

BACHELORPROEF
ONDERZOEKSRAPPORT

SIGNALERING MOGELIJK TRAUMAGERELATEERDE STOORNIS
BIJ LVB-JONGEREN: RICHTLIJNEN VOOR DE PROFESSIONALS

7 mei 2012

Bert Biemold

Haagse Hogeschool

SPH-deeltijd

Klas 4-A

Studentnummer 10067876

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksrapport van mijn bachelorproef over de signalering van een traumagerelateerde stoornis bij licht verstandelijk beperkte jongeren. Het is het sluitstuk van mijn deeltijdstudie Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan de Haagse Hogeschool. Het onderzoek is verricht binnen Stichting Ipse de Bruggen en dan in het bijzonder de jongerenlocaties van de stichting in Delft en Nootdorp. Dit onderzoeksrapport eindigt met een advies aan het Regionaal Expertise Centrum van de stichting, over de wijze waarop de signalering van een traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren aangepast kan worden. Dit advies is ook in een apart adviesrapport gepubliceerd.

Ik heb met enthousiasme aan het onderzoek gewerkt en wil een aantal mensen bedanken die mij bij de studie gesteund hebben. Allereest wil ik Wouter Reith bedanken als begeleider van mijn onderzoek, vanwege zijn goede adviezen tijdens mijn onderzoek. Letty Ardesch als locatiemanager van de locatie Nieuwe Plantage 16 in Delft, waar ik werkzaam ben als senior begeleider, vanwege haar steun binnen de stichting bij het organiseren van mijn studie. Anja Seppen als gedragskundige van de locatie, vanwege haar feedback op mijn onderzoek. Alle begeleiders en gedragskundigen en Liesbeth Mevissen die via een interview hebben meegewerkt aan het tot stand komen van dit onderzoek. Mijn medestudenten Bart van der Toorn en Dion Melker, vanwege hun inspiratie en feedback tijdens de studie en onderzoeksopzet. Wendela de Boer als mijn studiebegeleider, vanwege haar opbouwende feedback tijdens mijn studie. Bart Egeter wil ik bedanken voor het verbeteren van de leesbaarheid van het onderzoeksrapport. Tot slot wil ik mijn vrouw Rebecca en mijn zoon Charlie bedanken voor het geduld die ze hebben opgebracht, omdat ik veel vrije uren heb opgeofferd aan de studie en die vele uren niet samen met hun heb kunnen doorbrengen.

Bert Biemold, 7 mei 2012

Inhoud

Samenvatting	6
DEEL I: VERANTWOORDING EN OPZET ONDERZOEK	10
1. Omschrijving en verantwoording van de opdracht	12
1.1 Korte omschrijving van de organisatie waar de opdracht wordt uitgevoerd.....	12
1.2 Probleemanalyse	12
1.3 Resultaat: richtlijnen begeleiding LVB-jongeren mogelijk trauma gerelateerde stoornis.....	13
1.4 Waarom is deze opdracht relevant, bruikbaar en vernieuwend	13
1.5 Haalbaarheid	14
1.6 Relatie met de opleidingskwalificaties SPH-deeltijd Haagse Hogeschool	14
2. Vraagstelling en doelstelling onderzoek.....	15
2.1 Onderzoeksvraag en deelvragen	15
2.2 Doelstelling van het onderzoek	16
3. Onderzoekontwerp	17
3.1 Literatuuronderzoek.....	17
3.2 Interviews sleutelfiguren en gedragskundigen	18
3.2.1 Interviews van sleutelfiguren en gedragskundigen: planning.....	18
3.2.2 Interviews van sleutelfiguren en gedragskundigen: uitvoering	18
3.3 Interviews begeleiders in regio Delft - Nootdorp: planning.....	19
3.4 Interviews begeleiders in regio Delft - Nootdorp: uitvoering	20
3.4.1 Problemen bij selectie locaties	20
3.4.2 Problemen bij selectie begeleiders.....	20
DEEL II: LITERATUURONDERZOEK.....	22
4. Wat wordt verstaan onder lichte verstandelijke beperking	24
4.1 Definitie LVB in dit onderzoek: deelonderzoeksvraag 1	24
4.2 Internationale classificaties lichte verstandelijke beperking	24
4.3 Prevalentie licht verstandelijk beperkten en zwakbegaafden	25
4.4 Conclusie deelonderzoeksvraag 2	25
5. Wat wordt verstaan onder een traumagerelateerde stoornis	26
5.1 Geschiedenis wetenschappelijk debat over traumagerelateerde stoornis.....	26
5.2 Post Traumatische Stress Syndroom (PTSS)	26

5.3 Dissociatie als trauma gerelateerde stoornis	27
5.4 Aanpassingsstoornis	28
5.5 Acute stressstoornis	28
5.6 Conclusie deelonderzoeksvraag 3	28
6. Verwerking trauma en risicofactoren traumagerelateerde stoornis	29
6.1 Hoe wordt een traumatische ervaring verwerkt: algemeen	29
6.2 Hoe wordt een traumatische ervaring verwerkt bij LVB-jongeren	29
6.3 Conclusie deelonderzoeksvraag 4	30
6.4 Risico factoren voor ontwikkelen traumagerelateerde stoornis: algemeen	31
6.5 Risico factoren voor ontwikkelen traumagerelateerde stoornis: LVB-jongeren	31
6.6 Conclusie deelonderzoeksvraag 5	31
7. Diagnostiek bij vaststellen traumagerelateerde stoornissen	32
7.1 Diagnostische middelen bij vaststellen traumagerelateerde stoornissen	32
7.2 Observatie gedrag cruciaal bij diagnostiek LVB-jongeren	32
7.3 Conclusie deelonderzoeksvraag 6	33
8. Vaststelling trauma gerelateerde stoornis bij LVB-jongeren	34
8.1 Problemen criteria PTSS DSM-IV voor diagnose bij LVB-jongeren	34
8.2 DSM-V: meer aandacht voor symptomen bij kinderen en jongeren	34
8.3 Is de DM-ID meer toegespitst op symptomen bij LVB -jongeren?	35
8.4 Conclusie deelonderzoeksvraag 7	35
9. Prevalentie traumagerelateerde stoornis	36
9.1 Prevalentie traumagerelateerde stoornis: moeilijk te meten	36
9.2 Conclusie deelonderzoeksvraag 8	36
10. Betekenis conclusies literatuuronderzoek voor onderzoeksvraag	37
DEEL III: INTERVIEWS.....	38
11. Werkwijze herkenning mogelijk trauma bij LVB-jongeren.....	40
11.1 Voorgeschiedenis	40
11.1.1 Voorbespreking en intake.....	40
11.1.2 Eerste evaluatie	41
11.1.3 Familie belangrijk bij voorgeschiedenis	41
11.2 Observatie	41
11.2.1 Observatie van gedragsproblemen.....	42
11.2.2 Observatie van gedragsveranderingen	42

11.2.3 Observatie gedrag na events in systeem jongere	43
11.2.4 Interdisciplinaire samenwerking van belang bij observatie	43
11.2.5 Context van gedrag van belang bij observatie	44
11.3 Trauma taxatie	44
11.4 Diagnose, behandeling en prevalentie PTSS.....	45
11.5 Werkwijze verschilt per karakter van de locatie	45
11.5 Conclusie deelonderzoeksvraag 9	46
12. Problemen bij herkennen mogelijk trauma	47
12.1 Te weinig informatie uit de voorgeschiedenis bij intake	47
12.2 Hoe de signalen te duiden tijdens observatie	47
12.3 Cliënt staat niet open voor begeleiding of behandeling	48
12.4 Conclusie deelonderzoeksvraag 10	49
13. Aanpassing werkwijze herkenning mogelijk trauma	50
13.1 Bij intake standaard vragen naar eventuele traumatische ervaringen	50
13.2 Gestructureerde observatie richtlijnen voor begeleiders.....	51
13.3 Cursus observatie voor begeleiders.....	52
13.4 Aanpassing dagrapportagesysteem.....	52
13.5 Gestructureerd toepassen van trauma-taxatie-instrument	52
13.6 Empirisch onderzoek nodig	53
13.7 Conclusie deelonderzoeksvraag 11	53
14. Betekenis conclusies interviews voor onderzoeksvraag.....	55
15. Conclusie centrale onderzoeksvraag	56
16. Discussie betrouwbaarheid en validiteit onderzoek	57
DEEL IV HET ADVIES.....	60
17. Advies: aanpassing signalering mogelijk trauma LVB-jongeren.....	62
DEEL V: BIJLAGEN	64
Bijlage 1: De kerngegevens van Stichting Ipse de Bruggen.....	66
Bijlage 2: Post Traumatische Stress Stoornis DSM-IV-TR.....	67
Bijlage 3: Dissociatieve Stoornissen DSM-IV-TR	69
Bijlage 4: Aanpassingsstoornis DSM-IV-TR	71
Bijlage 5: Acute Stress Stoornis: DSM-IV-TR	73
Bijlage 6: Diagnostische middelen trauma herkenning LVB-jongeren	74

Bijlage 7: Post Traumatische Stress Stoornis DM-ID.....	75
Bijlage 8: Interviewvragen	76
Interviewvragen aan gedragskundige.....	76
Interviewvragen aan de begeleiders	77
Interviewvragen Liesbeth Mevissen	79
Bijlage 9: Aanzet signaleringsplan trauma herkenning LVB-jongeren	80
Bijlage 10: Voorbeeld contextvragen bij signaleringsplan van bijlage 9	82
Literatuurlijst.....	83

Samenvatting

Dit onderzoek is mijn afstudeeropdracht en het sluitstuk van mijn deeltijdstudie Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH) aan de Haagse Hogeschool. Het onderzoek is uitgevoerd bij Stichting Ipse de Bruggen, waar ik werkzaam ben als senior begeleider op de Nieuwe Plantage 16 in Delft. Het is een woning voor licht verstandelijk beperkte (LVB) jongeren van 12 -21 jaar met gedragsproblemen. De aanleiding van dit onderzoek is de plaatsing van een LVB-jongere met traumatische ervaringen waarvoor hij een amnesie had. De vraag kwam bij mij op hoe ik hem op een adequate manier zou kunnen begeleiden. Daardoor kwam ik op het idee, in samenspraak met mijn afstudeerbegeleider Wouter Reith en de gedragskundige van de woning, om het thema trauma bij LVB-jongeren toe te spitsen op de wijze waarop een trauma bij LVB-jongeren gesignaleerd wordt door de begeleiders.

Eerst is een probleemanalyse opgezet met daarin onder andere de haalbaarheid van het onderzoek en het onderzoekontwerp. De centrale onderzoeksvraag *“Hoe kan een begeleider van een woonvoorziening signaleren dat een licht verstandelijk beperkte jongere of jong volwassene van 12 tot en met 23 jaar mogelijk een traumagerelateerde stoornis heeft”* is opgesplitst in deelonderzoeksvragen. Vervolgens zijn de deelonderzoeksvragen via literatuurstudie (deel II van het onderzoek) en interviews (deel III) uitgewerkt. Deze conclusies vormen de basis voor het advies.

Literatuurstudie

De literatuurstudie is gericht op de beschrijving van de doelgroep en de prevalentie van LVB-jongeren. Het onderzoeken van de kenmerken van traumagerelateerde stoornissen en hoe dat uit pakt bij de LVB-jongeren. Hoe dat te herkennen is. Welke problemen zich daarbij voordoen. Welke wetenschappelijke ontwikkelingen er zijn om een trauma bij LVB-jongeren beter te herkennen en te diagnosticeren. En tot slot de prevalentie van een trauma bij LVB-jongeren.

In dit onderzoek wordt er van uitgegaan dat iemand met een licht verstandelijke beperking een IQ heeft tussen de 50 en 85 én bijkomende gedragsproblemen heeft. Het gaat dan om ongeveer 250.000 jongeren. Er zijn verschillende traumagerelateerde stoornissen. De posttraumatische stressstoornis is daarbij wel het meest alles omvattende. Maar ook de acute stressstoornis, de aanpassingsstoornis en verschillende dissociatieve stoornissen zijn van belang. LVB-jongeren hebben een grotere kans op een comorbide stoornis, zoals een angst- of depressiestoornis.

LVB-jongeren blijken veel moeite te hebben om informatie en traumatische ervaringen te verwerken. LVB-jongeren kennen veel risicofactoren voor het ontwikkelen van een trauma, omdat ze vaker een traumatische ervaring hebben meegemaakt, meer verschillende traumatische ervaringen hebben meegemaakt, meer negatieve levensgebeurtenissen hebben meegemaakt, meer stoornissen en gedragsproblemen ontwikkelen, die vaak ernstiger zijn en ze zijn kwetsbaarder voor de negatieve effecten van een trauma, dan niet LVB'ers.

Observatie van gedragsproblemen en gedragsveranderingen, zeker na belangrijke of traumatische levensgebeurtenissen, zijn van belang voor het kunnen signaleren van een traumagerelateerde stressstoornis. Voor een goede diagnose zijn er vragenlijsten ontwikkeld die afgenomen kunnen worden bij kinderen en jongeren, die ook bij de LVB-jongeren gebruikt worden.

Het is moeilijk om een traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren vast te stellen, vanwege de grote hoeveelheid bijkomende emotionele en gedragsproblemen die inherent zijn aan deze

doelgroep. Symptomen van een mogelijk PTSS overlappen met deze reeds aanwezige symptomen. De huidige diagnostische instrumenten blijken vaak ontoereikend voor het vaststellen van de traumastoot. Het is niet duidelijk hoeveel LVB-jongeren een traumagerelateerde stoornis ontwikkelen.

Interviews

Na de literatuurstudie zijn er interviews gehouden met twee gedragskundigen van Stichting Ipse de Bruggen in de regio Delft-Nootdorp. Vier begeleiders zijn geïnterviewd van twee woningen voor LVB-jongeren (< 23 jaar) met het accent op 24-uurs begeleiding. Twee begeleiders van één orthopedagogische behandelwoning voor LVB-jongeren (<23 jaar) met het accent op 24-uurs begeleiding én behandeling. En één ambulante begeleider van LVB'ers (> 23 jaar) met het accent op enkele uren begeleiding per week. Bovendien is een interview afgenomen bij een externe expert.

De interviews met de professionals zijn gericht op hun ervaringen met traumaherkenning bij LVB-jongeren, welke problemen zij daarbij ondervinden en of er nog suggesties zijn voor aanpassing van de werkwijze. Uiteindelijk zijn de bevindingen die uit de literatuur zijn gekomen, gecombineerd met die van de conclusies van de interviews en is het advies geformuleerd.

Uit de interviews met de gedragskundigen en begeleiders komt naar voren dat de herkenning van een mogelijk trauma gerelateerde stoornis bij LVB-jongeren een aantal fases doorloopt. En dat zich bij elke fase verschillende problemen voordoen.

Op basis van een dossier over een jongere wordt tijdens een voorbespreking de voorgeschiedenis gescreend op mogelijk traumatische ervaringen. Een multidisciplinair team van de stichting is daarbij betrokken. Bij de intake kan het team aangevuld worden met de ouder(s) of verzorger(s) en /of de (gezins)voogd. Ook in dit gesprek kan een mogelijk trauma aan de orde komen.

Na de gewenningsperiode van zes weken volgt een eerste evaluatie, maar deze komt eigenlijk te vroeg voor het op de juiste waarde kunnen schatten van het geobserveerde gedrag. Uit de interviews komt naar voren dat de begeleiders en gedragskundigen alert zijn op gedragsproblemen, gedragsveranderingen en gedrag na events rondom de jongere. Een goede samenwerking binnen het multidisciplinaire team wordt als waardevol beschouwd. Als er uit het geobserveerde gedrag van de jongere een inschatting gemaakt wordt, dat er mogelijk sprake is van een trauma, gaat de gedragskundige over tot een traumataxatie en gebruikt daarbij verschillende vragenlijsten. Indien uit de traumataxatie blijkt dat de jongere PTSS heeft, volgt een diagnose door de kinderpsychiater. Daarna volgt de behandeling.

De werkwijze is bij een behandelgroep meer specifiek en directer gericht op het herkennen van een trauma dan bij begeleidingsgroepen. Bij ambulante begeleiding is er geen 24-uursbegeleiding en is de traumaherkenning daarom minder intensief. Uit de interviews is niet te achterhalen hoe vaak het voorkomt dat PTSS bij een LVB-jongere wordt gediagnosticeerd. Er worden verschillende therapieën door de stichting aangeboden, voornamelijk EMDR en PMT en buiten de stichting ook de therapie van Lamers-Winkelman.

De problemen die in de literatuur worden genoemd bij het herkennen van een traumagerelateerde stoornis, betreffen vooral het duiden van het gedrag. De gedragskundige schat in dat dit voor begeleiders niet altijd even eenvoudig is vanwege de dissociatie. Uit de interviews met de begeleiders komt dit probleem niet zo sterk naar voren. Toch geven een paar begeleiders aan, dat

het niet gemakkelijk is om de signalen te duiden. Een ander probleem dat voorkomt bij het herkennen van een mogelijk trauma, is te weinig informatie over het persoonsbeeld. Dan wordt dat meestal aangevuld door de gedragskundige met o.a. een intelligentie test. In de observatieperiode kan nog het probleem ontstaan dat de cliënt nog niet open staat voor begeleiding of behandeling, ook al is er een groot vermoeden van een trauma. Een bijkomend verschijnsel bij dit probleem is het feit dat LVB'ers veel problemen kennen, waardoor hun eventuele trauma verborgen blijft.

De gedragskundige ziet voor zichzelf een rol weggelegd om gerichte observatie opdrachten te geven aan begeleiders. Het gaat er daarbij om de context van het gedrag van de jongeren in de gaten te houden: wat gaat er aan vooraf en wat volgt er op. Uit de interviews wordt niet duidelijk of de begeleiders er voor zichzelf wel of niet het nut van inzien. Ze vinden het wel nuttig voor onervaren begeleiders. De ene gedragskundige geeft aan dat een signaleringslijst gemaakt zou kunnen worden op basis van de schokverwerkingslijst voor kinderen, terwijl de andere gedragskundige zich niet uitspreekt over welke vragenlijst dan gebruikt zou kunnen worden.

