

# E i n d r a p p o r t

‘Traumabehandeling bij kinderen met een licht verstandelijke beperking’

project  
periode  
2007-2009

Tilburg / Leeuwarden, juni 2009

NAAR EEN METHODIEK VOOR DE BEHANDELING  
VAN GETRAUMATISEERDE KINDEREN EN JONGEREN  
MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING



# **Eindrapport**

## **Traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking**

**NAAR EEN METHODIEK VOOR DE BEHANDELING  
VAN GETRAUMATISEERDE KINDEREN EN JONGEREN  
MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING**

**Fontys Hogeschool Pedagogiek**

**Cristel Elias  
Aafke Seebregts  
Petra Swennenhuis**

**Tjallinga Hiem**

**Gepke Bouma**

**Tilburg / Leeuwarden, juni 2009**

## Inhoudsopgave

|                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Hoofdstuk 1 Inleiding                                                                                                  | 4  |
| Hoofdstuk 2 Opzet van het onderzoek                                                                                    | 6  |
| 2.1 Vraagstellingen                                                                                                    | 6  |
| 2.2 Respondenten                                                                                                       | 6  |
| 2.3 Instrumenten en analyse                                                                                            | 7  |
| 2.4 Literatuursearch                                                                                                   | 9  |
| Hoofdstuk 3 Specifieke omschrijving van de doelgroep kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking       | 10 |
| 3.1 Algemene ontwikkeling                                                                                              | 10 |
| 3.2 Specifieke kenmerken van <i>kinderen</i> met een LVB                                                               | 12 |
| 3.3 Specifieke kenmerken van <i>jongeren</i> met een LVB                                                               | 12 |
| 3.4 Het systeem rondom het kind met een LVB                                                                            | 13 |
| 3.5 De professional en het kind met een LVB                                                                            | 13 |
| 3.6 De handelingsverlegenheid van de professionals                                                                     | 14 |
| Hoofdstuk 4 Kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking en trauma                                      | 15 |
| 4.1 Traumatische ervaringen en trauma bij kinderen met een LVB                                                         | 15 |
| 4.2 De gevolgen van een trauma voor kinderen en jongeren met een LVB                                                   | 16 |
| 4.3 Hulpverlening aan kinderen en jongeren met een LVB                                                                 | 16 |
| 4.4 De handelingsverlegenheid van professionals met betrekking tot traumabehandeling                                   | 21 |
| Hoofdstuk 5 Diagnostiek bij trauma bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking                     | 22 |
| 5.1 Huidige situatie rondom diagnostiek bij trauma bij kinderen en jongeren met een LVB                                | 22 |
| 5.2 Diagnostiek, aansluiten bij het kind                                                                               | 23 |
| 5.3 Diagnostische middelen bij traumadiagnostiek bij kinderen en jongeren met een LVB                                  | 23 |
| 5.4 Overige informatiebronnen                                                                                          | 27 |
| Hoofdstuk 6 Behandelmethodieken voor traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking | 28 |
| 6.1 Systeembehandeling bij kinderen en jongeren met een LVB                                                            | 28 |
| 6.2 EMDR bij kinderen en jongeren met een LVB                                                                          | 31 |
| 6.3 Vaktherapieën bij kinderen en jongeren met een LVB                                                                 | 35 |
| 6.3.1 Beeldende therapie bij kinderen en jongeren met een LVB                                                          | 37 |
| 6.3.2 Speltherapie bij kinderen en jongeren met een LVB                                                                | 38 |
| 6.3.3 Psycho Motore Therapie (PMT) bij kinderen en jongeren met een LVB                                                | 39 |
| 6.4 Horizonmethode bij kinderen en jongeren met een LVB                                                                | 43 |
| 6.5 Vrouwenopvang                                                                                                      | 48 |

|                                                                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Hoofdstuk 7 Mogelijk werkzame bestanddelen voor traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking | 53 |
| 7.1 Systeembehandeling bij kinderen en jongeren met een LVB                                                                       | 53 |
| 7.2 EMDR bij kinderen en jongeren met een LVB                                                                                     | 54 |
| 7.3 Vaktherapieën bij kinderen en jongeren met een LVB                                                                            | 56 |
| 7.3.1 Beeldende therapie bij kinderen en jongeren met een LVB                                                                     | 56 |
| 7.3.2 Speltherapie bij kinderen en jongeren met een LVB                                                                           | 57 |
| 7.3.3 Psycho Motore Therapie (PMT) bij kinderen en jongeren met een LVB                                                           | 58 |
| 7.4 Horizonmethode bij kinderen en jongeren met een LVB                                                                           | 59 |
| Hoofdstuk 8 Evidence based kennis over (trauma) behandeling van kinderen en jongeren met een LVB                                  | 62 |
| 8.1 Traumatische stoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking                                                    | 62 |
| 8.2 Mogelijk werkzame elementen in de behandeling van mensen met een (licht) verstandelijke beperking                             | 63 |
| 8.3 Mogelijk werkzame elementen in de traumabehandeling van mensen met een (licht) verstandelijke beperking                       | 67 |
| 8.3.1 Mogelijk in ontwikkeling                                                                                                    | 67 |
| 8.3.2 Mogelijk effectief                                                                                                          | 68 |
| Hoofdstuk 9 Conclusies                                                                                                            | 70 |
| Literatuur                                                                                                                        | 74 |
| Nawoord                                                                                                                           | 79 |
| Bijlage 1 Deelnemende instellingen in het project                                                                                 | 80 |
| Bijlage 2 Best Practice Kenniswerkplaats                                                                                          | 82 |
| Bijlage 3 Vragen uit de protocollen van kenniswerkplaats 1 en 2                                                                   | 84 |
| Bijlage 4 Effectieve interventies                                                                                                 | 86 |

## Hoofdstuk 1 Inleiding

Uit cijfers (NIZW, 2006) van het Advies & Meldpunt Kindermishandeling (AMK) blijkt dat kindermishandeling in de vorm van seksueel misbruik en mishandeling een veel voorkomend en ernstig probleem is. Naar schatting van het AMK worden jaarlijks circa 80.000 kinderen verwaarloosd, mishandeld of misbruikt. Het AMK heeft in 2005 ruim 38.000 'eerste contacten' geregistreerd, waarvan circa 10% resp. 20% betrekking hadden op seksueel misbruik en of lichamelijke mishandeling. Het percentage kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking dat slachtoffer is geweest van schokkende of gewelddadige gebeurtenissen ligt hoger dan bij kinderen met een normale ontwikkeling (WHO, 1984).

Vanwege de specifieke kenmerken van kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) is het bestaande hulpaanbod voor kinderen met een normale ontwikkeling niet zonder meer toepasbaar bij deze doelgroep (Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro & Matthys, 2006). Deze specifieke kenmerken omvatten naast een IQ score tussen de 50-85 ook een beperkt sociaal aanpassingsvermogen en vaak een blijvende behoefte aan ondersteuning (Landelijk Kenniscentrum LVG, 2005). Samen met de vaak voorkomende leerproblemen, gezinsproblemen en/of problemen van medisch-organische aard vormen zij een bijzonder kwetsbare groep met complexe problematiek.

Binnen de gespecialiseerde hulpverlening voor kinderen en jongeren met een LVB ontbreekt specifieke, evidence based, kennis en inzicht ten aanzien van traumabehandeling. Hoewel er op relatief kleine schaal gebruik kan worden gemaakt van ervaringskennis (practice based kennis) (Deelstra, 1998) beschikken de pedagogisch medewerkers op de leefgroepen en de (met name orthopedagogische) therapeuten over onvoldoende handvatten voor gericht (be)handelen.

De handelingsverlegenheid met betrekking tot traumabehandeling van kinderen en jongeren met een LVB is voor initiatiefnemer orthopedagogisch expertise- en behandelcentrum Tjallinga Hiem de reden geweest om in samenwerking met Fontys Hogeschool Pedagogiek (FHP) een onderzoeksproject op te zetten gericht op kennisvergroting van de (aanstaande) professionals.

Het in dit rapport beschreven onderzoek is mogelijk gemaakt door een zogenaamde RAAK subsidie. RAAK staat voor Regionale Aandacht en Actie voor Kenniscirculatie en is een regeling vanuit het Ministerie van OCenW ([www.innovatie-alliantie.nl](http://www.innovatie-alliantie.nl)). De initiële doelstelling van deze regeling is om de kennisuitwisseling tussen hogescholen en publieke instellingen in regionale innovatieprogramma's te verbeteren.

### Deelnemers aan het project

Tjallinga Hiem en FHP schreven het onderzoeksvoorstel en vormden het consortium. In samenwerking met consortiumpartners het Kinder en Jeugdtraumacentrum Fier Fryslan, de Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en de Kempen, Mutsaersstichting (Venlo) en het Centrum voor Jeugd en Kinder Psychiatrie Herlaarhof (Vught) is van mei 2007 tot mei 2009 aan het in dit rapport beschreven onderzoek gewerkt.

De samenstelling van het consortium was gebaseerd op de inhoudelijke betrokkenheid bij traumaproblematiek bij kinderen en jongeren met een LVB. De professionals uit de instellingen zijn de belangrijkste deelnemers in het project geweest. In Bijlage 1 is meer informatie te vinden over de deelnemende instellingen.

### **Ambitie en doelstelling project**

Het is de ambitie van het consortium geweest om vanaf de start enerzijds de focus te leggen op de handelingsverlegenheid zoals die in de huidige praktijk wordt ervaren door zowel HBO als WO-opgeleide professionals en anderzijds te richten op de ervaringskennis van de professionals en de theoretische kennis. Het was bovenal de ambitie van het consortium om dit kennisontwikkelingstraject zodanig op te zetten dat het project (duur) overstijgend is. Dat wil zeggen dat met het innovatieproject de voorwaarden worden gecreëerd waarmee in een doorlopende ontmoeting van professionals een doorlopende uitwisseling en ontwikkeling van kennis blijft plaatsvinden, ook na het innovatieproject.

De doelstelling van het project was om, in eerste instantie, de ervaringskennis en de wetenschappelijke kennis met betrekking tot de hulpverlening bij traumaproblematiek, in nauwe samenwerking met (in- en externe) professionals, te toetsen op de waarde ervan voor de praktijk. Vervolgens zou deze kennis de basis vormen voor de ontwikkeling van een methodiek zodat (aanstaande) hulpverleners vorm en inhoud kunnen geven aan de behandeling van door seksueel misbruik en mishandeling getraumatiseerde kinderen en jongeren met LVB.

Er hebben ruim 50 professionals geparticipeerd in het project. De diversiteit van de participerende instellingen (Jeugdhulp, Kinder- en Jeugdpsychiatrie en orthopedagogische behandelcentra) heeft er in geresulteerd dat de participerende professionals in het project vanuit verschillende perspectieven betrokken zijn bij kinderen en jongeren met een LVB. De professionals binnen de instellingen kregen in dit project de ruimte om te reflecteren op hun eigen handelen en om, ook over de grenzen van de instelling en regio heen, ervaringen en kennis te delen, te verzamelen en toe te passen.

## Hoofdstuk 2 Opzet van het onderzoek

Naar aanleiding van de handelingsverlegenheid van professionals bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking die een trauma hebben ervaren, is een onderzoeksproject opgezet. Het onderzoek heeft een kwalitatief karakter vanwege de open vraag naar de practice based kennis rondom de traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking.

### 2.1 Vraagstellingen

#### Hoofdvraag

Op welke wijze kan de practice based kennis van professionals over de behandeling van een trauma bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking onderbouwd worden met evidence based kennis ten behoeve van een verzameling werkzame bestanddelen voor een methodiek?

#### Deelvragen

- 1 Welke praktijkkennis hebben professionals over kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking en hun omringende systeem?
- 2 Welke praktijkkennis hebben professionals over kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking die een trauma hebben ervaren?
- 3 Welke praktijkkennis hebben professionals over diagnostiek bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking die een trauma hebben ervaren?
- 4 Welke praktijkkennis hebben professionals over interventies bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking die een trauma hebben ervaren?
- 5 Op welke wijze komt de handelingsverlegenheid van professionals bij de behandeling van een trauma bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking tot uitdrukking?
- 6 Wat zijn volgens de professionals de werkzame bestanddelen binnen de interventies bij kinderen met een licht verstandelijke beperking die een trauma hebben ervaren?
- 7 Welke wetenschappelijke onderbouwing bestaat er voor interventies (gericht op een trauma) bij kinderen met een licht verstandelijke beperking?
- 8 Op welke manier kunnen de werkzame bestanddelen (zie vraag 6) gekoppeld worden aan de bewezen effectieve behandellementen zodat voor deze doelgroep een kader voor een methodiek voor traumabehandeling kan worden geformuleerd?

### 2.2 Respondenten

In het onderzoek participeerden in totaal 44 professionals uit 5 instellingen (1 instelling heeft zich halverwege het project teruggetrokken uit het consortium). Binnen iedere participerende organisatie zijn één of meerdere aandachtsfunctionarissen aangewezen (n=5). Deze aandachtsfunctionarissen benaderden, binnen en buiten de eigen instelling, professionals die betrokken waren bij traumabehandeling van kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking voor deelname aan het project.

De dataverzameling vond plaats in kenniswerkplaatsen (voor een beschrijving van een kenniswerkplaats zie Bijlage 2). Tijdens de verschillende kenniswerkplaatsen participeerden de professionals in wisselende samenstellingen.

De eerste drie kenniswerkplaatsen vonden plaats binnen de instellingen. De aandachtsfunctionarissen hebben voor deze kenniswerkplaatsen ook experts van buiten de instelling hiervoor uitgenodigd. De vierde kenniswerkplaats was instellingsoverstijgend. In deze kenniswerkplaats participeerden ook professionals uit instellingen die niet tot het consortium behoorden. De professionals die participeerden in de vierde kenniswerkplaats konden een keuze maken voor een inhoudelijk thema dat centraal stond in een afzonderlijke kenniswerkplaats. De thema's waren gebaseerd op de eerste analyses van de resultaten van kenniswerkplaats 1, 2 en 3. Voor de volgende thema's was een kenniswerkplaats georganiseerd: -systeembehandeling; -vaktherapieën; -Horizon methodiek; -EMDR; -vrouwenopvang en specifiek LVB.

In Tabel 1 staat een overzicht van de aantallen professionals tijdens de verschillende kenniswerkplaatsen.

Tabel 1 Aantallen professionals die deelnamen aan de kenniswerkplaatsen

| Kenniswerkplaats | Tjallinga Hiem | GGzE | Mutsaers stichting | Herlaarhof | Fier Fryslan | Overige prof's |
|------------------|----------------|------|--------------------|------------|--------------|----------------|
| 1                | 10             | 4    | 8                  | 7          | 4            |                |
| 2                | 11             | 4    | 8                  | 4          | 8            | 1              |
| 3                | 8              | 4    | 8                  | 2          | 3            | 1              |
| 3B               | -              | 4    | -                  | -          | -            | -              |
| 4 Systeem        |                |      |                    |            |              | 7              |
| 4 Vaktherapieën  | 2              | 1    |                    |            |              | 12             |
| 4 Horizon        | 2              | 2    |                    | 1          |              | 2              |
| 4 EMDR           | 1              | 1    | 1                  |            |              | 6              |
| 4 Vrouwenopv.    |                | 1    | 1                  |            | 3            |                |
| 4 Specifiek LVB  | 2              | 1    | 1                  |            |              | 6              |

## 2.3 Instrumenten en analyse

### *Protocolen en dataregistratie*

De dataverzameling was gebaseerd op de Grounded Theory (Proot & Van der Lyke, 2008) en als techniek werd de focusgroep (Saunders, Lewis & Thornhill, 2006) gehanteerd. Tijdens kenniswerkplaatsen spraken professionals met elkaar over een aantal aspecten van de traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking. Om de bijeenkomsten (kenniswerkplaatsen) in de verschillende instellingen te kunnen vergelijken zijn protocollen ontwikkeld. De kenniswerkplaatsen die, op basis van de protocollen plaatsvonden zijn geregistreerd met een memorecorder.

- Protocol kenniswerkplaats 1 - deelvraag 1,2,3 en 5 (zie Bijlage 3)

In het protocol voor kenniswerkplaats 1 stond de handelingsverlegenheid centraal. Om die handelingsverlegenheid expliciet te kunnen maken, hebben de professionals eerst met elkaar gesproken over hun beeld van kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking en over de ervaring met en de uiting van een trauma bij deze doelgroep.

- Protocol kenniswerkplaats 2 - deelvraag 1, 2, 3, 4 en 5 (zie Bijlage 3)

Tijdens kenniswerkplaats 2 stond de practice based kennis centraal. De professionals hebben een accent gelegd op de elementen die binnen hun eigen hulpverleningspraktijk lijken te werken. In deze bijeenkomst vormde de multidisciplinaire samenstelling van de groep professionals een goede basis voor een breed beeld van de trauma interventies.

- Protocol kenniswerkplaats 3 – deelvraag 1, 2, 3, 4 en 5

Kenniswerkplaats 3 werd gebruikt voor een instellingsoverstijgende terugkoppeling van de eerste analyseresultaten van kenniswerkplaats 1 naar de professionals. De professionals bespraken de resultaten en beoordeelden deze op relevantie en volledigheid. Indien nodig werden aspecten genuanceerd en/of aangevuld.

- Protocol kenniswerkplaats 4 – deelvraag 6

Voor kenniswerkplaats 4 werden de professionals uit alle instellingen op basis van hun expertise en/of interesse, verdeeld over thema-gerichte bijeenkomsten. De selectie van de thema's vond plaats aan de hand van de resultaten uit de kenniswerkplaatsen 1, 2 en 3 en resulteerde in een aantal verschillende vormen/aspecten van trauma interventie. De thema's van de bijeenkomsten waren: -Typisch LVB, -EMDR, -Horizon, -Systeembehandeling, -Vaktherapieën en -Vrouwenopvang. Daarnaast werden er twee bijeenkomsten georganiseerd rondom de thema's: -Opleiding voor professionals voor de VG sector en -Kenniscirculatie, maar die worden in dit verslag verder buiten beschouwing gelaten. Naast de professionals die participeerden in de kenniswerkplaatsen 1, 2 en 3 uit de consortium instellingen, participeerden ook een aantal professionals uit andere instellingen.

In de thema-gerichte bijeenkomsten werd een accent gelegd op de werkzame elementen binnen de specifieke interventievorm die in de bijeenkomst centraal stond. De professionals bespraken met elkaar voor welke handelingen practice based evidence voor effectiviteit bestaat.

### *Analyse*

Van de opgenomen besprekingen tijdens de kenniswerkplaatsen werden verbatim verslagen gemaakt. Deze verbatim verslagen werden geanalyseerd met behulp van het software programma Atlas-ti. Via een proces van open coderen, axiaal coderen en selectief coderen (Boeije, 2006), is de informatie gestructureerd en gecategoriseerd in een aantal thema's. Deze thema's omvatten steeds een groot aantal gerelateerde aspecten.

Om een antwoord te kunnen formuleren op de deelvragen is tijdens het proces op verschillende momenten een selectie gemaakt van de thema's die de kern vormden van de inhoud. Vervolgens zijn de verschillende aspecten binnen thema's, en de thema's onderling met elkaar verbonden door middel van beschrijvende tekst.

### *Procedure*

Binnen de instellingen zijn, door de aandachtsfunctionarissen, binnen een tijdsbestek van een jaar, achtereenvolgens de kenniswerkplaatsen 1, 2 en 3 georganiseerd. De onderzoekers analyseerden het materiaal tussen de bijeenkomsten in en boden in de verschillende bijeenkomsten steeds een inhoudelijke tussenstap van de resultaten. Bij de kenniswerkplaatsen was telkens een lid van het projectteam aanwezig.

Voorafgaand aan kenniswerkplaats 4 vond een instellingsoverstijgende kennisdag plaats. Tijdens een gezamenlijk programma werden de professionals geïnformeerd over de stand van zaken in het project en werd er gepresenteerd over de EMDR methode en de Horizon methode.

Na de kennisdag heeft de projectgroep de resultaten nader geanalyseerd, de resultaten gepresenteerd op het IASSID congres (2008) en de rapportage gemaakt. Een aantal professionals heeft een rol gespeeld bij de analyse en/of rapportage van de data.

## **2.4 Literatuursearch – deelvraag 7**

Tijdens het project zijn diverse bronnen geraadpleegd. De jaargangen van wetenschappelijke tijdschriften die publiceren over kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking zijn geraadpleegd. Elektronische zoeksystemen als Psycinfo, Medline en Eric zijn geraadpleegd aan de hand van de zoekwoorden: mild intellectual disability, mild intellectual disabilities treatment, intervention and trauma. Verschillende boeken zijn bestudeerd en de referentielijsten in artikelen en boeken zijn geanalyseerd met betrekking tot aanvullende informatie.

### **Leeswijzer**

De resultaten in het rapport zijn gestructureerd op basis van de thema's die uit de analyses naar voren zijn gekomen (zie ook beschrijving bij paragraaf 'Analyse'). In hoofdstuk 3 wordt het beeld van de bijzondere doelgroep beschreven en in hoofdstuk 4 het beeld dat professionals hebben bij kinderen en jongeren met een LVB die een trauma hebben ervaren. Hoofdstuk 5 zoomt in op de aspecten die gerelateerd zijn aan de diagnostiek rondom een trauma bij kinderen en jongeren met een LVB. In hoofdstuk 6 komt alle kennis over de verschillende interventievormen voor traumabehandeling bij de doelgroep samen en in hoofdstuk 7 is een samenvatting gemaakt van alle genoemde mogelijk werkzame bestanddelen binnen deze interventievormen. Hoofdstuk 8, tenslotte, geeft een overzicht van de wetenschappelijke onderbouwing van de uiting van een trauma bij mensen met een LVB en van verschillende interventies bij deze doelgroep.

## **Hoofdstuk 3      Specifieke omschrijving van de doelgroep kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking**

De professionals hebben met elkaar gesproken over hun beeld van de doelgroep kinderen en jongeren met een LVB. In kenniswerkplaats 1 werd er expliciet een vraag over gesteld en in kenniswerkplaats 2 kwam het onderwerp meer zijdelings aan bod. Tijdens kenniswerkplaats 3 hebben de professionals in een werkdocument kennis genomen van de kenmerken van en ervaringen met de doelgroep die gezamenlijk door de professionals in alle instellingen was gegenereerd in kenniswerkplaats 1 en 2. In die derde bijeenkomst hebben ze hierover een oordeel met betrekking tot relevantie en volledigheid geformuleerd.

In dit hoofdstuk worden de aspecten die tijdens de verschillende kenniswerkplaatsen aan bod zijn gekomen belicht.

### **3.1 Algemene ontwikkeling**

De professionals verwijzen in kenniswerkplaats 1 naar het IQ in combinatie met adaptieve vaardigheden als eerste omschrijving van de doelgroep. Ze benoemen een vertraagde ontwikkeling op verschillende gebieden (bijvoorbeeld van identiteit). Sommigen noemen de ontwikkeling ook anders. Andere professionals vinden dat de ontwikkeling stagneert of discontinu is. Er wordt gesteld dat kinderen met een LVB bepaald gedrag op latere leeftijd dan hun niet beperkte leeftijdgenoten nog vertonen.

In kenniswerkplaats 3 beoordelen de professionals de genoemde kenmerken uit kenniswerkplaats 1 als gedeeltelijk volledig. De professionals vullen met betrekking tot de algemene ontwikkeling aan dat de start van kinderen met een LVB vaak moeilijk is, bijvoorbeeld door zuurstoftekort tijdens de geboorte en dat de ontwikkeling vaak een disharmonisch profiel laat zien. Er is meer risico op scheefgroei. Anderen stellen dat discontinuïteit in de ontwikkeling relatief vaker voorkomt maar niet een kenmerkend element is. De opmerking over het bepaalde gedrag dat op latere leeftijd (dan hun niet beperkte leeftijdgenoten) nog vertoond wordt, roept discussie op. Binnen de kenniswerkplaats in de ene instelling vullen ze aan dat dit altijd het geval is, terwijl ze het in een andere instelling niet helemaal eens zijn met deze formulering.

#### *Cognitieve ontwikkeling*

Ten aanzien van de cognitieve ontwikkeling noemen de professionals in kenniswerkplaats 1 met name de beperktere probleemoplossingsvaardigheden en de moeite met abstract redeneren. Het voorkomen van bijkomende problemen wordt ook vaak genoemd.

Met betrekking tot de cognitieve ontwikkeling noemen de professionals in kenniswerkplaats 3 nadrukkelijk het beneden gemiddelde IQ en het disharmonisch intelligentieprofiel. Ze vullen verder aan dat kinderen met een LVB vaak geen goed zicht hebben op hun eigen mogelijkheden, moeite hebben om van perspectief te wisselen en moeite hebben met het leggen van verbanden, zoals de oorzaak-gevolg relatie. Kinderen met een LVB denken volgens de professionals minder gedifferentieerd en kunnen zich niet lang concentreren. Hun spanningsboog is korter en hun impulsregulatie minder.

### *Sociale ontwikkeling*

Op sociaal gebied komen in kenniswerkplaats 1 vooral de beïnvloedbaarheid en de afhankelijkheid (van de verkeerde) aan de orde. De professionals noemen de doelgroep met een LVB een kwetsbare doelgroep en brengen deze kwetsbaarheid vaak in verband met het risico op overvraging. De kinderen worden al vanaf jonge leeftijd overschat. Hiermee samen hangt de constatering dat de beperking vaak laat ontdekt of vastgesteld wordt. De kinderen zelf willen graag dezelfde competenties hebben als een 'normaal' leeftijdgenootje.

De kenmerken op sociaal gebied kunnen volgens de professionals in kenniswerkplaats 3 ook worden aangevuld. Ze benoemen de beperkte sociale vaardigheden en sociale contacten. Kinderen met een LVB hebben moeite met het inschatten van sociale situaties en een beperkt sociaal aanpassingsvermogen. Ze denken en handelen vooral vanuit hun eigen behoefte en kunnen moeilijk een ander perspectief nemen en zich inleven in een ander. Er vindt ook weinig transfer plaats. De professionals stellen verder dat er sprake is van een geringe frustratie tolerantie en dat de kinderen met een LVB minder geremd zijn.

### *Emotionele ontwikkeling*

Problemen in de emotionele ontwikkeling van kinderen met een LVB komen tot uiting in acceptatieproblematiek met betrekking tot eigen beperkingen en in depressies, zo stellen de professionals tijdens kenniswerkplaats 1.

In kenniswerkplaats 3 vullen de professionals ten aanzien van de emotionele ontwikkeling aan dat de kinderen met LVB weinig zicht op eigen emoties hebben, moeite hebben met het reguleren van emoties, een beperkte ego sterkte en weinig reëel zelfbeeld hebben en snel terugvallen in hun ontwikkeling. De professionals noemen ook expliciet de agressie en andere externaliserende problematiek die voorkomt, vaak als uiting van het onvermogen om emotionele problemen te verwoorden.

### *Gedragsproblematiek*

Professionals noemen in kenniswerkplaats 1 vooral het acting-out agressieve, ADHD-achtige gedrag van kinderen met een LVB en een geschiedenis van gedragsproblemen.

In kenniswerkplaats 3 wordt gesteld dat dit mogelijkheden zijn maar dat er zeker ook sprake is van internaliserende gedragsproblematiek. Een aantal professionals verwoordt dat het gedrag de buitenkant is van de genoemde aspecten op de andere ontwikkelingsdomeinen en beoordelen de gedragsaspecten als minder relevant. De andere professionals vullen aan dat er minder exploratiedrang is op jonge leeftijd en dat kinderen met een LVB moeite hebben met het reguleren van gedrag waardoor ze een hoger risico lopen op bijvoorbeeld verslavingsproblematiek. Andere professionals noemen ook nog een seksueel disfunctioneren, een snellere ontremming en het uiten van primaire reacties.

### *Risicofactoren*

Tijdens kenniswerkplaats 1 blijkt dat het omschrijven van een kind met een LVB moeilijk is vanwege de complexe situatie. Het bijzondere van de doelgroep wordt geformuleerd als de kwetsbaarheid van een kind met beperkingen die vaak te laat worden ontdekt en moeilijk hanteerbaar zijn voor het kind, samen met een vaak instabiele en kwetsbare context rondom het kind. Specifieke aspecten die hierbij worden genoemd zijn de ambitie om 'normaal' te zijn (en het verstoppen van deze ambitie), het als lastig worden ervaren en het verdriet en de machteloosheid bij ouders. In kenniswerkplaats 3 stellen de professionals binnen twee instellingen voor om de bijzonderheid van de doelgroep iets abstracter te presenteren aan de hand van: -kindfactoren (laag IQ, minder sociale/negatieve ervaringen, sociale vaardigheden, dubbele diagnostiek); -gezinsfactoren en -andere factoren omdat de

lijst anders wel lang wordt. In de andere instellingen worden de volgende aspecten toegevoegd; het multi problem gezin, de transgenerationele problematiek, onderstimulatie, de chroniciteit, en de grotere kwetsbaarheid voor psychopathologie (co-morbiditeit). In kenniswerkplaats 2 stellen de professionals dat er 'veel problematiek om de jongeren heen' hangt. Hiermee wordt bedoeld dat de problematiek verder reikt dan alleen het kind of de jongere zelf. Er is vaak sprake van multiprobleem-problematiek. De volgende citaten geven dit weer:

- *'in plaats van LVB kun je spreken van LVB met meervoudige problematiek'.*
- *'De LVB doelgroep kenmerkt zich door een veelheid aan gedragsproblemen die bij iedere jongere weer verschilt'.*

### **3.2 Specifieke kenmerken van kinderen met een LVB**

Professionals noemen, in kenniswerkplaats 2, dat bij jonge kinderen met een LVB vaak sprake is van overvragen of overschatten van het kind. Ook is er vaak sprake van taal- en spraakproblemen. Deze kindkenmerken maken dat het belangrijk is in de benadering rekening te houden met een aantal zaken. Zo is het bij een kind met een LVB belangrijk om gevoelens te benoemen. Kinderen met een LVB vragen extra uitdaging, zorg en ondersteuning en hebben grenzen en regels nodig.

Kinderen met een LVB overleven, volgens professionals, vaak in hun eigen leefwereld. Ze zijn overgevoelig voor de houding en uitstraling van de hulpverlener. Het kind met een LVB heeft namelijk een ander referentiekader en interpreteert situaties anders dan een normaal begaafd kind. Voor een hulpverlener is het dan ook belangrijk om in de basishouding neutraal te zijn. Niet alleen de interpretatie en het inschatten van situaties is anders ook de manier waarop het kind met een LVB ermee omgaat/reageert is anders dan bij normaal begaafde kinderen.

Professionals geven tevens aan dat ze het lastig vinden dat ze bij kinderen met een LVB niet zo snel door hebben dat ze een trauma meegemaakt hebben. Tegelijkertijd is dit voor hen een extra uitdaging om de juiste zorg en ondersteuning te bieden.

### **3.3 Specifieke kenmerken van jongeren met een LVB**

Professionals noemen een aantal kenmerken, dat typerend is voor jongeren met een LVB. Jongeren met een LVB zijn meer egocentrisch en gericht op consequenties van hun handelen. Volgens de professionals heeft dit met hun emotioneel niveau te maken. Jongeren met een LVB hanteren een inadequate stijl om zich weerbaar op te stellen. Ook hanteren ze een inadequate manier om conflicten op te lossen. Het lijkt alsof ze weerbaar zijn en voor zichzelf opkomen, echter dit is geen weerbaarheid, maar een soort 'schijnweerbaarheid'. Jongeren met een LVB zijn juist overassertief waardoor ze meer in conflict raken met hun omgeving dan een 'gewone jongere' (normaal begaafde jongere). Jongeren met een LVB verweren zich wel maar meestal niet op een handige manier. Zo kunnen jongeren met een LVB bijvoorbeeld een grote mond geven en stoer doen, wat vervolgens bij de omgeving niet altijd goed valt. Tevens zijn jongeren met een LVB erg beïnvloedbaar en worden ze vaak getypeerd als meelopers.

Professionals wijzen er op jongeren met een LVB zich vanaf 12 jaar gaan vergelijken met leeftijdgenoten en merken dat ze anders zijn. Deze jongeren hebben de ambitie om 'normaal' te zijn. Ze willen zijn zoals iedere 'gewone' jongere van hun leeftijd. Ze willen meedoen en dezelfde dingen doen en mogen als 'gewone' jongeren. Hierdoor lopen ze vaak op hun tenen. Naast de ambitie om normaal te zijn, willen ze vaak ook competent zijn in de dingen die ze doen

Daarnaast wordt genoemd dat een kleiner aantal jongeren met een LVB geen tot weinig reflectievermogen heeft waardoor ze zelf niet in de gaten hebben dat ze anders zijn. Het grotere deel van de jongeren met een LVB die wel ervaren dat ze anders zijn, leggen 'het anders zijn' vaak buiten zichzelf. Ze tonen weinig inzicht in oorzaak en gevolg en in hun eigen gedrag en handelen. Jongeren met een LVB overschreeuwen zichzelf en professionals typeren hen dan ook als 'overlevers'. Jongeren met een LVB willen niet vergeleken worden met 'mongolen', dit noemen ze ook. Ze hebben het gevoel dat ze op school en op straat op hun beperking worden afgerekend door hun omgeving. Ze lijken vaak op te moeten boksen tegen hun handicap. Het besef hebben dat het niet lukt, levert vaak weer frustraties op. Jongeren met een LVB zijn daarnaast kwetsbaar en niet weerbaar als het gaat om weerbaarheid wat betreft grensoverschrijdend gedrag van volwassenen. Dit is dan ook een risicofactor voor hun ontwikkeling.

### **3.4 Het systeem rondom het kind met een LVB**

Het systeem rondom het kind met een LVB speelt volgens de professionals in kenniswerkplaats 1 een belangrijke rol. Dit uit zich vooral in negatieve aspecten als: door de omgeving als lastig ervaren worden, afhankelijk van de 'verkeerde' worden, een ontwrichte familie, een kwetsbare opvoedingssituatie en een andere opvoedingsgeschiedenis. Binnen het systeem is vaak sprake van eigen problematiek zoals alcoholmisbruik of psychiatrische stoornissen.

Ten aanzien van de genoemde neiging om afhankelijk van de 'verkeerde' te worden vult een aantal professionals in kenniswerkplaats 3 aan met de meer algemenere neiging van kinderen en jongeren met een LVB om afhankelijk te worden. De professionals benoemen de afweging van draaglasten en draagkrachten binnen het systeem en stellen dat de draagkracht vaak onvoldoende is. Naast de genoemde problemen is het systeem sociaal en intellectueel vaak zwak, is de kans op een combinatie van problemen (multi problem), en specifiek transgeneratiele problematiek groter. De professionals stellen dat er minder grenzen worden gesteld en minder ontwikkelingsstimulatie plaatsvindt.

