



Wat werkt bij jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking?

Mariska Zoon

www.nji.nl

December 2015

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 met ook beperkingen in hun sociaal aanpassingsvermogen. Vanwege de beperkingen en de veelal bijkomende en langdurige problematiek is nogal eens specifieke zorg nodig. De belangstelling voor de behandeling van jeugdigen met een lvb is in de laatste jaren toegenomen. Ook is er in de afgelopen jaren door wetenschappers en zorginstellingen veel tijd en energie gestoken in het ontwikkelen en aanpassen van interventies aan de specifieke kenmerken en problematiek van jeugdigen met een lvb.

Ondanks het groeiende aanbod van interventies voor jeugdigen met een lvb is er nog weinig bekend over de effectiviteit van interventies gericht op deze doelgroep. Onderzoek hiernaar is echter de laatste jaren wel op gang gekomen. 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. Deze consensus bestaat uit:

- Voorafgaand aan de behandeling dient uitgebreide diagnostiek uitgevoerd te worden, om zo passende zorg te bieden.
- Behandeling en begeleiding van jeugdigen met een lvb gericht 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 hoofdzakelijk gebaseerd op de 'Richtlijn Effectieve Interventies LVB' van het Landelijk Kenniscentrum LVG (De Wit, Moonen & Douma, 2011). 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.



Inleiding

De definitie van 'licht verstandelijk beperkt' die gehanteerd wordt in dit document komt uit de praktijk: jeugdigen met een IQ tussen de 50 en 85 die ook beperkingen in hun sociaal aanpassingsvermogen hebben (Moonen & Verstegen, 2006).

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 *et al.*, 2011). Het merendeel van 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. Deze groep vertoont problematisch gedrag en heeft hierdoor (extra) ondersteuning nodig. Onderzoek toont aan dat deze problemen veelal niet vanzelf verdwijnen en vaak langdurig blijven bestaan (De Wit *et al.*, 2011).

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. Het behandelaanbod voor jeugdigen met een lvb is echter slechts beperkt onderzocht op effectiviteit (Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro & Matthys, 2006).

2. Werkzame factoren

Werkzame factoren zijn factoren die een rol spelen in de haalbaarheid en effectiviteit van een interventie. Specifiek werkzame factoren zijn werkzame elementen die specifiek zijn voor bepaalde typen interventies, in de context van de interventiedoelen en de beoogde doelgroep (Van Yperen & Veerman, 2008).

Specifieke aanpak

Professionals zijn het 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 *et al.*, 2011). Van Nieuwenhuijzen en collega's (2006) concludeerden bijvoorbeeld dat jeugdigen met een lager intellectueel functioneren minder baat hebben bij reguliere psychosociale behandelingen dan jeugdigen met een 'normaal' intellect.

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 aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van interventies gericht op jeugdigen met een lvb. Mogelijke werkzame factoren uit de richtlijn zijn:

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

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 (De Wit *et al.*, 2011). Bij de diagnose moeten de cognitieve sterke en zwakke kanten van de jeugdige in beeld worden gebracht en het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau goed worden ingeschat. Er moet rekening worden gehouden met de kenmerken van de verstandelijke beperking en hoe dit in verhouding staat tot de gedragsproblemen. (De Wit *et al.*, 2011).

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 bij jeugdigen met een lvb (De Beer, 2011). Vanwege de beperkte woordenschat van de jeugdige en de moeite met (verbale) informatieverwerking door het beperkte werkgeheugen raadt de richtlijn aan om de communicatie af te stemmen op de lvb-jeugdige door het taalgebruik te vereenvoudigen, na te gaan of de jeugdige het begrijpt 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. Hierbij moet gedacht worden aan het gebruik van voorbeelden die aansluiten bij de belevingswereld van de jeugdige, het zichtbaar maken van de oefenstof en de jeugdige te laten leren door ervaren.

4. Voor structureren en vereenvoudigen

Jeugdigen met een lvb hebben moeite met het structureren van informatie en met het scheiden van hoofd- en bijzaken. De richtlijn raadt daarom aan de oefenstof en informatie voor te structureren en te vereenvoudigen om zo het werkgeheugen van de jeugdige niet te overbelasten. Het is belangrijk 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.

5. Netwerk en generalisatie

Jeugdigen met een lvb hebben veelal een beperkt sociaal netwerk en de ouders van deze doelgroep hebben veelal onvoldoende inzicht in de problematiek van hun kind en hebben ook 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; De Wit *et al.*, 2011).

