

# *Onderzoek & Praktijk*

Voorjaar 2017  
Jaargang 15 - nummer 1

## *Inhoud*

<b>Ponsioen</b>	<b>5</b>	<b>Voorwoord</b>
<b>Mevissen &amp; Didden</b>	<b>6</b>	<b>Systeemgerichte diagnostiek en behandeling van psychotrauma bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking</b>
<b>Willems</b>	<b>15</b>	<b>Uitdagende relaties: interacties van begeleiders bij de ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking en probleemgedrag</b>
<b>Kaal</b>	<b>29</b>	<b>Geweld in de verstandelijk gehandicaptenzorg</b>
<i>Column</i>		
<b>De Bruijn</b>	<b>41</b>	<b>Onderzoek ten minste iets fundamenteels!</b>
<i>Interview</i>		
<b>De Groot &amp; Ponsioen</b>	<b>44</b>	<b>Afscheid Adri Benschop: wat kunnen wij van elkaar leren?</b>
<i>Bezocht</i>		
<b>Merkus</b>	<b>47</b>	<b>Feestelijke opening Kajak</b>
<i>Binnengekomen</i>		
	<b>49</b>	

**Onderzoek & Praktijk**

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

Onderzoek & Praktijk verschijnt tweemaal per jaar.

---

**Redactie:**

Annematt Collot d'Escury-Koenigs  
Jolanda Douma  
Annie de Groot  
Hendrien Kaal  
Mariët van der Molen  
Maroesjka van Nieuwenhuijzen  
Albert Ponsioen  
Hilde Tempel  
Inge Wissink

**Tekstcorrecties:**

Jolanda Douma  
Mischa Vreijisen

**Vermenigvuldiging:**

Nezzo print en creatie – Druten  
[www.nezzo.nl](http://www.nezzo.nl)

---

**Correspondentie en kopij:**

Landelijk Kenniscentrum LVB  
t.a.v. Redactie Onderzoek & Praktijk  
Catharijnesingel 47  
3511 GC Utrecht  
tel. 030-7400400  
[redactie@kenniscentrumlvb.nl](mailto:redactie@kenniscentrumlvb.nl)  
[www.kenniscentrumlvb.nl](http://www.kenniscentrumlvb.nl)

## VOORWOORD

*Albert Ponsioen - hoofdredacteur Onderzoek & Praktijk*

Mogelijk is dit de laatste keer dat u *Onderzoek & Praktijk* letterlijk in handen hebt. Ook wij gaan mee in de digitale vaart der volkeren en dit zou met het komende najaarsnummer al kunnen zijn gerealiseerd. U was natuurlijk al gewend aan het digitale archief van pdf-bestanden dat vanaf de website van het Landelijk Kenniscentrum is te raadplegen. Maar wij willen de voordelen van een online tijdschrift meer uitbuiten. Bewaar dit nummer van *Onderzoek & Praktijk* daarom goed, het wordt een collectors item!

Wat is er sinds het vorige nummer van *Onderzoek & Praktijk* gebeurd? December 2016: de benoeming van *Xavier Moonen* als bijzonder hoogleraar op de leerstoel Kennisontwikkeling over Jeugdigen en Jongvolwassenen met Licht Verstandelijke Beperkingen en Gedragsproblemen, het startschot van de Academische Werkplaats Kajak en het uitbrengen van het handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking. Om maar wat te noemen. *Erie Merkus* doet in de rubriek *Bezocht* verslag van een bijeenkomst in Utrecht die rond deze gebeurtenissen was georganiseerd.

Verder in dit nummer: diagnostiek en behandeling van posttraumatische stress bij jongeren met lvb-problematiek van *Liesbeth Mevissen* en *Robert Didden*. Het onderkennen van posttraumatische stress bij deze jongeren blijkt moeilijk, terwijl zij nu juist wat dit betreft een groter risico lopen.

Eind 2016 was de promotie van *Arno Willems*. In het tweede artikel in dit voorjaarsnummer vindt u een samenvatting van zijn proefschrift over uitdagende relaties. De uitdagende relatie met zijn hoog- en zeergeleerde opponenten bij de verdediging van zijn proefschrift ging de promovendus overigens met verve aan.

Medewerkers in de gehandicaptenzorg worden regelmatig geconfronteerd met agressief gedrag van hun cliënten. *Hendrien Kaal* doet verslag van een onderzoek naar de achtergronden van geweldincidenten in de zorg.

In de column van *Jac de Bruijn* wordt ingegaan op de betekenis van fundamenteel onderzoek voor de praktijk. De nadruk op praktijkgerichte toegepaste wetenschap mag niet ten koste gaan van de aandacht voor onder meer zorgethische kwesties: “Fundamenteel onderzoek in relatie tot verstandelijke beperking zou moeten gaan over de kritische ‘waarom en waartoe-vragen’”.

Een bijzondere bijdrage in dit voorjaarsnummer is het interview met *Adri Benschop*, tot 1 juni j.l. directeur van Expertisecentrum SGLVG De Borg. In dit interview wordt al een begin gemaakt met het beantwoorden van een aantal waarom en waartoe-vragen: “Wij zouden van die etiketten af moeten en meer de ander moeten ervaren zoals ‘ie is. Met angst en repressie moeten we geen gedrag willen veranderen.”.

Misschien is dit de laatste keer dat ik u van papier begroet, maar daarom zeker niet minder gemeend: veel leesplezier met dit voorjaarsnummer!

# SYSTEEMGERICHTE DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VAN PSYCHOTRAUMA BIJ JEUGDIGEN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING

*Liesbeth Mevissen<sup>1</sup>  
Robert Didden<sup>2</sup>*

*Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking lopen een hoger risico op een posttraumatische stressstoornis (PTSS). PTSS-klachten worden dikwijls niet als zodanig herkend en gediagnosticeerd en blijven daardoor onbehandeld. In het onderhavige artikel bespreken we de ADIS-C-LVB sectie PTSS, een gevalideerd klinisch interview voor de diagnostiek van PTSS, en vervolgens de mogelijkheden van EMDR voor de behandeling van PTSS en andere aan ingrijpende gebeurtenissen gerelateerde klachten. Tenslotte staan we stil bij de noodzaak om ouders en professionele opvoeders en andere belangrijke personen uit het systeem van de jeugdige bij diagnostiek, opvoeding/begeleiding en behandeling te betrekken.*

## **Inleiding**

Elke jeugdige maakt in zijn of haar leven nare of potentieel traumatische gebeurtenissen mee. De frequentie, aard en ernst ervan kunnen uiteenlopen van incidentele ziektes of pesterijtjes tot emotionele en fysieke verwaarlozing, confrontatie met een feitelijke of dreigende dood, een ernstige verwonding of stelselmatig fysiek en/of seksueel geweld. In een Nederlands onderzoek onder gemiddeld begaafde kinderen van 8 tot 12 jaar rapporteerde één op de zeven (14%) kinderen ooit een potentieel traumatiserende gebeurtenis, zoals een verkeersongeval, een brand in huis, een natuurramp, het plotseling verliezen van een dierbare, een aanranding of mishandeling, te hebben meegemaakt (Alisic, 2012). In de meeste gevallen herstellen kinderen op natuurlijke wijze van de psychische ontregelingen die met dergelijke gebeurtenissen gepaard gaan of ze worden er zelfs veerkrachtiger door (Kilmer, 2006). De confrontatie met schokkende of anderszins stresserende gebeurtenissen leidt echter bij een substantiële groep jeugdigen tot aanhoudende klachten die het dagelijks functioneren belemmeren.

Op basis van combinaties van het type gebeurtenis(sen) en het daaraan gerelateerde klachtenpatroon onderscheidt de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) verschillende psychotrauma- en stressor-gerelateerde stoornissen. Daarvan is PTSS de meest bekende en meest onderzochte. Gemiddeld genomen ontwikkelt 16% van de gemiddeld begaafde kinderen die zijn blootgesteld aan een schokkende gebeurtenis daadwerkelijk een PTSS (Alisic et al., 2014). Om te kunnen spreken van een PTSS volgens de criteria van de DSM-5 moet er sprake zijn geweest van blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld. Als gevolg daarvan heeft de persoon (langer dan een maand) veel last van zich opdringende herinneringen aan de gebeurtenis, worden prikkels vermeden die met de schokkende gebeurtenis samenhangen, is er sprake van

---

<sup>1</sup> Dr. Liesbeth Mevissen, klinisch psycholoog en onderzoeker bij Accare, centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie, divisie intensieve zorg te Smilde. Correspondentie: l.mevissen@accare.nl.

<sup>2</sup> Prof. dr. Robert Didden is als GZ-psycholoog en onderzoeker werkzaam bij Trajectum, een SGLVG instelling te Zwolle. Hij is als bijzonder hoogleraar verbonden aan het Behavioural Science Institute en de vakgroep Orthopedagogiek van de Radboud Universiteit te Nijmegen.

verhoogde arousal en reactiviteit, en van negatief getinte veranderingen in cognities en stemming. Deze gevolgen belemmeren het dagelijks functioneren. Er is een apart PTSS subtype voor kinderen van 6 jaar en jonger. Specifiek voor dit subtype is dat de criteria rekening houden met het ontwikkelingsstadium waarin een kind zich bevindt. Dit komt met name tot uiting in een verminderd aantal symptoomcriteria waaraan moet worden voldaan om de diagnose PTSS te kunnen stellen.

### **Posttraumatische stress (stoornis) bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking**

Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB, IQ-score 50-85) maken vaker dan jeugdigen zonder een verstandelijke beperking ingrijpende negatieve gebeurtenissen en ‘life events’ mee (Hatton & Emerson, 2004). Zo laat Nederlands onderzoek binnen de jeugdzorg zien dat seksueel misbruik met lichamelijk contact onder jeugdigen met een LVB ruim drie keer zo vaak voorkomt vergeleken met gemiddeld begaafde jeugdigen (Commissie Samson, 2012). Wissink, van Vugt, Moonen, Stams en Hendriks (2015) vonden in hun review aanwijzingen voor een minstens vier maal hoger risico op seksueel misbruik bij jeugdigen met een VB. Daarnaast moeten we concluderen dat jeugdigen met een LVB meer moeite hebben om ingrijpende gebeurtenissen goed te verwerken en derhalve een grotere kans hebben om posttraumatische stressklachten te ontwikkelen. Dit is te verwachten, aangezien tekortkomingen in cognitieve en adaptieve vaardigheden het risico op PTSS vergroten (Alisic, 2012; Bomyea, Risbrough, & Lang, 2012). Andere risicoverhogende factoren die we bij jeugdigen met een LVB vaker tegenkomen zijn: een ‘foute’ beoordeling van de gebeurtenis en de eigen reacties erop (zoals jezelf ten onrechte de schuld geven), een voorgeschiedenis met eerdere ingrijpende gebeurtenissen of psychosociale problemen, het ontbreken van passende ondersteuning in de eerste uren na het trauma, het ontbreken van sociale steun van het systeem rond de jeugdige, en ouders die op niet-passende wijze model staan voor hun kind als het gaat om de verwerking van een schokkende gebeurtenis (zie ook Alisic, 2012).

Bevindingen uit enkele Nederlandse studies ondersteunen het vermoeden van een hoge prevalentie van trauma- en stressor-gerelateerde stoornissen onder mensen met een LVB. In willekeurig getrokken steekproeven van jeugdigen en volwassenen met een LVB varieerde het percentage participanten dat voldeed aan de DSM-IV-TR dan wel DSM-5 PTSS-criteria tussen 20% en 39% (zie Mevissen, Barnhoorn, Didden, Korzilius, & De Jongh, 2014; Mevissen, Didden, Korzilius, & De Jongh, 2016; Didden, Mevissen, Korzilius, & De Jongh, in voorbereiding). In een studie van Wieland, Kaptein-de Haan en Zitman (2012) onder 387 volwassenen met een LVB, die waren verwezen naar een gespecialiseerde ggz polikliniek, bleek PTSS met een percentage van rond de 20 de meest voorkomende DSM-IV-TR As-I diagnose. Bovendien bleek deze diagnose bij volwassenen met een LVB bijna dubbel zo vaak voor te komen vergeleken met gemiddeld begaafde volwassenen die voor vergelijkbare zorg werden doorverwezen. Hierbij dient te worden opgemerkt dat in de studie van Wieland et al. een andere diagnostische procedure werd gevolgd (DM-ID criteria; Fletcher, Loschen, Stavrakaki, & First, 2007) dan in de eerdergenoemde studies waarin de diagnose werd gesteld met behulp van een aangepast klinisch interview: de ADIS-C-LVB sectie PTSS (zie verder in dit artikel).

Hoewel mensen met een LVB een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van trauma- en stressor-gerelateerde klachten worden deze dikwijls niet als zodanig herkend en gediagnosticeerd. Een illustratie hiervan vormen de resultaten van een onderzoek van Didden et al. (in voorbereiding) naar onder andere het voorkomen van PTSS bij 97 volwassenen met een LVB, waarbij door getrainde interviewers de ADIS-C-LVB sectie PTSS (zie volgende paragraaf) werd afgenomen. Uit de resultaten bleek dat 39% voldeed aan de DSM-IV-TR criteria voor PTSS, 37% voldeed aan de DSM-5 criteria en 32% aan de criteria van zowel de DSM-IV-TR als de DSM-5. Deze hoge percentages staan in schril contrast met die uit dossieronderzoek bij dezelfde cliënten dat uitwees dat bij slechts 2% de diagnose (classificatie) PTSS was gesteld. Deze resultaten wijzen erop dat voor slechts een klein percentage van de volwassenen die voldoen aan de criteria voor een PTSS-diagnose in de dossiers ook daadwerkelijk melding wordt gemaakt van een PTSS-diagnose.

Er zijn verschillende redenen waarom er mogelijk sprake is van onderdiagnostiek van PTSS bij mensen met een LVB. Symptomen van een PTSS worden bijvoorbeeld nog vaak toegeschreven aan de verstandelijke beperking zelf ('diagnostic overshadowing') of geïnterpreteerd als symptomen van een andere psychiatrische stoornis, zoals een angst- of stemmingsstoornis, een autisme-spectrumstoornis, ADHD, gedragsstoornis of psychotische stoornis. Ook wordt nog vaak aangenomen dat symptomen van psychische stoornissen zich bij mensen met een LVB op een atypische wijze uiten (zie bv. Wieland, 2016, p. 71). Uit onderzoek blijkt echter dat PTSS zich bij jeugdigen en volwassenen met een LVB op eenzelfde wijze presenteert als bij gemiddeld begaafden (Didden et al., in voorbereiding; Mevissen et al., 2016). Als tijdige behandeling van PTSS uitblijft kunnen er andere stoornissen en problemen bijkomen zoals een verhoogd risico op suïcide en herhaald slachtofferschap (Pietrzak, Goldstein, Southwick, & Grant, 2012), lichamelijke ziekten, delictgedrag, en verslaving. Dit soort problemen kunnen de PTSS klachten maskeren zodat ze over het hoofd worden gezien. Voor jeugdigen geldt dat PTSS de ontwikkeling belemmert op zowel emotioneel, sociaal en cognitief als lichamelijk gebied (Alisic, Jongmans, van Wesel, & Kleber, 2011). Aangetoond is tevens dat PTSS een negatieve invloed heeft op de schoolprestaties (Alisic et al., 2011). Een niet-onderkende en niet-behandelde of niet-correct behandelde PTSS heeft langdurende, ernstige gevolgen die gepaard gaan zowel met een grote lijdensdruk bij betrokkenen als met maatschappelijk hoge kosten voor medische en psychologische zorg. Dat blijkt met name het geval bij vroegkinderlijk en herhaald trauma.

Samenvattend kunnen we stellen dat posttraumatische stress bij jeugdigen en volwassenen met een LVB veel lijkt voor te komen, maar nog te weinig wordt herkend. Goede studies naar diagnostiek van trauma- en stressor-gerelateerde stoornissen zijn daarom van belang. Voor wat PTSS betreft heeft recent onderzoek geleid tot de ontwikkeling van de ADIS-C-LVB sectie PTSS, een klinisch interview waarmee een PTSS op een valide en betrouwbare manier kan worden vastgesteld bij zowel jeugdigen als volwassenen met een LVB (Didden et al., in voorbereiding; Mevissen et al., 2014, 2016c). Als een PTSS is vastgesteld moet een effectieve behandeling geboden worden. In dit kader is een eerste gecontroleerde effectstudie gedaan naar de behandeling van PTSS met Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) bij jeugdigen met een LVB (Mevissen et al., 2016b). In het onderhavige artikel bespreken we eerst het klinisch interview voor de diagnostiek van PTSS en vervolgens de mogelijkheden van EMDR voor de behandeling van PTSS en andere aan ingrijpende gebeurtenissen gerelateerde klachten. Tenslotte staan we stil bij de noodzaak om ouders en professionele opvoeders en andere belangrijke personen uit het systeem van de jeugdige bij diagnostiek, opvoeding/begeleiding en behandeling te betrekken.

### **Diagnostiek van posttraumatische stress: de ADIS-C-LVB sectie PTSS**

Met de ontwikkeling van de ADIS-C-LVB sectie PTSS (Mevissen et al., 2014) beschikken we over een klinisch interview (kind- en ouderversie) waarmee zowel de meegemaakte trauma's en 'life events' als de daaraan gerelateerde klachten en de ervaren impact daarvan op het dagelijks leven op een systematische manier in kaart worden gebracht. Bij jeugdigen met een LVB in de leeftijd van 6 tot 18 jaar kan door een getrainde interviewer met dit instrument een diagnose PTSS op een valide en betrouwbare manier worden gesteld, niet alleen volgens de DSM-IV-TR, maar ook volgens de DSM-5 criteria (Mevissen et al., 2016). Onderzoek laat zien dat de ADIS-C-LVB sectie PTSS geschikt is voor kinderen en jeugdigen met een LVB (Mevissen et al., 2014) en ook goede psychometrische kenmerken heeft. Het instrument is valide wanneer de uitkomsten van het interview worden vergeleken met de criteria van zowel de DSM-IV-TR als de DSM-5, inclusief de DSM-5 criteria voor kinderen van 6 jaar en jonger. Daarnaast hebben de kind- en ouderversie van het interview een excellente en een goede inhouds- en convergente validiteit (zie Mevissen et al., 2016). Momenteel doen wij onderzoek naar de variant van dit interview voor volwassenen (18+) met een LVB en de eerste resultaten wijzen ook op een goede betrouwbaarheid en validiteit (Didden et al., in voorbereiding).

De tijdlijn, die onderdeel is van het klinisch interview, maakt zichtbaar aan welke trauma's en levensgebeurtenissen de jeugdige is blootgesteld. Dit maakt de ADIS-C-LVB sectie PTSS ook een interessant instrument voor EMDR-therapeuten. Zij kunnen hiermee in de fase van de voorbereiding op het daadwerkelijk behandelen van de onverwerkte herinneringen, de traumageschiedenis en de daaraan gerelateerde klachten systematisch in kaart brengen. Daarnaast kunnen zij het instrument gebruiken om het verloop van de klachten gedurende de behandeling vast te stellen. Traumatherapeuten die meer willen weten over de mogelijkheden om dit instrument toe te passen in de behandeling verwijzen we naar de eerder genoemde recent verschenen effectstudie (Mevisen et al., 2016b).

### **Behandeling van posttraumatische stress (stoornis) met EMDR**

Voor de behandeling van PTSS zijn *trauma-focused cognitive behavioural therapy* (TF-CBT), waarbinnen *exposure* een belangrijk bestanddeel is, en *eye movement desensitisation and reprocessing* (EMDR) therapie aanbevolen door de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organisation, 2013). EMDR-therapie lijkt vooral geschikt voor mensen met een (L)VB omdat het, anders dan bij TF-CBT, niet nodig is om (1) gebeurtenissen tot in detail te beschrijven, (2) disfunctionele cognities gericht uit te dagen, (3) de persoon langdurig bloot te stellen aan aversieve stimuli en (4) dagelijks huiswerkopdrachten uit te voeren.

EMDR is een geprotocolleerde behandelmethod voor klachten die het gevolg zijn van onverwerkte ingrijpende gebeurtenissen. Uitgangspunt is dat disfunctioneel opgeslagen herinneringen aan de basis liggen van psychopathologie (Shapiro, 2012). Het veranderingsproces, dat zich tijdens de EMDR-behandeling voltrekt, is voor een belangrijk deel te verklaren op grond van de werkgeheugentheorie. Doordat het werkgeheugen of korte-termijn-geheugen maar een beperkte capaciteit heeft, kan de aversieve herinnering die in het begin van de EMDR-procedure wordt geactiveerd, niet in al haar intensiteit in het geheugen worden gehouden als tegelijk ook een tweede taak, zoals het maken van oogbewegingen, moet worden uitgevoerd. In experimentele studies (zie o.a. De Jongh, Ernst, Marques, & Hornsveld, 2013) is aangetoond dat het tegelijkertijd uitvoeren van een taak die het werkgeheugen belast ervoor zorgt dat de herinnering langzamerhand wordt ervaren als minder emotioneel en levendig, hetgeen leidt tot veranderingen in betekenisverlening en consolidatie van functionele geheugenrepresentaties (Baddely, 2012).

