.

Cornelisse, M. (2015). *De rol van een taalbarrière en verschil in communicatiestijl in de alledaagse begeleiding van jongeren met een licht verstandelijke beperking en een niet-westerse culturele achtergrond in orthopedagogische behandelcentra*. Masterscriptie Universiteit Utrecht.

Dekker, M.D. (2014). *Een narratieve review en meta-analyse naar de meest effectieve cognitieve en/of gedragsinterventies of behandelmethoden voor LVB-jongeren met externaliserende gedragsen/of psychiatrische problematiek*. Masterscriptie Universiteit Utrecht.



- Didden, R. (2006). Gedragsanalyse en cognitieve gedragstherapie bij mensen met een verstandelijke beperking: Een tussenbalans. In R. Didden (Red.), *In perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 101-126). Houten: Bohn Stafleu van Lochem.
- Didden, R., Korzilius, H., Oorsouw, W. van, & Sturmey, P. (2006). Behavioral treatment of challenging behaviors in individuals with mild mental retardation: Meta-analysis of single-subject research. *American Journal on Mental Retardation*, *111*(4), 290-298.
- Didden, R., & Moonen, X. (Red.) (2007). *Met het oog op behandeling: Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: VOBC LVG/de Borg.
- Diggelen, B. van & Scheers, T. (2016). Angst- en stemmingsstoornissen. In: R. Didden, P. Troost, X. Moonen & W. Groen (Reds.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (eerste druk, pp. 109-125). Utrecht: De Tijdstroom.
- Drent, A. (2016). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'GRIP'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.
- Embregts, P., Willems, A. & Knotter, M. (2016). Begeleiders trainen. In: R. Didden, P. Troost, X. Moonen & W. Groen (Reds.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (eerste druk, pp. 471- 481). Utrecht: De Tijdstroom.
- Embregts, P. & Wieland, J. (2018). Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB). Generieke module. Utrecht: Trimbos instituut.
- Gilroy, A. (2006). *Art therapy, research and evidence-based practice*. Londen: Sage Publishing.
- Healy, O., Lydon, S. & Murray, C. (2014). Aggressive behavior. In: P. Sturmey & R. Didden (Eds.), *Evidence-based practice and intellectual disabilities* (pp. 103-132). Londen: Wiley Blackwell.
- Heinemann, A., Neumann, C., Waa, A. van der & Kok, L. (2016). Cognitieve gedragstherapie. In: R. Didden, P. Troost, X. Moonen & W. Groen (Reds.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (eerste druk, pp. 397-407). Utrecht: De Tijdstroom.
- Hronis, A., Roberts, L., & Kneebone, I. I. (2017). A review of cognitive impairments in children with intellectual disabilities: Implications for cognitive behaviour therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, *56*(2), 189-207.
- Janssens, J., & Muller, L. (2006). Mogelijkheden van videohulpverlening binnen de zorg voor jongeren met een lichte verstandelijke beperking. In R. Didden (Red.), *In perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 191-210). Houten: Bohn Stafleu van Lochem.
- Kaal, H., Overvest, N. & Boertjes M. (Eds.) (2014). *Beperkt in de keten. Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtketen*. Den Haag: Boom Lemma.
- Kok, L., van der Waa, A., Klip, H., & Staal, W. (2016). The effectiveness of psychosocial interventions for children with a psychiatric disorder and mild intellectual disability to borderline intellectual functioning: A systematic literature review and meta-analysis. *Clinical child psychology and psychiatry*, *21*(1), 156-171.



Kok, L., van der Waa, A. & Didden, R. (2016). Gedragsstoornissen en agressief gedrag. In: Didden, P. Troost, X. Moonen & W. Groen (Reds.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (eerste druk, pp. 81-97). Utrecht: De Tijdstroom.

Koning, N.D. de, & Collin, P.J.L. (2007). Behandeling van jeugdigen met een psychiatrische stoornis en een verstandelijke beperking. *Kind en Adolescent*, 28(3), 215-229.