In kenniswerkplaats 2 geven professionals aan dat het bij kinderen en jongeren met een LVB kan gaan om systemen die ontwricht zijn, maar dat het ook kan gaan om systemen waarbij ouders juist adequaat handelen. Echter doordat deze doelgroep meer kans heeft op ontwikkelings- en hechtingsproblemen is het voor de ouders in de meeste gevallen toch complexer om adequaat te reageren. Zeker omdat er veelal sprake is van multiproblematiek. Door de risicofactoren die genoemd zijn en de multiproblematiek van deze gezinnen verdienen de gezinnen ondersteuning om hen verder te helpen, aldus de professionals.

### **3.5 De professional en het kind met een LVB**

#### *Diagnostiek specifiek bij LVB*

Professionals wijzen er, in kenniswerkplaats 2, op dat er bij kinderen en jongeren met een LVB vaak sprake is van co-morbiditeit. Het doen van dubbele diagnostiek is daarom belangrijk als ook het in beeld brengen van het niveau van het kind op verschillende aspecten. De beleving van het kind moet getoetst worden aan de werkelijkheid. Hiervoor is het bepalen van het sociaal-emotioneel niveau van het kind erg belangrijk naast het bepalen van het IQ en de adaptieve vaardigheden. Het IQ alleen is niet bepalend in de diagnostiek.

Professionals geven overigens aan dat ze meer zicht hebben op het IQ dan op het sociaal-emotionele niveau van het kind. De reden dat ze meer moeite hebben met het bepalen van het sociaal emotioneel niveau is dat het testmateriaal beperkt is.

Bovendien is volgens professionals het bepalen van het sociaal-emotioneel niveau ook onderhevig aan de eigen inkleuring daarvan ('subjectiviteit van de hulpverlener'). Professionals benoemen ook dat wanneer een jongere met een LVB sociaal niet handig is, ze vaak onderzoeken wat het emotioneel niveau van de jongere is.

Professionals spreken van een discrepantie als het emotioneel niveau lager is dan het cognitief niveau. Het sociaal niveau kan daar vervolgens weer tussen of boven liggen. Bij de LVB doelgroep zien ze vaak dat er op cognitief niveau sprake is van discrepantie. Daarnaast komt een LVB vaak pas tot uiting als het kind onderwijs krijgt.

#### *Kennis, houding en vaardigheden*

Als algemene aandachtspunten voor hun eigen handelen met de doelgroep noemen de professionals in kenniswerkplaats 1 met name de kennis over de verschillende niveaus van functioneren en het talig vermogen van de kinderen met een LVB.

De hulpverlener is en blijft beschikbaar. Tijdens de contacten zou de hulpverlener voldoende ruimte moeten geven voor het verhaal van het kind. Het kind moet zich gehoord voelen. De professional helpt het kind bij het geven van betekenis en bij het structureren van de verhalen. Een belangrijk punt dat wordt genoemd bij de houding en vaardigheden van de professional betreft de afstemming van de hulp op de vraag van het kind. Het hulpaanbod moet zorgvuldig overwogen worden en niet op basis van intuïtie tot stand komen. De beperkte verbaliteit van de kinderen met een LVB is voor de hulpverleners een invloedrijk element binnen de hulpverlening.

Professionals stellen dat ze een balans in de hulpverlening moeten zoeken. Begrenzing en grenzen (van hulpverlening) spelen een belangrijke rol; de grenzen moeten voor een kind duidelijk zijn en door groepsleiding duidelijk worden aangegeven. Groepsleiders hebben een specifieke rol en de relatie tussen behandelaars en (leef)groepen is belangrijk. Sleutelbegrippen zijn samenwerking tussen hulpverleners, duidelijkheid en communicatie. Zowel inter- als supervisie bieden veel mogelijkheden voor de professionals.

Tijdens kenniswerkplaats 3 vindt een groot aantal professionals bovenstaande uitwerking niet erg duidelijk. Er wordt gesteld dat professionals altijd een brede kijk op de doelgroep moeten hanteren. Verder vullen de professionals op bijeenkomst 1 aan dat de hulpverlener de hulpverlening zowel verbaal als visueel kan ondersteunen.

### **3.6 De handelingsverlegenheid van de professionals**

De professionals benoemen in kenniswerkplaats 1 dat hun onderlinge afstemming en samenwerking nog wel beter zou kunnen. Ze denken aan de (koppeling tussen) verschillende visies en verschillende behandelvormen en het (beter) maken van afspraken. Ook komt de relatie tussen de behandelaars en de (leef) groepen aan de orde en wordt de specifieke rol van de groepsleiding besproken.

Professionals hebben behoefte aan mogelijkheden om de hulpverlening nonverbaal te ondersteunen en aan mogelijkheden om de afstemming van de hulp op de individuele vraag te optimaliseren. Daarnaast zeggen de professionals ook dat er aan de ene kant te weinig kennis is over in te zetten middelen en effectiviteit, terwijl aan de andere kant aanwezige kennis niet voldoende wordt ingezet.

In kenniswerkplaats 3 benadrukken de professionals nogmaals de onduidelijkheid over wat wel en niet werkt en het gebrek aan effectieve behandelingen. Ze melden dat er te weinig systeemgericht wordt gewerkt en dat ze de discontinuïteit in een hulpverleningsproces moeilijk vinden. Professionals zijn (soms) onzeker, bang voor eigen falen en hebben last van tijdsdruk. Daarnaast noemen ze geduld hebben als moeilijkheid.

## Hoofdstuk 4 Kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking en trauma

### 4.1 Traumatische ervaringen en trauma bij kinderen en jongeren met een LVB

Bij de bespreking van trauma's die voorkomen bij kinderen met een LVB benoemen de professionals, in kenniswerkplaats 1, dat er vaak sprake is van een aaneenschakeling van trauma's. Specifiek komen aan de orde: geestelijke mishandeling, getuige van geweld, aanwezig bij seksuele handelingen van volwassenen, seksueel misbruik en de aanwezigheid van een trauma bij de ouders. De professionals benadrukken het langdurige en structurele karakter van de mishandeling door mensen in het directe netwerk.

Gebeurtenissen zijn vaak ingrijpender voor een kind met een LVB. Er is een gebrek aan steun vanuit het gezin. Bij deze kinderen komt de erkenning van een trauma vaak pas op latere leeftijd. De professionals zien vaak een combinatie van ASS problematiek en traumaproblematiek.

Als aanvullingen op de traumatische ervaringen worden (in kenniswerkplaats 3) genoemd; fysieke mishandeling, verlating, uithuisplaatsing, pesten en grotere kwetsbaarheid voor ongelukken. Daarnaast komen complexe en (gevoeligheid voor) secundaire trauma's aan de orde. De laatstgenoemde gevoeligheid komt volgens de professionals doordat de kinderen met een LVB weinig eigenheid hebben en fantasie niet altijd van werkelijkheid kunnen scheiden.

De professionals nuanceren de impact van gebeurtenissen (ofwel life events); deze *kunnen* ingrijpender zijn voor kinderen met een LVB of een andere impact hebben en dat heeft dan vaak te maken met een gebrek aan coping. Tevens stellen ze dat het gebrek aan steun (of affectieve verwaarlozing) vanuit het gezin relatief is en vooral geldt bij een chronische vorm van trauma. Een trauma bij de ouders kan ook een traumatische ervaring voor het kind zijn.

Ten aanzien van de combinatie van ASS- en trauma problematiek vullen de professionals aan dat dit breder geformuleerd kan worden, dat ook andere problematieken elkaar versterken.

De professionals noemen zelf hun eigen valkuil om vooral aandacht te besteden aan het probleemgedrag in plaats van aan onderliggend trauma.

De professionals geven in kenniswerkplaats 2 aan dat er niet altijd sprake hoeft te zijn van zichtbare problematiek bij een kind met een LVB dat een traumatische gebeurtenis heeft meegemaakt. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van een enkelvoudig trauma, bijvoorbeeld een ongeluk, zonder dat het kind met een LVB zichtbaar (externaliserend) probleemgedrag laat zien. Als een jongere met een LVB geen problematiek ervaart en geen problematiek laat zien is er ook geen traumabehandeling nodig.

Professionals geven daarnaast aan dat trauma's in de hulpverlening niet altijd onderkend worden, waardoor de behandeling zich eerder richt op het gedrag. Er is in hun ogen te weinig aandacht voor de onderliggende oorzaken van dit gedrag. Zij vinden juist dat je beter als eerste het trauma kunt behandelen. Als je namelijk het trauma 'aanpakt' dan verandert het gedrag ook 'vanzelf'. Een bijkomend voordeel dat de professionals noemen is dat je vanuit het trauma het gedrag beter kunt begrijpen.

Als het gaat om een trauma, zien professionals vaak dat een kind of jongere met een LVB vanwege juist die LVB de impact van een gebeurtenis niet begrijpt. Als hulpverlener is het dan ook extra belangrijk om bij een kind met een LVB te checken of er over het zelfde wordt gesproken.

Professionals geven aan dat LVB jongeren met multiproblematiek meer traumabehandeling nodig hebben. Ze vinden dat hulpverleners bij deze doelgroep

creatief moeten handelen, in ieder geval creatiever dan bij normaal begaafde jongeren.

#### **4.2 De gevolgen van een trauma voor kinderen en jongeren met een LVB**

In kenniswerkplaats 1 wordt angst veelvuldig genoemd als belangrijk gevolg van een traumatische gebeurtenis bij kinderen met een LVB. Hiermee samen hangt het voorkomen van een negatief zelfbeeld en teruggetrokken gedrag. Ook depressie wordt genoemd als gevolg van een trauma. De professionals merken op dat kinderen met een LVB door een traumatische gebeurtenis vaak afhankelijk van (verkeerde) personen worden. Tegelijkertijd kan er parentificatie optreden.

Tot slot worden ook bedplassen en eten weigeren als specifiek gevolg genoemd en het feit dat jongvolwassenen posttraumatische stressklachten laten zien.

In kenniswerkplaats 3 vullen de professionals de opsomming van de gevolgen aan: zindelijkheidsproblemen, eetstoornissen, automutilatie, agressie, psychosomatische klachten, dadergedrag, vermijding, schuldgevoelens, dissociaties, stemmingswisselingen, psychotische episode, regressie, grensoverschrijdend gedrag, slaapproblemen en ADHD-achtig gedrag.

Professionals merken op dat ook PTSS ook al op jongere leeftijd zichtbaar is.

#### **4.3 Hulpverlening aan kinderen en jongeren met een LVB (en trauma)**

##### *Start van hulpverlening*

Tijdens kenniswerkplaats 1 noemden de professionals expliciet de volgende voorwaarden bij de start van de hulpverlening: - een goed ritme, -kind kan/gaat na behandeling weer naar situatie terug, -kind moet op tijd kunnen slapen, -veiligheid in huis, -ondersteuning vanuit omgeving mogelijk.

De eerste opvang moet volgens de professionals snel gebeuren, er moet veiligheid (in hele context/systeem van kind) gecreëerd worden en steun/structuur geboden worden. De crisis moet beheersbaar gemaakt zijn, de mishandeling gestopt. De situatie moet stabiel en voorspelbaar zijn.

Een deel van de professionals die participeerden in kenniswerkplaats 3 vindt de genoemde aspecten niet belangrijk. Andere professionals vinden de aspecten gedeeltelijk belangrijk. Ze benoemen een mogelijke overlap tussen een goed ritme en het op tijd kunnen slapen en nuanceren sommige aspecten. Daarnaast is de ondersteuning vanuit de omgeving volgens hen *wenselijk* en gaat een kind na behandeling *in principe* terug. Aanvullende aspecten die als startvoorwaarde worden genoemd zijn: goede afspraken over behandeling, een redelijk stabiele sociale omgeving en woonsituatie, checken op wettelijke eisen, stabiele hulpverlening bieden, goede diagnostiek, aandacht voor het niveau van het kind en voor de sociaal-emotionele beleving.

De professionals vullen verder aan dat professionals de situatie goed moeten inschatten. Ook moet het kind een gevoel van controle krijgen. De professionals van de GGZ vinden de genoemde aspecten met betrekking tot de eerste opvang niet zo belangrijk maar benadrukken de volgende fasen van traumabehandeling: diagnostiek, bepalen welke interventies te plegen, veiligheid herstellen en daarna pas op trauma gerichte behandeling.

In kenniswerkplaats 2 is opnieuw de basisveiligheid als voorwaarde benadrukt. Het kind moet zich veilig voelen en het misbruik of de mishandeling moet gestopt zijn. Om verwarring te voorkomen moet er volgens de professionals een eenduidige

definitie van veiligheid geformuleerd worden. Uit het volgende citaat blijkt hoe belangrijk het is om uit te zoeken wanneer er sprake is van veiligheid:

*'Een jongetje die krijgt gezinshulp..... Echter het kind komt steeds van de kamer af, waarom? Het trauma is op de kamer gebeurd, maar de hulpverlener geeft aan doe maar een haakje op de deur. Dus dat vergrootte alleen zijn gedragsprobleem. Dan ga je niet vooruit, dan ga je achteruit.'*

Naast veiligheid zijn door de professionals rondom de start van de hulpverlening de volgende opmerkingen geplaatst:

- Er kan alleen samengewerkt worden met de daderhulpverlening, mits de daderhulpverlening accepteert dat het slachtoffer mag bepalen.
- Onderscheid maken tussen relationeel misbruik of mishandeling of een ander soort trauma.
- Definiëren of je de pedagogische situatie behandelt of het trauma.

#### *De rol van het systeem binnen de hulpverlening aan kinderen met een LVB en trauma*

De professionals stellen in kenniswerkplaats 1 dat er vaak sprake is van een aaneenschakeling van trauma's. Ze noemen met name (seksueel) misbruik en verwaarlozing. De kinderen horen bij een familiecultuur waarbij sprake kan zijn van familiegeheimen of een ontwrichte familie. Geweld kan van generatie op generatie aan de orde zijn en de kinderen kunnen hiervan getuige zijn (geweest). Kinderen kunnen ook trauma's van ouders overnemen.

Vaak is er een gebrek aan steun vanuit het gezin en heeft het gezin al eerder/meer hulpverlening gehad. Kinderen kunnen de ouders gaan beschermen. Een trauma heeft (extra) grote impact in een kwetsbare opvoedingssituatie. Het systeem ligt (vaak) open. Kinderen zijn teleurgesteld in (het vertrouwen van) volwassenen.

Professionals moeten aandacht hebben voor de balans tussen draaglasten en draagkrachten. Professionals stellen dat de omgeving het kind (met een LVB en een trauma) vaak niet op tijd hoort. Het systeem rondom een kind met een LVB dat een trauma ervaren heeft lijkt vaak onrustig. Professionals stellen dat ouders in verdrietige situaties te veel met zichzelf bezig zijn waardoor kinderen aan hun lot worden overgelaten.

De professionals benoemen dat er aandacht moet zijn voor een inventarisatie van de omgeving van het kind met een LVB vanuit een brede gezinsaanpak. Bestaat er een spanningsveld? Hoe zit het met de emoties van de ouders?

Een combinatie kind-ouder behandeling wordt belangrijk gevonden. Het systeem rondom het kind moet ook ondersteund worden. Een goede werkrelatie is belangrijk.

De professionals die in kenniswerkplaats 3 participeerden vinden de genoemde aspecten niet altijd voldoende duidelijk en niet volledig. Ze stellen dat de aspecten/items beter omschreven en geordend moeten worden. Ze voegen toe dat ouders emotioneel niet goed genoeg beschikbaar zijn en vaak niet weten hoe ze het kind kunnen helpen/opvangen.

Professionals noemen ook de term multi-problem gezinnen en het vaak sociaal zwakkere milieu. Ze stellen dat er sprake kan zijn van een andere inschatting van het probleem door ouders, het bagatelliseren van een trauma en/of projectie. Ouders hebben een gebrek aan kennis en vaardigheden, ofwel een primair reactievermogen ofwel onvoldoende communicatieve vaardigheden. Vaak hanteren ouders een externe attributiestijl. Kinderen met een LVB zijn (relatief vaak) verhuisd.

Een aantal professionals focust op het herstel van het gewone leven. Herstel van de opvoeding en leren wat normaal is. Een goede diagnose is erg belangrijk.

De professionals vullen verder aan dat er een steunstructuur opgebouwd moet worden, een basis veiligheid en een netwerk gecreëerd moet worden. Verder stellen ze dat ook de leerkrachten en bruesjes tot het systeem behoren en dat er specifieke aandacht moet zijn voor ouders met LVB en/of psychiatrische problematieken. De informatie over het systeem vormt volgens de professionals de basis voor de interventie.

#### *Aandacht voor trauma*

Tijdens kenniswerkplaats 1 stellen de professionals dat ze moeten aansluiten bij het individuele kind en aan de slag moeten gaan met het ontwarren van gevoelens en het aanbrengen van structuur in de gebeurtenissen. Voor de kinderen moet het verhaal helder worden en een nieuwe betekenis krijgen.

Hulpverleners geven aan dat het 'deksel' wel geopend kan worden maar dat dit geleidelijk dient te gebeuren. Hulpverleners leggen een accent op het verhaal van de cliënt; ze helpen om het verhaal helder te laten worden en om er een nieuwe betekenis aan te geven.

Tijdens kenniswerkplaats 3 beoordelen de professionals de genoemde aspecten als niet volledig. Ze vullen bijvoorbeeld aan dat ze soms iets (moeten) toedekken in plaats van openbreken. Dit hangt onder andere af van de mogelijkheden en van wat de cliënt zelf aangeeft. Professionals denken hierbij aan coping en aan de hulpvraag.

Het stabiliseren is ook een aanvulling. De professional moet vooral (en hiervoor de tijd nemen) aandacht besteden aan de betekenis van het trauma voor de cliënt. Is de gebeurtenis ook werkelijk traumatiserend?

#### *Behandelmogelijkheden algemeen*

In kenniswerkplaats 1 benoemen de professionals dat veel verschillende hulpverleners, vanuit verschillende visies, samenwerken rondom een kind met een LVB en zijn/haar systeem. Vaak is al (veel) hulpverlening vooraf geweest. De relatie tussen met name de behandelaars en de groepsleiders wordt belangrijk gevonden. Groepsleiders hebben een specifieke rol. De volgorde binnen het zorgproces van de verschillende behandelvormen is belangrijk en moeilijk.

Het behandelprogramma moet flexibel zijn en gerelateerd aan haalbare doelen. Er kunnen verschillende behandelvormen worden ingezet, vanuit een multidisciplinair traumateam, waarbij het hulpaanbod geïntegreerd is. Heel specifiek worden de volgende vormen/aandachtspunten genoemd die mogelijk werkzaam zijn voor traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een LVB; -werken in groepjes, -gedachten en oplossingsgerichte manier van werken, -het uitspelen van het trauma en de –non-verbale insteek. De begeleiding van ouders, vanuit een systematische aanpak, wordt belangrijk gevonden. Een mogelijkheid in dit kader is een oudergroep.

De professionals stellen dat behandelen pas zin heeft als de situatie die verband houdt met trauma gestopt is. Goede diagnostiek is belangrijk. De beeldvorming moet breder dan het kind alleen zijn. Professionals moeten ook rekening houden met de omgeving, zoals de familie. Sommige professionals stellen dat er zelfs eerst naar de ouders gekeken moet worden en dan pas naar het kind.

De professionals noemen het belang van een goed startpunt voor de hulp. Hulp is iets anders dan therapie of behandeling. De juiste hulp betreft een goed opvoedingssysteem voor kinderen. Er bestaat geen standaardbehandeling. Het is belangrijk om een goede afweging te maken want de keuze voor een (specifiek) behandelingsprogramma impliceert een lange periode bezig zijn met het kind.

#### *Behandelmogelijkheden specifiek*

Professionals stellen in kenniswerkplaats 1 dat het (behandel)programma flexibel moet zijn en moet passen in een systematische aanpak. De professionals ondersteunen een combinatie van een cognitieve insteek en lichaamswerk.

Daarnaast vinden ze dat er geprobeerd moet worden op een creatieve manier in te steken.

Een individuele benadering heeft als voordeel dat de behandeling zo goed mogelijk aansluit op de vraag. Er zijn ook professionals die de meerwaarde van het werken in groepjes benadrukken. Ook het belang van psychoeducatie wordt genoemd.

Er bestaan volgens de professionals wachtlijsten voor specifieke therapieën. De professionals missen een groot stuk diagnostiek en zijn onzeker over de effectiviteit.

De volgende specifieke behandelmethodieken zijn genoemd:

- EMDR

EMDR wordt vaak genoemd als specifieke therapie voor deze doelgroep. EMDR therapeuten zijn bezig met formalisering.

- Vaktherapieën

Bij deze doelgroep kunnen hulpverleners het met een creatieve insteek proberen. In spelsituaties kan een kind aan de slag met de ervaringen. Hoewel er goede resultaten met speltherapie bekend zijn bestaat er ook discussie over de toepasbaarheid van speltherapie bij kinderen met een LVB.

- Cognitieve therapie

Als onderdeel van de behandeling kunnen hulpverleners inspelen op de cognities die een kind bij een trauma heeft.

- Horizon

Hoewel de Horizon methode door de professionals voor deze doelgroep ook wordt genoemd, bestaan er veel twijfels. Zo is de Horizon methode relatief kort en zou deze voor de doelgroep in ieder geval verlengd moeten worden. Volgens de professionals doet de Horizon methode een (te) groot beroep op het denken over denken. Daarnaast is het delen van ervaringen lastig voor kinderen met LVB.

De professionals vragen zich in kenniswerkplaats 3 af wat er precies wordt bedoeld met een flexibel behandelprogramma. Verder vullen zij als algemene factoren aan dat er hulp in het systeem middels IOG of systeemtherapie moet zijn en dat de traumatiserende factor niet meer actueel actief moet zijn.

Een aantal professionals noemt ook het belang van: -affiniteit van de hulpverleners met de doelgroep, -tempo, en meer kennis op het gebied van systeemtheorie, traumatheorie en seksuele en algemene ontwikkeling. Goede beeldvorming is noodzakelijk om een goed behandelplan te kunnen maken.

Ten aanzien van de genoemde specifieke behandelmethodieken vinden de meeste professionals de hierbij genoemde aspecten gedeeltelijk van belang en gedeeltelijk volledig. Ze vragen zich af welke interventies er precies onder cognitieve therapie kan worden verstaan en noemen als aanvulling cognitieve gedragstherapie. Een aantal professionals vult de aspecten van de Horizonmethode aan met de termen 'elkaar beïnvloeden' en 'verweven verhalen'.

### *Kennis, houding en vaardigheden van de professional met betrekking tot traumabehandeling*

De professionals noemen tijdens kenniswerkplaats 2 een aantal mogelijk werkzame aspecten van de (grond)houding van de hulpverlener tijdens de traumabehandeling van kinderen met een LVB:

- pas de communicatie / taal aan
- herhaal boodschappen

- houd het beperkt en beknopt
- geef keuzemogelijkheden
- structureer goed en vaak
- gebruik zoveel mogelijk visuele ondersteuning (pictogrammen en foto's)
- pas het tempo aan (lager) en let op de timing
- gebruik korte en bondige zinnen/woorden (minder verbaal)
- stel haalbare (kleine) doelen
- laat het kind het tempo bepalen (volg het kind)
- geef gevoelsreflecties
- wees wel directief (vooral duidelijk)

Professionals benadrukken dat het belangrijk is om in je houding neutraal te zijn. Kinderen met een LVB zijn namelijk gevoelig voor de houding en uitstraling van de hulpverlener. De professional moet checken of hij/zij over hetzelfde praat als het kind en de beleving van het kind toetsen aan de werkelijkheid. Daarom is het zo belangrijk om het niveau van het kind op verschillende aspecten in kaart te brengen en het kind centraal te zien in de behandeling.

Professionals geven nog aan dat kinderen en jongeren met een LVB meer begeleiding nodig hebben dan normaal begaafde jongeren die getraumatiseerd zijn. Deze doelgroep vraagt extra uitdaging, zorg en ondersteuning. Ook merken professionals dat de ondersteuningsbehoefte in het dagelijks leven groter is. Deze jongeren hebben namelijk meer behoefte aan duidelijkheid, grenzen en regels.

Er is door de professionals een aantal vaardigheden van hulpverleners genoemd die mogelijk werkzaam zijn bij traumabehandeling van kinderen en jongeren met een LVB.

Zo is de eerste indruk en echtheid van de hulpverlener van belang. Het is belangrijk om de taal van de doelgroep te spreken, maar de professional moet wel zichzelf blijven. Ook moet de hulpverlener de terminologie zo makkelijk mogelijk maken, dus een lage insteek kiezen. De professionals geven als voorbeeld dat ouders vaak knikken dat ze alles begrijpen, maar dat ze ondertussen geen idee hebben waar het over gaat. Het is daarbij volgens de professionals wel van belang dat de hulpverlener goed nadenkt over welke uitleg ouders krijgen van de problematiek van hun kind, de uitleg moet namelijk wel bij het kind passen. Daarnaast werkt het goed als de professional meer gebruik maakt van non-verbale technieken. De hulpverlener heeft soms een directieve houding naar ouders toe. Het is daarbij belangrijk dat de professional de ouders wel mee laat denken, zodat ze het gevoel hebben de situatie wel in de hand te hebben.

Naast de vaardigheden van de hulpverlener is er gesproken over de opleidingen en competenties van hulpverleners. Zo wordt door de professionals benoemd dat binnen gedragwetenschappelijke en psychiatrische opleidingen meer aandacht moet zijn voor het ontwikkelen van competenties met betrekking tot sociale vaardigheden.

Eén professional benoemt zijn ervaring dat orthopedagogen en psychologen het trauma niet durven te benoemen. Hulpverleners met een HBO opleiding daarentegen gaan juist onbewust op het trauma in en richten zich met name op het gedrag. Volgens een andere professional is er een groot verschil tussen echte traumahulpverleners en een hulpverlener die gezinsbegeleiding geeft. Als een hulpverlener met een trauma aan de slag gaat, dan moet hij in staat zijn naar zichzelf te kijken, naar de manier waarop hij met trauma's omgaat en wat het met hem als persoon doet. Gezamenlijk zijn de professionals het er wel over eens dat alle hulpverleners moeten leren om systeemgericht te leren denken.

#### **4.4 De handelingsverlegenheid van professionals met betrekking tot traumabehandeling**

Professionals stellen in kenniswerkplaats 1 dat ze een groot stuk diagnostische kennis missen. Ze vragen zich af wat ze precies onder een trauma moeten verstaan. Ze willen meer informatie rondom vroegsignalering en het herkennen van specifieke gedragingen. Ook zouden ze beter in kaart willen brengen wat er allemaal al is gebeurd met betrekking tot de hulpvraag van het kind met een LVB.

De professionals benoemen ook een valkuil in het kader van diagnostiek. Zo is het bij jongeren met een LVB vaak niet zo snel duidelijk dat ze een trauma ervaren hebben. Deze doelgroep heeft namelijk vaak al een 'stempel' (diagnose) bijvoorbeeld PDD-NOS waardoor je 'het trauma' (de traumagerelateerde problematiek) niet meer als dusdanig interpreteert. Als een jongere met een LVB geen problematiek ervaart of gedragsproblemen laat zien is er volgens de professionals ook geen traumabehandeling nodig.

De hulpverlening werkt niet altijd goed; sluit niet voldoende aan op de vraag, is te intuïtief of te weinig onderling afgestemd. De hulpverleners willen zelf graag meer inzicht in mogelijkheden om een non-verbale insteek te maken.

De hulpverleners melden aan de ene kant een gebrek aan kennis over bijvoorbeeld genetische kwetsbaarheid, over de werking van de hersenen en over de in te zetten middelen terwijl ze aan de andere kant constateren dat het probleem ligt bij de manier waarop die kennis kan worden ingezet. Ze ervaren ook weinig tijd om de kennis te vergroten.

De hulpverleners geven aan dat ze meer ondersteuning zouden willen hebben bij het grote aantal keuzes dat ze moeten maken (objectieve beslisboom), bij de keuze voor een behandeling bij vermoedens, bij de keuze voor een gedragsmatige of emotionele insteek, bij de keuze voor een groepsbehandeling of juist individueel en bij de keuze voor een bepaalde volgorde van handelingen in het hulpverleningsproces. Professionals zijn onzeker over de effectiviteit van hun interventies en ze hebben behoefte aan een aanpak voor het systeem.

De professionals geven in kenniswerkplaats 2 aan dat de hulpverlening aan kinderen en jongeren met een LVB en een trauma een aantal hiaten kent. Een enkele professional vindt dat er geen goede definitie van LVB is. Dat maakt het moeilijker om een goede behandeling te organiseren.

De professionals benoemen verder dat ze behoefte hebben aan meer alertheid wat betreft de traumaproblematiek als het gaat om diagnostiek. Het feit dat het testmateriaal voor deze doelgroep (LVB) niet toereikend is wordt ook als nadeel ervaren. Ook is het testmateriaal op het gebied van sociaal-emotioneel niveau beperkt. Professionals vinden ook dat ze meer creatief moeten zijn in hun handelen en dat ze dit zelf moeten ontdekken. Ze informeren en inventariseren ook bij collega-instellingen maar missen een 'kant en klare methodiek'.

Tot slot merken professionals dat signalen vroeg in de ontwikkeling niet altijd herkend worden. Dit werkt vaak vertragend in de behandeling. Ook worden trauma's in de hulpverlening niet onderkend, waardoor de behandeling zich richt op het gedrag in plaats van op de traumagerelateerde problematiek.

## Hoofdstuk 5 Diagnostiek bij trauma bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking

In kenniswerkplaats 2 is door de professionals veel gezegd over diagnostiek bij trauma bij kinderen en jongeren met een LVB. Dit is beschreven in dit hoofdstuk. In hoofdstuk 6 wordt in het kader van de verschillende behandelmethodieken ook informatie gegeven over diagnostiek.

### 5.1 Huidige situatie rondom diagnostiek bij trauma bij kinderen en jongeren met een LVB

Professionals benoemen dat diagnostiek heel wezenlijk is in het kader van de traumabehandeling bij kinderen met een LVB. Er wordt op gewezen dat een eerste stap in het diagnostisch proces het aangaan van een goede werkrelatie met de ouders is.

Op dit moment wordt nog weinig gedaan aan trauma diagnostiek bij kinderen en jongeren met een LVB zoals volgend citaat illustreert: *‘traumadiagnostiek moet veel meer een plek krijgen binnen de diagnostiek, ook bij de vroegdiagnostiek, er moet eigenlijk altijd gevraagd worden naar wat zijn mogelijk traumatische ervaringen geweest...’*.

Daarnaast wijzen de professionals er op dat het ontbreekt aan een ‘vaste methode’ of ‘voorgeschreven werkvorm’ voor traumadiagnostiek. Een belangrijk knelpunt dat professionals noemen is het feit dat de diagnostische middelen niet gedifferentieerd zijn; ze zijn niet speciaal ontwikkeld voor kinderen met een LVB. Dit heeft tot resultaat dat professionals diagnostische instrumenten gebruiken die ontwikkeld zijn voor normaal begaafde kinderen. Ook ontwikkelen professionals hun eigen werkwijzen zo blijkt uit het volgende citaat *‘voor mezelf kan ik zeggen dat ik inmiddels wel een aantal werkvormen heb die ik gebruik als ik een vraag naar trauma krijg, maar ik denk dat dat bij mijn collega’s net zo is....’*.

De volgende complicerende factoren worden genoemd met betrekking tot traumadiagnostiek specifiek voor kinderen met een LVB:

- kinderen en jongeren met een LVB praten moeilijker door de cognitieve beperkingen
- kinderen en jongeren met een LVB is een brede, heterogene doelgroep
- het is moeilijk in te schatten wanneer iets voor iemand traumatisch is (geweest)
- soms maskering van het trauma door bijvoorbeeld boosheid om uithuisplaatsing

Het is bij traumadiagnostiek bij kinderen met een LVB belangrijk om te zorgen voor een brede beeldvorming. Er moet veel informatie uit de omgeving van het kind gehaald worden. In het kader van de diagnostiek kunnen ook de pedagogisch medewerkers een belangrijke rol spelen. Als er namelijk sprake is van een vertrouwensrelatie met de pedagogisch medewerkers zal het kind makkelijker praten.

Professionals geven aan dat het belangrijk is om de diagnostiek expliciet te koppelen aan de vraagstelling. Ook wordt genoemd dat er gekeken moet worden hoe ‘breed’ of hoe ‘smal’ het psychologisch onderzoek moet zijn. Een kind is meer dan alleen een trauma en daarnaast moet gekeken worden naar de impact van het trauma op het gehele systeem, dus niet alleen op kindniveau. Een brede beeldvorming is noodzakelijk.

Door professionals worden de volgende ‘onderdelen’ van de algemene diagnostiek genoemd:

- inschatten van EGO-sterkte

- intelligentietest (onder andere gericht op ontwikkelingsblokkades)
  - psychodiagnostiek waaronder vragenlijsten, tekeningen en ander projectiemateriaal
  - systeemdiagnostiek
- Meer specifiek kan gekeken worden naar:
- symptomatologie PTSS
  - EMDR-taxatie, taxatiediagnostiek

Professionals benoemen dat meerdere disciplines naar het kind kijken en dat zij vervolgens samen vaststellen of er sprake is van een trauma. Professionals signaleren dat in de beroepspraktijk waar zij werken PTSS bijna nooit wordt vastgesteld en dat je bij kinderen met een LVB moet proberen om kleine dingen te signaleren. Spel en PMT kunnen als diagnostisch middel ingezet worden.

## 5.2 Diagnostiek, aansluiten bij het kind

Professionals wijzen er op dat belangrijk is om een onderscheid te maken naar leeftijd. Diagnostiek bij een jong kind is anders dan bij een jongere van 18 jaar. Zo wordt genoemd dat je bij een jong kind vaak nog niet veel met taal kunt en ook is het moeilijker om bij kleine kinderen vragenlijsten te gebruiken. De twijfel wordt geuit of je bij een jong kind met een LVB kunt vragen naar zijn/haar beleving van de schokkende gebeurtenis.

Daarnaast geven professionals aan dat ook moet worden aangesloten bij het niveau van het kind of de jongere en bij wat het kind of de jongere verbaal aankan. Afhankelijk van het cognitief niveau en de mogelijkheden van het kind en de omgeving wordt vervolgens ook een bepaalde methode gekozen. Volgend citaat illustreert dit: *'ik gebruik ook wel EMDR, trauma verwerkingstechnieken als ze wat ouder zijn, soms doe ik ook wel aan cognitief herstructureren ... dat is ook wel heel verbaal en afhankelijk van wat het kind of de jongere eigenlijk aankan'*.