Bij jeugdigen met een LVB wordt gebruik gemaakt van het EMDR-protocol dat is ontwikkeld voor jeugdigen die gemiddeld begaafd zijn. Dit is een vereenvoudigd protocol, dat verschillende varianten kent, afgestemd op de kalenderleeftijd van de jeugdige (Beer & De Roos, in druk). Bij de behandeling van een jeugdige met een LVB is niet de kalenderleeftijd maar de (geschatte) ontwikkelingsleeftijd leidend voor de instructies van de therapeut. Bijvoorbeeld, bij een ontwikkelingsleeftijd tussen 4 en 8 jaar wordt gevraagd om het 'target' (het actueel naarste beeld van de emotioneel beladen herinnering) te tekenen in plaats van het met woorden te beschrijven. De mate van spanning die het targetbeeld oproept kan worden weergegeven op een concrete en gevisualiseerde manier, bijvoorbeeld door middel van een lijn met cijfers of door middel van *smiley's*. Bij een ontwikkelingsleeftijd beneden 3 jaar wordt de verhalenmethode (*Story Telling*; Lovett, 1999) toegepast. Kenmerkend voor deze methode is dat een belangrijke ander (ouder, opvoeder, vertrouwde begeleider) in het bijzijn van de therapeut het verhaal van de traumatische gebeurtenis vertelt om daarmee de herinnering te activeren en deze vervolgens te desensitiseren (ongevoelig te maken) en van een functionele betekenis te voorzien. Bij mensen met een LVB maken ingewikkelde cognitieve reflecties doorgaans geen deel uit van het verwerkingsproces. Emoties en lichamelijke sensaties staan meestal op de voorgrond, waardoor het verwerkingsproces vaak verrassend snel verloopt. Als de jeugdige moeite heeft met het uitvoeren van de oogbewegingen kan de afleidende taak worden aangepast, bijvoorbeeld door stickers op de vingers te plakken of vingerpoppen te gebruiken, hetgeen het volgen met de ogen gemakkelijker maakt. Als oogbewegingen helemaal niet lukken, is een koptelefoon met afwisselend in het ene en het

andere oor laten horen van tonen (klikjes) een alternatief. De therapeut kan ook afwisselend tikken op de handen of de knieën, of ‘trileitjes’ gebruiken waarbij afwisselend links en rechts een trilling in de handen wordt gevoeld.

Voor jeugdigen met een LVB gelden dezelfde contra-indicaties en bijeffecten als bij jeugdigen met een gemiddelde begaafdheid. Benzodiazepines en genotmiddelen kunnen het tot stand komen van een emotionele lading op een geheugenrepresentatie verhinderen, waardoor de verwerking door middel van EMDR niet mogelijk is. Jeugdigen hebben voor traumaverwerking verder een hechtingsfiguur nodig die overweldigende emoties helpt reguleren (Struik, 2016). Onvoldoende veiligheid wordt vaak als argument gebruikt om een behandeling uit te stellen. Vanzelfsprekend moeten huiselijk geweld, seksueel misbruik en ernstige pesterijen na onthulling worden gestopt. Daders blijven vaak in de (nabije) omgeving aanwezig. Dat mag echter geen reden zijn om te wachten met het behandelen van onverwerkte herinneringen. Integendeel, de praktijk laat zien dat jeugdigen na behandeling weerbaarder worden, hetgeen de kans verkleint dat ze opnieuw slachtoffer worden. Als het verwerkingsproces dat tijdens een behandelsessie in gang is gezet, nog niet volledig is afgerond, kan de verwerking soms op natuurlijke wijze nog even doorgaan. Tijdelijke klachten, zoals nachtmerries, extreme vermoeidheid of heftige hoofdpijn, kunnen dan het gevolg zijn. Doorgaans zijn deze bijeffecten van korte duur en houden de klachten niet langer dan 3 dagen aan (De Jongh & Ten Broeke, 2011).

Voor meer informatie en praktijkvoorbeelden over de toepassing van EMDR bij jeugdigen en in het bijzonder bij jeugdigen met een LVB verwijzen we de lezer naar het handboek EMDR bij kinderen en jongeren (Beer & De Roos, in druk) en naar recente publicaties van de auteurs van dit artikel (zie Mevissen et al., 2016a, 2016b, 2016d).

### **Onderzoek naar de effectiviteit van EMDR**

EMDR is bewezen effectief voor de behandeling van PTSS bij gemiddeld begaafde kinderen (zie Diehle, Schmitt, Daams, Boer, & Lindauer, 2014; World Health Organisation, 2013). Gerandomiseerd effectonderzoek laat ook zien dat EMDR onder andere effectief is als er sprake is van PTSS met ernstige comorbiditeit zoals een psychotische stoornis (Van den Berg et al., 2015), in de behandeling van gedragsproblemen bij kinderen (Wanders, Serra, & De Jongh, 2008), specifieke fobieën (bijvoorbeeld Doering, Ohlmeier, De Jongh, Hofmann, & Bisping, 2013), obsessieve compulsieve stoornis (Nazari et al., 2011) en bipolaire stoornis (Novo et al., 2014). Empirisch onderzoek naar de effectiviteit van EMDR bij andere vormen van psychopathologie is gaande.

Een recente studie laat zien dat EMDR ook voor PTSS bij kinderen en adolescenten met een LVB een goede (lees: geschikte en doeltreffende) behandeloptie kan zijn (Mevissen et al., 2016b). In deze studie hebben we de doeltreffendheid vastgesteld van EMDR-therapie voor PTSS bij een kind en een adolescent met een LVB. De data zijn verzameld in een *multiple baseline design*. Beide deelnemers voldeden aan de criteria voor PTSS (gemeten met de ADIS-C-LVB sectie PTSS) en kregen vier sessies EMDR-therapie aangeboden. PTSS-symptomen werden gemeten voor, tijdens en na afloop van de behandeling, en tijdens een follow-up na zes weken. De resultaten lieten zien dat voor beide participanten het aantal PTSS-symptomen verminderde gedurende de EMDR-therapie. Na afloop van de therapie (van drie, respectievelijk vier sessies) voldeden zij niet meer aan de criteria voor PTSS. Dit resultaat bleef gehandhaafd tijdens de follow-up 6 weken na de behandeling. Replicatie van deze studie met behulp van een grotere steekproef en met gebruikmaking van gerandomiseerd effectonderzoek, is nodig. Toekomstig onderzoek is tevens van belang om zicht te krijgen op het effect van EMDR vergeleken met een andere therapie, ‘treatment as usual’ of met placebo (waarin de therapeut de cliënt alleen aandacht geeft aan zijn klachten).



### **Samenwerken met belangrijke anderen**

Jeugdigen met een LVB zijn extra afhankelijk van hun omgeving om zich optimaal te kunnen ontwikkelen. Zij doen een meer dan gemiddeld appèl op hun ouders of verzorgers, begeleiders en leerkrachten. Als het gaat om diagnostiek en behandeling van trauma- en stressor-gerelateerde klachten is het om meerdere redenen van belang om ook het systeem rond de jeugdige daarbij te betrekken.

Als de communicatieve vaardigheden van de jeugdige beperkt zijn of als de jeugdige niet over een gebeurtenis durft te praten uit angst om overspoeld te raken door emoties, is informatie van de ouder of verzorger onmisbaar voor een goede diagnosestelling. Met behulp van de ouderversie van de ADIS-C-LVB sectie PTSS kan een overzicht worden verkregen van de ingrijpende gebeurtenissen waarvan de ouder of verzorger weet dat het kind ze heeft meegemaakt. Daarnaast wordt duidelijk welke klachten het kind daardoor in de ogen van de ouder of verzorger heeft ontwikkeld en in welke mate die klachten het functioneren van het kind lijken te belemmeren. De diagnosticus moet zich ervan bewust zijn dat dit een inschatting is van de subjectieve beleving van het kind. We weten dat het delen van negatieve ervaringen bijdraagt aan het verwerkingsproces. Het is daarom aan te raden om, met goedvinden van de jeugdige en zijn ouder(s), de resultaten van het afgenomen kind- en ouderinterview na afloop samen te bespreken.

Het betrekken van de ouder of verzorger door de afname van de ouderversie van de ADIS-LVB sectie PTSS geeft ook zicht op ingrijpende gebeurtenissen die ouders of verzorgers en de jeugdige gezamenlijk hebben meegemaakt. Bedenk dat ook opvoeders slachtoffer kunnen zijn geweest van dezelfde gebeurtenis(sen) of dat ze hebben gezien of gehoord wat het kind is overkomen en dat zij geschokt kunnen zijn door de reacties van het kind (De Roos & Beer, 2013). Ook kunnen eerdere traumatiserende ervaringen van een ouder of verzorger zijn *getriggerd* door een schokkende gebeurtenis die hun kind is overkomen. In zulke gevallen kunnen ook bij de ouder of verzorger posttraumatische stressklachten zijn ontstaan, die vervolgens de stressklachten van de jeugdige (kunnen) versterken. Dat kan resulteren in een zogenoemde stressbevorderende opvoedingsstijl, waarbij ouders of verzorgers de jeugdige overbeschermen of juist beangstigen of waarbij ze gewoonweg niet voor de jeugdige emotioneel en fysiek beschikbaar zijn (Alisic, 2012). Dit kan zich voordoen als er bijvoorbeeld sprake is geweest van een plotselinge dood of ernstige ziekte van een geliefd persoon, een natuurramp, pestervaringen, medisch trauma, (huiselijk) geweld, een ernstig ongeval of seksueel misbruik.

Ouders of verzorgers kunnen ook een bijdrage leveren aan de traumabehandeling zelf. Zo kunnen ze helpen bij het motiveren van de jeugdige om behandeling te krijgen en vol te houden. Ook kunnen ze bijdragen aan het reguleren van emoties die tijdens de behandeling kunnen opkomen en zijn zij een bron van informatie voor de therapeut. Als zij het therapeutisch proces op de voet volgen kunnen ze in het dagelijks leven inspelen op de vooruitgang die tijdens een behandeling wordt geboekt. Bijvoorbeeld, als de herinnering aan een fietsongeluk is verwerkt, kan de ouder of verzorger een kind, dat niet meer alleen de deur uit durft, vragen om weer net als voor het ongeluk op de fiets een boodschap te gaan doen. Tenslotte kunnen ouders of verzorgers worden ingezet als co-therapeut om met behulp van de verhalenmethode (zie eerder) herinneringen te activeren, die voor de jeugdige zelf moeilijk toegankelijk zijn. Als er sprake is van traumatisering van ouders of verzorgers is het van belang dat ook zij een evidence-based traumabehandeling krijgen. Voor meer informatie over trauma en traumabehandeling bij ouders en de effecten daarvan op de ontwikkeling van hun kind verwijzen we de lezer naar het artikel van Mevissen en Ross (2014).

Getraumatiseerde jeugdigen kunnen ernstig ontregelen als zij worden geconfronteerd met interne of externe prikkels die gerelateerd zijn aan de traumatische gebeurtenissen waaraan ze zijn blootgesteld geweest. Het kan om een grote variëteit aan prikkels gaan, zoals bepaalde mensen, plaatsen, situaties,

geuren, geluiden, woorden, gezichtsuitdrukkingen of aanrakingen. Het is belangrijk dat opvoeders kennis hebben van trauma en weten hoe ze getraumatiseerde jeugdigen kunnen ondersteunen. Alisic (2012) beschrijft hoe ouders, leerkrachten en andere betrokkenen kinderen kunnen ondersteunen na een eenmalige schokkende gebeurtenis. Coppens en Van Kregten (2012) ontwikkelden een training die (pleeg)ouders en begeleiders handvatten biedt om in het dagelijks leven bij te dragen aan het herstel van kinderen, die in hun vroege kinderjaren herhaaldelijk zijn blootgesteld aan traumatische ervaringen en zich moeilijk laten aansturen omdat ze zich onveilig blijven voelen, ook als de traumatisering al langere tijd is gestopt. Struik (2016) beschrijft in haar boek een werkwijze om chronisch getraumatiseerde kinderen in nauwe samenwerking met hun opvoeders voor te bereiden op de (EMDR) behandeling van hun trauma's. Alisic (2012) en Coppens en Van Kregten (2012) richten zich op kinderen met een normale begaafdheid. Hun adviezen zijn echter ook relevant voor kinderen en jongeren met een LVB. Voor Struik geldt hetzelfde. Zij heeft echter een van haar hoofdstukken gewijd aan de toepassing bij mensen met een verstandelijke beperking waaronder jeugdigen met een LVB.

### **Conclusie**

Bij een substantieel aantal jeugdigen met een LVB lijkt er sprake te zijn van trauma- en stressor-gerelateerde stoornissen. Dat komt doordat ze vaker worden blootgesteld aan potentieel traumatische gebeurtenissen en 'life events' dan gemiddeld begaafde jeugdigen en bovendien minder goed in staat zijn om ingrijpende negatieve gebeurtenissen op een natuurlijke wijze te verwerken. Als de posttraumatische stressklachten niet tijdig worden onderkend en vervolgens effectief worden behandeld, heeft dat op de lange duur ernstige negatieve gevolgen. Deze gevolgen gaan verder dan de hoge lijdensdruk bij de jeugdige en diens omgeving. De hoge zorgkosten die aan ineffectieve zorg verbonden zijn drukken onnodig op het maatschappelijk budget dat ons ter beschikking staat. Wij pleiten dan ook voor het standaard afnemen van de ADIS-C-LVB sectie PTSS bij bijzondere risicogroepen. Hierbij denken we met name aan jeugdigen met een LVB die uit huis zijn geplaatst of waarbij uithuisplaatsing dreigt, aan jeugdigen die vanwege psychische klachten een beroep doen op de geestelijke gezondheidszorg, aan jeugdigen die in aanraking komen met politie en justitie, de verslavingszorg en jeugdigen die dakloos zijn.

EMDR is een voor jeugdigen met een LVB geschikte en al ruim toegepaste vorm van psychotherapie, die niet alleen voor PTSS, maar ook voor andere vormen van psychopathologie kan worden ingezet als de klachten het gevolg zijn van niet goed verwerkte traumatische of anderszins stresserende gebeurtenissen. EMDR-therapie dient te worden uitgevoerd door goed geschoolde professionals (gz-psychooloog, orthopedagoog-generalist, psychotherapeut of psychiater) met een erkende opleiding in EMDR. Omdat jeugdigen met een LVB extra afhankelijk zijn van hun omgeving moet de context worden meegenomen in het proces van diagnostiek en behandeling en is passende ondersteuning van belangrijke anderen nodig bij de opvoeding en begeleiding van deze jeugdigen. Daar hoort ook behandeling van hun eigen trauma- en stressor-gerelateerde klachten bij mits noodzakelijk voor het herstel van de jeugdige en diens verdere ontwikkeling in een gezond systeem. Vervolgonderzoek is nodig om tijdige, efficiënte en effectieve systeemgerichte diagnostiek en behandeling van psychotrauma bij jeugdigen met een LVB verder wetenschappelijk te onderbouwen.

### **Referentielijst**

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Auteur.
- Alisic, E. (2012). *Kinderen ondersteunen na trauma*. Amsterdam: Boom.
- Alisic, E., Jongmans, M., van Wesel, F., & Kleber, R. (2011). Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 736-747.

- Alisic, E., Zalta, A., Van Wesel, F., Larsen, S., Hafstad, G., Hassanpour, K., & Smid, G. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *204*, 335-340.
- Baddely, A. (2012). Working memory: Theories, models and controversies. *Annual Review of Psychology*, *63*, 1-29.
- Beer, R., & de Roos, C. (in druk). *Handboek EMDR kinderen en jongeren*. Tiel: Lannoo.
- Bomyea, J., Risbrough, V., & Lang, A. (2012). A consideration of select pre-trauma factors as key vulnerabilities in PTSD. *Clinical Psychology Review*, *32*, 630-641.
- Commissie Samson. (2012). *Omringd door zorg, toch niet veilig: Seksueel misbruik van door de overheid uit huis geplaatste kinderen, 1945 tot heden*. Amsterdam: Boom.
- Coppens, L., & van Kregten, C. (2012). *Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: Een training voor opvoeders; handboek voor trainers*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- de Jongh, A., Ernst, R., Marques, L., & Hornsveld, H. (2013). The impact of eye movements and tones on disturbing memories of patients with PTSD and other mental disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *44*, 447-483.
- de Jongh, A., & ten Broeke, E. (2011). *Handboek EMDR: Een geprotocolleerde behandelmethodede voor de gevolgen van psychotrauma*. Amsterdam: Pearson.
- de Roos, C., & Beer, R. (2013). Systeemtherapie en EMDR, een goed koppel. *Systeemtherapie*, *25*, 6-18.
- Didden, R., Mevissen, L., Korzilius, H., & de Jongh, A. (manuscript in voorbereiding). *Assessing Posttraumatic stress disorder in adults with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning: Psychometric properties of the ADIS-C-LVB sectie PTSS*.
- Diehle, J., Schmitt, K., Daams, J., Boer, F., & Lindauer, R. (2014). Effects of psychotherapy on trauma-related cognitions in posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, *27*, 257-264.
- Doering, S., Ohlmeier, M.-C., de Jongh, A., Hofmann, A., & Bisping, V. (2013). Efficacy of a trauma-focused treatment approach for dental phobia: A randomized clinical trial. *European Journal of Oral Sciences*, *121*, 584-593.
- Fletcher, R., Loschen, R., Stavrakaki, C., & First, M. (Eds.) (2007). *Diagnostic manual – intellectual disability (DM-ID)*. Kingston, NY: NADD press.
- Hatton, C., & Emerson, E. (2004). The relationship between life events and psychopathology amongst children with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *17*, 109-117.
- Kilmer, R. (2006). Resilience and posttraumatic growth in children. In L. Calhoun & R. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Rresearch and practice* (pp. 264-288). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lovett, J. (1999). *Small wonders: Healing childhood trauma with EMDR*. New York: The Free Press.
- Mevissen, L., Barnhoorn, E., Didden, R., Korzilius, H., & de Jongh, A. (2014). Clinical assessment of PTSD in children with mild to borderline intellectual disabilities: A pilot study. *Developmental Neurorehabilitation*, *17*, 16-23.
- Mevissen, L., Didden, R., & de Jongh, A. (2016a). EMDR voor trauma- en stressorgerelateerde klachten bij patiënten met een verstandelijke beperking: Overzicht en casusbespreking. *Directieve Therapie*, *36*, 5-26.
- Mevissen, L., Didden, R., & de Jongh, A. (2016b). EMDR-therapie voor posttraumatische stressstoornis bij kinderen en adolescenten met een licht verstandelijke beperking: Een multiple baseline studie. *Directieve Therapie*, *36*, 169-183.
- Mevissen, L., Didden, R., & de Jongh, A. (2016c). Posttraumatische-stressstoornis (PTSS). In R. Didden, P. Troost, X. Moonen & W. Groen (Red.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 169-181). Utrecht: De Tijdstroom.
- Mevissen, L., Didden, R., & de Jongh, A. (2016d). Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR). In R. Didden, P. Troost, X. Moonen & W. Groen (Red.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 411-426). Utrecht: De Tijdstroom.
- Mevissen, L., Didden, R., Korzilius, H., & de Jongh, A. (2016). Assessment of posttraumatic stress disorder in children with mild to borderline intellectual disabilities. *European Journal of Psychotraumatology*, *7*, 29786.
- Mevissen, L., & Ross, A. (2014). Samen beter worden: EMDR na trauma helpt kind - maar vergeet de ouders niet. *Kind & Adolescent Praktijk*, *13*, 14-22.
- Nazari, H., Momeni, N., Jariani, M., & Tarahi, M. (2011). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing with citalopram in treatment of obsessive compulsive disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *15*, 270-274.

