



# Wat werkt bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking?

**Mariska Zoon**

[www.nji.nl](http://www.nji.nl)

Juli 2013

Kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking, hierna jeugdigen met een LVB genoemd, zijn jeugdigen met een intelligentie quotiënt tussen de 50 en 85, alsmede beperkingen in hun sociaal aanpassingsvermogen. Vanwege de beperkingen van jeugdigen met een LVB en veelal bijkomende- en langdurige problematiek is nogal eens specifieke zorg nodig. De belangstelling voor behandeling van jeugdigen met een LVB heeft een hoge vlucht genomen, er is 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 naar de effectiviteit van de aangeboden interventies komt echter op gang. 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. Voorafgaand aan de behandeling dient uitgebreide diagnostiek uitgevoerd te worden, om zo passende zorg te bieden. De behandeling en begeleiding van jeugdigen met een LVB dient gericht te zijn op de vaardigheden van de jeugdige, rekening houdend met de beperkingen, en op zijn/haar dagelijkse omgeving. Sommige reguliere behandelvormen lijken met enige aanpassing geschikt te zijn voor jeugdigen met een LVB.

Dit document biedt een overzicht van wat er inmiddels bekend is over werkzame factoren bij het behandelen van jeugdigen met een LVB, alsmede werkzame interventies. De tekst is hoofdzakelijk gebaseerd op de 'Richtlijn Effectieve Interventies LVB' van het Landelijk Kenniscentrum LVB (De Wit, Moonen & Douma, 2011). Daarnaast is gebruik gemaakt van verschillende recente publicaties.

Dit document maakt onderdeel uit van het themadossier '[Licht verstandelijk beperkte jeugdigen](#)' op de website van het Nederlands Jeugdinstituut.

## Inleiding

Met de term 'licht verstandelijk beperkt' worden volgens de DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association, 2000) jeugdigen met een intelligentie quotiënt (IQ) tussen de 50 en 70 bedoeld. Dit gaat gepaard met beperkingen in hun sociale aanpassingsvermogen. De Nederlandse praktijk, waaronder de Vereniging voor Orthopedagogische Behandelcentra voor jongeren met een LVB (VOBC-LVG), pleit ervoor om binnen deze definitie de nadruk te verschuiven van het IQ naar de mate van ondersteuningsbehoefte van de jeugdige. Hierdoor worden ook jeugdigen met een IQ tussen de 70 en 85, wanneer zij



beperkingen in hun sociaal aanpassingsvermogen ervaren, tot de groep 'licht verstandelijk beperkt' gerekend. De definitie van 'licht verstandelijk beperkt' die in dit document wordt gehanteerd is de definitie uit de praktijk: jeugdigen met een IQ tussen de 50 en 85, alsmede beperkingen in hun sociaal aanpassingsvermogen (Moonen & Versteegen, 2006).

Het merendeel van jeugdigen met een LVB functioneert prima in de maatschappij en heeft geen professionele ondersteuning nodig. Er is echter een groep jeugdigen met een LVB die naast een beneden gemiddeld IQ en beperkingen in hun sociaal aanpassingsvermogen, bijkomende problematiek 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 voortbestaan (De Wit *et al.*, 2011). 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). 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). Onder professionals is er overeenstemming dat jeugdigen met een LVB een specifieke aanpak behoeven. Zo wordt in een literatuurreview van Van Nieuwenhuijzen en collega's (2006) geconcludeerd dat jeugdigen met een lager intellectueel functioneren minder baat hebben bij reguliere psychosociale behandelingen dan jeugdigen met een 'normaal' intellectueel functioneren. 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).

Voorafgaand aan de interventie is het van belang dat er een uitgebreide diagnostiek wordt uitgevoerd, om zo te bepalen welke interventie het best 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.

De Wit en collega's (2011) zijn op verzoek van het Landelijk Kenniscentrum LVG, na uitvoerig literatuuronderzoek en verdiepende interviews met professionals, gekomen tot de Richtlijn Effectieve Interventies LVB. Hierin worden aanbevelingen gedaan voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van interventies gericht op jeugdigen met een LVB. Een zestal mogelijk werkzame factoren in de behandeling van jeugdigen met een LVB wordt gegeven:

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

In deze paragraaf zal dieper in worden gegaan op deze zes werkzame factoren. Voor een meer uitgebreide beschrijving van de aanbevelingen en de manier waarop de Richtlijn in de praktijk toegepast kan worden, verwijzen wij u graag naar de publicatie (De Wit *et al.*, 2011).

