



# Tijdschrift LVB Onderzoek & Praktijk

---

- Thema's in sociale probleemsituaties voor (jong)volwassenen met een LVB
- Jouw Ingebrachte Mentor (JIM) bij gezinnen met een LVB
- Casus: Traumabehandeling bij een jongeman met een LVB en ASS
- Op de zeepkist: Onvoorwaardelijke zorg LVB+
- Promotienieuws
- Handreiking Passende Transitiezorg voor jongeren met een LVB

# 1

Voorjaar 2024, jaargang 22, nr 1

**Tijdschrift van professionals**  
die werken voor sociaal kwetsbare  
mensen met cognitieve beperkingen



## **LVB Onderzoek & Praktijk**

*Tijdschrift van professionals die werken voor sociaal kwetsbare mensen met cognitieve beperkingen  
is een uitgave van de stichting Landelijk Kenniscentrum LVB*

LVB Onderzoek & Praktijk verschijnt tweemaal per jaar.

---

### **Hoofredactie:**

Mariët van der Molen

### **Redactie:**

Anika Bexkens

Annematt Collot d'Escury-Koenigs

Jolanda Douma

Annie de Groot

Hendrien Kaal

Maroesjka van Nieuwenhuijzen

Albert Ponsioen

Andries Schilperoord

Hilde Tempel

### **Tekstcorrecties:**

Jolanda Douma

### **Secretariële ondersteuning:**

Mischa Vreijssen

### **Vormgeving:**

Renate Siebes – Proefschrift.nu

### **Vermenigvuldiging:**

Nezzo print en creatie – Druten

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

---

### **Correspondentie en kopij:**

Landelijk Kenniscentrum LVB

t.a.v. Redactie LVB Onderzoek & Praktijk

Postbus 519

3500 AM Utrecht

tel. 030-7400400

[redactie@kenniscentrumlvb.nl](mailto:redactie@kenniscentrumlvb.nl)

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

ISSN printversie 2950-6409

ISSN online/pdf-versie e-ISSN nr 2950-6417

# LVB Onderzoek & Praktijk

Voorjaar 2024  
Jaargang 22 – nummer 1

## Inhoud

Van der Molen	2	Voorwoord
Werkman & Van Rest	3	Welke thema's in sociale situaties zijn problematisch voor (jong)volwassenen met een licht verstandelijke beperking?
Fokkens & De Ruig	15	Relatie-acrobatiek in de praktijk: De JIMaanpak in gezinnen waar sprake is van een licht verstandelijke beperking
Schilperoord	21	Traumabehandeling bij een jongen met een LVB, ASS en psychosegevoeligheid
Van Stuivenberg-Rutten	27	Op de zeepkist: Inspiratie uit de praktijk <i>Onvoorwaardelijke zorg LVB+</i>
<b>Promotienieuws</b>		
	30	
Dekker	32	Handreiking Passende Transitiezorg voor jongeren met een licht verstandelijke beperking plus psychische of gedragsproblematiek

## Voorwoord

Mariët van der Molen – hoofdredacteur LVB Onderzoek & Praktijk

Wat zijn er voor dit Voorjaarsnummer weer mooie en relevante stukken ingediend bij de redactie!

In de studie van *Marieke Werkman* en *Maaïke van Rest* werd de eerste stap genomen in de ontwikkeling van de Sociale InformatieverwerkingsTest voor (jong)Volwassenen (SIVT-V), namelijk het exploreren van thema's in sociale situaties die door (jong)volwassenen met een LVB als problematisch worden ervaren. Op basis van focusgroepen en interviews met ervarings- en gedragsdeskundigen zijn zes van dergelijke thema's gevonden. Een prachtig uitgevoerde studie met heldere en belangrijke resultaten.

*Sandra Fokkens* en *Suzanne de Ruig* hebben de JIMaanpak onderzocht in gezinnen waar sprake is van een LVB. JIM staat voor Jouw Ingebrachte Mentor en is ontwikkeld vanuit de ambitie om uithuisplaatsing te voorkomen. Wat is er nodig om de JIMaanpak in te zetten in gezinnen waarin sprake is van een LVB? Waar moet je rekening mee houden en hoe pas je de aanpak aan aan deze gezinnen? Op basis van ervaringen van experts wordt in dit artikel zoveel mogelijk antwoord gegeven op deze vragen. De conclusie is in ieder geval: Ook in deze gezinnen kan het ingezet worden, maar met aanpassingen.

Dan een mooie casus van *Andries Schilperoord*, inmiddels bijna een huisauteur. De casus gaat over Matthew, een vrolijke, leergierige 17-jarige jongeman. Door pestgedrag van andere leerlingen, ontwikkelde hij dwangklachten, uiteindelijk leidend tot psychotische klachten. Naar school gaan lukte op een gegeven moment niet meer. Zijn LVB en ASS vroegen om een behandeling op maat. Die kreeg hij. Met veel zorg, beleid en met inzet van onder andere moeder, een hulptherapeut en een kwartetspel, heeft Matthew zo'n 10 EMDR-sessies volgens de verhalenmethode doorlopen, in een periode van twee weken.

Hoe dat allemaal is aangepakt en heeft uitpakkt, leest u in het betreffende artikel.

We hebben een nieuwe rubriek: Op de zeepkist: Inspiratie uit de praktijk. Deze rubriek staat open voor mensen werkzaam in de zorg voor mensen met een LVB die hun enthousiasme willen delen over een bepaalde werkwijze, methode, bejegening of activiteit, met als doel het inspireren van de lezer. *Patricia van Stuivenberg-Rutten* trapt af met een mooi en inspirerend betoog over Pro; een woonvorm waarin onvoorwaardelijke zorg geboden wordt aan mensen met een LVB en extreem agressief gedrag.

Promotienieuws. Dit keer van *Femke Scheffers*. Zij promoveerde in maart op het proces van veerkracht bij mensen met een VB; hoe gaan zij om met tegenslag? Voor dit tijdschrift schreef zij een Nederlandse samenvatting.

Tot slot, onlangs verscheen voor professionals de 'Handreiking passende transitiezorg voor jongeren met een LVB plus bijkomende psychische of gedragsproblematiek' van de Academische werkplaats Kajak. Daarin is wetenschappelijke en praktijkkennis gebundeld en worden adviezen gegeven voor goede zorg voor deze jongeren bij de overgang naar volwassenheid. In dit nummer staat een korte samenvatting en verwijzing naar waar de handreiking te vinden is.

Kortom, het is weer een nummer vol met belangrijke en inspirerende ervaringen en kennis uit de praktijk en de wetenschap. Veel plezier met lezen en tot in het najaar!

*Ps. Wat ook mooi is: vanaf deze maand is ons tijdschrift opgenomen in de Koninklijke Bibliotheek, waar het eenvoudig te vinden is.*

# Welke thema's in sociale situaties zijn problematisch voor (jong)volwassenen met een licht verstandelijke beperking?

Marieke Werkman<sup>1</sup>  
Maaïke van Rest<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Post-doc onderzoeker, Viveon, Vrije Universiteit Amsterdam – m.f.werkman@vu.nl

<sup>2</sup> Senior onderzoeker, Viveon, Vrije Universiteit Amsterdam

## SAMENVATTING

**Introductie:** Het verband tussen sociale informatieverwerking (SIV) en externaliserend gedrag wordt diagnostisch in kaart gebracht bij jongeren met een LVB. Bij (jong)volwassenen met een LVB is hierover minder onderzocht terwijl de klinische relevantie wel is aangetoond. Hoe en in welke sociale situaties SIV-problemen zich uiten is hierbij een cruciale vraag. Deze studie beoogt de thema's voor sociale probleemsituaties te onderzoeken als eerste stap in de ontwikkeling van het instrument SIVT-V.

**Methodes:** Semigestructureerde interviews ( $n=10$ ; 21-52 jaar,  $M (SD): 34,30 (9,80)$ ) en focusgroepen zijn gehouden met (jong)volwassenen met een LVB en gedragsdeskundigen ( $n=7$ ;  $n=8$ ). De data zijn inductief geanalyseerd met een thematische analyse van sociale situaties die als problematisch werden ervaren.

**Resultaten:** Er zijn zes thema's gevonden: 1. Onrechtvaardigheid; 2. Pesten; 3. Niet aan Afspraken Houden; 4. Niet worden Geaccepteerd; 5. Geen Rekening Houden met mij; 6. Bemoeien. Alle (jong)volwassenen met LVB benoemden Pesten en Onrechtvaardigheid.

**Discussie en conclusie:** Zes thema's gaven de meest cruciale sociale probleemsituaties weer. Deze werden benoemd door jongvolwassenen en volwassenen met een LVB, en in eerder onderzoek ook door kinderen en jongeren. Sociale probleemsituaties lijken hierdoor universeel. Er zijn ook (sub)thema's gevonden die samenhangen met de specifieke setting waarin (jong)volwassenen met een LVB zich bevinden. Het onderzoek biedt een belangrijke basis in de ontwikkeling van nieuwe SIV-diagnostiek.

## INTRODUCTIE

Tijdig signaleren, begrijpen en verklaren hoe en waarom iemand reageert op sociale situaties zijn van belang in de hulpverlening aan sociaal kwetsbare mensen met een LVB. Het begrijpen van informatieverwerkings- en reactiestijlen kan namelijk een concreet aanknopingspunt zijn voor begeleiding en behandeling bij sociale of gedragsproblemen van deze doelgroep. Het doel van de huidige studie is de ontwikkeling van de SIVT-V voor (jong)volwassenen met een LVB: een instrument om de sociale informatieverwerking en reactiestijlen in kaart te brengen. Een eerste stap in de ontwikkeling van de SIVT-V omvat het exploreren van de thema's in sociale situaties die door (jong)volwassenen met een LVB als problematisch worden ervaren.

## Praktische aanleiding en onderbouwing

Het veelvuldig onderzochte verband tussen sociale informatieverwerking (SIV) en externaliserend gedrag bij kinderen en jongeren met en zonder een LVB (o.a. Van Nieuwenhuijzen et al., 2006; Verhoef et al., 2023) is ook aangetoond bij (jong)volwassenen (Larkin et al., 2013). Voor deze leeftijdscategorie is dit verband ook klinisch relevant, bijvoorbeeld in het begrijpen van de informatieverwerking van één individu die plaatsvindt tijdens een sociale probleemsituatie, en de relatie met diens problemen in het (sociale) aanpassingsvermogen (o.a. Langdon, 2019). Nadat van 2012-2019 de Sociale InformatieverwerkingsTest (SIVT) was ontwikkeld en uitgegeven als diagnostisch instrument voor kinderen (8-12 jaar) en jongeren (13-17 jaar) (Van Rest et al., 2019), werd veelvuldig de wens geuit vanuit de klinische praktijk om de SIVT ook te ontwikkelen voor

(jong)volwassenen met een LVB. Bij gebrek aan een valide alternatief ontstond de vraag of de jongerenversie voor 13-17-jarigen tussentijds ook ingezet kon worden binnen de diagnostiek voor (jong)volwassenen met een LVB.

Hieruit concludeerden onderzoekers en zorgprofessionals dat de ontwikkeling van een valide en betrouwbare versie voor de doelgroep 18+ noodzakelijk was. De eerder ontwikkelde valide versies voor kinderen en jongeren zijn namelijk niet valide als die worden ingezet bij volwassenen. Bijvoorbeeld de ecologische validiteit van de eerste SIVT – hoe goed de inhoud de werkelijke setting en alledaagse praktijk weergeeft – is passend tot aan de leeftijd van 18 jaar, vanwege video's (testmateriaal) die context en relaties weergeven voor jongeren. Bovendien bestaan er bij (jong)volwassenen mogelijk andere verhoudingen tussen constructen die onderliggend zijn aan SIV, zoals kernovertuigingen of schema's (Taylor & Crocker, 2022). Bijvoorbeeld doordat zij meer ervaringsjaren hebben dan jongeren en een groter scala aan sociale situaties en sociale relaties, bovendien meer herhaling van dezelfde soort probleemsituaties, hebben meegemaakt. Dit zou kunnen leiden tot lagere construct- en inhoudsvaliditeit indien de SIVT voor jongeren zou worden ingezet bij (jong)volwassenen. Een eerste cruciale stap voor het ontwikkelen van een versie voor de doelgroep 18+, is een onderzoek naar inhoudelijk geschikte basismaterialen. Aangezien de eerste SIVT voor kinderen en jongeren wel valide en betrouwbaar was bevonden op het gebied van interbeoordelaars-betrouwbaarheid, interne consistentie, criteriumvaliditeit, indrukvaliditeit, inhoudsvaliditeit en ecologische validiteit (Van Rest et al., 2018; 2020) kon het huidige onderzoek met behulp van de ontwikkelingsprotocollen een onderbouwde start maken aan de SIVT-V.

### Wetenschappelijke onderbouwing

Verschillende studies bij *kinderen* met een LVB hebben aangetoond dat sociale en externaliserende gedragsproblemen deels verklaard kunnen worden vanuit SIV, een cognitief proces dat elk individu bewust of onbewust doorloopt in elke sociale (probleem)situatie (Dodge, 1986; Van Nieuwenhuijzen et al., 2009). SIV is weer te geven in een circulair model, bestaande uit verschillende stappen: van de waarneming van een sociale situatie, via de (automatische of reflectieve) interpretatie, het stellen van doelen voor gedrag, naar het genereren, evalueren en selecteren van responsen voor het uitvoeren van het uiteindelijke gedrag, dat leidt tot een nieuwe sociale situatie (Crick &

Dodge, 1994; Huesmann, 1998; Verhoef et al., 2022). Op het gehele model van SIV zijn interne en externe processen van invloed, zoals de huidige emotionele staat, de (vaste) sociale schema's of kernovertuigingen, executief functioneren en situationele factoren, die gezamenlijk het gedrag in sociale situaties voorspellen (o.a. Calvete & Orue, 2012; Verhoef et al., 2022).

Met betrekking tot externaliserend gedrag van *volwassenen* met een LVB is bekend dat zij over het algemeen meer externaliserend probleemgedrag laten zien dan volwassenen van de algemene populatie. Crocker et al. (2006) vonden dat 51,8% van de volwassenen met een VB agressief gedrag liet zien, waarvan 4,9% in ernstige mate. Deze gedragsproblemen worden deels verklaard door de SIV-vaardigheden van de individu in sociale (probleem) situaties (Huesmann, 1998). Over *sociale informatieverwerking bij volwassenen met een LVB* is echter minder bekend dan bij kinderen. Larkin en collega's (2013) voerden een systematische review uit naar het verband tussen SIV en agressief gedrag. Zij vonden verschillen in de manier van informatieverwerking tussen 'agressieve' en 'niet agressieve' volwassenen met een matige tot licht verstandelijke beperking. Deze verschillen waren gerelateerd aan 'mislabeling' – het verkeerd coderen van stukjes informatie – en 'hostile attributional bias' – de tendens om de intentie van anderen vaak en snel als vijandig te zien. De verschillen in SIV waren niet gerelateerd aan emotionele tekorten van mensen met een VB. Een recente studie van Langdon (2019) liet zien dat er tot nu toe te weinig onderzoek is uitgevoerd naar het verband tussen SIV en externaliserend gedrag bij volwassenen met een VB. De onderzoeken die wél zijn uitgevoerd, zijn gebaseerd op vragenlijsten of interviews, maar de aanbeveling is om gevalideerde tools te ontwikkelen voor het in kaart brengen van SIV bij volwassenen met een VB.

Een bijkomend argument is dat er voor (jong)volwassenen met een LVB in Nederland geen valide of betrouwbare instrumenten beschikbaar zijn voor gebruik in de diagnostiek van sociale informatieverwerking bij sociale en gedragsproblemen. Dit terwijl hier klinische en wetenschappelijke behoefte aan is. Tevens richten enkele interventies, die tot nu toe worden gebruikt bij volwassenen met een LVB, zich voornamelijk op het reguleren van het gedrag (anger management); het mentale aspect (SIV) wordt hierbij nauwelijks meegenomen (Larkin et al. 2013). In Nederland is voor volwassenen met een LVB de interventie 'Grip op agressie' hierop een uitzondering (Trajec-

tum, 2019). Echter, het inzicht vanuit SIV draagt bij aan een betere individuele afstemming van diagnostiek en behandelingen voor het verhelpen van probleemgedrag (Larkin et al. 2013). De wens vanuit de Nederlandse zorgpraktijk voor een (jong)volwassenversie van de SIVT sluit hierbij aan.