- Novo, P., Landin-Romero, R., Radua, J., Vicens, V., Fernandez, I., Garcia, F., . . . Amman, B. (2014). Eye movement desensitization and reprocessing therapy in subsyndromal bipolar patients with a history of traumatic events: A randomized, controlled pilot study. *Psychiatry Research*, *219*, 122-128.
- Pietrzak, R., Goldstein, R., Southwick, S., & Grant, B. (2012). Psychiatric comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder among older adults in the United States. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *20*, 380-390.
- Shapiro, F. (2012). *Getting past your past: Take control of your life with self-help techniques from EMDR therapy*. New York: Rodale.
- Struik, A. (2016). *Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen* (2<sup>e</sup> druk). Amsterdam: Pearson.
- van den Berg, D., de Bont, P., van der Vleugel, B., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *72*, 259-267.
- Wanders, F., Serra, M., & de Jongh, A. (2008). EMDR versus CBT for children with self-esteem and behavioral problems: A randomized controlled trial. *Journal of EMDR Practice and Research*, *2*, 180-189.
- Wieland, J., Kaptein-de Haan, S., & Zitman, F. (2012). Psychiatric disorders in outpatients with borderline intellectual functioning: Comparison with outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. *Canadian Journal of Psychiatry*, *4*, 213-219.
- Wieland, J. (2016). *Psychopathology in borderline intellectual functioning: Explorations in secondary healthcare*. Proefschrift. Universiteit van Leiden.
- Wissink, I. B., van Vugt, E. S., Moonen, X., Stams, G. J. J. M., & Hendriks, J. (2015). Sexual abuse involving children with an intellectual disability (ID): A narrative review. *Research in Developmental Disabilities*, *36*, 20-35.
- World Health Organisation. (2013). *Guidelines for the management of conditions that are specifically related to stress*. Geneva: auteur.
-

## UITDAGENDE RELATIES: INTERACTIES VAN BEGELEIDERS BIJ DE ONDERSTEUNING VAN MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING EN PROBLEMGEDRAG

Arno Willems<sup>1</sup>

*Dit artikel richt zich op de bejegening van begeleiders die mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek ondersteunen. Binnen het promotie-onderzoek over dit thema is allereerst een betrouwbaar en voldoende valide instrument geconstrueerd om het interpersoonlijke en intrapersoonlijke gedrag van begeleiders te meten: de Schaal voor Interactief Gedrag van Begeleiders (SIG-B). Op basis van de functionele analyse van het interpersoonlijke gedrag van begeleiders en de dynamiek van interactiepatronen kunnen we stellen dat interacties tussen begeleiders en mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek duidelijk gevormd worden door interactieprincipes van symmetrie en complementariteit. Daarnaast wordt het interpersoonlijke gedrag van begeleiders enigszins bepaald door hoe zij denken over de oorzaak van die gedragsproblematiek, maar mogelijk nog meer door in hoeverre ze de cliënt daarvoor verantwoordelijk houden. Uit ons onderzoek blijkt dat het interpersoonlijke gedrag van begeleiders echter vooral sterk gedreven wordt vanuit hun persoonlijke en sociale kenmerken, nl. emoties, attitude, zelfverzekerdheid, zelfreflectie/-inzicht, copingstijl, teamklimaat en intrapersoonlijke emotionele intelligentie. Voor elk van deze factoren worden suggesties gedaan om hiermee in de praktijk aan de slag te gaan. Omdat dit promotie-onderzoek een heel praktisch doel had, wordt vervolgens een uitgebreid raamwerk geschetst voor een Interactie Training, Coaching en Consultatie voor Teams (ITCCT). Dit raamwerk is niet alleen gebaseerd op ons onderzoek, maar ook op een toekomstvisie voor scholing voor professionals in de gezondheidszorg, op diverse implementatiemodellen en op een taxonomie van leer- en gedragstechnieken. Uiteindelijk bestaat ITCCT uit twaalf inhoudelijke thema's, vijf stadia en zes strategieën.*

*Dit artikel is gebaseerd op de General Discussion in het proefschrift van Willems (2016) en de verdediging daarvan op 11 november 2016 (Tilburg University). Zijn proefschrift is te downloaden via: [https://pure.uvt.nl/portal/files/13463825/Willems\\_Challenging\\_11\\_11\\_2016.pdf](https://pure.uvt.nl/portal/files/13463825/Willems_Challenging_11_11_2016.pdf)*

### **Inleiding**

Begeleiders en gedragsdeskundigen binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking hebben vaak te maken met ernstige gedragsproblemen en psychische problematiek, zogenaamd uitdagend gedrag. Het onderzoek in dit proefschrift richt zich echter niet op dat uitdagende gedrag zelf, maar op de professionele relatie van begeleiders die hiermee om moeten gaan. Want als een begeleider te maken krijgt met dit soort problematiek kan dat een grote uitdaging zijn voor zijn relatie met deze mensen en daarmee dus voor zijn bejegening. Daarnaast vinden niet alleen deze mensen, maar ook hun ouders en de begeleiders een respectvolle relatie belangrijk (Hermsen, Embregts, Hendriks, & Frielink, 2014; Roeleveld, Embregts, Hendriks, & Van den Bogaard, 2011; Van der Meer, Embregts, Hendriks, & Sohier, 2011). Dit accent op het opbouwen van een band gericht op vertrouwen en het stimuleren van autonomie past bij het recente zorgethisch paradigma van menslievende professionalisering (Embregts, 2009; Van Heijst, 2005). Ook de Vereniging

---

<sup>1</sup> Arno Willems is GZ-psycholoog bij Koraal Groep, docent binnen GZ-, OG- en enkele postmaster opleidingen, supervisor voor GZ-opleiding en NIP. Correspondentieadres: [awillems@koraalgroep.nl](mailto:awillems@koraalgroep.nl).

Gehandicaptenzorg Nederland (2013) noemt bejegening als een van de drie pijlers binnen haar Kwaliteitskader 2.0, hetgeen aansluit op internationaal beleid rond kwaliteit van zorg (Schalock, Gardner, & Bradley, 2007). De focus op relaties wordt verder gesterkt vanuit de internationale consensus om bij de beeldvorming rond gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking zo breed mogelijk transdiagnostisch te kijken. Gedragsproblemen kunnen namelijk verklaard worden vanuit de ontwikkelingsgeschiedenis, omgevingskenmerken of individuele kenmerken, maar ook vanuit het gedrag van anderen, zoals begeleiders. Tenslotte blijkt uit veel onderzoek over behandeling van psychische of gedragsproblematiek dat het vormen van een goede werkrelatie of therapeutische alliantie een van de belangrijkste werkzame factoren is (Keijsers, Vossen, & Keijsers, 2012; Lambert, 1992).

Hoewel het belang van de professionele relatie tussen begeleiders en mensen met een verstandelijke beperking dus is aangetoond, blijven er vragen wat begeleiders nu echt doen in hun interactie met mensen met een verstandelijke beperking en waar hun gedrag dan door beïnvloed wordt. In het proefschrift waar dit artikel op gebaseerd is, worden middels vijf onderzoeken sinds 2009 de volgende vragen beantwoord:

1. Hoe kan interactie van begeleiders naar mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen worden gemeten?
2. Welke factoren in begeleiders en mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen beïnvloeden het interpersoonlijke gedrag van begeleiders naar deze mensen?
3. Wat zijn de dynamische interactiepatronen tussen begeleiders en een persoon met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen?

Dit project heeft uiteindelijk een heel praktisch doel, namelijk om de inzichten uit deze onderzoeken te vertalen in de opzet van een training-, coaching- en teamconsultatie-programma voor begeleiders, zodat zij zich beter in staat voelen om die uitdagende zorg te bieden.

### **Theoretisch kader**

Om zicht te krijgen op het interactiegedrag van begeleiders en hun dynamische interactiepatronen gaan we uit van de meest gevalideerde modellen rond interpersoonlijk gedrag, nl.: de interpersoonlijke cirkel van Leary (Leary, 1957) en de structurele analyse van sociaal gedrag van Benjamin (Benjamin, 1974; Benjamin, 1994). Deze modellen bestaan in hoofdzaak uit een verticale dimensie van controle (dominantie versus autonomie geven; je eigen weg gaan versus volzaam zijn) en een horizontale dimensie van affiliatie (vriendelijk versus vijandig) (zie *Figuur 1*).

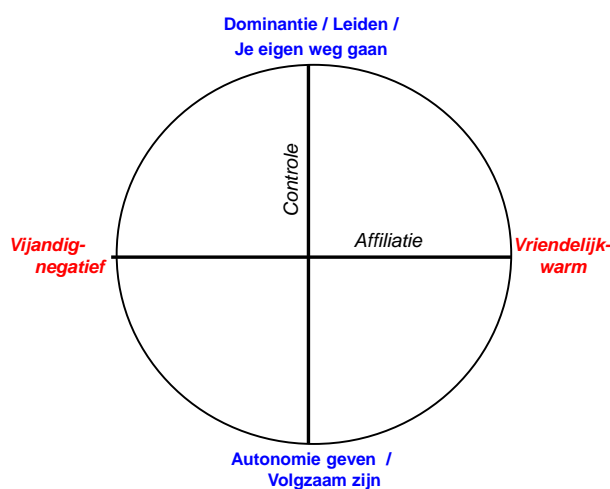
Omdat een relatie altijd uit twee interactiepartners bestaat, is het ook nodig om te onderzoeken hoe de begeleider en de mens met een verstandelijke beperking elkaar wederzijds beïnvloeden en hoe die interacties zich gedurende de tijd ontwikkelen. Hiervoor hanteren we de twee belangrijke interpersoonlijke principes van symmetrie en complementariteit (zie *Figuur 2*).

Om een interactie-gerichte training, coaching en consultatie van begeleiders zo effectief mogelijk te maken, is het verder nodig om te weten welke factoren in en rondom begeleiders van invloed zijn op hun interpersoonlijke gedrag. Met een uitgebreid model wordt daarom de basis gelegd voor een functionele analyse van het interpersoonlijke gedrag van begeleiders, d.w.z. hoe begeleiders een cliënt bejegenen (zie *Figuur 3*).

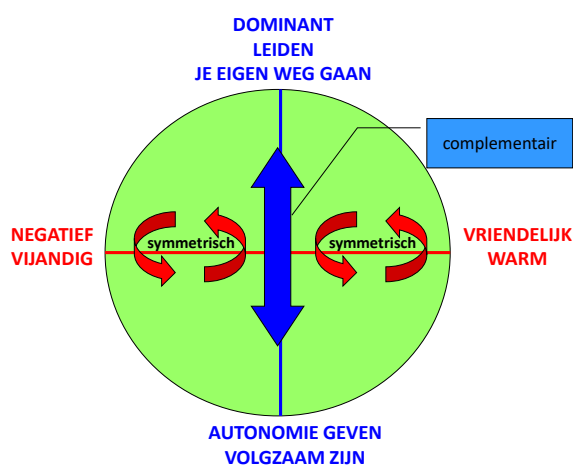
### **Ontwikkeling van de Schaal voor Interactief Gedrag van Begeleiders (SIG-B)**

Middels drie onderzoeken werd de ontwikkeling, replicatie en validering beschreven van een zelfrapportagevragenlijst voor begeleiders, die hun interactiegedrag meet naar een persoon met een

verstandelijke beperking en gedragsproblemen in hun eigen dagelijkse praktijk (Willems, Embregts, Stams, & Moonen, 2010; Willems, Embregts, Hendriks, & Bosman, 2012, 2014). Deze Schaal voor Interactief Gedrag van Begeleiders (SIG-B) is onderzocht bij in totaal 715 begeleiders over 254 cliënten binnen 12 zorgorganisaties voor mensen met een verstandelijke beperking in Zuid-Nederland. De SIG-B omvat uiteindelijk 30 vragen, met zeven factoren en is binnen 5-10 minuten te scoren (Willems & Embregts, 2011). Vier factoren zijn sterk gebaseerd op de interpersoonlijke modellen van Leary en Benjamin en meten het interpersoonlijke gedrag van begeleiders die werken met mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen: assertieve controle, vijandig, vriendelijk en steunzoekend gedrag.



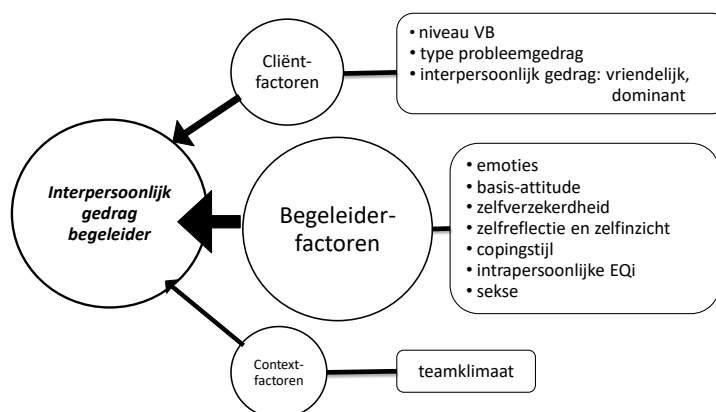
*Figuur 1. Belangrijkste dimensies en factoren uit de interactiemodellen van Leary en Benjamin*



13

*Figuur 2. Interpersoonlijke principes binnen de interactiemodellen*

Daarnaast meet de SIG-B nog drie intrapersoonlijke gedragingen van begeleiders: proactief denken, zelfreflectie en kritische Expressed Emotion. De betrouwbaarheid van de zeven factoren bleek voldoende tot goed en er was sprake van voldoende tot goede convergente validiteit voor de SIG-B, behalve voor de factor zelfreflectie. Bovendien is de SIG-B uitgebreider methodologisch onderzocht en lijkt ze breder en beter bruikbaar dan enigszins vergelijkbare instrumenten die sinds 2009 zijn ontwikkeld. Die richten zich namelijk alleen op begeleiders die met jeugd werken of op de reacties van begeleiders op agressie, zoals Group care worker Intervention Check List (GICL; Bastiaanssen, Kroes, Nijhof, Delsing, Engels, & Veerman, 2012), Staff Behavior towards Clients (SBC; Huitink, Embregts, Veerman & Verhoeven, 2011) en de gedragsinterventie vragenlijst (Knotter, Wissink, Moonen, Stams, & Jansen, 2013). De kracht van het inzetten van een subjectieve vragenlijst voor begeleiders ligt erin dat ze aan de hand van de eigen uitkomsten zelf kunnen gaan ontdekken hoe hun bejegening eruitziet en waar ze dan veranderingen in willen zoeken.



*Figuur 3. Factoren die invloed hebben op het interpersoonlijke gedrag van de begeleider*

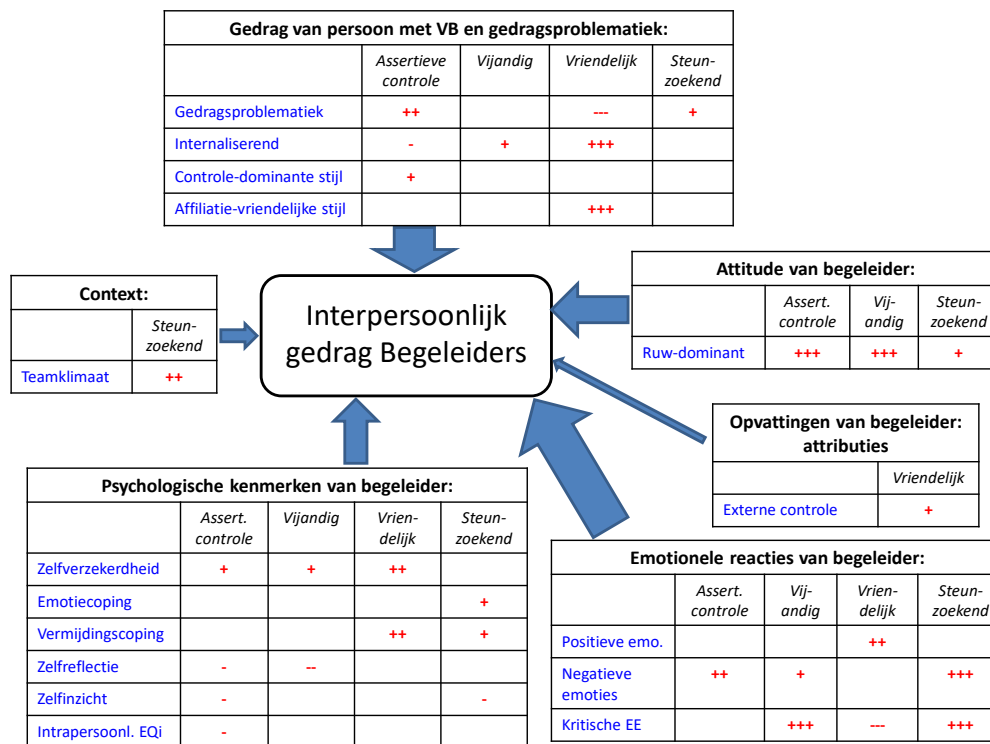
### **Een functionele analyse van het interpersoonlijke gedrag van begeleiders**

Om de tweede onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden (welke factoren beïnvloeden het interpersoonlijke gedrag van begeleiders?) zijn twee onderzoeken uitgevoerd bij in totaal 476 begeleiders van 202 cliënten binnen 9 zorgorganisaties rond verstandelijke beperking in Zuid-Nederland (Willems, Embregts, Bosman, & Hendriks, 2014; Willems, Embregts, Hendriks, & Bosman, 2016). De resultaten van deze onderzoeken worden samengevat in *Figuur 4*. Omdat we de invloed van veel factoren tegelijk op de bejegening van begeleiders onderzoeken middels multilevel of hiërarchische regressieanalyses, kunnen we heel zuiver de unieke losstaande invloed van elke factor voor die bejegening vaststellen. In volgorde van belangrijkheid bespreken we zeven hoofdfactoren die invloed hebben op het interpersoonlijke gedrag van begeleiders, met voorbeelden voor een praktische toepassing hiervan.

Allereerst blijkt dat begeleiders naar een eigen zogenaamde gedragsmoeilijke cliënt toe veel minder vriendelijk, meer assertief controlerend en een beetje minder steunzoekend zijn dan als diezelfde begeleiders een eigen niet-gedragsmoeilijke cliënt begeleiden. Hierbij blijkt niet zozeer het externaliserende probleemgedrag invloed te hebben op de bejegening, maar is het juist het internaliserende probleemgedrag dat ervoor zorgt dat begeleiders meer vriendelijk zijn in hun



bejegening. Zoals voorspeld binnen en gebaseerd op de interpersoonlijke modellen (symmetrie-principe) leidt vriendelijk interpersoonlijk gedrag van een gedragsmoeilijke cliënt inderdaad tot meer vriendelijk interpersoonlijk gedrag van de begeleider. En meer dominant gedrag van de cliënt leidt tot meer assertieve controle bij de begeleider (Benjamin, 1974, 1994; Leary, 1957).



**Figuur 4.** Significante uitkomsten van een functionele analyse van het interpersoonlijke gedrag van begeleiders  
 NB. De dikte van de pijlen geeft aan hoeveel invloed bepaalde factoren hebben op de vier interpersoonlijke stijlen: assertieve controle, vijandig, vriendelijk, steunzoekend. Meer + of - betekent dat die factor tot een hogere respectievelijk lagere interpersoonlijke stijl leidt.

Op de tweede plaats blijken vooral negatieve emoties en kritische Expressed Emotion bij begeleiders veel meer invloed te hebben op hun interpersoonlijke gedrag dan hun opvattingen (hun attributies over wat het probleemgedrag veroorzaakt). Begeleiders dienen dan ook getraind te worden om emotieregulatietechnieken te gebruiken, zoals hartcoherentie, ontspanning of mindfulness (Noone, & Hastings, 2010; Singh et al., 2009; Van Oorsouw, Embregts, Bosman, & Jahoda, 2014). Positieve emoties leiden vooral tot een meer vriendelijke bejegening naar die gedragsmoeilijke cliënt toe. Daarom zijn preventieve methoden erg nuttig, waarbij begeleiders getraind worden om hun positiviteitsratio te verhogen door oefeningen als 'drie goede dingen noemen' van de cliënt (Fredrickson, 2013; Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005). Ook als begeleiders de opvatting hebben dat de gedragsproblemen van de cliënt van buitenaf gecontroleerd kunnen worden (bv. door de begeleiders zelf), leidt dat tot een meer vriendelijke bejegening. Dat betekent dat begeleiders ondersteund moeten worden om antecedente factoren in de sociale en fysieke context te ontdekken en om nieuwe kansen in de omgeving van de cliënt te creëren middels het veranderen van dagprogramma's en het sociale netwerk, zoals o.a. in Active Support gebeurt (De Vor, 2014; Jones et al., 1996).

Ten derde, ook de algemene interpersoonlijke attitude van begeleiders naar mensen met een verstandelijke beperking blijkt bepalend te zijn voor hun interpersoonlijke gedrag naar een eigen gedragsmoeilijke cliënt. Vooral als begeleiders een streng-dominante attitude hebben, zijn ze naar die ene gedragsmoeilijke cliënt meer assertief controlerend en meer vijandig. Als ze een begripvolle-vriendelijke attitude hebben, dan zijn ze ook meer vriendelijk naar die ene gedragsmoeilijke cliënt. Dit betekent dat het inderdaad belangrijk is om begeleiders te trainen in het hebben van een respectvolle attitude, zoals o.a. binnen menslievende professionalisering gebeurt (Hermsen et al., 2014). Dit kan o.a. door samen met een ervaringsdeskundige te reflecteren op de invloed van macht, vrijheidsbeperkende maatregelen, het gevoel van buitengesloten te worden en op hoe belangrijk een echte dialoog is voor cliënten (Hermsen, & Embregts, 2014; Hutchinson et al., 2014). Op de vierde plaats, met betrekking tot de psychologische kenmerken van begeleiders blijkt dat een grotere zelfverzekerdheid bij begeleiders een erg positieve invloed heeft op hun vriendelijke bejegening, maar ook nogal verhogend werkt op assertieve controle en vijandige bejegening. Binnen training en coaching is het dan ook belangrijk om vooral te focussen op sterktes en talenten van begeleiders aan de hand van instrumenten als de VIA Signature Strengths (Peterson & Seligman, 2004), de R2 Strengths Profiler (Centre for Applied Positive Psychology, 2010) of de Talentenwijzer (Hiemstra, 2011).