Konterman, H., Heller, A. K., Reitsema, Y., & Nauta, M. H. (2012). Ik ben dapper. Effectonderzoek bij een cognitief gedragstherapeutische groepsbehandeling voor angstige kinderen met een cognitieve beperking. *Kind & Adolescent Praktijk*, 11(1), 34-40.

Kortmann, F. (2016). Culturele diversiteit. In: R. Didden, P. Troost, X. Moonen & W. Groen (Reds.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (eerste druk, pp. 521-530). Utrecht: De Tijdstroom.

Lange, A. Vuyst, K. de, Bruijn, J. de, & Rijken, R. van der (2013). Multisysteem therapie voor mensen met een LVB: Een pilot studie. In R. Didden & X. Moonen (Red.), *Met het oog op behandeling: Diagnostiek en behandeling van gedragsproblematiek bij mensen met een licht verstandelijke beperking* (pp. 61-67). Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB/Expertisecentrum de Borg.

Leenarts, L.E.W., Wijngaarden, S. van & Giessen, L. van der (2017). *Gedragsinterventies voor jongeren met een licht verstandelijke beperking. Een inventarisatie van het huidige aanbod binnen de jeugdstrafrechtketen. Factsheet*. Amsterdam: William Schrikker Groep.

Lindsay, W. R., Neilson, C., & Lawrenson, H. (1997). Cognitive-behaviour therapy for anxiety in people with learning disabilities. *Cognitive behaviour therapy for people with learning disabilities*, 124-140.

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(4), 239-247.

Mevisen, E. H. M., Didden, H. C. M., & Jongh, A. D. (2016). EMDR voor trauma- en stressorgerelateerde klachten bij patiënten met een verstandelijke beperking. *Directieve therapie*, 36(1), 5-26.

Mijnsbergen, M. (2015). *De invloed van cultuur en religie op de kennis van, de visie op en de verwachtingen van een licht verstandelijke beperking, gedragsproblemen en de behandeling daarvan bij niet-westerse jongeren en hun ouders*. Masterscriptie Universiteit Utrecht.

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

Nagel, J., Didden, R., Duijvenbode, N. van, Kemna, L. & Trentelman, M. (2016). Middelengebruik en verslaving. In: R. Didden, P. Troost, X. Moonen & W. Groen (Reds.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (eerste druk, pp. 157- 169). Utrecht: De Tijdstroom.

Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Muusse, C., & Veneberg, G. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ: Een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut.



Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2006). Problematiek en behandeling van LVG jeugdigen: Een literatuurreview. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 32(4), 211-228.

Nicoll, M., Beail, N., & Saxon, D. (2013). Cognitive behavioural treatment for anger in adults with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(1), 47-62.

Onrust, S., & Romijn, G. (2013). *Eigen Kracht in de keten van de jeugd-lvb. Effecten en kosten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Orobio de Castro, B., Embregts, P., Nieuwenhuijzen, M. van, & Stolker, J.J. (2008). Samen op zoek naar effectieve behandeling van gedragsproblemen bij cliënten met een licht verstandelijke beperking: Het Consortium Effectieve Behandeling Gedragsproblemen LVG. *Onderzoek en Praktijk*, 6(1), 5-12.

Prikker, E. (2015). *De rol van schaamte, taboe en sociale isolatie in de behandeling van nietwesterse jongeren met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblematiek binnen orthopedagogische behandelcentra*. Masterscriptie Universiteit Utrecht.

Righart, E. (2013). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'In Control! – LVB'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Roelofs, Y.A.M. (2015). *Knelpunten in de begeleiding van jongeren met een LVB en een nietwesterse culturele achtergrond: De rol van gezagsverhoudingen*. Masterscriptie Universiteit Utrecht.

Savarimuthu D., Bunnell T. (2002). The effects of music on clients with learning disabilities: a literature review. *Complementary therapies in nursing and midwifery*, 8(3), 160-165.