Een vertaling van de wetenschappelijke studies naar praktisch toepasbare resultaten en een diagnostisch product voor de praktijk is dus het hoofdoel van de huidige studie. De SIVT-V materialen zullen gebaseerd zijn op thema's uit het dagelijkse leven van (jong)volwassenen met een LVB. Dit begint bij het onderzoeken van sociale situaties die als problematisch worden ervaren en kunnen leiden tot boosheid (o.a. Matthys et al. 2001; Van Bokhoven et al., 2011; Van Rest et al., 2018). De kwalitatieve *onderzoeksvragen* zijn: Welke thema's in sociale situaties worden als problematisch ervaren door (jong)volwassenen ( $\geq 18$  jaar) met een LVB? En is hierin onderscheid te maken tussen leeftijdsgroepen in de volwassenheid? De hypothese hierbij is: er bestaat een verschil tussen jongvolwassenen (18-30 jaar) en volwassenen ( $>30$  jaar) op een aantal (sub)thema's van sociale probleemsituaties, die daardoor anders moeten worden weergegeven voor de leeftijdsgroepen.

## METHODE

### Onderzoeksgroep

In het huidige kwalitatieve onderzoek namen (jong)volwassenen met een LVB deel aan semigestructureerde interviews (zie Tabel 1 voor demografische eigenschappen). Werving van participanten verliep via organisaties voor de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Enkele van deze zorgorganisaties waren al aangesloten bij het consortium voor de ontwikkeling van de SIVT voor kinderen en jongeren (zie ConSIVT). De onderzoekers spraken tevens via hun opgebouwde netwerk landelijke centra en

organisaties aan (o.a. LFB, 's Heeren Loo en Philadelphia). De werving was verspreid over Nederland om zo een representatieve groep van participanten te verkrijgen. De woonsituatie van participanten varieerde van het verblijf in een 24-uurszorg kliniek binnen de residentiële setting t/m zelfstandig wonen waarbij op verzoek hulp kan worden ingeschakeld (ambulant). Alle participanten waren gediagnosticeerd met een LVB of functioneerden op het niveau van een LVB, wat hun plaatsing in de huidige woonsetting had geïndiceerd of hun verkregen ondersteuning voor mensen met een LVB. Er namen geen participanten deel aan deze studie die geen ondersteuning ontvingen voor zorg aan mensen met LVB.

Aan de focusgroepen namen deel: 1) zeven (jong) volwassen ervaringsdeskundigen functionerend op het niveau van een LVB (Geslacht<sub>vrouw</sub> = 4) en hun coaches, en 2) acht gedragsdeskundigen (Geslacht<sub>vrouw</sub> = 7), allen variërend in leeftijd en ervaringsjaren en betrokken bij verschillende zorgorganisaties verspreid over Nederland.

### Instrumenten

De instrumenten in dit onderzoek bestonden uit semigestructureerde individuele interviews en focusgroepen. Deze laatste hadden als doelen: 1) Het vinden van de meest belangrijke focus als startpunt van de interviews; 2) Het vinden van mogelijke andere thema's die door interacties in groepsgesprek naar voren komen vanuit herkenning t.o.v. enkel uit individuele recall in interviews (herinnering); 3) Een (ecologische) validiteitscheck door aanvulling en aanscherping van de gevonden thema's uit de interviews en eerste focusgroepen, zodat deze aansloten bij de dagelijkse praktijk en belevingswereld van (jong) volwassenen met een LVB; en 4) Bijdragen aan de participatieve onderzoeksmethode in dit onderzoek waardoor zowel ervaringsdeskundigen als gedragsdeskundigen vanuit verschillende perspectieven en kennis bijdragen, mede in interactie met elkaar.

Tabel 1: Demografische eigenschappen van participanten van de interviews

	Totale groep	Jongvolwassenen	Volwassenen
<i>N</i>	10	5	5
Geslacht: mannelijk (%)	6 (60%)	2 (40%)	4 (80%)
Leeftijd in jaren (range; <i>M</i> ( <i>SD</i> ))	21-52; 34,30 (9,80)	21-30; 26,60 (4,28)	34-52; 42 (7,04)
Motorische beperking	2	0	2
Woning			
Begeleid	9	5	4
Zelfstandig	1	0	1

*Noot.* Motorische beperking is onderscheiden om de comorbiditeit en variëteit van karakteristieken bij (jong)volwassenen met een LVB duidelijk te maken.



### *Eerste ronde focusgroepen met ervaringsdeskundigen met een LVB*

Een eerste ronde vond plaats van twee focusgroepen met ervaringsdeskundigen, werkzaam in die functie binnen een zorgorganisatie ( $n=4$ ;  $n=3$ ). Het doel van deze focusgroepen was om de verschillende *typen sociale probleemsituaties* in kaart te brengen. In een groepssetting bespraken de participanten dit aan de hand van open en gesloten vragen. Dit was bijvoorbeeld geoperationaliseerd als 'Situaties waar je boos van wordt'.

Naar aanleiding van de eerste twee focusgroepen schreven de onderzoekers een samenvatting en een topiclijst. Vervolgens creëerden zij een aantal gesloten vignetten over sociale probleemsituaties voor de daaropvolgende individuele interviews.

### *Interviews met (jong)volwassenen met een LVB*

Het doel van de semigestructureerde interviews ( $n=10$ ) was om *thema's in sociale situaties die als problematisch werden ervaren of tot boosheid kunnen leiden* per individu uit te diepen. De 10 participanten voor de interviews waren andere mensen dan de ervaringsdeskundigen van de focusgroepen.

Semigestructureerde interviews waren gebaseerd op de vooraf opgestelde topiclijst door de twee auteurs: MFW en MMR. De topiclijst bestond uit twee delen: Eerst stelde de onderzoeker open vragen, waarna de gesloten vignetten aan bod kwamen, opgesteld op basis van de eerste focusgroepen (zie topiclijst in bijlage). De interviews duurden gemiddeld 1 uur en vonden plaats op locatie van de participant zodat er sprake was van een minimale belasting. Participanten kregen een vergoeding voor hun deelname. MFW nam de interviews af.

### *Focusgroepen met gedragsdeskundigen en tweede ronde met ervaringsdeskundigen met een LVB*

Het doel van de *eerste focusgroep met gedragsdeskundigen* ( $n=6$ ) was om, net als in de interviews, sociale situaties te achterhalen die problematisch zijn voor (jong)volwassenen met een LVB. Een toegevoegd element t.o.v. de interviews was dat er in de focusgroepen ook aan bod kwam wat mogelijk onderliggende mechanismen konden zijn voor het externaliserende gedrag van (jong)volwassenen met een LVB.

Na alle interviews en de eerste focusgroepen over de sociale situaties codeerden de onderzoekers deze op thema's en maakten een eerste grove analyse. Hiermee

rapporteerden zij de hoofdpunten aan het begin van de daaropvolgende focusgroep gericht op validiteit.

Het doel van de *tweede focusgroep met gedragsdeskundigen* ( $n=7$ ) was om uit te diepen of de informatie – die verkregen was uit de interviews – werd herkend, of er informatie miste en wat de meest relevante (sub)thema's waren. Aangezien thema's tot stand kwamen door gesprekken met (jong)volwassenen met een LVB is ervoor gekozen één (jong)volwassene met een LVB, die werkzaam is als ervaringsdeskundige, aanwezig te laten zijn om zaken toe te lichten en voorbeelden te geven bij de sociale situaties. Deze ervaringsdeskundige toetste de thema's, die gedragsdeskundigen noemden, aan de realiteit van probleemsituaties zoals ervaren vanuit het cliëntenperspectief. Deze (sub)thema's beoogden de realiteit en alledaagse sociale probleemsituaties goed weer te geven, om daarmee de ecologische validiteit van het nieuwe instrument te kunnen bewerkstelligen. Aan het eind van deze focusgroep bespraken participanten samen de consensus over de volledigheid van de thema's voor sociale probleemsituaties. Tenslotte bespraken participanten of er noodzaak was voor een aparte jongvolwassen- en volwassenversie of gecombineerde versie met het oog op ecologische validiteit en inlevingsvermogen in de situaties.

De *derde focusgroep met ervaringsdeskundigen* ( $n=4$ ) had tevens tot doel om de verkregen informatie uit de interviews te toetsen op validiteit, door herkenning van probleemsituaties en het eventueel missen van informatie. Tevens stonden participanten in deze focusgroep stil bij de vertaling van de thema's naar scripts voor video's voor de SVT-V, deze toetsten zij op moeilijkheidsgraad en begripsniveau.

Elke focusgroep vond plaats op de werklocatie van de ervaringsdeskundigen binnen hun zorgorganisatie, of online voor de gedragsdeskundigen, en duurde gemiddeld 1,5 à 2 uur.

### **Procedure en analyse**

Het onderzoeksvoorstel is goedgekeurd door de Vaste Commissie Wetenschap en Ethiek van de Faculteit der Gedrags- en Bewegingswetenschappen (VCWE) van de Vrije Universiteit Amsterdam (VCWE-2022-074). (Jong)volwassenen met een LVB waren allen wilsbekwame volwassenen en werden benaderd via hun begeleiding of gedragsdeskundigen van de zorgorganisaties. Zij kregen voorafgaand aan hun deelname een informatiebrief, inclu-



sief een makkelijk-te-lezen samenvatting en gaven vooraf schriftelijk toestemming voor deelname aan het onderzoek. In huidig onderzoek was er geen drop-out van de (jong)volwassenen met een LVB. De procedure verliep in de volgorde zoals de hiervoor beschreven instrumenten. Dus de start was met focusgroepen met ervaringsdeskundigen met een LVB. De analyse en samenvatting die hieruit volgde leidde tot een eerste topiclijst en enkele gesloten vignetten, die ná de open vragen aan bod kwamen. Vervolgens startten de interviews met (jong)volwassenen met een LVB en de eerste focusgroep met gedragsdeskundigen. Op basis van een eerste grove analyse van die gegevens maakten de onderzoekers een indeling in thema's die een basis bood voor de tweede focusgroep met gedragsdeskundigen en de derde focusgroep met ervaringsdeskundigen ter ecologische validiteitscheck.

De onderzoekers hanteerden een inductieve thematische analyse op de data in deze studie. Alle focusgroepen en interviews waren opgenomen en vervolgens verbatim opgeschreven door de onderzoekers en Master- en Bachelorstudenten van de Vrije Universiteit Amsterdam. Voorafgaand aan het coderen van deze transcripties ontwikkelden de auteurs MFW en MMR een codeerschema op basis van de eerste topiclijst met genoemde onderwerpen uit de eerste focusgroep, zoals 'situaties die leiden tot boosheid' en 'verschil in boosheid tussen context'. Vervolgens codeerde MFW een eerste interview en heeft MMR dit interview onafhankelijk nogmaals gecodeerd op basis van gearceerde, blanco tekstgedeelten. Deze procedure was bedoeld om te onderzoeken of de topiclijst en manier van analyse voldoende valide waren om de overige interviews door één persoon te laten coderen. Ook onderzochten huidige onderzoekers of er codes misten dan wel overbodig waren. Na het definitief vaststellen van het codeerschema codeerde de eerste auteur MFW de interviews en focusgroepen. Voor de 'situaties die leiden tot boosheid' pasten onderzoekers een inductieve codeermethode toe vanuit de letterlijke bewoordingen van participanten. Dit leidde tot thema's en subthema's over sociale problemen.

Naarmate het aantal interviews opliep, hielden de onderzoekers bij wanneer theoretische saturatie werd bereikt: het fenomeen waarbij nieuwe personen geen nieuwe thema's meer toevoegen over een specifiek onderwerp, zoals 'sociale probleemsituaties' (Thomas & Pollio, 2002). Vervolgens voegden onderzoekers de thema's samen en categoriseerden deze tot meer overkoepelende 'typen' sociale situaties uit het alledaagse leven. Tijdens

focusgroepen was er expliciete focus op de volledigheid van de thema's, waardoor saturatie kwalitatief nagegaan kon worden. Zowel de codering als de analyse werd gedaan in Atlas.ti, versie 22.

## RESULTATEN

### Sociale probleemsituaties voor (jong)volwassenen met een LVB

Er kwamen zes hoofdthema's naar voren uit de analyse van de interviews en focusgroepen. Deze staan, samen met hun subthema's en citaten, weergegeven in Tabel 2. Alle participanten rapporteerden situaties die overeenkwamen met de thema's 'pesten' en 'onrechtvaardigheid'. De minst gerapporteerde thema's 'niet aan afspraken houden' en 'niet worden geaccepteerd (zoals ik ben)' waren benoemd door zes participanten, die deze sociale situatie als problematisch ervoeren. Zie Tabel 3 voor de kwantitatieve weergave van alle thema's en aantal participanten.

Na interview 4 was saturatie bereikt. Dit betekent dat er na deze persoon geen nieuwe hoofdthema's meer bijkwamen. Na interview 8 benoemden deelnemers ook geen nieuwe subthema's meer. De zes thema's waren ook allemaal benoemd in de beide focusgroepen met ervaringsdeskundigen met een LVB over sociale situaties die tot boosheid leiden. Saturatie in de focusgroepen met gedragsdeskundigen hield kwalitatief in dat er aan het eind consensus bestond over de gevonden thema's en dat er geen thema's misten. De gedragsdeskundigen en ervaringsdeskundige in de focusgroep vonden unaniem dat er een verdeling moest worden gemaakt in een aparte jongvolwassen- en volwassenversie voor de SIVT-V, met het oog op ecologische validiteit en inlevingsvermogen in materialen, zoals video's met acteurs.

Er is geanalyseerd welke thema's jongvolwassenen (18-30 jaar) en volwassenen (>30 jaar) benoemden: hierin werd geen verschil gevonden. De exacte bewoordingen en voorbeelden van situaties konden verschillen tussen participanten binnen en tussen leeftijdsgroepen. Echter: de onderliggende thema's die zorgden voor problemen en boosheid waren identiek tussen jongvolwassenen en volwassenen (zie Tabel 3).

### Categorisatie van sociale situaties

Kenmerken en codes zijn verzameld vanuit concrete voorbeelden in de interviews die informatie gaven over overkoepelende typen sociale situaties (zie voor een indruk

Tabel 2: Thema's en subthema's van sociale probleemsituaties

Thema	Subthema	Citaat per thema
Pesten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nare opmerking</li> <li>'Verkeerde' grapjes</li> <li>Kleinerend</li> <li>Mensen zonder VB die je nakijken/opmerkingen maken</li> <li>Schelden/schreeuwen</li> </ul>	"Ik heb ook gewoon gezegd: pesten is geen spelletje, pesten is gemeen."
Onrechtvaardigheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stelen</li> <li>Vals beschuldigd</li> <li>Geen respect</li> <li>Ik mag iets niet, terwijl anderen/zij het zelf wel doen</li> </ul>	"Ze hadden anderen opgehaald op woningen. Maar mij wouden ze niet brengen, wa-want als ik niet wou fietsen moest ik de bus maar pakken."
Niet aan afspraken houden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Als anderen niet doen wat zij zeggen of een afspraak verbreken/niet nakomen</li> <li>Ik moet iets (zoals afgesproken), terwijl zij dit zelf niet doen</li> <li>Liegen - Oneerlijkheid</li> </ul>	"En ze wist dat ze niet op mijn werkplek mocht komen, gewoon niet, echt niet, helemaal niet. En wat doet ze? Komt ze well!"
Niet worden geaccepteerd (zoals ik ben)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Als mensen mij niet snappen/begrijpen</li> <li>Meteen mij helpen/dingen voor mij doen (door mijn beperking)</li> <li>Meteen oordelen</li> <li>Voor mij invullen</li> </ul>	"Ik heb ook een laag IQ, maar dat wil niet zeggen dat ik dom ben."
Geen rekening houden met mij	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geen rekening houden met mijn beperkingen</li> <li>Mij vergeten</li> <li>Niet luisteren</li> <li>(Geluids)overlast</li> <li>Met iets anders bezig zijn</li> <li>Zaken niet doorgeven/niet communiceren</li> </ul>	"Nou 's avonds laat nou .. tv gekeken, koffie gedronken en alles. Nou ik dacht ik ga naar bed toe. Heeeele nacht muziek. Ik heb een soort- ben de hele nacht niet kunnen slapen, maandag op die dinsdagnacht zegmaar en dan zijn ze de hele nacht met de muziek .. veel onrust aan het maken. Nou en toen zei die uh die volgende dag moest ik na- moest ik naar me werk toe."
Bemoeien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mensen die tegen/over mij zeggen hoe het anders kan/ dat ik iets moet doen</li> <li>Anderen nemen beslissingen voor mij</li> <li>Hiërarchische ongelijkwaardigheid</li> <li>Regels</li> </ul>	"Ik wilde niet elke dag douchen- ik vind het niet leuk om dat te horen. Elke dag gaan ze zeggen 'ga eens douchen', 'heb je al gedoucht?'"