Conclusie

Uit de literatuur komt naar voren dat de begeleider op een flink aantal symptomen moet letten bij het observeren van een LVB-jongere om een eventueel traumagerelateerde stoornis te herkennen. Daarbij zal de begeleider zich een aantal vragen moeten stellen, zodat de geobserveerde symptomen beter in relatie kunnen worden gebracht met een mogelijk traumagerelateerde stoornis. Het zijn de context vragen die van belang zijn volgens de gedragskundige om het geobserveerde gedrag op waarde te kunnen schatten. Door de context vragen te linken aan de symptomen die zich voordoen bij PTSS, een dissociatieve stoornis of een comorbide stoornis, kan de begeleider mogelijk een dergelijke stoornis signaleren. Uit een onderzoek van de Universiteit van Utrecht naar signalering van kindermishandeling, blijkt dat professionals ondersteuning nodig hebben bij het signaleren daarvan. Deze conclusie kan toegepast worden op de aanbeveling een signaleringsplan te ontwikkelen.

Advies

Uit dit onderzoek blijkt dat er een paar aanpassingen in de werkwijze mogelijk zijn, waardoor begeleiders een trauma bij LVB-jongeren beter kunnen herkennen. Het gaat dan om de volgende aanbevelingen, waarbij de eerstgenoemde de belangrijkste is:

- Het ontwikkelen van een signaleringsplan waarin gerichte observatie opdrachten gelinkt worden aan symptomen van een traumagerelateerde stoornis.
- Bij de intake van de LVB-jongere standaard aandacht voor gerichte vragen naar levensingrijpende gebeurtenissen.
- Tijdens het evaluatiemoment standaard een inschatting maken of de traumataxatie instrumenten ingezet kunnen worden op dat moment of in een vervolgtraject.
- Een extra evaluatiemoment inplannen een half jaar na plaatsing van de LVB-jongere.
- Eventueel een cursus traumaherkenning aanbieden aan (nieuwe) begeleiders.
- Indien nodig het dagrapportagesysteem aanpassen aan de gerichte observatieopdrachten.

In de nabije toekomst kunnen de uitkomsten van het promotieonderzoek van Liesbeth Mevissen naar de signalen van een traumastoorning bij LVB-jongeren, mogelijk een aanvulling zijn op de aanbeveling om een signaleringsplan te ontwikkelen gericht op dit thema.

DEEL I: VERANTWOORDING EN OPZET ONDERZOEK

In dit eerste deel wordt een omschrijving en verantwoording gegeven van het afstudeeronderzoek en staat de onderzoeksvraag *richtlijnen voor signalering van een mogelijk traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren* centraal. Het wordt afgesloten met de onderzoeksopzet. De literatuurstudie (deel II), de interviews (deel III) en het advies (deel IV) worden in het kort omschreven.

1. Omschrijving en verantwoording van de opdracht

In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 1.1 in het kort een omschrijving gegeven van de organisatie en locatie waar het afstudeeronderzoek is uitgevoerd. In paragraaf 1.2 volgt de probleemanalyse, waarbij het duidelijk wordt dat een mogelijk trauma bij LVB-jongeren moeilijk is te signaleren door de begeleiding. In paragraaf 1.3 wordt het verwachte eindresultaat geschetst: richtlijnen voor de begeleiding voor een betere signalering van een mogelijk trauma bij LVB-jongeren. Daarna wordt in paragraaf 1.4 aangegeven waarom het onderzoek bruikbaar, relevant en vernieuwend is. En in paragraaf 1.5 wordt de haalbaarheid van het onderzoek besproken. Tot slot wordt in paragraaf 1.6 aangegeven hoe het onderzoek zich verhoudt tot de opleidingskwalificaties van de SPH-deeltijdstudie aan de Haagse Hogeschool.

1.1 Korte omschrijving van de organisatie waar de opdracht wordt uitgevoerd

Deze afstudeeropdracht is het sluitstuk van mijn deeltijdstudie Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH) aan de Haagse Hogeschool. Het onderzoek is uitgevoerd bij Stichting Ipse de Bruggen, waar ik werkzaam ben als senior begeleider op de Nieuwe Plantage 16 in Delft. Het is een woning voor licht verstandelijk beperkte (LVB) jongeren met gedragsproblemen in de leeftijdscategorie 12-21 jaar. De kerngegevens van de stichting staan vermeld in bijlage 1. De stichting:

“biedt zorg voor mensen met een verstandelijke handicap in alle leeftijden. Het gaat daarbij om tijdelijk of langdurig verblijf (wonen) met daarnaast als belangrijkste voorzieningen de dagactiviteiten, de orthopedagogische behandelcentra en de kinderdienstencentra. In 2010 is zowel ambulante als klinische forensische zorg geboden” (Stichting Ipse de Bruggen, 2011, p. 11).

1.2 Probleemanalyse

De aanleiding van de probleemstelling is de plaatsing op de Nieuwe Plantage 16 van een Afghaanse jongen, met een licht verstandelijke beperking, die een traumatische oorlogservaring heeft meegemaakt in zijn jeugd. In zijn dossier staat aangegeven dat het vermoeden bestaat dat zijn gedragsproblemen mede veroorzaakt kunnen zijn door zijn traumatische ervaringen in het verleden. En dat hij een amnesie heeft voor de periode dat hij in Afghanistan woonde. Daardoor ben ik als zijn persoonlijke begeleider gespitst op de vraag hoe ik om zou moeten gaan met zijn traumatische verleden, of ik daar iets mee zou moeten doen en wat ik zou doen als het aan zou komen op het bieden van hulp bij de verwerking van zijn verleden.

De Afghaanse jongen is niet de enige in de groep die in het verleden op de een of andere manier een traumatische ervaring heeft opgedaan. Bijna alle jongeren in de woning hebben in het verleden huiselijk geweld en/of seksueel misbruik meegemaakt. Alle jongeren vertonen gedragsproblemen en kunnen bijkomende psychiatrische ziektebeelden hebben. In de dagelijkse begeleiding van de jongeren staat het leren omgaan met de gedragsproblemen, het bieden van structuur en veiligheid en het stellen van grenzen voorop. In een zorg- en begeleidingsplan worden individuele begeleidingsafspraken gemaakt, die opgesteld zijn door een multidisciplinair team, de betreffende jongere, de wettelijk vertegenwoordiger en eventueel de voogd. Het mogelijk traumatische verleden wordt daarin meegenomen.

Indien er gedragsproblemen gesignaleerd worden bij de jongere met een traumatisch verleden komt de vraag op of de gedragsproblemen misschien voortkomen uit het traumatische verleden en of een

traumabehandeling zinvol is. Maar dan komen er ook andere vragen naar voren, zoals: hoe kan achterhaald worden of de gedragsproblemen wel voortkomen uit het traumatisch verleden? Welke vorm van traumabehandeling moet worden ingezet? Is de gekozen traumabehandeling wel toepasbaar op jongeren met een licht verstandelijk beperking? Is de gekozen traumabehandeling wel geschikt voor het trauma? Is een trauma behandeling wel noodzakelijk?

Veel vragen die alle zeer relevant zijn te onderzoeken. Maar ik beperk mij tot de vraag: op welke signalen moet de begeleider die dagelijks op de groep staat, letten om te kunnen bepalen of een jongere eventueel een traumabehandeling nodig heeft. De begeleider mag geen diagnose stellen, maar is wel degene die dagelijks met de jongere te maken heeft. Hoe eerder de begeleider de signalen van de jongere door heeft dat er sprake kan zijn van een traumagerelateerde stoornis bij de jongere, hoe eerder de jongere behandeld kan worden. De begeleider moet wel weten op welke signalen hij moet letten.

Het ontbreekt de begeleider tot nu toe aan duidelijke richtlijnen op welke signalen hij of zij moet letten om te kunnen beoordelen of de jongere een traumagerelateerde stoornis kan hebben. In het geval van de jongen die onlangs in de woning is komen wonen, staat zijn traumatische verleden in zijn dossier beschreven. Maar wat als dat niet in het dossier is beschreven? Is de begeleider dan ook gespitst op het herkennen van de signalen en is de begeleider daartoe in staat?

De kans bestaat dan dat signalen van bijvoorbeeld een Post Traumatische Stressstoornis (PTSS) niet herkend worden door de begeleider. Juist vanwege het ontbreken van dergelijke richtlijnen, waardoor deze LVB-jongeren mogelijk niet of te laat op de juiste manier begeleid en/of behandeld worden. Bovendien blijkt uit literatuuronderzoek dat het erg moeilijk is om een PTSS bij LVB-jongeren vast te stellen.

Door middel van dit onderzoek wil ik begeleiders die werkzaam zijn op woningen voor LVB-jongeren een handvat bieden hoe zij signalen van een trauma gerelateerde stoornis bij deze jongeren kunnen herkennen, teneinde deze jongeren in een zo vroeg mogelijk stadium op een adequate wijze te kunnen begeleiden en eventueel te laten behandelen.

1.3 Resultaat: richtlijnen begeleiding LVB-jongeren mogelijk trauma gerelateerde stoornis

Het verwachte eindresultaat van dit onderzoek is een advies aan de gedragskundigen die verbonden zijn aan LVB-woningen van de stichting en werkzaam zijn in het Regionaal Expertise Centrum. Het advies zal richtlijnen geven aan begeleiders voor het signaleren van een mogelijk trauma gerelateerde stoornis bij LVB-jongeren. Zodat de begeleiders het multidisciplinaire team in kunnen schakelen. Waarna eventueel de diagnose gesteld kan worden of de jongere bijvoorbeeld een PTSS heeft en of de jongere een traumabehandeling nodig heeft. Vanwege de omvang van het probleem zal ik in dit rapport slechts in het kort verwijzingen geven naar de mogelijke behandelmethoden.

1.4 Waarom is deze opdracht relevant, bruikbaar en vernieuwend

De opdracht is relevant, omdat veel LVB- jongeren een traumatische ervaring hebben opgelopen in het verleden en omdat het moeilijk is om te signaleren of de gedragsproblemen van de jongere veroorzaakt worden door het traumatische verleden of door de verstandelijke beperking. Het onderzoek is bruikbaar en vernieuwend, omdat duidelijke richtlijnen voor (senior) begeleiders van LVB- jongeren om een mogelijke posttraumatische stresssyndroom te kunnen signaleren ontbreekt.

1.5 Haalbaarheid

Er is veel literatuur te vinden over trauma's en traumabehandeling. Ook zijn er verschillende organisaties en expertisecentra die zich met dit probleem bezig houden. Er is ook veel literatuur te vinden over de gevolgen van een traumatische ervaring op de sociaal-psychologische ontwikkeling van (LVB) jongeren. Er is ook veel literatuur op het gebied van de sociaal-psychologische ontwikkeling van (licht) verstandelijk beperkte jongeren. De gedragskundige van de woning is positief over het onderzoeksvoorstel en zij is deskundige op het gebied van trauma behandeling.

1.6 Relatie met de opleidingskwalificaties SPH-deeltijd Haagse Hogeschool

Mijn onderzoek heeft een relatie met de competentie “ondernemen en innoveren”, want door het ontwikkelen van richtlijnen voor begeleiders van LVB- jongeren met een traumatische ervaring, speel ik in op ontwikkelingen in de samenleving en neem ik initiatief tot een nieuwe werkwijze. Dergelijke richtlijnen zijn nog niet aanwezig. Bovendien kijk ik met een ondernemende blik vooruit, zet kansen om in mogelijkheden en durf daarbij verantwoorde risico's te nemen. Ik zie kansen om de uiteindelijke richtlijnen aan het Regionaal Expertise Centrum aan te bieden met het advies om de richtlijnen op te laten nemen in de periodieke evaluatiemomenten van de cliënten.

Mijn bachelorproef sluit ook aan bij de competentie “werken aan professionele ontwikkeling”, want ik onderneem activiteiten die de kwaliteit van mijn werk en persoonlijke kwaliteit bevorderen. Ik lever een bijdrage aan de ontwikkeling van de professie als geheel, in het bijzonder aan de vernieuwing van de beroepspraktijk en aan de profilering en legitimering van het beroep. De beoogde richtlijnen zijn een hulpmiddel voor de begeleiders van LVB- jongeren met een traumatische ervaring en kan de kwaliteit van het werk bevorderen.

Bovendien demonstreer ik met mijn bachelorproef dat ik voldoe aan de competentie “kritisch gebruik van (wetenschappelijke) kennis”, omdat ik zelfstandig gebruik maak van verschillende bronnen van onderzoek, zowel wetenschappelijke literatuur als interviews bij verschillende disciplines, zoals begeleiders, pedagogen en wetenschappers.

2. Vraagstelling en doelstelling onderzoek

In dit hoofdstuk worden in paragraaf 2.1 de centrale onderzoeksvraag en de deelvragen uiteengezet en in paragraaf 2.2 de doelstelling van het onderzoek.

2.1 Onderzoeksvraag en deelvragen

Vanuit de beschreven probleemstelling kom ik tot de volgende onderzoeksvraag:

Hoe kan een begeleider van een woonvoorziening signaleren dat een licht verstandelijk beperkte jongere of jong volwassene van 12 tot en met 23 jaar mogelijk een traumagerelateerde stoornis heeft?

De hoofdvraag kan gesplitst worden in groot aantal deelvragen die samen te voegen zijn in drie clusters: vragen rondom de doelgroep LVB-jongeren, vragen rondom traumagerelateerde stoornissen bij LVB-jongeren en vragen rondom de werkwijze van het Regionaal Expertise Centrum van Stichting Ipse de Bruggen en het uiteindelijke advies

- *Wat zijn de specifieke kenmerken van de doelgroep licht verstandelijk beperkte jongeren:*
 1. Wat wordt verstaan onder een licht verstandelijke beperking?
 2. Hoe groot is de prevalentie van licht verstandelijke beperkte jongeren?
- *Wat zijn de specifieke kenmerken van traumagerelateerde stoornissen bij LVB-jongeren:*
 3. Wat wordt verstaan onder een traumagerelateerde stoornis?
 4. Hoe wordt een traumatische ervaring verwerkt?
 5. Welke risicofactoren zijn er voor het ontstaan van een traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren?
 6. Welke diagnostische middelen zijn er voor het vaststellen van een traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren?
 7. Hoe kan een traumagerelateerde stoornis vastgesteld worden bij LVB-jongeren?
 8. Hoe groot is de prevalentie van traumagerelateerde stoornissen bij LVB-jongeren?
- *Hoe kan een begeleider een mogelijk traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren herkennen?*
 9. Wat is de huidige werkwijze van begeleiders en gedragskundigen van het Regionaal Expertise Centrum van stichting Ipse de Bruggen om een mogelijk traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren te herkennen?
 10. Worden de problemen die in de literatuurstudie geconstateerd zijn bij het herkennen van een traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren bevestigd door begeleiders en de gedragskundigen van het Regionaal Expertise Centrum van Stichting Ipse de Bruggen en de begeleiders van de LVB-jongeren groepen van de stichting?
 11. Hoe kan de huidige werkwijze van de begeleiders en de gedragskundigen van het Regionaal Expertise Centrum van Stichting Ipse de Bruggen aangepast worden zodat een begeleider goed in staat is om een mogelijk traumagerelateerde stoornis te herkennen bij LVB-jongeren?

2.2 Doelstelling van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is het opstellen van richtlijnen waarmee begeleiders van LVB- jongeren in staat zullen zijn om vroegtijdig een mogelijk traumagerelateerde stoornis bij deze jongeren te signaleren. De richtlijnen zullen opgesteld zijn op basis van wetenschappelijke literatuur over trauma's en traumagerelateerde stoornissen bij LVB-jongeren. Daarna worden de richtlijnen voorgelegd aan enkele relevante onderzoekers en gedragskundigen van het Regionaal Expertise Centrum van de stichting en aan een aantal begeleiders, die werkzaam zijn in woningen waar LVB-jongeren wonen binnen de stichting. Het uiteindelijke doel is een advies te geven aan het Regionaal Expertise Centrum om de richtlijnen in de dagelijkse begeleiding te gebruiken en tijdens de periodieke evaluaties van de cliënten te bespreken. Zo zal er continu aandacht zijn voor de ontwikkelingen van de signalen van een mogelijk traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren.

3. Onderzoekontwerp

Het tweede deel van dit onderzoek is een literatuurstudie, gericht op het beantwoorden van de deelonderzoeksvragen één tot en met acht, die in paragraaf 2.1 staan vermeld. Het gaat daarbij om de beschrijving van de doelgroep en de prevalentie van LVB-jongeren, het onderzoeken van de kenmerken van traumagerelateerde stoornissen en hoe dat uit pakt bij de LVB-jongeren, hoe dat te herkennen is, welke problemen zich daarbij voordoen en welke wetenschappelijke ontwikkelingen er zijn om een trauma bij LVB-jongeren beter te herkennen en te diagnosticeren en tot slot de prevalentie van een trauma bij LVB-jongeren. Het literatuuronderzoek wordt afgerond met een betekenis van deze bevindingen voor het antwoord op de centrale onderzoeksvraag. Bovendien vormt het een brug naar deel drie van het onderzoek. In paragraaf 3.1 wordt nader ingegaan op de wijze waarop het literatuuronderzoek is aangepakt.

In het derde deel van het onderzoek ligt het accent op de interviews van de gedragskundigen, begeleiders van Stichting Ipse de Bruggen in de regio Delft-Nootdorp en een interview met een expert. Dit deel is gericht op het beantwoorden van deelonderzoeksvragen negen tot en met elf (paragraaf 2.2). Het gaat daarbij om hun ervaringen met traumaherkenning bij LVB-jongeren, welke problemen zij daarbij ondervinden en of er nog suggesties zijn voor aanpassing van de werkwijze. Dit laatste in het licht van de beantwoording van de centrale onderzoeksvraag gecombineerd met de bevindingen die uit de literatuur naar voren zijn gekomen bij herkenning van een mogelijk trauma bij LVB-jongeren. Bij elk onderdeel van de resultaten van de interviews wordt een link gelegd met de bevindingen uit de literatuurstudie van het tweede deel van dit onderzoek.