Ten vijfde, zelfreflectie/-inzicht van begeleiders en hun intrapersoonlijke emotionele intelligentie leidt vooral tot minder assertieve controle en tot een minder vijandige bejegening. Dit komt overeen met onderzoeken die de positieve effecten aantonen van mindfulness-training of training in emotionele intelligentie (Singh et al., 2009; Zijlmans, Embregts, Gerits, Bosman, & Derksen, 2015). Op de zesde plaats, een vermijdingsgerichte copingstijl van begeleiders heeft met name een positieve invloed op hun vriendelijke bejegening naar die gedragsmoeilijke cliënt. Dit zoeken van afleiding en het gezelschap van anderen opzoeken is waarschijnlijk een geschikte strategie voor begeleiders om stress te voorkomen en met probleemgedrag om te gaan (Fletcher & Sarkar, 2013; Hastings, 2002). Hierin mogen begeleiders dus duidelijk ondersteund worden, zolang dit niet ertoe leidt dat ze hun negatieve gevoelens ontkennen (Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006; Schwarzer, 2008). Een emotiegerichte copingstijl zorgt juist voor meer steunzoekend gedrag, hetgeen past bij het gegeven dat zo'n copingstijl vaker tot negatieve resultaten leidt (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). In plaats van dit soort angst-, boosheid- of fantaseerstijlen kunnen begeleiders beter preventieve of emotieregulatietechnieken aanleren (Folkman & Moskowitz, 2004). Op de zevende en laatste plaats is het opvallend dat een beter teamklimaat correleert met meer steunzoekend gedrag bij begeleiders. Dit komt waarschijnlijk omdat begeleiders die meer steun zoeken bij hun gedragsmoeilijke cliënt hierover ook meer teamdiscussies hebben, in een poging om samen als team nieuwe oplossingen te zoeken voor het hanteren van die gedragsproblematiek.

Met al deze factoren blijken we maar liefst 56% van de vriendelijke bejegening te kunnen voorspellen. Het belang van een hoge mate van vriendelijkheid, warmte en vertrouwen kan niet snel worden overschat. Want het zijn niet alleen de cliënten en hun ouders, maar ook de begeleiders zelf die dit belangrijk vinden. Daarnaast heeft het ook een hoge prioriteit in zorgethiek en de kwaliteit van zorg. Warmte en vertrouwen worden immers gezien als essentieel in het vormen van een positieve hechtingsrelatie tussen begeleiders en mensen met een verstandelijke beperking (Birtchnell, 2014; De Schipper, Stolk, & Schuengel, 2006). Er zijn naast al deze dynamische factoren ook een aantal statische kenmerken van mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen die een behoorlijke invloed hebben op de meeste interpersoonlijke stijlen van begeleiders. Begeleiders geven vooral aan dat ze minder vriendelijk zijn naar mensen met een matig tot licht verstandelijke beperking, vergeleken met op lager niveau functionerende mensen. Volgens ander onderzoek wordt een op hoger niveau functionerende persoon eerder verantwoordelijk gehouden voor zijn gedrag, omdat begeleiders vinden dat deze persoon weinig verzachtende omstandigheden heeft zoals een lager

communicatieniveau (Williams, Dagnan, Rodgers, & Freeston, 2015). En als een begeleider een cliënt meer verantwoordelijk houdt voor zijn negatieve gedrag, dan past het binnen het herziene attributiemodel van Weiner (1995) dat die begeleider die cliënt dan ook met minder sympathie, dus met minder vriendelijkheid, zal ondersteunen. In twee van onze onderzoeken blijkt verder dat mannelijke begeleiders hoger steunzoekend gedrag rapporteren dan vrouwelijke begeleiders. Waarschijnlijk heeft dit ermee te maken dat mannelijke begeleiders doorgaans een hogere scores op intrapersonlijke emotionele intelligentie hebben, waardoor ze vooral gericht zijn op hun eigen gevoelens in plaats van op die van de ander (Gerits, Derksen, & Verbruggen, 2004). Dit kan leiden tot hun grotere behoefte aan steun en meegaandheid van mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek.

### **De dynamiek in interacties tussen begeleider en cliënt**

Voor de derde onderzoeksvraag rond dynamische interactiepatronen hebben we een intensief observatieonderzoek uitgevoerd aan de hand van videoanalyse bij drie begeleiders met eenzelfde gedragsmoeilijke cliënt. Hierbij zijn de interactiepatronen en dynamiek tijdens een dagelijkse verzorgingssituatie van 30-50 minuten onderzocht. Allereerst blijkt dat elke begeleider en deze cliënt in hun interacties, zelfs bij forse gedragsproblematiek, op elkaar afgestemd raken. Ze passen hun vorm van affiliatiegedrag (vriendelijk - vijandig) en controlegedrag (dominant - volgzaam) op de ander aan, hetgeen leidt tot herkenbare interactiepatronen. Dit betekent dat de interpersoonlijke principes van symmetrie of complementariteit niet alleen van toepassing zijn als men de begeleiders middels zelfrapportage vraagt hoe ze hun interacties scoren, maar ook als hun gedrag objectief geobserveerd wordt.

Er zijn echter wel duidelijke verschillen tussen de dyades in het volhouden, de stabiliteit en de complexiteit van hun interactiepatronen. Verder blijkt dat het vooral de begeleider is die de meeste invloed heeft op het proces van afstemming in de interactiepatronen met deze cliënt, met name op de dimensie vriendelijkheid - vijandigheid. Dit betekent dat de begeleider zelfs bij probleemgedrag de toon blijkt te kunnen zetten in het verloop van de interacties. Ook blijken de begeleiders veel meer actief interpersoonlijk gedrag (focus op de cliënt) te laten zien dan reactief interpersoonlijk gedrag (focus op zichzelf), terwijl dat bij de cliënt net omgekeerd is. Deze actieve en professionele focus van begeleiders is in feite adequaat, omdat het overeenkomt met de basis vaardigheden van sensitieve responsiviteit, empathie en mentaliseren (Dekker-van der Sande & Sterkenburg, 2015). Daarnaast is het ook belangrijk om jezelf te laten zien, de zogenaamde focus op jezelf als begeleider (Back et al., 2011; Hinde, 1995). Dat betekent dat de begeleider niet alleen sensitief moet zijn naar het interpersoonlijke gedrag van de cliënt, maar ook op zijn eigen interpersoonlijke reacties mag reflecteren.

Het meest opvallende is echter dat het gedurende zo'n dagelijkse begeleidingssituatie sterk kan wisselen of de begeleider of de cliënt de meeste invloed heeft. Op een langere termijn van meer dan 30 minuten zette de begeleider met zijn bejegening de toon voor de interactiepatronen binnen controle of affiliatie en was het vooral de cliënt die daarin volgde. Maar binnen een tijdsbestek van 20 seconden was het vaak de cliënt die de meeste invloed had op deze patronen en was het de begeleider die bleek te volgen. Dit betekent dat de regie over de hele interactie op langere termijn meer bij de begeleider lag en op de hele korte termijn meer bij de cliënt.

### **Training en coaching op bejegening**

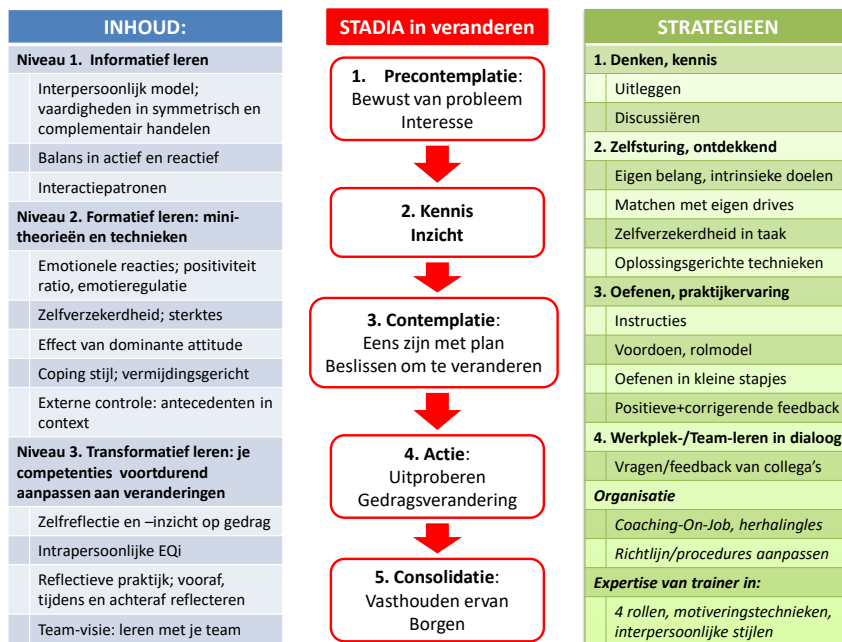
Omdat dit promotieproject uiteindelijk een heel praktisch doel had, is er op basis van alle uitkomsten een uitgebreid raamwerk geschetst voor een Interactie Training, Coaching en Consultatie voor Teams (ITCCT, zie *Figuur 5*). Dit raamwerk is niet alleen gebaseerd op ons onderzoek, maar ook op een toekomstvisie voor scholing voor professionals in de gezondheidszorg (Frenk et al., 2010).

Op het eerste niveau moet er binnen de training sprake zijn van informatief leren, waardoor een begeleider de kerncompetenties leert die nodig zijn op het gebied van bejegening (zie *Figuur 5, linkerkolom*). We stellen dan ook voor dat begeleiders getraind worden in het concept afstemmen in relaties met mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek. Concreet betekent dit vanuit ons onderzoek dat ze (a) kennis verwerven over interpersoonlijke modellen en vaardigheden in de principes van symmetrie en complementariteit, (b) leren balanceren tussen actief interpersoonlijk gedrag en reactief interpersoonlijk gedrag, en (c) leren reflecteren op interactiepatronen die binnen enkele seconden, minuten en over langere tijd optreden.

Op het tweede niveau is zogenaamd formatief leren nodig, waarbij de begeleider als professional leert om mini-theoretjes over zijn bejegening te formuleren en technieken leert m.b.t. zijn interpersoonlijk gedrag (Ruijters, 2006). Een deel van de inhoud van ITCCT gaat dan ook over de dynamische factoren waarvan is aangetoond dat die het interpersoonlijke gedrag van begeleiders beïnvloeden (zie *Figuur 5, linkerkolom*). Deze zijn uitgebreid besproken in de bovenstaande paragraaf over functionele analyse.

Op het derde niveau wordt gesproken over transformatief leren, waarbij de begeleider competent wordt om proactief om te gaan met de dynamische veranderingen en uitdagingen in de dagelijkse werksituaties (Frenk et al., 2010). Dit betekent dat de begeleider leiderschap en eigenaarschap wil tonen, dat ondermeer bestaat uit kritisch redeneren, reflecteren en beslissen. In onze onderzoeken hebben we laten zien dat er inderdaad een positieve invloed op interpersoonlijk gedrag bestaat van zelfreflectie, zelfinzicht en intrapersoonlijke emotionele intelligentie. Het concept 'reflectieve praktijk' staat hierbij centraal, waardoor begeleiders in staat zijn om diverse onzekere en complexe werksituaties aan te kunnen doordat ze vooruitkijken naar, heliopteren over en terugkijken op die situaties (Durning, Lubarsky, Torre, Dory, & Holmboe, 2015; Hermsen & Embregts, 2015; Ruijters, 2006). Begeleiders moeten dan ook gestimuleerd worden om proactief bij gedragsproblematiek metacognitieve strategieën in te zetten, zoals zelfreflectie en zelfinzicht. Hierbij blijkt het meer effectief te zijn als ze het accent leggen op eigen gedragsdoelen dan op hun emoties en gedachten (Coffield, Mosely, Hall, & Ecclestone, 2004; Grant, 2012). Daarnaast blijkt het voor een hoge kwaliteit van zorg ook efficiënt te zijn als begeleiders adequaat functionerende teamleden zijn, vooral tijdens taakgerichte groepsdiscussies (Frenk et al., 2010; Meleady, Hophthrow, & Crisp, 2012; Weaver, Rosen, Salas, Baum, & King, 2010). Wij hebben inderdaad ontdekt dat een gedeelde teamvisie een positief effect heeft op interpersoonlijk gedrag, wat nog eens benadrukt dat begeleiders vooral ook leren vanuit de interactie en discussie met hun collega's over allerlei perspectieven rond problemen en oplossingen (Ruijters, 2006).

Naast de inhoudelijke elementen van ITCCT, is het ook belangrijk om uit te werken *hoe* die thema's dan het beste geleerd kunnen worden. Dat kan het beste gebaseerd worden op modellen die gaan over veranderings- en implementatieprocessen bij mensen. De belangrijkste hiervan zijn die vanuit sociaal-cognitieve theorie (Bandura, 1989), de theorie van zelfregulatie (Carver & Scheier, 1982), de Theory of Planned Behavior (TPB; Ajzen, 1991), het Transtheoretisch Model (TTM; Prochaska & DiClemente, 1982), de Health Action Process Approach (Schwarzer, 2008) en implementatiemodellen (Grol & Wensing, 2007). Centraal in deze modellen staan de vijf globale stadia van verandering: (a) precontemplatie, bewustzijn en interesse ('zien'), (b) kennis en inzicht in je eigen gedrag, (c) contemplatie, het eens zijn met het plan en beslissen om te veranderen ('bewogen worden'), (d) actie, uitproberen, gedragsverandering ('in beweging komen') en (e) consolidatie, volhouden van verandering en borging (zie *Figuur 5, middelste kolom*).



**Figuur 5.** Raamwerk voor Interactie Training, Coaching en Consultatie voor Teams (ITCCT)

Op basis van een meta-analyse van didactische interventies en een taxonomie van leer- en gedragstechnieken kunnen diverse effectieve technieken ingezet worden binnen training en coaching (Grant, 2012; Hattie, 1992; Michie, van Stralen, & West, 2011; Michie et al., 2015). Die kunnen globaal ingedeeld worden aan de hand van vier algemene leerstijlen, waarbij men het beste van al deze technieken gebruik kan maken om tegemoet te komen aan de verschillende voorkeuren qua leerstijlen bij begeleiders (Simons & Ruijters, 2004). De technieken bij deze leerstijlen (denken en kennisgericht, zelfsturend en ontdekkend, oefenen en ervaren, dialoog op werkplek en leren als team) worden genoemd in de rechter kolom van *Figuur 5*. Daarnaast is het voor de borging van het adequate interpersoonlijke gedrag belangrijk dat organisaties een begeleider mogelijkheden geven voor coaching-on-the-job, voor herhalingsessies en dat de thema's rond interacties worden opgenomen in de bestaande richtlijnen rond behandeling en kwaliteit van zorg, procedures en teamoverleg. Ook dient de trainer en coach ervaring te hebben in de vier rollen van expert op inhoud, persoonsgerichte mentor, gedragsinstructeur en coach op vaardigheden. En ook bij een trainer, coach of consultant is de werkrelatie een essentieel onderdeel van zijn werk, dus dient hij technieken te beheersen rond motiveren, overtuigen, omgaan met weerstand, geven van hoop en in het aanpassen van zijn eigen interpersoonlijke stijl op die van de begeleider (Duncan, 2010; Keijsers et al., 2012; Miller & Rollnick, 2013). Uiteindelijk bestaat ITCCT uit twaalf inhoudelijke thema's, vijf stadia en zes strategieën, die grotendeels overeenkomen met elementen die bij het trainen en coachen van begeleiders genoemd worden (Cox, Dube, & Temple, 2015; Stoesz et al., 2016).

### Conclusies voor de praktijk

Dit proefschrift met onderzoeken bij meer dan 1000 begeleiders laat de bruikbaarheid zien van de interpersoonlijke modellen van Leary en Benjamin wanneer men te maken heeft met moeizame interacties tussen begeleiders en mensen met een verstandelijke beperking en probleemgedrag. Ook heeft het een snel in te vullen, betrouwbare en voldoende valide vragenlijst opgeleverd (SIG-B).

Op basis van de functionele analyse van het interpersoonlijke gedrag van begeleiders en de dynamiek van interactiepatronen kunnen we stellen dat interacties tussen begeleiders en mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek inderdaad deels gevormd worden door positieve of negatieve bekrachtiging. Daarnaast wordt het interpersoonlijke gedrag van begeleiders enigszins bepaald door hoe zij denken over de oorzaak van die gedragsproblematiek, maar mogelijk nog meer door in hoeverre ze de cliënt daarvoor verantwoordelijk houden. Uit ons onderzoek blijkt dat het interpersoonlijke gedrag van begeleiders verder vooral sterk gedreven wordt vanuit hun persoonlijke en sociale kenmerken, namelijk emoties, attitude, zelfverzekerdheid, zelfreflectie/-inzicht, copingstijl, teamklimaat en intrapersonlijke emotionele intelligentie. In een interactie-training dient men deze thema's dan ook een duidelijke plek te geven. In de dagelijkse praktijk kan men samen met begeleiders nagaan welke van al deze persoonlijke factoren de grootste invloed heeft op hun bejegening.

Op basis van het observatie-onderzoek blijkt verder dat men de begeleiders kan stimuleren om gericht de principes van symmetrie en complementariteit toe te passen in hun dagelijkse bejegening. Dit kan bijvoorbeeld door meer vriendelijk interpersoonlijk gedrag te vertonen en zo meer vriendelijkheid bij de cliënt uit te lokken. Daarnaast kunnen begeleiders ook individueel gecoacht worden om naar effecten op de langere termijn te kijken, omdat in de hele begeleidingssituatie juist hun eigen interactiegedrag bepalend lijkt te zijn voor het verloop van de interactie met de cliënt. Hiermee komt dan meer het accent te liggen op het regie nemen in de bejegening naar een cliënt en daarmee op de antecedente invloed van hun bejegening.

Uiteindelijk kunnen hiermee belangrijke aandachtspunten worden geformuleerd, zowel voor de klinische praktijk als voor de training en coaching van begeleiders op het thema bejegening (ITCCT). Natuurlijk hoeft de behandeling van gedragsproblematiek in de dagelijkse praktijk niet beperkt te worden tot het veranderen van het interpersoonlijke gedrag van begeleiders of hun afstemming in interacties. Bij gedragsproblematiek is het namelijk essentieel om een breed en integratief diagnostisch uitgangspunt te hanteren, waarbij de beeldvorming zich richt op ontwikkelings-, omgevings- en transdiagnostische individuele aspecten. Deze beeldvorming kan dan ook leiden tot diverse behandelopties, vooral gebaseerd op recente evidence-based overzichten van behandeling bij mensen met een verstandelijke beperking (Sturmeijer & Didden, 2014; Taylor, Lindsay, Hastings, & Hatton, 2013; Wehmeyer, 2013).

Zo onderscheiden we naast het centrale 'afstemmen in relatie' binnen het transtherapeutische model voor algemeen werkzame therapeutische factoren (Koraal 5-step, zie *Figuur 6*) nog vier andere brede ingangen voor behandeling, met een focus op (a) ontwikkeling van competenties via gedragsmodificatie, trainen van vaardigheden, (b) kansen in de omgeving scheppen via het veranderen van het dagprogramma zoals in Active Support of het versterken van sociale netwerken, (c) persoonlijk evenwicht creëren door het veranderen van cognities en emoties zoals in Cognitieve Gedrags Therapie, EMDR, mindfulness, psychodynamische therapie of door inzetten van fysieke hulpmiddelen en medicatie, of (d) het versterken van welbevinden door in te gaan op de motieven en sterke kanten zoals in Oplossingsgerichte therapie, motiverende gespreksvoering en technieken uit de positieve psychologie.



**Figuur 6.** Koraal-5-step als kijkwijzer voor algemeen werkzame behandel- en begeleidings-factoren

Het afstemmen in relatie met de ander mag echter centraal blijven staan, niet alleen voor begeleiders, maar ook voor gedragskundigen, managers en onderzoekers die ieder voor zich uitdagende relaties zullen tegenkomen.

### Referenties

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Back, M. J., Baumert, A., Denissen, J. J. A., Hartung, F. M., Penke, L., Schmukle, S. C., . . . & Wrzus, C. (2011). PERSOC: A unified framework for understanding the dynamic interplay of personality and social relationships. *European Journal of Personality*, 25, 97-107.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Bastiaanssen, I. L. W., Kroes, G., Nijhof, K. S., Helsing, M. J. M. H., Engels, R. C. M. E., & Veerman, J. W. (2012). Measuring group care worker interventions in residential youth care. *Child Youth Care Forum*, 41, 447-460.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Benjamin, L. S. (1994). SASB: A bridge between personality theory and clinical psychology. *Psychological Inquiry*, 5(4), 273-316.
- Birtchnell, J. (2014). The interpersonal circle and the interpersonal octagon: A confluence of ideas. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 62-72.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1982). Control theory: A useful conceptual framework for personality-social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92, 111-135.
- Centre for Applied Positive Psychology (CAPP) (2010). *Realise2*. Verkregen van <http://www.cappeu.com/realise2.html>.
- Coffield, F., Mosely, D., Hall, E., & Ecclestone, K. (2004). *Should we be using learning styles? What research has to say to practice*. London: Learning and Skills Centre.
- Cox, A. D., Dube, C., & Temple, B. (2015). The influence of staff training on challenging behaviour in individuals with intellectual disability: A review. *Journal of Intellectual Disabilities*, 19, 69-82.
- Dekker-van der Sande, F., & Sterkenburg, P. (2015). *Mentaliseren kan je leren: Introductie in Mentaliseren Bevorderende Begeleiding (MBB)*. Doorn: Bartimeus.
- De Schipper J. C., Stolk J. & Schuengel C. (2006) Professional caretakers as attachment figures in day care centers for children with intellectual disability and behavior problems. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 203-216.
- De Vor, M. (2014). *Active Support: Een handreiking voor de ondersteuning aan mensen met een beperking*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Duncan, B. L. (2010). *On becoming a better therapist*. Washington: APA.