### **1. Uitgebreidere diagnostiek**

Vanwege de grote diversiteit aan cognitieve vermogens en in niveau van sociaal-emotioneel functioneren binnen de groep jeugdigen met een LVB pleiten verschillende onderzoekers voor een goede individuele neuropsychologische diagnostiek alvorens tot behandeling over te gaan. De kans op onder- of overschatten van het cognitieve vermogen en/of het sociaal-emotioneel functioneren van deze jeugdigen is namelijk hoog (De Wit *et al.*, 2011). In de diagnostiek moet aandacht worden besteed aan het in beeld brengen van de cognitieve sterke en zwakke kanten van de jeugdige en aan het inschatten van het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau. Rekening moet worden gehouden met de interactie tussen de kenmerken van de LVB en de gedragsproblematiek (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 kunnen jeugdigen met een LVB moeilijker denken waardoor zij meer moeite hebben met 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 beleavingswereld 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 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.

### **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 alsmede ontoereikende opvoedingsvaardigheden. Ook is het mogelijk dat niet alleen de jeugdige, maar ook de ouders een (L)VB hebben. Wanneer deze 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). Ook doordat de jeugdige langdurig zorg nodig heeft, is het betrekken van de ouders en omgeving (het sociale netwerk) een noodzakelijke voorwaarde om een interventie te kunnen laten slagen en het geleerde te generaliseren naar andere situaties en omgevingen (De Wit *et al.*, 2011). De aanbeveling van de richtlijn is dan ook ‘netwerk en generalisatie’, wat inhoudt dat bij de behandeling van jeugdigen met een LVB het netwerk van de jeugdige geïnformeerd en betrokken moet worden. Dit kan bijvoorbeeld door middel van psycho-educatie. In de behandeling moet het sociale netwerk van de jeugdige vergroot en verstevigd worden en er moet aandacht worden besteed aan het vasthouden en generaliseren van het geleerde.

### **6. Veilige en positieve leeromgeving**

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 het voortduren van gedragsproblemen (Zijlmans, Embregts, Gerits, Bosman & Derksen, 2009). De laatste aanbeveling van de richtlijn is het zorgen voor een veilige en positieve leeromgeving. Hierbij dient de hulpverlener de jeugdige met een LVB te motiveren en het zelfvertrouwen te vergroten. Een positieve en veilige leeromgeving wordt gecreëerd door veel aandacht te besteden aan de werkrelatie tussen de hulpverlener en de jeugdige.

Het is aangetoond dat behandeling en training gericht op de directe interactiepartners van cliënten (zoals ouders/verzorgers, medecliënten en groeps(bege)leiders) 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).

### **3. Werkzame interventies**

Werkzame interventies zijn interventies die veel van de bovenstaande werkzame factoren bevatten. Interventies die worden aangeboden aan jeugdigen met een LVB zijn zowel behandelvormen specifiek gericht op jeugdigen met een LVB als ‘reguliere’ behandelvormen. Laatstgenoemde lijken geschikt te zijn voor jeugdigen met een LVB, mits aangepast naar de aanbevelingen van de richtlijn.

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

In deze paragraaf worden werkzame interventies voor jeugdigen met een LVB besproken. Ook komen de projecten van het consortium Coping LVB ter sprake.

### 3.1 Psychosociale interventies gericht op de LVB jeugdige

#### ***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).

#### ***Samen Stevig Staàn***

Vergeleken met normaal begaafde jeugdigen en jeugdigen met een LVB zonder gedragsproblemen, hebben jeugdigen met een LVB en 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. Gegeven de specifieke problemen die jeugdigen met een LVB met gedragsproblemen hebben met de sociale informatieverwerking, lijken interventies gericht op het verwerken van sociale informatie ook voor hen zeer relevant en veelbelovend (Van Nieuwenhuijzen *et al.*, 2006).