In paragraaf 3.2 wordt ingegaan op de wijze waarop de interviews met de gedragskundige en de expert is opgezet en uitgevoerd. In paragraaf 3.3 wordt ingegaan op de wijze waarop de interviews van de begeleiders voor het onderzoek zijn gepland en in paragraaf 3.4 worden de problemen geschetst die zich hebben voorgedaan bij de uitvoering van die interviews. Aan het eind van deel III wordt ingegaan op de gevolgen die dat heeft gehad op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Een paar discussiepunten over het gehele onderzoek worden dan ook besproken.

Tot slot zal in deel vier van het onderzoek een advies gegeven worden aan het Regionaal Expertise Centrum van Stichting Ipse de Bruggen om de huidige werkwijze voor het herkennen van een mogelijk trauma bij LVB-jongeren door de begeleiders op een paar punten aan te passen.

3.1 Literatuuronderzoek

Het eerste deel van dit onderzoek is via een literatuurstudie uitgewerkt. De deelonderzoeksvragen omtrent de doelgroep LVB-jongeren in de leeftijdscategorie 12 t/m 21 jaar worden aan de hand van literatuuronderzoek uitgewerkt in hoofdstuk 4. De vragen omtrent de specifieke kenmerken van traumagerelateerde stoornissen worden in de daaropvolgende hoofdstukken nader uitgewerkt. Veelal wordt de deelonderzoeksvraag eerst in het algemeen behandeld en daarna specifiek op de LVB-jongeren doelgroep toegespitst. Elk hoofdstuk wordt afgesloten met beantwoording van een deelonderzoeksvraag met aan het eind daarvan de betekenis voor de centrale vraagstelling.

In hoofdstuk vijf wordt nader ingegaan op de term trauma gerelateerde stoornis en de verschillende stoornissen die onderscheiden worden (deelonderzoeksvraag 3). In hoofdstuk zes wordt ingegaan op de verwerking van een traumatische ervaring en welke risico factoren er zijn voor het ontstaan van een traumagerelateerde stoornis (deelonderzoeksvraag 4 en 5). In hoofdstuk zeven komen de

diagnostische middelen aan bod (deelonderzoeksvraag 6). Hoofdstuk acht gaat in op de vraag hoe een traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren vastgesteld kan worden (deelonderzoeksvraag 7). In hoofdstuk negen komt de onderzoeksvraag aan de orde hoe vaak de stoornis voorkomt (deelonderzoeksvraag 8).

In hoofdstuk 10 wordt de betekenis van de literatuurstudie voor het herkennen van een mogelijk trauma bij LVB-jongeren uiteengezet. Het is een bouwsteen voor het advies.

De volgende **databanken** heb ik bij de literatuurstudie gebruikt:

- Google Books
- PILOTS (Published International Literature on Traumatic Stress)
- Academic Search Premier EBSCOhost advanced search
- Aquabrowser
- Lexis Nexis Academic

De **zoektermen** die ik heb gebruikt zijn: “lichte verstandelijke beperking”, “lichte verstandelijke handicap”, “mild mental retardation” en “borderline intellectual functioning”.

Zoals in het Nederlands andere termen worden gebruikt dan die van de DSM (zwakzinnig en zwakbegaafd naast licht verstandelijke beperkt of licht verstandelijk gehandicapt), wordt in het Engels ook “(mild) learning disabilities” of “(mild) developmental disabilities” of “(mild) intellectual disabilities” gebruikt. Deze zoektermen heb ik ook gebruikt.

De Nederlandse zoektermen “trauma”, “posttraumatische stresssyndroom”, “traumagerelateerde stoornissen”, “PTSS”, “trauma behandeling” en de Engelse zoektermen “post traumatic stress disorder”, “PTSD” en “stressor related disorders” heb ik gebruikt. Tot slot heb ik ook de volgende zoektermen gebruikt: “kinderen”, “jongeren”, “children” en “adolescents”.

3.2 Interviews sleutelfiguren en gedragskundigen

Eerst zal in paragraaf 3.2.1 aangegeven worden hoe de oorspronkelijke planning van de interviews met de sleutelfiguren en gedragskundigen is opgezet. Vervolgens zal in paragraaf 3.2.2 ingegaan worden op de wijze waarop de uiteindelijke interviews zijn uitgevoerd.

3.2.1 Interviews van sleutelfiguren en gedragskundigen: planning

Op basis van de literatuurstudie kwamen een aantal experts naar voren op het gebied van een trauma bij LVB-jongeren. In mijn eerste onderzoeksopzet ging ik uit van vier sleutelfiguren, maar vanwege de beperkte tijd als deeltijdstudent heb ik er twee benaderd. Cristel Elias van Fontys Hogeschool in Tilburg; één van de onderzoekers naar trauma behandeling bij LVG-jongeren in 2009. En Liesbeth Mevissen; klinisch psycholoog bij Accare in Deventer en mede-auteur van het literatuuronderzoek “PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities”.

3.2.2 Interviews van sleutelfiguren en gedragskundigen: uitvoering

Helaas bleek Cristel Elias niet beschikbaar te zijn voor een interview en kon ik op korte termijn geen interview meer inplannen met een van de andere onderzoekers. Liesbeth Mevissen was wel beschikbaar voor een interview. Het doel van dit interview was de bevindingen uit de literatuur te verifiëren en de laatste onderzoeksresultaten toe te voegen. In eerste instantie was ik ook van plan om mijn conceptrichtlijnen voor te leggen. Maar omdat ik op het moment van het interview nog

geen uitgewerkt idee had, heb ik haar slechts het globale idee voorgelegd om meer aandacht te schenken aan een meer gestructureerde manier van trauma herkenning bij LVB-jongeren. Zij heeft enkele aanvullingen op mijn onderzoek gegeven en bleek bezig te zijn met een promotie onderzoek naar de signalen van een trauma bij LVB-jongeren op basis van een empirisch onderzoek bij haar behandelpraktijk bij Accare in Deventer.

Naast interviews met een expert buiten de stichting, heb ik ook twee interviews afgenomen met de gedragskundigen van het Regionaal Expertise Centrum van de stichting die verbonden zijn aan de LVB-woning en OBC'-s in de regio Delft-Nootdorp. Eén gedragskundige heb ik slechts kort telefonisch kunnen interviewen, omdat zij op het moment dat ik de interviews aan het plannen was met zwangerschapsverlof ging en ik haar een dag daarvoor nog net heb kunnen spreken. Het interview met de andere gedragskundige is wel volgens planning verlopen. De interviews met de gedragskundigen hebben zich vooral gericht op de huidige werkwijze van trauma herkenning binnen de stichting en de wijze waarop deze aangepast zou kunnen worden. Ook hier geldt dat ik nog niet zo ver was met een uitgewerkt idee omtrent traumaherkenning bij LVB-jongeren, hoewel ik wel had aangegeven in een eerdere onderzoeksopzet dit van plan te zijn.

3.3 Interviews begeleiders in regio Delft - Nootdorp: planning

Ik heb een aantal begeleiders geïnterviewd over de ervaringen die ze hebben met het herkennen van een mogelijke trauma bij de LVB-jongeren; de huidige werkwijze van een trauma herkenning, in hoeverre zij aandacht schenken aan gedragsproblemen en gedragsveranderingen van de LVB-jongeren, weke problemen zij daarbij ondervinden en of zij suggesties hebben voor aanpassingen van de huidige werkwijze. In eerste instantie was ik ook van plan om de begeleiders te vragen hoe zij mijn voorgestelde richtlijnen zouden beoordelen. Maar ook hier geldt dat ik op het moment van de interviews nog geen uitgewerkt plan had. Ik heb ze wel het globale idee voorgelegd.

Bij de selectie van de begeleiders was ik van plan gebruik te maken van een gestratificeerde selectie steekproef binnen LVB-woningen van de stichting in de regio Delft en Nootdorp. De stichting heeft ook buiten deze regio LVB-woningen, maar vanwege de reisafstand heb ik mij beperkt tot de regio Delft en Nootdorp. Ik heb voor de selectie van de LVB-woningen gebruik gemaakt van de locatiekaart van de website van de stichting www.ipsedebruggen.nl (Stichting Ipse de Bruggen, 2012). De logeerwoningen heb ik erbuiten gelaten, omdat de leeftijd van de jongeren in deze groepen veelal lager is dan 12 jaar. Het gaat dan om de volgende zes woningen met LVB-jongeren: regio Delft: Nieuwe Plantage 16, Groene Haven 1 en Ambulante begeleiding Delft en in de regio Nootdorp: Bromelia 1-5, Nieuwe Gracht 1 en Voorstraat 9.

Buiten deze regio heeft de stichting in Den Haag twee LVB-woningen en zeven Orthopedagogische Behandel Centra (OBC), In Leiden één LVB-woning en vier OBC'-s en in Zwammerdam twee LVB-woningen. Buiten de gekozen regio zijn er binnen de stichting dus 15 woningen met LVB-jongeren. Het was de bedoeling dat ik begeleiders zou gaan interviewen op zes van de in totaal 22 LVB-woningen die er binnen de stichting aanwezig zijn. Dat is ruim een kwart van alle LVB-woningen van de stichting. Behalve bij de ambulante begeleiding wonen er in elke woning min of meer hetzelfde aantal jongeren (zes tot tien jongeren per woning).

3.4 Interviews begeleiders in regio Delft - Nootdorp: uitvoering

Bij de interviews met de begeleiders deden zich de volgende problemen voor: problemen bij de selectie van de locaties (paragraaf 3.4.1.) en problemen bij de selectie van de begeleiders (3.4.2.).

3.4.1 Problemen bij selectie locaties

Bij nadere beschouwing blijkt dat bij de Groene Haven en Ambulante begeleiding Delft geen LVB-jongeren van onder de 23 jaar wonen, wel net iets oudere LVB'ers, ook twintigers. Bovendien bleek tijdens het interviewen dat de Nieuwe Gracht 1 onlangs een behandel locatie is geworden. Waardoor de werkwijze wat betreft de begeleiding intensiever is gericht op behandeling van gedragsproblemen en traumaverwerking dan bij de andere LVB-jongerenwoningen.

Bij de planning van de interviews bleek dat er op Bromelia 1-5 geen ervaren begeleiders werken die ik kon benaderen voor mijn onderzoek binnen de gegeven tijd. Bovendien heb ik geen begeleiders kunnen benaderen van de Groene Haven 1, omdat de locatiemanager te laat reageerde om nog een begeleider te regelen voor een interview. Uiteindelijk heb ik zeven begeleiders geïnterviewd. Twee van Nieuwe Plantage 16, Nieuwe Gracht 1 en Voorstraat 9 en één van Ambulante begeleiding Delft.

Dat houdt in dat ik zes begeleiders heb geïnterviewd bij drie van de vier LVB-jongerenwoningen in de regio Delft- Nootdorp, waarvan er één een OBC is geworden. En dat ik één begeleider heb kunnen interviewen bij één van de twee locaties in Delft waar jonge LVB'ers begeleid worden, maar die wel ouder dan 23 jaar zijn. Dit heeft tot gevolg dat het geen zuivere gestratificeerde steekproef is geworden, waar ik in eerste instantie wel van uit ben gegaan.

3.4.2 Problemen bij selectie begeleiders

Het was de bedoeling dat ik twee begeleiders zou interviewen per locatie. Dat is dus bij drie van de zes locaties gelukt, bij één locatie heb ik slechts één begeleider kunnen interviewen en bij twee van de geselecteerde zes locaties heb ik geen enkele begeleider kunnen interviewen.

De selectie van de begeleiders die zou als volgt plaats vinden: ik was van plan om per woning twee begeleiders of senior begeleiders te selecteren die minimaal vier jaar werkervaring hebben met LVB-jongeren. Deze begeleiders zou ik op achternaam op alfabetische volgorde rangschikken en dan telkens de 1^e en 3^e persoon selecteren. Mocht één of beide van deze personen niet kunnen, dan zou ik de 5^e gekozen hebben of daarna indien nodig de 2^e of 4^e in de rij.

Ik heb gekozen voor begeleiders met minimaal vier jaar werkervaring omdat de betreffende begeleiders over enige ervaring moeten beschikken om een goed oordeel te kunnen vormen over het onderwerp. Hoewel ik niet direct gevraagd heb naar het aantal ervaringsjaren, weet ik dat alle begeleiders die ik heb geïnterviewd langer dan vier jaar werkervaring hebben.

Bij de selectie van de begeleiders die ik heb geïnterviewd, was ik afhankelijk van keuze van de betreffende locatiemanager. Bij mijn eigen locatie heb ik wel volgens mijn selectieprocedure kunnen selecteren. Bij de andere locaties echter niet. Daar heeft de locatie manager voor mij gekozen en kan ik zelf niet controleren of de selectie is gebaseerd op alfabetische volgorde van de achternaam van de persoon. Het waren wel allemaal ervaren senior begeleiders die ik heb geïnterviewd. Dit heeft tot gevolg dat het geen zuivere a-selectie steekproef is geworden.

DEEL II: LITERATUURONDERZOEK

In deel twee van dit afstudeeronderzoek wordt via literatuurstudie een antwoord gegeven op de eerste acht deelonderzoeksvragen. Het gaat dan om de afbakening van de terminologie LVB-jongeren en trauma gerelateerde stoornissen. Vervolgens wordt ingegaan op de wijze waarop een trauma wordt verwerkt. Welke risicofactoren er zijn voor LVB-jongeren voor het ontwikkelen van een trauma. Welke diagnostische middelen er zijn. Hoe een trauma kan worden vastgesteld bij LVB-jongeren en hoe vaak een trauma voorkomt bij deze doelgroep.

Deel II wordt afgesloten met de betekenis van de literatuurstudie voor beantwoording van de centrale onderzoeksvraag. Het blijkt dat observatie van gedragsproblemen en gedragsveranderingen bij LVB-jongeren op een breed scala aan symptomen na belangrijke levensgebeurtenissen cruciaal zijn bij de signalering van een mogelijk trauma. Het is een leidraad voor de interviews (deel III) en een opstap voor het advies (deel IV).

4. Wat wordt verstaan onder lichte verstandelijke beperking

In dit hoofdstuk zal in paragraaf 4.1 eerst ingegaan worden op de definitie die in dit onderzoek gebruikt wordt voor lichte verstandelijke beperking. Deelonderzoeksvraag één wordt hiermee beantwoord. Daarna volgt in paragraaf 4.2 de internationale discussie omtrent classificering van de doelgroep. In paragraaf 4.3 wordt de prevalentie van LVB-jongeren besproken (deelonderzoeksvraag 2). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie over deelonderzoeksvraag 2.

4.1 Definitie LVB in dit onderzoek: deelonderzoeksvraag 1

De definitie van een lichte verstandelijke beperking is ontleend aan de indicatie wijzer 4.1 van april 2011 die het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) publiceert. De mate van verstandelijke handicap is ingedeeld op basis van de IQ- score, waarbij een IQ tussen de 50 en 70 gezien wordt als een lichte verstandelijke handicap. Bovendien constateert het CIZ dat “op grond van historische overwegingen er in Nederland consensus is ontstaan dat, als er sprake is van ernstige en chronische beperkingen in sociale redzaamheid, leerproblemen en/of gedragsproblemen, een IQ- score tussen 70 en 85 eveneens mag worden opgevat als een lichte verstandelijke handicap.” (CIZ, 2011, p. 34).

Dus in dit onderzoek ga ik er vanuit dat iemand met een lichte verstandelijke beperking een IQ heeft tussen de 50 en 85 én bijkomende gedragsproblemen heeft. In dit rapport sluit ik mij aan bij de meer gangbaar geworden term licht verstandelijke beperking, zoals dat ook is verwoord door de Vereniging van Orthopedagogische Behandel Centra (VOBC) (augustus 2011).

De doelgroep van mijn woning is jongeren van 12 t/m 18 jaar, maar omdat er ook jongeren wonen die na hun 18^e jaar nog een tijd in de groep wonen is de bovengrens van de leeftijdscategorie inmiddels verschoven naar jong volwassenen. Omdat het CIZ de leeftijdscategorie jong volwassenen tot en met 23 jaar hanteert¹, wordt de bovengrens voor dit onderzoek ook op 23 jaar gesteld.

4.2 Internationale classificaties lichte verstandelijke beperking

De Wereld Gezondheid Organisatie (WHO) classificeert in de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision, version 2007 (ICD-10) niet alleen verschillende ziekten en aandoeningen, maar ook de mate van verstandelijke beperking. De WHO benoemt personen met een IQ van 50-69 als “mild mental retardation” (World Health organisation, 2011). In het ICD-10 is de classificatie van personen met een IQ van 70 tot en met 84 afwezig.

De American Psychiatric Association heeft een classificatie gemaakt van psychische stoornissen in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). In 2000 is de DSM-IV-Text Revisited gepubliceerd. Daarin is de classificering van de DSM afgestemd op die van het WHO. Naast de indeling van de mate van zwakzinnigheid (mental retardation), waarbij de DSM-IV-TR ook de term “mild mental retardation” gebruikt voor iemand met een IQ van 50 tot en met 69, classificeert de DSM-IV-TR ook zwakbegaafdheid als iemand met een IQ van 70 tot en met 84. De Engelse term is “Borderline Intellectual Functioning” (American Psychiatric Association, 2003).