- Durning, S. J., Lubarsky, S., Torre, D., Dory, V., & Holmboe, E. (2015). Considering 'nonlinearity' across the continuum in medical education assessment: Supporting theory, practice, and future research directions. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 35, 232-243.
- Embregts, P. (2009). *Menslievende professionalisering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking: Aansluiten bij cliënten en hun ouders*. Arnhem: HAN University Press.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18, 12-23.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Fredrickson, B. L. (2013). Updated thinking on positivity's ratio's. *American Psychologist*, 68, 814-822.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., . . . Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376, 1923-1958.
- Gerits, L., Derksen, J. J., & Verbruggen, A. B. (2004). Emotional intelligence and adaptive success of nurses caring for people with mental retardation and severe behavior problems. *Mental Retardation*, 42, 106-121.
- Grant, A. (2012). An integrated model of goal-focused coaching: An evidence-based framework for teaching and practice. *International Coaching Psychology Review*, 7, 146-165.
- Grol, R., & Wensing, M. (2006). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier.
- Hastings, R. P. (2002). Do challenging behaviors affect staff psychological well-being? Issues of causality and mechanism. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 455-467.
- Hattie, J. A. (1992). Towards a model of schooling: A synthesis of meta-analyses. *Australian Journal of Education*, 36, 5-13.
- Hermesen, M. A., Embregts, P. J. C. M., Hendriks, A. H. C., & Frielink, N. (2014). The human degree of care: Professional loving care for people with a mild intellectual disability; an explorative study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58, 221-232.
- Hermesen, M., & Embregts, P. (2014). *Menslievende professionalisering: Een handleiding voor trainers*. Venray: Dichterbij.
- Hermesen, M., & Embregts, P. (2015). An explorative study of the place of the ethics of care and reflective practice in social work education and practice. *Social Work Education: The International Journal*, 34, 815-828.
- Hiemstra, D. (2011). *Talentenwijzer: Talentontwikkelingsprogramma*. Den Haag: Boom Lemma.
- Hinde, R. A. (1995). A suggested structure for a science of relationships. *Personal Relationships*, 2, 1-15.
- Huitink, C., Embregts, P. J. C. M., Veerman, J. W., & Verhoeven, L. (2011). Staff behavior toward children and adolescents in a residential facility: A self-report questionnaire. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 2790-2796.
- Hutchinson, L. M., Hastings, R. P., Hunt, P. H., Bowler, C. L., Banks, M. E., & Totsika, V. (2014). Who's challenging who? Changing attitudes towards those whose behaviour challenges. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58, 99-109.
- Jones, E., Perry, J., Lowe, K., Allen, D., Toogood, S., & Felce, D. (1996). *Active Support: A handbook for planning daily activities and support arrangements for people with learning disabilities; booklets 1-6*. Cardiff: Welsh Centre for Learning Disabilities.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J., & Steger, M. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1301-1320.
- Keijsers, G. P. J., Vossen, C. J. C., & Keijsers, L. H. A. (2012). *Helpen veranderen: Motiveringsstrategieën in de ambulante psychotherapie*. Amsterdam: Boom.
- Knotter, M. H., Wissink, I. B., Moonen, X. M. H., Stams G. J. J. M., & Jansen G. J. (2013). Staff's attitudes and reactions towards aggressive behaviour of clients with intellectual disabilities: A multi-level study. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 1397-1407.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation*. New York: Ronald Press.
- Meleady, R., Hopthrow, T., & Crisp, R. J. (2012). The group discussion effect: Integrative processes and suggestions for implementation. *Personality and Social Psychology Review*, 20, 1-16.



- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6:42. Verkregen van <http://www.implementationscience.com/content/6/1/42>
- Michie, S., Wood, C. E., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J. J., & Hardeman, W. (2015). Behaviour change techniques: The development and evaluation of a taxonomic method for reporting and describing behaviour change interventions (a suite of five studies involving consensus methods, randomised controlled trials and analysis of qualitative data). *Health Technology Assessment*, 19, 1-188.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3<sup>rd</sup> edition). New York: The Guilford Press.
- Noone, S. J., & Hastings, R. P. (2010). Using acceptance and mindfulness-based workshops with support staff caring for adults with intellectual disabilities. *Mindfulness*, 1, 76-73.
- Peterson, C., & Seligman, M. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19, 276-288.
- Roeleveld, E., Embregts, P., Hendriks, L., & van den Bogaard, K. (2011). *Zie mij als mens! Belangrijke competenties voor begeleiders volgens mensen met een verstandelijke beperking*. Nijmegen: HAN.
- Ruijters, M. (2006). *Liefde voor leren: Over diversiteit van leren en ontwikkelen in en van organisaties*. Deventer: Kluwer.
- Schwarzer, A. R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 1-29.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Schalock, R. L., Gardner, J. F., & Bradley, V. J. (2007). *Quality of life for people with intellectual disabilities and other developmental disabilities: Applications across individuals, organizations, communities, and systems*. Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Simons, P. R. J., & Ruijters, M. C. P. (2004). Learning professionals: Towards an integrated model. In H. P. A. Boshuizen, R. Bromme, & H. Gruber (Eds.), *Professional learning: Gaps and transitions on the way from novice to expert* (pp. 207-229). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Singh, A. N., Adkins, A. D., & Singh, J. (2009). Mindful staff can reduce the use of physical restraints when providing care to individuals with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, 194-202.
- Stoesz, B. M., Shoostari, S., Montgomery, J., Martin, T., Heinrichs, D. J., & Douglas, J. (2016). Reduce, manage or cope: A review of strategies for training school staff to address challenging behaviours displayed by students with intellectual/developmental disabilities. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 16, 199-214.
- Sturmey, P., & Didden, R. (Eds.) (2014). *Evidence-based practice and intellectual disabilities*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Taylor, J. T., Lindsay, W. R., Hastings, R. P., & Hatton, C. (Eds.) (2013). *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities*. Chichester: John Wiley & Sons.
- van der Meer, J., Embregts, P. J. C. M., Hendriks, M. C. P., & Sohler, J. (2012). Begeleiders van mensen met een ernstige verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen: Een onderzoek naar opvattingen van ouders over noodzakelijke competenties. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Mensen met Verstandelijke Beperkingen*, 38, 156-167.
- Van Heijst, J. E. J. M. (2005). *Menslievende zorg: Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement
- Van Oorsouw, W. M. W. J., Embregts, P. J. C. M., Bosman, A. M. T., & Jahoda, A. (2014). Writing about stress: The impact of a stress management programme on staff accounts of dealing with stress. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27, 236-246.
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (2013). *Good practices Kwaliteitskader: Visiedocument 2.0*. Verkregen van <http://www.vgn.nl/artikel/16180>
- Wehmeyer, M. L. (Ed.) (2013). *The Oxford handbook of positive psychology and disability*. New York: Oxford University Press.
- Weiner, B. (1995). *Judgements of responsibility: A foundation for a theory of social conduct*. New York: The Guilford Press.

- Weaver, S. J., Rosen, M. A., Salas, E., Baum, K., & King, H. B. (2010). Integrating the science of team training: Guidelines for continuing education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 30, 208-220.
- Westerhof, B., & Bohlmeijer, E. (2010). *Psychologie van de levenskunst*. Amsterdam: Boom.
- Willems, A., & Embregts, P. (2011). Uitdagende relaties: Werken met de omgangsstijl van begeleiders m.b.v. de SIG-B. *Onderzoek & Praktijk*, 9(2), 46-53.
- Willems, A. P. A. M., Embregts, P. J. C. M., Bosman, A. M. T., & Hendriks, A. H. C. (2014). The analysis of challenging relations: Influences on interactive behaviour of staff towards clients with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58, 1072-1082.
- Willems, A. P. A. M., Embregts, P. J. C. M., Hendriks, A. H. C., & Bosman, A. M. T. (2012). Measuring staff behavior towards clients with ID and challenging behavior: Further psychometric evaluation of the Staff-Client Interactive Behavior Inventory (SCIBI). *Research in Developmental Disabilities*, 33, 1523-1532.
- Willems, A., Embregts, P., Hendriks, L., & Bosman, A. (2016). Towards a framework in interaction training for staff working with clients with intellectual disabilities and challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60, 134-148.
- Willems, A. P. A. M., Embregts, P. J. C. M., Stams, G. J. J. M., & Moonen, X. M. H. (2010). The relation between intrapersonal and interpersonal staff behaviour towards clients with ID and challenging behaviour: A validation study of the Staff-Client Interactive Behaviour Inventory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 40-51.
- Williams, S., Dagnan, D., Rodgers, J., & Freeston, M. (2015). Exploring carer's judgements of responsibility and control in response to the challenging behaviour of people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28, 589-593.
- Zijlmans, L. J. M., Embregts, P. J. C. M., Gerits, L., Bosman, A. M. T., & Derksen, J. J. L. (2015). The effectiveness of staff training focused on emotional intelligence and interaction between support staff and clients. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59, 599-612.
- 

---

<sup>2</sup> Zie: <http://www.kenniscentrumlvb.nl/interventie-samen-stevig-staan>.

## GEWELD IN DE VERSTANDELIJK GEHANDICAPTENZORG

Hendrien Kaal<sup>1,2</sup>

*Mensen met een verstandelijke beperking vertonen relatief vaak gedragsproblemen, waaronder agressief gedrag. Agressie is een van de sterkste voorspellers voor opname in een woonvoorziening: het gedrag zorgt ervoor dat deze mensen vaak niet meer thuis kunnen blijven en gaat bovendien vaak samen met andere risicofactoren zoals impulsiviteit, antisociaal gedrag en psychische problematiek (Didden et al., 2016). Onderzoek laat dan ook zien dat in instellingen de prevalentie van agressief gedrag onder mensen met een verstandelijke beperking hoger is dan in gezinsvervangende tehuizen, waar de prevalentie weer hoger is dan in de ambulante zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (Sigafos, Elkins, Kerr, & Attwood, 1994). In een tweetal peilingen geïnitieerd door de vakbonden FNV en CNV gaven medewerkers in de gehandicaptenzorg aan steeds vaker te maken te krijgen met agressie. Zo'n 10-30% stelde dat zij zich onvoldoende veilig voelen op werk en 30-60% vond niet dat de organisatie goed optreedt bij gevaarlijke of agressiesituaties (CNV Zorg en Welzijn, 2015; Totta, 2017).*

### Inleiding

In het 'Actieplan Veilig Werken in de Zorg' (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012) werd gesteld dat een dader van agressie passend en duidelijk aangepakt dient te worden; in dat kader dient onder andere de aangiftebereidheid binnen de zorg verhoogd te worden. Erkend wordt echter dat de zorgsector zich van andere beroepen met een publieke taak onderscheidt doordat in een deel van de zorgbranches agressie door cliënten of patiënten vaak direct of indirect samenhangt met het ziektebeeld of de beperking van die cliënten. Dit kan ertoe leiden dat veroorzakers van agressie en geweld in de zorg niet worden aangesproken, laat staan gestraft, als ze agressief of gewelddadig zijn geweest (Flight & Terpstra, 2015).

Een (licht) verstandelijke beperking is juridisch gezien geen reden om niet tot vervolging over te gaan. Volgens artikel 39 van het Wetboek van Strafrecht is een dader ontoerekeningsvatbaar wanneer hem de daad "wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens niet kan worden toegerekend". Een (licht) verstandelijke beperking is echter onvoldoende reden om strafrechtelijke aansprakelijkheid uit te sluiten. De beperking staat tegelijkertijd vaak niet los van het strafbare gedrag en kan wel worden meegenomen in de beslissing omtrent toerekeningsvatbaarheid (Van den Hazel & Kruijemeier, 2017). Dat een verstandelijke beperking in de praktijk geen strafuitsluitingsgrond vormt wordt duidelijk uit het feit dat met name mensen met een licht verstandelijke beperking oververtegenwoordigd lijken te zijn in de strafrechtsketen. Een recente inventarisatie laat zien dat de prevalentie van (licht) verstandelijke beperking in reguliere detentie (vastgesteld door diagnostiek) rond de 10% is. Op bijzondere afdelingen is deze iets hoger, circa 15-20%, en in forensisch psychiatrische instellingen is deze nog wat hoger, 20-25%. De prevalentie vastgesteld door middel van screening of met de Raven valt aanzienlijk hoger uit: 30-45% binnen de

---

<sup>1</sup> De auteur bedankt Joke Harte en Mirjam van Leeuwen van de Vrije Universiteit Amsterdam voor het beschikbaar stellen van hun vragenlijst. Het onderzoek had verder niet plaats kunnen vinden zonder de hulp van diverse studenten van Hogeschool Leiden. Mischa Oosterhuis en David Smits speelden een belangrijke rol in de dataverzameling en -verwerking. Ook hen is de auteur dank verschuldigd.

<sup>2</sup> Hendrien Kaal is Lector LVB en Jeugdcriminaliteit, Hogeschool Leiden/Expertisecentrum William Schrikker.

reguliere detentie. In de jeugdstrafrechtketen lijken de gevonden prevalentiecijfers hoger dan bij de volwassenen (Kaal, 2016).

In de rapportage over een project mede gericht op de mogelijkheden tot het vergroten van de aangiftebereidheid in de zorg (Flight & Terpstra, 2015) wordt geconcludeerd dat het strafrecht een duidelijke plaats moet hebben in de aanpak van veroorzakers van geweld, ook in de branches waar agressie kan samenhangen met het ziektebeeld van de cliënt. Zij schrijven hierover:

“Het strafrecht kan nooit in de plaats komen van intern preventief beleid tegen agressie en geweld. Elke zorginstelling heeft tientallen mogelijkheden om veroorzakers van agressie en geweld duidelijk te maken dat hun gedrag niet wordt geaccepteerd, inclusief allerlei sancties waaronder aangifte. De strafrechtelijke aanpak moet het sluitstuk zijn, nooit het beginpunt. Maar het strafrecht moet ook weer niet worden beschouwd als iets exotisch waar alleen politie en OM over gaan: het is namelijk niet alleen het sluitstuk van een goede aanpak, maar ook het fundament onder alle andere maatregelen, reacties en sancties.” (Flight & Terpstra, 2015, pag. 36-37).

Of een slachtoffer besluit aangifte te doen hangt samen met verschillende factoren. Zo is de aangiftebereidheid afhankelijk van een kosten-batenanalyse door het slachtoffer. De schade, de tijd die het kost om aangifte te doen, de verwachte meerwaarde, de verwachte reactie van het strafrechtssysteem, maar ook de gevreesde repercussies zijn elementen die hierbij een rol kunnen spelen. Ook de alternatieven voor aangifte zijn mogelijk van invloed. Niet altijd zal deze afweging even rationeel zijn: emoties als stress en de relatie met de dader kunnen deze afweging beïnvloeden. Tenslotte spelen ook zaken als de cultuur en sociale structuur van de omgeving van het slachtoffer een rol (Goudriaan, Nieuwbeerta, & Wittebrood, 2005).

Er is weinig zicht op de overwegingen die een rol spelen bij aangifte omtrent zaken met een dader met een (licht) verstandelijke beperking. Er zijn wel indicaties dat de sociale omgeving in de zorg niet altijd ondersteunend is voor een aangifte. In het CNV-onderzoek (CNV Zorg en Welzijn, 2015) werd gevonden dat ruim 18% van de respondenten wel eens onder druk gezet was door de leidinggevende en/of collega's om over een agressie-incident te zwijgen. Dit kon gaan over een leidinggevende die het gevoel van de medewerker niet serieus nam, maar ook om een verbod op het doen van aangifte bij de politie omdat agressie 'nu eenmaal bij het werk hoort'.

In het CNV-onderzoek bleek dat slechts in 6,3% van de voorgekomen gevallen aangifte was gedaan bij de politie. Dit roept vragen op omtrent de aangiftebereidheid in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Is de aangiftebereidheid inderdaad laag? In welke gevallen wordt er overgegaan tot aangifte? Waarom wordt er besloten aangifte te doen of juist achterwege te laten? Inzicht in de dilemma's en overwegingen kunnen helpen bij het formuleren van eenduidiger beleid en het komen tot weloverwogen beslissingen in individuele zaken. Van Leeuwen en Harte (2015) deden in 2011 onderzoek naar geweld in de psychiatrie - een branche waar vergelijkbare overwegingen een rol kunnen spelen - waarbij zij expliciet keken naar de redenen om aangifte te doen en de strafrechtelijke reactie op aan de politie gerapporteerde incidenten. In 2013 werd door het lectoraat LVB en Jeugdcriminaliteit van Hogeschool Leiden een op dit onderzoek geïnspireerde studie gedaan naar de omgang met geweld binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg. In dit artikel worden de resultaten van dit onderzoek beschreven en wordt gereflecteerd op enkele implicaties hiervan.

Het onderzoek dat in dit artikel wordt beschreven had tot doel antwoord te geven op een aantal vragen:

- Wat is de aard van geweldsincidenten gepleegd door cliënten tegen personeel in de gehandicapten zorg?
- Wat zijn de gevolgen van de geweldsincidenten gepleegd door cliënten tegen personeel?

- Hoe wordt er met geweldsincidenten gepleegd door cliënten tegen personeel omgegaan?
- Wat zijn de redenen om geweldsincidenten (niet) te melden bij de politie?

De aard en de gevolgen van de incidenten geven zicht op de ernst van het geweld, en zullen daarmee wellicht een belangrijke indicatie zijn van de noodzaak tot aangifte. Inzicht in de huidige praktijk en overwegingen kunnen vervolgens helpen om tot handvatten te komen voor de omgang met geweld in de toekomst.

## **Methode**

### ***Respondenten***

In 2013 zijn mensen werkzaam in de verstandelijk gehandicaptenzorg benaderd met het verzoek de online vragenlijst in te vullen. Informatie over het onderzoek werd verspreid onder alle instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg in Nederland; hiervoor werd gebruik gemaakt van de adressen van relevante instellingen vermeld in de Adresgids Gehandicaptenzorg 2012 (Dijkstra, 2011). Niet duidelijk is in hoeverre de diverse instellingen de oproep ook daadwerkelijk onder hun medewerkers verspreid hebben. Ter aanvulling werd daarom het onderzoek onder de aandacht gebracht op diverse relevante groepen gericht op de LVB-doelgroep op LinkedIn. Ook is gebruik gemaakt van het eigen netwerk van de onderzoekers. Deelnemers aan het onderzoek werd tenslotte steeds gevraagd om de link naar de vragenlijst te delen met collega's (de 'sneeuwbal methode'). In totaal hebben 389 mensen werkzaam in de verstandelijk gehandicaptenzorg de gehele vragenlijst ingevuld. Ook Met 26 respondenten die hadden aangegeven open te staan voor een verdiepend interview is ook gesproken over hun ervaringen en visie.

De gebruikte werkwijze leidt ertoe dat niet duidelijk is waar de uiteindelijke respondenten vandaan komen. Wel is hen allemaal gevraagd te bevestigen dat zij op het moment van deelname aan het onderzoek of in de vijf jaar daaraan voorafgaand werkzaam waren in de verstandelijke gehandicaptenzorg. De respondenten zullen niet representatief zijn voor het gehele werkveld: verwacht mag worden dat diegenen bij wie het onderwerp herkenning oproept eerder geneigd zijn mee te werken aan het onderzoek. Niet bekend is wat het niveau is van de cliënten waarmee de respondenten werkten. Respondenten waren voornamelijk werkzaam in de residentiële zorg (70,2%); een beduidend kleiner deel was (ook) werkzaam in de ambulante zorg (11,3%), of werkte in de begeleiding van werk/dagbesteding (17,2%) en een klein deel was anderszins betrokken bij de verstandelijk gehandicaptenzorg (4,1%). Ongeveer drie kwart van de respondenten was vrouw (76,9%). De respondenten waren gemiddeld 38 jaar oud (variërend van 18-64 jaar, S.D. = 12,0 jaar) en waren gemiddeld 12,4 jaar werkzaam in de gehandicapten zorg (variërend van 9 maanden tot 40 jaar, S.D. = 9,5 jaar).

### ***Meetinstrument***

De vragenlijst die gebruikt werd was gebaseerd op het eerdere onderzoek van Harte en Van Leeuwen naar geweld in de psychiatrie (Harte, Van Leeuwen, & Theuws, 2013; Van Leeuwen & Harte, 2015; [www.geweldindepsychiatrie.nl](http://www.geweldindepsychiatrie.nl)). Deze vragenlijst was gericht op specifieke incidenten waarvan de respondenten slachtoffer waren geworden; zij konden bij de vragen hierover doorgaans kiezen uit diverse antwoordmogelijkheden. Soms was er ruimte om eigen antwoordmogelijkheden toe te voegen. Bij de beschrijving van de bevindingen is steeds aangegeven welke vragen zijn gesteld.

## **Bevindingen**

### ***De aard van de incidenten***

Respondenten werd gevraagd of zij de afgelopen 5 jaar het slachtoffer waren geweest van incidenten waarbij sprake was van daadwerkelijk geweld, fysieke bedreigingen of brandstichtingen veroorzaakt door een cliënt met een leeftijd van 12 jaar of ouder (omdat de interpretatie van de ernst van verbaal

geweld erg subjectief is werd er in dit onderzoek niet gevraagd naar scheldpartijen, beledigingen en verbale dreigementen; zie Van Leeuwen & Harte, 2011). Deze vraag werd positief beantwoord door 64,0% van de respondenten. Dit moet overigens niet geïnterpreteerd worden als prevalentiecijfer: de kans is groot dat mensen die vaker geconfronteerd worden met geweld sneller geneigd zijn deel te nemen aan een dergelijk onderzoek. 26% van de respondenten gaf aan meer dan vijf keer slachtoffer te zijn geworden van fysiek geweld; een groot deel hiervan stelde geen inschatting te kunnen geven van het precieze aantal keren omdat dit zo frequent voorkwam.