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 (De Wit *et al.*, 2011). De aanbeveling van de richtlijn is dan ook dat het netwerk van de jeugdige geïnformeerd en betrokken moet worden en dat er aandacht moet worden besteed aan het vasthouden en generaliseren van het geleerde.

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

De laatste aanbeveling van de richtlijn is het zorgen voor een veilige en positieve leeromgeving. Dit wordt gecreëerd 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 het zelfvertrouwen te vergroten. 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). Video-hulpverlening 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 en de manier waarop de richtlijn in de praktijk toegepast kan worden is te lezen in de publicatie (De Wit *et al.*, 2011).

3. 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 van hen vraagt (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).

4. Werkzame interventies

De interventies die in dit document genoemd worden, zijn zowel behandelvormen specifiek gericht op jeugdigen met een lvb als reguliere behandelvormen. De reguliere behandelvormen lijken geschikt te zijn voor jeugdigen met een lvb, mits aangepast naar de aanbevelingen van de richtlijn.

Werkzame interventies zijn interventies die veel van de bovenstaande werkzame factoren bevatten. De interventies die worden aangeboden aan jeugdigen met een lvb zijn slechts voor een klein deel onderzocht op effectiviteit. Wanneer dit wel gedaan is, is dit vaak met minder sterke onderzoeksdesigns uitgevoerd (Van Nieuwenhuijzen *et al.*, 2006).

4.1 Psychosociale interventies gericht op de lvb-jeugdige

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. Probleemgedrag van jeugdigen met een lvb kan worden voorspeld aan de hand van de individuele afwijkingen in de sociale informatieverwerking (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

Het consortium 'Coping LVB' (effectieve behandeling van gedragsproblemen bij cliënten met lichte verstandelijke beperkingen) is een samenwerkingsverband tussen het Landelijk Kenniscentrum LVB, Expertisecentrum De Borg en de universiteiten van Utrecht en Nijmegen, en werkt aan de ontwikkeling van en wetenschappelijk onderzoek naar effectieve behandelingen van gedragsproblemen bij jeugdige en volwassen cliënten met een lvb. Het consortium is in 2007 gestart met drie projecten, namelijk *Samen Stevig Staan*, *Begeleiders in Beeld* en *Wat slik ik?* (Orobio de Castro *et al.*, 2008).

Samen Stevig Staan is gericht op jeugdigen met een lvb en gedragsproblemen. Groepen van vijf jeugdigen nemen deel aan twaalf sessies die sociale en probleemoplossende vaardigheden behandelen. Daarnaast worden in oudergroepjes dezelfde onderwerpen behandeld en worden ouders getraind in positieve opvoedtechnieken die gericht zijn op preventie en omgaan met probleemgedrag (Schuiringa, 2012).

Uit een cluster-gerandomiseerd onderzoek (n=169) blijkt dat Samen Stevig Staan zorgt voor een afname van externaliserende gedragsproblemen van jeugdigen, gerapporteerd door leerkrachten. Daarnaast heeft Samen Stevig Staan geleid 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). Samen Stevig Staan is erkend door de Erkenningscommissie Interventies.

Cognitieve gedragstherapie

Interventies die zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapeutische principes laten positieve effecten in de behandeling van jeugdigen met een lvb zien (Didden & Moonen, 2007; Schuiringa, Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro & Matthys, 2009). Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een verzamelnaam voor een groot aantal verwante hulpvormen, waarin cliënten leren adequate en functionele denkbeelden en gevoelens over zichzelf en hun omgeving te hanteren, hun stemming te beheersen en zich adequaat te gedragen. Voorwaarden voor het toepassen van CGT bij jeugdigen met een lvb zijn vereenvoudigd taalgebruik, het werken met kleine stappen en generalisatie naar de thuissituatie en naar school (Didden, zoals beschreven in Didden, 2006).

Agressie-hanteringstraining

Uit een narratieve review van elf studies en een meta-analyse van vijf studies blijkt dat een agressie-hanteringstraining een effectieve interventie is voor jeugdigen met een lvb en externaliserende gedragsproblemen of psychiatrische problematiek (Dekker, 2014). Vooral 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 (zie Dekker, 2014).