Tabel 3: Aantal participanten per thema

Thema	Totale groep (n=10)	Jongvolwassenen (n=5)	Volwassenen (n=5)
Pesten	10	5	5
Onrechtvaardigheid	10	5	5
Niet aan afspraken houden	6	3	3
Niet worden geaccepteerd (zoals ik ben)	6	4	2
Geen rekening houden met mij	9	5	4
Bemoeien	9	5	4

ook de quotes per thema in Tabel 2). Bijvoorbeeld: de specifieke setting was van invloed op hoe problematisch een situatie werd ervaren. Een setting waarbij men elkaar vaak ziet, zoals bij gemeenschappelijke ruimtes of activiteiten, kon problematischer zijn. Hierbij rapporteerden participanten specifiek storende geluidsprikkels en eetmomenten waarin taken door anderen verdeeld worden.

Een ander concreet voorbeeld besloeg ergernis en boosheid over 'de hoeveelheid' prikkels in een situatie, dit kwam in meerdere interviews naar voren, net als 'geluid door anderen'. Dit leek verbonden aan de specifieke context waarin veel mensen met een LVB zich bevinden:

woningen met meerdere woonlagen, samenwonen met meerdere personen die niet tot hun eigen familie of vriendengroep behoren en begeleiding die ook in hun kamer/woning aanwezig moet zijn (bijvoorbeeld om gewekt te worden). Tevens koppelde een deel van de participanten de prikkelgevoeligheid aan een situatie-onafhankelijke factor: hun diagnose, met name autisme.

Opvallend was dat meerdere participanten als reden voor een probleem benoemden dat het 'de druppel' was. Bij deze uitspraak gaven zij niet één concreet voorbeeld van één situatie, maar benoemden dat het een algemene *opeenstapeling* was, die de uiteindelijke situatie tot pro-

blematisch maakte. Hiermee samenhangend was de rol duidelijk van eerdere ervaringen, bijvoorbeeld met diezelfde persoon, een dergelijke situatie of de gebeurtenissen van diezelfde dag.

## DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Deze studie onderzocht de eerste stap in de ontwikkeling van de SIVT-V, namelijk het exploreren van thema's in sociale situaties die door (jong)volwassenen met een LVB als problematisch werden ervaren. De kernbevindingen over de thema's, die als basis dienen voor de nieuwe SIVT-V materialen, de hypothese over het onderscheid in leeftijdsgroepen, de relevante categorisatie van typen situaties en kanttekeningen bij deze instrumentontwikkeling worden uiteengezet en bediscussieerd.

### Kernbevindingen

De kwalitatieve thematische analyse van de interviews heeft tot zes hoofdthema's geleid voor sociale probleemsituaties: 1. Onrechtvaardigheid; 2. Pesten; 3. Niet aan Afspraken Houden; 4. Niet worden Geaccepteerd; 5. Geen Rekening Houden met mij; 6. Bemoeien. Verscheidene subthema's lagen ten grondslag aan deze hoofdthema's, waarbij participanten concrete voorbeelden benoemden van verschillende typen sociale probleemsituaties. De gestructureerde kwalitatieve analyse van deze thema's biedt een solide basis voor de ontwikkeling van testmaterialen voor de SIVT-V in de vorm van video's die sociale probleemsituaties weergeven. Bovendien checkten onderzoekers de thema's bij ervaringsdeskundigen met een LVB en gedragsdeskundigen van de focusgroep op ecologische validiteit en waarheidsgetrouwe weergave van sociale probleemsituaties uit het dagelijks leven.

De hypothese dat er een verschil zou bestaan in thema's tussen jongvolwassenen en volwassenen kon worden verworpen vanuit de thematische analyse: de overkoepelende thema's die zorgden voor boosheid waren gelijk tussen jongvolwassenen en volwassenen. Wanneer deze zes thema's worden vergeleken met voorgaande interviewstudies naar sociale probleemsituaties bij kinderen en jongeren met een LVB en/of gedragsproblemen (zie Matthys et al., 2001; Van Bokhoven et al., 2011; Van Rest et al., 2018), lijkt sprake te zijn van universele thema's. Bij zowel kinderen, jongeren, jongvolwassenen als volwassenen werden in deze verschillende studies vergelijkbare of dezelfde thema's gevonden: Kinderen (8-12 jaar) met een LVB benoemden ook de (sub)thema's: Onrechtvaar-

digheid, Pesten (Provocatie en Vernedering), Niet worden geaccepteerd (Niet worden gewaardeerd en erkend) en Geen rekening houden met mij (Achtergesteld worden & Behoeftbevredestiging). Jongeren (13-17 jaar) met een LVB benoemden tevens de (sub)thema's: Onrechtvaardigheid, Pesten (Krenking & Respect), Niet worden geaccepteerd (Niet worden erkend & Erbij willen horen) en Bemoeien (Regels door ouderen & Gevraagde taken van autoriteit). Universele thema's vanaf kindertijd tot in de volwassenheid geven een duidelijk beeld van de kern van sociale behoeften, en de kern van sociale problemen, die mensen met een LVB (en mogelijk mensen in het algemeen) ervaren in het dagelijks leven.

Deze universele thema's van sociale behoeften, evenals de specificeringen en subthema's die gelinkt zijn aan de behoeften van (jong)volwassenen met een LVB (zoals woonsetting), kunnen niet alleen worden gerelateerd aan de SIV-theorie (Dodge, 1986; Huesmann, 1998). Ook de zelfdeterminatietheorie van Deci en Ryan (2012) biedt mogelijk een relevante onderbouwing. Deze theorie stelt o.a. dat psychologische basisbehoeften van verbondenheid, autonomie en competentie vervuld moeten worden om motivatie, groei en welzijn te bereiken. Dit is eveneens gevonden bij mensen met een LVB (Frielink et al., 2018). Indien deze behoeften onvervuld zijn, kan een persoon dit ervaren als ontevredenheid of problematisch. De gevonden thema's 'Niet worden geaccepteerd' en 'Geen rekening houden met mij' linken aan de onvervulde behoefte van competentie. Het thema 'Bemoeien' linkt aan de onvervulde behoefte van autonomie, 'Pesten' linkt aan het gebrek aan verbondenheid. De subthema's 'Meteen mij helpen/dingen voor mij doen (door mijn beperking)' en 'Anderen nemen beslissingen voor mij' (Tabel 2) hebben als essentie de hunkering naar autonomie en zelfbepaling. De universele thema's lijken hiermee gekoppeld aan de universele behoeften van ieder mens; dit onderschrijft de relevantie van de thema's voor probleemsituaties.

Aanvullend kwam naar voren dat – los van de inhoud van een bepaalde situatie – de eerdere ervaringen en de opeenstapeling van gebeurtenissen (van die dag of eerder) een rol spelen bij het ervaren van een situatie als problematisch. Onderliggend aan deze bevinding kunnen theorieën over sociale schema's of kernovertuigingen een verklaring bieden voor de 'gekleurde bril' van de persoon. Eerder meegemaakte gebeurtenissen, in frequentie of ernst, kunnen de interpretatie van nieuwe situaties negatief beïnvloeden (o.a. Calvete & Orue, 2012; Van Capel-

len et al., 2023). Naast de universele behoeften van ieder mens spelen de levenservaringen en daaruit volgende schema's een rol bij sociale situaties die als problematisch worden ervaren.

### Sterke kanten en limitaties van dit onderzoek

Het huidige onderzoek is methodologisch gedegen opgezet, met behulp van kwalitatieve thematische analyses en participatieve methoden met ervaringsdeskundigen. Dit vergroot de ecologische en inhoudsvaliditeit van de toekomstige SIVT-V, doordat het perspectief van mensen met een LVB is meegenomen voor de ontwikkeling van realistische sociale probleemsituaties. Daarnaast bestond de onderzoeksgroep voor de interviews uit een representatieve groep van (jong)volwassenen met een LVB verspreid over Nederland, een brede leeftijdsrange en variërend van ambulante zorg t/m verblijvend in een residentiële instelling. De onderzoeksgroep voor de focusgroepen bestond uit zowel gedragsdeskundigen als ervaringsdeskundigen, waarvan eenmaal een gecombineerde focusgroep. De methode is ook versterkt door gebruik van een combinatie van individuele afnames en groepsafnames (focusgroepen) verspreid over de tijd (zowel focusgroepen voor als na de interviews). Een extra meerwaarde van focusgroepen is dat middels interactie tussen personen aanvullende thema's naar voren kwamen op basis van herkenning, en niet enkel individuele recall in interviews, en een eerste ecologische validiteitscheck was mogelijk.

Een kritiek op het huidige onderzoek kan zijn dat er sprake is van een relatief kleine sample ( $n=10$  voor de interviews;  $n=7$ ;  $n=8$  voor de focusgroepen). Echter, uit de analyse bleek dat na interview 4 saturatie was bereikt op hoofdthema's. Dit onderbouwt de aannemelijkheid van de in deze studie gevonden belangrijkste thema's in situaties die als problematisch worden ervaren. Een ander mogelijk kritiekpunt betreft dat begeleiders, ouders of verwanten *niet* zijn bevraged. Deze respondenten zouden mogelijk andere thema's naar voren laten komen dan de ervaringsdeskundigen en gedragsdeskundigen. Uit eerder onderzoek naar de SIVT voor kinderen en jongeren is echter gebleken dat het bevragen van sociale probleemsituaties vanuit het perspectief van de persoon zelf een betrouwbare en valide meting gaf van SIV en gedragsproblemen. Het vervolgonderzoek van de SIVT-V met een pilot en normering zal uitwijzen of ditzelfde geldt voor (jong)volwassenen.

### Implicaties voor de praktijk

Het gezegde "Wat u niet wilt dat u geschiedt, doe dat ook een ander niet" lijkt van toepassing op de sociale situaties die als problematisch worden ervaren door (jong)volwassenen met een LVB. Zoals een deelnemer het verwoordde: "Ja, dan zou ik de wedervraag stellen van hoezo? Hoe zou u of jij het vinden als jij hetzelfde hebt?", "Hoe zou jij het vinden?" De universaliteit van thema's tussen kinderen, jongeren, jongvolwassenen en volwassenen maakt het aannemelijk dat alle mensen met een LVB (of mensen in het algemeen) gemiddeld genomen de zes thema's als problematisch ervaren en niet willen dat dit hen overkomt. Dit impliceert dat het van belang is om deze thema's onderdeel te maken van de diagnostiek (middels de SIVT-V), in begeleiding hierbij stil te staan, met (jong)volwassenen met een LVB dergelijke thema's bespreekbaar te maken, en de situaties te voorkomen waar mogelijk.

Wat betreft de specificering of (sub)thema's gekoppeld aan de specifieke setting of context waarin (jong)volwassenen met een LVB zich bevinden, is het van belang om als betrokkene extra besef te hebben van de ongelijkwaardigheid in relatie, woonsituatie en (soms) een beperking in autonomie. Het uitleggen waarom de begeleiding bepaalde keuzes maakt, kan helpen de ervaring van de situatie minder als inperking van de autonomie te ervaren. Hoe deze informatie of type situatie verwerkt wordt per individu kan binnen de diagnostiek in kaart worden gebracht. Dit maakt dat een vernieuwde versie van de SIVT, naast inleving in personen in de video's vergelijkbaar qua leeftijd, noodzakelijk is; de rol van eerdere ervaringen en specificaties in subthema's zijn specifiek voor (jong)volwassenen met een LVB.

De opeenstapeling van gebeurtenissen wordt ook benoemd als reden voor situaties die als problematisch worden ervaren. Dit impliceert dat het van belang is hier aandacht aan te besteden in diagnostiek en begeleiding: Het bespreken en daarmee inzichtelijk maken van deze opeenstapeling voor de persoon zelf, en mogelijk sneller bijsturen, waarnemen en reageren op de dreigende 'emmer die overstroomt'. Voor begeleiding kan het belangrijk zijn om bij de (jong)volwassene met een LVB 'in te checken' hoe het met diegene is en of er zaken gebeurd zijn diezelfde dag of eerder, die diegene bezighouden. Voor de SIVT-V betekent dit resultaat concreet dat er binnen deze diagnostiek aandacht zal worden besteed aan eerdere ervaringen (in situaties of met personen) en mogelijke kernovertuigingen.

### Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Na deze eerste stap met het onderzoeken van thema's voor sociale probleemsituaties is een aanbeveling dat vervolgonderzoek zich richt op de reactietypen of -stijlen. De hypothese is dat er tussen kinderen, jongeren en (jong) volwassenen een verschil bestaat in *reactietypen of -stijlen* op sociale probleemsituaties. (Jong)volwassenen hebben namelijk meer jaren ervaring met sociale interacties, waarvan ook sociale problemen. Zij zijn mogelijk meer gekleurd door hun kernovertuigingen en cognitief en sociaal-emotioneel mogelijk verder of anders ontwikkeld. In de SIVT voor kinderen en jongeren werd gericht op passieve, assertieve en agressieve reacties. In de SIVT-V zal worden onderzocht of er genuanceerdere reactietypen bestaan, bijvoorbeeld minder impuls-gedragsmatige of meer interne cognitieve of emotionele reacties die zich bijvoorbeeld kunnen uiten in passief-agressief gedrag. Het exploreren van deze mogelijke nuances in reacties draagt bij aan de individuele beeldvorming en sluit aan op handelingsgerichte diagnostiek.

In deze studie namen (jong)volwassenen deel met een maximumleeftijd van rond de 55 jaar. In het vervolgonderzoek is belangrijk te exploreren of de SIVT-V ook valide en betrouwbaar is voor volwassenen met een LVB van >60 jaar. Wanneer blijkt dat er verschillen bestaan betreffende ecologische validiteit van de probleemsituaties of de digitale wijze van diagnostiek, en wanneer er een vraag bestaat vanuit de praktijk, is het waardevol te onderzoeken of er ook een versie voor oudere volwassenen ontwikkeld kan worden.

### Conclusie

(Jong)volwassenen met een LVB gaven aan de volgende zes thema's in sociale situaties als meest problematisch te ervaren: Onrechtvaardigheid; Pesten; Niet aan Afspraken Houden; Niet worden Geaccepteerd; Geen Rekening Houden met mij; Bemoeien. Er is hierin geen verschil gevonden tussen jongvolwassenen en volwassenen. De zes thema's zijn in lijn met de eerder gevonden thema's bij kinderen en jongeren: dit duidt op universele thema's die gerelateerd lijken aan de sociale behoeften van ieder mens. De specifieke setting of context waarin (jong) volwassenen met een LVB zich vaker bevinden - zoals samenleven met andere mensen die niet onderdeel zijn van familie of vrienden, en minder autonoom zijn bij het maken van beslissingen - was belangrijk, en linkte aan specifieke (sub)thema's, zoals "meteen mij helpen/dingen

voor mij doen (door mijn beperking)". Naast de gevonden inhoudelijke thema's, bleken ook de opeenstapeling van gebeurtenissen en eerdere ervaringen cruciaal te zijn voor het ervaren van een situatie als problematisch. De inzichten vanuit de zes thema's, met subthema's en specificeringen, bieden een solide basis voor de ontwikkeling van testmaterialen over sociale probleemsituaties om SIV te meten bij (jong)volwassenen met een LVB.