Momenteel is er een herziening van de DSM-IV gaande en wordt de DSM-V voorbereid. Na consultatie van vele wetenschappers wordt voorgesteld om de IQ-grens voor een verstandelijke handicap los te laten. In plaats van te spreken van een “Mental retardation” (zwakzinnigheid) in

¹ CIZ (2011), p. 11

verschillende gradaties wordt voorgesteld om te spreken van een “Intellectual Developmental Disorder” (IDD) (verstandelijke ontwikkelingsstoornis). De voorgestelde wijziging betekent ook dat de in de DSM-IV omschreven “zwakbegaafdheid” (IQ 71-84) is komen te vervallen. In de DSM-V kan iemand met een IQ tussen de 71 en 84 gediagnosticeerd worden met IDD als de bijkomende problemen zodanig groot zijn dat een diagnose IDD gerechtvaardigd is (American Psychiatric Association, 2011).

4.3 Prevalentie licht verstandelijk beperkten en zwakbegaafden

Volgens de brochure van het VOBC zijn er in Nederland ongeveer 450.000 kinderen en jongeren met een IQ-score tussen 50 en 85. Daarvan is bij ongeveer 250.000 kinderen en jongeren sprake van bijkomende problemen als gevolg van hun beperkte sociale redzaamheid. Naar schatting kampen 40.000 van hen met ernstige, meervoudige problematiek waarbij gespecialiseerde zorg noodzakelijk is. Dat kan zich uiten in een beperkte sociale redzaamheid, leer- en opvoedingsproblemen, ernstige gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen waaronder autisme, ADHD, depressie en angststoornissen, vaak in combinatie met problemen in de gezinssituatie zoals mishandeling, verwaarlozing, verslaving of seksueel misbruik. Op latere leeftijd zijn er sterke risico's op zwerfgedrag, vereenzaming, criminaliteit en problematisch drank- en drugsgebruik.

De cijfers die het VOBC in haar brochure aangeeft voor prevalentie van LVG'ers blijken een schatting te zijn. Volgens het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) is de prevalentie van de licht verstandelijke gehandicapten mét bijkomende problematiek het moeilijkst in te schatten:

“Internationaal konden we geen schattingen vinden. De Nederlandse inschattingen extrapoleren de prevalentie van bijkomende problemen bij licht gehandicapten naar zwakbegaafden, al dan niet met een correctie, wat uiteraard zeer onzekere resultaten geeft. Wij komen ruwweg op een aantal van minimaal 15.000 en maximaal wellicht enkele honderdduizenden.” (Sociaal Cultureel Planbureau, maart 2010)

4.4 Conclusie deelonderzoeksvraag 2

Hoe groot is de prevalentie van licht verstandelijk beperkte jongeren?

Uit de wetenschappelijke discussie omtrent de definitie van wat onder een lichte verstandelijke beperking wordt verstaan valt af te leiden dat het ook moeilijk is om exact aan te geven hoe groot de groep LVB-jongeren is. Volgens het VOBC zijn er ongeveer 450.000 jongeren met een IQ tussen de 50 en 85, waarvan 250.000 jongeren ook te kampen hebben met bijkomende problemen.

Betekenis voor centrale onderzoeksvraag

Het is onduidelijk hoe groot de groep licht verstandelijk beperkte jongeren is in Nederland, het is echter wel een omvangrijke groep.

5. Wat wordt verstaan onder een traumagerelateerde stoornis

Nadat in het voorgaande hoofdstuk de term lichte verstandelijke beperking en de prevalentie van de doelgroep is beschreven, wordt in dit hoofdstuk aandacht gegeven aan de term traumagerelateerde stoornis (deelonderzoeksvraag 3). Een beknopte overzicht van het wetenschappelijke debat over wat een traumagerelateerde stoornis is, laat zien hoe moeilijk het is om de geconstateerde symptomen in een stoornis te vatten (paragraaf 5.1). Er blijken een aantal traumagerelateerde stoornissen te zijn. Het gaat dan vooral om PTSS (paragraaf 5.2) en de dissociatieve stoornissen (paragraaf 5.3). De acute stressstoornis (paragraaf 5.4) en de aanpassingsstoornis (paragraaf 5.5) worden even genoemd, maar zijn niet van belang voor dit onderzoek. In paragraaf 5.5 volgt de beantwoording van deelonderzoeksvraag 3 en wordt de betekenis daarvan voor de centrale onderzoeksvraag toegespitst.

5.1 Geschiedenis wetenschappelijk debat over traumagerelateerde stoornis

Petra Aarts (2007, p. 25) schrijft dat schokkende gebeurtenissen zich altijd al in de mensheid hebben voorgedaan. Pas laat in de negentiende eeuw kwamen deze traumatische ervaringen in de belangstelling te staan. Omdat toen pas het innerlijk leven van de mens centraal kwam te staan in de wetenschap. Freud en Janet legden een verband tussen eerdere individuele traumatische ervaringen, vooral seksueel misbruik enerzijds en het (afwijkende) gedrag van mensen anderzijds. De vooroorlogse psychoanalyse ging ervan uit dat zodra de stressopwekkende stimuli wegvielen er een vrijwel onmiddellijk en volledig herstel moest volgen.

Ook in de tweede helft van de 20^e eeuw was er lange tijd weinig aandacht voor de verwerking van traumatische gebeurtenissen, ondanks het feit dat er tijdens de tweede wereldoorlog op grote schaal vele miljoenen mensen getroffen zijn door traumatische ervaringen. Aarts (2007, p. 23) verklaart dit o.a. doordat de vigerende diagnostiek ontoereikend bleek om trauma's van dergelijke intensiteit en reikwijdte te begrijpen. Het was een periode van zoeken naar verklaringen voor symptomen (angst, slaapstoornis, emotionele blokkade, schuldgevoel, depressie, stoornis cognitie en geheugen en psychosomatiek) waar op dat moment geen wetenschappelijke verklaring voor was.

5.2 Post Traumatische Stress Syndroom (PTSS)

Wetenschappelijke en politieke ontwikkelingen in Amerika brachten grote veranderingen teweeg wat betreft het begrip trauma. Onder meer vanwege de traumatische ervaringen van soldaten die in de Vietnam oorlog hebben gevochten, is er in de Verenigde Staten ruime aandacht geweest voor de symptomen die deze soldaten beschreven. Dit resulteerde in de derde editie van de DSM, in 1980 tot het opnemen van de stoornis Post Traumatic Stress Syndroom Disorder (PTSS). Het voordeel van het PTSS-concept is de legitimering van posttraumatische klachten, de omschrijving van de symptoomclusters hebben empirisch en epidemiologisch onderzoek aanzienlijk gemakkelijker gemaakt, aldus Aarts (Aarts, 2007).

Ze wijst echter ook op kritieken die snel op het PTSS-concept werden geuit: het zou slechts de uiterlijke verschijningsvormen beschrijven van in werkelijkheid veel complexere verschijnselen en er was geen onderscheid meer tussen een trauma van een verkeersongeval of het overleven van een vernietigingskamp. Later kwam er nog meer kritiek op het PTSS-concept. Zoals: de psychische en lichamelijke gevolgen van ernstige traumatisering is complexer en gevarieerder dan de clusters van herbeleving, vermijding en verhoogde prikkelbaarheid. Andere angststoornissen gaan vaak samen met PTSS. Niet alle mensen die lijden voldoen aan de criteria van PTSS. De kernsymptomen

herbeleving, vermijding en prikkelbaarheid zijn een normale reactie op een abnormale situatie en het is volstrekt ontoereikend om posttraumatische reacties bij kinderen te beschrijven.

Veel van deze kritieken hebben er toe geleid dat het PTSS-concept in de DSM-IV is aangepast, die meer recht doet aan de complexiteit en gevarieerdheid van de symptomatologie, zoals het onderscheid tussen de acute traumarespons en de posttraumatische reacties op ernstige en langdurige trauma's (Aarts, 2007, pp. 30-32). In bijlage 2 is de classificatie van PTSS van de DSM-IV-TR opgenomen.

Hovens (2007) beschrijft in zijn artikel dat de hoge comorbiditeit opvallend is voor PTSS. Dat wil zeggen dat er ook nog één of zelfs meerdere andere ziektebeelden kunnen optreden. Naast PTSS komen vaak de volgende ziektebeelden voor: de gegeneraliseerde angststoornis, depressieve stoornis, paniekstoornis en fobieën. Om te kunnen achterhalen of bijvoorbeeld depressieve symptomen gerelateerd zijn aan een PTSS, zal bij de diagnose aandacht besteed moeten worden aan belangrijke levensgebeurtenissen. Een relatie tussen vroegere traumatische gebeurtenissen en latere depressieve klachten of angst wordt regelmatig gerapporteerd. Daar staat tegenover dat onderzoek ook aantoont dat er na een trauma een depressieve stoornis kan optreden, zonder dat er sprake is van een PTSS.

Het VOBC (augustus 2011) stelt dat uit onderzoek en in de praktijk duidelijk is geworden dat kinderen en jongeren met LVB een drie tot vier keer hoger risico hebben op het ontwikkelen van een psychiatrische stoornis. Het gaat veelal om vormen van autisme, ADHD, depressie en angst- en gedragsstoornissen. Het zijn deze comorbide stoornissen die het zicht op een eventuele PTSS bij LVB-jongeren kunnen verstoren.

5.3 Dissociatie als trauma gerelateerde stoornis

Anton Harfkenscheid (2007) gaat in een artikel nader in op de verschillende classificaties die in de DSM-IV-TR, 2001 zijn genoemd, waarin rechtstreeks wordt verwezen naar traumatische ervaringen of externe stressoren als oorzaak van psychiatrische klachten en symptomen: PTSS, acute stressstoornis en aanpassingsstoornissen. Daarnaast wordt ook binnen de hoofdgroep van de dissociatieve² stoornissen, naar traumatische ervaringen verwezen als mogelijke of waarschijnlijke oorzaak van bepaalde symptomen (dissociatieve amnesie, dissociatieve toestanden of dissociatieve stoornis niet anders omschreven). De classificatie van de dissociatieve stoornissen, van de DSM-IV-TR zijn in bijlage 3 opgenomen.

Hovens (2007) schrijft dat een aantal wetenschappelijk onderzoekers aangetoond hebben dat dissociatie ten tijde van een traumatische gebeurtenis een risicofactor is op het ontwikkelen van een PTSS. Een aantal factoren die dissociatie voorspellen zijn: jonge leeftijd, een geringere psychologische vaardigheid om te adapteren, een grote mate van externe locus of control, meer vermijdende coping strategieën, emotioneel reageren en de mate van subjectief ervaren dreiging.

De eerste vier genoemde factoren zijn mogelijk van belang voor de doelgroep van dit onderzoek. Het gaat immers om LVB-jongeren, die vanwege hun beperking minder vaardig zijn om zich aan te

² Dissociatie is het verschijnsel dat bepaalde hersenprocessen die normaal met elkaar contact hebben, los van elkaar functioneren. Een voorbeeld is de loskoppeling van herinnering en gevoel. Men herinnert zich een trauma, maar heeft er geen gevoel meer bij. (Rigter, Het Palet van de psychologie: stromingen en hun toepassingen in hulpverlening en opvoeding, 2008, p. 381)

passen aan hun omgeving en vaak een vermijdingsstrategie hebben ontwikkeld. Daar staat tegenover dat volgens Kleber (9 februari 2007, p. 10) de relatie tussen dissociatie en PTSS in recent onderzoek niet aangetoond is. In paragraaf 6.4 en 6.5 wordt nader ingegaan op de risicofactoren voor het ontwikkelen van een traumagerelateerde stoornis.

5.4 Aanpassingsstoornis

In de DSM-IV TR is de aanpassingsstoornis (bijlage 4) omschreven als het ontstaan van emotionele en gedragsymptomen in reactie op een herkenbare stress veroorzakende factor. De symptomen kunnen zijn: depressieve stemming, angst, stoornis in gedrag (of een gemengde vorm van genoemde verschijnselen). Voor dit onderzoek is het van belang om te constateren dat een levensgebeurtenis als een overstap naar een andere school of scheiding ook een stress veroorzakende factor kan zijn. Symptomen die kunnen wijzen op een aanpassingsstoornis, zoals depressieve stemming, angsten en gedragsstoornissen, zijn ook terug te vinden bij symptomen voor een PTSS en eerder bij paragraaf 5.2 beschreven als het probleem van comorbiditeit. Dat geldt ook voor de aanpassingsstoornis. De uiteindelijke diagnose zal bepalen welke symptomen de doorslag hebben gegeven voor het bepalen welke stoornis de meest bepalende is.

5.5 Acute stressstoornis

Een acute stressstoornis (zie bijlage 5) kan net zoals bij PTSS ontstaan na een traumatische ervaring en reacties oproepen van intense angst, hulpeloosheid of afschuw of dissociatieve symptomen veroorzaken. In die zin lijkt het op een PTSS, maar de acute stressstoornis duurt niet langer dan vier weken én treedt binnen vier weken na de traumatische gebeurtenis op, terwijl bij een PTSS de klachten langer dan een maand aanhouden en later kunnen optreden dan bij een acute stress stoornis (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2003, pp. 269-270). Vanwege de korte tijdspanne van de stoornis is de acute stressstoornis voor dit onderzoek niet van belang. De geconstateerde symptomen zijn wel van belang, want het kan duiden op een PTSS of dissociatieve stoornis.

5.6 Conclusie deelonderzoeksvraag 3

Wat wordt verstaan onder een traumagerelateerde stoornis?

Uit de literatuur blijkt dat er geen eenduidigheid is over de term die de lading dekt en al helemaal niet voor de licht verstandelijk beperkten. Bovendien blijkt dat verschillende stoornissen tegelijk kunnen optreden, waardoor het moeilijk is vast te stellen welke stoornis de boventoon voert. Er zijn verschillende traumagerelateerde stoornissen geclassificeerd. De post traumatische stressstoornis is daarbij wel de meest allesomvattende, maar ook de acute stressstoornis, de aanpassingsstoornis en verschillende dissociatieve stoornissen zijn van belang. De eerste en de laatste genoemde stoornis zijn het meest relevant voor deze scriptie. Uit onderzoek blijkt dat LVB-jongeren, vanwege hun beperking een veel grotere kans hebben op een comorbide stoornis als een angst of depressie stoornis. Daardoor kan het bestaan van een stoornis gerelateerd aan een traumatische ervaring moeilijk zijn waar te nemen bij de doelgroep. Bovendien blijkt dat LVB-jongeren vanwege hun beperking een grotere kans hebben op dissociatieve stoornissen, die mogelijk een trauma verbergen.

Betekenis voor centrale onderzoeksvraag

Redenen genoeg om bij signalering van een mogelijk trauma bij LVB-jongeren te letten op een breed scala aan symptomen, zowel symptomen van PTSS als andere traumagerelateerde stoornissen.

6. Verwerking trauma en risicofactoren traumagerelateerde stoornis

Nadat in het vorige hoofdstuk een beschrijving is gegeven van het begrip traumagerelateerde stoornis, wordt in dit hoofdstuk in de eerst ingegaan op hoe een trauma wordt verwerkt (deelonderzoeksvraag 4). Daarna komen de risicofactoren voor het ontwikkelen van een trauma aan bod (deelonderzoeksvraag 5). In paragraaf 6.1 wordt ingegaan op de wijze waarop volgens de cognitieve gedragstherapie en neurobiologie traumatische ervaringen in het algemeen worden verwerkt. In paragraaf 6.2 wordt besproken hoe informatie en traumatische ervaringen door LVB-jongeren worden verwerkt. In paragraaf 6.3 wordt deelonderzoeksvraag 4 beantwoord. In paragraaf 6.4 worden de risicofactoren voor het ontwikkelen van een traumagerelateerde stoornis in het algemeen beschreven en in paragraaf 6.5 worden die toegespitst op LVB-jongeren. Tot slot wordt in paragraaf 6.6 deelonderzoeksvraag 5 beantwoord.

6.1 Hoe wordt een traumatische ervaring verwerkt: algemeen

De cognitieve gedragstheorie gaat ervan uit dat mensen verwachtingen hebben over de werkelijkheid. Dit worden cognitieve schema's genoemd. Jakop Rigter (2008) schrijft hierover:

“Cognitieve schema's dienen als leidraad voor het selecteren, interpreteren, herinneren en verwerken van informatie. Waarneming is te beschrijven als een wisselwerking tussen cognitieve schema's en de informatie uit de omgeving” (Rigter, 2008, pp. 192-193).

Kleber (2007) past deze theorie toe bij het verklaren van het verwerken van een traumatische ervaring.

“De informatie die vervat is in ingrijpende gebeurtenissen is van zo een afwijkende aard, dat de betrokkene de bestaande opvattingen en verwachtingen (de cognitieve schema's) over zichzelf, de anderen, de wereld en de toekomst bij moet stellen. Zolang deze schema's niet op adequate wijze zijn aangepast aan de informatie vervat in de schokkende gebeurtenis, doen zich intense herbelevingen, flashbacks en nachtmerries voor. Als bestaande cognitieve schemata eenmaal zijn aangepast of met veel moeite weer zijn opgebouwd, spreekt men van integratie van de schokkende gebeurtenis. Dit proces neemt enige tijd in beslag, soms zelfs een heel lange tijd” (Kleber R. J., 2007, pp. 166-167).

De verwerking van een traumatische ervaring kan niet alleen beschreven worden via een theoretisch model als de cognitieve schema's. Ook de neurobiologische aspecten geven inzicht in hoe prikkels door de hersenen in het algemeen en specifiek bij een traumatische ervaring verwerkt worden. Wybrand op de Velde en Bessel van de Kolk (2007) concluderen dat:

“De veranderingen in neuronale netwerken, neurotransmissie en hormoonhuishouding maken een aantal verschijnselen van PTSS begrijpelijk, zoals verhoogde prikkelbaarheid, vermijdingsgedrag, neiging tot zelfbeschadigingen en moeite met het onderscheiden van prikkels. Mogelijk spelen neurobiologische veranderingen een rol bij de opslag en het oproepen van traumatische herinneringen” (Velde, op den & Kolk, van der, 2007, p. 123).