Wat betreft de diagnostiek noemen professionals ook dat het belangrijk is om aan te sluiten bij wat het kind aangeeft en dat je niet over zijn/haar grenzen moet gaan. Professionals benoemen dat je bij kinderen en jongeren met een LVB in eerste instantie heel voorzichtig moet zijn met uitvragen. Hierbij wordt ook een onderscheid gemaakt in het soort trauma zo blijkt uit volgend citaat: *'Bij een enkelvoudig trauma kun je het verhaal makkelijker laten vertellen, er is dan minder sprake van desorganisatie'*.

Professionals benoemen dat ze kijken naar het belang van het kind, de gezondheid van het kind, kijken naar herbelevingen, naar dromen en naar angsten.

In het kader van de diagnostiek wijzen professionals er op dat er bij kinderen met een LVB extra gelet moet worden op het gedrag. Vaak uiten ze in hun gedrag bepaalde gevoelens die ze moeilijk onder woorden kunnen brengen.

## 5.3 Diagnostische middelen bij traumadiagnostiek bij kinderen en jongeren met een LVB

### Observatie

Professionals geven aan dat 'observatie' een grote bron van informatie is bij kinderen met een LVB. Aan de ene kant heb je de meer gestructureerde observatie in het kader van traumadiagnostiek, bijvoorbeeld gedragsobservatie, spelobservatie (zowel vorm als inhoud) en gerichte observatie. Aan de andere kant wordt er ook minder gestructureerd geobserveerd bijvoorbeeld tijdens een gesprek met het kind. Bij een kind dat klinisch opgenomen is en dus 24 uur in een groep leeft is observatie van het dagelijkse gedrag ook heel informatief. Genoemd wordt dat dan gekeken kan worden

naar het hanteren van grenzen, het omgaan met de eigen lijfelijkheid en naar het herhalen in het gedrag of in het spel van een ingrijpende gebeurtenis.

Professionals geven aan dat dit ook allemaal gedaan wordt bij kinderen zonder een licht verstandelijke beperking. Wat betreft observatie in het kader van traumadiagnostiek bij kinderen met een LVB lijkt er niet echt sprake van handelingsverlegenheid.

### Vragenlijsten

Professionals geven aan dat er geen gestandaardiseerde vragenlijsten zijn specifiek voor traumadiagnostiek bij kinderen met een LVB. Opvallend is dat sommige professionals heel veel vragenlijsten gebruiken en andere professionals helemaal geen vragenlijsten gebruiken.

De professionals die geen vragenlijsten gebruiken geven aan wel geïnteresseerd te zijn in het gebruik van vragenlijsten. Professionals die vragenlijsten gebruiken uitten hun twijfels over het gebruik van vragenlijsten en vragen zich bijvoorbeeld af of je de informatie die je uit een vragenlijst haalt ook van ouders kunt krijgen. Daarnaast wordt aangegeven dat de vragenlijsten minder goed gebruikt kunnen worden bij jonge kinderen.

Professionals zijn zich bewust van het feit dat ze vragenlijsten gebruiken die niet ontwikkeld zijn voor kinderen met een LVB. Zij gebruiken de resultaten daarom soms ook anders zoals volgend citaat weergeeft *'je kijkt niet naar de gegevens sec, maar je kijkt naar de antwoorden op de vragen...'*. Een andere aanpassing die professionals soms maken is dat ze een vragenlijst voorlezen aan een kind.

Onderstaand een overzicht van de door de professionals genoemde vragenlijsten.

#### Gericht op trauma:

- vragenlijsten specifiek gericht op trauma
- vragenlijst die verschillende trauma's meet en de impact
- impact trauma
- Trauma Symptoms Checklist for Children (TSCC), door Lamers-Winkelmann (1998) vertaald naar het Nederlands
- De Hopkins Symptom Checklist HSCL (Luteijn, Hamel, Bouman & Kok, 1984).
- vertaalde lijst ingrijpende gebeurtenissen

#### Gericht op angst, depressie en dissociatie:

- de angstvragenlijst
- vragenlijsten met betrekking tot angst, depressie of andere gedragsproblemen
- specifieke vragenlijst (bestaans)angst
- Vragenlijst Angst voor Kinderen (VAK) (Oosterlaan, Prins, Hartman & Sergeant, 1995)
- SCARED-NL ((Muris, et al., 2007)
- vragenlijsten met betrekking tot dissociatie signalen

#### Gericht op probleemgedrag

- Child Behavior Checklist (CBCL) (Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996)
- Teachers Report Form (TRF) (Verhulst, Van der Ende & Koot, 1997)

#### Overige

- vragenlijst persoonlijkheid boven de 16

### **Vragenlijsten specifiek gericht op trauma**

De Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) is door Lamers-Winkelmann (1998) vertaald naar het Nederlands. De Hopkins Symptom Checklist (HSCL) is een vragenlijst die psychisch en/of lichamelijk onwelbevinden meet. De HSCL kan vanaf 16 jaar gebruikt worden (Luteijn, Hamel, Bouman & Kok, 1984).

Voor het vaststellen van een trauma wordt in de literatuur door Hovens (2005) geschreven dat de Trauma History Questionnaire, de Trauma Life Events Questionnaire, de Life Stressor Checklist-Revised en de Zelfinventarisatielijst Posttraumatische Stressstoornis de meest uitgebreide vragenlijsten zijn.

Als er sprake is van posttraumatische stressproblematiek zijn er een aantal gestandaardiseerde (zelfbeoordelings)vragenlijsten. Er zijn drie vragenlijsten in het Nederlands beschikbaar die testtechnisch onderzocht zijn (Hafkenscheid, 2007). De volgende zelfbeoordelingvragenlijsten zijn echter alleen beschikbaar voor volwassenen:

- Schokverwerkingslijst (SVL) (Brom & Kleber, 1985).
- Zelfinventarisatielijst Posttraumatische Stressstoornis (ZIL) (Hovens, Bramsen & van de Ploeg, 2000)
- PTSS-klachtenschaal (Engelhard & Arnts, ingediend)

### **Vragenlijsten voor het in kaart brengen van angst, depressie en dissociatie**

Professionals hebben twee vragenlijsten genoemd die specifiek gericht zijn op angst, SCARED-NL ((Muris, et al., 2007) en Vragenlijst Angst voor Kinderen (VAK) (Oosterlaan, Prins, Hartman & Sergeant, 1995).

SCARED-NL is een zelfrapportage vragenlijst die bedoeld is voor een eerste screening van symptomen van angststoornissen bij kinderen en jongeren. De VAK is een zelfrapportage vragenlijst die gebruikt kan worden om angst te meten bij kinderen van 4 t/m 12 jaar.

Verder noemen professionals nog angstvragenlijsten in meer algemene termen, zoals 'de angstvragenlijst' en 'vragenlijsten met betrekking tot angst ...'. Mogelijk worden hier ook de SCARED-NL en de VAK bedoeld.

In de literatuur worden de Zelf-Beoordelings-Vragenlijst voor Kinderen ZBV-K en de Sociale Angstschaal voor Kinderen SAS-K nog genoemd als vragenlijsten om angst te meten (Oosterlaan & Veerman, 2002).

Professionals spreken alleen in algemene termen over vragenlijsten met betrekking tot depressie en dissociatie. Aangeven wordt dat sommige vragenlijsten specifiek gericht zijn op trauma of op dissociatie signalen en andere vragenlijsten weer meer op angst of op depressie.

In de literatuur worden de Depressie Vragenlijst voor Kinderen (DVK) en de Children's Depression Inventory (CDI) genoemd om depressie bij kinderen te meten (Tak, 2002). Een vragenlijst die gebruikt zou kunnen worden om dissociatie signalen te meten is de Dissociatievragenlijst DIS-Q voor jongeren en volwassenen van 15 tot 65 jaar (Van der Linden, Van Dyck, Vertommen, Van de Reycken & Kortenbergh, 1992).

### **Vragenlijsten voor het in kaart brengen van probleemgedrag**

De Child Behavior Checklist (CBCL) wordt vaak standaard afgenomen in combinatie met de Teachers Report Form (TRF). De CBCL en de TRF zijn vragenlijsten voor screening en gedrag en beogen competenties en een breed spectrum aan probleemgedrag te meten. De CBCL is voor ouders- en verzorgers en de TRF voor leerkrachten (Oosterlaan & Veerman, 2002).

De resultaten van de (genoemde) vragenlijsten gebruiken professionals veelal in een gesprek, zoals dit citaat illustreert *'aan de hand van de klachten die het kind invult of de ouders invullen, kun je ook weer het gesprek aangaan'*. Vragenlijsten

worden ook gebruikt om aan de hand van de ingevulde klachten de ernst van het trauma in te schatten.

### **Diagnostisch interview kindgericht**

In het kader van de diagnostiek worden er ook gesprekken gevoerd met kinderen. Professionals geven aan dat zij in deze gesprekken vragen naar wat er is gebeurd, naar waar een kind last van heeft (angst, plassen, nachtmerries) en naar hoe lang het kind bepaalde klachten heeft. Daarnaast wordt er ook gevraagd naar meer basale dingen als hoe een kind met anderen speelt en hoe actief een kind is.

Professionals benoemen dat het belangrijk is om aan te sluiten bij het kind, er wordt doorgaans systematisch doorgevraagd op wat het kind zelf aangeeft, zo blijkt uit volgend citaat *'...dus als het kind in zijn verhaal of tijdens een gesprek bepaalde feiten of in ieder geval bepaalde informatie geeft, wordt daar verder wel op doorgevraagd in feite naar aanleiding van de informatie die het kind zelf geeft'*.

Het kan ook waardevol zijn het gesprek aan te gaan tijdens het spel. Het voeren van een gesprek met een kind in de spelobservatie geeft de professional ook zicht op de verbale mogelijkheden van een kind.

Specifiek bij seksueel misbruik worden er ook taxatiegesprekken gevoerd. Vaak wordt hierbij gebruik gemaakt van visueel ondersteunende middelen zoals een anatomische correctiepop of van een tekening van het lijf op de grond.

Bij de anatomische correctiepop krijgt het kind een tekening van een naakte jongen en een naakt meisje te zien. In een vraaggesprek wordt het kind gevraagd naar de diverse lichaamsbenamingen en eventuele nare, maar ook prettige aanrakingen. Bij de tekening op de grond gaat het kind op de grond liggen. Het lijf van het kind wordt dan omtrokken met een pen. Het kind kan dan aangeven waar (welk lichaamsdeel) er bijvoorbeeld onaangename ervaringen zijn opgedaan. Die plaatsen worden door het kind vervolgens gemarkeerd met een rode pen. Een groene pen wordt vervolgens gebruikt voor de veilige zones.

Bij beide vormen verzamelt de behandelaar informatie, maar het biedt tegelijkertijd ook een aanknopingspunt voor het leren omgaan met de nare gebeurtenissen.

### **Diagnostisch interview systeemgericht**

Professionals omschrijven diagnostiek als een brede beeldvorming van het kind in de situatie. Professionals benoemen als onderscheid tussen diagnostiek bij kinderen met en zonder een LVB, dat je bij kinderen met een LVB heel veel informatie uit de omgeving van het kind moet zien te verkrijgen. Zo geeft een professional aan dat zij gesprekken over oorzaken en verbanden meestal met de ouders voert en niet met het kind.

Volgens professionals begint het diagnostische proces met het aangaan van een goede werkrelatie met ouders. Echter, bij gezinnen met een LVB is dit niet altijd makkelijk, aldus de ervaring van de professionals.

Professionals geven aan dat binnen de diagnostiek gevraagd moet worden naar wat mogelijk traumatische gebeurtenissen of ervaringen geweest zijn. En ook hoe het kind daarop gereageerd heeft en wat de omgeving heeft gedaan. Een professional geeft aan dat zij het woord trauma nooit gebruikt, maar spreekt van nare gebeurtenissen. Meerdere professionals geven aan dat ze bij kinderen met een LVB vaak hun taalgebruik aanpassen.

### **Ontwikkelingsanamnese**

In het kader van de algemene diagnostiek wordt de ontwikkelingsanamnese in kaart gebracht. Hierbij wordt zowel gekeken naar de stand van zaken voor als na het trauma. Allerlei gebieden worden bekeken zoals vrije tijd, school, eten, drinken, slapen en lichamelijke klachten.

Professionals wijzen er op dat het belangrijk is te kijken naar gedragsveranderingen en wanneer die zijn ontstaan.

Genoemd wordt dat het belangrijk is om bij de initiële diagnostiek specifiek in kaart te brengen of er sprake is van PTSS.

#### **5.4 Overige informatiebronnen**

Professionals geven aan dat bij kinderen met een LVB geen andere informatiebronnen gebruikt worden dan bij normaal begaafde kinderen. Als informatiebronnen worden bijvoorbeeld ouders of (gezins)voogd, vorige hulpverleningsinstanties en hulpverleners genoemd.

## **Hoofdstuk 6      Behandelmethodieken voor traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking**

In kenniswerkplaats 2 is de practice based kennis met betrekking tot traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een LVB geïnterpreteerd. Analyse van deze resultaten bracht aan het licht dat in alle participerende instellingen zowel systeembehandeling, EMDR en vaktherapieën ingezet worden. Daarnaast was er in alle instellingen interesse voor de mogelijkheden van meer cognitief georiënteerde therapieën zoals de Horizonmethode en wordt de Horizonmethode op kleine schaal gebruikt.

Op de kennisdag (mei 2008) zijn daarom kenniswerkplaatsen georganiseerd met als specifieke thema's: systeembehandeling, EMDR, vaktherapieën en Horizonmethode. Daarnaast is op deze kennisdag ook aandacht geweest voor vrouwenopvang.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de resultaten van de kenniswerkplaatsen van de kennisdag (systeembehandeling, EMDR, vaktherapieën, Horizonmethode en Vrouwenopvang). De resultaten van kenniswerkplaats 1 en 2 waren input voor de kenniswerkplaatsen op de kennisdag, op deze manier zijn de resultaten van deze kenniswerkplaatsen dus ook meegenomen in onderstaande.

NB Aan de kennisdag namen ook professionals deel uit instellingen die niet tot het consortium behoorden.

### **6.1 Systeembehandeling bij kinderen en jongeren met een LVB**

#### **Definities van begrippen**

Professionals geven aan dat het belangrijk is dat hulpverleners, om verwarring te voorkomen, dezelfde definities hanteren wat betreft gezinsbehandeling, gezinsondersteuning en systeembehandeling. Het is volgens professionals vooral belangrijk dat helder is om wie het gaat, zo illustreert volgend citaat: *'De ene hulpverlener denkt we werken toch met ouders, dus we werken met het 'systeem', terwijl het begrip 'systeem' voor de andere hulpverlener een veel bredere betekenis heeft'.*

In de literatuur worden verschillende niveaus van systemen beschreven waar de behandeling zich op kan richten. Het eerste niveau is op het individuele gezinslid. Het tweede niveau, waar de behandeling zich op kan richten, is een dyadisch subsysteem. Dit bestaat uit twee mensen bijvoorbeeld moeder-zoon, vader-zoon of moeder-vader. Het derde niveau richt zich op het gehele gezin als systeem en het vierde niveau richt zich op het gezin en zijn omgeving als systeem (Lange, 2006).

#### **Intake, diagnostiek en systeem**

Het is, volgens professionals verstandig om bij een kind jonger dan 12 jaar het intakegesprek alleen met ouders te voeren. Het is bij de intake belangrijk om, in het belang van het kind, af te wegen wat er nodig is en samen met ouders de hulpvraag goed te definiëren. Tijdens de intake moet expliciet gevraagd worden of er ook nare gebeurtenissen zijn geweest, zoals grensoverschrijdend gedrag op seksueel gebied. Als er sprake is van een trauma bij een kind is het belangrijk dat de hulpverlener doorvraagt op de beleving van de ouders. Het komt namelijk voor dat de omgeving de situatie afkeurt en dit kan veel impact hebben op de ouders en het kind. In gesprekken met het kind moet systematisch doorgevraagd worden op wat het kind zegt.

Diagnostiek moet zich richten op het systeem aangezien er volgens de professionals bij gezinnen met een LVB vaak sprake is van grote verschillen in IQ en er bij deze gezinnen vaak sprake is van psychiatrische problematiek.

Volgens professionals is onderkenning van het trauma gerelateerd aan het 'niveau' van het gezin. Zo is onderkenning van een trauma in een gezin met ouders met een LVB anders dan in een gezin met normaal begaafde ouders. Professionals benoemen overigens dat kinderen met een LVB die getraumatiseerd zijn vaak uit kwetsbare gezinnen komen.

De professionals ervaren handelingsverlegenheid als er bij een kind te laat een lichte verstandelijke beperking of een trauma wordt gediagnosticeerd. Kinderen krijgen dan namelijk in eerste instantie de verkeerde behandeling. Dit kan voorkomen worden door tijdig goed te diagnosticeren.

Voor meer informatie over diagnostiek bij kinderen en jongeren met een LVB zie hoofdstuk 5.

### **Werkrelatie met ouders/opvoeders**

Professionals geven aan dat het van belang is om een goede werkrelatie met ouders aan te gaan en dat hierin de samenwerking met ouders relevant is. Dit lijkt bij kinderen met een LVB extra belangrijk. Volgens professionals is het systeem van een kind met een LVB vaak kwetsbaarder en interventies in het gezin zijn dan ook bijna altijd noodzakelijk.

Het aangaan van een goede werkrelatie is echter niet altijd eenvoudig. Er kan bijvoorbeeld een spanningsveld zijn tussen de hulpvraag van de ouders en die van de hulpverlener en ouders vinden het soms moeilijk om een hulpvraag te formuleren. Dit kan komen doordat de situatie of het kind door ouders als 'gewoon' ervaren wordt. Volgens de professionals heeft de intaker, die de ouders als eerste ziet, een groot aandeel in het formuleren van de hulpvraag.

De betrokkenheid van ouders bij de behandeling komt soms moeizaam tot stand. Dit kan komen doordat de ouders zelf ook een LVB hebben of het kind kan getraumatiseerd geraakt zijn door iemand in de eigen omgeving (ouders, broer, buren of vrienden).

Om meer betrokkenheid te creëren bij de gezinsleden zetten professionals vaak een gezinsgerichte module in. Het is belangrijk om regelmatig af te stemmen met alle betrokkenen, zodat er consensus is tussen het systeem en de therapeut.

### **Systeem en trauma algemeen**

Traumabehandeling moet volgens professionals altijd gericht zijn op het systeem en niet op het kind alleen. Het is daarbij belangrijk dat er gekeken wordt of er sprake is van een gezond ouder-kind systeem en de draagkracht en draaglast van ouders moet in kaart gebracht worden. Daarnaast benoemen de professionals dat gekeken moet worden naar het type gezin waar je mee te maken hebt om daar vervolgens de aanpak op af stemmen.

In de literatuur worden verschillende gezinstypen beschreven. Minuchin (1967) formuleerde twee typen van probleemgezinnen: de kluwengezinnen en de los-zand-gezinnen. Later is daar meer differentiatie in aangebracht en is het oplossingsarme gezin en het rigide gezin toegevoegd (Van der Ploeg, 2005).

Bij het *los-zand-gezin* ontbreekt iedere structuur of ordening en is er geen autoriteit aanwezig. Opvallend bij het *oplossingsarme gezin* is dat er een gebrek is aan vaardigheden om conflicten op te lossen. Bij het *kluwen-gezin* bestaat er een hechte verbondenheid tussen de gezinsleden. Karakteristiek zijn de onmiddellijke reacties van de gezinsleden onderling en hun voortdurende onderlinge contacten. Het *rigide gezin* is een gezin waar sprake is van rigide regels, vaste gedragspatronen, vaststaande rollen en gefixeerde onderlinge verhoudingen (Van der Ploeg, 2005).

De professionals geven aan dat het bij traumabehandeling van belang is dat ouders psycho-educatie krijgen. Als er sprake is van dubbele loyaliteit dan moeten broertjes en zusjes intensief bij de behandeling betrokken worden, volgens de professionals. Mochten ouders zelf ook therapie krijgen dan moet de therapie bij het kind niet stoppen. De professionals benoemen dat er dan in het netwerk moet worden gekeken of iemand anders de rol van steunbron voor het kind kan overnemen.

Volgens professionals wordt, bij een trauma, in het gezin vaak eerst intensieve orthopedagogische gezinsbehandeling (IOG) ingezet (voor de stabiliteit) en geen traumabehandeling. Professionals wijzen er op dat door veiligheid te creëren het trauma ook naar de achtergrond kan verdwijnen. Professionals benoemen echter ook dat een gezinsbehandelaar dan alleen vaardigheden aan het trainen is en dat het echte probleem niet wordt opgelost. Er is dan eigenlijk sprake van symptoombestrijding.

Het komt voor dat meerdere hulpverleners in één gezin aanwezig zijn en dan is het volgens de professionals van belang dat er een functionaris wordt aangewezen die de lijnen met andere hulpverleners bewaakt. Zo blijkt uit het volgende citaat: *'Hoe voed je elkaar, hoe hou je dezelfde kijk, dezelfde blik en wat betekent het überhaupt voor cliënten om misschien met wel vijf hulpverleners over de vloer te komen?'*

### **Gezinsbehandeling**

Professionals benoemen dat in het kader van de behandeling van een trauma in een gezin, een gezinsbehandelaar doorgaans niet het trauma behandelt. De gezinsbehandelaar steekt meer in op het gedrag en verwijst bij een trauma vaak door, naar bijvoorbeeld EMDR of psychomotorische therapie. Genoemd wordt dat een gezinsbehandelaar eerst observeert en signaleert om vervolgens met het systeem om tafel te gaan en daarna met elkaar aan de slag te gaan.

De professionals benoemen de volgende bestanddelen als mogelijk werkzaam binnen de gezinsbehandeling:

- afspraken maken over bij wie ouders terecht kunnen.
- ouders en kind goed voorlichten (psycho-educatie) en betrekken bij de behandeling, dit vergroot de veiligheid voor het kind.
- ouders leren hoe ze met het trauma om moeten gaan, een directieve houding van de hulpverlener helpt hierbij.

### **Traumabehandeling bij kind met een LVB van ouders met een LVB**

Als er bij ouders ook sprake is van een LVB, moet je volgens de professionals als hulpverlener directief zijn naar ouders en stap voor stap uitleggen hoe ouders weer moeten opvoeden. Het werkt als je ouders bevestiging geeft dat zij deskundig zijn. De professionals benoemen dat je als hulpverlener directief moet zijn in het betrekken van het systeem. Ook moet je er rekening mee houden dat de behandeling meer tijd kost, omdat deze ouders het moeilijk vinden om te reflecteren. Ze projecteren vaak hun eigen trauma's op hun kinderen. De professionals geven aan als er bij ouders sprake is van een trauma dat zo prominent aanwezig is, dan zal er ook voor ouders een behandeling opgestart moeten worden.

Tenslotte geven professionals aan dat het belangrijk is om vanuit de systeembenadering naar het trauma te kijken. Wat doet het trauma met het kind en ouders, welke emotionele en fysieke reacties brengt het teweeg.

### **Systeem, specifiek bij kinderen en jongeren met een LVB**

Volgens professionals is het belangrijk dat er bij een kind met een LVB onderscheid gemaakt wordt in het 'soort' systeem. Bij de ouders kan bijvoorbeeld ook sprake zijn van een LVB, van psychiatrische problematiek of van verslaving. Daarnaast geven de professionals aan dat er regelmatig sprake is van samengestelde gezinnen wat het behandelen moeilijker maakt. Ook liggen volgens professionals bij ouders met

een LVB de rollen in het gezin vaak anders. Als voorbeeld wordt gegeven dat het kind soms de huishoudelijke en regeltaken van ouders op zich neemt. De ouder-kind rol is dan niet aanwezig.

Bestanddelen die volgens de professionals mogelijk werkzaam zijn bij ouders met een LVB zijn de volgende:

- Taalgebruik vereenvoudigen en verslaglegging met theoretische uitleg moet voor ouders begrijpelijk zijn.
- Bij de uitleg van het IQ is het verstandig om gebruik te maken van een staafdiagram die het performale en verbale IQ weergeeft.
- Bij de interventie moet naast verbale technieken gebruik gemaakt worden van beelden (visualiseren) en non-verbale technieken.
- Interventie moet gericht zijn op het vergroten van het sociaal netwerk.
- Ouders inzicht geven hoe ze hun kind beter kunnen leren kennen (psycho-educatie).

## 6.2 EMDR bij kinderen en jongeren met een LVB

### EMDR algemeen

EMDR is een therapievorm die ingezet kan worden bij de behandeling van trauma (PTSS). De professionals ervaren steeds meer dat EMDR ook effect heeft bij de behandeling van andere stoornissen of klachten, zoals angststoornissen. De professionals gebruiken EMDR bij mensen van alle leeftijden. Men vindt EMDR een efficiënte therapie voor cliënten met een LVB omdat het minder verbaal is dan andere therapievormen en er daardoor minder vermijdingsgedrag nodig is. De effectieve behandel tijd van een EMDR-sessie is hooguit drie kwartier, aldus de professionals.

### Doel EMDR

Het doel van EMDR is volgens de professionals het vergroten van de kwaliteit van leven door ervoor te zorgen dat de negatieve lading van de traumatische ervaring(en) afgehaald wordt en het kind zich weer kan ontwikkelen. Een bijkomend effect kan zijn dat er in het gehele gezinssysteem een (ander) evenwicht komt.

### (Contra)indicaties EMDR

De professionals geven aan dat de (contra)indicaties voor EMDR bij kinderen en jongeren met een LVB niet expliciet anders zijn dan voor normaal begaafde kinderen en jongeren.

*Uit 'Praktijkboek EMDR; casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen', door E. ten Broeke, A. de Jongh & H.J. Oppenheim (red.). 2008 Harcourt Assessment BV, Amsterdam.*

*Hoofdstuk 13: 'EMDR bij kinderen en adolescenten; een nieuw perspectief', door R. Beer en C de Roos (blz. 379-407).*

*'Voor kinderen en adolescenten zijn de indicatiecriteria voor EMDR:*

- *traumagerelateerde klachten of stoornissen in reactie op een (of meer) schokkende gebeurtenis(sen), waaronder (partiële) PTSS of 'complex PTSS';*
- *overige klachten of stoornissen, ontstaan door referentiële conditionering; dat wil zeggen, klachten die worden uitgelokt door stimuli die negatief beladen herinneringen oproepen aan eerdere ervaringen (niet per se traumatische ervaringen) (zie Korrelboom en Ten Broeke, 2004).*
- *een negatief zelfbeeld, waarbij zelfbeelddeschadigingen het gevolg zijn van identificeerbare ervaringen, bijvoorbeeld in het kader van verwaarlozing of mishandeling.'*

Als mogelijke (tijdelijke) contra-indicaties voor het directe inzetten van EMDR worden genoemd de aanwezigheid van een psychose, hevig vermijdingsgedrag en als het kind nog in het juridische traject van aangifte doen zit. Expliciet wordt benoemd dat verminderde draagkracht bij ouders/verzorgers niet meteen als contra-indicatie moet worden gezien.

### **EMDR en andere behandelmethoden**

Professionals benoemen dat EMDR zelfstandig effectief kan zijn, echter de voorkeur van de professionals gaat sterk uit naar het integreren van EMDR in een bredere behandeling van kind en systeem. Wanneer EMDR in combinatie met een andere vaktherapie wordt ingezet kan EMDR gericht zijn op wat vroeger gebeurd is en kan de andere vaktherapie zich meer richten op het hier-en-nu.

Ook wordt benoemd dat de combinatie met systeemtherapie zeer wenselijk is zodat het systeem ook meegroeit met de voortgang van het kind.

Tevens kunnen andere professionals worden betrokken bij de behandeling doordat EMDR-therapeuten bijvoorbeeld samenwerken met en voorlichting geven aan behandelteams, ouders, politie, etc.

### **Enkelvoudig en meervoudig trauma**

De professionals geven aan dat er een aantal verschillen zijn tussen EMDR ten aanzien van een enkelvoudig trauma en EMDR ten aanzien van een meervoudig trauma.

Men benoemt dat bij een enkelvoudig trauma het basisprotocol voor EMDR toegepast kan worden. Wat professionals echter ook opmerken is dat bij kinderen en jongeren met een LVB in de diagnostiekfase veelal meer dan het enkelvoudige trauma zichtbaar wordt. Juist bij deze doelgroep (kinderen en jongeren met een LVB) is er vaak sprake van negatieve kerncognities die bij het behandelen van het enkelvoudige trauma mee blijven spelen.

Bij een meervoudig trauma is de voorbereiding en het vervolg op de EMDR uitgebreider dan bij een enkelvoudig trauma. Bij een meervoudig trauma zet de therapeut volgens de professionals meer versterkende technieken in, zoals het installeren van een hulpbron (resource development and installation, RDI) en cognitieve gedragstherapeutische technieken. EMDR is meer gericht op het versterken van het zelfbeeld en duurt over het algemeen langer.

### **Handelen EMDR therapeut bij kinderen en jongeren met een LVB**

Er is gesproken over de vaardigheden en houding van de EMDR therapeut bij de EMDR behandeling van kinderen en jongeren met een LVB.

De professionals benoemen een aantal vaardigheden en houdingsaspecten die belangrijk zijn voor een EMDR therapeut die werkt met kinderen en jongeren met een LVB. Over het algemeen benoemt men dat de stappen uit het basisprotocol niet anders zijn als je te maken hebt met een kind of jongere met een LVB, maar dat er wel op bepaalde delen en in de voor- en nazorg aanpassingen en aanvullingen nodig zijn:

- Professionals achten het belangrijk dat de therapeut actief informatie verzamelt vanuit meerdere bronnen omdat de kinderen over het algemeen minder goed hun gevoelens, gedachten en beleving kunnen verwoorden. In dit kader dienen de ouders intensief betrokken te worden, zowel voorafgaand, tijdens als na de EMDR-therapie. Belangrijk onderdeel hiervan is het voor- en nabespreken van een EMDR-sessie met ouders erbij zodat ook ouders weten welke reacties ze kunnen verwachten bij hun kind. Indien ook ouders een LVB hebben kan het volgens de professionals helpen om veel te herhalen en te visualiseren.

- Meer aandacht en tijd voor de taxatie-, diagnostiek- en stabilisatiefase. Indien de jongere onvoldoende gemotiveerd lijkt, kan de diagnostiek- en stabilisatiefase verlengd worden.
- Men merkt dat het belangrijk is dat er een duidelijke structuur en voorspelbaarheid is in de therapie. Dit kan gerealiseerd worden doordat de therapeut zo dicht mogelijk blijft bij de instructies uit het basisprotocol en doordat tijdsafspraken worden nageleefd.
- Er is een tegenstrijdigheid zichtbaar in de wijze waarop de professionals vinden dat het basisprotocol voor EMDR gehanteerd dient te worden voor deze specifieke doelgroep. Enerzijds wordt benoemd dat de formuleringen in het basisprotocol zo open mogelijk moeten worden gehouden. Anderzijds wordt benoemd dat, met name in de desensitisatiefase, de vragen geconcretiseerd moeten worden, dat de therapeut gericht moet doorvragen en dat de therapeut het proces meer moet verwoorden voor de jongere.
- De professionals benoemen dat het belangrijk is dat de therapeut eenvoudige taal gebruikt, korte zinnen, terug vragen of ze het begrijpen en het kind in eigen woorden laten herhalen wat de therapeut heeft gezegd. Kinderen en jongeren met een LVB hebben een meer directieve houding van de therapeut nodig om in het proces te blijven en om bij het juiste target te blijven. Daarnaast kan het, het kind met een LVB, helpen als er veel gebruik gemaakt wordt van visuele middelen (zoals een emotieposter) en gesloten- en 2/3-keuzevragen (is het gevoel meer, minder of hetzelfde?).

### **Over het protocolgebruik bij kinderen en jongeren met een LVB**

Er is door de professionals veel gesproken over het basisprotocol van EMDR en de toepasbaarheid daarvan bij kinderen en jongeren met een LVB.

Volgens de professionals zijn de stappen uit het basisprotocol voor kinderen en jongeren met een LVB niet anders dan voor normaal begaafde kinderen en jongeren. Wel benoemt men dat de effectieve behandeltijd maximaal 3 kwartier per sessie is voor kinderen en jongeren met een LVB. Er wordt benoemd dat juist bij deze specifieke doelgroep de houding van de therapeut ten aanzien van het basisprotocol open moet zijn en dat de therapeut de instructies uit het basisprotocol vast moet houden, terwijl de therapeut buiten het basisprotocol om, meer directief moet zijn. Daarbij vindt men het belangrijk dat de therapeut inzicht heeft in het taalbegrip van het kind en dat de therapeut beseft dat kinderen en jongeren met een LVB moeite hebben met de chronologische volgorde van gebeurtenissen in hun leven.

Een eerste stap in het basisprotocol is een uitleg over EMDR aan de hand van een metafoor. De professionals hebben gemerkt dat de metafoor van 'de trein' niet werkt en niet meer wordt gebruikt bij kinderen en jongeren met een LVB. De metafoor van de ladekast werkt bij deze doelgroep juist goed, net als de metafoor over het computerprogramma.

Ten aanzien van het gehele protocol wordt benoemd dat de therapeut juist bij kinderen en jongeren met een LVB korte zinnen en eenvoudige woorden moet gebruiken en veel moet herhalen. Daarnaast draagt een goede tijdsplanning bij aan de structuur en voorspelbaarheid van de therapie.

Een belangrijke fase in het basisprotocol is de desensitisatiefase. De professionals benoemen dat de vragen van de therapeut in deze fase heel concreet gemaakt moeten worden. Kinderen en jongeren met een LVB hebben in deze fase meer ondersteuning van de therapeut nodig om bij het target te blijven. Met name kinderen en jongeren met een LVB in combinatie met een complex trauma schieten gemakkelijker in andere neurale netwerken waardoor het gevaar bestaat dat er verschillende traumatiserende herinneringen door elkaar gaan lopen. Wel valt op dat de associatieketens bij kinderen en jongeren met een LVB over het algemeen korter zijn dan bij normaal begaafde kinderen en jongeren.

Binnen de EMDR-therapie kan het installeren van een hulpbron (RDI) onderdeel van de behandeling zijn. De professionals benoemen dat de hulpbron dichtbij de belevingswereld van het kind moet blijven. Aan de ene kant benoemt men dat het RDI-protocol werkt voor kinderen en jongeren met een LVB. Aan de andere kant worden ook moeilijkheden waargenomen bij de installatie van een hulpbron bij kinderen en jongeren met een LVB, met name bij de stap dat het kind de hulpbron mee moet nemen in een actuele situatie.