### LITERATUUR

- Calvete, E., & Orue, I. (2012). Social information processing as a mediator between cognitive schemas and aggressive behavior in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 105-117. Doi: 10.1007/s10802-011-9546-y
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115(1), 74-101. Doi: 10.1037/0033-2909.115.1.74
- Crocker, A. G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D., & Roy, M. E. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(9), 652-661. Doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00815.x
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). Self-Determination Theory. In P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of Theories of Social Psychology - Volume 1* (pp. 416-437). Sage. Doi: 10.4135/9781446249215.n21
- Dodge, K. A. (1986). A social information processing model of social competence in children. In M. Perlmutter (Ed.), *Minnesota symposium on child psychology: Vol.18. Cognitive perspectives on children's social and behavioral development* (pp. 85-134). Erlbaum.
- Frieling, N., Schuengel, C., & Embregts, P. J. C. M. (2018). Autonomy support, need satisfaction, and motivation for support among adults with intellectual disability: Testing a self-determination theory model. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 123(1), 33-49. Doi: 10.1352/1944-7558-123.1.33
- Huesmann, L. R. (1998). The role of social information processing and cognitive schema in the acquisition and maintenance of habitual aggressive behavior. In R. G. Geen & E. Donnerstein (Eds.), *Human aggression: Theories, research, and implications for social policy* (pp. 73-109). Academic Press. Doi: 10.1016/B978-012278805-5/50005-5



- Langdon, P. E. (2019). Assessment for social problem-solving, social information processing, and criminal thinking. In W. R. Lindsay, L. A. Craig, & D. Griffiths (Eds.), *The Wiley handbook on what works for offenders with intellectual and developmental disabilities: An evidence-based approach to theory, assessment, and treatment* (pp. 167-180). Wiley Blackwell. Doi: 10.1002/9781119316268.ch8
- Larkin, P., Jahoda, A., & MacMahon, K. (2013). The Social Information Processing model as a framework for explaining frequent aggression in adults with mild to moderate intellectual disabilities: A systematic review of the evidence. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(5), 447-465. Doi: 10.1111/jar.12031
- Matthys, W., Maassen, G., Cuperus, J., & Van Engeland, H. (2001). The assessment of the situational specificity of children's problem behaviour in peer-peer context. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(3), 413-420. Doi: 10.1017/S002196300100703X
- Taylor, S. E., & Crocker, J. (2022). Schematic bases of social information processing. In *Social cognition* (pp. 89-134). Routledge.
- Trajectum (augustus 2019). *Justitieinterventies.nl: Beschrijving Grip op Agressie*. Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos-instituut. Gedownload van [www.justitieinterventies.nl](http://www.justitieinterventies.nl) en <https://www.nji.nl/system/files/2021-04/uitgebreide-beschrijving-Grip-op-agressie.pdf>
- Van Bokhoven, I., Van Nieuwenhuijzen, M., Embregts, P. J. C. M., Vriens, A., & Matthys, W. (2011). Sociale informatieverwerking bij LVB jongeren binnen justitie: Welke sociale situaties leiden tot problemen? *Onderzoek & Praktijk*, 9(2), 14-23.
- Van Cappellen, S. M., Kühl, E., Schuiringa, H. D., Matthys, W., & Van Nieuwenhuijzen, M. (2023). Social information processing, normative beliefs about aggression and parenting in children with mild intellectual disabilities and aggressive behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 136, 104468. Doi: 10.1016/j.ridd.2023.104468
- Van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B., Van der Valk, I., Wijnroks, L., Vermeer, A., & Matthys, W. (2006). Do social information processing models explain aggressive behaviour by children with mild intellectual disabilities in residential care? *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(11), 801-812. Doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00773.x
- Van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B., Wijnroks, L., Vermeer, A., & Matthys, W. (2009). Social problem-solving and mild intellectual disabilities: Relations with externalizing behavior and therapeutic context. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(1), 42-51. Doi: 10.1352/2009.114:42-51
- Van Rest, M. M., Van Nieuwenhuijzen, M., Vriens, A., & Matthys, W. (2018). Development of the Social Information Processing Test SIVT: A computer-based diagnostic instrument for children and adolescents with externalizing behavior problems and mild to borderline intellectual disability. In M. M. van Rest (Ed.), *Social information processing in adolescents with mild to borderline intellectual disability: Executive functions, situational factors, and instrument development*. Doctoral Dissertation, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Van Rest, M. M., Vriens, A., Matthys, W., & Van Nieuwenhuijzen, M. (2019). *SIVT Sociale informatieverwerkingstest: Handleiding*. Hogrefe.
- Van Rest, M. M., Vriens, A., Matthys, W., & Van Nieuwenhuijzen, M. (2020). De Sociale InformatieverwerkingsTest 'SIVT' biedt inzicht in individuele verschillen in sociale informatieverwerking van kinderen en adolescenten met gedragsproblemen. *Kind en Adolescent*, 41(1), 122-140. Doi: 10.1007/s12453-019-00227-2
- Verhoef, R. E., Van Dijk, A., & De Castro, B. O. (2022). A dual-mode social-information-processing model to explain individual differences in children's aggressive behavior. *Clinical Psychological Science*, 10(1), 41-57. Doi: 10.1177/21677026211016396
- Verhoef, R. E. J., Van Dijk, A., Thomaes, S., Verhulp, E. E., Van Rest, M. M., & De Castro, B. O. (2023). Detecting social information processing profiles of boys with aggressive behavior problems: An interactive virtual reality approach. *Development and Psychopathology*, 35(4), 1843-1855. Doi: 10.1017/S0954579422000505

## BIJLAGE: TOPICLIJST INTERVIEWS SVT (JONG)VOLWASSENEN

## Introductievragen

1. Wat is je naam en leeftijd?
  2. Wat is je woonsituatie/ Met hoeveel personen woon je?
  3. Wat voor werk/dagbesteding heb je?
- Er zijn veel gebeurtenissen waarin je met anderen te maken hebt. Dat kan thuis zijn, of op je werk, dagbesteding, met vrienden of met mensen die je niet kent. Met de één kun je vaak wat beter overweg dan met de ander.

Hoofdvraag	Doorvragen
1. Kun je je nog herinneren de laatste keer dat je boos werd, wat gebeurde er toen?	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Wat maakte je vooral boos?</li> <li>b. Hoe reageerde je?</li> </ol> <p>➤ <i>Wat is er precies gebeurd? Hoe ging dat?</i></p> <p>➤ <i>Wat ging eraan vooraf?</i></p> <p>➤ <i>Wat dacht je erbij?</i></p> <p>➤ <i>Wat voelde je erbij?</i></p> <p>➤ <i>Hoe was het einde? Hoe werd je weer rustig?</i></p> <p>➤ <b>Optioneel:</b></p> <p>➤ <i>Maak een tekening van het verhaal</i></p> <p>➤ <i>Gebruik de boosheidthermometer</i></p>
2. Kun je nog een ander voorbeeld geven van een situatie waarin je ruzie kreeg met iemand?	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Wie was diegene voor je?</li> <li>b. Hoe lang ken je deze persoon al?</li> <li>c. Heb je vaker ruzie met hem/haar?</li> <li>d. Wat maakte je vooral boos?</li> <li>e. Hoe reageerde je?</li> </ol>
3. Van welke situaties kan jij boos worden? Thuis? En met vrienden?	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kun je daar een voorbeeld van geven?</li> <li>b. En wat nog meer? (net zolang totdat er geen nieuw antwoord meer komt)</li> </ol>
4. Wat is het vervelendst wat iemand bij jou kan doen?	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Waarom vind je dat vervelend?</li> <li>b. Wat gaat er dan in je om?</li> </ol>
5. Hoe reageer je als iets je iets niet leuk vindt, bij bekenden, en in het openbaar?	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kun je daar een voorbeeld van geven/kun je dat verder uitleggen?</li> </ol>
6. Heb je wel eens ruzie gehad met een leeftijdsgenoot? Zo ja; kun je dat wat toelichten? Wat gebeurde er toen/hoe reageerde je?	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Is dit nog vaker voorgekomen? Wat gebeurde er toen (tot er geen nieuwe situatie meer naar voren komt)</li> <li>b. En hoe reageer je bij iemand die ouder is?</li> <li>c. En bij iemand die jonger is?</li> </ol>
7. Gesloten vignetten	<p><b>Bij genoemde specifieke situaties, doorvragen:</b></p> <p>➤ <i>Wat vind je ervan als dat gebeurt, kun je dat vertellen?</i></p> <p>➤ <i>Wat gebeurt er om je heen als jij boos bent?</i></p> <p>➤ <i>Was het een ouder iemand of een jonger iemand die dat deed?</i></p> <p>➤ <i>Wat vond je erger, dat je werd aangeraakt of dat er geen sorry werd gezegd?</i></p> <p>➤ <i>Vond je het vervelend dat je ruzie had met de leeftijdsgenoot/[naam] of dat de leidinggevende/begeleider/ouder zich ermee bemoeide? Wat vond je daarvan?</i></p> <p>➤ <i>Als er bepaalde situaties voorkomen op werk/dagbesteding, komt zo iets ook thuis voor?</i></p> <p>➤ <i>Als doorvragen niet duidelijk is, Uitleg: Soms kan het zijn dat je me iets vertelt wat niet meteen helemaal duidelijk is voor mij. Dan stel ik hier nog wat vragen over. Het is voor het maken van onze nieuwe test namelijk heel belangrijk dat we goed begrijpen wat je bedoelt.</i></p> <p>Evt. Kun je daar een voorbeeld van geven?</p>
<p>Specifieke situaties voorbeeld geven en dan: Hoe zou jij reageren op/Wat zou je doen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen respect: iemand moet omlopen terwijl diegene moeilijk ter been is, ook na benoemen dat dit niet kan.</li> <li>- Niet gehoord worden: iemand gaat ondertussen bezig op zijn mobiel terwijl je wat aan het vertellen bent</li> <li>- Niet aan afspraken houden: je ingeplande gesprek met een begeleider/ouder iemand wordt zomaar ingekort</li> <li>- Botsing met spullen in je hand, het valt op de grond. Verschil expres, per ongeluk?</li> <li>- Je bent een film aan het kijken en drukt op een knop waardoor de tv vastloopt. Of een vriend doet het.</li> <li>- Je laat je mobiel vallen en hij gaat kapot. Anderen lachen erom.</li> <li>- Je begeleider/je leidinggevende wordt boos op de verkeerde en stuurt je naar je appartement/kamer/ naar huis.</li> <li>- EINDIGEN MET POSITIEF VOORBEELD! Iemand is jarig en trakteert, jij mag er één en zelfs blijven avondeten.</li> </ul>	



Hoofdvraag

Doorvragen

8. Afsluiten met een positieve vraag: Kun je een voorbeeld geven van met wie je een fijn contact hebt en waarom? Wat maakt het dat dit fijn is?
- 

- Bedanken en presentje: *Ik wil je heel erg bedanken voor dit gesprek. Je hebt me duidelijk kunnen maken hoe jij met bepaalde situaties omgaat en hoe jij hierover denkt. Dat kan ons weer helpen bij het maken van de test. Omdat we zo blij zijn dat mensen ons willen helpen, hebben we een kleinigheidje meegenomen.*

Duidelijkheid krijgen over **antecedent, gedrag en context**. (dus wat ging er aan vooraf, het gedrag zelf en waar speelde het zich af (in instelling: groepsleiding/leerkracht/leeftijdsnoten; thuis: ouders/broers en zussen; buitenshuis)

Zijn er nog onderwerpen die niet aan bod zijn geweest?

Heb je nog andere vragen en/of opmerkingen?

# Relatie-acrobatiek in de praktijk: De JIMaanpak in gezinnen waar sprake is van een licht verstandelijke beperking

Sandra Fokkens  
Suzanne de Ruig<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Systeemtherapeutisch werker bij Level

<sup>2</sup> Systeemtherapeut en oprichter bij JIMwerkt en PhD-kandidaat – [suzanne@jimwerkt.nl](mailto:suzanne@jimwerkt.nl)

## SAMENVATTING

*Al ruim 10 jaar wordt de JIMaanpak (Jouw Ingebrachte Mentor) ingezet in gezinnen met complexe problematiek en waar uithuisplaatsing van een of meer kinderen dreigt. Onderzoek laat zien dat deze aanpak daadwerkelijk bijdraagt aan vermindering van het aantal uithuisplaatsingen. Het is echter onduidelijk of deze aanpak ook in gezinnen kan worden ingezet waarin een of meer gezinsleden een licht verstandelijke beperking hebben. Drie professionals met deze specifieke ervaring zijn hierover geïnterviewd. Aan de hand van concrete casussen wordt uiteengezet dat het inderdaad mogelijk is om de JIMaanpak in deze gezinnen in te zetten en wat daarvoor belangrijke aandachtspunten zijn.*

## INLEIDING

Tien jaar geleden was uithuisplaatsing van een kind vaker aan de orde bij stagnerende hulpverlening aan gezinnen dan tegenwoordig. Het werd ingezet om een impasse tussen ouder en kind te doorbreken, maar ook omdat professionals niet wisten hoe ze de negatieve spiraal van interacties tussen de gezinsleden anders konden doorbreken. Een uithuisplaatsing is echter traumatiserend voor zowel het kind als het hele gezin.

Vanuit de ambitie om uithuisplaatsing van kinderen te voorkomen, is in 2012 de JIMaanpak ontwikkeld. Het is een belangrijk onderdeel van de InVerbindingsteams (IVT)<sup>1</sup>. Dit een intersectorale samenwerking tussen jeugdhulpverlening, jeugd-ggz, verslavingszorg en zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Het doel van deze samenwerking is gezinnen met complexe problematiek duurzaam te ondersteunen en uithuisplaatsing te voorkomen.

JIM staat voor Jouw Ingebrachte Mentor en is een door de jeugdige zelfgekozen familielid, buur, vriend of andere vertrouwde bekende. Een JIM staat altijd voor de jeugdige klaar, biedt sociaal-emotionele, maar ook praktische steun en fungeert daarnaast als rolmodel. Een JIM denkt mee over hoe de jeugdige het weer beter kan krijgen thuis,

op school, op werk of in zijn/haar vrije tijd. De JIM werkt samen met de ouders en hulpverleners, maar neemt hun rol niet over. Een jeugdige kan op zijn/haar JIM terugvallen in tijden van tegenslagen of bij vragen. De JIM krijgt op die manier een belangrijke rol als stem van de jeugdige naar de ouder(s) en professionals. “Met je eigen wortels groei je het mooist” is dan ook de slogan van stichting JIMwerkt die professionals traint in dit gedachtegoed en de JIMaanpak.

De eerste evaluaties en ervaringen laten zien dat uithuisplaatsingen vaak (tot soms wel meer dan 90%) kunnen worden afgewend in samenwerking met deze informele steunfiguren. Daarmee worden ook kosten bespaard<sup>2</sup>.

## HOE WERKT DE JIMAAANPAK?

De JIMaanpak bestaat uit vier fasen. De eerste fase is de ‘Wie-fase’. In een kennismakingsgesprek legt de professional aan de jeugdige en gezinsleden uit wat het werken met een JIM inhoudt en wat dit betekent voor het gezin. Daarna wordt gericht gezocht naar een JIM. Daarvoor krijgt de jeugdige deze vragen voorgelegd: “Wie vertrouw je? Waar ga je heen als je het moeilijk hebt? Voor wie doe jij je best?” Dit is de basis van de JIMaanpak. Vanzelfsprekend moeten ouders toestemming geven voor het benaderen van een JIM.

<sup>1</sup> Voor meer informatie, zie <https://www.level.nl/folder/inverbinding-voor-komen-van-uithuisplaatsing-en-terugwerken-naar-huis>

<sup>2</sup> Uit: <https:// zwolle.bestuurlijkeinformatie.nl/Document/View/e753a24b-471c-4a38-9529-ccf78e6f1909>

Daarna komt de ‘Wat-fase’. Daarin gaat het over de vraag aan de jeugdige en de ouders over wat zij willen veranderen en hoe de gewenste situatie er volgens hen uitziet. Er wordt gedacht vanuit mogelijke oplossingen i.p.v. het ontrafelen van problemen. In fase 3 (‘Hoe-fase’) wordt duidelijk wie er uit de omgeving welke positie heeft en wat de gezinsleden willen oplossen. Het plan van aanpak wordt in deze fase vastgesteld. Fase 4 is de ‘Adaptieve fase’ en is de afrondingsfase. Vragen die hier centraal staan zijn: Hoe gaan de gezinsleden de bereikte vooruitgang vasthouden? Wat is er straks anders als er geen professionele betrokkenheid meer is? En wat betekent dit voor de positie van de JIM? Lees hier meer over de JIMaanpak: <https://jimwerkt.nl/>

### KAN DE JIMAAANPAK INGEZET WORDEN BIJ GEZINNEN MET LVB-PROBLEMATIEK?

Is de JIMaanpak ook mogelijk als er bij een kind en/of ouders sprake is van een licht verstandelijke beperking (LVB)? Die vraag wordt geregeld gesteld door professionals die met de JIMaanpak werken in gezinnen zonder LVB-problematiek. Maar ook vanuit de ‘LVB-zorg’ wordt die vraag gesteld. En wat is er nodig om de JIMaanpak in deze gezinnen in te zetten? Waar moet je rekening mee houden en hoe pas je de aanpak aan aan de LVB van één of meer gezinsleden?