De respondenten werd gevraagd informatie te geven over de incidenten waarin zij slachtoffer waren. Wanneer dit meer dan vijf keer voorkwam werd hen gevraagd te rapporteren over enkele uiteenlopende incidenten waarbij verschillende beslissingen zijn genomen. Niet altijd rapporteerden de respondenten (volledig) over alle incidenten die zij hadden kunnen beschrijven. In totaal werd volledige informatie verzameld over 670 incidenten. Mensen konden meerdere antwoorden aankruisen; in totaal werden 1177 antwoorden gegeven op de vraag naar de aard van het incident. Het is dus denkbaar dat er in één incident sprake van was dreiging en daadwerkelijk fysiek contact. De incidenten lopen zeer uiteen in ernst. Ruim 60% van de incidenten betrof een dreigende houding van de cliënt; ruim de helft betrof (tevens) een poging tot fysiek contact; en ruim 60% betrof (ook) daadwerkelijk fysiek contact (zie Tabel 1).

Tabel 1: Aard van de incidenten (N=670)\*

Type incidenten	n	%
<b>Dreigende houding</b>	<b>413</b>	<b>61,6%</b>
... zonder gebruik van een wapen of voorwerp	346	51,6%
... met een wapen of voorwerp	120	17,9%
... met het gooien van een voorwerp of vloeistof	33	4,9%
<b>Poging fysiek contact, waarvan:</b>	<b>346</b>	<b>51,6%</b>
Poging slaan en/of schoppen en/of stompen	302	45,1%
Poging slachtoffer met een wapen of voorwerp te raken (slaan/gooien)	114	17,0%
Poging een vloeistof over slachtoffer heen te gieten of te gooien	12	1,8%
Poging met een wapen of voorwerp te steken	10	1,5%
<b>Fysiek contact, waarvan:</b>	<b>410</b>	<b>61,2%</b>
Slaan, schoppen, stompen	290	43,3%
Haren trekken, krabben, knijpen	199	29,7%
Bijten	104	15,5%
Slachtoffer met wapen of voorwerp geraakt (slaan/gooien)	44	6,6%
Wurgpoging	29	4,3%
Een vloeistof gieten/gooien over slachtoffer	11	1,6%
Betasten met een seksuele intentie of aanranding	10	1,5%
Gijzelen, opsluiten, vastbinden	6	0,9%
Steken met een wapen of voorwerp	3	0,4%
<b>Brandstichting</b>	<b>8</b>	<b>1,2%</b>

\*meerdere antwoorden mogelijk.

### Letsel en herstel

Bij 366 incidenten (54,5% van de 670 incidenten) rapporteerden de respondenten enige vorm van letsel; hiervan was er 294 keer (80,3% van 366 gevallen waarbij er letsel wordt gerapporteerd) alleen fysiek letsel, 47 keer (12,8%) alleen psychisch letsel en 25 keer (6,8%) een combinatie van psychisch en fysiek letsel. Het letsel bestond meestal uit blauwe plekken en schaafwonden, maar was in enkele gevallen ernstig van aard (tabel 2). In iets minder dan een derde van de zaken waarbij sprake was van letsel was behandeling nodig (tabel 3). Hoewel in het merendeel van de zaken er sprake is van een korte of geen herstelperiode, is er in een aantal zaken ook sprake van langdurig herstel of blijvend

letsel (tabel 4). Het gaat hierbij zowel om psychisch letsel (bijvoorbeeld depressie, angst, slapeloosheid) als om fysiek letsel (bijvoorbeeld functieverlies aan oog of hand, nekhernia, littekens). Van de 304 incidenten waarbij er geen letsel was, was er in 15 incidenten wel materiële schade; van de 366 incidenten waarbij er wel letsel was, was er in 72 ook materiële schade. In totaal was er in 87 incidenten (13,0% van 670) sprake van materiële schade.

Tabel 2: Incidenten met letsel: aard van het letsel (N=366)\*

	n	%
<b>Fysiek letsel</b>	<b>319</b>	<b>87,2%</b>
Blauwe plekken, schaafwond(en)	272	74,3%
Bijt-wond(en)	71	19,4%
Kneuzing(en)	36	9,8%
Rug- of nekletsel	19	5,2%
Hersenschudding	10	2,7%
Steek- of snijwond(en)	5	1,4%
Botbreuk(en)	4	1,1%
Oogletsel	2	0,5%
Brandwond(en)	1	0,3%
Letsel aan het gebit	1	0,3%
Buiten bewustzijn	1	0,3%
Anders, namelijk: pijn**	10	2,7%
Anders, namelijk: haarverlies**	9	2,5%
Anders, namelijk: gescheurde gewrichtsband**	1	0,3%
Anders, namelijk: hoofd-wond**	1	0,3%
<b>Psychisch letsel</b>	<b>72</b>	<b>19,7%</b>
Angst of panieklachten	47	12,8%
Slapeloosheid	36	9,8%
Depressie	9	2,5%
Anders, namelijk: emotioneel**	8	2,2%

\*meerdere antwoorden mogelijk. \*\*Antwoorden gegeven in open tekstveld, gecategoriseerd door de onderzoekers

Tabel 3: Behandeling bij letsel (N=366)\*

	n	%
Behandeling of nader lichamelijk onderzoek door een arts of verpleegkundige van buiten de instelling (bijvoorbeeld huisarts of EHBO-post)	44	12,0%
Behandeling door een fysiotherapeut of andere bewegingstherapeut	13	3,6%
Behandeling of lichamelijk onderzoek door een medisch specialist in het ziekenhuis	12	3,3%
Behandeling door een psycholoog, psychiater, haptonoom of gedragstherapeut	10	2,7%
Behandeling door een tandarts	1	0,3%
Behandeling of nader lichamelijk onderzoek door een collega (zoals verpleegkundige of arts)	23	6,3%

\*meerdere antwoorden mogelijk.

Tabel 4: Herstelperiode na incident (N=366)

	n	%
Geen herstelperiode	187	51,1
Minder dan een week	87	23,8
Week tot een maand	36	9,8
Eén tot drie maanden	10	2,7
Drie maanden tot een jaar	6	1,6
Langer dan een jaar	5	1,4
Ik heb blijvend letsel/nog steeds letsel	9	2,5
Onbekend	26	7,1

### **Het betrekken van het strafrecht**

Iedereen die slachtoffer wordt van een misdrijf of overtreding kan daarvan melding maken bij de politie of aangifte doen. Bij een melding wordt de politie alleen op de hoogte gesteld van de situatie, bijvoorbeeld met het oog op dossiervorming. Bij een aangifte wordt verzocht om strafvervolgning en wordt er door de politie onderzoek verricht om te zien of er bewijs is van een strafbaar feit. In het overgrote deel van de incidenten (93,9%) werd de politie niet betrokken. In de gevallen waar de politie wel betrokken werd, is lang niet altijd aangifte gedaan: soms was de politie wel aanwezig bij het incident of geraadpleegd voor overleg, maar is er geen officiële melding gedaan. Daarnaast is het soms bij een melding gebleven – vaak in het kader van dossiervorming. Slechts in 2,7% van de incidenten is er volgens de respondent een aangifte is opgenomen (tabel 5). In de 33 cases waarbij er een melding of aangifte gedaan is heeft doorgaans ook enige vorm van nader gerechtelijk onderzoek plaatsgevonden. In ruim een derde van deze gevallen is de politie langs geweest op de instelling en in een vergelijkbaar aantal zaken is de verdachte in hechtenis genomen of gehoord. Soms ook zijn er getuigen gehoord of is er nader psychiatrisch onderzoek geweest (tabel 6).

In negen gevallen is de zaak geseponeerd. Meestal was niet duidelijk waarom, maar één keer werd aangegeven dat dit was op verzoek van de gedragsdeskundige van de instelling. In een ander geval waarbij de cliënt het slachtoffer probeerde te wurgen en zodanig sloeg en stompte dat deze botbreuken opliep werd er uiteindelijk in plaats van vervolging gekozen voor een rechtelijke machtiging en opname in een gesloten setting. In zeven gevallen is de zaak voor de rechter gebracht; in zes van deze gevallen is bekend dat de dader schuldig bevonden is en is bekend wat de opgelegde straf was:

In zaak 1 viel de cliënt het slachtoffer aan en probeerde hij het slachtoffer te bijten. Er was geen letsel bij het slachtoffer. De cliënt kreeg een voorwaardelijke straf.

In zaak 2 bedreigde de cliënt het slachtoffer met de dood. Er was geen letsel bij het slachtoffer. De cliënt heeft een taakstraf gekregen.

In zaak 3 heeft de cliënt het slachtoffer gebeten, geschopt, geslagen en aan de haren getrokken. Het slachtoffer had materiële schade, blauwe plekken, schaafwonden en bijtewonden. Daarnaast heeft het slachtoffer last gehad van slapeloosheid. De cliënt heeft een geldstraf gekregen (die hij niet kon betalen volgens het slachtoffer) en een celstraf van een maand.

In zaak 4 heeft de cliënt een dreigende houding aangenomen met een wapen en probeerde deze ermee te steken, maar miste. Verder heeft de cliënt geschopt, geslagen en gebeten. Het slachtoffer had materiële schade, blauwe plekken, rug en nekletsel en letsel aan het gebit. Daarnaast had het slachtoffer last van slapeloosheid. De cliënt kreeg een celstraf van 3 maanden en een voorwaardelijke straf van 2 jaar.

In zaak 5 stichtte de cliënt brand. Er was materiële schade aan eigendommen. De cliënt moest een schadevergoeding betalen en er is een maatregelen opgelegd (TBS of strafrechtelijke plaatsing in een psychiatrische instelling).



In zaak 6 schopte en sloeg de cliënt het slachtoffer. Het slachtoffer heeft blauwe plekken en schaafwonden overgehouden aan het incident. De cliënt is veroordeeld tot een voorwaardelijke straf.

*Tabel 5: Politiecontact naar aanleiding van het incident (N=670).*

	n	%
Nee	627	93,6%
Nee, nog twijfel	2	0,3%
Politie betrokken maar geen melding/aangifte	8	1,2%
Ja, de politie heeft er een melding van gemaakt (er is geen proces verbaal ondertekend)	11	1,6%
Ja, er is aangifte opgenomen door de politie (er is wel een proces verbaal ondertekend)	18	2,7%
Ja, maar ik weet niet precies wat de politie er mee gedaan heeft	4	0,6%

*Tabel 6: Nader strafrechtelijk onderzoek na politiecontact (N=33)\**

	n	%
Onbekend/nee	11	33,3%
Ja, de politie is langsgekomen bij de instelling	12	36,4%
Ja, de dader is gehoord	10	30,3%
Ja, de dader is na het incident opgepakt/in hechtenis genomen	10	30,3%
Ja, er zijn getuigen gehoord	7	21,2%
Ja, de dader is nader psychiatrisch onderzocht	4	12,1%
Ja, de officier van justitie heeft met de dader gesproken	1	3,0%

*\*meerdere antwoorden mogelijk.*

### **Redenen voor het (niet) doen van aangifte**

Uit bovenstaande cijfers blijkt dat werkers in de verstandelijk gehandicaptenzorg regelmatig te maken krijgen met geweldsincidenten, maar dat er maar weinig aangifte gedaan werd: van de 670 incidenten die in dit onderzoek beschreven werden, waren er maar 33 incidenten (4,9%) waarbij het tot een aangifte kwam; slechts in 7 gevallen (1,0%) kwam de zaak voor de rechter.

Gezien het feit dat een deel van de incidenten niet tot letsel of schade leidde is het misschien niet verwonderlijk dat een groot aantal incidenten niet ernstig genoeg geacht werd voor een aangifte. Opvallender is dat een groot aantal respondenten vindt dat geweldsincidenten tot de risico's van het vak behoren. Problematisch is dat een deel van de respondenten mogelijk wel aangifte had willen doen, maar daarvan weerhouden werd door het beleid van de instelling, de invloed van collega's, negatieve verwachtingen van het strafrechtstelsel en/of angst voor de cliënt of zijn familie (tabel 7).

Alleen de mensen die aangaven wel eens een geweldsincident te hebben meegemaakt in de afgelopen vijf jaar is gevraagd of er een protocol aanwezig was voor de omgang met geweldsincidenten bij hun instelling. Het idee hierachter is dat zij door hun ervaring mogelijk een betrouwbaarder beeld zouden hebben van het beleid van hun instelling. Van de 249 mensen aan wie gevraagd werd of er een protocol was gaf 92,4% aan dat dit inderdaad het geval was. De inhoud van deze protocollen is vooral gericht op interne communicatie en zorg voor het slachtoffer. In veel mindere mate lijkt er aandacht te worden besteed op gevolgen voor de dader en de mogelijkheid aangifte te doen (tabel 9).

Tabel 7: Redenen om geen aangifte te doen (N=620)\*

	n	%
Dat vond ik niet nodig	347	56,0%
Agressie/geweld horen nu eenmaal bij de beperking van de cliënt	325	52,4%
Dergelijke incidenten horen nu eenmaal bij mijn beroep ('risico van het vak)	276	44,5%
Ik vond het incident niet ernstig genoeg om hier aangifte te doen	189	30,5%
Dat is niet het beleid van de instelling	81	13,1%
De reactie op het incident is intern afgehandeld	79	12,7%
Daar heb ik niet aan gedacht	71	11,5%
Ik wilde de zorgrelatie met de cliënt niet verstoren	42	6,8%
Aangifte doen is zinloos, daar gebeurt toch niets mee	18	2,9%
Het incident was (deels) ook wel aan mijzelf te wijten	10	1,6%
Dat is mij ontraden door collega's of leidinggevenden	8	1,3%
Ik wilde geen aangifte doen als dit niet anoniem kon	7	1,1%
Ik vond het doen van aangifte te belastend	6	1,0%
Dat heb ik niet gedaan uit angst voor represailles (wraak) van de cliënt	5	0,8%
Ik had geen tijd om aangifte te doen	5	0,8%
Ik had eerdere slechte ervaringen met het doen van aangifte	4	0,6%
Ik wilde mijn beroepsgeheim niet doorbreken	3	0,5%

\*meerdere antwoorden mogelijk.

Tabel 8: Redenen om wel aangifte te doen (N=38)\*

	n	%
Deze cliënt is al meerdere malen gewelddadig geweest	23	60,5%
Om een dossier op te bouwen	19	50,0%
Om anderen te beschermen tegen deze cliënt	19	50,0%
Om een grens te stellen	16	42,1%
Omdat mijn werkgever of leidinggevende dit wilde	13	34,2%
De instelling heeft als beleid altijd aangifte doen van een incident	7	18,4%
Om het incident te verwerken	6	15,8%
Dat moest vanwege de verzekering	1	2,6%

\*meerdere antwoorden mogelijk.

Alle respondenten is ook los van de vraag of zij zelf incidenten hebben meegemaakt gevraagd om aan te geven in welke situaties zij zelf zouden overwegen aangifte te doen. Hieruit blijkt dat het niveau van de cliënt voor 37,5% van hen van belang is (tabel 10). Wanneer deze respondenten gevraagd wordt vanaf welk niveau aangifte dan geschikt wordt geacht blijkt het merendeel van hen te vinden dat aangifte vanaf het niveau van een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid een reële optie is (tabel 11). Opvallender is misschien dat het merendeel van de respondenten (62,5%) niet aangeeft dat het niveau van de cliënt van belang is. Zij hechten bijvoorbeeld meer waarde aan het gedragspatroon van de cliënt, de gevolgen van het incident, en het beleid van de instelling (tabel 10). Ook de mensen die aangaven dat het niveau van de cliënt ertoe deed koppelen dit niet altijd aan een IQ-niveau. Sommigen geven aan dat het niveau van functioneren niet samenhangt met IQ (7%) terwijl

anderen aangeven dat het gaat om een combinatie van IQ en bijvoorbeeld de situatie en de intentie (11,2%).

Tabel 9: Inhoud van protocol omgang met geweldsincidenten (N=230)\*

	n	%
Teamleider wordt ingelicht over incident	212	92,2%
Incident wordt geregistreerd in logboek	200	87,0%
Slachtoffer wordt opgevangen	161	70,0%
Vrijheidsbeperkende maatregelen voor dader	66	28,7%
Privileges dader worden ontnomen	25	10,9%
Er wordt aangifte gedaan bij de politie	33	14,3%

\*meerdere antwoorden mogelijk.

Tabel 10: Situaties waarin de respondent aangifte zou doen (N=389)\*

	n	%
Dat is afhankelijk van het niveau van de cliënt	143	37,5%
Als geweld niet in het verwachtingspatroon dat bij de beperking van de cliënt hoort ligt	120	31,5%
Als er meermaals (2x of vaker) incidenten met dezelfde cliënt zijn	33	8,7%
Ik zal in geen enkel geval aangifte doen	45	11,8%
Bij elk incident doe ik aangifte	19	5,0%
Anders (totaal)**	146	37,6%
Anders, nl: ligt aan de ernst**	27	7,1%
Anders, nl: bij (ernstig) letsel**	15	3,9%
Anders, nl: afhankelijk van de aard van het incident**	12	3,1%
Anders, nl: als het gedrag fysiek was**	5	1,3%
Anders, nl: in overleg met leidinggevende**	15	3,9%
Anders, nl: als dit volgens het protocol zou moeten**	4	1,0%
Anders, nl: als het meerwaarde heeft voor de cliënt**	11	2,9%
Anders, nl: als er gevaar is voor mijzelf of derden**	11	2,9%
Anders, nl: als het gedrag intentioneel/doelbewust/gericht was**	11	2,9%
Anders, nl: als het niet intern wordt opgepakt**	5	1,3%
Anders, nl: overig**	35	9,2%

\*meerdere antwoorden mogelijk. \*\*Antwoorden gegeven in open tekstveld, gecategoriseerd door de onderzoekers

### Conclusies en overwegingen

Bovenbeschreven onderzoek had tot doel meer helderheid te krijgen over de keuze het strafrecht te betrekken in de reactie op fysiek geweld binnen de verstandelijke gehandicaptenzorg. Hoewel de gekozen onderzoeksmethode niet leidt tot een representatief beeld bevestigt het onderzoek de signalen dat geweldsincidenten met cliënten met een verstandelijke beperking op veel locaties een veelvoorkomend verschijnsel zijn: bijna twee derde van de respondenten was zelf wel eens slachtoffer geworden van een fysiek geweldsincident, ruim een kwart meer dan vijf keer in vijf jaar en een deel van hen ervoer met grote regelmaat geweld.

Tabel 11: Het niveau van de verstandelijke beperking vanaf welke de respondent aangifte zou overwegen (N=143)\*

	n	%
Zeer ernstig verstandelijke beperking (IQ <20/25)	1	0,7
Ernstig verstandelijke beperking (IQ 20/25 tot 35/40)	2	1,4
Matig verstandelijke beperking (IQ 35/40 tot 50/55)	14	9,8
Licht verstandelijke beperking (IQ 50/55 tot 70)	49	34,3
Zwakbegaafd (IQ 71 tot 85)	49	34,3
anders: sowieso niet**	2	1,4
anders: niet afhankelijk van IQ**	10	7
Anders, namelijk:**	16	11,2

\*meerdere antwoorden mogelijk. \*\*Antwoorden gegeven in open tekstveld, gecategoriseerd door de onderzoekers

Het aangiftepercentage in deze studie is met 2,7% nog lager dan in het eerder aangehaalde CNV-onderzoek. Uit de antwoorden op de vraag naar het protocol van de instelling blijkt dat er vooral wordt gefocust op interne registratie en opvang van het slachtoffer; het doen van aangifte in het beleid lijkt in ieder geval niet voorop te staan. De vraag is echter of het gevonden percentage aangiftes ‘te laag’ is. Het is moeilijk te bepalen waar je dit percentage tegen af moet zetten. De ernst van het delict is een belangrijke factor in de afwegingen van de respondenten. Bij ruim twee op de vijf incidenten blijkt er geen sprake te zijn van schade of letsel, en bij het merendeel van de overige incidenten lijkt het letsel mild. Het is daarmee inderdaad maar de vraag of de ernst van het incident vaak een aangifte rechtvaardigt. Zouden we bij een vergelijkbaar incident thuis of op school, wanneer er geen sprake is van een verstandelijke beperking, wel aangifte hebben gedaan? Niemand zal in ieder geval willen betogen dat bij alle incidenten die in dit onderzoek naar voren komen de ernst zodanig was dat een aangifte passend zou zijn geweest. Maar bij welke zaken dan wel?

Uit het onderzoek blijkt dat de aangifte in een aantal zaken wel degelijk heeft geleid tot een strafrechtelijke reactie in de vorm van een veroordeling. Tegelijkertijd laat dit onderzoek voorbeelden zien van incidenten waarbij er sprake is van ernstig letsel maar waarbij men desalniettemin niet tot aangifte kwam. En hoewel dit niet op grote schaal voorkwam, is het toch zorgelijk dat sommige respondenten aangaven dat zij wel aangifte hadden willen doen maar dat zij weerhouden werden door angst voor repercussies of onder druk van hun omgeving. Ook hadden sommige respondenten de indruk dat aangifte doen toch geen zin heeft, omdat er niets mee gedaan wordt. Het moge duidelijk zijn dat dergelijke redenen voor het niet doen van aangifte zoveel mogelijk zouden moeten worden weggenomen wanneer een slachtoffer aangeeft aangifte te willen doen. Zo kan er beter gekeken worden naar mogelijkheden om bijvoorbeeld aangifte te doen met domicilie, waarbij het privéadres onvermeld blijft, en kan betere communicatie tussen politie en instelling wellicht leiden tot beter wederzijds begrip over mogelijkheden.