### **Specifiek bij EMDR bij kinderen en jongeren met een LVB**

Er is door de professionals gekeken naar wat er nu specifiek (anders) is aan EMDR bij kinderen en jongeren met een LVB. Duidelijk wordt dat de professionals het belangrijk vinden dat er ruim tijd wordt genomen voor het voortraject; de taxatie, diagnostiek en stabilisatie. Over het algemeen is de problematiek meer complex omdat er bij deze kinderen tevens sprake is van een LVB. De therapeut dient inzicht te krijgen in het taalbegrip van het kind om aan te kunnen sluiten bij wat het kind wel en niet begrijpt. Ook de beeldvorming over hoe jongeren en hun ouders omgaan met spanning/boosheid is in deze fase van belang. Daarnaast hebben kinderen en jongeren met een LVB zeer vaak een negatief zelfbeeld waardoor ze bang zijn om foute antwoorden te geven op de vragen van de therapeut. Ook is het voortraject van belang bij het vergroten van de motivatie voor de therapie.

Het werken met kinderen en jongeren met een LVB vergt aanpassingen in de houding van de EMDR-therapeut. Kinderen en jongeren met een LVB hebben bijvoorbeeld vaak moeite met de chronologische volgorde van wat ze hebben meegemaakt. Het betrekken van het (gezins)systeem bij de behandeling is mede om deze reden van belang. Juist bij kinderen en jongeren met een LVB merken de professionals dat het belangrijk is dat de therapeut korte zinnen en eenvoudige woorden gebruikt, goed doorvraagt op wat het kind zegt, terug vraagt of het kind het begrepen heeft en het kind het gezegde in eigen woorden laat herhalen. Daarnaast moet de therapeut het proces meer verwoorden voor het kind. Een belangrijk voordeel van EMDR-therapie is dan ook het feit dat het minder verbaal en gedetailleerd is dan veel andere therapieën.

De stappen uit het basisprotocol zijn niet zozeer anders, maar er moeten op bepaalde delen aanpassingen gedaan worden. Het is belangrijk om zoveel mogelijk bij de instructies van het protocol te blijven en de formuleringen open te houden. Wel merkt men dat de metaforen uit het basisprotocol moeilijk te begrijpen zijn voor kinderen en jongeren met een LVB. De metafoor uit het kinderprotocol (ladekast) en de vergelijking met een computersysteem werkt beter. Door gestructureerd afspraken te maken over de tijdsplanning in een sessie wordt de therapie voor het kind voorspelbaar. Kinderen en jongeren met een LVB hebben meer ondersteuning nodig van de therapeut om bij een target te blijven. Met name wanneer er sprake is van een complex trauma schieten ze sneller in andere neurale netwerken waardoor verschillende herinneringen door elkaar gaan lopen. Daarbij komt tevens dat kinderen en jongeren met een LVB vaak moeite hebben om hun gedachten, gevoelens en beleving te verwoorden waardoor het moeilijk is vast te stellen waar ze zitten in het verwerkingsproces (associaties). Een hulpmiddel hierbij kan bijvoorbeeld een emotieposter zijn, waarop het kind kan aanwijzen welk gevoel hij/zij heeft. EMDR bij kinderen en jongeren met een LVB vergt dan ook een meer directieve en ondersteunende houding van de therapeut dan bij normaal begaafde kinderen en jongeren.

De professionals benoemen dat zij vermoeden dat het werkingsmechanisme bij kinderen en jongeren met een LVB hetzelfde is als bij normaal begaafde kinderen en jongeren. Specifiek anders in de EMDR-behandeling is dat de associatieketens bij kinderen en jongeren met een LVB korter zijn. Benadrukt wordt dat juist bij deze doelgroep goed gekeken moet worden dat de therapie zo lang als nodig is en zo kort als het kan ingezet wordt.

Als zeer belangrijk wordt gezien is het nauw betrekken van het systeem van het kind bij de behandeling. Juist bij de kinderen en jongeren met een LVB wordt door de professionals vaak een andere vorm van hulpverlening ingezet.

### **EMDR en het systeem bij kinderen en jongeren met een LVB**

De professionals benoemen dat juist bij EMDR bij kinderen en jongeren met een LVB het systeem van het kind nauw betrokken moet worden. Door in de diagnostiek- en stabilisatiefase de ouders te spreken krijgt de therapeut achtergrondinformatie die kan helpen bij het EMDR-proces van het kind. Tevens kan de therapeut dan een inschatting maken van de draagkracht van het systeem, welke positie het kind inneemt in het systeem en op welke manier het kind en het systeem omgaat met spanning. Ook worden ouders betrokken doordat ze het behandelplan dienen te ondertekenen.

Door een EMDR-sessie voor en na te bespreken met ouders weten de ouders wat ze kunnen verwachten. Door EMDR-therapie bij het kind kan er namelijk een ander evenwicht ontstaan in het gezinssysteem.

De professionals zien het systeem breder dan het kind en de ouders alleen. Bijvoorbeeld in het geval er sprake is van een juridisch traject (bijvoorbeeld het doen van aangifte) is het belangrijk dat er ook met politie en andere professionals wordt samen gewerkt.

In de samenwerking met het systeem ervaren de professionals ook moeilijkheden. Er wordt benoemd dat bij een ambulant behandeltraject het veelal lastig is om ouders bij het therapieproces te betrekken. Het betrekken van het systeem wordt zeer wenselijk geacht, bijvoorbeeld ook bij het voorkomen van herhaling van het gebeurde. Ook valt het de professionals op dat ouders vaak geen tijd hebben gehad om tussen twee sessies samen met het kind te oefenen (bijvoorbeeld het oefenen van het oproepen van de hulpbron).

### **Wensen**

De professionals benoemen dat ze de wens hebben om een databank op te zetten waarin vastgelegd kan worden welke effecten met EMDR bereikt zijn.

## **6.3 Vaktherapieën bij kinderen en jongeren met een LVB**

### **Vaktherapieën algemeen bij kinderen en jongeren met een LVB**

Professionals wijzen er op dat voor vaktherapieën gericht op de LVB doelgroep de therapieën nog verder aangepast moeten worden aan deze doelgroep. Opleidingen van vaktherapieën richten zich op de normaal begaafde doelgroep, er is minimale aandacht voor kinderen en jongeren met een LVB. Er wordt door de professionals gepleit voor een apart onderdeel in de opleidingen, gericht op de LVB doelgroep.

Professionals geven aan dat vaststaande modules niet altijd werkzaam zijn, omdat er te weinig ruimte is voor de therapeut om aan te sluiten bij het proces waarin het kind of de jongere zich bevindt. De professionals benoemen dat protocollair werken alleen niet genoeg is, het is ook van belang dat de therapeut flexibel is en in staat is aan te sluiten bij het kind of de jongere met een LVB.

Voor alle vaktherapieën geldt, volgens de professionals, dat de therapie gericht moet zijn op het creëren van een eigen plek. Het moet concreet, zichtbaar en voelbaar zijn voor het kind of de jongere met een LVB.

Bij de LVB doelgroep kan de therapie minder gericht zijn op eigen verantwoordelijkheid en autonomie, een kind of een jongere met een LVB is vaak meer afhankelijk van zijn omgeving. Ook benoemen professionals dat het systeem, de omgeving van het kind of de jongere met een LVB vaak niet zo sterk is. Het is belangrijk dat het systeem betrokken wordt en dat er samenwerking gezocht wordt

met andere disciplines. Het is van belang om de therapie in te bedden in een totaalbehandeling.

Professionals beschrijven een aantal mogelijk werkzame bestanddelen voor kinderen en jongeren met een LVB in de vaktherapieën (PMT, spel- en beeldende therapie).

Ten eerste, PMT, spel- en beeldende therapie doen geen groot beroep op het cognitieve vermogen van kinderen en jongeren. De professionals geven aan dat motoriek vaak een veel sterkere kant is bij kinderen en jongeren met een LVB dan het cognitieve vermogen. Een professional benoemt daarbij dat motoriek een essentiële gedragscomponent is.

Ten tweede, kinderen en jongeren met een LVB kunnen bij (vak)therapieën gedrag oefenen in verschillende situaties waardoor ze meer zelfvertrouwen opdoen.

Ten derde benoemen de professionals dat het intelligentieprofiel bij kinderen en jongeren met een LVB verschillend is. Sommigen hebben veel moeite met informatieverwerking en anderen hebben meer moeite met geheugen of concentratie. In zowel PMT, spel- en beeldende therapie kun je aansluiten bij het stuk wat wel goed functioneert en daar mee starten. Op deze manier worden bij deze vaktherapieën leerervaringen gecreëerd op het niveau van het kind of de jongere met een LVB.

### **Vaardigheden en grondhouding (vak)therapeut bij kinderen en jongeren met een LVB**

De professionals geven aan dat het van belang is dat de therapeut over bepaalde vaardigheden beschikt om goed aan te sluiten bij de LVB doelgroep. Sommige vaardigheden zijn specifiek voor de spel- of beeldend therapeut en andere vaardigheden gelden voor alle vaktherapeuten. De volgende vaardigheden zijn van belang:

- De spel- en beeldend therapeut kunnen verbale en non-verbale signalen herkennen van beeldend werk en kunnen dit verwoorden.
- De speltherapeut is in staat nieuwe oplossingen te geven.
- De speltherapeut is in staat het voor te doen, te bedenken wat zou kunnen passen, maar daarbij keuzemogelijkheden voor het kind open te houden.
- De vaktherapeut werkt flexibel en kan met de juiste interventie aansluiting vinden.
- De vaktherapeut schept een veilig kader waarbinnen ruimte is voor het kind om zelf dingen op te pakken.
- De vaktherapeut is in staat een therapeutische relatie tot stand te brengen.

Naast vaardigheden van therapeuten is de grondhouding van therapeuten ook van belang. De professionals geven aan dat het van belang is dat de basishouding van de therapeut cliëntgericht is, je sluit aan bij datgene wat bij het kind past en volgt het kind. Dit heeft als voordeel dat het kind de regie heeft en centraal staat. Als blijkt dat het kind hier niet mee kan omgaan, dan moet de therapeut meer structuur aanbieden en soms directiever zijn of juist een meer confronterende aanpak kiezen. Het is dus afhankelijk van het kind welke benadering de therapeut kiest, maar de professionals benoemen ook dat de benaderingswijze te maken heeft met de persoonlijke voorkeur van de therapeut.

De professionals benoemen dat het belangrijk is dat de houding van de therapeut echt is oftewel congruent. Het kind voelt dit goed aan, dit geldt voor zowel cliënten met een LVB als voor cliënten met een normale begaafdheid. Door de professionals wordt opgemerkt dat de therapeut altijd zijn eigen persoonlijkheid meeneemt in zijn benadering of houding.

### **6.3.1 Beeldende therapie bij kinderen en jongeren met een LVB**

#### **Creatieve therapie (beeldend) bij kinderen en jongeren met een LVB en trauma**

De professionals die beeldend therapeut zijn geven aan dat het doel bij traumabehandeling bij een kind met een LVB is te communiceren over de traumatische ervaring, ongeacht de vorm van het trauma. *'Het maakt hierbij niet uit of het gaat om een oorlogstrauma of om seksueel misbruik'*, aldus een citaat van een professional. De beeldend therapeuten merken dat het communiceren bij kinderen met een LVB ook vaak bestaat uit het in beeldtaal vertellen en weergeven van wat ze hebben meegemaakt.

De beeldend therapeut is ook vaak gericht op de identiteitsontwikkeling; het verbeteren van de egosterkte. Dit omdat veel kinderen met een LVB voor deze reden worden doorverwezen en niet zo zeer sec voor het trauma.

In het algemeen merken de professionals op dat beeldende therapie gericht op traumabehandeling bij kinderen met een LVB vaak wordt ingezet om het communiceren over wat het kind of de jongere heeft meegemaakt weer op gang te brengen.

De professionals geven aan dat de meeste beeldende therapeuten bij voorkeur samenwerken met een EMDR therapeut, waarbij de EMDR therapeut gericht met het trauma aan de slag gaat en de beeldend therapeut gericht is op zaken als grenzen stellen, gevoelens uiten en communiceren.

#### **Taken en houdingsaspecten beeldend therapeut bij kinderen en jongeren met een LVB**

De beeldend therapeut gebruikt de eerste sessie van de therapie om te onderzoeken wat aansluit bij de belevingswereld van het kind of de jongere met een LVB, aldus de professionals. Ook is het belangrijk rekening te houden met wat het kind of de jongere met een LVB zelf denkt te kunnen, maar ook waar hij of zij zin in heeft. De therapeut sluit hierbij aan en probeert telkens een link te leggen met de thema's die belangrijk zijn voor het kind of de jongere met een LVB. In het geval van traumabehandeling zal de therapeut de link proberen te leggen naar thema's die betrekking hebben op het trauma en/of de verwerking daarvan.

De professionals geven tevens aan dat het belangrijk is dat een beeldend therapeut blijft aftasten welke thema's te gevoelig zijn om met een kind of een jongere met een LVB aan te werken. De therapeut dient hierbij de opdrachten te structureren, maar hij moet ook blijven zoeken naar ruimte om af te wijken van de structuur. De balans hier tussen is erg belangrijk.

De professionals benadrukken meerdere keren dat het de taak is van de beeldend therapeut om de lijnen uit te zetten en telkens goed te blijven kijken naar welke thema's wel en niet opgepakt kunnen worden. Deze taak is bijvoorbeeld erg belangrijk als de therapeut met een kind of een jongere met een LVB een ordening maakt in zijn levensgeschiedenis (met behulp van bijvoorbeeld een levensboek).

Voor een beeldend therapeut (en ook speltherapeut) is het daarnaast erg belangrijk dat zij de verbale en non-verbale signalen herkennen bij het kind of de jongere met een LVB. Ook moeten ze het beeldend werk goed kunnen 'lezen'. Vervolgens is het belangrijk dat de beeldend therapeut deze signalen ook verwoord en vertaalt naar het dagelijkse leven van het kind of de jongere met een LVB.

#### **Levenslijn en/of levensboek bij kinderen en jongeren met een LVB**

De professionals benoemen dat kinderen en jongeren met een LVB die getraumatiseerd zijn vaak de regie kwijt zijn. Als een therapeut (beeldend of spel) samen met het kind een werkstuk zoals een 'levenslijn' maakt kan het kind trots zijn en dit ook aan anderen laten zien. Een levenslijn kan gemaakt worden op een rol behang, ook wordt vaak gebruik gemaakt van een levensboek. De levenslijn kan het

kind inzicht geven in bijvoorbeeld de duur van het misbruik, dit kan in de beleving van een kind anders zijn dan in de werkelijkheid. Of de levenslijn kan gebruikt worden om het kind inzicht te geven in het verloop van de gebeurtenissen en trauma's uit zijn leven.

### **6.3.2 Speltherapie bij kinderen en jongeren met een LVB**

#### **Speltherapie algemeen**

Professionals benoemen dat een aantal zaken van belang zijn bij speltherapie in het algemeen. Dit geldt dus zowel voor de LVB doelgroep als voor andere doelgroepen. Het is volgens de professionals belangrijk dat lange of herhalende verhalen van het kind omgezet worden naar een beeld. Dit kan bereikt worden door open vragen te stellen. De therapeut probeert samen met het kind te komen tot een verhaal. Soms neemt de therapeut hierbij een rol aan om reacties bij het kind uit te lokken zodat het verhaal verder kan gaan.

Professionals benoemen dat speltherapie bij normaal begaafden sneller gaat, omdat zij sneller leren. Ook hebben ze maar een paar woorden van de therapeut nodig om het verhaal te verduidelijken.

#### **(Contra)indicaties en voorwaarden speltherapie bij kinderen en jongeren met een LVB**

Professionals hebben een aantal zaken genoemd die van belang zijn als er gestart wordt met speltherapie en een aantal zaken die als contra-indicatie gelden. Als er gestart wordt met speltherapie dan is het een voorwaarde dat het kind wil spelen. Spel is een basaal middel en kan goed aansluiten bij de LVB doelgroep. Speltherapie kan ingezet worden bij elk type trauma, maar het kind moet wel gemotiveerd zijn om hieraan te werken middels speltherapie. Een professional geeft aan dat het wel mogelijk is om speltherapie in te zetten als de thuissituatie niet echt rustig is, dit spreekt het voorgaande tegen dat speltherapie alleen kan worden ingezet als het systeem betrokken is.

Het is volgens de professionals belangrijk om voldoende spelmateriaal te hebben, zo kan bijvoorbeeld een lego(bouwwerk) apart gezet worden voor het kind zodat verder gewerkt kan worden aan een bepaald thema.

Professionals geven aan dat speltherapie ingezet kan worden als diagnostisch middel. Tijdens de eerste zes sessies wordt geobserveerd in hoeverre het kind komt tot spel.

De volgende contra-indicaties worden door professionals genoemd:

- Het kind kan geen onderscheid maken tussen fantasie en werkelijkheid
- Er geen perspectief is
- Kind wil of kan niet spelen
- Systeem niet betrokken is
- Onveilige thuissituatie

#### **Speltherapie en trauma bij kinderen en jongeren met een LVB**

Professionals benoemen welke zaken van belang zijn bij speltherapie aan jongeren en kinderen met een LVB, waarbij ook sprake is van een trauma.

Zo is het bij jongeren en kinderen met een LVB van belang dat de uitleg regelmatig herhaald wordt en is begrenzing noodzakelijk. De professionals geven aan dat het grenzeloze van het kind gestructureerd moet worden. Daarbij is het van belang dat het kind een 'eigen plek' heeft in de therapie. Dit zal steeds herhaald en concreet gemaakt moeten worden. Volgens de professionals is het voor kinderen met een LVB moeilijk om op eigen kracht vorm te geven aan het spel, ze zijn hierin niet zo creatief. Voorstructureren en sturing van de therapeut zijn nodig om het kind vorm te laten geven aan het spel.

Het spelmateriaal moet volgens professionals concreet en goed gevormd zijn om het kind uit te dagen tot spel. Hoe concreter het materiaal hoe beter. Dit is een verschil met beeldende therapie, daar is het materiaal niet voorgevormd. Het is dus bij het spelmateriaal van belang dat de details van het materiaal zo veel mogelijk de werkelijkheid benadert, zodat er niet van alles door het kind bij verzonnen wordt. De professionals geven als voorbeeld dat als er sprake is van een trauma rondom het ziekenhuis, dat er gebruik gemaakt wordt van een doktersjas om het trauma uit te spelen. Als de geur en kleur van het materiaal ook klopt, dan is het gemakkelijker om bij het trauma te kunnen komen. Het trauma is namelijk vaak ver weggestopt. Professionals benoemen dat het materiaal als trigger dient voor het ophalen van een traumatische ervaring. Om bij de diepere emotie van een trauma te komen, zal het trauma meerdere keren uitgespeeld moeten worden.

De professionals benoemen dat het werkzaam is om een 'bewaardoos' te gebruiken tijdens de therapie voor bijvoorbeeld de werkstukjes die het kind maakt. De inhoud van een 'bewaardoos' kan bijvoorbeeld bestaan uit glitters, klei, stickers, papier of zaagsel. Als de inhoud van de 'bewaardoos' steeds opnieuw wordt bekeken kan dit het kind helpen om belevingen, ervaringen en gevoelens op te roepen. Als het kind hierover samen met de therapeut kan praten zijn dit succeservaringen voor het kind.

Het is bij de LVB doelgroep van belang dat er een concreet en tastbaar werkstuk wordt gemaakt. Het kind kan het nog eens terugpakken of het aan anderen laten zien. Als er een werkstuk gemaakt wordt van materiaal dat niet bewaard kan worden, dan is het goed om daar een foto of video van te maken. Een concreet en tastbaar werkstuk geeft het kind zicht op de veranderingen.

### **Speltherapie, systeem en trauma, bij kinderen en jongeren met een LVB**

De professionals hebben een aantal randvoorwaarden geformuleerd die belangrijk zijn bij het geven van speltherapie aan kinderen en jongeren met een LVB met een trauma. Ervan uitgaande dat de therapeut voldoende geschoold en kennis heeft omtrent traumabehandeling is het daarnaast noodzakelijk dat de therapeut terug kan vallen op een multidisciplinair team voor advies.

Voor de behandeling van trauma's geven de professionals aan dat speltherapie niet alleen kan worden ingezet. Je doet daarmee het kind tekort, omdat de behandeling dan niet is ingebed in een totaalaanpak. Het is van belang dat het systeem van het kind betrokken wordt bij de behandeling. De speltherapeut speelt hier ook een rol in, de speltherapeut heeft contact met zowel ouders als school. Als de speltherapeut ouders intensief bij de behandeling betreft kan dit het therapieresultaat verstevigen. Mocht de hulpvraag groter zijn, dan moet de speltherapeut andere disciplines inschakelen.

De professionals geven aan om een goede transfer en integratie van het geleerde in de therapie op school en in de thuissituatie te verwezenlijken, dat het noodzakelijk is om andere disciplines in te schakelen. Speltherapie kan bijvoorbeeld in combinatie met een gezinsbegeleider of een systeemtherapeut gegeven worden. De professionals benoemen dat ouderbegeleiding in een ambulante setting een voorwaarde moet zijn bij speltherapie.

### **6.3.3 Psycho Motore Therapie (PMT) bij kinderen en jongeren met een LVB**

#### **(Contra)indicaties en voorwaarden PMT bij kinderen en jongeren met een LVB**

Professionals geven aan dat het inzetten van PMT niet afhankelijk is van het type trauma dat een kind of een jongere met een LVB heeft opgelopen. Het is volgens hen veel meer afhankelijk van andere factoren, zoals het juiste moment, de juiste timing, het instemmen van ouders met de behandeling en de veiligheid van en voor het kind. Ook is het inzetten van PMT niet afhankelijk van de leeftijd of het niveau van een kind of een jongere met een LVB. Het belangrijkste is dat PMT moet

aansluiten bij wat het kind wil. Professionals geven aan dat traumabehandeling binnen de PMT pas ingezet kan worden als het misbruik of de mishandeling gestopt is.

PMT kan dus ingezet worden ongeacht de leeftijd en de problematiek van een kind of een jongere met een LVB. Het is inzetbaar voor alle stoornissen, ook bij depressies en externaliserende problematiek van een kind of een jongere met een LVB. In principe is PMT geschikt voor iedere cliënt die affiniteit heeft met bewegen en zich daarin kan uiten. Hierbij is het belangrijk dat beweging altijd een middel is om aan de hulpvragen te werken.

Meerdere professionals benoemen dat PMT in het kader van traumabehandeling vaak ingezet wordt voorafgaand, tijdens of volgend op een EMDR behandeling. Dit wordt gedaan als blijkt dat een kind of jongere met een LVB eigenlijk nog heel kwetsbaar is en weinig zelfvertrouwen of egosterkte heeft. Het kind kan dan met behulp van de PMT leren weerbaarder te worden, leren aanvoelen waar zijn/haar grenzen liggen en zich bewust worden van zijn/haar gevoelens. PMT wordt ook vaak ingezet in de stabilisatiefase. Doel is dan veiligheid en rust creëren. Dit wordt gedaan met ontspanningstechnieken.

Professionals geven aan dat de motivatie van een kind om PMT te volgen bestaat uit de wens om van zijn/haar problemen af te komen. In een residentiële setting is het belangrijk de motivatie van het kind te toetsen bij de behandelcoördinator en/of de pedagogisch medewerkers. Wanneer een kind gemotiveerd is voor bewegen/motoriek dan is dat een voordeel voor de behandeling.

Het niet willen of kunnen bewegen is echter niet altijd een contra-indicatie. Veel belangrijker is of een cliënt plezier beleeft aan de therapie en baat heeft bij de therapie. PMT is daarnaast ook geschikt voor kinderen zonder een beperking. Het in beweging komen is een natuurlijke manier om te uiten.

Wanneer de klachten van een cliënt erg lichaamsgerelateerd zijn, dan sluit PMT uitstekend aan. Hetzelfde geldt als de gedragsproblemen liggen in het gebied van onrust en hyperarousal.

De professionals wijzen er op dat PMT niet altijd bewegingsgericht hoeft te zijn. Het kan ook meer lichaamsgericht zijn. Dan vindt de therapie plaats in een kleinere ruimte en worden er oefeningen gedaan die meer gericht zijn op lichaamsbeleving en lichaamshouding. Wel is de inzet van PMT altijd hulpvraaggericht.

De professionals geven aan dat PMT niet één methode is, maar dat het meer een manier van werken is die moet aansluiten bij het individuele kind. PMT is, volgens de professionals, niet concreet gericht op traumabehandeling. Vaker is PMT voorbereidend en condities scheppend. Professionals geven aan dat PMT ingebed dient te zijn in een totaalbehandeling, bijvoorbeeld als aanvulling op EMDR of psychotherapie. Tevens dient de traumabehandeling bij voorkeur multidisciplinair plaats te vinden.

De professionals geven aan dat het geslacht van de therapeut bij PMT in het kader van traumabehandeling een contra-indicatie kan zijn.

### **PMT, observatie en behandelplan bij kinderen en jongeren met een LVB**

Het behandelplan van PMT dient, volgens de professionals, aan te sluiten bij de mogelijkheden van het kind, maar ook de mogelijkheden die de instelling biedt. De doelen in het behandelplan zijn altijd afgestemd op de hulpvraag van het kind en diens ouders. Meestal vindt er voorafgaand aan de start van het behandelplan een onderzoek of observatie plaats.

De observatie bij PMT aan cliënten met een LVB bestaat uit een observatie van de sterke en minder sterke kanten van het kind om met de PMT aan te kunnen sluiten bij de mogelijkheden van het kind.

De therapeuten geven aan dat een observatie bij cliënten met een LVB niet altijd in drie sessies kan plaats vinden. Bij normaal begaafde kinderen krijgt de

therapeut in drie sessies een goed beeld van het kind, bij kinderen met een LVB is vaak een langere observatieperiode nodig om goed zicht te krijgen op de mogelijkheden van het kind.

De observatie bij cliënten met een LVB is gericht op de reactie van het kind op bewegingsopdrachten, het begripsniveau en het motorisch niveau van het kind.

### **PMT bij kinderen en jongeren met een LVB**

PMT is een aanbod van iets dat het kind niet kent. Hierdoor wordt het kind in staat gesteld nieuwe (bewegings)ervaringen op te doen, waardoor het nieuwe gevoelens leert kennen. Voor een kind is het een nieuwe ervaring met het lijf, met het werkelijke bewegen. Professionals ervaren dat kinderen veel plezier beleven aan het PMT traject en daarnaast veel nieuwe ervaringen en nieuw gedrag opdoen. Professionals geven aan dat het oefenen met gedrag en het kind laten ervaren wat er vervolgens gebeurt een (mogelijk) werkzaam bestanddeel is van PMT bij kinderen of jongeren met een LVB. Het telkens herhalen in verschillende situaties zodat het kind vertrouwen opdoet is hierbij belangrijk.

Professionals geven aan dat het intelligentieprofiel uit diverse onderdelen bestaat en dat kinderen verschillende intelligentieprofielen hebben. Bij ieder kind met een LVB verloopt een bepaald gedeelte van de informatieverwerking anders en ieder kind (met een LVB) heeft een eigen intelligentieprofiel. Als therapeut is het belangrijk aan te sluiten bij het ervaringsniveau en breed je medium te hanteren. Op die manier kun je met bewegen als medium aansluiten bij de sterke componenten uit het intelligentieprofiel van een kind met een LVB. Op die manier kun je een eerste start maken. Het leren gaat dan niet 'van boven naar beneden', maar 'van beneden naar boven'. Kortom; leerervaringen aanbieden op het niveau van het kind is een werkzaam bestanddeel bij PMT bij kinderen en jongeren met een LVB.

Bewegen is bij kinderen met een LVB vaak sterker ontwikkeld dan cognitie (in vergelijking met andere doelgroepen). Hierdoor sluit PMT goed aan. Het cognitieve inzicht, het beredeneren en het geheugen is minder sterk ontwikkeld, hierdoor geeft het bewegen en uitvoeren een LVB kind houvast. Een voordeel voor de therapeut is dat hij/zij snel op hetzelfde level kan functioneren als het kind.

De kracht van een PMT'er is dat hij/zij flexibel is en in staat is aan te sluiten bij het kind met behulp van verschillende interventies. Het middel bij PMT is bewegen. PMT specifiek gericht op bewegen geeft cliënten plezier. Met behulp van PMT doen cliënten succeservaringen op. In de hersenen betekent dit dat verschillende signalen en prikkels aan elkaar gekoppeld dienen te worden. Verder is bewegen vrij basaal en daarmee toegankelijk voor cliënten met een LVB. Vaak is het voor hen prettiger te bewegen dan te praten. Het gaat met name om doen en voelen dat datgene wat je doet ook werkt. Met behulp van bewegen en de daarbij behorende motoriek kunnen herbelevingen plaats vinden. Door specifieke bewegingsoefeningen in te zetten wordt het kind in staat gesteld te oefenen met gedrag.

### **PMT voor traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een LVB**

Professionals geven aan dat de schade bij een trauma veelal in het lijf zit. Een trauma uit zich in veel gevallen in een fysieke beleving of een fysieke reactie. 'Het is fysiek en daar is dan ook de schade opgelopen', aldus de professionals. De beleving wordt vervolgens ook fysiek opgeslagen.

Het getuige zijn van geweld uit zich bijvoorbeeld ook fysiek. Denk hierbij aan de angstreacties, het dissociëren en het afsluiten voor de omgeving. Tevens geven professionals aan dat onderzoek heeft uitgewezen dat diverse traumata allerlei beschadigingen aanrichten die fysiek impact hebben op een voortdurende hoge adrenalinespiegel. PMT is volgens hen dan ook een geschikt middel om, doordat je fysiek werkt, weer in contact te komen met je gevoelens en met je lichaam. Doordat cliënten door het trauma vaak afgevlakt zijn als het gaat om

gevoelens is PMT een mooie manier om nieuwe ervaringen op te doen en weer in contact te komen met hun gevoelens, maar ook om weer in contact te komen met de ander. Thema's als afstand en nabijheid, het aanraken en aangeraakt worden, jezelf en je lijf waarnemen en het opnieuw leren grenzen aangeven kunnen binnen de PMT goed aan de orde komen. Voor cliënten met een LVB is dit zeker geschikt, aangezien het in eerste instantie niet verbaal is.

Professionals geven aan dat dit op zich een goede insteek is voor cliënten met een LVB, maar de therapeut moet ook gericht zijn op 'het woorden geven aan het gebeurde'. Naast het fysiek bezig zijn is het belangrijk dat het kind betekenis kan verlenen en woorden kan geven aan de traumatische gebeurtenis.

Wat betreft PMT bij kinderen en jongeren met een LVB hebben professionals een aantal criteria aangegeven waar rekening mee gehouden moet worden. Ten eerste, het feit dat een cliënt met een LVB meer behoefte heeft aan sturing vanuit de omgeving, omdat innerlijke sturing bij deze cliënten vaak ontbreekt. De therapeut dient dus meer structuur aan te brengen in de therapie. Daarnaast is het belangrijk aan te sluiten bij het ontwikkelingsniveau van het kind of de jongere. Hiervoor is het soms nodig om ander materiaal te gebruiken dan bij normaal begaafden. Bijvoorbeeld grotere materialen.

Als therapeut is het belangrijk actiever te zijn. Je neemt al sturend het kind bij de hand en helpt hem/haar op weg om woorden te geven aan het gevoel. De volgende aspecten zijn van belang voor de therapeut, en mogelijk werkzaam, als het gaat om PMT bij kinderen of jongeren met een LVB:

- Bij instructie checken of het kind het begrepen heeft
- Het kind laten herhalen/verwoorden van instructies
- Specifieke instructies geven (kort en bondig)
- Keuzemogelijkheden geven als cliënt zelf oplossingen moet bedenken
- Duidelijkheid bieden, vaste structuur aanhouden
- Letterlijk bij de hand nemen of letterlijk samen doen
- Vaker herhalen
- Voordoen en nadoen
- Steeds zoeken naar aansluiting
- Directieve houding aannemen
- Vaker uitvergroten van reacties om te checken of het kind het begrijpt
- Veel geduld hebben
- Visualiseren (bijv. tekeningen op het bord maken)
- Voorstructureren van oefeningen
- Indien in groepjes werken, dan kleine groepjes van 2 a 3 cliënten

### **PMT, systeem en trauma, bij kinderen en jongeren met een LVB**

De professionals geven aan dat het belangrijk is dat ouders naar hun kind toe uitstralen dat het goed is dat ze naar de therapeut gaan. Dit kan namelijk bevorderend werken voor de voortgang en het succes van de PMT.

De professionals wijzen er op dat de hectiek in LVB gezinnen vaak anders is. Het systeem rondom het getraumatiseerde kind met een LVB pikt vaak minder snel de signalen op en trekt minder snel aan de bel, zeker wanneer de ouders ook een LVB hebben. Het acceptatieproces duurt ook langer dan bij gezinnen zonder LVB.

Zo is het voor de betrokken hulpverlener telkens erg belangrijk aan te sluiten bij wat het specifieke gezin nodig heeft. De ouders tijd geven en herhaling zijn hierbij belangrijke aandachtspunten. De ouderbegeleiding bij getraumatiseerde LVB systemen kost dan ook meer tijd. Na de onderzoeksfase zijn vaak meerdere adviesgesprekken nodig.

De professionals willen het systeem zo veel mogelijk bij de behandeling betrekken. In een residentiële setting is het vaak de orthopedagoog / behandelcoördinator die het systeem betreft bij de behandeling. In sommige

gevallen is er echter geen of minimale betrokkenheid van het systeem. De professionals geven aan dat ook zonder betrokkenheid van het systeem succes geboekt kan worden. Dit is echter wel afhankelijk van de situatie waarin het kind verblijft. Sommige kinderen hebben nauwelijks tot geen contacten meer met hun oorspronkelijke gezinssysteem.

Als het gaat om een ambulante setting dan wordt het systeem altijd betrokken, zeker als het gaat om jonge kinderen. Vanaf een jaar of 15 a 16 zien professionals wel jongeren zonder ouders komen met de vraag om hulp, echter er is altijd toestemming van de gezaghebbende ouder(s) nodig. Bij de GGZ merken ze dat als het gaat om traumabehandeling bij kinderen met een LVB dat het netwerk rondom de jongere vaak veel groter is. PMT is dan een onderdeel van de totaalbehandeling. Ook in residentiële settingen is PMT vaak onderdeel van de totaalbehandeling aan het getraumatiseerde kind met een LVB.