6.2 Hoe wordt een traumatische ervaring verwerkt bij LVB-jongeren

De wetenschappelijke inzichten over hoe informatie in het algemeen wordt verwerkt door LVB-jongeren is handzaam en kort op de website van het landelijk kenniscentrum kinder- en

jeugdpsychiatrie (kjp) weergegeven. Hieronder volgt een belangrijk deel van de informatie van hun website (Landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2012). De bronnen waar naar verwezen wordt zijn hier niet opgenomen, maar staan wel op de website van het kjp vermeld.

“Vergeleken met mensen met een gemiddelde intelligentie zien we bij personen met een verstandelijke beperking meer problemen bij de verwerking van informatie. Uit onderzoek blijkt dat het verbale werkgeheugen van jeugdigen met een LVB minder goed functioneert dan dat van jeugdigen van dezelfde leeftijd zonder een LVB. Jeugdigen met een LVB hebben een beperktere aandachtspanne en hebben moeite met ordenen, rangschikken en differentiëren van informatie. Mensen met een verstandelijke beperking blijken problemen te hebben met het systematisch herkennen en oplossen van probleemsituaties.

Jeugdigen met een LVB lijken een voorkeur te hebben voor zowel meer agressieve als passieve oplossingen, in plaats van voor assertieve oplossingen. Een verklaring voor de meer negatieve interpretatie van sociale informatie door jeugdigen met een LVB ligt in hun beperkte sociaal inzicht, beperkt probleemoplossend vermogen en in beperkingen in emotieherkenningen. We zien ook vaak een negatief zelfbeeld en negatieve verwachting ten aanzien van reacties uit de omgeving en een beperkt vermogen om zich te kunnen verplaatsen in het perspectief van de ander.”

(Landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2012)

Hieruit blijkt dat het voor LVB-jongeren veel moeilijker is om informatie, onder andere een traumatische ervaring te verwerken dan niet-LVB-jongeren.

6.3 Conclusie deelonderzoeksvraag 4

Hoe wordt een traumatische ervaring verwerkt?

Volgens de cognitieve gedragstheorie zal door een traumatische ervaring de bestaande opvattingen en verwachtingen over de persoon zelf, de anderen, de wereld en de toekomst bijgesteld moeten worden. Zolang deze cognitieve schema's niet op adequate wijze zijn aangepast aan de informatie die verbonden zijn aan de schokkende gebeurtenis, doen zich intense herbelevingen, flashbacks en nachtmerries voor. LVB-jongeren blijken vanwege hun beperking veel moeite te hebben om informatie en traumatische ervaringen te verwerken. Vanwege hun beperking lijken LVB-jongeren een voorkeur te hebben voor zowel meer agressieve als passieve oplossingen, hebben vaak een negatief zelfbeeld en negatieve verwachting ten aanzien van reacties uit de omgeving en een beperkt vermogen om zich te kunnen verplaatsen in het perspectief van de ander. Neurobiologisch onderzoek laat zien dat veranderingen in neuronale netwerken, hormoonhuishouding en neurotransmissie een aantal verschijnselen van PTSS begrijpelijk maken, zoals moeite met onderscheiden van prikkels, verhoogde prikkelbaarheid, vermijdingsgedrag en zelfbeschadiging.

Betekenis voor centrale onderzoeksvraag

Door de kwetsbaarheid van LVB-jongeren bij verwerken van informatie en traumatische ervaringen, is het tijdig signaleren van een mogelijk trauma van belang voor verwerking daarvan.

6.4 Risico factoren voor ontwikkelen traumagerelateerde stoornis: algemeen

Nadat aandacht is gegeven aan de wijze waarop een traumatische ervaring wordt verwerkt wordt nu de vraag gesteld waarom de ene persoon na een traumatische ervaring juist wel een stoornis ontwikkeld en een ander niet. Wat zijn de risicofactoren. Hovens (2007) stelt dat:

“het een ervaringsfeit is dat trauma gerelateerde gebeurtenissen een zeer variabel beloop kunnen hebben, waarbij externe of interne omstandigheden bepaalde symptomen kunnen oproepen of verheiligen.” (Hovens, 2007, p. 92)

Hovens geeft een opsomming van risicofactoren die van invloed kunnen zijn op het ontstaan van vroege of late klachten: de ernst van de gebeurtenis en hoe deze wordt ervaren, biologische kwetsbaarheid van het individu, de leeftijd ten tijde van het trauma, persoonlijkheidskenmerken en de vaardigheden om spanning te reguleren, de opvang na de traumatische gebeurtenissen, de reactie van de omgeving en eventuele eerdere of latere traumatische ervaringen die zijn opgedaan.

6.5 Risico factoren voor ontwikkelen traumagerelateerde stoornis: LVB-jongeren

Deze risicofactoren gelden voor elk individu, maar daarnaast zijn er nog specifieke risicofactoren te benoemen voor de groep (licht) verstandelijk beperkte jongeren. Mevissen en de Jongh hebben een aantal bevindingen uit de literatuur onderzocht wat de risico factoren zijn voor mensen met een verstandelijke beperking in het ontwikkelen van een PTSS (Mevissen & de Jongh, 2010).

Het blijkt dat psychiatrische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking twee tot vier keer zoveel voorkomen in vergelijking met de gemiddelde bevolking. Personen met een verstandelijke beperking hebben vaker een traumatische ervaring meegemaakt dan personen zonder een verstandelijke beperking, vooral seksueel en fysiek geweld. Kinderen met een verstandelijke beperking hebben meer negatieve levensgebeurtenissen meegemaakt dan kinderen zonder een verstandelijke beperking. Personen met een verstandelijke beperking maken meer verschillende traumatische ervaringen mee dan personen zonder een verstandelijke beperking. Personen met een verstandelijke beperking zijn kwetsbaarder voor de negatieve effecten van een trauma dan personen zonder een verstandelijke beperking.

6.6 Conclusie deelonderzoeksvraag 5

Welke risico factoren zijn er voor het ontstaan van een traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren?

Uit de literatuur komt naar voren dat het sterk afhangt van externe en interne omstandigheden waarom de ene persoon wel een stoornis ontwikkeld na een traumatische gebeurtenis en de ander niet. LVB-jongeren kennen daarnaast nog vele extra risicofactoren voor het ontwikkelen van een trauma, omdat ze vaker een traumatische ervaring hebben meegemaakt, meer negatieve levensgebeurtenissen hebben meegemaakt, meer verschillende traumatische ervaringen hebben meegemaakt, meer stoornissen en gedragsproblemen ontwikkelen, die vaak ernstiger zijn en ze zijn kwetsbaarder voor de negatieve effecten van een trauma, dan niet LVB'ers.

Betekenis voor centrale onderzoeksvraag

Vanwege de vele risicofactoren bij LVB-jongeren op het ontwikkelen van een traumagerelateerde stoornis is het van belang alert te zijn op signalen van een dergelijke stoornis

7. Diagnostiek bij vaststellen traumagerelateerde stoornissen

Na de benoeming van de risicofactoren voor het ontwikkelen van een traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren, wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de verschillende diagnostische middelen die er zijn om een dergelijke stoornis vast te kunnen stellen (deelonderzoeksvraag 6). In paragraaf 7.1 wordt ook stilgestaan bij de beperkingen van deze middelen. In paragraaf 7.2 wordt het belang van observatie van gedrag en gedragsveranderingen bij LVB-jongeren onderstreept. Tot slot wordt in paragraaf 7.3 deelonderzoeksvraag 6 beantwoord.

7.1 Diagnostische middelen bij vaststellen traumagerelateerde stoornissen

Harfkenscheid (2007) merkt in zijn artikel op dat DSM-classificaties meestal tot stand komen door open, ongestructureerde vraaggesprekken met de patiënt. Hij benoemt dat daardoor diagnostici een geheel eigen, subjectieve, sturing en invulling kunnen geven aan de verkregen informatie. Om dit bezwaar tegen te gaan zijn er gestructureerde vragenlijsten ontworpen. Het Klinisch Interview voor PTSS is specifiek ontworpen om PTSS te classificeren.

Daarnaast zijn er een groot aantal gestandaardiseerde vragenlijsten ontwikkeld, waarmee de patiënt zelf – zonder tussenkomst van de diagnosticus – de aard en ernst van posttraumatische klachten beoordeelt. Het is niet duidelijk of deze vragenlijsten geschikt zijn voor licht verstandelijk beperkte jongeren. Het classificatiesysteem van de DSM heeft een categoriale benadering van het stellen van een diagnose, waarbij het gaat om de vraag of iemand wel of geen stoornis heeft. De gestandaardiseerde vragenlijsten hebben een dimensionale benadering, waarbij het gaat om de mate waarin bepaalde symptoomclusters zich voordoen.

In Nederland zijn er drie belangrijke vragenlijsten: de schokverwerkingslijst, de zelfinventarisatielijst PTSS en de PTSS-klachtenschaal. Alle drie de lijsten omvatten de dimensies herbeleving en vermijding. De laatste twee lijsten hebben ook nog de dimensie prikkelbaarheid. Harfkenscheid benoemt ook hier een aantal beperkingen, zoals het feit dat deze vragenlijsten:

“slechts informatie geven over de door de patiënt zelf ervaren aard en ernst van de klachten en symptomen, en niet over de negatieve uitwerking ervan in de binnenwereld en de buitenwereld van de patiënt” (Harfkenscheid, 2007, p. 79).

Uit onderzoek van Elias et al (2009) blijkt dat gedragskundigen gebruik maken van een hele range aan diagnostische middelen om een trauma bij kinderen en LVB jongeren te kunnen achterhalen. De gehele lijst staat in bijlage 6 vermeld. Observatie is een belangrijk middel, maar ook verschillende vragenlijsten. Er worden vragenlijsten gebruikt die specifiek gericht zijn op het herkennen van een trauma, maar ook voor het in kaart brengen van angst, depressie, dissociatie of probleemgedrag. Daarnaast wordt ook een interview met de jongere of leden van het systeem van de jongere als diagnostisch middel genoemd. Niet alle middelen worden tegelijk gebruikt.

7.2 Observatie gedrag cruciaal bij diagnostiek LVB-jongeren

Elias et al (2009) concluderen in hun rapport dat observatie door de professionals (gedragskundigen) als een grote bron van informatie wordt beschouwd. De professionals zijn specifiek gericht op het gedrag en/of gedragsveranderingen van kinderen en jongeren met een LVB omdat dit voor de doelgroep een belangrijke uitingsvorm voor sociaal-emotionele problemen is.

Mevissen en de Jongh (2010) benoemen een aantal verklaringen waarom PTSS bij verstandelijk gehandicapten moeilijk is te zien door begeleiders van verstandelijk beperkten. Naast de hoge comorbiditeit en het ontbreken van een specifiek diagnostisch instrument benoemen ze ook dat professionals niet altijd alert zijn op de opeenstapeling van kleine trauma's bij de doelgroep. Zij stellen dat de voortdurende faalervaringen bij (licht) verstandelijk beperkten of het meemaken van cumulatieve negatieve levensgebeurtenissen, mogelijk de kwetsbaarheid verhoogt bij mensen met een verstandelijke beperking op het ontwikkelen van PTSS symptomen of aanverwante stoornis. Mevissen en de Jongh benadrukken dat het belangrijk is om meer aandacht te besteden aan gedragsveranderingen na potentieel negatieve levensgebeurtenissen.

7.3 Conclusie deelonderzoeksvraag 6

Welke diagnostische middelen zijn er voor het vaststellen van een traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren?

Uit de literatuur is naar voren gekomen dat er een paar beperkingen zijn bij de diagnostische middelen. Zo kan bij een open ongestructureerd interview de professional een subjectieve sturing geven aan het gesprek. De vragenlijsten hebben een dimensionale benadering, terwijl de DSM een categoriale benadering heeft. Bij zelfrapportages gaat het om de klachten zoals die door de betrokkene wordt ervaren en is het de vraag of de werkelijke klachten wel bekend worden. Bovendien is het niet duidelijk of zelfrapportagevragenlijsten ook geschikt zijn voor licht verstandelijk beperkte jongeren. Ondanks de beperkingen is ook uit de literatuur naar voren gekomen dat een combinatie van verschillende diagnostische middelen van belang is voor het kunnen signaleren van een mogelijk traumagerelateerde stresssyndroom. Het gaat dan vooral om observatie van gedragsproblemen en gedragsveranderingen bij LVB-jongeren, zeker na belangrijke en/of traumatische levensgebeurtenissen. Daarnaast zijn er vele vragenlijsten ontwikkeld die afgenomen kunnen worden door professionals bij kinderen en jongeren, die ook bij de LVB-jongeren gebruikt worden om vast te stellen in hoeverre de jongere last heeft van symptomen die kunnen duiden op een traumagerelateerde stoornis of gedragsprobleem.

Betekenis voor centrale onderzoeksvraag

Bij signalering van een mogelijk trauma bij LVB-jongeren is observatie van gedragsproblemen en gedragsveranderingen, vooral bij ingrijpende levensgebeurtenissen, van cruciaal belang. Bovendien is het van belang dat de vragenlijsten om een mogelijk trauma te kunnen achterhalen – ondanks de beperkingen – op een breed scala aan symptomen van PTSS en andere trauma gerelateerde stoornissen ingezet moeten worden.

8. Vaststelling trauma gerelateerde stoornis bij LVB-jongeren

Na de bespreking van de diagnostische middelen wordt in dit hoofdstuk stil gestaan bij de criteria op basis waarvan een traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren wordt vastgesteld (deelonderzoeksvraag 7). In paragraaf 8.1 blijkt dat dit niet eenvoudig is op basis van de DSM-IV-TR. In paragraaf 8.2 wordt aandacht gegeven aan de voorstellen om in de DSM-V meer aandacht te geven aan de symptomen bij kinderen en jongeren. In paragraaf 8.3 blijkt dat dit nog onvoldoende kan zijn en dat de DM-ID mogelijk een verbetering is voor het vaststellen van een trauma bij LVB-jongeren. In paragraaf 8.4 deelonderzoeksvraag 7 beantwoord.

8.1 Problemen criteria PTSS DSM-IV voor diagnose bij LVB-jongeren

Wat betreft de problemen om de criteria van PTSS te betrekken op kinderen en adolescenten, stelt Wolters (2007) dat:

“het wellicht zinvoller is om ook te letten op algemene symptomen, tekenen van een gestagneerde psychologische ontwikkeling, gestoorde socialisatie en het later beloop van de klachten. Voorts is het van betekenis inzicht te krijgen in de rol van interveniërende factoren, zoals vroegere gezinspathologie of de psychiatrische stoornis van de ouders. Bij jongeren die langdurig onderworpen zijn aan uiteenlopende vormen van verwaarlozing, mishandeling of seksueel misbruik, staan alle facetten van de ontwikkeling voortdurend onder druk. Zij ontwikkelen een negatief coping-repertoire³ en vertonen vaak een gestoord socialisatiepatroon⁴. Een groot aantal (gedrag)stoornissen, emotionele problemen, depressies en persoonlijkheidsstoornissen kan daarvan het gevolg zijn. PTSS is vaak nauwelijks aantoonbaar of in een zeer fragmentarische vorm.” (Wolters, 2007, p. 398).

Volgens Wolters is het bij jongeren beter om gedragsproblemen te signaleren en deze te koppelen aan vroegere levensgebeurtenissen

8.2 DSM-V: meer aandacht voor symptomen bij kinderen en jongeren

Momenteel wordt de DSM volledig herzien. De vijfde editie zal in mei 2013 gepubliceerd worden.⁵ In voorbereidende discussiegroepen zijn er allerlei voorstellen gedaan voor een nieuw classificatiesysteem. Zoals het er nu naar uitziet komt er een aparte classificatie voor ‘Trauma and Stressor related Disorders’ en zal het niet meer in de categorie angststoornissen vallen. De trauma gerelateerde stoornissen hebben met elkaar gemeen dat externe gebeurtenissen een belangrijke bijdrage leveren voor het ontstaan van problemen (Friedman & al, 2011).

Een andere opvallend voorstel in de herziening van de DSM, is dat er meer rekening wordt gehouden met de verschillen in symptomen per leeftijdscategorie, waarbij er een onderscheid wordt gemaakt in ‘pre-school age’ (jonger dan zes jaar) en ‘school age and young adolescents’ (7-14 jaar). In de DSM-IV is er voor sommige symptomen al een specificatie gemaakt voor hoe de symptomen zich manifesteren bij kinderen, maar de genoemde wijzigingen gaan verder (Scheeringa & al., 2010).

³ Coping stijl: het leren omgaan met (angstaanjagende) situaties en hoe deze op te lossen ((Rigter, Ontwikkelingspsychopathologie bij jeugdigen en adolescenten, 2010, p. 369)

⁴ Socialisatie: de sociale en materiële omgeving waarin de persoon zich bevindt beïnvloeden het gedrag van mensen volgens de omgevingspsychologie (Rigter, Het Palet van de psychologie: stromingen en hun toepassingen in hulpverlening en opvoeding, 2008, p. 311)

⁵ (American Psychiatric Association)

Kritiek op de voorgestelde wijzigingen van de DSM-V kan niet uitblijven, gezien de hoeveelheid kritiek op eerdere versies van de DSM. Zo stelt Rolf J. Kleber (9 februari 2007) dat *“de voorgestelde veranderingen in definitie en criteria van PTSS zo drastisch zijn, dat men vele gegevens over prevalentie en symptomen kan weggooien en welhaast opnieuw kan beginnen”*.

8.3 Is de DM-ID meer toegespitst op symptomen bij LVB-jongeren?

Mevissen en de Jongh (2010) waarschuwen voor een relativering als het gaat om conclusies over de invloed van PTSS op mensen met een verstandelijke beperking, vanwege het geringe aantal wetenschappelijke studies naar PTSS bij mensen met een verstandelijke beperking. Een stap in de goede richting vinden zij het opstellen van een speciaal handboek voor de diagnose van psychiatrische stoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking; de Diagnostic Manual – Intellectual Disability (DM-ID). De DM-ID gaat uit van de DSM-IV-TR en stelt bij vele stoornissen aparte criteria voor kinderen (die veelal opgenomen zullen worden in de DSM-V) en criteria voor mensen met een verstandelijke beperking- af en toe ook uitgesplitst in een lichte en zware verstandelijke beperking. Voor zover mij is bekend zullen deze criteria niet in de DSM-V worden opgenomen. De DM-ID voor PTSS is opgenomen in bijlage 7.