Wanneer de respondenten gevraagd wordt naar de redenen die zij hebben om wel of niet aangifte te doen, komen diverse in de literatuur benoemde aspecten terug. Een rationele keuze wordt gebaseerd op zaken als het nut van dossiervorming, de bescherming van toekomstige slachtoffers, en het nut van een signaal naar de dader dat een grens overschreden is. Of wel of niet een passende interne reactie volgt is ook een factor van belang. Daarnaast wordt meegewogen wat de meerwaarde van het strafrecht voor de cliënt is, wat dit doet met de behandelrelatie en of het agressieve gedrag intentioneel was. Tegelijkertijd zien we de impact van de sociale omgeving terug bij die respondenten die aangeven beïnvloed te worden door het beleid van de instelling, de wensen van de leidinggevende en de adviezen van collega's. Emotie als drijfveer voor aangifte komt in de antwoorden maar zeer

beperkt terug; misschien zien we wel het tegenovergestelde in de meest genoemde drijfveer voor het niet doen van aangifte: 'dat vond ik niet nodig'.

De meest genoemde inhoudelijke reden voor het niet doen van aangifte is het standpunt dat het gedrag nu eenmaal hoort bij de beperking van de cliënt en de incidenten (dus) nu eenmaal horen bij het beroep. Hoewel een aanzienlijk deel van de respondenten aangeeft dat het IQ-niveau van de cliënt hierbij een rol speelt, geeft een groter percentage aan dat dat voor hen niet geldt. Duidelijk wordt dat voor het overgrote deel van de respondenten geldt dat een licht verstandelijke beperking aangifte niet in de weg staat. Wel speelt dan een belangrijke rol of men de indruk heeft dat het gedrag daadwerkelijk deel is van de problematiek van de cliënt. De cliënt lijkt sowieso veelal centraal te staan in de overwegingen van de werknemers: zijn/haar mogelijkheden, beweegredenen en leerbaarheid lijken voor veel respondenten belangrijke factoren in de beslissing wel of niet aangifte te doen. Het strafrecht kent echter meer doeleinden dan speciale preventie gericht op de beveiliging van de samenleving tegen en resocialisatie van de dader: er gaat ook een afschrikkende werking uit naar anderen die dit gedrag zouden kunnen vertonen. De maatschappelijke tendens is dat steeds meer belang wordt gehecht aan vergelding, oftewel genoegdoening van het leed dat is veroorzaakt door het strafbare gedrag. De bevroegde werkers zelf geven hier weinig blijk van.

Een aantal vragen die worden opgeworpen door dit onderzoek vragen nadere aandacht. Hoe maak je het onderscheid tussen gedrag dat onderdeel is van de problematiek van de jongere en gedrag dat strafrechtvaardigt? En kan het niet zo zijn dat ook als het gedrag onderdeel is van de problematiek, een strafrechtelijke reactie toch helpend is voor de cliënt zelf? Wordt de meerwaarde van aangifte wel goed genoeg gezien en worden alle betrokkenen (dader, slachtoffers en omgeving) hierin wel voldoende meegewogen? En hoe wegen de rechten van het slachtoffer op tegen de therapeutische doelen voor de dader? Wie gaat er uiteindelijk eigenlijk over de beslissing wel of niet aangifte te doen? Hebben zorginstellingen voldoende zicht op de mogelijkheden van het strafrecht om een rationele afweging gebaseerd op feiten te maken? En heeft de politie voldoende kennis van zaken om een aangifte adequaat op te pakken? Gelden dezelfde argumenten die genoemd worden als het gaat om geweld tegen medewerkers ook als het gaat om geweld tegen medecliënten? Of als het gaat om andersoortige delicten, zoals diefstal? Wordt er in de praktijk uiteindelijk minder snel aangifte gedaan wanneer de dader een verstandelijke beperking heeft?

Criminaliteit kan gezien worden als een sociaal construct; dat willen zeggen dat door mensen gedefinieerd wordt welk gedrag als crimineel gelabeld wordt en wel gedrag niet. Ons wetboek is immers niet identiek aan dat van andere landen, en ook niet identiek aan dat van enkele decennia of eeuwen geleden. Deze opvatting van criminaliteit schept ook verplichtingen. Met de toenemende aandacht voor met name licht verstandelijke beperking in de strafrechtsketen rijst ook de vraag wanneer we vinden dat delicten gepleegd door mensen met een verstandelijke beperking in het strafrecht thuishoren en wanneer niet. Dergelijke afwegingen vragen om een zorgvuldig in kaart brengen van de feiten en argumenten die ertoe doen. Deze discussie hoort vervolgens niet alleen gevoerd te worden in de verstandelijke gehandicaptenzorg maar ook in (en ook met) de strafrechtsketen en in de maatschappij in bredere zin. Dit vergt een actieve rol van diverse partijen die elkaar opzoeken en met elkaar in gesprek gaan.

*Het lectoraat LVB en Jeugdcriminaliteit van Hogeschool Leiden wil graag samen met het werkveld verder op zoek naar antwoorden op bovenstaande vragen. Hiervoor willen wij onder andere in samspraak met werkers in de zorg voor jongeren met een licht verstandelijke beperking en in de strafrechtsketen werken aan handvatten bij het afwegen van de relevante argumenten voor en tegen een strafrechtelijke afdoening. Bent u geïnteresseerd hieraan mee te werken, bijvoorbeeld door met uw team of afdeling een discussiemiddag te houden, neem dan contact op via [kaal.h@hsleiden.nl](mailto:kaal.h@hsleiden.nl).*

## Literatuur

- CNV Zorg en Welzijn (2015). *Veilig werken in de gehandicaptenzorg; peiling onder werknemers gehandicaptenzorg*. Geraadpleegd op 18 maart 2017 via <https://www.mijnvakbond.nl/Documenten%20MijnVakbond.nl/Zorg/Algemeen/CNV%20Zorg%20Welzijn%20veilig%20werken%20in%20de%20gehandicaptenzorg.pdf>.
- Diden, R., Lindsay, W.R., Lang, R., Sigafos, J., Deb, S., Wiersma, J., . . . Lancioni, G. E. (2016). Aggression. In N.N. Singh (Red.), *Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 727-750). Cham, Zwitserland: Springer International Publishing.
- Dijkstra, P. (2011). *Adresgids Gehandicaptenzorg / 2012*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Flight, S., & Terpstra, J. (2015). *Aanpak veroorzakers agressie en geweld in de zorg en jeugdzorg: Verslag van een avontuur in 27 zorginstellingen*. Geraadpleegd op 18 maart 2017 via [http://publicaties.dsp-groep.nl/getFile.cfm?file=/11jtz\\_b\\_Aanpak-veroorzakers-agressie-geweld.pdf&dir=rapport](http://publicaties.dsp-groep.nl/getFile.cfm?file=/11jtz_b_Aanpak-veroorzakers-agressie-geweld.pdf&dir=rapport)
- Goudriaan, H., Nieuwebeerta, P., & Wittebrood, K. (2005). Overzicht van onderzoek naar determinanten van aangifte doen bij de politie: Theorieën, empirische bevindingen, tekortkomingen en aanbevelingen. *Tijdschrift voor Veiligheid en Veiligheidszorg*, 4(1), 27-48.
- Hazel, T. van den, & Kruikemeier, H. (2017). Adviseren over toerekeningsvatbaarheid bij mensen met een licht verstandelijke beperking. In H. Kaal, N. Overvest, & M. Boertjes, M. (Red.), *Beperkt in de Ketten* (pp. 65-81). Den Haag: Boom Criminologie.
- Kaal, H. (2016). *Notitie: Prevalentie licht verstandelijke beperking in het justitiedomein*. Leiden: Lectoraat LVB & Jeugdcriminaliteit, Expertisecentrum Jeugd, Hogeschool Leiden. Geraadpleegd op 2 april 2017 via <https://www.hsleiden.nl/binaries/content/assets/hsl/lectoraten/lvb-en-jeugdcriminaliteit/notitie-prevalentie-ministerie-van-veiligheid-en-justitie.pdf>.
- Leeuwen, M. E. van, & Harte, J. M. (2011). Violence against care workers in psychiatry: Is prosecution justified? *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 317-323.
- Leeuwen, M. E. van, & Harte, J. M. (2015). Violence against mental health care professionals: prevalence, nature and consequences. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, published online.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2012). *Actieplan Veilig werken in de zorg*. Geraadpleegd op 18 maart 2017 via <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2012/03/22/actieplan-veilig-werken-in-de-zorg/actieplan-veilig-werken-in-de-zorg.pdf>.
- Sigafos, J., Elkins, J., Kerr, M., & Attwood, T. (1994). A survey of aggressive behaviour among a population of persons with intellectual disability in Queensland. *Journal of Intellectual Disability Research*, 38, 369-381.
- Totta (2017). *Barometer Gehandicaptenzorg: Samenvattend rapport*. Kenmerk 20474. December 2016. Geraadpleegd op 18 maart 2017 via [https://www.fnv.nl/site/alle-sectoren/sectoren/fnv-zorg-en-welzijn/883582/916379/FNV\\_Barometer\\_Gehandicaptenzorg\\_rapport\\_feb\\_2017.pdf](https://www.fnv.nl/site/alle-sectoren/sectoren/fnv-zorg-en-welzijn/883582/916379/FNV_Barometer_Gehandicaptenzorg_rapport_feb_2017.pdf).
-

## COLUMN

*De schrijver van de column kan een gedragswetenschapper, een groepsleider, een wetenschappelijk onderzoeker, een beleidsmaker en/of een ouder zijn. Wat zij gemeen hebben, is hun ervaringen met jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. In deze Onderzoek & Praktijk geven wij het woord aan Jac de Bruijn, lid Raad van Bestuur Prisma.*

### ONDERZOEK TEN MINSTE IETS FUNDAMENTEELS!

Fundamenteel onderzoek gaat in de praktijk over niets zinnigs. Het richt zich op de wetenschappelijke grondbeginselen of basisprincipes van de wetenschap zelf. Fundamenteel onderzoek is van zichzelf principieel juist niet praktijkgericht. De dagelijkse praktijk, zeker ook zorg en behandeling (care en cure), is vooral gebaat bij toegepaste wetenschap, en niet bij 'kennis' om de kennis of wetenschap om de wetenschap.

Het leek me, gezien deze introductie, 'dus' zinnig om binnen een tijdschrift over onderzoek en praktijk eens een pleidooi te houden voor fundamenteel onderzoek. De spanning tussen een wetenschappelijke en praktijkgerichte inzet is altijd al aanwezig geweest, waarbij dan de een dan de ander weer dominant is. Ook nu lijkt dat weer aan de orde: fundamenteel onderzoek doet het niet zo sterk, is irrelevant voor de praktijk en dus niet zinnig om daar geld en middelen aan te besteden. Universiteiten worden afgerekend op resultaatgerichtheid: wat draagt het onderzoek bij aan de praktijk, welke gevolgen heeft dit voor beleid? Outputsturing is hier de norm.

Een en ander hangt samen met het concept wetenschap. Fundamenteel onderzoek lijkt van oorsprong de 'zuivere' wetenschap te zijn, ofwel: het is de ware, echte wetenschap en is natuurwetenschappelijk van aard. Of ook: fundamenteel onderzoek is strikt theoretisch en praktijkgericht onderzoek is operationeel technisch van aard. Het eerste type onderzoekt de - onveranderlijke gedachte - grondslagen van onze werkelijkheid. Nobelprijzen worden doorgaans uitgereikt aan onderzoekers die 'echt' een fundamenteel wetenschappelijke bijdrage hebben geleverd. Niettemin staat een andere kernvraag bij 'De Wereld Draait Door' centraal: Alles goed en wel, maar wat hebben we er nu aan, kunnen we er ook iets mee? Onlangs ontdekte de Nederlander Eric Verlinde een alternatief voor de zwaartekrachttheorie, die veel ophef baart, maar waarschijnlijk pas over jaren 'bewezen' kan worden.

Ik ben grootgebracht met de empirische cyclus van De Groot. Dat was de ware wetenschap! Hypothesen formuleren op basis van waargenomen feiten, de (liefst causale) verbanden leggen en deze abstraheren tot theorieën, die weer tot nieuwe hypothesen leiden. Het wetenschappelijk debat werd versterkt door Kuhn's opvatting, die de theoretische concepten tot paradigma's omzette, die over een langere tijd geldig zijn, tot, door middel van fundamenteel onderzoek, deze weer werden tegengesproken door nieuwe paradigma's: een oneindige reeks. Een natuurwetenschappelijk kader, dat nog eens uitgedaagd wordt door de Popperiaanse versie van wetenschap bedrijven: een theorie is niet waar omdat deze bewezen wordt, maar omdat deze niet weerlegd kan worden. Dat is ook de 'harde' wetenschap. Deze worden bovendien nog eens opmerkelijk de 'positieve' wetenschappen genoemd.

Naast de afstand tussen fundamenteel onderzoek en toegepaste wetenschap, is er een lastig verschil tussen deze harde wetenschap, de Beta's, en de 'zachte': de kwalitatieve Alfa's. Dat zijn de klassieke geesteswetenschappen (zoals taal- & letteren, filosofie, cultuur & historie, sociologie, psychologie, pedagogiek, en deze soms ook onder verzamelnaam 'sociale wetenschappen'). Deze alfa's vormen

bepaald geen eenduidige club. Binnen de alfa-wetenschappen tref je een range aan van hen die de alfawetenschappen benaderen als waren zij 'beta's' en zij die zich juist nadrukkelijk willen onderscheiden. Dat laatste op basis van meer normatief wetenschappelijke en/of hermeneutisch-narratieve criteria. Zo zijn er psychologen of orthopedagogen die alfa dan wel beta zijn, cq. de betreffende wetenschapsbenadering hanteren. De neuropsychologie is een opvallende hybride variant hierin. En als praktijkvoorbeeld zien we de spanning tussen alfa's en beta's terug in het wetenschappelijk debat over emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking.<sup>1</sup> Het ware goed dat de discussie hierin wat explicieter gevoerd wordt. Dat sluit deels aan bij mijn punt.

Jeugdzorg en gehandicaptenzorg zijn praktische velden: daar moet liefst hier en nu zinnig gehandeld worden. Er wordt veel toegepast onderzoek gedaan. Vooral naar wat werkt en waarom wat werkt, ofwel naar de werkzame factoren. De database van het NJi staat vol met 'erkende' methoden, die van de VGN/Vilans is voornamelijk minder omvangrijk. Erkenning vindt ook weer plaats op basis van een zekere graad van wetenschappelijkheid. De 'ladder' van 'bewijsvoering' (cf. de medische, ergo natuurwetenschappen), of ladder van 'effect' (naar Veerman & Van Yperen) domineren het beeld. Opvallend is dat in de database de meeste methoden alleen erkend zijn op de eerste trede: is de methode voldoende wetenschappelijk onderbouwd of beschreven? De hoogste, vierde trede, behelst de omschrijving van de 'interventie' werkzaam is - veelal op basis van effectonderzoek. Dat is ultimo een randomised control trial (RCT). Inmiddels staat de effectiviteit en efficiëntie van een RCT onder kritiek. Zo is het mogelijk dat andere vormen van onderzoek, die voldoende aantoonbaar maken dat van werkzaamheid sprake is, worden geaccepteerd: N=1, quasi-(experimenteel) onderzoek, normgerelateerd onderzoek, of veranderingstheoretisch onderzoek. Hier gaat het dus expliciet over praktijkgericht onderzoek, met een wetenschapsmodel op basis van 'harde' bewijskracht.

Het is volgens mij cruciaal dat we niet iets moeten doen dat niet werkt (Popperiaans), dus dit type onderzoek moeten we realiseren. Het nationaal onderzoeksprogramma 'Gewoon Bijzonder' dat in de VG-zorg loopt is in lijn hiermee, voornamelijk met een schamele onderzoeksfinanciering. Mijn punt is deze: ondanks, of eigenlijk: dankzij het eenzijdige accent op de praktijkrelevantie van onderzoek, missen we het gesprek over de belangrijkste onderliggende bewegingen in de wetenschap. We stellen onszelf de meest basale vragen niet meer over wat wetenschap is, of hoe we daarin acteren in de wetenschappelijke keuzes die we maken, welke betekenis wetenschap heeft, waarom doen we wat we doen, denken we ons denken? Wat zijn (en waarom) onze overall vragen in de zorg om mensen met een beperking? Dat lijkt een soort luxe, iets voor een zonnige namiddag op een terras, dat snel vervliegt in het gezellige rumoer. Het komt dichterbij wanneer het gaat om zorgethische vragen en daarbij passende dilemma's. Waar ligt dan wetenschappelijk een houvast? Het komt dichterbij wanneer we eens nagaan wat onze gezamenlijke 'tacit knowledge' omvat en welke kracht daarin ligt. Het komt dichterbij wanneer we bijvoorbeeld gehandicaptenzorg wetenschappelijk eens op de schop nemen. Er bestaan inmiddels tig academische werkplaatsen, met inhoudelijk sterke resultaten, maar versterken deze inclusiviteit? Het komt dichterbij wanneer we vragen naar het wetenschappelijk denken onder het kwaliteitskader van de VGN. Het komt dichterbij wanneer we politieke keuzes die gemaakt worden voor de inrichting van Nederland in een wetenschapsdiscours brengen als het gaat om jeugd en gehandicapten.

Ik vraag aandacht voor fundamenteel onderzoek, juist in het belang van het kenniscentrum voor LVB. Mijn ervaring in de omgang met mensen die functioneren op het niveau van een licht verstandelijke beperking, leert mij, dat deze mede-burgers, ons impliciet en soms expliciet voor bovenstaande vragen stellen. Een toch niet vanzelfsprekend voorbeeld is de vraag naar de plaats van mensen met een

---

<sup>1</sup> De Bruijn, J., Van de Broek, A., Vonk, J. & Twint, B., (red). *Handboek emotionele ontwikkeling en verstandelijke beperking*. 2017. Amsterdam: Boom.



verstandelijke beperking in de samenleving. Dat is gewoon hetzelfde als de vraag naar mijn eigen plaats in de samenleving. Voor mij mag dat begrip ‘verstandelijk’ er dan wel af, maar van de samenleving niet, deze brengt namelijk zelf voortdurend onderscheid aan. Meininger beschreef dat helder: ‘...het onderscheid (verstandelijk beperkt of niet; JdB) is al gemaakt in de gebruikte terminologie, nog voordat er een wetenschappelijke definitie of classificatie wordt geformuleerd’<sup>2</sup>. Er is in elke samenleving behoefte om het andere, het vreemde, het rare, apart te zetten in taal en veelal ook in inrichting van die samenleving. Ergo ook in het wetenschappelijk discours en de inrichting van onze wetenschappelijke werkelijkheid. Xavier Moonen zoekt binnen zijn leerstoel Inclusie een oplossing in het beschrijven van mensen ‘die functioneren’ op een bepaald cognitief niveau.<sup>3</sup> In de samenleving onderscheiden ‘groepen’ zich ook zelf, niet zelden met trots en een eigen identiteit. Lees ‘Ver van de Boom’!<sup>4</sup> En ook Goodey heeft hiertoe een belangrijke bijdrage geleverd: hij beschreef de geschiedenis van intelligentie en ‘verstandelijke beperking’.<sup>5</sup> Maar mensen die functioneren op het niveau van licht verstandelijke beperking willen zich helemaal niet onderscheiden, zij eisen een volwaardige deelname zonder label!

Hier wordt duidelijk wat de inzet van een samenleving is voor het andere, het vreemde, en de intentionele kracht van definiëring en classificering, op basis waarvan uiteindelijk een samenleving bereid is financiële middelen ter beschikking te stellen voor deelname, wetenschappelijk onderzoek, ontwikkeling, zorg. Cultureel-historische, sociologische, psychologische, systemische en politieke betekenissen grijpen hier normatief in elkaar. Meininger vat een belangrijke lijn hiervan samen: ‘Intellectual disability’ is volgens Goodey dan ook een hedendaagse manifestatie van een proces van zelfdefinitie van een dominante groep in de samenleving die haar eigen out-groep scheidt op basis van eigen criteria’ (p. 59).

Dragen AAIDD, APA en ICF op hun wijze niet juist bij aan een aanscherping van deze maatschappelijke manifestatie van zichzelf en definiëren we zo wetenschappelijk collectief wat verstandelijk gehandicapt is, en dus een out-groep in de samenleving? Fundamenteel onderzoek in relatie tot verstandelijke beperking zou moeten gaan over de kritische ‘waarom en waartoe-vragen’. Die raken aan ideologische uitgangspunten en aan waarom we de samenleving inrichten zoals we dat doen. De vragen bepalen ook de richting, of de toekomst van de VG-zorg en onze wetenschappelijke instituties. Wat mij betreft zou wetenschap weer eens hierover moeten gaan, maar dan ook integraal graag, en niet besloten in een enkele faculteit. Daar ligt een wereld open en te winnen.