In een residentiële setting zijn bij de traumabehandeling minimaal twee behandelaars betrokken. De PMT'er is degene die met het kind aan het werk gaat. De systeemtherapeut of de behandelcoördinator heeft de contacten met het systeem. Eens in de paar weken of paar maanden is er overleg met het gehele systeem waarin er afstemming plaats vindt over de doelen, de therapie en de ouderbegeleiding/systeemtherapie.

In een aantal residentiële instellingen wordt ook PMT aangeboden voor gezinnen, dit is gezins-PMT.

NB: De professionals die meededen aan dit onderzoeksproject waren voornamelijk bekend met en werkzaam in de bovengenoemde therapievormen, zoals Creatieve Therapie, PMT en speltherapie. Er wordt in het werkveld van de LVB doelgroep echter ook gebruik gemaakt van andere vaktherapieën, zoals drama, - muziek, - dans, - en tuintherapie.

Naast deze vaktherapieën is er tevens traumabehandeling die uitgevoerd wordt door psychotherapeuten. Ook is cognitieve gedragstherapie een manier om met LVB cliënten te werken aan traumabehandeling. In dit onderzoek zijn deze vormen van therapie niet genoemd, omdat de deelnemende professionals niet werkzaam waren op die gebieden.

## **6.4 Horizonmethode bij kinderen en jongeren met een LVB**

Professionals geven aan dat de Horizonmethode wel gebruikt wordt bij traumabehandeling bij normaal begaafde jongeren, maar dat er weinig ervaring is met het toepassen van de Horizonmethode bij jongeren met een LVB. Toch is er een aantal professionals dat de Horizonmethode wel eens toegepast heeft bij kinderen en jongeren met een LVB. Ook hebben de professionals in de kenniswerkplaatsen ideeën geuit over het toepassen en/of geschikt maken van de Horizonmethode voor kinderen en jongeren met een LVB. Voordat de informatie uit de kenniswerkplaatsen beschreven wordt, volgt een korte beschrijving van de Horizonmethode.

### **Algemene informatie over de Horizonmethode**

Deze informatie is afkomstig van de website van het NJi (<http://www.nji.nl>, geraadpleegd op 26 mei 2009).

De Horizonmethodiek is een cognitief-gedragsmatige groepsbehandeling voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt binnen of buiten hun gezin met een parallelaanbod voor hun niet-misbruikende ouder(s). De methodiek heeft tot doel de negatieve gevolgen van het misbruik voor het vertrouwen en het (sociale) functioneren van het kind te herstellen. Het doel van het parallelaanbod voor de ouders is dat zij in staat zijn hun kind optimaal steun te bieden.

Het doel van de Horizonmethodiek is bij seksueel misbruikte kinderen de negatieve gevolgen van de traumatische (seksuele) gebeurtenissen voor het vertrouwen en het (sociale) functioneren van het kind te herstellen. Daaronder valt het voorkomen van symptomen van posttraumatische stress of, indien al aanwezig, het opheffen of verminderen van deze symptomen.

Het doel van het parallelaanbod voor de ouders is dat zij in staat zijn hun kind optimaal steun te bieden bij het verwerken van de ervaringen, (tijdelijke) opvoedingsonmacht weten te overkomen, en dat ze weten om te gaan met hun eigen woede, teleurstelling, verdriet, schuld en angst voor de toekomst van het kind.

De Horizonmethodiek is bedoeld voor jongens en meisjes in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar, die seksueel zijn misbruikt door iemand van binnen of buiten het gezin. Het misbruik hoeft niet juridisch bewezen te zijn, maar de verwijzers en therapeuten moeten er wel van overtuigd zijn dat er sprake is geweest van seksueel misbruik.

De groepstherapie bestaat uit 15 wekelijkse sessies van 1 á 1,5 uur. Het programma staat per sessie vast, de therapie vindt altijd op dezelfde tijd plaats en met dezelfde kinderen. De sessies van de ouders vinden op hetzelfde tijdstip plaats als die van de kinderen.

Vanaf de eerste sessie wordt het seksueel misbruik dat heeft plaatsgevonden aan de orde gesteld. Het programma is zo opgesteld dat alle thema's die te maken hebben met het misbruik aan bod komen. Dat zijn bijvoorbeeld thema's als schuld, schaamte, boosheid en angst. In iedere sessie staat één van die thema's centraal. In de sessies wordt niet alleen gepraat met de kinderen maar ook actief geoefend om het besprokene te ervaren, bijvoorbeeld door tekenen, spelen, toneelspelen en bewegen.

In de sessies van de ouders komen dezelfde thema's aan bod als in de sessies van de kinderen. Ook hier staat dus per sessie één thema centraal. Daar wordt op verschillende manieren aan gewerkt, zoals praten, tekenen en rollenspelen. Bovendien krijgen de ouders regelmatig opdrachten voor thuis mee.

De Horizonmethode is ontwikkeld door het Kinder en Jeugd Trauma Centrum te Haarlem onder leiding van Francien Lamers Winkelman. Voor een uitgebreide beschrijving van de Horizonmethodiek verwijzen we naar de site van het NJI.

### **Voorwaarden en contra-indicaties Horizonmethode bij kinderen en jongeren met een LVB**

De Horizonmethode kan ingezet worden bij zowel type 1 als type 2 traumata. Tevens kan de Horizonmethode ingezet worden als het kind complex getraumatiseerd is en er daarnaast geen aanvullende behandeling nodig is. Een voorwaarde is dat het kind 'last' ervaart van het trauma.

Indien er sprake is van een intergenerationeel trauma, hechtingsproblematiek of onveiligheid bij de ouders, moet dit eerst worden behandeld alvorens met de Horizonmethode te beginnen. In deze situaties is de Horizonmethode alleen dus niet toereikend. Professionals benoemen agressie en ernstig probleemgedrag als uitsluitingcriteria. Daarnaast is de Horizonmethode bij chronisch getraumatiseerde kinderen met een LVB, volgens professionals, mogelijk 'te snel en te kort door de bocht'. Er wordt in de ogen van professionals namelijk te weinig rekening gehouden met de 'bredere' problematiek van de LVB doelgroep. De professionals geven aan dat indien er sprake is van dissociatie problematiek dat het kind dan eerst moet leren omgaan met de dissociaties voordat gestart kan worden met de Horizonmethode. Het is dus een uitsluitingcriterium als iemand dissocieert en daarvoor niet behandeld is. Professionals benoemen dat deelname aan de Horizon ook afhankelijk is van de vaardigheden van een kind.

Een duidelijke afspraak binnen de Horizonmethode is dat datgene wat binnen de therapie besproken wordt ook binnen de therapie blijft.

Professionals wijzen er op dat een extra intakegesprek nuttig kan zijn om te voorkomen dat een kind met een LVB niet in de groep past. Ze onderstrepen het belang van goed indiceren.

Een nadeel dat de professionals aangeven is dat de Horizon vooral gericht is op het behandelen van seksueel misbruik en niet gericht is op kindermishandeling of enkelvoudige trauma's, zoals een ziekenhuistrauma of auto-ongeluk.

### **Doel Horizonmethode**

Het doel van de Horizonmethode is, volgens de professionals, dat iemand weerbaarder wordt en meer zelfvertrouwen krijgt. Ook is het een doel dat het kind na de Horizonmethode klachtenvrij is. Daarnaast leren kinderen heel duidelijk hun grenzen aan te geven. Een professional geeft aan dat de Horizonmethode het kind verder helpt in zijn ontwikkeling. De kinderen 'ruimen op wat er is misgegaan en bouwen weer nieuwe ervaringen op'.

### **Horizonmethode bij kinderen en jongeren met een LVB**

Professionals omschrijven de Horizonmethode als een mengeling van cognitieve gedragstherapie en psychodynamische therapieën. In de oefeningen zitten PMT technieken. De Horizonmethode is volgens de professionals een 'ervarend leren project' waar ook jongeren met een LVB veel van kunnen leren door 'dingen' te doen en te ervaren. De Horizonmethode is ontwikkeld voor normaal begaafde kinderen van 4 t/m 12 jaar die getraumatiseerd zijn.

Volgens de professionals moeten de criteria voor deelname minder strak gehanteerd worden bij kinderen en jongeren met een LVB. De leeftijdsgrens kan bijvoorbeeld opgevoerd worden. De Horizonmethode lijkt namelijk geschikt voor pubers met een LVB. Hoewel door sommige professionals gedacht wordt dat bepaalde oefeningen door pubers met een LVB als kinderachtig ervaren kunnen worden, hebben de professionals die de Horizonmethode toegepast hebben bij jongeren met een LVB de indruk en ervaring dat de jongeren de meeste oefeningen (zoals dromen en nachtmerries wegroepen en met rugzakjes vol ellende op de rug lopen) niet als kinderachtig ervaren. Ze zijn juist erg concreet en sluiten goed aan bij de jongeren met een LVB.

Professionals geven aan dat in principe alle elementen uit de Horizonmethode geschikt en bruikbaar zijn bij kinderen en jongeren met een LVB, mits ze aangepast worden aan het lage cognitieve niveau. De verwachting van de professionals is namelijk dat wanneer je de 'moeilijke' oefeningen, die een beroep doen op de hogere cognities, eruit haalt en de meer 'makkelijke' oefeningen vaker herhaalt, je hetzelfde effect behaalt als bij normaal begaafde kinderen.

Als voorbeelden van aanpassingen noemen de professionals dat de verbale oefeningen korter en simpeler gemaakt moeten worden en minder abstract dienen te blijven. Abstracte thema's dienen vertaald te worden naar een concreet niveau. Het is belangrijk om in bewoordingen concreet te zijn. Mogelijk helpt het om de symboliek in oefeningen zwaar, expressief en dramatisch aan te zetten. Ook moeten de symbolische oefeningen bekeken worden en eventueel aangepast worden naar een concreet niveau. Daarnaast dient er meer afwisseling in het programma aangebracht te worden en zullen (abstracte) oefeningen vaker herhaald moeten worden. Er moet rekening gehouden worden met het feit dat een LVB jongere een kortere spanningsboog heeft dan normaal begaafde jongeren.

Heel specifiek is de oefening met de rechtbank, volgens professionals, te moeilijk en moet makkelijker gemaakt worden. Ook de opdracht met de toverlotion (waarbij het kind zichzelf mag insmeren op een plekje waar het een hekel aan heeft), is te moeilijk voor de LVB doelgroep, aangezien ze de symboliek moeilijk kunnen begrijpen door hun lage cognitieve vermogen. Volgens professionals duurt 'het praatrondje' voor jongeren met een LVB te lang, dit zou ingekort moeten worden.

Professionals wijzen er op dat er een duidelijke structuur geboden moet worden, maar tegelijkertijd moeten de jongeren met een LVB het gevoel hebben vrij te zijn, zonder al te veel strenge regels. Het is belangrijk dat er een goede balans is tussen structuur bieden en vrijheid ervaren.

De professionals geven aan dat het in principe niet nodig is om het programma langer te laten duren. Wel is er altijd de vrijheid om de methode in te korten. Het is belangrijk om hulpbronnen te installeren, een begeleider kan een hulpbron zijn.

Over agressie en de Horizonmethode geven de professionals aan dat de agressie (agressief gedrag) kan toenemen gedurende de Horizonmethode. Dit omdat de kinderen ervaringen en gebeurtenissen moeten verwerken. Tevens bevinden de kinderen zich op dat moment in een fase waarin dit geoorloofd is. Het is echter wel belangrijk dat het kind zijn/haar agressie uit op een niet destructieve manier. Hiervoor is het erg belangrijk dat een kind zijn/haar grenzen kan aangeven in spelletjes. Als het gaat om het uiten van gevoelens bij kinderen met een LVB geven professionals aan dat de oefeningen met betrekking tot de emoties en het praten daarover geschikt zijn voor de doelgroep. Wel geven ze aan dat de symboliek bij jongeren met een LVB minder goed ontwikkeld is. Daarom is het belangrijk dat de gevoelswaarde meer op de voorgrond staat dan de symboliek.

### **Oudergroepen bij kinderen en jongeren met een LVB**

Wat betreft de combinatie kinder- en oudergroepen zijn de professionals niet eenduidig. Enerzijds wordt aangegeven dat de combinatie kinder- en oudergroepen erg goed werkt en zeker ook bruikbaar is bij de LVB doelgroep, maar dat er wel aanpassingen gedaan moeten worden. Anderzijds benoemen de professionals dat het bij kinderen met een LVB en hun ouders wellicht beter werkt om individuele oudergesprekken te doen. De reden hiervoor is dat kinderen met een LVB ook ouders met een LVB kunnen hebben, maar ook normaal begaafde ouders. Het lijkt de professionals beter om deze ouders gescheiden te houden.

De oudergroepen, zijn volgens de professionals, bedoeld om het kind te ondersteunen tijdens de behandeling. Ouders moeten volgens de professionals zorgen voor de generalisatie van het geleerde; het geleerde in de therapie overbrengen in het dagelijkse leven. Wanneer een kind in een instelling verblijft, kan ervoor gekozen worden dat de groepsleider meedoet aan de oudergroep. Dit kan onveilig zijn voor ouders, aan de andere kant kan de groepsleiding zich ook bewust worden van wat het voor een ouder moet betekenen. De professionals hebben echter weinig ervaring met deze mogelijkheid.

In de oudergroep wordt met ouders stil gestaan bij hun eigen woede en hun schuldgevoel. Ook is hun eigen fantasie een onderwerp van gesprek. Een nadeel kan zijn dat LVB ouders niet voldoende zelfcontrole hebben om dit te kunnen onderscheiden. Vandaar dat een oudergroep voor LVB ouders minder gericht is op het gevoel van de ouders zelf, maar meer op hoe steun ik mijn eigen kind. Naast ouders is het goed om het hele systeem erbij te betrekken, 'dus ook opa en oma bijvoorbeeld'.

Volgens professionals moeten ouders die zelf in een instelling wonen, niet aan de oudergroep deelnemen.

### **Horizonmethode in combinatie met andere behandeling bij kinderen en jongeren met een LVB**

De professionals geven aan dat de Horizonmethode altijd ingebed moet zijn in een behandelprogramma met meerdere modules. Indien er sprake is van chronische traumatisering dan wordt de Horizonmethode in een breder behandelkader ingezet. De Horizonmethode is dan een onderdeel van een totaalbehandeling. Bij deze chronische traumatisering heeft de Horizonmethode in een later stadium als voordeel

dat de kinderen bij elkaar herkenning vinden. Ook heeft het als positief bijeffect dat kinderen leren samen werken met elkaar.

Bij de doelgroep met LVB kunnen eveneens verschillende behandelingen naast elkaar ingezet worden. Wel geven de professionals aan dat het belangrijk is dat de verschillende behandelaars onderling met elkaar blijven communiceren over de voortgang van de behandeling en de inhoud van de training.

De professionals geven aan dat ze uit ervaring merken dat kinderen met een LVB vaker dan normaal begaafde kinderen meerdere behandelingen tegelijkertijd ondergaan. Zo volgen ze bijvoorbeeld naast de Horizonmethode nog speltherapie of psycho-motore therapie. Ook worden er in de oudergroep, met de ouders met een LVB, PMT-oefeningen gedaan.

Ook geven de professionals aan dat de Horizonmethode ingezet wordt in een fase gerichte behandeling, waarin eerst andere modules ingezet worden. In een latere fase is de Horizonmethode vervolgens aan de beurt.

De professionals geven verder aan dat er bij normaal begaafde kinderen meer trauma modules ingezet worden. Ze hebben het idee dat dit komt doordat het trauma hardnekkiger is door de cognitieve vermogens. De Horizonmethode biedt dan vooral nieuwe cognitieve ervaringen.

### **Horizonmethode en EMDR bij kinderen en jongeren met een LVB**

De professionals zijn van mening dat indien er sprake is van een trauma er eerst EMDR ingezet dient te worden en als er dan nog restklachten zijn, dat dan de Horizonmethode ingezet kan worden. Dit geldt zowel bij het type 1 als bij type 2 trauma. Als voordeel geven ze aan dat EMDR snel en effectief is. EMDR moet echter niet ingezet worden als kinderen onvoldoende affecttolerantie hebben. Als kinderen niet kunnen terugdenken aan wat er gebeurd is dient eerst de Horizonmethode ingezet te worden.

Het voordeel van eerst EMDR inzetten, is dat de eerste negatieve lading en spanning van de herinneringen af gehaald wordt. Er wordt echter nog niet 'iets nieuws' aangeboden, aldus de professionals. Dit gebeurt wel bij de Horizonmethode die als vervolg ingezet kan worden. De kinderen en jongeren leren met de Horizonmethode beter hoe ze om kunnen gaan met herinneringen en de ervaringen met betrekking tot de traumatische gebeurtenissen. De Horizonmethode richt zich meer op de verwerking van het trauma.

### **Vaardigheden en rol betrokken hulpverleners**

De professionals geven aan dat het belangrijk is dat er sprake is van een goede afstemming tussen de verschillende hulpverleners. Ook dienen de groepsleiders en de begeleiders op de dagbesteding kennis te hebben van de opzet van de Horizonmethode. Ze moeten weten hoe de sessies zijn opgebouwd, zodat ze weten wat een kind of een jongere bedoelt als hij/zij vertelt over wat hij/zij heeft meegemaakt tijdens een bijeenkomst.

De groepsleiding moet daarnaast goed op de hoogte zijn van de theorie achter de Horizonmethode. Om de kennis bij de groepsleiders te vergroten worden een aantal suggesties gedaan. Zo kan de groepsleiding voor de start van de training, halverwege de training en aan het einde van de training voorlichting krijgen van de behandelaar over de inhoud van de Horizonmethode. Ook wordt de optie van het invoeren van een communicatieschriftje genoemd. Op die manier kan de behandelaar teruglezen hoe het kind gereageerd heeft en weet de groepsleider of er bijzonderheden zijn geweest tijdens een training waar nog op in gespeeld kan worden.

Er wordt, meerdere keren, door de professionals aangegeven dat het belangrijk is dat er goede voorlichting wordt gegeven over de behandeling aan zowel de begeleiders als de therapeuten. Professionals geven aan dat begeleiders meer

geschoold dienen te worden in kennis over trauma in het algemeen dan in kennis specifiek gericht op de Horizonmethode.

## **6.5 Vrouwenopvang**

### **Leeswijzer**

In de kenniswerkplaatsen werden de termen “vrouwen”, “moeders” en “LVB” veelvuldig door elkaar heen gebruikt. Daar waar “vrouwen” staat kan zowel gelezen worden *normaal begaafde vrouwen* als *vrouwen met een LVB* en dit kunnen ook *moeders* betreffen. Daar waar door de professionals een duidelijk onderscheid werd gegeven is dit ook overgenomen in de onderstaande informatie.

### **Wel of niet werken aan traumabehandeling**

Aan de professionals is gevraagd of zij in een crisissituatie een traumabehandeling inzetten. Daar is door de professionals verschillend op gereageerd. In algemene zin wordt er gezegd in een crisissituatie moet je niet behandelen, want het idee is altijd dat mensen eerst in rust moeten zijn. Als er te veel onrust is dan kan je mensen niet behandelen, daar is een stabiele omgeving voor nodig.

Het wel of niet behandelen in een crisissituatie is afhankelijk van de problematiek, hoe lang de crisissituatie duurt, welke hulpvragen iemand heeft en de vorm van behandeling. Een voorbeeld dat hierbij werd gegeven was het inzetten van een EMDR behandeling bij kinderen met slaapproblemen.

Een rol hierbij speelt dat de vrouwen in de vrouwenopvang wel trauma's en andere problematiek hebben, maar dat dit vaak niet de reden van aanmelding is geweest. Ze komen in eerste instantie voor hun veiligheid. Daarnaast hebben zij vaak problemen waarvoor een behandeling aangeboden zou moeten worden.

De professionals werkzaam in de vrouwenopvang geven aan dat het eerder inzetten van behandeling bij mensen met een LVB kan leiden tot een grotere motivatie. De professionals die met kinderen en jongeren in het gedwongen kader werken geven aan dat na 6 weken crisisplaatsing de kinderen worden doorgeplaatst. Geprobeerd wordt om deze kinderen al eerder door te plaatsten naar bijvoorbeeld een behandelgroep waarin de behandeling verdere vorm kan worden gegeven. Wel wordt er in de korte verblijfperiode aan diagnostiek gedaan.

Therapeuten worden in de vrouwenopvang vaak ingezet om gesprekken te voeren en worden ingeschakeld bij (vermoedens van) seksueel misbruik. Het wel of niet behandelen van cliënten tijdens de crisissituatie heeft daarmee geen normatief karakter, het is een bepaalde afweging die de professional binnen de instelling maakt. De professionals geven aan dat er in ieder geval sprake moet zijn van “zorg op maat”.

### **Hulpvraag formulering**

Het is voor de moeders in de vrouwenopvang vaak moeilijk om tot een hulpvraag te komen. Professionals geven aan dat dit zeker geldt bij moeders met een LVB. Het formuleren van een hulpvraag vraagt tijd, ondersteuning en uitleg. Bij mensen met een LVB duurt het langer om tot een hulpvraag te komen. Professionals geven aan dat vrouwen en jonge meiden ondersteund moeten worden in het formuleren van een hulpvraag.

Hulpvraagverduidelijking kan worden bewerkstelligd door een aantal gesprekken te voeren. Daarbij geven de professionals aan dat het voeren van deze gesprekken op een kantoor soms te moeilijk is voor de kinderen. Een professional geeft aan dat het niet alleen gaat om wat iemand wil leren, maar dat de hulpverlener ook praktisch doelen gaat stellen.

## **Behandelen van doelgroep met een LVB**

Behalve dat de moeder traumabehandeling moet krijgen zou er ook sprake moeten zijn van opvoedingsondersteuning ( wanneer zij kinderen heeft).

Het behandelen van een getraumatiseerde moeder met een LVB vereist verschillende zaken. Zo geeft een professional een voorbeeld over een moeder met een LVB welke zelf niet capabel is om haar kinderen in hun therapie te steunen; het capabel maken van moeder is daarmee een vereiste. Daarbij is het belangrijk om te weten hoe de moeder emotioneel functioneert. Als een moeder namelijk weinig/ geen inzicht heeft in haar eigen gedrag, waarbij inzicht in wat het trauma met hen doet, het 'onderschatten' of 'overschatten van de impact van het trauma' of als ze niet wil erkennen dat ze een beperking heeft, kan dat ertoe bijdragen dat het opvoeden van haar kinderen moeilijk gaat.

Een professional geeft aan dat zij ook ziet dat er sprake is van intergenerationale overdracht. Om dit proces te kunnen stoppen geven de professionals aan dat het nodig is om het kind te blijven volgen en bij escalatie alsnog een hulpaanbod te doen. Daarnaast geven de professionals aan dat de cirkel van geweld bij deze doelgroep moeilijk te doorbreken is.

Volgens de professionals is het bij de LVB doelgroep nodig om vanuit een combinatie te werken; zowel het werken aan het trauma als de licht verstandelijke beperking is nodig. Om moeders de veiligheid te bieden en ervoor te zorgen dat zij, ondanks hun trauma, pedagogische vaardigheden leren zou er een speciaal daarop afgestemd zorgprogramma ontwikkeld moeten worden. Daarbij moet er veel verder nagedacht worden over de oorzaken van de problematiek; hoe komt het bijvoorbeeld dat moeders die getraumatiseerd zijn zelf ook gaan mishandelen?

De professionals geven tevens aan dat het bij getraumatiseerde moeders van belang is om ze alternatief gedrag aan te leren, gedrag wat ze zelf hebben aangeleerd kunnen ze dan los laten en het nieuw aangeleerde gedrag kunnen ze dan ook aan hun kinderen mee geven.

Het geven van opvoedingsondersteuning bij moeders met een LVB verschilt volgens de professionals met die van normaal begaafden. Volgens een professional is het voor de moeder met een LVB al heel wat wanneer zij grip kan krijgen op haar eigen trauma, laat staan dat ze haar getraumatiseerde kind de juiste hulp kan geven.

Bij opvoedingsondersteuning voor normaal begaafden geven de professionals aan dat de begeleiding gericht moet zijn op het geweld wat de vrouw heeft meegemaakt. Hierdoor kunnen vrouwen inzicht krijgen in het effect van het geweld en de gevolgen van het trauma op haar moederschap. Professionals zijn van mening dat het verkrijgen van dit inzicht bij moeders met een LVB minder haalbaar is. De inzichten lijken niet te beklijven. Ook wordt aangegeven dat moeders met een LVB moeilijk tot het inzicht komen dat hun kinderen ook iets moeten verwerken. Een professional vertelt bijvoorbeeld dat moeders met een LVB dit niet kunnen: “ *Het eerste wat wij hebben gezegd is werken met inzicht, werkt voor een verstandelijk beperkte moeder eigenlijk niet. Dus ik denk dat een verstandelijk beperkte moeder ook niet kan inzien dat het kind iets moet verwerken.*” Andere professionals geven aan dat sommige moeders met een LVB wel tot inzicht kunnen komen, maar dat ze niet zeker weten of moeders de traumata alleen (zonder hulp) met hun kind kunnen verwerken.

Aangegeven wordt dat een nazorg traject voor de deze doelgroep goed zou zijn. Op die manier zouden zij altijd gevolgd kunnen worden. Kinderen die dan nog thuis wonen bij een ouder met een LVB worden op die manier gevolgd. Daarbij is het belangrijk om bij deze doelgroep te herhalen en goed te blijven observeren. Belangrijk blijft het om in te schatten welke factoren er voor zorgen dat een moeder gestrest raakt of hoe ze haar woede- uitbarstingen kan blijven controleren. Een professional geeft daarbij aan “ *Er is nog zoveel frustratie bij deze ouders. Dat soort inzichten, daar zou ik willen proberen nog veel meer te willen kijken naar hoe je daarmee om zou gaan* “

Professionals hebben al aangegeven dat men moet kijken naar het emotionele functioneren van de moeder. De professionals zijn daarnaast ook van mening dat bij moeders met een LVB gekeken moet worden naar het “ waarom “ van het gedrag.

Het gedrag kan zowel voort komen uit de licht verstandelijke beperking als uit hun trauma. Het bespreken van dit gedrag met moeder vereist dat de professional genoeg deskundigheid en kennis in huis heeft om dit op het niveau van de moeder te kunnen brengen.

Professionals geven aan de dat cirkel van geweld moeilijk te doorbreken is, zeker in het geval van moeders met een LVB. De vrouwenhulpverlening moet zorg op maat aanbieden. Er moet een dagstructuur zijn en diversiteit in het hulpaanbod, waarbij ook ontspanning in het programma moet voorkomen. Een professional geeft aan dat er juist bij de LVB doelgroep non- verbaal gewerkt moet worden. Ondersteunend in de behandeling van getraumatiseerde moeders met een LVB is het scheppen van een basisklimaat in de vrouwenvoorziening waarbij zowel aandacht is voor de LVB voor de traumabehandeling.

### **Behandelen vrouwen**

Ook hier geldt dat het doorbreken van de cirkel van geweld moeilijk is. Daarvan wordt gezegd dat er een hoop kennis nodig is om de cirkel te doorbreken.

Theoretische kennis moet worden omgezet in praktisch gerichte hulpverlening.

Huiselijk geweld groepen voor moeders beginnen eerder dan die van de kinderen. Het voordeel hiervan is dat de vrouwen dan al wel aan hun eigen trauma hebben gewerkt, waardoor zij meer ruimte hebben om aandacht te besteden aan het trauma van hun kind. Tevens wordt eerder duidelijk wat hun eigen beperkingen zijn. Doordat het kind later in behandeling gaat heeft de moeder ook meer kracht om haar eigen kind op te vangen. Aangegeven wordt dat de keuze wie eerst in behandeling gaat, moeder of kind, altijd ingewikkeld is. *“ Maar het is wel ingewikkeld - Het is natuurlijk altijd kiezen dan of iemand niet te veel aanbiedt, dat die emotionele belasting niet te groot wordt. Dat iemand daardoor juist eerder in een psychose komt, omdat het te veel van iemand vraagt. Dat is altijd wel zoeken naar een balans, naar wat de draagkracht van iemand is.”*

Om dit te ondervangen geeft men aan dat de behandeling van de moeder zich in eerste instantie moet richten op stabilisering en dat daarna de behandeling van moeder en kind gelijk kan gaan lopen.

Een professional merkt op dat er in de behandeling van het trauma nauwelijks wordt gevraagd naar seksuele disfuncties die de vrouwen kunnen hebben. Door uitleg hierover te geven kan men leren hoe de vrouwen hier zelf invloed op kunnen hebben. Seksualiteit moet voor deze groep vrouwen weer plezierig worden, het trauma moet dan worden verwerkt zodat men kan kijken of in de toekomst seks weer iets kan zijn wat als plezierig wordt ervaren.

### **Diagnostiek**

Professionals geven aan dat diagnostiek een rol speelt. De professionals benoemen dat er meer deskundigheid nodig is binnen de voorzieningen. Het toepassen van diagnostiek kan ervoor zorgen dat men sneller weet (door IQ test) of er sprake is van LVB problematiek. Professionals geven aan dat het wel van belang blijft dat men ook kijkt naar de sociaal emotionele ontwikkeling van de kinderen. Er moet ook gekeken worden naar het aanpassingsvermogen. Door hier een goed beeld van te krijgen zullen de kinderen ook minder snel worden overvraagd waardoor uitval zal verminderen.

### **Culturele aspecten**

Volgens professionals spelen culturele aspecten ook een grote rol. Daarbij wordt aangegeven dat er in sommige culturen anders wordt gekeken naar een licht

verstandelijke beperking en naar seksualiteit. In sommige culturen wordt een LVB gezien als een ziekte. Ook seksualiteit binnen culturen is voor de professionals van belang. Zo wordt opgemerkt dat er in de diverse culturen en zelfs binnen culturen verschillend gedacht wordt over seksualiteit. Volgens professionals kan het soms goed zijn om een Imam een rol te laten spelen zodat er hulpverlening kan worden ingezet. Algemeen wordt aangegeven dat de professionals alert moeten zijn op tradities.

### **Behandelen kinderen**

Bij de traumabehandeling van moeders en kinderen in de vrouwenopvang is het belangrijk dat het hele systeem betrokken wordt. De behandeling moet een transfer hebben naar de thuissituatie. De professionals reageren verschillend op het behandelen van kinderen in opvangtehuizen. Aangegeven wordt dat de kinderen dan in een te onstabiele situatie zitten waardoor het verwerken van hun trauma niet zou kunnen. Dit ligt volgens enkele andere professionals echter wel aan het type behandeling dat een kind krijgt.

Een kortdurende behandeling zoals EMDR zou kunnen worden ingezet als er bijvoorbeeld sprake is van een seksueel trauma. Professionals geven aan dat de moeder bij de behandeling moet worden betrokken. Hierdoor wordt er ook met toestemming van moeder gewerkt. De toestemming is een vereiste, dit betekent niet dat moeder met de behandeling mee moet doen, maar ze is wel indirect betrokken.

Daarnaast blijft het volgens professionals belangrijk dat de moeders met hun kinderen blijven praten over de traumatische ervaringen. Bij de LVB doelgroep is dit ook belangrijk, zodat ze weten dat ze niet de enige zijn die dit is overkomen. Om kinderen en jongeren, ook met een LVB te helpen is het belangrijk om aandacht te besteden aan seksualiteit. Seksuele voorlichting wordt niet in alle vrouwenopvanghuizen gegeven.

In ieder geval zou er gekeken kunnen worden wat deze doelgroep hier nu wel/niet van af weet. Vragenlijsten kunnen daarbij helpen, die gaan in op kennisinhoud en attitude. Een professional geeft ook aan dat sociale vaardigheden belangrijk zijn, vooral over hoe vrouwen contacten aangaan.

### **Huidige zorg en kanttekeningen**

Er is gevraagd of de professionals het eens zijn met doelstelling van de vrouwenhulpverlening namelijk; "opvang en stabiliseren". De professionals vinden deze doelstelling te beperkt. In eerste instantie gaat het om opvang en stabiliseren maar daarnaast is behandelen volgens hen ook een belangrijk aanvullend doel.

De professionals hebben kanttekeningen bij de huidige zorg die geboden wordt binnen de vrouwenopvang. Ze opperen een aantal startvoorwaarden waar de zorg aan zou moeten voldoen. Deze startvoorwaarden worden nu nog niet door iedere vrouwenopvang uitgevoerd, maar kunnen wel gezien worden als aanbevelingen.

Professionals geven aan dat integraal werken en samenwerken van belang is. Men moet niet "of- of" aanbieden maar "en- en". Uitwisseling van informatie kan worden ingezet om het aanbod passend te maken. Door kennis met elkaar te delen en uit te wisselen kunnen de voorzieningen ervoor zorgen dat ze de benodigde kennis in huis hebben. Samenwerken tussen verschillende instellingen is van belang.

Professionals vinden dat de hulpverlener er zowel voor de moeder als het kind moet zijn. Tevens moet er structuur en veiligheid worden aangeboden, zeker bij cliënten met een LVB. De hulpverlener moet daarbij ook goed kunnen signaleren.

Geconcludeerd wordt dat er een aparte voorziening zou moeten komen voor meiden en vrouwen met een LVB die anonieme opvang nodig hebben. In het reguliere programma vallen jongeren/meiden met een LVB snel uit. Er worden hoge eisen aan ze gesteld waar ze niet aan kunnen voldoen. Professionals geven aan dat meiden/vrouwen met een LVB worden overvraagd, hierdoor ontstaan nieuwe

problemen; ze vallen uit of ze gaan terug naar de thuissituatie. Tussen normaal begaafde vrouwen en vrouwen met een LVB zit een niveauverschil, voornamelijk in sociale vaardigheden. Hierdoor kunnen de vrouwen met een LVB het programma niet bijbenen. Het gevolg hiervan is dat zij niet mee doen aan het reguliere programma.

Het inspelen op de LVB problematiek zou beter kunnen worden bewerkstelligd nu de Blijf-van-mijn-lif huizen zich professionaliseren, hierdoor weet men sneller wanneer het kind een LVB heeft. Door integraal te werken en samen te werken kan men gebruik maken van elkaars expertise. Hierdoor hoeft *'het wiel niet steeds opnieuw uitgevonden te worden'*.

Professionals merken op dat de doorverwijzing naar de GGZ niet soepel verloopt; vrouwen worden doorverwezen, maar komen niet aan. Een professional merkt op dat de GGZ of een te hoge drempel heeft of te hoge eisen stelt. Professionals geven aan dat er in regio Brabant geen vanzelfsprekendheid is in de opvang van jonge zwangere meisjes.