Om hier antwoord op te geven, hebben wij, de auteurs van dit artikel, drie experts op het gebied van zowel de JIMaanpak als de LVB-doelgroep hierover gesproken. Dit waren Liza Gerritsen (ambulant hulpverlener bij Philadelphia), Barbara Faber (systeemtherapeutisch werker bij Pluryn) en Wineke van Bruggen (systeemtherapeut bij Allergo en daarvoor bij Reinaerde). Alle drie hebben ervaring met het inzetten van de JIMaanpak bij deze doelgroep. Met hen hebben we gesproken over wat een professional tegen kan komen of waar die alert op moet zijn als die de JIMaanpak wil inzetten in een gezin met LVB-problematiek, maar ook hoe een professional daar rekening mee kan houden in zijn handelen. Dit hebben zij gedaan aan de hand van een aantal praktijkvoorbeelden. Door hun ervaringen te delen, hopen we professionals te inspireren en aan te moedigen om (vaker) te overwegen de JIMaanpak ook in deze gezinnen in te zetten en hen handvatten te geven om de kans op succes te vergroten.

Op basis van de gesprekken zijn drie thema’s naar voren gekomen die we elk hieronder bespreken aan de hand van een specifieke casus:

1. De beperking in ouderlijke beschikbaarheid
2. Het belang van vertrouwen
3. Autonomie versus afhankelijkheid

Liza, Barbara en Wineke hebben over alle thema’s wel iets verteld, maar voor de leesbaarheid van dit artikel lichten we een thema toe aan de hand van een specifiek voorbeeld van één van hen.

### THEMA 1: DE BEPERKING IN OUDERLIJKE BESCHIKBAARHEID

“Als er sprake is van een LVB bij een of meerdere gezinsleden, dan kan dat de beschikbaarheid van een ouder voor (andere) kinderen belemmeren.” Wineke van Bruggen bedoelt dat kinderen met een LVB meer aandacht kunnen vragen van de ouders dan andere kinderen. De ouders zijn zich er veelal pijnlijk van bewust dat ze er niet voor alle kinderen kunnen zijn wanneer een kind extra tijd en aandacht vraagt. Maar wanneer (ook) een ouder een LVB heeft, betekent dat ook vaker dat die zijn/haar opvoedrol onvoldoende kan vervullen. Het is dan belangrijk dat je je als professional bewust bent van hoe jij je positioneert ten opzichte van de ouders wanneer je het gesprek over een mogelijke JIM begint en je het kind vraagt naar wie zijn JIM zou kunnen zijn. Je wilt niet dat de ouders zich bekritiseerd of aangevallen voelen. Zij kunnen door die vraag namelijk nog meer het gevoel krijgen of zich nog meer realiseren dat ze er zelf onvoldoende (kunnen) zijn voor hun kind. Het is dus van belang het gesprek over de JIMaanpak goed te starten om de goede samenwerking met de ouders te behouden.

Wineke legt dit uit aan de hand van casus Kaj.

*Kaj is 10 jaar en groeit op als jongetje zonder een LVB bij zijn ouders en twee jongere zusjes. Zijn vader en beide zusjes hebben een LVB en een van de zusjes heeft ook epilepsie. Er gaat veel zorg uit naar zijn zusjes. Zijn ouders voelen zich overbelast en leven vooral in het ‘hier en nu’. De interactie tussen Kaj en zijn ouders verloopt momenteel moeilijk. Kaj is dwingend en ouders geven aan dat hij op negatieve manieren de aandacht in huis opeist.*

Wineke: “De ouders realiseerden zich dat zij zelf de aandacht die Kaj nodig heeft niet konden bieden vanwege de grote zorgtaak die zij hadden voor de zusjes van Kaj. Dit was een zeer pijnlijke conclusie voor de ouders waar

we ook eerst heel expliciet bij hebben stilgestaan. Als ik meteen over een mogelijke JIM was begonnen en de 'Wie-vraag' aan Kaj had gesteld, hadden de ouders zich mogelijk bedreigd gevoeld in hun ouderrol en waren zij niet akkoord gegaan met het zoeken en inzetten van een JIM. De vraag had bij Kaj een loyaliteitsconflict kunnen opleveren, wat ook onwenselijk is. Nu heb ik juist heel erg aangesloten op de last en het schuldgevoel die de ouders ervaren dat zij er niet volledig voor Kaj kunnen zijn en op de verminderde draagkracht van vader vanwege zijn LVB. Ik heb gevraagd wat zij hierin nodig hebben en wat zij willen voor Kaj. Zij droegen zelf oma en de buurvrouw aan en zij zijn uiteindelijk gepositioneerd als JIM en dus als 'extra opvoeders'. Het bleek een zeer duurzame constructie waarin iedereen zich gezien en gewaardeerd voelt in wat hij of zij wél kan en waarin Kaj blijvend een vertrouwde plek heeft." Uit dit voorbeeld blijkt dat je niet te rigide met de JIMaanpak moet omgaan. Kaj heeft niet zelf een JIM gekozen, maar zijn ouders hebben er twee gevonden die Kaj kunnen geven wat zij zelf niet kunnen geven. Hierdoor heeft Kaj geen loyaliteitsconflict gekregen en mag en kan hij deze extra steun en liefde accepteren van zijn ouders.

## THEMA 2: HET BELANG VAN VERTROUWEN

Barbara Faber benadrukt met haar voorbeeld dat vertrouwen een belangrijk thema is. Volgens haar komt wantrouwen van hulpverleners door mensen/ouders met een LVB veel voor. Dit kan te maken hebben met eerdere negatieve ervaringen met hulpverlening. Als die hulpverleners onvoldoende rekening hebben gehouden met de LVB (wat vaak gebeurt als niet duidelijk is dat er LVB-problematiek speelt), is de kans groot zij de ouders hebben overvraagd. De hulpverlening helpt dan niet. Sterker nog, het kan juist een negatief effect hebben en het vertrouwen van ouders in de hulpverlening (nog meer) beschadigen.

Het minder snel vertrouwen van hulpverleners kan ook breder liggen en zijn gekomen omdat ze zelf mensen in hun omgeving verkeerd hebben ingeschat en ten onrechte hebben vertrouwd, wat een vervelende ervaring heeft gegeven. Barbara geeft hierover nog aan: "Het lijkt ook wel een paradox dat mensen met een LVB niemand echt lijken te vertrouwen, terwijl zij soms binnen een paar minuten hun hele levensverhaal blootleggen. Maar dat zijn ze vaak ook zo gewend, want bij iedere hulpverlener wordt hier weer opnieuw naar gevraagd."

Zij vertelt over het gezin van Piet. Zij was daarbij betrokken als hulpverlener, maar moest daarmee stoppen

nadat het gezin alle contacten verbrak na een melding bij Veilig Thuis door een andere betrokken hulpverlener. Door de daarna toegewezen gezinsvoogd werd het gezin opnieuw bij het team van Barbara aangemeld. Er is toen veel tijd in het contact met het gezin geïnvesteerd om het vertrouwen weer voldoende terug te winnen. Pas daarna kon het gesprek worden gevoerd over een mogelijke JIM.

*Piet is 17 jaar en woont thuis samen met zijn ouders en zijn zusje van 14 jaar. In het gezin is bij iedereen een LVB vastgesteld en er speelt veel: geldzorgen, de kinderen gaan niet naar school en er is systemische problematiek. De aanmelding die door het wijkteam bij Barbara's IVT was gedaan, was in eerste instantie gericht op Piet zijn zusje, omdat zij zeer geïsoleerd leefde. Barbara: "Zij kwam haar kamer niet uit om aan tafel te zitten bij het gesprek waarin ik de JIMaanpak toelichtte en wilde vragen wie haar JIM mogelijk zou kunnen zijn. Piet zat wél aan tafel bij dit gesprek. We vroegen of hij aan zijn zusje zou willen uitleggen wat we besproken hadden over JIM. Hij reageerde dat hij dat wel wilde, maar dat hij zelf ook wel een JIM wilde en kon gebruiken. Hij wist ook al gelijk wie: oma! Oma is geen echte oma, maar een soort 'pleeg-oma' uit het verleden. Zij stamt uit de kennissenkring van de familie en heeft een goede band met moeder. Oma werd direct gebeld en gaf aan zeker de JIM te willen zijn voor Piet."*

*Piet heeft gedurende het proces meerdere keren aangegeven dat het voor hem belangrijk is dat hij één aanspreekpunt heeft binnen het web van hulpverleners: "Als ik me op meer mensen moet richten, raak ik in de war en wil ik niet meer." Dat de JIM (in dit geval dus de 'pleeg-oma') Piet zijn aanspreekpunt is en ook voor de hulpverleners, maakt het voor Piet overzichtelijk. Voor Barbara was het extra belangrijk om afspraken na te komen en om te doen wat ze had gezegd te zullen doen. Hierdoor werd het vertrouwen van Piet en de rest van het gezin in haar behouden. Barbara: "Hier heb ik ook heel erg in geïnvesteerd door iedere keer de verwachtingen en afspraken duidelijk te maken en te toetsen of we dit op dezelfde manier hebben begrepen. Ondanks dat, kan het contact dan toch opeens weer verbreken. Het is dan de 'pleeg-oma' die wél in contact komt met Piet en vervolgens helpt om zijn vertrouwen in mij weer te herstellen."*

Het voorbeeld van Barbara laat zien hoe fragiel de vertrouwensrelatie en daarmee ook de samenwerkingsrelatie kan zijn tussen haar als professional en gezinsleden waarbij sprake is van een LVB. Elke actie van haar, een appje, een belletje, 10 minuten te vroeg of te laat komen, kan tot wantrouwen leiden. Dit lijkt volgens haar sterker te spelen in gezinnen met dan zonder LVB-problematiek. Een professional moet gericht en meer investeren in het krijgen en vervolgens behouden van het vertrouwen. Hij moet betrouwbaar zijn om het vertrouwen te winnen. Pas daarna kan worden gevraagd naar een mogelijke JIM. Is er geen vertrouwen, dan zullen zij ook deze belangrijke persoon niet met je delen. Het goed uitvragen op welke manier een gezin jou betrouwbaar vindt en waarom (*hoe werken wij goed samen?*) is van groot belang. Zonder vertrouwen is er geen hulpverlening mogelijk. Het vertrouwen kan worden gewonnen door voortdurend verwachtingen te toetsen, gespreksonderwerpen goed te kaderen en afspraken na te komen. Pas als er vertrouwen tot stand is gekomen komt er meer ruimte om samen met de JIM te werken aan verandering in het gezin.

### THEMA 3: AUTONOMIE VERSUS AFHANKELIJKHEID

De vraag die gesteld kan worden is of het zoeken naar een JIM niet haaks staat op de opdracht van professionals om jongeren met een LVB te begeleiden naar zoveel mogelijk zelfstandigheid.

Liza Gerritsen verwijst naar de mate van hospitalisatie die bij veel gezinnen met LVB-problematiek aanwezig lijkt te zijn. Men is gewend aan veel compenserende hulpverlening, waarin taken worden overgenomen door hulpverleners. Dit versterkt de rollen van hulpvrager en hulpverlener, maakt afhankelijk en scheidt verwachtingen. Bij de gezinnen waar LVB-problematiek speelt, denken de gezinsleden sneller: wij hebben een probleem, de hulpverlener komt het oplossen. En bij hulpverleners speelt vaker de overtuiging dat mensen met LVB-problematiek blijvend professionele hulp nodig hebben. De hulp die vervolgens wordt geboden is dan vaak langdurig en compenserend, zeker als er onveiligheid speelt en een gezin in een veiligheidskader is geplaatst. Het natuurlijke vangnet van burens en familie dreigt daardoor op de achtergrond of zelfs uit het zicht te raken. "Bij de JIMaanpak ga je deze niet-duurzame dynamiek tegen. Je creëert een beetje verwarring bij gezinnen die gewend zijn dat jij met de oplossing komt. Door de JIMvraag te stellen doe je direct al twee dingen anders. 1. Je richt je niet op het probleem of een doel,

maar je bevraagt het gezin wie er al in de directe omgeving is. 2. Door te vragen naar wie een JIM kan zijn, duw je de hulpvrager in een nieuwe rol. Je verwacht nu namelijk geen hulpvragende rol meer, maar iemand uit de directe omgeving die meedenkt en -doet. Het eigenaarschap voor de oplossing blijft hiermee bij het gezin en wordt niet de taak van de hulpverlener."

Liza vertelt in dit kader over Donnie.

*Donnie is een jongen van 16 jaar met een LVB en wordt bij de hulpverlening aangemeld via Veilig Thuis. Donnie groeit op met zijn moeder bij wie ook sprake is van een LVB. Hij heeft nog twee jongere broers en een volwassen, op zichzelf wonende zus. Hij is opgepakt door de politie voor oplichting, waarvoor iemand hem heeft ingezet/misbruikt blijkt later, waarna door de politie de melding bij Veilig Thuis is gedaan. De op dat moment betrokken hulpverlening is duidelijk: "Donnie is licht verstandelijk beperkt en zal altijd intensieve hulpverlening nodig hebben. Gezien zijn situatie thuis lijkt het goed om ook te zoeken naar een woonvorm met passende begeleiding, met als hij 18 is een bewindvoerder."*

Liza kwam als hulpverlener bij dit gezin en trof een zeer beschermende en overbelaste moeder aan. Haar angst voor opnieuw een uithuisplaatsing was groot en daardoor was het vertrouwen in de hulpverlening beperkt. Er speelde veel: geldzorgen, gezondheidsproblemen en een verstoorde relatie tussen moeder en zoon. Liza: "Ik heb vooral eerst heel veel moeten aansluiten op hun vragen om het vertrouwen te winnen. Ik was meer dan een jaar betrokken en ging bijvoorbeeld 2x per jaar met Donnie mee naar de tandarts, omdat hij daar heel angstig voor was. Moeder kon dit zelf niet opbrengen. De tandarts zei dan dat we Donnie moesten aanzetten tot tandenpoetsen. Maar ik ben er in dat soort situaties natuurlijk niet bij."

Liza beseft dat zij in die rol zit van hulpbieder en zo zelf ook meewerkt aan jarenlange compenserende hulp voor Donnie. Nadat ze de JIMtraining van JIMwerkt heeft gevolgd, stelde ze de vraag wie een JIM voor Donnie zou kunnen zijn. Moeder raakte direct in paniek: "Je gaat toch niet stoppen?!" En toen zei Donnie, na een duidelijke uitleg over wat een JIM is, dat zijn zus dit eigenlijk al voor hem is. Liza ging in gesprek met de zus en deze bleek enorm veel te doen voor Donnie en haar moeder. "Waarom heb ik

dit eigenlijk niet eerder gevraagd?”, vraagt Liza zich nu af. “Want die zus had bijvoorbeeld wél kunnen helpen bij het stimuleren van tandenpoetsen als zij wist van deze vraag.” Toen de zus ook echt was gepositioneerd (als JIM) vanuit de vraag van Donnie én hun moeder, kon en durfde de zus nog meer betekenen voor Donnie. Bovendien voelde ze zich verlicht in haar taak door te kunnen sparren met een hulpverlener. Door het grote vertrouwen van moeder in haar dochter, maakte zij zich minder zorgen over Donnie en lukte het haar om gepaste afstand van hem te nemen. Dit gaf ontspanning in de relatie met haar zoon.

Inmiddels is Donnie 21 jaar en woont hij op zichzelf, zonder bewindvoering, maar met een zus die hem helpt bij zijn financiën. Hij geeft aan ontzettend trots te zijn nu hij ziet wat hij eigenlijk allemaal wél kan en dit geeft hem vertrouwen.

Wat Liza vooral als succesvol aan dit verhaal benoemt, is dat Donnie meer autonoom is geworden door de inzet van zijn zus. Zowel de hulpverlening als moeder en Donnie waren ervan overtuigd dat zij het niet zouden redden zonder hulpverlening. Dit werd daardoor een zichzelf in stand houdend proces. Dit werkte ook door in de dynamiek tussen Donnie en zijn moeder. Zij durfde haar zoon niet los te laten en hield hem klein en afhankelijk, wat niet passend was bij zijn ontwikkelingsleeftijd. Het positioneren van en samenwerken met de JIM heeft dit gezin veel opgeleverd: Donnie is autonoomer geworden, de relatie met zijn moeder is verbeterd en Donnie is trots op zichzelf en dankbaar voor wat zijn zus met hem doet. Daarnaast is hij niet meer afhankelijk van de vele hulpverleners die er voorheen altijd waren.

### TIPS VOOR HET WERKEN MET DE JIMAAHPAK IN GEZINNEN MET LVB-PROBLEMATIEK

Bovenstaande voorbeelden laten zien waar je als hulpverlener sensitief voor moet zijn als je met de JIMaanpak aan de slag wilt gaan in gezinnen waar een of meer gezinsleden een LVB hebben. Deze experts gaven daarnaast nog aan dat de manier waarop je de JIMaanpak in gezinnen met LVB-problematiek introduceert om LVB-specifieke aanpassingen vraagt, zoals in het taalgebruik. De zinnen moeten kort zijn, met één kernboodschap per zin. De gebruikte woorden moeten eenduidig zijn en aansluiten bij het taalniveau/taalbegrip van de gezinsleden. Termen als ‘vertrouwen’ of ‘mentor’ kunnen ingewikkeld zijn of niet bedoelde associaties geven. Zo kan ‘mentor’ een associatie met school of een ongelijkwaardige relatie oproepen.