Er zijn een aantal criteria van PTSS in de DM-ID aangepast aan mensen met een verstandelijke beperking bij PTSS. Bij criterium A1: de notie dat de potentiële traumatische gebeurtenissen breder zijn bij mensen met een verstandelijke beperking. Bij criterium B1 de notie dat zelfverwonding veelvuldig voorkomt. Bij criterium B2 de notie dat angstdromen vaker voorkomen. Bij criterium C2 en C4 de notie dat vluchtgedrag omschreven kan worden als ‘niet mee willen werken’. En bij criteria C3 de notie dat het zich niet kunnen herinneren wat er is gebeurd een gevolg kan zijn van de verstandelijke beperking.

8.4 Conclusie deelonderzoeksvraag 7

Hoe kan een traumagerelateerde stoornis vastgesteld worden bij LVB-jongeren?

Het is moeilijk om een traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren vast te stellen, vanwege de grote hoeveelheid bijkomende emotionele en gedragsproblemen die inherent zijn aan deze doelgroep. Symptomen van een mogelijk PTSS (of andere trauma gerelateerde stoornis) overlappen met deze reeds aanwezige symptomen, maar zijn wel van belang voor de groep LVB-jongeren. De huidige diagnostische instrumenten blijken veelal ontoereikend voor het vaststellen van de trauma stoornis. In de nieuwe DSM-V zal er meer rekening worden gehouden met het feit dat symptomen van een trauma zich anders manifesteren bij kinderen en jongeren dan bij volwassenen. Maar daarmee zal het nog steeds ontoereikend zijn voor de specifieke LVB-jongeren groep. Mogelijk sluit de DM-ID meer aan bij mensen met een (licht) verstandelijk beperking. De DM-ID wijst erop dat symptomen van een PTSS bij LVB'ers gepaard kunnen gaan met algemene gedragsproblemen.

Betekenis voor centrale onderzoeksvraag

Met de huidige diagnostische instrumenten is het moeilijk om een trauma gerelateerde stoornis bij LVB-jongeren vast te stellen. Enerzijds vanwege het ontbreken van criteria voor de deze doelgroep en anderzijds vanwege de overlappende symptomen van de verstandelijke beperking met die van een trauma gerelateerde stoornis. Voortschrijdend wetenschappelijk onderzoek is noodzakelijk om dit probleem op te lossen. Zeker is wel dat gelet moet worden op gedragsproblemen bij LVB'ers.

9. Prevalentie traumagerelateerde stoornis

In de voorgaande hoofdstukken is uitvoerig ingegaan op de terminologie licht verstandelijke beperkte jongeren en traumagerelateerde stoornis. Hoe een traumatische ervaring verwerkt wordt. Wat de risicofactoren zijn om bij dit verwerkingsproces een stoornis op te lopen. Welke diagnostische middelen er zijn voor professionals om een eventuele traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren op te sporen. En hoe het daarna vastgesteld kan worden. In paragraaf 9.1 wordt ingegaan op de mate waarin een trauma gerelateerde stoornis zich voordoet (deelonderzoeksvraag 8). Dit blijkt moeilijk te meten te zijn. De problemen die LVB-jongeren ervaren zijn er niet minder om. In paragraaf 9.2 wordt deelonderzoeksvraag 8 beantwoord.

9.1 Prevalentie traumagerelateerde stoornis: moeilijk te meten

Hovens (2007) benoemt cijfers uit een onderzoek van Kessler uit 1995, waaruit naar voren kwam dat 60,7 procent van de mannen en 51,2 procent van de vrouwen gedurende het leven minstens een traumatische gebeurtenis had meegemaakt. Kleber (2007, p. 169). gaat in zijn artikel in op de prevalentie van een trauma. Hij stelt dat de relatie tussen traumatische ervaringen en psychische stoornissen niet lineair is. Lang niet altijd volgt psychopathologie op de ervaringen en niet altijd houdt psychopathologie een posttraumatische stressstoornis in. De frequentie van ernstige psychische problematiek na type I (= eenmalige gebeurtenissen, zoals verkrachting, beroving of auto-ongelukken) varieert tussen vijf en dertig procent.

De prevalentie van psychische stoornissen bij type II trauma's (= langdurige gebeurtenissen, zoals oorlog, marteling, seksueel misbruik, verwaarlozing en lichamelijke mishandeling) is minder duidelijk. Bij representatieve steekproeven van oorlogsgetroffenen lopen schattingen uiteen van 15, 25, 40 of 50%. De wetenschappelijke literatuur heeft zich veel minder bezig gehouden met oorlogsgetroffenen die geen klachten zouden hebben dan met oorlogsgetroffenen die zich tot de hulpverlening hebben gewend. Deze uiteenlopende prevalentie cijfers geven aan dat men voorzichtig moet zijn met het gebruiken van stoornisconcepten als niet duidelijk is of de getroffen persoon daadwerkelijk lijdt aan een posttraumatische stressstoornis of een aanverwante aandoening. In zijn oratie relateert Kleber (9 februari 2007) de prevalentie cijfers van een PTSS:

“De belangrijkste anomalie betreft het feit dat weliswaar de gehele traumaliteratuur is vergeven van het concept PTSS, maar dat slechts weinig getroffen personen lijden aan deze stoornis. Prevalentiecijfers variëren om de 10 procent.” (Kleber R. J., 9 februari 2007, p. 5).

Uit het voorgaande blijkt dat het ook onduidelijk is hoe hoog de prevalentie is van een trauma gerelateerde stoornis bij LVB-jongeren. Wel is duidelijk dat de risicofactoren genoemd in paragraaf 7.3 het prevalentiecijfer beïnvloeden. Evenals de constatering van paragraaf 8.1 dat de diverse gedragsproblemen bij LVB-jongeren moeilijk gekoppeld kunnen worden aan een mogelijk trauma.

9.2 Conclusie deelonderzoeksvraag 8

Hoe groot is de prevalentie van een traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren?

Het is niet duidelijk hoeveel LVB-jongeren een traumagerelateerde stoornis ontwikkelen. Zoals eerder is geconcludeerd hebben ze wel een verhoogd risico daarop, hun problemen zijn vaak ernstiger en hun gedragsproblemen maskeren een mogelijk traumagerelateerde stoornis. Daarom is het van belang om de symptomen van een dergelijke stoornis vroegtijdig te kunnen signaleren.

10. Betekenis conclusies literatuuronderzoek voor onderzoeksvraag

In dit hoofdstuk worden de conclusies die betrekking hebben op het literatuuronderzoek van een betekenis voorzien voor de centrale onderzoeksvraag. Dit hoofdstuk vormt samen met de betekenis van de conclusies van de interviews (hoofdstuk 14) de bouwstenen voor het beantwoorden van de centrale onderzoeksvraag (hoofdstuk 15) en het advies in deel IV.

Voor de begeleiders van LVB-jongeren is het noodzakelijk om te weten dat LVB-jongeren niet alleen een verhoogde kans hebben op een traumagerelateerde stoornis ten opzichte van andere jongeren, maar ook dat de ernst van de stoornis groter is dan bij niet-LVB'ers. Zeker als het gaat om LVB-jongeren die te maken hebben gehad met langdurige of meerdere traumatische ervaringen en/of levensgebeurtenissen. Het is noodzakelijk voor de begeleider om niet alleen de voorgeschiedenis te kennen van de LVB-jongeren, maar ook de levensgebeurtenissen tijdens het verblijf van de LVB-jongeren in de woning goed in kaart te brengen. Daarbij is het van belang om goed te letten op verschillende signalen van de LVB-jongeren die niet alleen te maken kunnen hebben met een trauma gerelateerde stoornis, maar ook met gedragsproblemen en gedragsveranderingen. Met de huidige diagnostische instrumenten is het moeilijk om een traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren vast te stellen. Voortschrijdend wetenschappelijk onderzoek is noodzakelijk om dit probleem op te lossen. Uit de literatuur komt naar voren dat een professional een LVB-jongeren zal moeten observeren op vele verschillende symptomen van diverse traumagerelateerde stoornissen en zich daarbij continu moet afvragen in welke context de gedragingen geplaatst moeten worden en eventueel gerelateerd kunnen worden aan een mogelijk traumatische ervaring.

DEEL III: INTERVIEWS

Uit het literatuuronderzoek van deel II is naar voren gekomen dat observatie van gedragsproblemen en gedragsveranderingen na levensgebeurtenissen van een LVB-jongere van belang is voor het signaleren van een mogelijk traumagerelateerde stoornis.

In deel III wordt via interviews van enkele gedragskundigen en begeleiders van stichting Ipse de Bruggen achterhaald hoe zij een dergelijke stoornis signaleren, of zij rekening houden met de bevindingen uit de literatuur en hoe de werkwijze aangepast kan worden (deelonderzoeksvragen negen tot en met elf). De bevindingen uit deze interviews worden aangevuld met een interview met een externe deskundige. Daarna volgt de conclusie van het onderzoek en een discussie over de geldigheid en betrouwbaarheid van het onderzoek. Deel III eindigt met voorstellen voor de aanpassing van de huidige werkwijze. In deel IV wordt dit uitgewerkt in een advies aan het Regionaal Expertise Centrum.

11. Werkwijze herkenning mogelijk trauma bij LVB-jongeren

De huidige werkwijze binnen Stichting Ipse de Bruggen om een mogelijk traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren te herkennen is onderzocht op basis van interviews met twee gedragskundigen en zeven senior begeleiders. Zij zijn allen werkzaam op een LVB-jongeren woning of OBC in de regio Delft – Nootdorp. Zie ook paragraaf 3.2 t/m 3.4 voor informatie over de selectie van de woningen en begeleiders.

Paragraaf 11.1 gaat in op de eerste fase van het herkennen van een mogelijk trauma: het leren kennen van de voorgeschiedenis. Dit verloopt in een paar stappen: de voorbespreking, de intake en de eerste evaluatie van de cliënt na zes weken. Bij dit proces is een goed contact met de familie belangrijk. In paragraaf 11.2 wordt de tweede fase besproken: de observatie van het gedrag, de gedragsproblemen en de gedragsveranderingen tijdens het verblijf van de LVB-jongere op de woning. Dit is een belangrijke fase omdat het er daarbij op aankomt om het diverse gedrag op een juiste en gestructureerde wijze te interpreteren en te linken aan een mogelijk trauma. Zie ook paragraaf 10.2.

In paragraaf 11.3 komt de derde fase aan bod waarin de gedragskundige overgaat tot het inzetten van traumataxatie op basis van de eerder opgedane kennis. Tot slot komt kort de laatste fase aan bod: de diagnose (11.4). De werkwijze waarop gedragskundigen en begeleiders omgaan met trauma herkenning is afhankelijk van het karakter van de woning: een 24-uursbegeleidingsgroep of ook een behandelgroep of ambulante begeleiding (11.5).

11.1 Voorgeschiedenis

Het leren kennen van de voorgeschiedenis is van belang bij het kunnen begrijpen van het gedrag van de jongeren. Voor de intake is er een voorbespreking van het dossier van de jongere (paragraaf 11.1.1). Zes weken na plaatsing volgt een eerste evaluatie (paragraaf 11.1.2). Het blijkt dat contact met de familie bij het leren kennen van de voorgeschiedenis belangrijk is (paragraaf 11.1.3).

11.1.1 Voorbespreking en intake

De gedragskundige benadrukt dat de werkwijze ervan afhangt met welke informatie een cliënt binnenkomt. Het gebeurt praktisch nooit dat een cliënt zonder informatie binnenkomt bij de stichting, omdat er bijna altijd een doorverwijzing is [vooral van Bureau Jeugdzorg, de MEE, de William Schrikker Stichting of een interne overplaatsing, BB], waardoor er al een dossier met een persoonsbeeld en een voorgeschiedenis van de cliënt aanwezig is.

Voor de intake is er meestal een voorbespreking van de voorgeschiedenis van de cliënt in een multidisciplinair team, zo blijkt uit een antwoord van een begeleider:

“een trauma wordt wel eens bespreekbaar gemaakt tijdens voorbesprekingen van de intake en dan wordt er in de intake wel wat aandacht op gelegd” (begeleider 1)

Uit de voorgeschiedenis en het persoonsbeeld kan al bij de intake blijken dat er een diagnose van een PTSS is gesteld, maar dat is eigenlijk bijna nooit het geval. Wel zijn er dan al vaak aanwijzingen dat de gedragsproblemen gerelateerd kunnen worden aan vroegere traumatische gebeurtenissen. Dat hoeft nog niet direct op een PTSS te wijzen, omdat niet iedereen die traumatische ervaringen heeft meegemaakt een PTSS ontwikkelt, aldus de gedragskundige.

11.1.2 Eerste evaluatie

Het einde van de eerste fase is de eerste evaluatie, die meestal na zes weken is gepland op basis waarvan het eerste zorg- en begeleidingsplan wordt opgesteld. Voor het herkennen van een mogelijk trauma blijkt deze periode aan de korte kant.

“Maar in de eerste periode zie je toch een wenperiode van de cliënt en gedragen ze zich over het algemeen redelijk. Ze zijn zelf ook aan het wennen en daardoor zie je nog niet echt de gedragingen...” (begeleider 1)

“als je er zo over nadenkt, vaak ga je toch eerst met zo’n cliënt aan de slag wil je hem een nieuwe kans geven he dat je niet direct gelijk een stempel erop plakt.... laten we eerst maar eens kijken hoe hij zich hier ontwikkeld en later.... ja dan ga je nadenken van bepaald gedrag, oh kan dat daar van zijn...” (begeleider 5)

De begeleiding kan het gedrag van de jongeren observeren, maar nog niet goed genoeg plaatsen, zo blijkt uit de opmerkingen van een paar begeleiders.

11.1.3 Familie belangrijk bij voorgeschiedenis

De sleutelinformant, Liesbeth Mevissen, benoemt ook dat het kennen van de voorgeschiedenis van belang is om een tijdslijn te kunnen maken met daarin momenten waarop het probleemgedrag is ontstaan. Het probleemgedrag kun je dan relateren aan de gebeurtenissen in die tijd, zodat er inzicht wordt verkregen in mogelijke verbanden met het probleemgedrag en events in de omgeving of het systeem van de cliënt.

Zij benadrukt bovendien dat het van belang is om de familie van de cliënt er zo veel mogelijk bij te betrekken voor een completer beeld van de voorgeschiedenis, want dan kun je de tijdslijn mogelijk aanvullen met relevante informatie.

“....zoek altijd of je nog lijntjes met de familie kan vinden, omdat ze voor de cliënt vaak belangrijk kunnen zijn....en als je het verhaal van iemand gaat snappen en je kunt op een of andere manier een tijdslijn maken, dan ga je leren [begrijpen, BB] of iemand ooit goede perioden heeft gehad en daarna problemen zijn ontstaan....en waardoor de problemen zijn begonnen.” (Liesbeth Mevissen).

De belang van het sociale netwerk van de cliënt voor herkenning van een traumatisch verleden wordt ook onderstreept door een medewerker van ambulante begeleiding:

“bij sommige cliënten heb ik intensief contact met hun netwerk hun sociale netwerk waarbij zij aangeven dat er dingen in het verleden gebeurd zijn , die die jongeren zeker niet tegen mij zou vertellen, maar waarvan zij wel willen dat ik in ieder geval weet dat er inderdaad iets gebeurd is.” (begeleider 6).

11.2 Observatie

De tweede fase van het herkennen van een mogelijk trauma is observatie. Deze duurt voort zolang de jongere in de woning verblijft. Het gaat daarbij om observatie van gedragsproblemen (paragraaf 11.2.1), gedragsveranderingen (11.2.2) en na events in het systeem van de jongere (11.2.3). Een goede interdisciplinaire samenwerking is daarbij van belang (11.2.4) evenals het geobserveerde gedrag in een context plaatsen (11.2.5)

11.2.1 Observatie van gedragsproblemen

Naast de levensgeschiedenis is observatie van gedrag van belang voor het herkennen van een mogelijk trauma. Alle begeleiders geven aan ervaring te hebben met het observeren van bijzondere gedragingen van de cliënten. Zij rapporteren dat op een bepaald moment en allen benoemen wel opvallende gedragingen te observeren van uiteenlopende aard.

“Het zijn dan eigenlijk bijzondere gedragingen die dan opvallen...het zou agressie kunnen zijn, maar ook problemen met de ontlasting, heel erg verdrietig zijn, rare dingen zeggen....het is heel uiteenlopend....en dan heb je het er eigenlijk met je collega's over....zodra het duidelijk wordt dat het echt niet klopt dan zal de gedragskundige eigenlijk gelijk gebeld worden...” (begeleider 2)

“op een gegeven moment ga je wat dingen herkennen en dan zou je geneigd zijn om al vrij snel een bepaalde richting op te gaan denken en er zijn wel een aantal zaken die wel herkenbaar worden op een gegeven moment, signalen die je ziet en dat je kunt denken aan een bepaalde gebeurtenis of trauma” (begeleider 3)

“maar ook kinderen die het traumatisch verleden heel erg bij zich houden natuurlijk, maar waarbij je het meer terug ziet in gedrag en dat kan zijn angstig gedrag of dat kan zijn juist heel erg snel boos of geagiteerd” (begeleider 4)

“Ik denk ook dat je altijd wel een trauma probeert te signaleren, maar als de signalen langdurig aanblijven, dan ben je er alert op dat het geen trauma wordt.” (begeleider 7)

Uit bovenstaande bevindingen van enkele begeleiders kan opgemaakt worden dat de geobserveerde gedragingen te maken kunnen hebben met het hele spectrum van dissociatieve symptomen en symptomen die kunnen duiden op een PTSS.