### **Toevoeging practice based kennis, resultaten workshop**

Op een congres van Tjallinga Hiem ([www.tjallingahiem.nl](http://www.tjallingahiem.nl), november 2007) over de bijzondere krachten en problematiek van kinderen met LVB was er ook een workshop rondom traumabehandeling georganiseerd. Tijdens deze workshop benoemden de diverse professionals de volgende specifieke kenmerken van deze behandeling: -heel concreet houden, -geen beeldspraak, -heel visueel maken, -in woorden een beeld bijzetten, -herhaling, -transfer naar andere situaties, -consequent in houding, -doen wat je zegt, -netwerkcontact met school. Daarnaast werd een stabiele thuissituatie als belangrijke voorwaarde genoemd om een therapie te starten. Het bijeen laten komen van het netwerk rondom een kind met LVB lijkt een goede basis stap.

## **Hoofdstuk 7      Mogelijk werkzame bestanddelen voor traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking**

In hoofdstuk 6 is de practice based kennis met betrekking tot traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een LVB beschreven. Bij de verschillende paragrafen zijn de mogelijk werkzame bestanddelen in die hoofdstukken soms al kort genoemd. In dit hoofdstuk worden alle mogelijk werkzame bestanddelen overzichtelijk gepresenteerd.

### **7.1 Systeembehandeling bij kinderen en jongeren met een LVB**

#### **Algemeen**

- zelfde definities hanteren wat betreft gezinsbehandeling, gezinsondersteuning en systeembehandeling

#### **Intake**

- bij een kind jonger dan 12 jaar het intakegesprek alleen met ouders voeren
- bij de intake afwegen wat nodig is en samen met ouders de hulpvraag goed definiëren
- tijdens de intake expliciet vragen of er nare gebeurtenissen zijn geweest
- als er sprake is van een trauma bij een kind, doorvragen op de beleving van de ouders
- in gesprekken met het kind systematisch doorvragen op wat het kind zegt

#### **Diagnostiek**

- diagnostiek moet zich richten op het systeem
- onderkenning van het trauma relateren aan het 'niveau' van het gezin

#### **Werkrelatie met ouders/opvoeders**

- intaker, die de ouders als eerste ziet, heeft een groot aandeel in het formuleren van de hulpvraag
- gezinsgerichte module inzetten om meer betrokkenheid te creëren
- regelmatig afstemmen met alle betrokkenen, zodat er consensus is tussen het systeem en de therapeut

#### **Systeem en traumabehandeling algemeen**

- traumabehandeling altijd richten op het systeem (niet op het kind alleen)
- kijken of er sprake is van een gezond ouder-kind systeem
- draagkracht en draaglast van ouders in kaart brengen
- kijken naar het type gezin en daar de aanpak op af stemmen
- bij traumabehandeling van kind, ouders psycho-educatie
- bij dubbele loyaliteit broertjes en zusjes intensief bij de behandeling betrekken
- als ouders zelf ook therapie krijgen, therapie bij het kind niet stoppen wel iemand zoeken die de rol van steunbron voor het kind kan overnemen
- intensieve orthopedagogische gezinsbehandeling (IOG) inzetten voor de stabiliteit
- als er meerdere hulpverleners in één gezin aanwezig zijn, een functionaris aanwijzen die de lijnen met andere hulpverleners bewaakt

#### **Gezinsbehandeling**

- gezinsbehandelaar insteken op het gedrag en doorverwijzen een trauma (naar bijvoorbeeld EMDR of PMT)
- gezinsbehandelaar observeert en signaleert eerst, gaat dan met het systeem om de tafel waarna ze met elkaar aan de slag gaan
- afspraken maken over bij wie ouders terecht kunnen.
- ouders en kind goed voorlichten (psycho-educatie) en betrekken bij de behandeling, dit vergroot de veiligheid voor het kind.

- ouders leren hoe ze met het trauma om moeten gaan, een directieve houding van de hulpverlener helpt hierbij.

#### **Traumabehandeling bij kind met een LVB van ouders met een LVB**

- indien bij ouders ook LVB, moet hulpverlener directief zijn naar ouders en stap voor stap uitleggen hoe ouders weer moeten opvoeden
- ouders bevestiging geven dat zij deskundig zijn
- als hulpverlener directief zijn in het betrekken van het systeem
- rekening houden met het feit dat de behandeling meer tijd kost
- als er bij ouders sprake is van een trauma, dat prominent aanwezig is, ook voor ouders een behandeling opstarten
- vanuit de systeembenadering naar het trauma te kijken (wat doet het trauma met het kind en ouders, welke emotionele en fysieke reacties brengt het teweeg)

#### **Systeem, specifiek bij kinderen en jongeren met een LVB**

- onderscheid maken in het 'soort' systeem (ouders wel/niet LVB, ouders wel/niet psychiatrische problematiek, ouders wel/niet verslavingsproblematiek, wel/niet samengesteld gezin, ouder-kind rol is wel/niet aanwezig)
- taalgebruik vereenvoudigen en verslaglegging met theoretische uitleg moet voor ouders begrijpelijk zijn
- bij de uitleg van het IQ is het verstandig om gebruik te maken van een staaftogram die het performale en verbale IQ weergeeft
- bij de interventie moet naast verbale technieken gebruik gemaakt worden van beelden (visualiseren) en non-verbale technieken
- interventie moet gericht zijn op het vergroten van het sociaal netwerk
- ouders inzicht geven hoe ze hun kind beter kunnen leren kennen (psycho-educatie)

## **7.2 EMDR bij kinderen en jongeren met een LVB**

### **EMDR algemeen**

- minder verbale van EMDR sluit aan bij LVB (daardoor is minder vermijdingsgedrag nodig)

### **EMDR en andere behandelmethoden**

- EMDR integreren in een bredere behandeling van kind en systeem
- EMDR gericht op wat vroeger gebeurd is en andere therapie richten op het hier-en-nu
- EMDR combineren met systeemtherapie
- Betrekken van andere professionals bij de behandeling (bv EMDR-therapeuten samenwerken met en voorlichting geven aan behandelteams, ouders, politie, etc.)

### **Enkelvoudig en meervoudig trauma**

- bij een enkelvoudig trauma het basisprotocol voor EMDR toepassen
- bij een meervoudig trauma is de voorbereiding en het vervolg op de EMDR uitgebreider
- bij een meervoudig trauma meer versterkende technieken inzetten (zoals het installeren van een hulpbron (resource development and installation, RDI) en cognitieve gedragstherapeutische technieken)

### **Handelen EMDR therapeut bij kinderen en jongeren met een LVB**

- stappen uit het basisprotocol volgen, maar wel op bepaalde delen en in de voor- en nazorg aanpassen en aanvullen; namelijk
- therapeut verzamelt actief informatie vanuit meerdere bronnen (omdat de kinderen over het algemeen minder goed hun gevoelens, gedachten en beleving kunnen verwoorden)

- in kader van informatie verzamelen, de ouders intensief betrekken, zowel voorafgaand, tijdens als na de EMDR-therapie
- indien ook ouders een LVB hebben veel herhalen en visualiseren
- meer aandacht en tijd voor de taxatie-, diagnostiek- en stabilisatiefase
- als jongere onvoldoende gemotiveerd lijkt, de diagnostiek- en stabilisatiefase verlengen
- duidelijke structuur en voorspelbaarheid in de therapie (door zo dicht mogelijk bij de instructies uit het basisprotocol te blijven en tijdsafspraken na te leven)
- tegenstrijdigheid in de wijze waarop de professionals vinden dat het basisprotocol voor EMDR gehanteerd moet worden voor deze specifieke doelgroep
  - o Enerzijds, de formuleringen in het basisprotocol zo open mogelijk houden
  - o Anderzijds, met name in de desensitisatiefase, de vragen concretiseren + gericht doorvragen door de therapeut + therapeut moet proces meer verwoorden voor de jongere
- eenvoudige taal gebruiken, korte zinnen, terug vragen of ze het begrijpen en het kind in eigen woorden laten herhalen
- een meer directieve houding van de therapeut, zodat kind of jongere bij het proces blijft en om bij het juiste target te blijven
- gebruik maken van visuele middelen (zoals een emotieposter)
- gebruik maken van gesloten- en 2/3-keuzevragen (bijvoorbeeld is het gevoel meer, minder of hetzelfde?)

#### **Over het protocolgebruik bij kinderen en jongeren met een LVB**

- effectieve behandeltijd maximaal 3 kwartier per sessie is voor kinderen en jongeren met een LVB
- de houding van de therapeut ten aanzien van het basisprotocol moet open zijn
- de therapeut moet de instructies uit het basisprotocol vasthouden
- buiten het basisprotocol om moet de therapeut meer directief zijn
- therapeut moet inzicht hebben in het taalbegrip van het kind
- therapeut moet beseffen dat kinderen en jongeren met een LVB moeite hebben met de chronologische volgorde van gebeurtenissen in hun leven
- de metafoor van 'de trein' niet gebruiken
- de metafoor van de ladekast wel gebruiken
- de metafoor over het computerprogramma wel gebruiken
- tav protocol korte zinnen en eenvoudige woorden gebruiken en veel herhalen
- een goede tijdsplanning, draagt bij aan de structuur en voorspelbaarheid van de therapie.
- In de desensitisatiefase de vragen van de therapeut heel concreet maken
- In de desensitisatiefase meer ondersteuning door therapeut om bij het target te blijven
- Installeren van een hulpbron (RDI) kan onderdeel van de behandeling zijn
- Hulpbron moet dicht bij de belevingswereld van het kind blijven
- RDI-protocol werkt voor kinderen en jongeren met een LVB (echter stap dat het kind de hulpbron mee moet nemen in een actuele situatie kan moeilijkheden opleveren)

#### **Specifiek bij EMDR bij kinderen en jongeren met een LVB**

- ruim tijd nemen voor het voortraject; de taxatie, diagnostiek en stabilisatie
- inzicht krijgen in het taalbegrip van het kind om aan te kunnen sluiten bij wat het kind wel en niet begrijpt
- beeldvorming over hoe jongeren en hun ouders omgaan met spanning/boosheid
- in het voortraject vergroten van de motivatie voor de therapie

- betrekken van het systeem (bv ivm achterhalen van de chronologische volgorde van wat kinderen meegemaakt hebben)
- korte zinnen en eenvoudige woorden gebruiken, goed doorvragen, vragen of het kind het begrepen heeft en het kind het gezegde in eigen woorden laat herhalen
- proces verwoorden voor het kind
- minder verbale en gedetailleerde van EMDR
- therapie zo lang als nodig is en zo kort als het kan inzetten

#### **EMDR en het systeem bij kinderen en jongeren met een LVB**

- systeem nauw betrekken
- in de diagnostiek- en stabilisatiefase de ouders spreken (ivm achtergrondinformatie die kan helpen bij het EMDR-proces van het kind)
- ouders het behandelplan laten ondertekenen
- EMDR-sessie voor en na bespreken met ouders
- eventueel ook met politie en andere professionals samen werken

### **7.3 Vaktherapieën bij kinderen en jongeren met een LVB**

#### **Vaktherapieën algemeen bij kinderen en jongeren met een LVB**

- therapeut moet flexibel zijn en in staat aan te sluiten bij het kind of de jongere met een LVB
- systeem betrekken
- samenwerken met andere disciplines
- vaktherapie inbedde in totaalbehandeling
- PMT, spel- en beeldende therapie doen geen groot beroep op het cognitieve vermogen van kinderen en jongeren
- gedrag oefenen in verschillende situaties waardoor ze meer zelfvertrouwen opdoen
- in zowel PMT, spel- en beeldende therapie aansluiten bij het stuk wat wel goed functioneert en daar mee starten

#### **Vaardigheden en grondhouding (vak)therapeut bij kinderen en jongeren met een LVB**

- verbale en non-verbale signalen herkennen van beeldend werk en verwoorden
- nieuwe oplossingen geven
- voor doen, bedenken wat zou kunnen passen, maar daarbij keuzemogelijkheden voor het kind open houden
- flexibel werken en met de juiste interventie aansluiten
- een veilig kader scheppen waarbinnen ruimte is voor het kind om zelf dingen op te pakken
- een therapeutische relatie tot stand brengen
- cliëntgericht zijn, aansluiten bij datgene wat bij het kind past en het kind volgen
- soms meer structuur aanbieden en directiever zijn of een meer confronterende aanpak kiezen
- houding van de therapeut moet echt oftewel congruent zijn

#### **7.3.1 Beeldende therapie bij kinderen en jongeren met een LVB**

##### **Creatieve therapie (beeldend) bij kinderen en jongeren met een LVB en trauma**

- in beeldtaal vertellen en weergeven van wat kinderen hebben meegemaakt
- samenwerken met een EMDR therapeut, waarbij de EMDR therapeut gericht met het trauma aan de slag gaat en de beeldend therapeut gericht is op zaken als grenzen stellen, gevoelens uiten en communiceren

### **Taken en houdingsaspecten beeldend therapeut bij kinderen en jongeren met een LVB**

- eerste sessie van de therapie gebruiken om te onderzoeken wat aansluit bij de belevingswereld van het kind of de jongere met een LVB
- rekening te houden met wat het kind of de jongere met een LVB zelf denkt te kunnen, maar ook waar hij of zij zin in heeft
- aansluiten bij wat kind kan en wil en telkens een link te leggen met de thema's die belangrijk zijn voor het kind (thema's die betrekking hebben op het trauma en/of de verwerking daarvan)
- aftasten welke thema's te gevoelig zijn om aan te werken
- therapeut moet opdrachten structureren, maar ook blijven zoeken naar ruimte om af te wijken van de structuur
- de beeldend therapeut zet de lijnen uit en blijft goed kijken naar welke thema's wel en niet opgepakt kunnen worden
- werken met een levensboek
- herkennen van de verbale en non-verbale signalen bij het kind of de jongere met een LVB
- beeldend werk goed kunnen 'lezen'
- de beeldend therapeut verwoordt de signalen en vertaalt ze naar het dagelijkse leven van het kind of de jongere met een LVB

### **Levenslijn en/of levensboek bij kinderen en jongeren met een LVB**

- door levenslijn te maken kan het kind trots zijn
- levenslijn geeft het kind inzicht (in bijvoorbeeld de duur van het misbruik)

## **7.3.2 Speltherapie bij kinderen en jongeren met een LVB**

### **Speltherapie algemeen**

- lange of herhalende verhalen van het kind omzetten naar een beeld
- open vragen stellen
- samen met het kind komen tot een verhaal
- soms neemt de therapeut een rol aan om reacties bij het kind uit te lokken zodat het verhaal verder kan gaan
- voldoende spelmateriaal hebben
- speltherapie inzetten als diagnostisch middel

### **Speltherapie en trauma bij kinderen en jongeren met een LVB**

- uitleg regelmatig herhalen
- begrenzing
- grenzeloze van het kind structureren
- kind moet een 'eigen plek' hebben in de therapie
- voorstructureren en sturing van de therapeut om het kind vorm te laten geven aan het spel
- spelmateriaal moet concreet en goed gevormd zijn om het kind uit te dagen tot spel
- details van het spelmateriaal moeten zo veel mogelijk de werkelijkheid benaderen
- materiaal als trigger laten dienen voor het ophalen van een traumatische ervaring
- meerdere keren uitgespelen van een trauma (om bij de diepere emotie te komen)
- een 'bewaardoos' gebruiken tijdens de therapie voor bijvoorbeeld de werkstukjes die het kind maakt
- een concreet en tastbaar werkstuk maken
- als een werkstuk gemaakt wordt van materiaal dat niet bewaard kan worden er een foto of video van maken

### **Speltherapie, systeem en trauma, bij kinderen en jongeren met een LVB**

- therapeut is voldoende geschoold en heeft kennis van traumabehandeling
- therapeut kan terug vallen op een multidisciplinair team voor advies
- speltherapie inbedden in totaalbehandeling
- systeem betrekken
- speltherapeut heeft contact met zowel ouders als school
- bij 'grote' hulpvraag moet de speltherapeut andere disciplines inschakelen
- ouderbegeleiding in een ambulante setting is een voorwaarde bij speltherapie

### **7.3.3 Psycho Motore Therapie (PMT) bij kinderen en jongeren met een LVB**

#### **(Contra)indicaties en voorwaarden PMT bij kinderen en jongeren met een LVB**

- PMT sluit aan bij wat het kind wil
- PMT pas inzetten als het misbruik of de mishandeling gestopt is
- PMT voor cliënt die affiniteit heeft met bewegen en zich daarin kan uiten
- PMT in het kader van traumabehandeling inzetten voorafgaand, tijdens of volgend op een EMDR behandeling
- in een residentiële setting de motivatie van het kind toetsen bij de behandelcoördinator en/of de pedagogisch medewerkers
- PMT inzetten bij lichaamsgerelateerde klachten
- PMT bij gedragproblemen in het gebied van onrust en hyperarousal
- PMT altijd hulpvraaggericht inzetten
- PMT inbedden in een totaalbehandeling
- geslacht van de therapeut bij PMT in het kader van traumabehandeling kan een contra-indicatie kan zijn.

#### **PMT, observatie en behandelplan bij kinderen en jongeren met een LVB**

- behandelplan van PMT aansluiten bij de mogelijkheden van het kind
- behandelplan van PMT aansluiten bij de mogelijkheden van de instelling
- doelen in het behandelplan altijd afstemmen op de hulpvraag van het kind en diens ouders
- onderzoek of observatie voorafgaand aan de start van het behandelplan
- observeren van de sterke en minder sterke kanten van het kind om met de PMT aan te kunnen sluiten bij de mogelijkheden van het kind
- indien nodig observatie in meer dan drie sessies

#### **PMT bij kinderen en jongeren met een LVB**

- PMT is een aanbod van iets dat het kind niet kent
- oefenen met gedrag en kind laten ervaren wat er vervolgens gebeurt
- telkens herhalen in verschillende situaties zodat het kind vertrouwen opdoet als therapeut is het belangrijk aan te sluiten bij het ervaringsniveau en breed je medium te hanteren
- aansluiten bij de sterke componenten uit het intelligentieprofiel van een kind met een LVB
- leerervaringen aanbieden op het niveau van het kind
- PMT'er is flexibel en in staat is aan te sluiten bij het kind met behulp van verschillende interventies
- met behulp van PMT succeservaringen op doen
- met behulp van bewegen en de daarbij behorende motoriek kunnen herbelevingen plaats vinden

#### **PMT voor traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een LVB**

- PMT is een geschikt middel om, doordat je fysiek werkt, weer in contact te komen met je gevoelens en met je lichaam
- Middels PMT nieuwe ervaringen op doen en weer in contact komen met gevoelens en weer in contact komen met de ander

- thema's als afstand en nabijheid, het aanraken en aangeraakt worden, jezelf en je lijf waarnemen en het opnieuw leren grenzen aangeven kunnen binnen PMT goed aan de orde komen
- vanwege in eerste instantie niet verbale is PMT geschikt
- therapeut ook gericht op 'het woorden geven aan het gebeurde'
- naast het fysiek bezig zijn, betekenis verlenen en woorden geven aan de traumatische gebeurtenis
- de therapeut moet meer structuur aanbrengen in de therapie
- aansluiten bij het ontwikkelingsniveau van het kind of de jongere
- soms ander materiaal gebruiken dan bij normaal begaafden (bv grotere materialen)
- actief zijn als therapeut
- al sturend het kind bij de hand nemen en helpen op weg om woorden te geven aan het gevoel
- bij instructie checken of het kind het begrepen heeft
- het kind laten herhalen/verwoorden van instructies
- specifieke instructies geven (kort en bondig)
- keuzemogelijkheden geven als cliënt zelf oplossingen moet bedenken
- duidelijkheid bieden, vaste structuur aanhouden
- letterlijk bij de hand nemen of letterlijk samen doen
- vaker herhalen
- voordoen en nadoen
- steeds zoeken naar aansluiting
- directieve houding aannemen
- vaker uitvergroten van reacties om te checken of het kind het begrijpt
- veel geduld hebben
- visualiseren (bijv. tekeningen op het bord maken)
- voorstructureren van oefeningen
- indien in groepjes werken, dan kleine groepjes van 2 a 3 cliënten

#### **PMT, systeem en trauma, bij kinderen en jongeren met een LVB**

- ouders stralen naar hun kind toe uit dat het goed is dat ze naar de therapeut gaan
- aansluiten bij wat het specifieke gezin nodig heeft
- de ouders tijd geven
- herhaling
- na de onderzoeksfase vaak meerdere adviesgesprekken
- systeem zo veel mogelijk bij de behandeling betrekken
- PMT onderdeel van de totaalbehandeling
- PMT'er gaat met het kind aan het werk, de systeemtherapeut of de behandelcoördinator heeft de contacten met het systeem
- eens in de paar weken of paar maanden overleg met het gehele systeem ivm afstemming over de doelen, de therapie en de ouderbegeleiding/systeemtherapie

#### **7.4 Horizonmethode bij kinderen en jongeren met een LVB**

##### **Voorwaarden en contra-indicaties Horizonmethode bij kinderen en jongeren met een LVB**

- een extra intakegesprek om te voorkomen dat een kind met een LVB niet in de groep past
- goed indiceren

### **Horizonmethode bij kinderen en jongeren met een LVB**

- binnen Horizon leren door 'dingen' te doen en te ervaren
- minder strak hanteren van de criteria voor deelname
- opvoeren van de leeftijdsgrens
- Horizon gebruiken bij pubers met LVB
- oefeningen (zoals dromen en nachtmerries wegroepen en met rugzakjes vol ellende op de rug lopen) zijn erg concreet en sluiten goed aan bij de jongeren met een LVB
- in principe zijn alle elementen uit de Horizonmethode geschikt en bruikbaar bij kinderen en jongeren met een LVB, mits ze aangepast worden aan het lage cognitieve niveau
- 'moeilijke' oefeningen, die een beroep doen op de hogere cognities, eruit halen en de meer 'makkelijke' oefeningen vaker herhalen
- de verbale oefeningen korter en simpeler maken en minder abstract
- abstracte thema's vertalen naar een concreet niveau
- mogelijk helpt het om de symboliek in oefeningen zwaar, expressief en dramatisch aan te zetten
- symbolische oefeningen eventueel aanpassen naar een concreet niveau
- meer afwisseling in het programma aanbrengen
- (abstracte) oefeningen vaker herhalen
- rekening houden met het feit dat een jongere met een LVB een kortere spanningsboog heeft
- oefening met de rechtbank makkelijker maken
- de opdracht met de toverlotion (waarbij het kind zichzelf mag insmeren op een plekje waar het een hekel aan heeft) makkelijker maken
- 'het praatrondje' inkorten
- duidelijke structuur bieden, maar tegelijkertijd de jongeren met een LVB het gevoel geven vrij te zijn, zonder al te veel strenge regels
- goede balans tussen structuur bieden en vrijheid ervaren
- vrijheid om de methode in te korten
- hulpbronnen installeren, begeleider kan een hulpbron zijn
- gevoelswaarde moet meer op de voorgrond staan dan de symboliek

### **Oudergroepen bij kinderen en jongeren met een LVB**

- geen eenduidigheid wat betreft de combinatie kinder- en oudergroepen
  - o enerzijds is aangegeven dat de combinatie kinder- en oudergroepen erg goed werkt en zeker ook bruikbaar is bij de LVB doelgroep, maar dat er wel aanpassingen gedaan moeten worden
  - o anderzijds bij kinderen met een LVB en hun ouders wellicht beter om individuele oudergesprekken te doen
- ouders ondersteunen kind tijdens de behandeling
- ouders zorgen voor de generalisatie van het in de therapie in het dagelijkse leven
- indien kind in een instelling verblijft, kan ervoor gekozen worden dat de groepsleider meedoet aan de oudergroep (de professionals hebben echter weinig ervaring met deze mogelijkheid)
- in de oudergroep met ouders stil staan bij hun woede en schuldgevoel
- oudergroep voor LVB ouders minder gericht op het gevoel van de ouders zelf, maar meer op hoe steun ik mijn eigen kind
- hele systeem betrekken

### **Horizonmethode in combinatie met andere behandeling bij kinderen en jongeren met een LVB**

- Horizonmethode onderdeel van een totaalbehandeling
- kinderen vinden herkenning bij elkaar

- kinderen leren samen werken met elkaar
- verschillende behandelaars moeten onderling met elkaar blijven communiceren over de voortgang van de behandeling en de inhoud van de training
- Horizonmethode biedt nieuwe cognitieve ervaringen

#### **Horizonmethode en EMDR bij kinderen en jongeren met een LVB**

- bij trauma eerst EMDR inzetten en als er dan nog restklachten zijn de Horizonmethode inzetten
- als kinderen niet kunnen terugdenken aan wat er gebeurd is eerst de Horizonmethode inzetten en dan pas EMDR
- kinderen en jongeren leren met de Horizonmethode hoe ze om kunnen gaan met herinneringen en de ervaringen met betrekking tot de traumatische gebeurtenissen
- Horizonmethode richt zich op de verwerking van het trauma

#### **Vaardigheden en rol betrokken hulpverleners**

- goede afstemming tussen de verschillende hulpverleners
- groepsleiders en de begeleiders op de dagbesteding hebben kennis van de opzet van de Horizonmethode
- groepsleiding moet goed op de hoogte zijn van de theorie achter de Horizonmethode
- gebruik van een communicatieschriftje (zo kan de behandelaar terug lezen hoe het kind gereageerd heeft en weet de groepsleider of er bijzonderheden zijn)

## **Hoofdstuk 8 Evidence based kennis over (trauma) behandeling van kinderen en jongeren met een LVB**

In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is steeds meer aandacht voor het inzetten van interventies die hun effect al hebben bewezen bij mensen zonder verstandelijke beperking. Het onderzoek naar de effectiviteit van deze, vaak aangepaste, interventies komt langzaam op gang (Didden & Moonen, 2007). De steeds meer geaccepteerde gradaties in de bewijsvoering van de effectiviteit (zie ook Bijlage 4) vormt in Nederland een stimulans voor het praktijkgerichte onderzoek (Van Yperen en Veerman, 2008). Internationaal gezien geldt de Randomized Control Trial als het hoogste (en soms enige) niveau van bewijs (Willner, 2005).

De literatuur search (zie ook hoofdstuk 2) leverde geen publicaties op waarin een effectiviteitsonderzoek werd beschreven van een methodiek voor traumabehandeling van kinderen en jongeren met een LVB. De zoekactie resulteerde wel in een verzameling publicaties over trauma's bij mensen met een licht verstandelijke beperking en publicaties over onderzoek naar mogelijk werkzame bestanddelen in de behandeling met mensen met een licht verstandelijke beperking. Deze resultaten worden in dit hoofdstuk beschreven.

In paragraaf 8.1 wordt gestart met een overzicht van de evidence based kennis op het gebied van diagnostiek bij mensen met een LVB die een trauma hebben ervaren. In paragraaf 8.2 wordt een overzicht gegeven van mogelijk werkzame elementen in de behandeling van mensen met een LVB en in paragraaf 8.3 ligt de focus vervolgens op de eerste aanzetten die er inmiddels zijn gedaan op het gebied van traumabehandeling van mensen met een LVB.

### **8.1 Traumatische stoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking**

Verskillende onderzoeken tonen aan dat het risico op misbruik bij kinderen met beperkingen groter is dan bij kinderen zonder beperkingen (Gough & Fuchs, 2006). Charlton, Kliethermes, Tallant, Taverne & Tishelman (2004) leggen een verband tussen traumatische stress en kinderen met ontwikkelingsstoornissen. Ze onderbouwen dat blootstelling aan traumatische situaties (verdere) ontwikkelingsvertraging kan veroorzaken door de kwetsbaarheid van de hersenen.

Ook Goma (2008) vond in een survey in Japan een verhoogde kans (4 keer zo veel) op misbruik bij kinderen in het speciaal onderwijs (voor kinderen met beperkingen), vergeleken met kinderen in het reguliere onderwijs. Het meest gerapporteerde misbruik was: negeren (64,5%), emotionele verwaarlozing (22,6%), lichamelijk misbruik (16,1%) en seksueel misbruik (12,9%). Het negeren kan bestaan uit: -niet naar school mogen gaan omdat het ouders niet uitkomt; -geen toegang tot medische zorg; -geen schone/vieze kleren; -onvoldoende maaltijden; -te laat/lang opblijven 's avonds; -altijd in huis moeten blijven; -buiten of in gevaarlijke omgeving achterlaten. De onderzoeker benadrukt de aangetoonde negatieve effecten van negeren.

Doyle en Mitchell (2003) concluderen op basis van een literatuuronderzoek dat mensen met een verstandelijke beperking de ervaring van een trauma primair uiten door probleemgedrag en dat een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) in deze populatie vaak niet herkend wordt. Ook Mevissen-Renckens (2008) spreekt over een verband voor deze doelgroep, tussen life events aan de ene kant en gedragsproblemen en depressies aan de andere kant.

Er is niet veel onderzoek verricht naar de impact van een traumatische gebeurtenis en de diagnose Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) bij mensen

met een verstandelijke beperking (Turk, Robbins & Woodhead, 2005). Bij de toepassing van de criteria van DSM IV en/of ICD 10 is er geen handleiding voor gebruik bij mensen met een verstandelijke beperking, maar het ICD 10 systeem lijkt geschikter vanwege een breder perspectief op mogelijke uitingen van gedrag. De bespreking van twee cases toont aan dat de uiting van PTSS wordt beïnvloed door de mate en oorzaak van de beperking, sociale omstandigheden, communicatievaardigheden, aard en timing van traumatische gebeurtenis en ondersteuning. De diagnosestelling wordt bemoeilijkt door de vaak beperkte taalvaardigheden en beperkte vaardigheden om emoties goed onder woorden te brengen.

Mitchell en Clegg (2005) organiseerden focusgroepen met professionals om te bepalen in hoeverre aspecten vanuit de literatuur over getraumatiseerde kinderen en volwassenen ook belangrijk zijn voor volwassenen met een verstandelijke beperking. Een aantal oorzaken van een trauma (misbruik, het verlies van ouder(s) en uithuisplaatsing van kinderen) evenals een groot aantal symptomen (flashbacks, nachtmerries, herinneringen) bleken vergelijkbaar tussen volwassenen met en zonder beperking. Verschillen waren het vaker voorkomen van meerdere gebeurtenissen dan een enkele gebeurtenis, die vervolgens chronische problemen genereerden, en het voorkomen van fysieke problemen en gedragsmatig opnieuw uitvoeren. De professionals concludeerden dat de meeste ideeën uit het onderzoek naar PTSS bij volwassenen zonder beperkingen ook relevant is voor de volwassenen met beperkingen die een trauma hebben ervaren. Daarnaast zijn sommige gedragspatronen, beschreven bij kinderen, ook relevant.

Onderzoek heeft aangetoond dat kinderen op verschillende manieren op een trauma reageren, afhankelijk van hun ontwikkelingsfase, cognitief functioneren en taalvaardigheden (Mitchell, Clegg & Furniss 2006, McCarthy 2001). Mitchell ea (2006) veronderstellen dat de omschrijving van een traumatische gebeurtenis binnen de criteria voor PTSS wellicht te smal is en te weinig ruimte laat voor de interpretatie ervan door de cliënt. Hun onderzoek waarin ze volwassenen met een licht verstandelijke beperking hebben geïnterviewd over hun ervaringen met traumatische levensgebeurtenissen (life events) laat zien dat de perceptie van de volwassenen van de wereld als gevaarlijk of als veilige plaats, een centraal thema is in de beleving van het trauma.

## **8.2 Mogelijk werkzame elementen in de behandeling van mensen met een (licht) verstandelijke beperking**

Jeugdigen en volwassenen met een licht verstandelijke beperking vormen een heterogene doelgroep met vaak complexe problematiek op verschillende ontwikkelingsgebieden. Hoewel inmiddels een uitgebreid behandelaanbod beschikbaar is voor kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking is slechts een klein deel hiervan onderzocht op effectiviteit voor deze doelgroep (Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro & Matthys, 2006). De kwaliteit van de onderzoeksdesigns varieert en bepaalt de kracht van de conclusies.

Konijn, Van der Steege, Elderman, Bruinsma en Van den Braak, 2007 presenteren zes kanttekeningen bij het bepalen van werkzame elementen. Vier van deze kanttekeningen zijn zeker ook van toepassing op de behandeling van mensen met een licht verstandelijke beperking: -de generaliseerbaarheid van resultaten uit een Randomized Control Trial (RCT) is beperkt, - resultaten die zijn aangetoond zonder controlegroep zeggen nog niet veel over de werking van het onderzochte programma, -in veel onderzoeken is geen aandacht voor de specifiek werkzame bestanddelen van een interventie, -interventies zijn niet altijd goed omschreven.

Het overzicht van de beschikbare literatuur over de effectiviteit van interventies bij mensen met een (licht) verstandelijke beperking is gestructureerd op basis van problematiek op de volgende gebieden; -sociaal-emotionele ontwikkeling; -cognitieve ontwikkeling; -gedragsproblemen, -motorische ontwikkeling en -systeem.

### *Interventies voor de sociaal-emotionele ontwikkeling*

Canney en Byrne (2006) evalueerden een specifiek klassikaal sociaal vaardigheidsprogramma (Circle Time) bij kinderen met een licht verstandelijke beperking en vonden dat leerkrachten die veel sessies van het programma hadden uitgevoerd het meest positief waren. De Circle Time benadering betreft activiteiten die gericht zijn op het ontwikkelen van het zelfbewustzijn van deelnemers en het bewustzijn van anderen, het vergroten van de eigenwaarde, promoten van wederzijds vertrouwen, luistervaardigheden en positief inter-persoonlijk gedrag.

Berry (2003) presenteert positieve effecten van psychodynamische therapie bij een jongen met een licht verstandelijke beperking en concludeert op basis van deze en 3 andere casussen dat de vergeten psychodynamische therapie moet worden gezien als zinvolle interventie mogelijkheid voor mensen met een verstandelijke beperking.

Marsh, Tracey & Craven (2006) onderzochten de samenhang tussen de schoolvorm voor kinderen met een licht verstandelijke beperking en de structuur van het zelfconcept. Kinderen met een licht verstandelijke beperking in gesegregeerde klassen bleken een lager zelf concept te hebben dan kinderen met een licht verstandelijke beperking in reguliere klassen op de drie (schoolse) subschalen lezen, rekenen en algemeen school. In iets mindere mate gold dit ook voor subschalen sociale peerrelaties en globale zelfwaardering. Voor de drie andere (niet-schoolse) subschalen fysiek, verschijning en ouder relaties bleken geen verschillen te bestaan.