‘Vertrouwen’ kan een negatief gevoel oproepen als de jongere zich onbegrepen voelt. Dit kan het nadenken over wie de JIM kan zijn belemmeren. De ervaring leert ook dat de poster die gewoonlijk wordt ingezet bij gezinnen binnen jeugdhulp om de JIMaanpak te introduceren en uit te leggen, te veel informatie bevat. De experts adviseerden dan ook om de JIMaanpak kort, in eenvoudige taal uit te leggen en dit zelf soms over meerdere afspraken uit te smeren. Ook het visueel ondersteunen van deze uitleg met poppetjes of eenvoudige tekeningen kan hierbij helpen<sup>3</sup>.

### CONCLUSIE

- De JIMaanpak kan worden ingezet bij gezinnen waarbij sprake is van een LVB bij een of meer gezinsleden. Wel zijn er aanpassingen nodig. Zo zal er niet direct begonnen moeten worden over het zoeken naar een JIM en het stellen van de ‘Wie-vraag’. Je zal als hulpverlener eerst sensitief en onderzoekend moeten zijn naar de onderliggende last van het gezin. Dit kan, zoals de voorbeelden lieten zien, te maken hebben met schaamte, rouw, wantrouwen of hospitalisatie. Door die inzichten kan vervolgens goed nagedacht worden over de timing van, de persoon/personen aan wie, en manier waarop je de JIMaanpak introduceert.
- De JIM is blijvend en heeft het vertrouwen dat hulpverleners nooit op eenzelfde manier zullen hebben. Dit is niet anders voor gezinnen waarbij een of meer gezinsleden een LVB heeft.
- JIMs zijn geen supermensen, maar omdat ze vertrouwen genieten van het gezin en gevraagd worden voor een speciale rol, geeft dit hen een bijzondere positie en mandaat, en daardoor iets extra’s wat een hulpverlener niet zo snel heeft of zal krijgen. En omdat het gezin zelf deze JIM gevraagd heeft, ervaren ze vaak een extra drijfveer om te luisteren naar de JIM en mee te doen als die iets vraagt. Dit is ook het geval (of misschien zelfs wel juist) wanneer de JIM zelf ook een LVB heeft. Dat heeft Suzanne de Ruig (tweede auteur) in haar eigen praktijk ervaren. “Ook de JIM met een LVB wist waar het om ging, kwam met adviezen en kreeg het gezin in beweging. Mogelijk kon deze JIM zich juist nog beter verhouden tot het gezin dan een JIM die niet uit eigen ervaring weet hoe het is om op LVB-niveau te functioneren.”

<sup>3</sup> Meer tips staan in ‘Aansluiten bij een LVB ... (hoe) doe jij dat?’ van het Landelijk Kenniscentrum LVB. <https://www.kenniscentrumlvb.nl/product/aansluiten-bij-een-lvb-hoe-doe-jij-dat/>



- Mensen met een LVB kunnen blijvend zorg of hulp nodig hebben, maar het is belangrijk om als hulpverlener scherp te blijven en je af te vragen of je zelf niet bijdraagt aan de afhankelijkheid van een gezin aan de hulpverlening. Hiervoor is nodig dat we andere vragen stellen en de mensen uit het eigen netwerk van een gezin gaan zien, herkennen en positie geven binnen het hulpverleningsproces. Dit artikel laat zien dat de informele steun (en dus een mogelijke JIM) al jaren bij een gezin betrokken kan zijn, ook in gezinnen met LVB-problematiek, zonder dat deze is opgemerkt door de hulpverlening. Laat staan dat er gelijkwaardig mee samengewerkt is!

De interviews met de experts hebben ons inzicht gegeven in het belang van hun 'relatie-acrobatiek': een geduldige manier van aansluiten en hulpverlenen met oog voor wat wel kan en wie er al is.

*Met dank aan:*

Wineke van Bruggen, Liza Gerritsen en Barbara Faber

In 2020 is er een nieuw boek over de JIMaanpak uitgekomen: *'Circulaire Zorg, van JIMaanpak naar een andere kijk op jeugdhulpverlening'* van Suzanne de Ruig en Levi van Dam. Circulaire Zorg kan gezien worden als het fundament waarop de JIMaanpak staat. De pijlers hiervan zijn: duurzaam, minimalistisch en holistisch. Duurzaam gaat over werken in het nu én oog houden voor de volgende generatie. Minimalistisch gaat over het herstellen van eigen relaties in plaats van toevoegen van nog meer professionele hulp. Holistisch gaat over breder kijken naar wat iemand nodig heeft en oog hebben voor rolverschivingen.



# Traumabehandeling bij een jongen met een LVB, ASS en psychosegevoeligheid

Andries Schilperoord<sup>1</sup>

<sup>1</sup> GZ-psycholoog bij 's Heeren Loo – Andries.Schilperoord@sheerenloo.nl

Met dank aan mijn medetherapeut Joyce van Wingerden, de ambulante begeleiders die als hulphtherapeut werden ingezet en vooral dank aan de moeder van Matthew en Matthew zelf.

## INLEIDING

Sinds Francine Shapiro tijdens een boswandeling merkte dat de oogbewegingen die ze maakte door de flikkering van het licht haar hielpen de stress te verminderen van storende gedachten, is er heel wat gebeurd. EMDR is niet meer weg te denken; het is een van de meest toegepaste vormen van behandeling. Aanvankelijk ontwikkeld en verfijnd voor traumabehandeling, wordt het nu voor een veelheid aan stoornissen en klachten ingezet. Er komt ook steeds meer ervaring in het inzetten van deze behandelvorm bij een variatie aan doelgroepen. Want hoe eenduidig het protocol ook is, veel cliënten hebben toch een benadering op maat nodig. In dit artikel wordt besproken welke aanpassingen er gemaakt zijn in de behandeling bij Matthew, een jongen met het Prader-Willi syndroom en een autismespectrumstoornis (ASS), functionerend op het niveau van een licht verstandelijke beperking (LVB, IQ rond de 60).

## WIE IS MATTHEW EN WAAROM HEEFT HIJ BEHANDELING NODIG?

Matthew is een vrolijke, leergierige, 17-jarige jongeman met gevoel voor humor. Hij groeit op in een betrokken gezin samen met beide ouders en een oudere zus en broer. Matthew vindt zijn ZMLK-school leuk en wil graag leren. Hij vindt lezen en vooral rekenen leuk. Ook houdt hij van muziek. School staat voor hem bovenaan. Daar kwam echter helaas verandering in.

Matthew had last van sommige andere leerlingen die hem konden uitschelden of zelfs slaan en schoppen. Matthew is zelf een lieve jongen, goudeerlijk en behulpzaam; hij snapte dan ook niets van deze situaties. Matthew ontwikkelde dwangklachten. Hij vroeg duizen-

den keren waarom die jongens dat deden en waarom de meester niet ingreep. Hij kon het niet meer loslaten. Het lukte Matthew niet om met het onrecht om te gaan.

Een cognitieve behandeling met werkbladen zoals het boekje 'Zelfregulatie bij jongeren met ASS' (Bartels, 2019) is ontwikkeld voor normaalbegaafde jongeren met ASS zou hem vanwege de verstandelijke beperking overvragen. Daarom werd aanvankelijk ingezet op speltherapie met het idee dat hij zijn lastige ervaringen zou kunnen verwerken in spel. Dit bleek echter averechts te werken: Matthew werd er verwarder van, mogelijk omdat, samenhangend met zijn ASS, zijn verbeeldingsvermogen beperkt is.

Het lukte uiteindelijk niet meer om naar school te gaan. En hij werd zo angstig en verward van wat hij allemaal had meegemaakt, dat hij op een gegeven moment psychotische klachten ontwikkelde. Na inzet van medicatie en door de heilzame werking van vakantie en een periode zonder school, namen de psychotische symptomen snel af en ook was hij minder dwangmatig bezig met de gebeurtenissen. Na de vakantie gaat Matthew weer naar school, maar al snel herinnert een incident hem aan de eerdere gebeurtenissen. Het nieuwe incident vormt een trigger en in korte tijd is er een ernstige verslechtering te zien. Hij begint te hallucineren (visueel, maar vooral auditief), waarbij hij ruzies en boze mensen meent te zien en te horen, en hij wordt erg achterdochtig (denkt bijvoorbeeld dat mensen achter de deur luisteren), heeft wraakgevoelens, is geagiteerd en boos. Ophoging van medicatie helpt onvoldoende en bovendien krijgt hij last van allerlei bijwerkingen. De psychotische klachten zijn, zoals vaker, verbonden aan stress en heftige emoties (Van den Berg et al., 2017). De stemmen die Matthew hoort zijn begonnen

na, en houden verband met, de traumatische ervaringen. Matthew voldoet aan de criteria voor een Andere gespecificeerde psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis. Hij voldoet niet aan het A-criterium, maar wel aan alle andere criteria voor PTSS. Er wordt daarom besloten tot traumabehandeling door middel van EMDR met als doel afname van deze symptomen.

#### BOX 1: EMDR EN WERKGEHEUGENBELASTING

Bij EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing) focust een cliënt zich op de emotioneel beladen geheugenbeelden, terwijl het werkgeheugen onder druk komt te staan door het uitvoeren van een andere taak, zoals het uitvoeren van oogbewegingen. Hierdoor ontstaat er een soort van afstand tot het herinneringsbeeld. Er vindt een 'verval' (desensitization) van de herinneringsbeelden plaats, waarmee de herinnering steeds meer de emotionele lading verliest als deze naar het langetermijngeheugen wordt weggeschreven. Tegelijk wordt de negatieve kerngedachte (bijvoorbeeld: ik ben waardeloos, of: het is allemaal mijn schuld) omgebogen naar een positieve kerngedachte (reprocessing) (Beer & De Roos, 2017). De behandeling kan afgerond worden als de spanning, gemeten met een subjectieve schaal van 0 tot 10, is teruggebracht naar 0 en de positieve overtuiging op een schaal van 1 tot 7 op 7 zit, wat staat voor volledig geloofwaardig.

Bij mensen met een LVB zal het werkgeheugen echter snel overbelast worden. Het is zaak dat de afleidende taak voldoende werkgeheugenbelasting geeft, zonder de cliënt te overvragen. Bij een te hoge werkbelasting zal de EMDR niet soepel lopen; de cliënt wordt te snel uit de herinnering gehaald of raakt juist overspoeld. Bovendien kan bij overvraging van het werkgeheugen de vaak al diep genestelde overtuiging "ik ben dom" geactiveerd worden, waardoor juist een negatieve kernovertuiging bevestigd zou worden.

Omdat eerdere therapie averechts heeft gewerkt, na speltherapie raakte Matthew immers meer verward, zijn de ouders van Matthew (terecht) erg voorzichtig. Het is duidelijk dat Matthew behandeling nodig heeft, maar een goede voorbereiding is noodzakelijk. De behandeling moet echt aansluiten, de ouders moeten Matthew goed kunnen begeleiden en ondersteunen en zij moeten zelf ook vertrouwen krijgen in de behandeling om dit vertrouwen uit te kunnen stralen naar Matthew.

#### AANPASSINGEN OP HET STANDAARD EMDR-PROTOCOL

EMDR lijkt een passende behandelvorm. Uit onderzoek blijkt dat dit effectief ingezet kan worden bij mensen met een LVB, ASS en PTSS, en ook bij mensen met psychotische klachten (Van den Berg et al., 2017; Leuning, 2017; Mevissen, 2017). De therapeut maakt op basis van de huidige klachten en de gebeurtenissen uit het verleden een behandelplan. Dit wordt meerdere keren besproken en aangepast in overleg met ouders.

- Er wordt overlegd over hoe de therapeut het beste kennis kan maken met Matthew en hoe Matthew het

beste uitleg gegeven kan worden over de behandeling. Er wordt voor gekozen om enkele dagen voor de start van de behandeling bij Matthew thuis kennis te maken. Dit is in zijn vertrouwde omgeving, waarbij de therapeut ook aandacht heeft voor de leuke en gezonde kanten van Matthew. De therapeut leert zo ook de kat en de hond van Matthew kennen, vooral de kat is erg belangrijk voor Matthew. In deze vertrouwde omgeving lukt het Matthew om te vertellen dat hij last heeft van wat er op school is gebeurd. Matthew krijgt uitleg over de traumabehandeling, in hoofdlijnen wordt uitgelegd hoe dit gaat. Hoewel Matthew veel keren dezelfde vragen blijft stellen ("Maar hoe kan dat dan, dat dat helpt?") lijkt hij ook wat rustiger te worden en ontwikkelt er zich enig vertrouwen.

- Er wordt gekozen voor een zeer intensieve aanpak: in 2 weken tijd krijgt hij zo'n 10 EMDR-sessies. Onderzoek wijst uit dat dit niet alleen effectief is, maar bovendien dat er lagere tussentijdse uitval is (Van Woudenberg et al., 2018). Doordat de sessies snel op elkaar volgen, is er minder kans dat de spanning tussendoor weer stijgt, wat ontmoedigend kan werken en tussentijdse uitval kan veroorzaken. Het is van belang dat Matthew de behandeling werkelijk afmaakt om een nieuwe faalervaring te voorkomen.
- Uiteraard is zo'n intensief traject zeer zwaar. In deze periode heeft Matthew even geen dagbesteding en krijgt hij extra ambulante begeleiding.
- We kiezen voor de EMDR-verhalenmethode, vanwege de verstandelijke beperking en de ASS-problematiek. Deze methode werkt goed als er beperkingen in gesproken taal zijn (Leuning, 2017).

#### BOX 2: EMDR-VERHALENMETHODE

De EMDR-verhalenmethode is ontwikkeld voor mensen die last hebben van preverbaal trauma. Omdat de cliënt geen woorden heeft voor wat er gebeurd is, stelt de therapeut samen met de ouder het verhaal op, waarbij de veronderstelde beleving van de cliënt van de gebeurtenissen centraal staat. Het verhaal heeft een vaste opbouw met een positief begin, het middendeel dat inzoomt op de traumatische ervaringen en het einde van het verhaal dat de positieve afloop beschrijft en de positieve overtuigingen benoemt. Bij mensen met een verstandelijke beperking en mensen met ASS is deze methode goed toepasbaar; zij hebben immers, net als mensen met preverbaal trauma, vaak moeite om woorden te geven aan wat er gebeurd is.

- Het traumaverhaal wordt geschreven op basis van alles wat Matthew de afgelopen tijd hierover aan moeder heeft verteld. Helaas is de leerkracht niet bereikbaar om meer informatie aan te leveren. Binnen

het traumaverhaal is er veel aandacht voor de cognitieve shift die gemaakt moet worden. Matthew blijft immers rumineren over dezelfde onbeantwoorbare vragen.

- Extra aandacht is er vooraf om te onderzoeken welke afleidende stimuli het beste zullen werken voor Matthew (Mevisen, 2017). Tijdens de kennismaking doet de EMDR-therapeut al even voor hoe de oogbewegingen en afwisselend tikken op de knieën werken. Het valt op dat het voor Matthew heel moeilijk is om handbewegingen te volgen met zijn ogen. Vooraf wordt aan moeder gevraagd of Matthew kan spellen (dat kan hij niet) of rekenen (dat kan hij en vindt hij leuk: optellen aftreksommen tot ongeveer 30). Om extra werkgeheugenbelasting te geven kunnen dus extra sommen opgegeven worden.
- Er wordt gekozen voor de inzet van hulptherapeuten. Dit idee is ontwikkeld in de gesloten jeugdzorg (Groot et al., 2022). Jongeren die in de gesloten jeugdzorg verblijven voelen zich vaak ontheemd en onthecht, vinden het moeilijk om over hun gevoelens te praten en hebben weinig vertrouwen in anderen. Deze combinatie maakt het lastig voor jongeren om traumabehandeling aan te gaan. Wanneer de jongere aangeeft open te staan voor traumabehandeling, blijft het vaak lastig om dit alleen, zonder extra steun van 'supporters', aan te gaan. Een hulptherapeut kan een jongere steunen en aanwezig zijn tijdens de traumabehandeling en de jongere helpen reguleren (co-regulatie) (Groot et al., 2022). In het geval van Matthew wordt gekozen voor twee hulptherapeuten: de moeder zal het traumaverhaal voorlezen, de EMDR-therapeut zit voor Matthew en zal afleidende stimuli geven, terwijl één van de ambulante begeleiders achter Matthew staat en hem op zijn schouders tikt als extra afleiding / werkgeheugenbelasting. Bij grote bewegingsonrust (wiegen) of opkomende boosheid kan deze begeleider hem ook wat steviger vasthouden en door middel van druk op zijn schouders hem helpen rustiger te worden (co-reguleren).
- De hulptherapeuten worden voorbereid op het ondersteunen van zogenoemde 'interweaves' (Groot et al., 2022) om hen niet te overvallen. Zie box 3 voor een toelichting op cognitieve interweaves bij Matthew.
- Er is aandacht voor moeder die, door de heftigheid van de klachten en het wegvallen van school, erg belast is geraakt. Moeder moet in staat zijn om het trauma-

verhaal goed voor te lezen en niet zelf emotioneel te raken. Traumabehandeling voor moeder wordt overwogen, maar blijkt (nu) niet nodig te zijn. Doordat we intensief aan het werk zijn met het traumaverhaal, en moeder het om te oefenen al meerdere keren heeft voorgelezen, is de spanning voor moeder voldoende van het verhaal af om de behandeling als hulptherapeut vorm te kunnen geven.