11.2.2 Observatie van gedragsveranderingen

Uit de literatuur is naar voren gekomen dat het niet alleen belangrijk is om gedragsproblemen te observeren, maar ook om gedragsveranderingen waar te nemen. Dit laatste zou ook kunnen duiden op een mogelijk trauma.

“ik vind het lastig om te zeggen of diegene die altijd al had, het is niet echt een plotselinge gedragsverandering” (begeleider 1)

“Ik denk dat ik gedragsveranderingen wel zou zien, maar over het algemeen zijn het dingen waar kinderen mee binnenkomen hier. En veranderingen ja, ik denk dat me dat wel zal opvallen, want het patroon verandert, je weet toch hoe een kind in elkaar steekt op een gegeven moment en als het opeens anders is dan zal het wel opvallen ja” (begeleider 2)

“Ja, je blijft eigenlijk altijd alert ... voogden beslissen dan op een gegeven moment van een kind mag op bezoek bij de ouders of een weekendje logeren, maar ja ze zijn natuurlijk niet voor niks uit huis geplaatst dus je blijft altijd wel alert op dingen die kunnen gebeuren” (begeleider 4)

“nou nee gedragsveranderingen worden niet systematisch bijgehouden, maar het wordt wel op een gegeven moment gesignaleerd..... en het zal ook wel voor een deel liggen aan het feit dat wij een vrij vast team hebben..... ja, iedereen is wel alert, maar we hebben niet echt lijsten of zo...” (begeleider 7)

Het merendeel van de begeleiders geeft aan dat zij alert zijn op gedragsveranderingen, maar sommigen vinden het lastig omdat de gedragingen niet altijd plotseling veranderen. Bij het analyseren van de interviews blijkt dat ik dit bij de begeleiders 5 en 6 niet duidelijk heb gevraagd.

11.2.3 Observatie gedrag na events in systeem jongere

Uit de literatuur is ook naar voren gekomen dat er naar events gekeken moet worden rondom de jongere. En dat de events gerelateerd moet worden aan gedrag dat mogelijk duidt op een eventuele traumagerelateerde stoornis.

“Op het moment dat er overstappen zijn zie je juist vaak wel persoonsveranderingen dat ze toch zich anders gaan gedragen vind ik juist wel een moment om juist op te letten op hoe wat voor gedrag zie je je ziet het dat jongeren zich of meer terugtrekken of juist meer nadrukkelijk aanwezig zijn” (begeleider 1)

“Ik denk dat als er iets speelt, in het gezin of dat bepaalde gedragingen beter te plaatsen te zijn, dat zou minder opvallen dat het een trauma zou zijn of zo.....dan zou ik het ook niet oppikken als een trauma aanval....dat is toch het eerste waar je naar gaat kijken als het kind van gedrag verandert, is er iets in zijn omgeving” (begeleider 2)

“ja, je probeert altijd bij iedereen individueel te kijken van wat gebeurd er bij hem of haar, in zo’n geval of dat niet juist gevoelens oproept of opheft of juist aanwakkert, ja daar hou je natuurlijk wel rekening mee” (begeleider 3)

“nou ja natuurlijk je bent er wel alert op, bewoners bij wiens moeder kanker heeft dan stem je dat wel met de ouders af, zo van wanneer vertel je dat aan het meisje en ja natuurlijk rapporteer je dan goed van laten we kijken hoe ze daarop reageert en zo, dus dat soort dingen wel” (begeleider 7)

Bij het analyseren van de interviews blijkt dat ik bij begeleiders 5 en 6 niet duidelijk heb gevraagd naar dit onderwerp. Maar de anderen geven aan dat zij wel alert zijn op gedragsveranderingen of gedragsproblemen indien er zich events voordoen in het systeem van de jongere.

11.2.4 Interdisciplinaire samenwerking van belang bij observatie

De gedragskundige vindt het belangrijk dat er een goede interdisciplinaire samenwerking is, waarbij de gedragskundige en begeleiders elkaar aanvullen, omdat zij veelal afhankelijk is van observaties van begeleiders. Enkele begeleiders hierover:

“... en je signaleert natuurlijk met z’n allen een aantal zaken en dat maak je bespreekbaar en je hebt natuurlijk werkoverleg en zo en je hebt collega’s, maatschappelijk werker gedragskundige die daar eventueel wat meer informatie over weten en op die manier probeer je een beeld te krijgen van het kind van wat is er nu aan de hand en wat is dan misschien de aanleiding geweest of wat heeft er allemaal gespeeld....” (begeleider 3)

“... maar de praktijk wil wel als ik zoiets heftigs bij de hand heb dat ik dat gewoon zelf met de mensen ga overleggen met het team of locatie manager of gedragskundige” (begeleider 7)

Een goede interdisciplinaire samenwerking wordt ook van belang geacht door de begeleiders.

11.2.5 Context van gedrag van belang bij observatie

Het geobserveerde gedrag moet in een context geplaatst worden, er moet een betekenis aan gegeven worden. Liesbeth Mevissen hierover:

“Je kunt dan wel kijken welke situaties triggeren iemand..... wat zijn nou de dingen die iemand van slag maken. Is dat een kleine negatieve opmerking , kritiek of iets wat te maken heeft met verlies ervaringen. Of heeft het te maken met aanrakingen. Of waar je ook nog op kan letten is die herbelevingen die ze aan het maken zijn. Die nachtmerries, dromen ze over dingen of kunnen ze aangeven dat ze nog steeds bepaalde beelden voor zich zien van dingen die zijn gebeurd. En je kunt gaan kijken of je de situaties die dat juist oproepen proberen te vermijden.....” (Liesbeth Mevissen)

Ook de gedragskundige geeft aan dat het observeren van gedrag en het in een context plaatsen van belang is:

“als je kijkt naar gedrag bijvoorbeeld ...je denkt dan misschien niet meteen aan dissociatie maar wel aan wat zijn ze vaak afwezig of afgesloten of wat reageren ze apart op bepaalde gebeurtenissen of triggers dat kan ook een aanwijzing zijn, dat zien we nog al eens over het hoofd bij onze doelgroep” (gedragskundige)

Liesbeth Mevissen benadrukt nogmaals het belang van het kennen van de context van het geobserveerde gedrag:

“...dat zijn dingen die volgens mij in groepen met begeleiders heel vaak tot conflicten kunnen leiden, de agressie die niet begrepen wordt en niet gerelateerd wordt aan eerdere ervaringen Want de begeleider triggert zonder dat je dat weet en dan kun je er op een andere manier naar kijken en dan kun je eventueel behandelen en dan kun je ook gericht met iemand omgaan” (Liesbeth Mevissen)

11.3 Trauma taxatie

Uit het interview met de gedragskundige komt ook naar voren dat ze samen met een collega bepaalde instrumenten hebben samengevoegd. Zoals o.a. de Glasgow-angst-schaal, een checklist voor dissociatieve stoornissen bij kinderen, de schokverwerkingslijst. Zij noemen dit de “trauma taxatie instrumenten”. Deze tests zijn pas onlangs samengevoegd. Het wordt ingezet op het moment dat er gedragsproblemen zijn gesignaleerd én er een vermoeden bestaat dat die gerelateerd zouden kunnen zijn aan een traumatische ervaring. De gedragskundige hierover:

“We hebben bepaalde instrumenten bij elkaar gevoegd wat dan de trauma taxatie instrumenten zijn, dan krijg je wel een duidelijk beeld van waar die trauma's zitten of welke herinneringen aan nare gebeurtenissen ook in hun leven nu nog steeds pijn geven, dus die instrumenten zijn wel heel goed om nader onderzoek te doen naar een vermoeden van”. (gedragskundige)

De rol van de begeleider in zo'n diagnostisch traject is belangrijk, volgens de gedragskundige, want:

“een cliënt kan niet altijd zelf vertellen waardoor hij getriggerd wordt, dan is informatie van begeleiders belangrijk” (gedragskundige)

De traumataxatie instrumenten zijn niet alleen bedoeld om te taxeren of er een trauma aanwezig is, maar ook om te kijken of cliënten er na behandeling beter van geworden zijn. De scores op de tests van voor en na de behandeling kunnen daartoe elkaar vergeleken worden.

Het moment waarop het trauma-taxatie-instrument ingezet kan worden ligt niet vast. De gedragskundige stelt dat de cliënten toch eerst tot rust moeten zijn gekomen na plaatsing in de nieuwe woning. Dit zou samen kunnen vallen met het eerste evaluatiemoment.

11.4 Diagnose, behandeling en prevalentie PTSS

Indien uit de trauma taxatie blijkt dat er hoogstwaarschijnlijk sprake is van PTSS, volgt een gesprek van de jongere met de kinderpsychiater, die de diagnose al dan niet bevestigt. Uit de interviews valt niet af te leiden hoe vaak het voorkomt dat een LVB-jongere gediagnosticeerd wordt met een PTSS. De gedragskundige schat in dat bijna de helft van de jongeren van de begeleidingsgroepen wel een traumatische ervaring heeft opgedaan en ze vermoedt dat het op een OBC wel hoger zal liggen.

“Ja, als we hier op de Nieuwe Plantage 16 kijken dan kan je zeggen dat toch bijna de helft van de bewoners traumatische ervaringen heeft meegemaakt , maar om nou te zeggen 50 procent, dat zou ik niet weten. Ik denk als je bijvoorbeeld kijkt naar een behandelsetting met LVG'ers, dat je dan best wel op hoge percentages uitkomt hoor.” (gedragskundige)

Op het moment van de interviews heeft de gedragskundige in ieder geval twee jongeren in behandeling die door een collega van een andere woning naar haar zijn doorverwezen voor EMDR therapie. Voor zover via de interviews naar voren is gekomen, heeft de gedragskundige momenteel ook nog een jongen in therapie van een woning waar zij zelf gedragskundige is. De stichting kan ook nog Psychomotorische Therapie of speltherapie aanbieden en er wordt wel eens doorverwezen naar buiten de stichting voor een behandeling met de therapie van Lamers-Winkelman.

11.5 Werkwijze verschilt per karakter van de locatie

De werkwijze hangt af van het beleid van de LVB-jongerenlocatie. Is de locatie meer gericht op begeleiding en training dan wordt bijvoorbeeld traumataxatie minder gestructureerd ingezet dan als het een behandelgroep is, zo blijkt ook uit één van de begeleiders van een jongeren groep, die onlangs officieel een behandelgroep is geworden:

“we zijn nu een behandelgroep... we hebben geen zorgplannen meer maar behandelplannen en daar zit ook een schema in dat een kind dus vier keer per jaar in een teamvergadering geëvalueerd wordt dus dan komen die aandachtspunten iedere keer weer naar voren er wordt veel meer bovenop gezeten en ik denk absoluut dat onze kinderen daar veel beter van worden” (begeleider 4)

Bij ambulante begeleiding is het nog weer anders geregeld dan bij de 24-uursbegeleiding en bij behandelgroepen, zoals blijkt uit het interview met een ambulante begeleider:

“We gaan niet elke teamvergadering een cliënt bespreken, de hulpvragen zijn ook heel anders als je structureel begeleiding wil van een orthopedagoog moet je daar behandeling voor aanvragen en dat betekent dat de cliënt weer een CIZ- formulier in moet vullen, wat vaak bij voor deze doelgroep helemaal niet zo wenselijk is.....in complexere situaties kunnen we zeker wel de hulp van een orthopedagoog bij invoeren, er zijn wel orthopedagogen aan onze locatie verbonden ” (begeleider 6)

11.5 Conclusie deelonderzoeksvraag 9

Wat is de huidige werkwijze van de begeleiders en gedragskundigen van het Regionaal Expertise Centrum van stichting Ipse de Bruggen om een mogelijk trauma gerelateerde stoornis bij LVB – jongeren te herkennen?

Eerst wordt op basis van het dossier tijdens een voorbespreking de voorgeschiedenis gescreend op mogelijk traumatische ervaringen. Soms wordt dit besproken door een multidisciplinair team: de gedragskundige, begeleiders, locatiemanager en eventueel de maatschappelijk werker. Bij de intake kan het team aangevuld worden met de ouder(s) of verzorger(s) en/of de (gezins)voogd. Ook in dit gesprek kan een mogelijk trauma aan de orde komen.

Na de gewenningsperiode van zes weken volgt een eerste evaluatie, maar deze komt eigenlijk te vroeg om het geobserveerde gedrag op de juiste waarde te kunnen schatten. Uit de interviews komt naar voren dat de begeleiders en gedragskundigen alert zijn op gedragsproblemen, gedragsveranderingen en gedrag na events rondom de jongere. Maar er vindt geen gerichte sturing plaats door de gedragskundige op welke symptomen de begeleiders specifiek moeten letten. Een goede samenwerking binnen het multidisciplinaire team wordt als waardevol beschouwd om de signalen te kunnen duiden en/of de achtergronden te kunnen achterhalen.

Als er uit het geobserveerde gedrag van de jongere een inschatting gemaakt wordt dat er mogelijk sprake is van een trauma, gaat de gedragskundige over tot een traumataxatie. De gedragskundige gaat dan in gesprek met de jongere. Zij gebruikt daarbij verschillende vragenlijsten, die de verscheidenheid aan signalen van een mogelijk trauma kunnen duiden. In deze fase is er wel meer sturing vanuit de gedragskundigen naar de begeleiders. Indien uit de traumataxatie blijkt dat de jongere PTSS heeft, volgt een diagnose door de kinderpsychiater. Daarna volgt de behandeling.

De werkwijze is bij een behandelgroep meer specifiek gericht op het herkennen van een trauma dan bij begeleidingsgroepen. Bij ambulante begeleiding is er geen 24-uursbegeleiding en is de trauma herkenning minder intensief. Uit de interviews is niet te achterhalen hoe vaak het nu voorkomt dat PTSS wordt gediagnosticeerd. Er worden verschillende therapieën door de stichting aangeboden, zoals EMDR, PMT, speltherapie en buiten de stichting ook de therapie van Lamers-Winkelman.

Betekenis voor centrale onderzoeksvraag

Vanaf de voorgeschiedenis voor de plaatsing van een LVB-jongere tot aan een eventuele behandeling is er aandacht voor traumatische ervaringen. Zoals dat ook uit de literatuur naar voren is gekomen: observatie van gedragsproblemen en gedragsveranderingen. Ook is er aandacht voor de context van geobserveerde gedrag. Desondanks is signalering van een mogelijk trauma niet bij elke woning een standaard aandachtspunt op de evaluatiemomenten.

12. Problemen bij herkennen mogelijk trauma

Uit de literatuur kwam naar voren dat het moeilijk is om de signalen van een mogelijk trauma bij LVB-jongeren goed te kunnen herkennen. Vanwege de dissociatieve gedragsproblemen van de jongeren of het moeilijk kunnen uiten van de LVB-jongeren in verband met hun verstandelijke beperking. In paragraaf 12.2 komt dit punt aan de orde. De geïnterviewde begeleiders geven geen eenduidig antwoord op de vraag of zij daar veel moeite mee hebben, terwijl de gedragskundige het inschat zoals het uit de literatuur naar voren komt. Uit de interviews zijn nog twee andere problemen tijdens de observatie van de LVB-jongeren naar voren gekomen. Het eerste is dat er te weinig informatie over de voorgeschiedenis aanwezig is (paragraaf 12.1) en het tweede is het probleem dat de jongere niet open staat voor begeleiding en/of behandeling (paragraaf 12.3).

12.1 Te weinig informatie uit de voorgeschiedenis bij intake

Soms is er te weinig informatie over het persoonsbeeld en moet de gedragskundige nog dooronderzoeken [het is niet duidelijk geworden in het interview waar ze hier precies op doelde, maar uit ervaring weet ik dat het persoonsbeeld nog vaak aangevuld wordt met een recente IQ-test; de WISC-III-RN- test, BB].

Een begeleider constateert dit probleem ook, hoewel het niet vaak voorkomt:

“Ik ken ook wel voorbeelden van, ja dan werden ze gewoon vanuit een soort crisis geplaatst en dan hadden ze eigenlijk bijna geen informatie bij zich..... dan moet je zelf een beetje aan de gang van wat is er allemaal gebeurd en wat is de aanloop geweest voor deze hele opname” (begeleider 3)

12.2 Hoe de signalen te duiden tijdens observatie

Vanwege dissociatieve gedragsproblemen kunnen zich problemen voordoen bij de observatie, omdat er twee uitersten van reacties zijn bij dissociatie. Want aan de ene kant kan een jongere teruggetrokken en vermijdingsgedrag vertonen en aan de andere kant juist agressief gedrag. De gedragskundige vertelt hierover:

“...als je kijkt naar gedrag bijvoorbeeld, want wat we vaak over het hoofd zien..... je denkt dan niet meteen aan dissociatie, maar wel aan wat zijn ze vaak afwezig of afgesloten, of wat reageren ze apart op bepaalde gebeurtenissen, of triggers dat kan ook een aanwijzing zijn, dat zien we nog al eens over het hoofd bij onze doelgroep...” (gedragskundige)

Uit de opmerking van de begeleiders die hiervoor staan beschreven bij observatie van het gedrag (paragraaf 11.2.3) kan geconcludeerd worden dat de begeleiders geen of weinig problemen ondervinden bij de herkenning van een eventueel trauma. Toch blijkt uit enkele uitspraken van een paar begeleiders dat het niet altijd even gemakkelijk is om de signalen te duiden, terwijl zij bij vragen over observatie van gedrag soms hebben aangegeven dat zij de signalen goed kunnen herkennen.