O'Reilly, Lancioni, Sigafoos, O'Donoghue, Lacey & Edrisinha (2004) onderzochten de effecten van twee soorten sociale vaardigheidsinterventies (probleem oplossings- versus externe controle strategie) bij volwassenen met een licht verstandelijke beperking. Hoewel het geringe aantal respondenten de generaliseerbaarheid van de studie beperkt, vonden de auteurs weinig verschillen tussen de twee interventiemodellen met betrekking tot het verwerven, het generaliseren en het behoud van de sociale vaardigheden.

Willner schrijft in 2005 over de effectiviteit van psychotherapeutische interventies voor mensen met leerproblemen en benoemt daarbij soms ook expliciet de mensen met een licht verstandelijke beperking. Willner maakt een onderscheid tussen cognitief gedragsmatige interventies die uitgaan van het cognitieve deficiëntie model en interventies die uitgaan van het cognitieve vertekening model.

Onderzoek naar cognitieve gedragstherapie (gebaseerd op cognitieve deficiëntie) bij kinderen heeft aangetoond dat het niet noodzakelijk is om goed ontwikkeld cognitief vermogen te bezitten om te kunnen profiteren van deze therapie. Willner onderscheidt verschillende zelfmanagement technieken waarvan de zelf instructie training (SIT) het meest veelzijdig is. Willner gebruikt de volgende omschrijving van Lindsay uit 1999 van SIT:

*'developing internal dialogues to help overcome performance difficulties and social anxieties and to supplant self-criticism or self-doubt with self-reinforcement'.*

Willner beschrijft vervolgens de positieve effecten van zelf instructie training op de vaardigheid om de volgorde te bepalen en sociale vaardigheden van personen met licht tot matige leerproblemen. Een nadeel van deze training lijkt de beperkte transfer. Aan de hand van een onderzoek van Williams & Jones uit 1996 laat Willner zien dat het trainen van meta cognitieve vaardigheden belangrijk is voor het

stimuleren van de transfer terwijl het betrekken van deelnemers bij een actieve verbale herhaling het leren goed kan consolideren.

Naast SIT noemt Willner ook de relaxatie training en sociale probleem oplossingstherapie. Relaxatietraining kan effectief zijn in het verminderen van angst, woede en agressie, bij mensen met licht tot matige leerproblemen waarbij het belangrijk is dat de cliënten ook onthouden dat ze de technieken moeten toepassen in situaties buiten de training. Sociale probleemoplossing is vaak een onderdeel van een breder aanbod van cognitief gedragsmatige behandeling, bij personen met leerproblemen vaak aangeboden als behandeling voor woede en probleemgedrag. Effecten zijn aangetoond op reductie van woede, het beheersen van probleem oplossingsvaardigheden en op adaptief gedrag buiten de trainingsgroep. Alle zelf management programma's doen een groot beroep op taalvaardigheden en Willner presenteert een aantal aanpassingen om de programma's meer toegankelijk te maken voor mensen met leerproblemen: vereenvoudigd taalgebruik, gebruik van visuele ondersteuning, verlengde programma's en voortdurende steun en prikkeling door professionals.

De andere variant binnen de cognitief gedragsmatige benadering, interventies die gebaseerd zijn op het cognitieve vertekennings model, is tot nu toe vrijwel niet onderzocht bij mensen met leerstoornissen.

#### *Interventies voor de cognitieve ontwikkeling*

O'Connor (1996) onderzocht de effecten van een interventie gericht op probleem oplossingsvaardigheden bij 13 mannelijke plegers van seksueel misbruik met een licht verstandelijke beperking. De resultaten laten zien dat voornamelijk cognitieve herstructurering, consequentie training, preventie van terugval en gevoelig maken veelbelovende interventietechnieken blijken te zijn.

Chung en Tam (2005) vergeleken drie instructiemethoden voor wiskundige problemen en concludeerden dat kinderen met een licht verstandelijke beperking het best profiteerden van de 'worked example' en cognitieve strategie instructies vergeleken met de conventionele methode.

Center en Curry (1993) onderzochten de effecten van geïntegreerde klassen op school en vonden positieve resultaten voor decoderen, wiskunde en tijd doorgebracht met leeftijdgenoten.

#### *Interventies bij gedragsproblematiek*

De aandacht voor de behandeling van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen bij jeugdigen en volwassenen met een licht verstandelijke beperking is de laatste jaren flink toegenomen (Didden, 2007). Door de grote variatie aan oorzaken voor, en uitingen van, gedragsproblemen zijn er vanuit verschillende disciplines behandelvormen voor deze doelgroep ontwikkeld. .

In een onderzoek van Rose , Loftus, Flint en Carey (2005) bleek dat een groepsinterventie voor woede bij mensen met een licht verstandelijke beperking effectief is. De interventie bestond uit 16 groepssessies gebaseerd op ideeën van Benson. De groepsinterventie bleek effectief in het reduceren van scores op de 'anger inventory' (1992). De verbeteringen werden behouden tot meetmomenten op 3 en 6 maanden follow-up. De onderzoekers konden een klein deel verklaarde variantie bepalen door de begeleiding van professionals bij de cliënt en een hogere score op receptief vocabulaire van de 'British picture vocabulary scale' (BPVS, 1982).

Taylor, Novaco, Gillmer, Robertson & Thorne (2005) vonden positieve effecten van een recent ontwikkelde individuele cognitief-gedragsmatige woede interventie voor mannen met een licht verstandelijke beperking en agressie. De interventie bestond uit 18 individuele sessies met vier meetmomenten, gebaseerd op

ideeën van Novaco and Taylor. De therapeuten maakten gebruik van een handleiding voor gebruik bij mensen met een licht tot matige verstandelijke beperking. De behandeling was gebaseerd op een gedetailleerde analyse en formulering van de individuele woede problemen. De resultaten laten zien dat de zelfgerapporteerde woede van de interventiegroep op een aantal instrumenten na interventie significant lager was vergeleken met de wachtlijst controlegroep. De verbeteringen bestonden ook bij de follow-up. Het oordeel van de professionals vormde geen bewijs voor de effecten van de interventie.

Lindsay (2007) benoemt dat de review studies van Didden, Duker, en Korzilius (1997) en van Didden, Korzilius, Van Oorsouw en Sturmey (2006) ondersteuning bieden voor de effectiviteit van gedragsinterventies bij kinderen met een verstandelijke beperking die gewelddadig en agressief gedrag laten zien. Daders met een verstandelijke beperking functioneren vaak op een relatief goed niveau, vertonen minder frequent maar heftiger geweld en leven in een vrijere situatie. De interventie voor deze doelgroep zou meer gericht op zelfactualisatie moeten zijn, waarbij de cliënten leren hun eigen woede en agressie te reguleren. Op basis van de theorie van Novaco hebben meerdere auteurs cognitief gedragsmatige interventies ontwikkeld en beschreven. Binnen deze benadering wordt gebruik gemaakt van cognitieve herstructurering, arousal reductie en gedragsvaardigheden training.

Lindsay, Allan, Macleod, Cottrell, Overend en Smith (2003) hebben de effectiviteit aangetoond van een op Novaco gebaseerde cognitief gedragsmatige woede interventie bij gewelddadige daders met een verstandelijke beperking. Lindsay (2007) schrijft over verschillende onderzoeken van Taylor en collega's die zijn gebaseerd op eenzelfde benadering (zie ook onderzoek van Taylor hierboven). Taylor en zijn collega's deden verschillende studies met wachtlijstcontroles bij patiënten met een licht verstandelijke beperking en een gewelddadige geschiedenis. Het programma bestond uit 18 sessies cognitief gedragsmatige behandeling. De eerste 6 sessies stonden in het teken van psycho educatieve en motivationele voorbereiding, en werden gevolgd door 12 behandelingsessies. Na afloop en na 4 maanden scoorde de behandelgroep lager op zelf gerapporteerde woede.

Lindsay benoemt ook een onderzoek van Taylor naar volwassenen met een verstandelijke beperking die brand stichtten. De cognitief gedragsmatige interventie bestond uit 40 groepsessies met aandacht voor misdrijf cycli, educatie over kosten, training van vaardigheden om toekomstige coping te versterken en werken aan persoonlijke plannen om terugval te voorkomen. Daarnaast beschrijft ze een onderzoek van Taylor bij 6 vrouwen met een licht verstandelijke beperking en een geschiedenis van brandstichting. Alle interventies hadden positieve effecten.

Singh, Lancioni, Winton, Singh, Adkins en Singh (2008) schreven over de (klinische en kosten)effecten van een 'mindfulness-based' procedure, genoemd 'Meditation on the soles of the Feet'. Deze cognitief gedragsmatige interventie is een eenvoudige meditatietechniek die de aandacht van de cliënten en hun bewustzijn verplaatst van eerste signalen van agressie naar de zolen van hun voet, een neutraal punt in hun lichaam. De interventie werd geëvalueerd met betrekking tot de fysieke agressie van 6 volwassen plegers van misbruik met een licht verstandelijke beperking. De resultaten toonden een afname van fysieke en verbale agressie. Daarnaast bleken geen medicatie en/of beperkende maatregelen nodig en werd er geen schade aangericht bij het personeel of leeftijdgenoten. Een doorberekening van de kosten resulteert in een reductie van 95,7% van de kosten. De interventie bleek klinisch en kosten effectief in het beheersen van de agressie.

Ayland & West (2006) ontwikkelden een op krachten-gebaseerd programma (The Good Way model), waarin een narratieve therapie benadering centraal staat, voor jeugdigen met een verstandelijke beperking die seksueel misbruik hebben gepleegd. Het programma volgt twee lijnen. De eerste lijn (Good Way/Bad Way) focust op een identificatie van de jeugdigen met hun krachten en de elementen van een 'goed leven'. In de tweede lijn (Good House/Bad House) staan de ervaringen

van de jeugdigen met verlies en trauma centraal en wordt de jeugdige gestimuleerd om stappen te ondernemen om beschadigde relaties mogelijk te herstellen. Hoewel de resultaten positief zijn (in 4 jaar tijd heeft geen van de jeugdigen opnieuw seksueel geweld gebruikt), benoemen de auteurs dat voor jeugdigen met zwaardere beperkingen het programma een stap is in een proces van continue begeleiding rondom het gedrag.

Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro & Matthys (2006) beschrijven dat een aantal N=1 studies van Embregts laat zien dat het trainen van opvoedingsvaardigheden van de professionals die jeugdigen met een licht verstandelijke beperking begeleiden effect heeft op met name internaliserend gedrag van de jeugdigen. Daarnaast noemen zij de vooruitgang tussen een voor- en nameting bij een aantal, specifiek op kinderen en jongeren met een licht verstandelijk beperkingen gerichte, gezinsbehandelingen.

### **8.3 Mogelijk werkzame elementen in de traumabehandeling van mensen met een (licht) verstandelijke beperking**

Hoewel inmiddels in meerdere studies is vastgesteld dat kinderen met licht verstandelijke beperking een grotere kans op misbruik hebben dan kinderen zonder beperkingen (zie hoofdstuk 8.1) is er weinig gepubliceerd over de specifieke behandeling van kinderen met een licht verstandelijke beperking die een trauma hebben ervaren. Zowel in Nederland als in het buitenland zijn er inmiddels verschillende benaderingen ontwikkeld die een goede basis kunnen zijn voor een effectieve interventie, maar die nog niet als zodanig zijn onderzocht.

Zo biedt Movisie op haar website een overzicht van methodieken die gebruikt worden in de preventie en hulpverlening van seksueel geweld (Felten, Janssens, Kok & Van Middelaar, 2008). De website [www.methodieken.nl](http://www.methodieken.nl) maakt daarnaast snel en handig de begeleidingsmogelijkheden in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking toegankelijk. Aangezien deze ideeën voor de doelgroep informatief zijn, en wellicht inmiddels al verder in onderzoek, worden deze in paragraaf 8.1 besproken. Paragraaf 8.2 zoomt vervolgens in op een mogelijk effectieve trauma interventie voor mensen met een licht verstandelijke beperking.

#### **8.3.1 Mogelijk in ontwikkeling**

Ruim 10 jaar geleden schreef Deelstra (1998) al een kader voor 'therapie voor licht verstandelijk gehandicapte slachtoffers van seksueel misbruik', op basis van haar ervaringen met deze doelgroep. Ze presenteerde het psychomotorisch behandelmodel van Sigling, dat bestaat uit 4 fasen: -veiligheidsfase; -intimiteitsfase; -vechtfase en -autonomie(of authenticiteits)fase.

In het overzicht van Felten ea (2008) zijn twee methodieken voor mensen met een licht verstandelijke beperking opgenomen. De groepsinterventie 'Deurtje open deurtje dicht (DODD)' is een lespakket waarmee mannen en vrouwen vanaf 16 jaar met een lichte of matige verstandelijke beperking kunnen werken aan sociale weerbaarheid en relatievorming. Er is veel aandacht voor fysieke en verwerkingsoefeningen en voor het leerproces er om heen. Het werkboek seksualiteit voor zwakbegaafde plegers van zedendelicten heeft een duidelijke doelgroep die in dit rapport verder buiten beschouwing staat. Op de site van Movisie staat ook de beschrijving van een project waarin de interventie 'Let op de kleintjes' zal worden aangepast voor kinderen met een verstandelijke beperking.

Op de site [www.methodieken.nl](http://www.methodieken.nl) staat een beschrijving van Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR) maar de specifieke uitvoering bij kinderen met een licht verstandelijke beperking komt niet aan de orde. In de boeken van Didden (2006) en Didden en Moonen (2007) staat de toepassing van EMDR bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijk beschreven, maar hierbij vermeldt

Burkova (2007) dat er (inter) nationaal nog geen wetenschappelijk onderzoek is uitgevoerd naar de effectiviteit.

Charlton, Kliethermes, Tallant, Taverne & Tishelman (2004) bevestigen nogmaals de hogere kans van kinderen met ontwikkelingsstoornissen (waaronder intellectuele beperkingen) op een trauma als gevolg van misbruik, en de hierop volgende negatieve effecten op de ontwikkeling. Op basis van hun praktijkervaring bieden ze een aantal basis uitgangspunten voor diagnostiek en behandeling van een trauma bij kinderen met ontwikkelingsstoornissen. In 2008 presenteerden Charlton en Tallant op de 22<sup>e</sup> Annual San Diego International Conference on Child and Family Maltreatment, een aanzet voor een aangepaste op trauma gefocuste cognitieve gedragstherapie. Ze baseren zich hierbij op het trauma interventie model van Cohen, Mannarino & Deblinger. Charlton en Tallant presenteerden de volgende 4 fasen van deze trauma interventie: 1-erkenning van trauma en psychoeducatie; 2-veiligheid, stabilisatie en competentie; 3- gestructureerde blootstelling aan en verwerking van trauma en 4-transitie van trauma naar leven van alledag. Vervolgens laten ze zien op welke manier per fase de aanpassingen voor kinderen met ontwikkelingsstoornissen vorm kunnen krijgen. Momenteel ontwikkelen ze een aangepaste handleiding voor de aangepaste interventie en verzamelen ze pilot gegevens voor een eerste oordeel over de effectiviteit.

Focht-New, Barol, Clements & Milliken (2008) beschrijven een kader voor de interventie bij mensen met ontwikkelingsstoornissen die zijn blootgesteld aan interpersoonlijk geweld en misdaad. Ook zij stellen dat mensen met een ontwikkelingsstoornis een 4 keer grotere kans hebben om een slachtoffer van geweld te worden dan mensen zonder beperkingen. Juist vanwege hun cognitieve beperkingen is het beoordelen van de psychische flexibiliteit en de reactie/aanpassing op een traumatische gebeurtenis van belang voor het bepalen van de interventie.

Een van de eerste stappen in het bieden van een effectieve interventie is de persoonlijke ontwikkeling van de professionals die ieder dag de cliënten ondersteunen. Vaak hebben deze professionals te weinig training gehad in het identificeren van symptomen gerelateerd aan trauma of het helpen van een persoon tijdens het herstel van een trauma. De andere elementen die door de auteurs worden beschreven zijn: -de ontwikkeling van een biografisch tijdspad; -het bieden van sociale en emotionele steun; -omgevingsondersteuning en -educatieve interventie voor de ontwikkeling van kennis en vaardigheden om de impact van het trauma te begrijpen.

Parkes, Mukherjee, Karagianni, Attavar, Sinason en Hollins (2007) onderzochten de redenen voor een doorverwijzing van mensen met een verstandelijke beperking, naar een psychodynamische psychotherapie. Een trauma behoorde tot een vaakgenoemde reden voor 66 mensen met een licht tot ernstige verstandelijke beperking, waarbij de auteurs aangeven dat veel mensen meer dan één reden hadden. Op basis hiervan stellen de auteurs dat psychotherapie goed mogelijk is bij mensen met een licht tot ernstige verstandelijke beperking waarbij de klinische effecten variëren tussen verminderen van problemen tot het vinden van een baan.

Razza en Tomasulo (2005) stellen in hun boek 'Healing trauma; the power of Group treatment for people with ID' dat ze groeptherapie als meest effectief beschouwen en op basis hiervan hebben gekozen voor interactieve gedragstherapie, en deze vervolgens hebben aangepast voor de mogelijkheden van mensen met een verstandelijke beperking.

### **8.3.2 Mogelijk effectief**

Peckham, Howlett & Corbett (2007) evalueerden een survivors groep voor vrouwen met een verstandelijke beperking die seksueel misbruikt zijn en een educatieve ondersteuningsgroep voor hun verzorgers. De survivorsgroep bestond uit een

wekelijkse sessie gedurende 5 maanden. In de survivors groep werden de vrouwen geholpen met het opbouwen van vertrouwen, het verwerken van het trauma van hun misbruik en kregen ze, op hun niveau aangepaste, voorlichting over seksueel misbruik. De survivors groep bleek succesvol in het verbeteren van de seksuele kennis en in het reduceren van het trauma en depressie, hoewel gedragsproblematiek eerst verslechterde voor een verbetering hierin optrad.

## Hoofdstuk 9 Conclusies

In hoofdstuk 2 zijn de hoofd- en deelvragen beschreven waar in dit project antwoord op gezocht werd. In de hoofdstukken 3 tot en met 8 zijn de resultaten beschreven die betrekking hebben op de onderzoeksvragen. In het huidige hoofdstuk worden naar aanleiding van de resultaten voor de diverse onderzoeksvragen conclusies beschreven.

**Deelvraag 1** Welke praktijkkennis hebben professionals over kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking en hun omringende systeem?

De professionals zien een andere en/of vertraagde ontwikkeling bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking. Op cognitief niveau vallen met name de beperkte probleemoplossingsvaardigheden op. Kinderen met een licht verstandelijke beperking hebben weinig zicht op hun eigen mogelijkheden en kunnen ook moeilijk van perspectief wisselen. Ze hebben daarnaast een beperkt sociaal aanpassingsvermogen en zijn snel afhankelijk van anderen en dus beïnvloedbaar. Kinderen en jongeren met een LVB hebben een opvallende ambitie om 'normaal' te zijn.

In hun emotionele ontwikkeling valt de acceptatieproblematiek met betrekking tot hun eigen beperkingen op. Ze hebben een weinig reëel zelfbeeld en vertonen externaliserend gedrag om hun emotionele problemen te 'verwoorden'. De gedragsproblematiek is dan ook vooral acting-out agressie, hoewel er ook zeker internaliserende problematiek voorkomt.

Een kind of jongeren met een licht verstandelijke beperking is een kwetsbaar kind door zijn/haar beperking, die vaak (te) laat ontdekt is en moeilijk hanteerbaar voor het kind. Bij kinderen is voornamelijk overvraging en overschatting een punt van aandacht, terwijl bij jongeren een schijnbaar hoge weerbaarheid een valkuil is.

Het systeem rondom kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking is vaak niet stabiel. Ouders hebben eigen problemen en zijn sociaal en intellectueel zwakker. De draaglast is vaak zwaarder dan de draagkracht waardoor het voor ouders moeilijk is om de ontwikkeling van het kind goed te ondersteunen en stimuleren.

**Deelvraag 2** Welke praktijkkennis hebben professionals over kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking die een trauma hebben ervaren?

De professionals benoemen dat er vaak sprake is van een aaneenschakeling van trauma's, en dat die vaak al langer bestaan binnen het directe netwerk van het kind of de jongere met een licht verstandelijke beperking. Vooral bij een chronische vorm van trauma is er vaak een gebrek aan steun vanuit het gezin.

De erkenning van een trauma komt vaak pas laat. Door een focus op probleemgedrag wordt een onderliggend trauma soms te lang genegeerd.

Vanwege de verstandelijke beperking begrijpt een kind of jongere de impact van een traumatische gebeurtenis niet. Als gevolg van een trauma wordt met name angst, een negatief zelfbeeld of teruggetrokken gedrag gezien.

**Deelvraag 3** Welke praktijkkennis hebben professionals over diagnostiek bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking die een trauma hebben ervaren?

In hoofdstuk 5 staan de resultaten met betrekking tot de praktijkkennis aangaande diagnostiek bij kinderen en jongeren die een trauma ervaren hebben uitgebreid

beschreven. In hoofdstuk 6 is in het kader van bepaalde therapievormen soms ook iets te vinden over diagnostiek.

Hoewel professionals op het terrein van de diagnostiek veel handelingsverlegenheid ervaren noemen zij ook mogelijk werkzame bestanddelen.

Wat betreft de diagnostische middelen geven de professionals bijvoorbeeld aan dat 'observatie' een grote bron van informatie is bij kinderen en jongeren met een LVB. Genoemd worden de gedragsobservatie, de spelobservatie, de gerichte observatie, observatie tijdens gesprekken en observatie van het dagelijks gedrag.

Wat betreft het werken met vragenlijsten benoemen professionals als mogelijk werkzame bestanddelen:

- het voorlezen van de vragenlijsten aan de kinderen
- niet sec naar de resultaten van de vragenlijsten kijken, maar kijken naar wát zijn de antwoorden
- opvallende resultaten uit vragenlijsten gebruiken in gesprek
- vragenlijsten gebruiken om ernst van trauma in te schatten

Diagnostiek in het kader van traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een LVB is een onderwerp dat nog veel aandacht vraagt. Toekomstig onderzoek zou zich hier op moeten richten.

**Deelvraag 4** Welke praktijkkennis hebben professionals over interventies bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking die een trauma hebben ervaren?

De resultaten met betrekking tot de praktijkkennis over interventies bij kinderen en jongeren met een LVB staan uitgebreid beschreven in hoofdstuk 6.

In eerste instantie is het opvallend dat in de participerende instellingen, van Groningen tot Limburg dezelfde therapievormen op dezelfde manier worden ingezet. Traumabehandeling moet, volgens de professionals, niet enkel gericht zijn op het kind, maar juist op het hele systeem. Het heeft de absolute voorkeur van de professionals dat de traumabehandeling bestaat uit meerdere therapieën en dat er regelmatig overleg plaats vindt tussen de diverse therapeuten en het systeem. Dit is met name bij kinderen met een LVB relevant omdat er zeer vaak sprake is van meervoudige traumaproblematiek en niet van een enkelvoudig trauma.

Zowel systeembehandeling als EMDR en vaktherapieën worden veelvuldig ingezet. Op kleine schaal worden (elementen van) de Horizonmethode ingezet.

Tijdens de kenniswerkplaatsen viel het op dat er een verschil is tussen professionals die 'altijd' met kinderen en jongeren met een LVB gewerkt hebben en professionals die in principe met normaal begaafden werken en soms met kinderen met een LVB. De professionals die altijd met kinderen en jongeren met een LVB werken zien veel meer de mogelijkheden van de diverse therapievormen, bijvoorbeeld speltherapie is heel geschikt omdat het minder een beroep doet op het verbale. Een professional die minder vaak met kinderen met een LVB werkt ziet daarentegen meer belemmerende factoren, zoals speltherapie is niet zo geschikt voor kinderen met een LVB omdat ze minder fantasie hebben.

Het lijkt er op dat professionals die met kinderen met een LVB werken heel erg gewend zijn te zoeken naar mogelijkheden, hoe kan het wel bij dit specifieke kind. Deze houding heeft geresulteerd in een grote hoeveelheid practice based kennis.

**Deelvraag 5** Op welke wijze komt de handelingsverlegenheid van professionals bij de behandeling van een trauma bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking tot uitdrukking?

In hoofdstuk 3 en hoofdstuk 4 is aandacht geweest voor de handelingsverlegenheid van de professionals (met betrekking tot traumabehandeling). Daarnaast zijn in hoofdstuk 5 en in hoofdstuk 6 ook zaken beschreven die onder de noemer 'handelingsverlegenheid' vallen.

De handelingsverlegenheid centraliseert zich vooral rondom herkenning van een trauma, de diagnostiek en het omgaan met het systeem van kinderen en jongeren met een LVB.

Het niet (tijdig) herkennen van een trauma resulteert in vertraging in de behandeling of verkeerde behandeling. In dit kader speelt diagnostiek een grote rol. De professionals geven aan dat het ontbreekt aan een 'vaste methode' of 'voorgeschreven werkvorm' voor traumadiagnostiek. Een belangrijk knelpunt dat professionals noemen is het feit dat de diagnostische middelen niet gedifferentieerd zijn voor kinderen met een LVB.

De handelingsverlegenheid met betrekking tot het systeem is diverse malen door professionals genoemd. Er wordt te weinig systeemgericht gewerkt en het aangaan van een goede werkrelatie met de ouders is vaak niet eenvoudig.

De hier beschreven handelingsverlegenheid hangt natuurlijk nauw samen met het ontbreken van effectieve methodieken voor traumabehandelingen van kinderen en jongeren met een LVB.

**Deelvraag 6** Wat zijn volgens de professionals de werkzame bestanddelen binnen de interventies bij kinderen met een licht verstandelijke beperking die een trauma hebben ervaren?

De mogelijk werkzame bestanddelen binnen de interventies die beschreven zijn in hoofdstuk 6, zijn in hoofdstuk 7 overzichtelijk gepresenteerd. Het aantal mogelijk werkzame bestanddelen is groot en de diverse behandelmethodieken ogen veelbelovend. Het is nu belangrijk om verdere stappen te zetten op weg naar effectief bewezen interventies voor traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een LVB. De behandelmethodieken; systeemtherapie, EMDR, de diverse vaktherapieën en de Horzion methode die ontwikkeld zijn voor de normaal begaafde populatie vormen een goed uitgangspunt. De mogelijk werkzame bestanddelen beschreven in hoofdstuk 7 vormen een goede aanvulling op de weg naar effectieve interventies.

**Deelvraag 7** Welke wetenschappelijke onderbouwing bestaat er voor interventies (gericht op een trauma) bij kinderen met een licht verstandelijke beperking?

Er bestaat geen wetenschappelijke onderbouwing voor trauma interventies voor kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking. Verschillende onderzoeken hebben wel aangetoond dat de kans op misbruik voor deze doelgroep groter is dan voor kinderen en jongeren zonder verstandelijke beperking. Er is nog niet veel onderzoek verricht naar het voorkomen van PTSS bij deze doelgroep. Vermoedelijk wordt de diagnosestelling bemoeilijkt door het beperkte vermogen van de mensen met een licht verstandelijke beperking om hun emoties goed onder woorden te brengen.

Beschreven en onderzochte interventies bij mensen met een licht verstandelijke beperking zijn vaak gebaseerd op zelfmanagement technieken en/of cognitief gedragsmatige technieken. Deze interventies hebben effect op sociale vaardigheden, het gevoel van eigenwaarde, probleemoplossingsvaardigheden en op woede en agressie. De transfer blijkt beperkt te zijn.

Voor de behandeling van een trauma bij mensen met een licht verstandelijke beperking zijn inmiddels verschillende methodieken in ontwikkeling. EMDR wordt veel gebruikt en is voor mensen zonder beperkingen goed beschreven. Een op trauma gefocuste gedragstherapie specifiek voor kinderen met

ontwikkelingsstoornissen wordt op dit moment in een pilot onderzocht. Een interventie voor vrouwen met een licht verstandelijke beperking waarin het accent lag op: - het opbouwen van vertrouwen, -het verwerken van het trauma van hun misbruik en -op niveau aangepaste voorlichting over seksueel misbruik, bleek in potentie effectief.

**Deelvraag 8** Op welke manier kunnen de werkzame bestanddelen (zie vraag 6) gekoppeld worden aan de bewezen effectieve behandelelementen zodat voor deze doelgroep een kader voor een methodiek voor traumabehandeling kan worden geformuleerd?

Deze deelvraag staat centraal op een kennisdag die georganiseerd is na afronding van de eindrapportage. Tijdens deze kennisdag gaan professionals aan de slag met een eerste opzet voor specifieke trauma interventiemodules voor kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking. De verwachting is dat er specifieke modules worden ontwikkeld voor: -EMDR; -Systeembehandeling; -Vaktherapieën en - Horizon. De basis wordt gevormd door de werkzame elementen die zijn samengevat in hoofdstuk 7. De professionals bespreken op welke wijze ze de werkzame bestanddelen uit algemenere interventies voor de doelgroep, zoals beschreven in hoofdstuk 8, ook kunnen toepassen in de modules. De professionals gebruiken hiervoor het format dat het Nederlands Jeugdinstituut voorschrijft voor de eerste stappen op weg naar een effectieve interventie. De opbrengst van deze kennisdag wordt vastgelegd in een wetenschappelijke publicatie.

### **Hoofdvraag**

Op welke wijze kan de practice based kennis van professionals over de behandeling van een trauma bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking onderbouwd worden met evidence based kennis ten behoeve van een verzameling werkzame bestanddelen voor een methodiek?

Bij het beantwoorden van de hoofdvraag is de enorme discrepantie tussen de practice en de evidence indrukwekkend. Enerzijds hebben de professionals die werken met kinderen en jongeren met een LVB een grote hoeveelheid aan practice based kennis opgebouwd. Het is opvallend dat deze professionals doorgaans een zeer actieve en enthousiaste houding hebben. Hun focus is 'oplossingen' en niet 'problemen'. Anderzijds heeft de literatuursearch geen specifieke kennis voor traumabehandeling van kinderen en jongeren met een LVB opgeleverd. Breder kijken naar behandeling van mensen met een LVB in het algemeen heeft geresulteerd in het overzicht dat in hoofdstuk 8 te vinden is. Op de weg naar effectieve interventies moeten deze twee bronnen van informatie samengevoegd worden.

Concluderend, het onderzoeksproject heeft veel zinvolle informatie opgeleverd die nu de basis kan vormen voor de volgende stap op weg naar effectieve modulbeschrijvingen voor de traumabehandeling van kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking. Een vervolgproject biedt de mogelijkheid dit te realiseren.

## Literatuur

Ayland, L. & West, B. (2006). The Good Way model: A strenghts-based approach for working with young people, especially those with intellectual disabilities who have sexually abusive behaviour. *Journal of Sexual Aggression*, 12, 189-201.

Beer, R. & Roos, C. de (2008). EMDR bij kinderen en adolescenten; een nieuw perspectief. In E. ten Broeke, A. de Jongh & H.J. Oppenheim (Red.). *Praktijkboek EMDR; casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen* (blz. 379-407).

Berry, P. (2003). Psychodynamic therapy and intellectual disabilities: dealing with challenging behaviour. *International Journal of disability, development and education*, 50, 39-51.

Boeije, H. (2006). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.

Brom, D. & Kleber, R.J. (1985). De Schokverwerkingslijst. *Nederlands tijdschrift voor de Psychologie*, 40, 164-168.

Burdova, I. (2007). Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) bij sterk gedragsgestoorde, licht verstandelijk gehandicapte mensen (p.113-120). In R. Didden & X. Moonen (Red.). *Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht/Den Dolder: Landelijk kenniscentrum LVG en Expertisecentrum de Borg.

Canney, C. & Birne, A. (2006). Evaluating Circle Time as a support to social skills development-reflections on a journey in school-based research. *British Journal of Special Education*, 33, 19-24.

Center, Y. & Curry, G. (1993). A feasibility study of a full integration model developed for a group of students classified as mildly intellectually disabled. *International Journal of Disability, Development and Education*, 40, 217-235.

Charlton, M., Kliethermes, M., Tallant, B., Taverne, A. & Tishelman, A. (2004). *Facts on traumatic stress and children with developmental disabilities*. Los Angeles: the National Center for Child Traumatic Stress.

Charlton, M. & Tallant, B. (2008). *Adapted Trauma Focused Cognitive Behavior Therapy*. Lezing op 22<sup>e</sup> Annual San Diego International Conference on Child and Family Maltreatment. January.

Chung, K.K.H. & Tam, Y.H. (2005). Effects of cognitive-based instruction on mathematical problem solving by learners iwth mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 30, 207-216.

Deelstra, H. (1998). Therapie voor licht verstandelijk gehandicapte slachtoffers van seksueel misbruik. *Bewegen & Hulpverlening*, 15, 139-167.

Didden, R., Duker, P.C. & Korzilius, H. (1997). Meta-analytic study on treatment effectiveness for problem behaviours with individuals who have mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 101, 387-399.

Didden, R., Korzilius, H., Van Oorsouw, W. & Sturmey, P. (2006). Behavioural treatment of challenging behavior in individuals with mild mental retardation. A meta-analysis of single subject research. *American Journal on Mental Retardation*, 111, 290-298.

Didden, R. (2006). *In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Didden, R. (2007). Effectieve behandeling van jeugdigen en volwassenen met een licht verstandelijke beperking: Een beschouwing. In R. Didden & X. Moonen (Red.). *Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht/Den Dolder: Landelijk kenniscentrum LVG en Expertisecentrum de Borg.

Didden, R. & Moonen, X. (2007). *Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht/Den Dolder: Landelijk kenniscentrum LVG en Expertisecentrum de Borg.

Doyle, C. & Mitchell, D. (2003). Post-Traumatic Stress Disorder and People with Learning Disabilities: A literature based discussion. *Journal of Learning Disabilities*, 7, 23-33.

Engelhard, I.M. & Arntz, A. (submitted). *Low specificity of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms assessed with the PTSD Symptom Scale: a comparison of PTSD patients and healthy controls*.

Felten, H., Janssens, K., Kok, E., & Van Middelaar, M. (2008). *Methodieken seksueel geweld. Hulpverlening en preventie*. Utrecht: Movisie.

Focht-New, G., Barol, B., Clements, P.T. & Milikken, T.F. (2008). Persons with developmental disability exposed to interpersonal violence and crime: approaches to intervention. *Perspectives in psychiatric care*, 44, 89-98.

Goma, H. (2008). *Child abuse found by survey at special schools for disabled children and elementary schools in Japan*. Posterpresentation at IASSID 13th World congress Cape Town, 25th to 30th August 2008.