Scheifes, A. (2015). *Psychotropic drug use in people with intellectual disability: patterns of use and critical evaluation: patterns of use and critical evaluation*. Proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Schijven, E., Nagel, J. van der, Engels, R., Lammers, J. & Poelen, E. (2016). 'Take it personal!': Een interventie voor het verminderen van middelengebruik en comorbide gedragsproblemen bij jongeren met een licht verstandelijke beperking. *Onderzoek en Praktijk*, 14(1), 7-18.

Schouten, K. A., de Niet, G. J., Knipscheer, J. W., Kleber, R. J., & Hutschemaekers, G. J. (2015). The effectiveness of art therapy in the treatment of traumatized adults: a systematic review on art therapy and trauma. *Trauma, violence, & abuse*, 16(2), 220-228.

Schuiringa, H. (2012). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: Beschrijving 'Samen Stevig Staan'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 27-06-2013 van www.nji.nl

Schuiringa, H. (2014). *Children with mild to borderline intellectual disabilities and externalizing behavior: Individual characteristics, family functioning and treatment effectiveness*. Proefschrift Universiteit Utrecht.

Schuiringa, H., Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2009). Samen Stevig Staan: Effectonderzoek naar SSS, een training voor LVB jeugdigen met externaliserende gedragsproblemen. *Onderzoek en Praktijk*, 7(1), 11-14.



Sturmeijer, P., & Didden, R. (2014). *Evidence-based practice and intellectual disabilities*. Chichester: Wiley Blackwell.

Stoesz, B. M., Shooshtari, S., Montgomery, J., Martin, T., Heinrichs, D. J., & Douglas, J. (2016). Reduce, manage or cope: a review of strategies for training school staff to address challenging behaviours displayed by students with intellectual/developmental disabilities. *Journal of Research in Special Educational Needs, 16*(3), 199-214.

Taylor, J. L., & Novaco, R. W. (2013). Anger control problems. *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities, 133-155*.

Tharner, G. (2006). Over de toepassing van EMDR bij de behandeling van mensen met een lichte verstandelijke beperking. In R. Didden (Red.), *In perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 145-168). Houten: Bohn Stafleu van Lochem.

Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van intensieve pedagogische thuishulp: Een meta-analyse. *Pedagogiek, 25*(3), 176-196.

Wit, M. de, Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn Effectieve Interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

Witvliet, M., Snijdwint, M., Bertling, L., Scheppingen L. van & Kaal, H. (2016). *Werkalliantie en motivatie voor begeleiding bij jongeren met een LVB. Factsheet*. Leiden: Hogeschool Leiden & Regioplan Beleidsonderzoek.

Zijlmans, L., Embregts, P., Gerits, L., Bosman, A., & Derksen, J. (2009). Begeleiders in beeld: Een onderzoek naar de effectiviteit van een training voor begeleiders van cliënten met een lichte verstandelijke beperking en gedragsproblemen. *Onderzoek en Praktijk, 7*(1), 5-10.

Zijlmans, L., Embregts, P., Gerits, L., Bosman, A., & Derksen, J. (2011). Training emotional intelligence related to treatment skills of working with clients with intellectual disabilities and challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research, 55*(2), 219-231.

Zijlmans, L. J. M., Embregts, P. J. C. M., Gerits, L., Bosman, A. M. T., & Derksen, J. J. L. (2014a). The effectiveness of staff training focused on increasing emotional intelligence and improving interaction between support staff and clients. *Journal of Intellectual Disability Research, 59*, 599-612.

Zijlmans, L. J. M., Embregts, P. J. C. M., Gerits, L., Bosman, A. M. T., & Derksen, J. J. L. (2014b). The effectiveness of staff training on the interaction between staff and clients with intellectual disabilities and challenging behaviour: An observational study.

www.kenniscentrum-kjp.nl. Geraadpleegd op 7 maart 2018.