Vanuit deze gedachte is de interventie *Samen Stevig Staàn* ontstaan. Deze interventie komt voort uit de interventie *Minder Boos en Opstandig* en is gericht op jeugdigen met een LVB en gedragsproblemen. Door aanpassingen is de interventie geschikt geacht voor jeugdigen met een LVB. Zo zijn er minder bijeenkomsten, minder tekst, meer rollenspellen en oefeningen en zijn er duidelijke thema's gekozen. *Samen Stevig Staàn* bestaat uit kleine groepssessies voor jeugdigen met een LVB en voor hun ouders. Groepen van vijf jeugdigen nemen deel aan 12 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). De werkzame elementen in deze interventie zijn de aandacht op sociale informatieverwerking, het betrekken van de ouders door middel van de oudertraining en de aanpassingen naar de doelgroep. Effectonderzoek naar deze interventie is gestart. *Samen Stevig Staàn* is erkend door de Erkeningscommissie Interventies.

#### ***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 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 naar EMDR, vooral bij mensen zonder een LVB, is gebleken dat EMDR

en (cognitieve) gedragstherapie vergelijkbare resultaten hebben. Echter zijn bij EMDR minder behandelssessies 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 gestructureerder dan bij een cognitieve gedragstherapie, waardoor EMDR zeer interessant lijkt voor jeugdigen met een LVB. Er is (nog) geen wetenschappelijk onderzoek gepubliceerd dat het effect van EMDR bij jeugdigen met een LVB heeft onderzocht. 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 waarvan 16 mensen een succesvolle behandeling hebben 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 de nieuw geformuleerde positieve cognitie voelt voor de cliënt geloofwaardig (Tharner, zoals beschreven in Didden, 2006). EMDR is door de Erkeningscommissie Interventies erkend.

### **3.2 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 (FF-LVG), Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling – LVG (IOG-LVG) en Intensieve Psychiatische Gezinsbehandeling – LVG (IPG-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. IOG en Families First (reguliere versies) zijn door de Erkeningscommissie Interventies erkend. IOG-LVG en FF-LVG zijn niet apart erkend, maar in de beschrijving van de reguliere interventies wordt het onderzoek naar de doelgroep met een LVB wel meegenomen.

#### ***Begeleiders in Beeld***

*Begeleiders in Beeld* is een training 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 het voortduren van de gedragsproblemen (Zijlmans *et al.*, 2009). In de training *Begeleiders in Beeld* 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 op het gedrag van de cliënt en de interactie tussen de begeleider en de cliënt gemeten, 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).

### 3.3 Medicamenteuze behandeling

Medicijnen gericht op het verminderen van gedragsproblemen worden veel en langdurig voorgeschreven aan jeugdigen met een LVB. Het voorschrijfgedrag bij jeugdigen met een LVB is grotendeels gebaseerd op klinische ervaring en veel minder op wetenschappelijk onderzoek (De Koning & Collin, 2007). Het consortium Coping LVB is gestart met het onderzoek *Wat slik ik?*, een onderzoek naar het gebruik van psychofarmaca door jeugdigen met een LVB. Dit onderzoek is momenteel gaande. 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 formulier '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 dient men in het algemeen lager en trager te doseren en rekening te houden met meer bijwerkingen en minder effectiviteit.
- Alleen voor de middelen methylfenidaat bij ADHD en risperidon bij gedragsproblemen zijn voor jeugdigen met een LVB positieve effecten gevonden, 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.

Voor meer informatie over het gebruik van psychofarmaca bij jeugdigen met een LVB verwijzen wij u graag door naar de website van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie ([www.kenniscentrum-kjp.nl](http://www.kenniscentrum-kjp.nl)).

### Conclusie

Ondanks het groeiende aanbod van interventies voor jeugdigen met een LVB is er nog weinig bekend over de effectiviteit van interventies die gericht zijn op deze doelgroep. Effectonderzoek naar interventies voor jeugdigen met een LVB begint echter op gang te komen. Zo is het consortium Coping LVB (effectieve behandeling van gedragsproblemen bij cliënten met lichte verstandelijke beperkingen) gestart met drie effectonderzoeken, namelijk *Samen Stevig Staan, Begeleiders in Beeld* en *Wat slik ik?* ([www.copinglvb.nl](http://www.copinglvb.nl)).

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 LVG 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 (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Arlington: American Psychiatric Association.

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

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.

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.

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.

Moonen, X., & Verstegen, 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.

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.

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

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](http://www.kenniscentrum-kjp.nl). Geraadpleegd op 27 juni 2013.