- Ook wordt nagedacht over hoe we elke sessie goed kunnen afsluiten (Beer, 2017). Naast het vieren van de successen (met een 'boks') en benoemen van de krachten door moeder, kan gebruikgemaakt worden van het gegeven dat Matthew dol is op kwartetten. Na elke sessie belonen we onszelf, Matthew, moeder, begeleider en therapeut, met een potje kwartetten.

### BOX 3: COGNITIEVE INTERWEAVES

Een cognitieve interweave is een korte vraag waarmee een nieuw functioneel perspectief toegankelijk wordt gemaakt. Zo is Matthew ervan overtuigd dat de meester ook boos op hem is en deze overtuiging lijkt erg vast te zitten. Daardoor blijft de spanning hoog. Er is dus sprake van een zogenaamde 'blocking belief'. Hier volgt een voorbeeld:

Therapeut: Heeft Matthew iets verkeers gedaan?

Matthew: Nee.

Therapeut: Hou dat vast.

(verder met afleidende stimuli)

(...)

Therapeut: Is de meester boos op Matthew?

Matthew: Ja.

Therapeut: Wat denk jij moeder: is de meester boos op Matthew?

Moeder: Nee, de meester is echt niet boos op Matthew.

Therapeut: (begeleider) Linda, denk jij dat de meester boos is op Matthew?

Linda: Nee natuurlijk niet, Matthew heeft niets verkeers gedaan.

Therapeut: Matthew, is de meester boos op jou?

Matthew: Ik denk het niet dan, nee.

Therapeut: Hou dat vast.

(verder met afleidende stimuli)

### DE BEHANDELING

Zoals genoemd gaan we met de EMDR-verhalenmethode en de inzet van twee hulptherapeuten (moeder en begeleider) aan de slag. Een aantal sessies wordt gedaan door een andere EMDR-therapeut, vanwege agendatechnische redenen. Daarbij heeft een tweede EMDR-therapeut ook als voordeel dat Matthew het verhaal ook deelt met weer iemand anders, waardoor de lading steeds meer van de

herinnering afgehaald kan worden. Niet alleen het vaker aanhoren van het traumaverhaal, maar juist bij wisselend publiek, met net andere nuances en accenten, kan ervoor zorgen dat zoveel mogelijk associatiesporen bewerkt worden.

Tijdens de eerste sessie wordt verder uitgeprobeerd welke afleidende stimuli voor Matthew goed werken. Het volgen van de vingers met zijn ogen bleek tijdens de voorbereiding al voor Matthew te ingewikkeld. Buzzers (kleine tril-apparaatjes) in de handen, tikken op de knie en tikken op de schouders door de hulptherapeut werken wel goed. Bij moeilijke gedeeltes is er soms extra afleiding nodig. Sommigen blijken dan inderdaad goed te werken, maar het luistert nauw wat voor soort sommen hij kan maken. Het moet hem immers helpen om zijn werkgeheugen te activeren, het moet geen faalervaring worden. Door de oplopende emoties lukken sommen die hem normaal gesproken wel lukken nu niet. De tweede sessie wordt op film opgenomen zodat de tweede EMDR-therapeut goed ziet welke afleidende stimuli (hoe snel tikken, welke sommen) goed werken. De spanning die de herinnering oproept (SUD - Subjective Units of Disturbance) wordt uitgevraagd aan de hand van een plaat met 10 cijfers en 3 tekeningen (<https://www.silverkit.nl/sud-voc-volwassenen>). Matthew blijkt goed aan te kunnen geven hoe hoog zijn spanning zit.

De behandeling verloopt in zijn algemeenheid goed. De spanning van de herinnering daalt langzaam, maar gestaag. Het verhaal wordt tussendoor steeds aangepast. Matthew vertelt spontaan nog een gebeurtenis die verwerkt wordt, een fout wordt rechtgezet (naam van een andere jongen) en ook een formulering die volgens Matthew niet klopte, wordt zo aangepast dat het voor hem wel klopt. Zo wordt de zin "Dat vond Matthew niet leuk" veranderd in "Dat vond Matthew helemaal niet leuk". Steeds wordt gevraagd welk onderdelen van het verhaal nu nog het naaste zijn, waarna er extra aandacht is voor die onderdelen.

Wat Matthew enorm dwarszit, is dat hij zich zo machteloos heeft gevoeld. Waarom heeft de meester niets gedaan? Cognitieve interweaves 'pakken' niet altijd direct, maar als de retorische vragen eerst aan moeder en de ambulante begeleiders worden voorgelegd, kan Matthew er toch in meegaan ("eigenlijk wel ja", waar hij eerder "nee" zei). Uiteindelijk lukt het hem om te aanvaarden dat de meester niet boos op hem is, dat de meester heus wel een plannetje had, heus wel zag wat er gebeurde, en het uiteindelijk ook heeft opgelost, want de jongens zijn later van

school gegaan. Maar het belangrijkste is dat Matthew heel vaak hoort dat hij gelijk had. Die jongens hoorden dat niet te doen. En het is logisch dat Matthew er last van had. Wel kan Matthew nog wat leren. Hij kan soms denken: "Laat maar gaan." Het bijbehorende wegwuifgebaar werkt goed voor Matthew. De spanning daalt van 10 naar 2 en blijft op dat niveau hangen. Matthew kan zonder al te veel spanning stilstaan bij wat er gebeurd is. Hoewel het niet leuk was, kan hij aanvaarden wat er gebeurd is en hij heeft het niet meer nodig om dwangmatig te blijven vragen waarom alles gebeurde. Moeder geeft aan dat Matthew thuis vrolijker is. Hij heeft meer ruimte in zijn hoofd en Matthew is helder, niet meer verward. Er zijn geen hallucinaties meer. In die zin is de behandeling geslaagd.

### NIEUW BEHANDELDOEL EN COMPLICATIES

Wat echter wel blijft hangen, is heel veel boosheid naar de meester en Matthew wil echt niet meer naar school. Dus, hoewel de stress, de (rand)psychotische klachten en het dwangmatig vragen blijven stellen zijn verdwenen, zou het fijn zijn als Matthew ook geen last meer heeft van boosheid en ook de vermijding doorbroken wordt. Ingeschat wordt dat het 'Woede, Wrok, Wraak-protocol' (Veerbeek & Ten Broeke 2017) te verwarrend zal zijn voor Matthew, zoals ook speltherapie voor hem te verwarrend was. Binnen dit WWW-protocol wordt in fantasie gevoelsmatig afgerekend met degene waar de woede op gericht is, waarbij de spanning, vergelijkbaar met EMDR, hierop zal dalen. Maar Matthew heeft, samenhangend met de ASS, moeite met het ontwarren van fantasie en realiteit. Bovendien wordt ingeschat dat Matthew mogelijk zijn boosheid dan niet meer in de hand kan houden.

Om de vermijding van school te doorbreken, wordt besloten om Matthew meer exposure te bieden, bijvoorbeeld door de traumabehandeling op school te laten plaatsvinden, of de leerkracht te betrekken bij de behandeling. Zodra dit besproken wordt met Matthew, ontregelt Matthew echter ernstig. Hij geeft direct aan dat de spanning op 10 zit en raakt vervolgens uit contact. Hij begint hard te lachen, maar er is paniek zichtbaar in zijn ogen. Pogingen om hem weer rustig te krijgen mislukken; het lukt hem niet meer om op afleidende stimuli te letten en geruststellende woorden komen niet meer binnen. Een arts die op de afdeling aanwezig is, verstrekt hem ter plekke Lorazepam, en we besluiten om te stoppen met praten en proberen door meerdere potjes kwartetten Matthew weer terug te halen naar het hier-en-nu. Dat lukt. Matthew

noemt dat hij hard lachte, maar het echt niet leuk vindt. Dit is een teken dat Matthew weer helderder is.

In overleg met ouders wordt besloten dat we de traumabehandeling voortzetten, maar dan gericht op de oorspronkelijke symptomen: de spanning die de herinneringen oproepen. Het doel is niet meer dat Matthew terug zal keren naar school, maar er wordt gekoerst op een passende dagbesteding. Matthew is opgelucht als hij dit hoort. De volgende sessies daalt de spanning weer snel. Aangezien de blootstelling aan de leerkracht blijkaar toch te beangstigend is voor Matthew, wordt de leerkracht benaderd met het verzoek een briefje te schrijven. Die doet dat en schrijft een heel mooi briefje aan Matthew met daarin ook een excuus: “Het spijt me dat je er zo veel last van hebt gehad.” En de bevestiging: “Je hebt gelijk Matthew, wat deze jongens deden was niet goed. En jij hebt niets verkeerd gedaan.” Door de geslaagde EMDR-behandeling is het voor Matthew haalbaar om het briefje te zien zonder dat hij ontregelt (eerder was het noemen van de naam van de leerkracht al voldoende voor een paniekaanval). Matthew vindt het fijn de erkenning te krijgen in het briefje en kan het hierdoor afsluiten. De angst- en dwangklachten zijn voorbij en Matthew is weer in staat om de draad van zijn leven weer op te pakken. We zijn allemaal moe maar tevreden met het resultaat.

Weken later geeft moeder aan dat het effect aanhoudt, Matthew heeft het naar zijn zin op de dagbesteding en Matthew is weer de oude, leuke, vrolijke en gezellige jongen die hij vroeger was. “Je hebt mijn kind beter gemaakt”, zo zegt moeder. Ik antwoord: “Dat hebben we sámen gedaan.” En eigenlijk vind ik het nog het knapst van Matthew, die ondanks de last die hij ervan had, het hele behandeltraject heeft volgehouden.

## CONCLUSIE

Bij traumabehandeling bij jongeren zoals Matthew, die naast alle leuke eigenschappen extra ingewikkeldheden hebben zoals een LVB, ASS en psychosegevoeligheid, is het van belang om aanpassingen te maken op het EMDR-standaardprotocol.

Allereerst is er een stevige investering geweest in de aanlooperperiode, voorafgaand aan de eigenlijke behandeling. De kennismaking is van groot belang om vertrouwen en hoop te creëren, maar ook om de nodige informatie te verkrijgen, bijvoorbeeld over leuke hobby's (kwartetten wat ingezet wordt als afsluiting) en interesses (rekenen, wat ingezet wordt als afleidende stimulus).

De EMDR-verhalenmethode is goed toepasbaar op jongeren met een verstandelijke beperking. Er is veel tijd besteed aan het goed schrijven en steeds tussen sessies door aanpassen van het verhaal.

Om goed de vaart erin te houden is ervoor gekozen om gedurende twee weken dagelijks een EMDR-sessie te doen, wat goed uitpakte.

De inzet van in dit geval twee hulptherapeuten, moeder en een ambulant begeleider, was buitengewoon nuttig, zowel voor de werkgeheugenbelasting, als voor de hulp bij het maken van een cognitieve switch, het ervaren van veiligheid, voor co-regulatie en voor het positief afsluiten. Daarnaast was het enorm helpend dat moeder, die Matthew als geen ander kent, goed mee kon denken over welke negatieve cognities een rol speelden en waar de spanning precies zat, zodat hier steeds op ingezoomd kon worden.

In deze situatie was het ook helpend dat er ter plekke de mogelijkheid was voor inzet van aanvullende medicatie om ontregeling direct op te kunnen vangen.

De intensieve aanpak had een goed resultaat: de maandenlange klachten met forse lijdensdruk zijn na twee intensieve behandelweken, ondanks een spannende tussentijdse terugval, verdwenen.

## REACTIE VAN MOEDER AAN DE THERAPEUT

*“Al gauw merkte ik dat er goed contact tussen jou en Matthew was, je stevig in je schoenen stond, rustig en zelfverzekerd overkwam. Wat voor Matthew echt van belang is. In eerste instantie vond ik het best lastig om het hele verhaal zonder te veel emoties voor te lezen, maar omdat jij mijn vertrouwen had gewonnen, lukte dit eigenlijk best goed. Het samen goed voorbereiden van alles was het halve werk. De samenwerking verliep eigenlijk als vanzelf. (...) En ja ik heb er alles voor over dat het goed gaat met Matthew dus mezelf goed voorbereiden was natuurlijk van belang. Dus heb ik me goed ingelezen om de EMDR zoveel mogelijk te laten slagen. Gelukkig zagen jij en ik heel snel toen het even niet goed ging en hebben we dit samen goed opgepakt. SAMENWERKEN was voor deze therapie het sleutelwoord. En voor elke sessie alles goed doornemen over het hoe en wat. En alle signalen van Matthew serieus nemen. Dat je ons zelfs 's avonds hierover appte liet blijken hoe betrokken je was, dit gaf ons zo een goed gevoel. Ja, niet alleen Matthew, maar ook ikzelf was kapot daarna, maar wel voldaan, hier doe je het voor.”*



## LITERATUUR

- Bartels, J. (2019). *Zelfregulatie bij jongeren met autisme: Beter omgaan met boosheid, onrecht en frustratie*. Hogrefe Uitgevers.
- Beer, R., & de Roos, C. (2017). Uitgangspunten. In R. Beer & C. de Roos (Red.), *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren* (pp. 28-31). LannooCampus.
- Beer, R., & de Roos, C. (Red.) (2017). *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren*. LannooCampus.
- Groot, C., Saris, R., Schlattmann, N., & de Roos, C. (2022). Behandel dat trauma, ook in gesloten jeugdzorg. *Kind & Adolescent Praktijk*, 21, 30-37. Doi: 10.1007/s12454-022-0689-5
- Leuning, E. (2017). EMDR bij Autisme. In H.-J. Oppenheim, H. Hornsveld, E. ten Broeke & A. de Jongh (Red.), *Praktijkboek EMDR Deel II: Toepassingen voor nieuwe patiëntengroepen en stoornissen* (pp. 217-250). Pearson.
- Mevissen, L. (2017). EMDR bij kinderen met een verstandelijke beperking. In R. Beer & C. de Roos (Red.), *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren* (pp. 272-288). Lannoo Campus.
- van den Berg, D., van der Vleugel, B., Staring, T., & de Bont, P. (2017). EMDR bij psychosen. In H.-J. Oppenheim, H. Hornsveld, E. ten Broeke & A. de Jongh (Red.), *Praktijkboek EMDR Deel II: Toepassingen voor nieuwe patiëntengroepen en stoornissen* (pp. 173-216). Pearson.
- van Woudenberg, C., Voorendonk, E. M., Bongaerts, H., Zoet, H. A., Verhagen, M., Lee, C. W., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2018). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1487225. Doi: 10.1080/20008198.2018.1487225
- Veerbeek, H., & ten Broeke, E. (2017). EMDR bij boosheid. In H.-J. Oppenheim, H. Hornsveld, E. ten Broeke & A. de Jongh (Red.), *Praktijkboek EMDR Deel II: Toepassingen voor nieuwe patiëntengroepen en stoornissen* (pp. 285-335). Pearson.

## OP DE ZEEPKIST: INSPIRATIE UIT DE PRAKTIJK

*De nieuwe rubriek 'Op de zeepkist: Inspiratie uit de praktijk' is bedoeld voor mensen werkzaam in de zorg voor mensen met een LVB die hun enthousiasme willen delen over een bepaalde werkwijze, methode, bejegening of activiteit. Met als doel het inspireren van de lezer. In deze LVB Onderzoek & Praktijk geven wij het woord aan Patricia van Stuivenberg-Rutten, Directeur Pluryn.*



### Onvoorwaardelijke zorg LVB+

#### WAT IS PRO?

Nog te vaak komen cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB) en extreem agressief gedrag terecht in een negatieve spiraal van beheersing, controle en overplaatsingen. Pro wil dit doorbreken door aan deze cliënten onvoorwaardelijke begeleiding te bieden, ongeacht hun gedrag. Zij wonen bij ASVZ, Pluryn of Trajectum en hebben een zo gewoon mogelijk leven.