Gough, P. & Fuchs, D. (2006). *Children with disabilities receiving services from child welfare agencies in Manitoba*. CECW Information.

Hafkenscheid, A. (2007). Klinische diagnostiek van posttraumatische stressproblematiek. In: P.G.H. Aarts & W.D. Visser (Red.), *Trauma. Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Hovens, J.E., Luinge, B.A. & Van Minnen, A. (2005). *Het klinisch interview voor PTSS (KIP): handleiding*. Nijmegen: Cure & Care Publischers.

Hovens, J.E. (2005). Vaststellen van de acute en de posttraumatische stress-stoornis. In: B.P. Gersons & M. Olff (Red.). *Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stress-stoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Konijn, C., van der Steege, M., Elderman, E., Bruinsma, W. & van den Braak, J. (2007). *Werkzame werkwijzen. Verkenning van effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: NJi / Woerden: Adviesbureau Van Montfoort.

- Lamers-Winkelmann, F. (1998). *Vertaling TSCC (Trauma Checklist for Children)*. Amsterdam: Vrije Universiteit, vakgroep orthopedagogiek.
- Lange, A. (2006). *Gedragsverandering in gezinnen. Cognitieve gedrags- en systeemtherapie*. Amstelveen: Martinus Nijhoff.
- Linden, J. van der, Dyck, R. van, Vertommen, H., Reycken, W. van de & Kortenbergh, W. (1992). *Dissociatievragenlijst (DIS-Q)*. Universitair Centrum St. Jozef.
- Lindsay, W.R., Allan, R., Macleod, F., Cottrell, J., Overend, H. & Smith, A.H.W. (2004). Anger and aggression in people with intellectual disabilities: Treatment and follow-up of consecutive referrals and a waiting list comparison. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 255-264.
- Lindsay, W.R. (2007). Offenders with mild intellectual and developmental disabilities: Epidemiology, assessment and treatment. In R. Didden & X. Moonen (Red.). *Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking* (pp. 41-53). Utrecht/Den Dolder: Landelijk kenniscentrum LVG/ Expertisecentrum de Borg.
- Luteijn, F., Hamel, L.F. Bouman, T.K. & Kok, A.R. (1984). *Hopkins symptom checklist HSCL*. Amsterdam: Harcourt.
- Marsh, H.W., Tracey, D.K. & Craven, R.G. (2006). Multidimensional self concept structure of pre adolescents with mid: a hybrid multigroup MIMC approach to factorial invariance and laten mean differences. *Educational and Psycological Measurement*, 795-818.
- McCarthy, J. (2001). Post-traumatic stress disorder in people with learning disability. *Advances in Psychiatric treatment*, 7, 163-169.
- Mevissen-Renckens, L. (2008). *Trauma and trauma therapy (EMDR) in people with ID*. Presentation at the 13<sup>th</sup> World Congress International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities, 25-30 augustus.
- Minuchin, S. (1967). *Families of the Slums*. New York: Basic Books.
- Mitchell + Clegg 2005 Is Post-Traumatic Stress Disorder a helpful concept for adults with ID? *JIDR* v49, p552-559.
- Mitchell, A., Clegg, J. & Furniss, F. (2006). Exploring the meaning of trauma with adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 131-142.
- Moonen, X. (2007). Samen met jeugdigen en volwassenen met een licht verstandelijke beperking de behandeling vormgeven. In R. Didden & X. Moonen (Red.) *Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht/Den Dolder: Landelijk kenniscentrum LVG/ Expertisecentrum de Borg.
- Muris, P., Bodden, D., Hale, W., Birmaher, B. & Mayer, B. (2007). *SCARED-NL. Vragenlijst over angst en bang-zijn bij kinderen en adolescenten. Handleiding bij de gereviseerde Nederlandse versie van de Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*. Amsterdam: Boom test uitgevers.

- O'Connor, W. (1996). A problem solving intervention for sex offenders with an intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 21, 219-235.
- Oosterlaan, J., Prins, P.J.M., Hartman, C.A. & Sergeant, J.A. (1995). *Handleiding bij de vragenlijst voor Angst bij Kinderen (VAK)*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Oosterlaan, J. & Veerman, J.W. (2002). Achtergronden en gebruik van vragenlijsten voor het vaststellen van emotionele en gedragsproblemen bij kinderen. In: Th. Kievit, J.A. Tak & J.D. Bosch, J.D. (Red.), *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- O'Reilly, M.F., Lancioni, G.E., Sigafoos, J., O'Donoghue, D., Lacey, C., Edrisinha, C. (2004). Teaching social skills to adults with intellectual disabilities; a comparison of external control and problem solving interventions. *Research in Developmental Disabilities: a Multidisciplinary Journal*, 25, 399-412.
- Parkes, G. Mukherjee, R.A.S., Karagianni, E., Attavar, R., Sinason, V. & Hollins, S. (2007). Referrals to an intellectual disability psychotherapy service in an inner city catchment area- a retrospective case notes study. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 4, 373-376.
- Ploeg, van der J.D. (2005). *Behandeling van gedragsproblemen. Initiatieven en inzichten*. Rotterdam: Lemnicaat.
- Proot, I. & van der Lyke, S. (2008). Kwalitatief Onderzoek. Over stromingen, kwaliteit en praktische relevantie. In: C. Kuiper, J. Verhoef, K. Cox & D. de Louw, D. (Red) (2008). *Methodiek en Toepassing*. Den Haag: uitgeverij Lemma.
- Razza, N.J. & Tomasulo, D.J. (2005). *Healing Trauma: The power of group treatment for people with intellectual disabilities*. Washington DC: American Psychological Association.
- Rose, J. Loftus, M. Flint, B & Carey, L. (2005). Factors associated with the efficacy of a group intervention for anger in people with intellectual disabilities. *British journal of Clinical psychology*, 44, 305-317.
- Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2006). *Methoden en technieken van onderzoek*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Singh, N., Lancioni, G. E., Winton, A.S.W., Singh, A.N., Adkins, A.D & Singh, J. (2008). Clinical and benefit cost outcomes of teaching a mindfulness based procedure to adult offenders with intellectual disabilities. *Behavior modification*, 32, 622-637.
- Tak, J.A. (2002). Individueel testonderzoek bij kinderen. In: Kievit, Th., Tak, J.A. & Bosch, J.D. (Red.), *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Taylor, J.L., Novaco, B.T., Gillmer, B.T., Robertson, A. & Thorne, I. (2005). Individual cognitive behavioural anger treatment for people with mild-borderline intellectual disabilities and histories of aggression; a controlled trial. *British journal of clinical psychology*, 44, 367-382.

Turk, J., Robbins, I & Woodhead, M. (2005). Post-Traumatic Stress Disorder in Young People with Intellectual Disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 872-875.

Van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B., Matthys, W. (2006). LVG jeugdigen: Specifieke problematiek en behandeling. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

Verhulst, F.C., Ende, J. van der, & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Erasmus Universiteit/Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Verhulst, F.C., Ende, J. van der, & Koot, H.M. (1997). *Handleiding voor de Teacher's Report Form (TRF)*. Rotterdam: Erasmus Universiteit/Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

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

Willner, P. (2005). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities: a critical overview. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 73-85.

#### *Internet*

[www.methodieken.nl](http://www.methodieken.nl) (geraadpleegd november 2008 )

<http://www.orthopedagogiek.com/vragenlijsten%20persoonlijkheid.htm>

<http://www.nji.nl>

## Nawoord

Het in dit rapport beschreven project is ontstaan vanuit een grote betrokkenheid bij de doelgroep kinderen jongeren met een licht verstandelijke beperking en enthousiasme voor vernieuwingen, bij een klein aantal mensen. Tijdens het proces van voorbereiden en uitvoeren hebben steeds meer professionals interesse gekregen in het project en is de groep participerende professionals sterk gegroeid. Op de verzendlijst voor de verspreiding van nieuws staan inmiddels veel namen en de website [www.lvb-traumabehandeling.nl](http://www.lvb-traumabehandeling.nl) wordt dagelijks bezocht.

Met het project dat in dit rapport beschreven is heeft de ontwikkeling van methodieken voor traumabehandeling voor kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking een impuls gekregen. Er moeten echter nog een groot aantal stappen gezet worden om te komen tot effectief bewezen methodieken. Dit is toekomstmuziek, nu willen we van de gelegenheid gebruik maken een aantal mensen te bedanken voor hun bijdrage in dit project.

Alle professionals die hebben geparticipeerd in de diverse kenniswerkplaatsen stonden aan de basis van dit rapport. Zij zijn betrokken bij de doelgroep en waren enthousiast voor het onderwerp. Zij hebben hun (behoefte aan) kennis verwoord en meegedacht over de ontwikkeling van een trauma interventie voor kinderen en jongeren met een licht verstandelijk beperking.

Initiatiefnemer Tjallinga Hiem is als orthopedagogisch behandelcentrum zeer actief betrokken bij de doelgroep kinderen en jongeren met een LVB. Tijdens het schrijven van de subsidie aanvraag en gedurende het hele project is Tjallinga Hiem enorm faciliterend geweest. Vooral het beschikbaar stellen van een professional als projectleider heeft geresulteerd in een effectieve verbinding tussen praktijk en onderzoek.

De Mutsearsstichting, GGzE, Herlaarhof en Fier Fryslan hebben een zeer waardevolle bijdrage geleverd door hun kennis in te brengen in de kenniswerkplaatsen. In het bijzonder hebben de aandachtsfunctionarissen, ook die van Tjallinga Hiem, gezorgd voor een effectieve communicatie tussen projectgroep en professionals.

Bij Fontys Hogeschool Pedagogiek heeft een aantal docenten het onderzoeksproces ondersteund met verschillende activiteiten. Zij stonden open voor nieuwe taken en wilden hun expertise ook inzetten voor het project.

Tot slot was het project niet mogelijk geweest zonder de subsidie die we hebben ontvangen van de Stichting Innovatie Alliantie. Wij hebben de afgelopen jaren genoten van een enthousiaste praktijk vol met kennis, het uitvoeren van een praktijkgericht onderzoek en het schrijven en presenteren van een mooie inhoudelijke basis voor traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking.

Aafke, Cristel, Gepke en Petra  
Juni 2009

## **Bijlage 1 Deelnemende instellingen in het project**

### *Tjallinga Hiem*

Als orthopedagogisch centrum neemt Tjallinga Hiem een positie in tussen de (justitiële) jeugdzorg, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de kinder- en jeugdpsychiatrie. Tjallinga Hiem is op meerdere gebieden actief in de samenwerking met de hieraan verbonden partijen. Dit betekent dat zij beschikt over meerdere contacten binnen dit netwerk. Deze contacten worden daar waar relevant, aangewend voor het vormen van netwerken van professionals op het gebied van traumaproblematiek. Jeugdhulp Friesland en MEE-Friesland hebben middels een schrijven laten weten het innovatieproject van harte te onderschrijven

### *Fontys Hogeschool Pedagogiek*

Fontys Hogeschool Pedagogiek bezit zowel een relevant intern als een relevant extern netwerk. Tot het interne netwerk behoren de overige relevante opleidingen van Fontys Hogescholen (onder andere Social Studies, PABO, Toegepaste psychologie) en de alumniverenigingen via welke afgestudeerden op de hoogte worden gehouden van ontwikkelingen binnen hun werkveld. Tot de externe netwerken behoren stageverlenende instellingen als bureaus jeugdzorg, instellingen voor jeugdhulpverlening en kinder- en jeugdpsychiatrie uit de regio. Deze instellingen zijn naast stageverlenende instelling ook partner in praktijkgericht onderzoek. Kruisbestuiving van interne en externe netwerken vindt plaats doordat docenten van Fontys naast hun doceertaken, vaak werkzaam zijn binnen diverse zorginstellingen en bureaus jeugdzorg.

### *GGzE*

Een zorgprogramma voor (L)VB is gezien de aard van de doelgroep, de complexiteit van de hulpvragen en de verschillende "vindplaatsen" van de cliënten (bijvoorbeeld jeugdzorg, MEE, justitie, reclassering, speciaal onderwijs) per definitie een transmuraal zorgprogramma. Het netwerk van de GGzE is breed, in de regio zuidoost onder meer concreet verankerd in het expertiseteam 18-, waar de diverse zorgaanbieders zijn vertegenwoordigd. Bijzondere vermelding behoeft de bij het GGzE specifiek ingerichte kenniscentrum waarin programmaontwikkeling, opleidingen, expertiseontwikkeling (onder meer door wetenschappelijk onderzoek) centraal staat. De borging van resultaten uit het onderzoek is hiermee zeker 'gewaarborgd'.

### *Herlaarhof*

Herlaarhof beschikt over een landelijk netwerk van partners gespecialiseerd in diagnostiek en behandeling van LVB-problematiek. Daarnaast wordt op korte termijn een samenwerking aangegaan met enkele lokale netwerkpartners om tot een regionaal expertisecentrum op het gebied van LVB-problematiek te komen. Bij een koppeling van netwerkpartners van de verschillende consortiumleden ontstaat zo een landelijk zeer fijnmazig netwerk van instellingen bekend met traumagerelateerde problematiek bij kinderen en jongeren met LVB.

### *Mutsaersstichting*

De professionals van De Mutsaersstichting zijn werkzaam binnen een breed spectrum van jeugdzorg en Blijf van mijn lijf-voorzieningen. Hierdoor vertegenwoordigt het netwerk van De Mutsaersstichting alle facetten van hulpverlening die van toepassing zijn op het onderzoek naar traumabehandeling van LVB. Uiteraard vindt er op regelmatige basis professionele uitwisseling plaats binnen dit netwerk, onder andere middels het organiseren van refereeravonden. Naast in lijn gelijkwaardige netwerkpartners vindt De Mutsaersstichting het van belang 'de

voordeur' te betrekken bij het ontwikkelen en verspreiden van de kennis voortkomend uit dit onderzoek. Daarom wordt belang gehecht aan de contacten met scholen voor regulier en speciaal basisonderwijs en consultatiebureaus in de regio. Intercollegiale uitwisseling vindt ook plaats met bureaus jeugdzorg. Professionals van De Mutsaersstichting zijn ten slotte nauw betrokken bij de professionalisering van hun beroepsgroepen via het verzorgen van scholing bij RINO's en Universiteiten en het participeren in beroepsverenigingen.

*Kinder- en Jeugdtraumacentrum Fryslân*

Het Kinder- en Jeugdtraumacentrum Fryslân werkt nauw samen met andere instellingen, zoals MEE, Talant (verstandelijk gehandicaptenzorg), Geestelijke gezondheidszorg Friesland, Bureau Jeugdzorg, Jeugdhulp Friesland, Tjallinga Hiem, de politie, Intensieve Thuishulp, Algemeen Maatschappelijk Werk, Forensische Jeugdpsychiatrie (daderhulpverlening) en Vrouwenopvang Fryslân (Fier!Fryslân). NB. Fier Fryslân heeft zich halverwege het project teruggetrokken uit het consortium.

## Bijlage 2 Best Practice Kenniswerkplaats

### Formulier voor de documentatie van Best Practices RAAK

*Dit formulier heeft als doel het documenteren van best practices / leermomenten van de RAAK programma's. Aan de hand van een aantal vaste onderwerpen wordt u gevraagd de leermomenten uit uw programma te beschrijven. Onder Best Practices wordt verstaan: een instrument om gewoontes die hun dienst met succes hebben bewezen systematisch te repliceren. Bedrijven/organisaties kunnen middels Best Practices leren van elkaar en elkaars kennis hergebruiken. Kortom, leermomenten zijn de tips en trucs die u hebt opgedaan tijdens de uitvoering van het RAAK programma. Onderwerpen waar een leermoment betrekking op kan hebben zijn: vraagarticulatie, netwerkvorming, regionale inbedding, kenniscirculatie, kennisverhoging / disseminatie, duurzame doorwerking, en uitvoering & planning. Het formulier is samengesteld aan de hand van onderzoek naar Best Practices / leermomenten en ervaringen van anderen. Meer informatie over dit onderzoek kunt u vinden op de website van de Stichting Innovatie Alliantie ([www.innovatie-alliantie.nl](http://www.innovatie-alliantie.nl)). Tevens staan op deze website (in het document 'Best Practices voor kennisdelen') voorbeelden van leermomenten uit RAAK-programma's.*

*Per leermoment dient 1 formulier te worden ingevuld (lege formulieren zijn te downloaden vanaf de SIA website).*

#### Algemeen

Titel RAAK programma RAAK traumabehandeling voor kinderen met een licht verstandelijke beperking

Penvoerende onderwijsinstelling Fontys Hogeschool Pedagogiek

Datum 7 oktober 2008

Titel Kennis delen binnen kenniswerkplaatsen

Beschrijving *Er bestaat geen evidence based methodiek voor traumabehandeling van kinderen met een LVB, wel is er veel practice based kennis aanwezig bij de professionals die werken met deze kinderen. Deze kennis is echter versnipperd en verspreid door heel Nederland. In het RAAK project LVB en trauma worden kenniswerkplaatsen georganiseerd om deze vaak impliciete kennis expliciet en toegankelijk te maken. Een kenniswerkplaats wordt in het project omschreven als een bijeenkomst van professionals, die aan de hand van een (door onderzoekers ontworpen) gespreksprotocol, een bepaald thema bespreken, bijvoorbeeld de werkzame bestanddelen binnen een behandelingsvorm. In het RAAK project LVB en trauma worden*

*kenniswerkplaatsen georganiseerd in Friesland, Noord Brabant en Limburg. Door het gebruik van gespreksprotocollen zijn de data vergelijkbaar. Het aan de hand van een protocol inventariseren van een bepaald thema wordt door professionals als zeer positief ervaren, zeker omdat de professionals weten dat deze vragen elders in Nederland ook beantwoord worden en dat zij later een overzicht krijgen van alle gegeven antwoorden.*

*De kenniswerkplaatsen zijn een bruikbaar middel om de practice based kennis van professionals expliciet te maken, te inventariseren, te delen, te verspreiden en aan te vullen.*

*Door te participeren in kenniswerkplaatsen ontwikkelen de professionals een breder referentiekader mbt de besproken thema's. Ze horen wat andere professionals (op verschillende plekken in Nederland) doen en koppelen dit aan hun eigen kennis. De beschrijving van de resultaten vormt een goede, praktisch inhoudelijke, basis voor de professionals in opleiding*

*De voorbereiding van de kenniswerkplaatsen gebeurt grotendeels binnen de instellingen. De aandachtspersonen die vanuit het RAAK project binnen de instellingen zijn benoemd spelen een belangrijke rol bij het enthousiasmeren van de professionals en dus bij de samenstelling van de kenniswerkplaats. De aanwezigheid van een projectteamlid bij de kenniswerkplaatsen en het gebruik van een memorecorder voor een integrale transcriptie versterken een constructieve samenwerking.*

#### Resultaat

*Kennis bij de professionals, enthousiasme bij de professionals, groeiend vertrouwen mbt eigen handelen bij de professionals, expliciete kennis voor het onderzoek en nieuwsgierigheid naar resultaten van andere kenniswerkplaatsen ('het thema leeft').*

#### Advies

*Vorm kenniswerkplaatsen voor projecten waarbij professionals een belangrijke rol kunnen spelen. Nodig voor de kenniswerkplaatsen professionals uit van verschillende disciplines, verschillende afdelingen, en verschillende instellingen zodat de bijeenkomst een meerwaarde heeft.*

*Benoem professional als voorzitter.*

*Koppel resultaten uit verschillende kenniswerkplaatsen na analyse in samenvatting terug.*

## **Bijlage 3 Vragen uit de protocollen van kenniswerkplaats 1 en 2**

### **Protocol kenniswerkplaats 1**

*00.00-00.20*

Kennismakingsrondje indien nodig

Korte toelichting functie aandachtsfunctionaris

Korte toelichting project

Korte toelichting kenniswerkplaats

Doel bijeenkomst 1 → hoe ziet de handelingsverlegenheid eruit? Oriëntatie op handelingsverlegenheid.

(NB: Practice based kennis (wat werkt er bij wie en op welke manier) moet in bijeenkomst 2 centraal staan!)

Werkwijze bijeenkomst: meningen en ervaringen van experts, van elkaar leren en door elkaar geprikkeld worden, consensus, memorecorder (privacy gewaarborgd, individuele personen niet te traceren)

Formele registratie; toelichting en uitdelen formulieren

*00.20-1.45*

Vraagstellingen mbt vaststellen consensus handelingsverlegenheid

#### Intro

-Hoe zouden jullie het kind/de jongere met een licht verstandelijke beperking omschrijven?

-Met welke trauma's zijn de lvb-kinderen in jullie praktijk geconfronteerd?

-Op welke wijze zien jullie dat een lvb-kind worstelt met een (onverwerkt) trauma?

#### Kern

-Op welke manier kun je als professional hulp bieden aan een lvb-kind dat een trauma heeft ervaren?

-Is de hulp die je kunt bieden optimaal?

Zo ja, kun je dit toelichten?

Zo nee, op welk gebied (bv inhoudelijk/theorie; omgang met kind; omgang met ouders) mis je kennis?

#### Afronding

-Ervaar je mogelijkheden om je kennis te vergroten en/of te toetsen (bv bij een persoon, met behulp van literatuur)? Kun je dit toelichten?

*1.45-2.00*

Kort evalueren van werkwijze met kenniswerkplaats (zie hiervoor ook evaluatieformulier)

Vooruitlopen naar volgende bijeenkomst (tussen 29 okt en 10 nov): datum en doel bespreken.

## Protocol kenniswerkplaats 2

00.00-00.20

Indien nodig:

- Kennismakingsrondje (indien nodig bij nieuwe leden; in dit geval ook versie 2 van kenniswerkplaatsformulier 'algemene informatie' invullen en opsturen)
- Korte toelichting fase van het project; bespreking functie bijeenkomst 2 en vooruitlopen naar bijeenkomst 3 (koppeling practice en evidence based kennis)

Doel bijeenkomst 2 → welke practice based kennis (wat werkt er bij wie en op welke manier) is aanwezig binnen de verschillende instellingen? Oriëntatie op practice based kennis.

Werkwijze bijeenkomst: meningen en ervaringen van experts, van elkaar leren en door elkaar geprikkeld worden, consensus, memorecorder (privacy gewaarborgd, individuele personen niet te traceren)

Formele registratie; toelichting en uitdelen formulieren

00.20-1.45

Vraagstellingen mbt vaststellen practice based kennis.

### Intro

- Wat verstaan jullie onder een trauma?
- Wat doen jullie aan diagnostiek mbt trauma bij kinderen met LVB?
- Wat wordt er wel uitgevraagd over het trauma?
- Wat wordt er niet uitgevraagd over het trauma?
- Ervaren jullie een verschil tussen traumabehandeling van kinderen met LVB en behandeling en begeleiding van kinderen met LVB met een trauma?

### Kern

Let op, indien uit de antwoorden op vraag 3 uit de intro blijkt dat er verschillen worden ervaren tussen traumabehandeling en behandeling/begeleiding van kinderen met een trauma dan onderstaande vragen beantwoorden voor zowel traumabehandeling als behandeling/begeleiding van kinderen met een trauma.

- Wat doen jullie aan traumabehandeling bij kinderen met LVB? Benoem de stappen die je neemt in de behandeling.  
(-Wat doen jullie aan behandeling/begeleiding van kinderen met LVB met een trauma?)
- Welke elementen van traumabehandeling bij kinderen met LVB ervaren jullie als werkzaam?
- (-Welke elementen van de behandeling van kinderen met LVB met een trauma ervaren jullie als werkzaam?)
- Wie zijn betrokken bij de traumabehandeling?

### Afronding

- Op welke theorieën baseer je je behandeling? Vanuit welke referentiekader werk je?
- Wat wil je verder nog iets kwijt over traumabehandeling bij LVB? (wat is nog niet gezegd)

## Bijlage 4 Effectieve interventies

Informatie over effectieve interventies van de website van het Nederlands Jeugdinstituut (<http://www.nji.nl>, geraadpleegd op 26 mei 2009)

### De effectladder

Veel interventies die in de praktijk worden gebruikt zijn niet zonder meer aan te duiden als 'bewezen effectief'. Dat betekent nog niet dat de kwaliteit van die interventies slecht is. Effectiviteit is geen alles-of-niets-zaak.

Van Yperen en Veerman (2008) hebben een kader opgesteld waarin de effectiviteit van interventies is ingedeeld in een aantal niveaus. Zij gaan daarbij uit van verschillende soorten effectiviteit die onderscheiden kunnen worden. Ook stellen zij voor het begrip 'effectiviteit' en het effectonderzoek te koppelen aan het ontwikkelingsstadium waarin een interventie verkeert. Daarvoor hebben zij de zogenaamde 'effectladder' ontwikkeld.

#### Niveau 0: werken met impliciete kennis

Op niveau 0 van de effectladder is er sprake van een interventie die 'in de hoofden' van de uitvoerders zit. De praktijkwerkers ondersteunen bijvoorbeeld ouders op een volgens hen methodische manier, maar wat ze precies doen en waarom dat zou werken is voor anderen niet duidelijk op papier gezet. Dit kan een bijzonder effectieve interventie zijn, maar de werkwijze en resultaten zijn voor buitenstaanders niet duidelijk. Dat hindert ook de overdraagbaarheid van de interventie aan vakgenoten.

#### Niveau 1: goed beschreven interventies

Op niveau 1 van de effectladder is de aard van de interventie nader omschreven en gespecificeerd. De aandacht gaat vooral uit naar het doel van de interventie, de doelgroep, de aanpak en de randvoorwaarden voor de uitvoering. Door deze explicitering is de werkwijze van de interventie te begrijpen, de kans op effectiviteit enigszins in te schatten en de aanpak gemakkelijker overdraagbaar.

Bijvoorbeeld: 'Het programma voor ouders die moeten leren omgaan met hun koppige peuters bestaat uit vijf bijeenkomsten met huiswerkopdrachten: (1) De ontwikkeling en gewone problemen met peuters; (2) Kijken naar gedrag van je kind en jezelf; (3) Aandacht geven aan gewenst gedrag werkt beter; (4) Wat doe je als het echt spaak loopt?; (5) Als je kind ouder wordt.' Deze korte omschrijving laat al zien dat de interventie elementen lijkt te bevatten van bekende effectieve ouderprogramma's voor kinderen met gedragsproblemen.

#### Niveau 2: interventies met theoretische bewijskracht zijn veelbelovend

Het formuleren van een goede interventietheorie ('program theory') maakt een interventie in theorie effectief of 'veelbelovend'. Interventies in de [databank Effectieve Jeugdinterventies](#) op deze website voldoen minstens aan dit niveau. Op niveau 2 van de effectladder gaat het om een aannemelijk verhaal dat de interventie kan werken.

Als daarbij gerefereerd wordt aan algemeen aanvaarde en met onderzoek ondersteunde theorieën komt de interventie nog sterker te staan.

Het hierboven genoemde ouderprogramma kan bijvoorbeeld onderbouwd worden door aan te sluiten bij de theorie van de zogenaamde 'coercive patterns' in opvoeden: patronen waarin ouders op steeds negatiever gedrag van hun kind met steeds negatiever opvoedersgedrag reageren, zoals dwang en dreiging. Dat gedrag kan doorbroken worden door ouders een aanpak te leren waarin zij vooral aandacht besteden aan positief gedrag van hun kind. Er is veel onderzoek dat laat zien dat dit werkt.

### Niveau 3: interventies met voorlopige bewijskracht

Een goede omschrijving (niveau 1) en onderbouwing (niveau 2) laten het wat en waarom van een interventie zien. Als vastgesteld kan worden dat de geformuleerde doelen of gewenste veranderingen bereikt zijn, en bovendien is vastgesteld dat de interventie ook volgens plan verstrekt is aan de beoogde doelgroep, dan is de bewijsvoering van een effectieve interventie weer een stapje verder gebracht. Om dit allemaal te kunnen constateren moet er gemeten worden.

Het meten vormt de kern van niveau 3 van de effectladder: er zijn cijfers beschikbaar die laten zien dat de doelgroep wordt bereikt, dat de doelen van de interventie worden gerealiseerd, dat er weinig cliënten zijn die voortijdig afhaken, dat de cliënten tevreden zijn. Deze gegevens leveren de eerste indicaties op voor de effectiviteit van de interventie. Immers, als zou blijken dat bij de doelgroep maar een fractie van de doelen wordt gehaald, zouden er maar weinig mensen zijn die de interventie effectief durven noemen. Daar staat tegenover dat als wél bij velen de doelen zijn bereikt, het nog niet zeker is dat dit aan de interventie te danken is. Er kan ook sprake zijn van bijvoorbeeld veelvoorkomend spontaan herstel.

### Niveau 4: interventies met causale bewijskracht zijn bewezen effectief

Interventies die voldoende causale bewijskracht hebben zijn 'bewezen effectief' te noemen: de gemeten verbetering is toe te schrijven aan de gebruikte interventie. Dit is het hoogste niveau van effectiviteit, mits de interventie ook op de andere niveaus goed ontwikkeld is. Op niveau 4 van de effectladder is er sprake van een goed omschreven, theoretisch onderbouwde en in de praktijk getoetste aanpak, waarbij bovendien is aangetoond dat de interventie beter is dan 'geen interventie' en een 'andere interventie'. Daarvoor is een vergelijking nodig met een groep die geen hulp heeft ontvangen en een groep die de interventie niet gekregen heeft maar wel een ander aanbod.

### Niveaus van onderzoek en bewijskracht

Veerman en Van Yperen hebben de verschillende effectiviteitsniveaus gekoppeld aan soorten onderzoek die daarin een functie kunnen vervullen. De verschillende soorten onderzoek zijn door het Nederlands Jeugdinstituut vertaald naar verschillende niveaus van bewijskracht die de Erkenningscommissie (jeugd)interventies gebruikt bij de beoordeling van de effectiviteit van interventies: hoe meer bewijskracht, hoe zekerder de uitspraak over de effectiviteit kan worden gedaan. Alles is bij elkaar op een 'effectladder' gezet die aangeeft welke stappen genomen moeten worden om een interventie naar het hoogste niveau te brengen. Een praktische gids voor het werken met deze effectladder en een toelichting op de verschillende soorten onderzoek zijn te vinden in het 'Handboek Zicht op Effectiviteit'.

| Effectladder        |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Niveau effectladder |                                     | Soorten onderzoek                                                                                                                                                                                                                                             | Erkenning                                                                                                                                                                                                                        |
| 4.                  | Is de interventie <b>werkzaam</b> ? | <ul style="list-style-type: none"><li>- Experimenteel onderzoek</li><li>- Quasi-experimenteel onderzoek</li><li>- Case-studies (N=1-onderzoek)</li><li>- Veranderingstheoretisch onderzoek</li><li>- Normgerelateerd onderzoek ('Benchmarkstudies')</li></ul> | <b>Bewezen effectief</b> of <b>waarschijnlijk effectief</b> afhankelijk van: <ul style="list-style-type: none"><li>- Kwaliteit onderzoek</li><li>- Follow-up</li><li>- In praktijk uitgevoerd</li><li>- Aantal studies</li></ul> |

|    |                                                  |                                                                                                                                                                        |                                    |
|----|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 3. | Is de interventie <b>doeltreffend</b> ?          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Veranderingsonderzoek zonder benchmark</li> <li>- Doelrealisatie-onderzoek</li> <li>- Cliënttevredenheidsonderzoek</li> </ul> |                                    |
| 2. | Is de interventie <b>in theorie effectief</b> ?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meta-analyses</li> <li>- Literatuurstudies</li> <li>- Studies naar impliciete kennis</li> </ul>                               | <b>Theoretisch goed onderbouwd</b> |
| 1. | Is de interventie <b>goed beschreven</b> ?       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descriptief onderzoek</li> <li>- Observatie-onderzoek</li> <li>- Documentanalyse</li> <li>- Interviews</li> </ul>             |                                    |
| 0. | Is de interventie <b>impliciet (black box)</b> ? |                                                                                                                                                                        |                                    |

Sommige niveaus van de effectladder hebben geen equivalent erkenning van de commissie. Die niveaus moeten worden gezien als belangrijke tussenstappen om tot een erkenning te komen. Bijvoorbeeld, via doelrealisatie-onderzoek komt men erachter of een interventie überhaupt bij lijkt te dragen aan het bereiken van doelen in de preventie of de zorg. Als dat niet het geval is, heeft het ook geen zin om geavanceerder onderzoek ten behoeve van een erkenning in gang te zetten.

#### Van effectief in de praktijk naar bewezen effectief

Voor interventies die in de praktijk gebruikt worden maar die niet of nauwelijks geëxpliciteerd, onderbouwd en effectief gebleken zijn betekent de effectladder een opeenvolging van stappen die ondernomen moeten worden om de interventie tot een bewezen effectieve status te brengen. Veerman en Van Yperen hebben handreikingen geformuleerd om van het ene naar het andere niveau te komen. In veel praktijkorganisaties is de effectladder het kader geworden om methodiekwontwikkeling en verschillende soorten effectonderzoek in een gefaseerd proces te laten verlopen.

#### Bronnen en meer informatie

Kazdin, A.E. (red., 2003), 'Methodological issues and strategies in clinical research' (derde editie). Washington D.C., American Psychological Association.

Loon, D. van en B. van der Meulen (2004), 'Effectonderzoek naar vroegtijdige orthopedagogische interventies. Methodologische moeilijkheden en mogelijkheden'. Amsterdam, Boom.

Rossi, P.H., M.W. Lipsey en H.E. Freeman (2004), 'Evaluation. A systematic approach' (7e editie). Thousand Oaks, Sage Publications.

Shadish, W.R., T.D. Cook en D.T. Campbell (2002), 'Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference'. Boston, Houghton Mifflin Company.

Veerman, J.W. en T.A. Yperen (2007), 'Degrees of freedom and degrees of certainty. A developmental model for the establishment of evidence-based youth care. Evaluation and Program Planning', 30 (2), 212-221.

Yperen, T.A. van (2007), '[Integraal erkend. Naar een afstemming erkenning jeugdinterventies](#)'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Yperen, T.A. van en J.W. Veerman (2008, red.). 'Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek onderzoek in de jeugdzorg'. Delft: Eburon. Te bestellen op de [website van uitgeverij Eburon](#).

Yperen, Y. van & Bommel, M. van (2009). '[Erkenning interventies: criteria 2009 - 2010. Erkenningscommissie \(Jeugd\)Interventies](#)'. Utrecht / Bilthoven: Nederlands Jeugdinstituut / RIVM.

Wartna, B.S.J. (2005), 'Evaluatie van daderprogramma's. Een wegwijzer voor onderzoek naar de effecten van strafrechtelijke interventies speciaal gericht op het terugdringen van recidive'. Meppel, Boom Juridische Uitgevers.