Jac de Bruijn

---

<sup>2</sup> Meininger, H.P. (2014) Definiëren als onderscheiden: geschiedenis en context. In: Bruijn, J, de, Buntinx, W & Twint, B. (red.). *Verstandelijke beperking: definitie en context*. Amsterdam: SWP, p. 55-64).

<sup>3</sup> Moonen, X., (2015), *‘Is inclusie van mensen met een verstandelijke beperking vanzelfsprekend?’* Heerlen: Hogeschool Zuyd.

<sup>4</sup> Solomon, A.,(2015), *Ver van de boom. Als je kind anders is*. Amsterdam: Nieuw Amsterdam.

<sup>5</sup> Goodey, C.F. (2011). *A History of Intelligence and ‘Intellectual Disability. The shaping of Psychology in Early Modern Europe’*. Farnham/Burlington: Ashgate.

## **INTERVIEW: WAT KUNNEN WIJ VAN ELKAAR LEREN?**

*Op 31 mei jongstleden heeft Adri Benschop afscheid genomen als directeur van Expertisecentrum SGLVG De Borg. Nog net voor de afscheidsreceptie zijn twee redactieleden van Onderzoek & Praktijk naar Den Dolder afgereisd om Adri uit te vragen over het hoe, het wat, het waarom en het waartoe van zijn werkzaamheden bij de Borg. Per 1 juni is Adri opgevolgd door Marjet van Baggum, die aan het samenwerkingsverband van Aventurijn-Wier, Trajectum, Ipse de Bruggen-Middenweg en Dichterbij-Stevig de komende periode leiding gaat geven.*

### **Voor de Borg was je directeur van zorginstellingen?**

Eerst bij Psychiatrisch Ziekenhuis Jan Wier in Tilburg. Later van Groot-Emaus in Ermelo. In die periode was ik voorzitter van het LODDI, het Landelijk Overleg Directeuren van Debielen Internaten. Als directeur van één van de landelijk achtervanginstellingen had ik toen regelmatig overleg met regionale instellingen die ook een eigen achtervangfunctie wilden creëren maar waarvoor de financiële middelen ontbraken. Die discussie wordt eigenlijk tot op de dag van vandaag gevoerd. In die periode, we praten over de tachtiger jaren, is de Borg ontstaan. Voor instellingen als Groot-Emaus was een samenwerking met de Borg-instellingen weer van groot belang in het kader van het doorplaatsen van onze jongeren en om de behandelingen op elkaar af te stemmen. Wij wilden als orthopedagogische instellingen destijds daarvoor een soortgelijke organisatie als de Borg oprichten, 'de Dijk'. Omdat het toch erg lastig bleek om samenwerkingsafspraken te maken is dit nooit gerealiseerd.

### **Er is dus aan die doorplaatsingsproblematiek in die 30 jaar niet veel veranderd?**

Dat heeft ook met de wet- en regelgeving te maken. Met 18 jaar ben je meerderjarig maar in de meeste gevallen nog niet volwassen genoeg om je eigen beslissingen te nemen. Zeker niet als je daarvoor in een intensieve begeleidingssituatie heb gezeten en dan opeens weer de vrijheid krijgt om naar je eigen regio terug te gaan. Het is misschien een wat ouderwetse opvatting van me dat 18 jaar te jong is om op eigen benen te staan en je naar de volwassenheid begeleid moet worden. Het voort kunnen zetten van de behandeling tot twee- of drie-en-twintig jaar zou een groot goed zijn. En dat dan ook een begeleidende instantie betrokken blijft.

### **Wordt het gezinssysteem wel voldoende bij die intensieve begeleiding betrokken?**

Het was soms heel lastig om iets aan die thuissituatie te doen. Ik sprak een keer een vader op een ouderdag van Emaus, die ik een compliment maakte voor zijn aanwezigheid die dag. "Voor mij hoeft het niet", zei die vader, "Ik doe het voor haar" en hij wees naar zijn vrouw. "Toen ik 14 was werd ik ook de straat op geschopt!". Dat tekent de situatie waar je soms mee te maken hebt.

### **En ook die discussie over het spreiden van de achtervangfunctie over het land wordt ook nog steeds gevoerd...**

Extreem acting-out gedrag vraagt ook om een specialistische behandeling. Ik merk ook nu nog als ik mensen tegenkom die het vak op Emaus geleerd hebben dat wij dezelfde taal spreken. Het praat makkelijker als je weet waarover je het hebt.

### **Toch ook kritiek op de aanpak binnen Emaus, zeker destijds, waarbij het beheersen van de gedragsproblematiek toch voorop stond?**

We hadden afzonderingsruimtes, maar die waren nodig om iemand tegen zichzelf en de groep te beschermen. Tegenwoordig wordt er alles aan gedaan om het gebruik ervan te vermijden. Het gebruiken van macht om gedrag te veranderen is niet goed. Maar ik ben geen inhoudsdeskundige, ik laat dat graag aan de professionals over.

### **Wat zou je veranderd willen zien in de zorg aan kinderen en jongeren met LVB-problematiek?**

Wat ik al zei, de mogelijkheid om langer te kunnen behandelen dan tot 18 jaar. Maar LVB-problematiek is sector overschrijdend. Je ziet die problematiek niet aan de persoon af dus is er een voortdurend onbegrip waarbij er van zelfoverschatting en overschatting door anderen sprake is. Als iets niet lukt is het lastig om dit bij jezelf te onderkennen. Ondanks de toenemende aandacht voor LVB-problematiek, kijk eens naar al die congressen de laatste jaren over dit thema!, blijft het lastig om die problematiek goed en tijdig te onderkennen. Die fantastische screener van Hendrien Kaal helpt hierbij maar toch door het streetwise gedrag en het normale voorkomen van de jongeren én het ontbreken van specifieke kennis bij Jusitie en de GGZ moet je voortdurend blijven uitleggen wat er aan de hand is. Kinderen met (l)vb hebben meer tijd nodig om te snappen wat een ander bedoelt. Ook zijn er andere therapievormen nodig die wat praktischer gericht zijn dan gebruikelijk in de GGZ, denk hierbij aan psychomotore en creatieve therapie. Bij deze groep kinderen en jongeren is een behandeling niet over als een aanmeldingsprobleem is opgelost. Ook de dagbesteding vergt aanpassingen. En dan laat ik nu het (speciaal) onderwijs maar even buiten beschouwing.

### **Wat betekent dit voor de OBC's?**

Het uitsluitend behandelen van kinderen met LVB-problematiek in één sector is geen oplossing. De behandelmethodieken binnen de GGZ en de bejegeningstechnieken in de VB-sector vragen om een samenwerking en uitwisseling tussen deze twee sectoren. Er zou een vangnet moeten komen waarbij de doelgroep in beeld blijft. Ook in mijn werk bij de Borg pleit ik voor levenslange zorg. Een langdurige beperking vraagt om langdurige begeleiding die niet intensief hoeft te zijn. Er moeten mogelijkheden zijn dat het vragen van hulp en ondersteuning laagdrempelig voorhanden is. Soms is het hebben van een adressenbestand al voldoende.

### **Wat zou 'de zorg' zich moeten aantrekken?**

Dat we van die etiketten af moeten en meer de ander moeten ervaren zoals 'ie is. Met angst en repressie moeten we geen gedrag willen veranderen. Onder een gedragsprobleem ligt nog eens de angst om je beperking(en) te laten zien. Ik heb hiervan wat voorbeelden gegeven in mijn columns in *Onderzoek & Praktijk*<sup>1</sup>. Na mijn werk bij Groot-Emaus ben ik in een kleinschalige instelling gaan werken op antroposofische basis, Christophorus. In deze instelling staat de menselijke benadering centraal: wat kunnen wij van elkaar leren? Ook mensen met een beperking hebben recht op bestaan. Deze benadering heeft mij ook als persoon gevormd. Ik heb ook als directeur en bestuurder meegenomen en heb dit ook vanuit de Borg proberen uit te dragen.

---

<sup>1</sup> Zie <http://www.kenniscentrumlhb.nl/images/oenp/oenpvoor2014.pdf> en <http://www.kenniscentrumlhb.nl/images/oenp/oenpna2014.pdf>.

### **Wat ga je vanaf 1 juni vooral missen?**

Het standaardantwoord: de vele contacten die ik heb. Maar ik blijf bij de zorg betrokken als lid van de Raad van Toezicht van een psychiatrisch ziekenhuis. Daarnaast ben ik ook nog steeds betrokken bij een Hospice waar ik jarenlang voorzitter van ben geweest.

### **Er wachten je geen Zwarte Gat na 1 juni?**

Natuurlijk ga ik mijn leven op een andere manier indelen maar daarmee heb ik geen enkele moeite. Vlak voordat ik 65 werd heb ik twee weken uitgetrokken om mij te bezinnen op hoe ik in het leven sta. Ik heb daarover tweehonderd bladzijden volgeschreven, maar dat moet je maar niet opschrijven. Ik heb altijd wel een spirituele kant gehad, maar wil daarmee niet te koop lopen. Van mijn dochter kreeg ik toen het Boek van Vreugde van de Dalai Lama en Desmond Tutu mee<sup>2</sup>. Ondanks alles wat je meemaakt, en deze beide heren hebben wat dit betreft wel het een en ander meegemaakt!, ben je toch in staat om een vreugdevol bestaan te leiden. Tegenslagen maken je sterker! Zo lees ik nu, doe ik overigens al lang, ook luisterboeken in over positief in het leven staan in de blindenbibliotheek. Maar dat moet je allemaal maar niet opschrijven...

---

<sup>2</sup> The Dalai Lama Trust, Desmond Tutu en Douglas Abrams (2016). *The Book of Joy*. New York: Penguin Random House LLC (Nederlandse vertaling: Het boek van vreugde. Vertaling door Linda Jansen en uitgegeven door HarperCollins Holland).

## BEZOCHT

*In deze rubriek worden congressen, symposia, studiedagen, workshops en cursusdagen vermeld die bezocht zijn. Erie Merkus, beleidsadviseur van de VOBC, doet verslag van de opening van de Academische Werkplaats Kajak, eind 2016 in Utrecht.*

### FEESTELIJKE OPENING KAJAK

*De Academische Werkplaats Kajak is in 2016 opgericht door het Landelijk Kenniscentrum LVB en het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie en heeft als doel bij te dragen aan betere hulp voor mensen met een licht verstandelijke beperking en een psychische stoornis wetenschappelijk onderzoek, scholing en beleid. De kern van de Academische Werkplaats Kajak bestaat uit werkgroepen die worden bemand door mensen uit jeugd-GGZ en orthopedagogische instellingen uit het hele land. Onder andere Karakter, Pluryn, de Bascule en 's Heeren Loo dragen bij aan de werkgroepen en ook de gemeenten Amsterdam en Apeldoorn zijn direct bij het initiatief betrokken. De naam Kajak staat symbool voor de gedeelde inspanning om de stroming te bedwingen, of het nu cliënt en hulpverlener, of GGZ en orthopedagogiek betreft. De kern van de Academische Werkplaats Kajak bestaat uit werkgroepen die werken aan een concreet product dat op de werkvloer direct toepasbaar is. De kern van de Academische Werkplaats Kajak bestaat uit werkgroepen die werken aan een concreet product dat op de werkvloer direct toepasbaar is. De producten variëren van richtlijn tot handboek tot cursus en zijn het resultaat van samenwerking tussen GGZ en orthopedagogische instellingen. Onderwerpen die behandeld worden betreffen: (i) Richtlijn CGT bij mensen met een LVB; (ii) Chronische trauma bij kinderen met een licht verstandelijke beperking; (iii) Preventie en behandeling van middelengebruik bij mensen met een LVB; (iv) Straatwijzer; (v) Wilsbekwaamheid bij mensen met een LVB; (vi) Richtlijn Psychofarmaca bij mensen met LVB; (vii) Onderwijs en implementatie N=1 onderzoek voor effectmeting verbetering kwaliteit; (viii) Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking. Meedoen of onderwerpen aandragen? Stuur een mail naar [info@awkajak.nl](mailto:info@awkajak.nl)<sup>1</sup>*

In de galmende akoestiek van Utrechtse Janskerk klonk op donderdagmiddag 15 december 2016 het startschot voor de Academische Werkplaats Kajak. Onder leiding van dagvoorzitter Ruben Maes discussieerden zo'n 130 aanwezigen over wat er nodig is om kinderen, jongeren en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking en psychische problemen de juiste diagnostiek, behandeling en ondersteuning te bieden en om deze mensen zo veel mogelijk mee te laten doen in de samenleving.

“Het gaat erom hoe we reilen en zeilen met mensen met een beperking, mensen die anders zijn en denken. We willen bouwen aan een inclusieve samenleving”, zo vatten enkele aanwezigen de discussie samen.

In de Academische Werkplaats gaan instellingen en gemeenten samen aan de slag om de kennis die hiervoor nodig is, een stap verder te brengen. De naam Kajak symboliseert de duo's die samen op weg zijn naar hetzelfde doel: duo's van cliënten en professionals, van orthopedagogiek en psychiatrie, van instellingen en gemeenten. Een gemeenschappelijke visie tussen alle betrokkenen is nodig om de boot op koers te houden. Een visie op diagnostiek en behandeling, maar ook op de wijze waarop we mensen willen ondersteunen bij het ontwikkelen en ontplooien van hun talenten.

---

<sup>1</sup> Meer informatie over Kajak: <http://www.academischewerkplaatskajak.nl>.

Aan het einde van de middag zag het “Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking” het levenslicht. In dit boek beschrijven zo’n 70 auteurs de actuele stand van de kennis op dit gebied. Het boek wil een handreiking zijn naar professionals maar ook naar alle andere betrokkenen bij deze mensen. De redactie van het Handboek bestaat uit prof. dr. Robert Didden, dr. Pieter Troost (kinder- en jeugdpsychiater), prof. dr. Xavier Moonen en dr. Wouter Groen (kinder- en jeugdpsychiater en programmaleider Kajak).

De presentatie van het boek werd ingeleid door prof. dr. Theo Doreleijers, emeritus hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Hij schetste de enorme ontwikkeling die de kennis op dit gebied de afgelopen jaren heeft doorgemaakt. Maar hij constateerde ook dat er nog veel te bediscussiëren en te ontwikkelen valt. In de Academische Werkplaats is volop plaats voor die discussie en ontwikkeling.

Tijdens de bijeenkomst werd ook de kersverse bijzonder hoogleraar Kennisontwikkeling over Jeugdigen en Jongvolwassenen met Licht Verstandelijke Beperkingen en Gedragsproblemen, Xavier Moonen, gepresenteerd. Met de combinatie van Kajak, het Handboek en de bijzondere leerstoel kunnen we in de komende jaren constructief werken aan goede zorg, behandeling en ondersteuning die voor deze groep hard nodig is.



## BINNENGEKOMEN

*In deze rubriek wordt naar recent verschenen publicaties verwezen*

**Didden, H. C. M., Troost, P., Moonen, X. M. H., & Groen, W. B. (Red.) (2016). *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: De Tijdstroom. ISBN 9789058983022**

De afgelopen decennia is de kennis over diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen met een lichte verstandelijke beperking sterk toegenomen. Dit handboek brengt voor het eerst in het Nederlandse taalgebied de huidige kennis uit vakgebieden als genetica, cognitie- en neuropsychologie, systeembenaderingen bij gezins- en residentiële behandeling, farmacotherapie en orthopedagogiek bijeen. Het verschaft een overzicht van richtlijnen, instrumenten en methoden van diagnostiek en behandeling. Daarnaast gaat het boek in op veranderingen in de wetgeving en visies op zorg binnen de verschillende werkvelden, waaronder geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, verslavingszorg, (speciaal) onderwijs en forensische zorg. Ook onderwerpen als culturele diversiteit, risicotaxatie en patiëntenparticipatie komen aan bod. Het boek is bedoeld voor professionals die te maken hebben met deze doelgroep. Het is tevens geschikt voor de opleiding en nascholing van orthopedagogen, psychologen, psychiaters, artsen voor verstandelijk gehandicapten, vaktherapeuten en psychotherapeuten. Maar ook voor onderzoekers, verwanten, leerkrachten en andere geïnteresseerden biedt dit boek veel waardevolle informatie.

**De Bruijn, J., Van de Broek, A., Vonk, J. & Twint, B. (Red.) (2017). *Handboek emotionele ontwikkeling en verstandelijke beperking*. Amsterdam: Boom. ISBN 9789058755070**

In de ondersteuning van cliënten met een verstandelijke beperking speelt emotionele ontwikkeling tegenwoordig een centrale rol. Dat is een goede zaak, maar vraagt ook om kennis van dit onderwerp in het werkveld. Waar hebben we het eigenlijk over als we spreken over emotionele ontwikkeling? Hoe breng je de emotionele ontwikkeling betrouwbaar in kaart? En hoe sluit de begeleiding het best aan bij het ontwikkelingsniveau van een cliënt? Dit handboek biedt een actueel overzicht van de belangrijkste verworvenheden en discussies op het gebied van emotionele ontwikkeling en verstandelijke beperking, zowel in wetenschappelijk onderzoek als in de alledaagse praktijk.

**Didden, R., Moonen, X. & Douma, J. (2017). *Met het oog op behandeling – 4. Diagnostiek en behandeling van gedragsproblematiek bij mensen met een licht verstandelijke beperking (digitale uitgave)*. Den Dolder / Utrecht: De Borg / Landelijk Kenniscentrum LVB.**

De bij De Borg en het Landelijk Kenniscentrum LVB aangesloten organisaties hebben in samenwerking met universiteiten en hogescholen vaak het voortouw genomen om de slag naar evidence based werken te maken. Maar ook in de aangrenzende vakgebieden van psychiatrie, verslavingszorg en neurologie is de kennis over deze doelgroep en hun problematiek sterk toegenomen. Deze ontwikkelingen in praktijk en onderzoek stonden centraal in de vierde editie van het congres *Met het oog op behandeling*. De problematiek wordt benaderd vanuit drie invalshoeken: het brein, het sociaal domein en zorgvernieuwing. Vanuit deze invalshoeken worden behandeling en begeleiding van mensen met een LVB en gedragsproblemen in een nieuwe context en verrassend perspectief geplaatst. In deze digitale publicatie van het congres zijn de plenaire inleidingen opgenomen en wordt verslag gedaan van de workshops met presentaties over onderzoek naar interventies in de praktijk van de aangesloten instellingen. Daarnaast zijn er extra bijdragen opgenomen van relevante ontwikkelingen en samenvattingen van proefschriften. Deze publicatie is bij de beide kenniscentra te bestellen.

---

# Cursus N=1 onderzoek

---

## Achtergrond

Meer en meer krijgt men in de zorg en in het praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek oog voor de waarde van N=1 onderzoek, ook wel gevalstudie, case studie of casuïstisch onderzoek genoemd (in deze tekst gebruiken we deze vier benamingen als synoniemen). Ook internationaal worden gevalstudies steeds meer gewaardeerd en is er consensus over hoe daarover gerapporteerd moet worden (<http://www.care-statement.org>). In ons land hebben de databanken van vijf instellingen gezamenlijk afgesproken dat ze een totaal van 10 goed uitgevoerde case studies even zwaar laten wegen als wat als gouden standaard in het effectonderzoek wordt gezien: de randomized controlled trial. Daaruit blijkt het belang van case studies in wetenschap en praktijk.

Kenmerkend voor N=1 onderzoek is dat de toestand van één onderzoeksobject - bijvoorbeeld een cliënt, een begeleider, leerkracht, school of wijk - op verschillende momenten wordt beschreven: vóór de interventie, tijdens de interventie en na de interventie. Vaak vinden metingen meermalen plaats, zodat het verloop van de veranderingen als gevolg van de interventie goed is te zien. Een variant van deze opzet is de herhaalde of meervoudige gevalstudie. Daarin toetst de onderzoeker de resultaten uit een eerdere studie door het onderzoek te herhalen bij nieuwe gevallen. Komen daar steeds weer dezelfde resultaten uit, dan is het steeds aannemelijker dat de interventie een rol speelt in de geconstateerde veranderingen. Een herhaalde of meervoudige gevalstudie kan in dat geval een krachtig bewijs leveren voor de effectiviteit.

Onder de leden van het Landelijk Kenniscentrum LVB (LKC LVB) is een groeiende vraag naar scholing in en begeleiding bij het uitvoeren van gevalstudies, met name om op eenvoudig uitvoerbaar niveau de effecten van interventies te onderzoeken en daardoor bij te dragen aan empirische evidentie (evidence based practice). De cursus staat ook open voor medewerkers van lid-instellingen van de VGN. Onderwerpen zijn niet beperkt tot het veld van de LVB; thema's uit het brede veld van de gehandicaptenzorg kunnen aan de orde komen.

## Opzet

De cursus bestaat uit twee hele dagen, waarop vier plenaire presentaties van ieder ongeveer anderhalf tot twee uur en vier werkbijeenkomsten plaatsvinden. In deze twee dagen moet het onderzoeksvorstel in grote lijnen klaar zijn. Daarna volgen vier aanvullende werkbijeenkomsten van ieder een halve dag, die gericht zijn op coaching en begeleiding bij de uitvoering van het N=1 onderzoek.

## Docenten

De cursus wordt gegeven door dr. Joop Hoekman en dr. Albert Ponsioen.

## Aanmelding

[www.kenniscentrumlvb.nl/kennis-delen/cursusaanbod/cursus-n-1-onderzoek](http://www.kenniscentrumlvb.nl/kennis-delen/cursusaanbod/cursus-n-1-onderzoek)