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Jeugdigen met een lvb hebben een verhoogde kwetsbaarheid voor traumatische ervaringen zoals misbruik of mishandeling en het op grond daarvan het ontwikkelen van een posttraumatische stressstoornis (PTSS) (De Koning & Collin, 2007; Tharner, zoals beschreven in Didden, 2006). Bij de behandeling van PTSS wordt veelal 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). Uit wetenschappelijk onderzoek, vooral bij mensen zonder een lvb, is gebleken dat EMDR en (cognitieve) gedragstherapie vergelijkbare resultaten hebben. Echter zijn bij EMDR 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 wetenschappelijk onderzoek gepubliceerd naar het effect van EMDR bij jeugdigen met een lvb. Inmiddels is er in de klinische praktijk al wel veel ervaring met EMDR bij jeugdigen met een lvb en worden er goede resultaten behaald (De Koning & Collin, 2007). Tharner (zoals beschreven in Didden, 2006) heeft 20 mensen met een lvb behandeld met EMDR. Hiervan hebben 16 mensen een succesvolle behandeling gehad. Een succesvolle behandeling houdt in dat aan het eind van de behandeling de cliënt in staat is terug te denken aan de traumatische gebeurtenis zonder dat dit veel spanning oplevert en dat de nieuw geformuleerde positieve cognitie geloofwaardig voelt voor de cliënt (Tharner, zoals beschreven in Didden, 2006). EMDR is door de Erkenningscommissie Interventies erkend.

4.2 Interventies gericht op de dagelijkse omgeving van de lvb-jeugdige

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.

Ouder- en gezinsbegeleiding

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 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. IAG en *Families First* (reguliere versies) zijn door de Erkenningscommissie Interventies erkend. In de beschrijving van de reguliere interventies wordt het onderzoek naar de doelgroep met een lvb meegenomen.

¹ Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling heet nu Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG). Er is geen sprake meer van een aparte variant voor jeugdigen met een LVB.

MST

MST is een intensieve 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. MST is door de Erkenningscommissie Interventies erkend. In een pilotstudie is nagegaan of MST ook in te zetten is bij jeugdigen met een lvb (Lange, De Vuyst, De Bruijn & Van der Rijken, zoals beschreven in Didden & Moonen, 2013). Bij de lvb-doelgroep (n=17) worden resultaten behaald die vergelijkbaar zijn met die in de reguliere doelgroep (n=138), maar niet alle resultaten voldoen aan de norm die MST Services stelt. Inmiddels is een aanpassing voor jeugdigen met een lvb ontwikkeld met specifieke elementen die tegemoet komen aan de verminderde cognitieve vaardigheden van jeugdigen en ouders binnen de lvb-doelgroep: MST-LVB (Lange *et al.*, zoals beschreven in Didden & Moonen, 2013). Hier is nog geen vervolgonderzoek naar gedaan.

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). In de training worden de concepten emotionele intelligentie (EQ) en begeleidingsvaardigheden aan elkaar gekoppeld, waarbij gebruik wordt gemaakt van videofeedback. Het doel van de training is het verbeteren van de emotionele intelligentie en het uitvoeren van begeleidingsafspraken door begeleiders om zo de werkdruk te verminderen en de relatie tussen de cliënt en de begeleider te verbeteren. Gedacht wordt dat de kwaliteit van zorg hierdoor beter wordt (Zijlmans *et al.*, 2009). Uit een effectstudie van Zijlmans, Embregts, Gerits, Bosman en Derksen (2011) blijkt dat het EQ van de begeleiders significant is verbeterd. Dit onderzoek heeft niet het effect van de training gemeten op het gedrag van de cliënt en de interactie tussen de begeleider en de cliënt, maar voorgaand onderzoek laat zien dat het EQ een belangrijk kenmerk is dat het gedrag van de begeleider beïnvloedt en daardoor ook de interactie tussen begeleider en cliënt (Zijlmans *et al.*, 2011).

4.3 Medicamenteuze behandeling

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). 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).

Conclusie

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 het effect van de interventie.

Het lijkt erop dat interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapeutische principes en interventies gericht op intensieve samenwerking met de ouder(s) en het vergroten van hun opvoedingsvaardigheden effectief zijn in de behandeling van gedragsproblemen bij jeugdigen met een lvb. Bij de behandeling van jeugdigen met een lvb kan videofeedback een positieve bijdrage leveren aan de effectiviteit.

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.

Referentielijst

APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

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

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 gedrags- en/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 Lochum.

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.

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 Lochum.

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.

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.

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

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.

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 niet-westerse jongeren met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblematiek binnen orthopedagogische behandelcentra*. Masterscriptie Universiteit Utrecht.

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

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 tot 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.

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 licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

Yperen, T.A. van, & Veerman, J.W. (2008). *Zicht op effectiviteit: Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Uitgeverij Eburon.

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.

www.kenniscentrum-kjp.nl. Geraadpleegd op 10 december 2015.