#### PRO ZORG LVB+: ONVOORWAARDELIJKE ZORG, EEN KWESTIE VAN MINDSET IN DE ORGANISATIE!

ASVZ, Trajectum en Pluryn hebben nu bijna 5 jaar ervaring in het leveren van onvoorwaardelijke Pro-zorg aan 24 cliënten. Dit is succesvol; uitstoting vanwege het gedrag van cliënten is niet meer aan de orde. Terwijl dit wel is wat we regelmatig zien: mensen met extreem agressief gedrag in combinatie met een licht verstandelijke beperking (LVB) worden vele malen weggestuurd, doorgezonden naar een andere organisatie of woonvorm waarvan men hoopt dat een beter antwoord gegeven kan worden op de intensieve ondersteuningsvraag van de cliënt. Tot het ook daar niet langer lukt en de volgende uitstoting volgt. Het is eenvoudig voor te stellen dat deze carousel van wegsturen en uitstoten geen menswaardige zorg is: cliënten en teams komen in een negatieve spiraal. Bovendien gaat het om dure zorg.

Het doel van Pro is het leveren van **onvoorwaardelijke** zorg aan cliënten met een LVB en een intensieve ondersteuningsvraag, met extreem agressief (acting-out)

gedrag. Deze specifieke zorg kan in principe door iedere zorginstelling worden uitgevoerd ongeacht de begeleidingsmethodiek. En juist daarin schuilt de kracht.

Onvoorwaardelijke zorg betekent ook echt onvoorwaardelijk. De cliënt krijgt een woonplek en kan daar, ongeacht zijn gedrag, zijn gehele leven blijven. Wij gaan uit van de behoefte van de cliënt en richten daar de zorg op in. Werk/dagbesteding maakt hier altijd onderdeel van uit. We volgen het normale leven. De begeleider stemt zijn ondersteuning af en vult aan op wat de cliënt op dat moment nodig heeft. Dit geeft richting, uitnodiging of ruimte waardoor de cliënt (zelf)vertrouwen op kan bouwen.

Om de onvoorwaardelijkheid te kunnen bieden, gaat de zorg voor de cliënten hand in hand met de zorg voor de begeleiders. Het bieden van onvoorwaardelijkheid is een verantwoordelijkheid van de organisatie als geheel en vraagt dat begeleiders worden gefaciliteerd om het werk te doen dat zij moeten doen. De onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie wordt vormgegeven door een klein team van 10-12 begeleiders voor 4 à 5 cliënten. De begeleiders



De volgende 8 Pro-uitgangspunten worden als leidraad gebruikt (Kennisleidinghandicaptensector; Valenkamp, 2020):

- Pro stelt de algemeen menselijke behoeften centraal. Die zijn de basis voor de ondersteuningsvraag.
- Pro is gericht op een 'zo gewoon mogelijk' leven.
- Pro stelt de orthopedagogische omgeving centraal, afgestemd op de individuele behoeften van de cliënt.
- Pro stimuleert het opbouwen van vertrouwen en zelfvertrouwen. Dat zorgt voor stabiliteit in emotioneel en sociaal functioneren.
- Pro biedt verblijf en wonen zonder voorwaarden.
- Pro biedt een onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie.
- Pro besteedt nadrukkelijk aandacht aan de competenties en het welzijn van medewerkers.
- Alle bij Pro betrokken disciplines én bestuurders nemen verantwoordelijkheid voor de Pro-zorg op inhoud, draagvlak en samenwerking.

worden gefaciliteerd door een coach. Hoewel de 3 zorgorganisaties verschillende functienamen gebruiken, wat overeenkomt is dat deze coach veel aanwezig is op de werkvloer, al dan niet als meewerkend teamleider. Kennis wordt zo direct omgezet in vaardigheden. Daarnaast is de zorginhoudelijke ondersteuning dichtbij. Er zijn een vaste orthopedagoog/psycholoog en een arts VG die dichtbij het team staan (eerste schil). En er zijn allerlei andere disciplines (fysiotherapie, logopedie, psychotherapie, psychiater) beschikbaar als tweede schil die om het team heen staat. Lokman et al. (2023) laten in hun onderzoek naar Pro-zorg zien dat teams hierdoor een hogere werktevredenheid en welbevinden ervaren in het moeilijke werk dat zij doen.

De 3 zorgorganisaties laten zien dat het leveren van onvoorwaardelijke zorg een visie op zorg en het organiseren van zorg betreft en niet afhankelijk is van de begeleidingsmethode. Immers, daar waar Trajectum en Pluryn ieder hun eigen begeleidingsmethode hanteren, staat bij ASVZ het model Triple-C voorop. Dit leidt niet tot verschillen in de uitvoering van Pro-zorg. Gezamenlijk uitwisselen van kennis en ervaringen op de 8 Pro-uitgangspunten maakt dat de organisaties onderling van elkaar mogen leren. Deze uitwisseling onderstreept de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor deze cliënten en maakt dat bij een vraag eenvoudig de telefoon wordt gepakt voor overleg. Met de Pro Monitor (Valenkamp et al., 2023) reflecteren de zorgorganisaties op onvoorwaardelijke zorg en de gezamenlijk opgestelde Pro-uitgangspunten. Het bieden van onvoorwaardelijke zorg blijft immers reflectie vragen. Het is nooit 'klaar'. De Pro Monitor is ook voor andere organisaties vrij te gebruiken.

In de teams van de zorgorganisaties staat de onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie regelmatig onder druk.

De extreme agressie kan leiden tot spanning. Medewerkers ervaren dit als stressvol en stelden in de jaren voor Pro-zorg dan de vraag of de cliënt ergens anders beter op zijn plek is. Deze primaire reactie is zeer begrijpelijk, maar niet langer bespreekbaar. Hierop past de weder-vraag: "Wat hebben jullie nodig om het wel te kunnen? Door aansluitend de dialoog aan te gaan met het team over het faciliteren van de zorg, ontstaat ruimte om samen praktische oplossingen te bedenken ter ondersteuning van de onvoorwaardelijke zorg. De teammanager draagt zorg voor het faciliteren van de zorg. Tevens worden de teams geschoold in kennis van de psychopathologie en wordt tijd en ruimte gemaakt om met elkaar het gesprek aan te gaan. Deze extra tijd wordt ingezet voor reflectie en/of intervisie. Hier wordt ervaringsleren toegepast. Dit is een belangrijk onderdeel in het vergroten van het lerende vermogen van een team, aldus Ruijters (2018).

De 3 organisaties hebben oog voor de belasting van de individuele medewerker door in het rooster ruimte te maken om binnen één contract op intensievere en minder intensievere groepen te werken. Daarnaast besteden zij aandacht aan de vereiste competenties in het wervings- en selectieproces. Het gaat om competenties zoals sensitiviteit, zelfreflectie, doorzettingsvermogen, lerende oriëntatie, creatief denken, probleemoplossend denken en samenwerken. Het werken met competentiegericht werven komt ook tot uiting in het rekruteren van nog ongeschoolde medewerkers met de vereiste competenties, die vervolgens worden opgeleid.

De laatste 5 jaar wordt er meer aandacht besteed aan het opleiden van medewerkers. Niet alleen de krapte op de arbeidsmarkt, ook het gewijzigde curriculum van de MBO

en HBO Zorg- en Welzijnsopleidingen is hiervan de oorzaak. Deze opleidingen zijn samengebracht in een Social Work opleiding waar de complexe zorg geen onderdeel meer van uitmaakt. Bovenop het bestaande scholingsaanbod is daarom specialistische kennis nodig over psychiatrie en LVB, psychofarmaca en de-escalerend werken en er is ruimte nodig voor reflectie. De organisaties investeren zelf in het gericht opleiden van hun mensen.

Voor de zorgorganisaties geldt dat zij van top tot werkvloer onvoorwaardelijkheid in- en uitademen. Dat wil zeggen dat de ondersteunende diensten zoals de afdelingen vastgoed en HR niet alleen bekend zijn met de uitvoering van Pro-zorg, maar deze ook steunen in de uitvoering van hun diensten. Dit geldt van schoonmaker tot bestuurder, zij stutten de onvoorwaardelijke zorg. Dit krijg je als organisatie voor elkaar door alle tijd en aandacht aan de onvoorwaardelijke zorg te besteden en de keuze voor onvoorwaardelijkheid gezamenlijk te omarmen. Het is niet moeilijk, maar vraagt wel veel werk om deze mindset organisatiebreed in te bedden.

## LITERATUUR

<https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/clientgroepen/licht-verstandelijke-beperking/project-pro-voor-lvb-en-pro-bleemgedrag>.

Lokman, S., Frielink, N., Didden, R., & Embregts, P. J. C. M. (2023). Experienced support at work, team climate and collaboration in teams working with people with mild intellectual disabilities and severe challenging behaviour in residential care: A cross-sectional study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 67(8), 782-795. Doi: 10.1111/jir.13045

Ruijters, M. C. (2018). *Queeste naar goed werk: Over krachtige professionals in een lerende organisatie*. Vakmedianet.

Valenkamp, M. W., Van Vonderen, A., Bouman, S., Van Wouwe, H., & Brekelmans, R. (2023). *Pro Monitor: Hoe ver is jouw organisatie of team met het vormgeven van de Pro-uitgangspunten?* Pluryn, Trajectum, ASVZ.

Valenkamp, M. (Red.) (2020). *PRO in de praktijk: Gewoon omdat het kan*. ASVZ, Trajectum, Pluryn. Te verkrijgen via <https://www.vgn.nl/system/files/2020-09/220920%20PRO%20in%20de%20%20PRAKTIJK.pdf>

## PROMOTIENIEUWS



### FEMKE SCHEFFERS

Femke Scheffers verdedigde haar proefschrift op 22 maart 2024 over het proces van veerkracht bij personen met een verstandelijke beperking. Hieronder staat de digitale link naar haar proefschrift:

<https://hdl.handle.net/11245.1/7a20e808-03f7-4f59-8ebf-310408ff09f0>

*Understanding resilience in people with intellectual disabilities: Towards a new perspective in care*

Inzicht in veerkracht bij mensen met een verstandelijke beperking

Pestgedrag, misbruik, eenzaamheid, discriminatie. Zomaar een paar voorbeelden waarmee mensen met een verstandelijke beperking te maken kunnen krijgen. Hun leven lang wordt deze doelgroep vaker dan anderen geconfronteerd met tegenslag, stress en moeilijkheden. Om het leven van mensen met een verstandelijke beperking zo aangenaam mogelijk te maken, richten hulpverleners zich vooral op het verminderen van kwetsbaarheden en risico's. Dat klinkt logisch. Echter, net als iedereen, hebben ook mensen met een verstandelijke beperking hun eigen manieren van omgaan met tegenslag. Het doel van dit proefschrift was om een beter inzicht te krijgen in de processen van veerkracht bij mensen met een verstandelijke beperking. Hiervoor hebben we onderzoek uitgevoerd vanuit meerdere perspectieven: vanuit het perspectief van mensen met een verstandelijke beperking zelf, hun sociale netwerk en wetenschappelijk onderzoekers. Er zijn systematische literatuuronderzoeken, een enquête (tijdens COVID-19), een *guided photovoice procedure*, semi-gestructureerde interviews met informanten uit het sociale netwerk van mensen met een verstandelijke beperking, en een Delphi-onderzoek onder een internationaal panel van deskundigen, uitgevoerd.

Op basis van alle resultaten is een overzicht opgesteld van bronnen van veerkracht. Belangrijke interne bronnen van veerkracht zijn: acceptatie, autonomie, doorzettingsvermogen, fysieke gezondheid, mooie herinneringen,

spiritualiteit, positieve emoties en sociale vaardigheden. Externe bronnen van veerkracht zijn: het sociale netwerk, activiteiten, een thuis en de mogelijkheid om je uit te spreken tegen onrecht. Hierbij wordt verwacht dat met name de externe bronnen van veerkracht van belang zijn om interne bronnen van veerkracht te kunnen versterken.

Vervolgens zijn we opnieuw gaan reflecteren op wat veerkracht precies betekent in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Hierbij zijn 7 thema's van belang. Deze hebben we vertaald in 7 vragen. Men kan deze vragen gebruiken om de zorg aan te passen op micro-, meso- en macroniveau:

1. Welke moeilijkheden heeft deze persoon meegeemaakt?
2. Welke bronnen van veerkracht zijn beschikbaar?
3. Welke beperkingen ervaart deze persoon die drempels kunnen vormen voor bronnen van veerkracht?
4. Hoe werken interne en externe bronnen van veerkracht op elkaar in?
5. Hoe ziet veerkracht eruit voor deze persoon?
6. Welke bronnen van veerkracht horen bij de cultuur van deze persoon?
7. In welke levensfase zit de persoon en welke bronnen van veerkracht horen daarbij?

Het volgende doel is om de resultaten in de praktijk te gaan implementeren. Om deze resultaten effectief te implementeren, moet men zich steeds bewust zijn van het belang van een veerkrachtige gemeenschap. Een persoon met een verstandelijke beperking kan pas veerkrachtig reageren als er voldoende bronnen van veerkracht beschikbaar zijn in de omgeving. Persoonlijke en professionele zorgverleners voor mensen met een verstandelijke beperking kunnen alleen maar veerkrachtig zijn wanneer zij worden ondersteund door een organisatie, management en samenleving, die samen het proces van veerkracht versterken.

# Handreiking Passende Transitiezorg voor jongeren met een licht verstandelijke beperking plus psychische of gedragsproblematiek

Marielle Dekker<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Programmaleider Academisch Werkplaats Kajak – m.dekker@awkajak.nl



De overgangsfase tussen jeugd en volwassenheid is een periode van ontdekking, uitdaging en experimenteren. Het is een tijd waarin van fouten geleerd mag worden, sociale rollen nog niet zo vastliggen en de nodige steun van ouders en naasten, als het goed is, beschikbaar is. Echter, het proces van volwassen worden is niet altijd zonder hindernissen. Onderzoek toont aan dat bijvoorbeeld 25% van de psychiatrische stoornissen zich voor het eerst manifesteert tussen het 15e en 25e levensjaar.<sup>1</sup>

De combinatie van een licht verstandelijke beperking (LVB) plus psychische en/ of gedragsproblematiek maakt voor jongeren de transitiefase naar volwassenheid en naar passende volwassenenzorg vaak complex. Veel van deze jongeren hebben gedurende hun leven op verschillende

momenten behandeling en/of ondersteuning nodig om hun (zo zelfstandig mogelijke) leven op de rit te krijgen, te houden en als het misgaat weer te krijgen. Juist in de turbulente transitiefase naar volwassenheid is het belangrijk dat de zorg met hen meegroeit en aansluit op hun behoeftes. Goede transitiezorg is daarvoor onontbeerlijk. De informatie hierover is echter versnipperd.

In de net verschenen Handreiking Passende Transitiezorg voor jongeren met een LVB plus bijkomende psychische of gedragsproblematiek van de Academische Werkplaats Kajak worden daarom bestaande wetenschappelijke en praktijkkennis en beschikbare hulpmiddelen vanuit verschillende werkvelden en disciplines gebundeld en adviezen gegeven voor goede transitiezorg voor deze jongeren. De handreiking is mogelijk gemaakt door een financiële bijdrage binnen het onderzoeksproject Transitie Journeys (FNO-GeestKracht) en de inspanningen van de AW Kajak werkgroep Transitiepsychiatrie.

Deze handreiking is met name gericht op professionals die werkzaam zijn binnen zorgorganisaties, zoals orthopedagogische behandelcentra, verstandelijk gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg, en die zich gedurende de transitiefase naar volwassenheid als uitplaatsende of ontvangende partij of als transitieteam beroepsmatig bezighouden met deze doelgroep. Dit kan bijvoorbeeld vanuit de rol als (regie)behandelaar, zorgcoördinator, (ambulante) begeleider, consulent transitiezorg of beleidsadviseur.

Aanvullend op de handreiking verschijnen zeer binnenkort ook nog praktische werkkaarten, een casuïstiekboek en een geactualiseerde versie van de (gratis) e-learning Transitiecoaching voor jongeren met een LVB via GGZ-Ecademy. Nieuws hierover kan je vinden op [www.awkajak.nl](http://www.awkajak.nl) of via LinkedIn.

<sup>1</sup> Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. Doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593