“...Het is ook heel moeilijk moet ik zeggen om de gedragsproblemen echt te benoemen, want vaak zie je het en dan denk je van nou wat is dat eigenlijk, want er klopt iets niet en dan heb je het er eigenlijk met je collega's over, zo van goh er is iets, maar... en zo kom je dan eigenlijk verder” (begeleider 2)

“je hebt natuurlijk dan ook nog met jonge mensen in ontwikkeling te maken met een verstandelijke beperking, plus dan dat hele rugzakje met een traumatische geschiedenis. Het zijn allemaal belangrijke aspecten die sowieso gedragsverandering teweeg kan brengen bij iemand en dan is het de kunst om dat natuurlijk wel een beetje uit elkaar te houden welk gedragsprobleem hoort waar bij.” (begeleider 3)

“Dan staat er in het zorgplan dat een bewoner autisme, ADHD, hechtingproblematiek en PDD-NOS heeft, eigenlijk te bizar voor woorden natuurlijk, en ja waar komt die agressie dan vandaan dan kan het dus net zo goed van een trauma zijn.” (begeleider 5)

“Ja, ik weet dat er een aantal wel problemen hebben met agressie regulatie, ja kijk dat zou ik wel terug kunnen voeren naar bepaalde gebeurtenissen in het verleden, maar ook naar hun verstandelijke beperking..... dus waar de beperking ophoudt en waar de reactie op het trauma of door trauma gestuurd gedrag, waar die grens is, dat zou ik echt niet durven zeggen” (begeleider 6)

12.3 Cliënt staat niet open voor begeleiding of behandeling

In de observatieperiode kan het probleem ontstaan dat de cliënt nog niet of nog niet helemaal open staat voor begeleiding of behandeling, ook al is er een groot vermoeden van een trauma. Indien het uit de voorgeschiedenis al duidelijk is dat de cliënt traumatische ervaringen heeft opgedaan én er daaraan gerelateerde gedragsproblemen zijn beschreven, maar iemand niet open staat voor begeleiding, kan de gedragskundige weinig doen, slechts afwachten tot het moment dat de cliënt er wel voor open staat.

De begeleiders over dit probleem:

“als wij tekenen tegen komen van iets wat iemand dwars zit in het algemeen, natuurlijk handelen we daarnaar en als het iets diep geworteld is dan handelen we daar ook naar, maar wel in begeleiding, wij geven geen behandeling, wij kunnen dat wel in gang zetten als de cliënt daarvoor open staat, wat... zelden het geval is” (begeleider 6)

“.... hij stelde zichzelf ook niet voor open om er over te praten, of hij wilde er ook niets mee, dus wat je dan gewoon probeert te doen dat gedrag maar accepteren, zijn vertrouwen proberen te winnen en hem niet af te wijzen, in de hoop dat hij later misschien eens op een punt komt, dat hij zich vertrouwd en veilig voelt en dat hij daar iets mee wil en daar is nu gelukkig wel verandering in” (begeleider 7)

Een begeleider van de ambulante begeleiding wijst bij het herkennen van een mogelijk trauma op een bijkomend probleem, namelijk dat LVB'-ers veel problemen kennen, waardoor hun eventuele trauma verborgen blijft:

“.... dat deze jongeren naast hun trauma vaak zo veel problematiek op hun bordje hebben liggen. Ik heb het over schulden verslaving, kinderen, werk houden, werk vinden, überhaupt de hele dagelijkse gang van zaken allemaal regelen, ze wonen zelfstandig, dat het aan de slag gaan met een trauma vaak voor hen niet bovenaan het lijstje staat” (begeleider 6)

12.4 Conclusie deelonderzoeksvraag 10

Worden de problemen die in de literatuurstudie geconstateerd zijn bij het herkennen van een trauma gerelateerde stoornis bij LVB-jongeren, bevestigd door de begeleiders en gedragskundigen van het Regionaal Expertise Centrum van Stichting Ipse de Bruggen van de LVB-jongeren groepen van de stichting?

De problemen die in de literatuur worden genoemd bij het herkennen van een trauma gerelateerde stoornis, betreffen vooral het duiden van het gedrag. De gedragskundige schat in dat het voor begeleiders niet altijd even eenvoudig is om duiding te geven aan het geobserveerde gedrag, vanwege de dissociatie. Uit de interviews met de begeleiders komt dit niet zo sterk naar voren. Toch blijkt uit enkele uitspraken van een paar begeleiders, dat het niet altijd even gemakkelijk is om de signalen te duiden, terwijl zij bij vragen over observatie van gedrag soms hebben aangegeven dat zij de signalen goed kunnen herkennen.

Een ander probleem dat voorkomt bij het herkennen van een mogelijk trauma is te weinig informatie over het persoonsbeeld. Dan gaat de gedragskundige het persoonsbeeld aanvullen met verschillende onderzoeken, zoals een intelligentietest. Indien er weinig informatie is over de voorgeschiedenis gaat de begeleider op zoek naar meer bronnen dan alleen het dossier. Maar dit komt niet vaak voor, omdat er bij de plaatsing veelal een groot dossier aanwezig is.

In de observatie periode kan verder nog het probleem ontstaan dat de cliënt nog niet open staat voor begeleiding of behandeling, ook al is er een groot vermoeden van een trauma. Dat is moeilijk voor de begeleiders en gedragskundigen, want dan weten ze dat de jongere een bepaald trauma heeft en dat zij daar mogelijk iets aan kunnen doen en dan moeten ze toch wachten totdat de jongere er open voor staat, want anders heeft een behandeling geen zin. De begeleiding kan er wel voor zorgen dat triggers voor bepaald gedrag zo veel mogelijk vermeden worden. Een bijkomend verschijnsel bij dit probleem is het feit dat LVB'ers veel problemen kennen, waardoor hun eventuele trauma verborgen blijft.

Betekenis voor de centrale onderzoeksvraag

Het is opmerkelijk dat de geïnterviewde begeleiders aan de ene kant aangeven weinig moeite te hebben met het duiden van het gedrag als het gaat om het herkennen van een traumagerelateerde stoornis. Dit staat haaks op wat uit de literatuur naar voren komt. Terwijl er aan de andere kant ook een aantal begeleiders aangeven dat het moeilijk is vanwege de dissociatie. Een probleem dat niet in de literatuur is genoemd, maar wel uit de interviews naar voren is gekomen is: het niet open staan voor begeleiding of behandeling. Een belangrijke beperkende factor voor het goed kunnen signaleren.

13. Aanpassing werkwijze herkenning mogelijk trauma

Tijdens de interviews zijn er verschillende suggesties gedaan door de gedragskundige en begeleiders voor aanpassing van de werkwijze, om zo een mogelijk trauma bij LVB-jongeren beter te kunnen herkennen. Een aantal ideeën kwamen spontaan op en een aantal nadat in het interview gevraagd werd naar de behoefte aan meer ondersteuning. De gedragskundige kwam op het idee om bij de intake standaard te vragen naar eventuele traumatische ervaringen (13.1). Ook kwam de gedragskundige met het idee om meer gestructureerde observatieopdrachten te geven aan begeleiders (13.2) of zelfs een cursus over dit thema (13.3). De ideeën van de begeleiders daarover zijn divers. Aanpassing van het dagrapportagesysteem is geopperd ter verbetering (13.4) en het gestructureerd inzetten van de trauma-taxatie-instrumenten (13.5). Tot slot geeft Liesbeth Mevissen aan dat zij aan het promoveren is op een empirisch onderzoek naar de symptomen van trauma bij LVB'-ers. De uitkomsten daarvan kunnen van belang zijn voor de aanpassing van de werkwijze (13.6)

13.1 Bij intake standaard vragen naar eventuele traumatische ervaringen

Bij de intake heeft de gedragskundige een lijstje voor zichzelf gemaakt van dingen die ze graag zou willen weten over de cliënt, zoals vrije tijd, wonen, dagbesteding, contacten en seksuele ontwikkeling. Maar daarnaast kan de gedragskundige ook vragen aan het lijstje toevoegen over of een cliënt ingrijpende gebeurtenissen heeft meegemaakt. De gedragskundige merkt hierover op:

“je hebt altijd zo’n rijtje in je hoofd van dingen die je graag wil weten..... maar daarnaast of iemand ingrijpende gebeurtenissen heeft meegemaakt in het leven. Volgens mij wordt dat niet standaard gevraagd, maar dat zou toch wel goed zijn, ja en dat je dat toevoegt aan het lijstje.” (gedragskundige)

De medewerkers beamen dat er niet standaard naar een mogelijk traumatische ervaring wordt gevraagd bij de intake, of de voorbespreking van de intake. Maar ze nuanceren dit beeld, want als er in de voorgeschiedenis iets staat over een traumatische ervaring, zeker als het gaat om seksueel misbruik, dan wordt een mogelijk trauma wel besproken bij de intake:

“een mogelijk trauma wordt wel eens bespreekbaar gemaakt tijdens voorbesprekingen van de intake. Maar in de eerste periode zie je toch een wenperiode van de cliënt en gedragen ze zich over het algemeen redelijk.” (medewerker 1)

“nee, het is niet een onderwerp bij de intake of een cliënt een trauma heeft. Er staan natuurlijk vaak wel dingen in het zorgdossier die ze hebben meegemaakt wat een trauma zou kunnen zijn, maar als je het dan hebt over een kind dat uit huis is geplaatst omdat het seksueel misbruikt wordt of zo, dan wel.” (medewerker 2)

“Ik moet eerlijk zeggen meestal kwamen ze eigenlijk al binnen met ... nou ja dat je wist wat de voorgeschiedenis was en dat je dus al weet dat ze eigenlijk al flink wat hebben meegemaakt. En soms wordt er ook al van een trauma gesproken.” (medewerker 4)

“Ja eigenlijk wel. Dan krijg je iemand binnen en dan krijg je al wel vaak de reden waarom iemand uit huis is geplaatst, wat er is gebeurd en dan weet je wel dat er heel vervelende dingen zijn gebeurd, dus ja dan kan je het ook wel vrij goed plaatsen.” (medewerker 7)

13.2 Gestructureerde observatie richtlijnen voor begeleiders

Vanuit het idee dat de gedragsproblemen soms moeilijk te duiden zijn, geeft de gedragskundige aan dat het geven van gerichte observatieopdrachten wellicht een verbetering kan zijn om gedragsproblemen te linken aan een mogelijk trauma:

“dat het moeilijk is om daar in algemene zin iets over te zeggen, maar dat ik wel wat meer per cliënt duidelijkere observatie opdrachten zou moeten geven. Dat je dat beter in kaart kan krijgen, wat gaat er aan vooraf en wat volgt erop.” (gedragskundige)

En daarbij is het dan volgens de gedragskundige van belang om te weten:

“wat is het expliciete gedrag en wat gaat er aan vooraf en wat volgt er meestal op aan interventies of acties van begeleiders” en dan ook “toch wel cliënten zelf wat actiever daar bij te betrekken, en dan oké: wat kun je er zelf aan doen.” (gedragskundige)

De telefonisch geïnterviewde gedragskundige geeft aan dat er op dit moment nog geen gestructureerde signaleringslijst is voor de begeleiding en dat het wel mooi zijn als die er zou zijn. Op basis van de schokverwerkingslijst voor kinderen van Kleber kan volgens haar wel het signaleringsplan opgesteld worden, want daarin staan alle signalen die kunnen wijzen op een PTSS.

Er is niet gevraagd aan de begeleiders of zij gerichte observatieopdrachten van de gedragskundige zouden willen hebben, dus deze suggestie voor verbetering kan niet via dit onderzoek onderbouwd worden. Er is wel gevraagd aan de begeleiders of zij meer ondersteuning van de gedragskundige op het gebied van traumaherkenning wenselijk vinden. De antwoorden lopen zeer uiteen:

“Niet iedereen heeft dezelfde klachten symptomen, dus ik vind een checklist daarin te systematisch. Ik zou niet een meetbaar instrument kunnen bedenken hoe ga je dat afvinken. Maar ik vind wel dat je de gedragsveranderingen inzichtelijk kan krijgen van waar iemand eerst altijd heel erg vrolijk en opgewekt was, kun je wel signaleren dat iemand somber en depressiever wordt. Om het een standaard onderdeel van een evaluatiegesprek, een interdisciplinair overleg of wat dan ook te laten worden, lijkt mij wel een goed idee.” (begeleider 1)

“voor het herkennen van een trauma nee op zich ik niet, maar ik denk als je hier net nieuw begint, dat je dan daar wel dingen in mist, daar zou ik me wel iets van voor kunnen stellen, omdat het toch ook wel voor een deel aankomt op ervaring en van dingen gezien moet hebben.” (begeleider 2)

“Ja, dat zou absoluut een mooie zijn, een soort van protocol wat je af kan werken. Mensen met veel ervaring die gaan wel dingen herkennen en wel linken leggen maar ik denk dat het voor nieuwe mensen en nog niet zo veel ervaring hebben dat het misschien een stuk moeilijker is.” (begeleider 4)

“Ja, ik denk dat het heel prettig is om daar praktische handvaten in te krijgen. Ik weet niet of ik een protocol naar me toe gemaild zou willen krijgen en zeggen zo moet het, maar praktisch daar ondersteuning in dat zou heel mooi zijn.” (begeleider 6)

“Ik snap wel dat misschien jonge collega’s zo iets zouden hebben van: ik heb juist nog wat meer nodig. Om daar misschien wel een thema bijeenkomst over te laten organiseren. Maar dan kijk ik niet naar mezelf. Ik heb zelf niet het idee dat ik zwem hier.” (begeleider 7)

Wat betreft de ondersteuning die de begeleiders voor zichzelf nodig vinden, lopen de meningen sterk uiteen. De ene wil wel een protocol, terwijl de ander daar niet op zit te wachten. Een checklist vindt men te star. Een aantal begeleiders geeft ook aan dat de informatie wellicht goed zou zijn voor onervaren begeleiders, maar niet zozeer voor henzelf als ervaren begeleiders.

13.3 Cursus observatie voor begeleiders

Tijdens het interview kwam de gedragskundige met het idee om een speciale cursus te organiseren voor begeleiders over hoe je het beste de jongere kunt observeren om zo goed mogelijk een eventueel trauma te kunnen herkennen.

“Daar zou ik ook op dit gebied af en toe dus even een soort bijscholing moeten verzorgen, dat mensen die kenmerken ook wat meer gaan herkennen. Niet van goh wat is ze stil, maar waarom zit ze altijd op haar kamer en als er bonje is op de groep waarom gaat de een keihard lopen gillen en waarom maakt de ander dat hij weg komt.” (gedragskundige)

Vanwege de gereserveerde opmerkingen van de geïnterviewde begeleiders over een eventuele behoefte aan meer ondersteuning, is het moeilijk in te schatten hoe een cursus zou gaan lopen. Maar in ieder geval één begeleider heeft de behoefte uitgesproken van een cursus, zonder dat daar direct zo naar gevraagd werd:

“Wat ik zeker interessant zou vinden is misschien ook gewoon een cursus over trauma herkenning en hoe ga je er mee om, en wat is goed, wat is juist niet goed, en wat kun je er mee, maar dan ook wel echt met een stukje diepgang erin.” (begeleider 4)

13.4 Aanpassing dagrapportagesysteem

Dat het rapportagesysteem meer aangepast kan worden voor observatie van gedragsveranderingen in het algemeen en veranderingen in het systeem van de cliënt in het kader van een traumaherkenning, wordt door enkele begeleiders ondersteund:

“Op het moment dat er overstappen zijn zie je juist vaak wel persoonsveranderingen dat ze zich toch anders gaan gedragen, vind ik juist wel een moment om op te letten op wat voor gedrag zie je; je ziet het dat jongeren zich of meer terugtrekken of juist meer nadrukkelijk aanwezig zijn. Dat houden we in principe wel dagelijks bij. Dat zou alleen wel wat specifiekere mogen de dagrapportage.” (begeleider 1)

13.5 Gestructureerd toepassen van trauma-taxatie-instrument

De gedragskundige benoemt dat het goed zou zijn om traumataxatie wat nadrukkelijker naar voren te laten komen indien er een vermoeden is van een trauma:

“zeker toen ik voor die twee cliënten, eigenlijk zo’n mooi overzicht kreeg dat ik dacht, dat zou je eigenlijk bijna standaard kunnen afnemen, bij cliënten waar je toch al wel een heel groot vermoeden hebt dat er in de levensgeschiedenis toch wel hele akelige dingen

gebeurd zijn, waar ze ook gewoon last van hebben, dus dat je dat wat meer standaard gaat afnemen. Dat doen we tot op heden niet.” (gedragkundige)

Dit idee wordt ondersteund door één van de begeleiders, die zelfs voorstelt om een nieuw evaluatie moment een half jaar na plaatsing in te voeren om zodoende een beter beeld te kunnen schetsen van een jongere. De begeleider hierover:

“Ik vind dat trauma herkenning pas loopt wanneer een cliënt hier zeker een half jaar tot driekwart jaar woont. Omdat dan eigenlijk pas duidelijk wordt waar ze tegenaan lopen, welk probleem gedrag ze hebben. Ik vind dat er eigenlijk een tweede moment van evaluatie eerder mag komen, in plaats van een zorgplan dat na zes weken wordt besproken met ouders. Ik vind dat het zorgplan beter na een half jaar besproken kan worden. Omdat je na een half jaar pas een goed beeld hebt van wie je in huis hebt. In plaats van bij de eerste evaluatie zes weken na plaatsing van een cliënt.” (begeleider 1)

Een andere begeleider ziet het voordeel ook in van het gestructureerd op de agenda zetten van een traumataxatie, maar voegt daar aan toe:

“We hebben die taken op ons genomen om bescherming en veiligheid te bieden en daar hoort ook die trauma herkenning bij. Mocht dat echt regelmatig voor problemen zorgen en er is ruimte voor om dat te agenderen, ja dat lijkt mij een goede zaak. Maar dan denk ik wel aan iets groots, dat klinkt dan misschien raar, het moet wel inhoud hebben.” (begeleider 3)

13.6 Empirisch onderzoek nodig

Liesbeth Mevissen heeft in haar literatuurstudie aangetoond dat er weinig empirisch onderzoek is gedaan naar de signalen van PTSS bij LVB' ers. Haar studie is ook gebruikt voor dit onderzoek en ze vertelt dat het nog steeds niet goed is onderzocht hoe trauma's zich manifesteren bij deze doelgroep. Zij is met een promotie onderzoek bezig op dit gebied en hoopt over twee jaar klaar te zijn met haar bevindingen. Dat kan een belangrijke verbetering zijn bij het gericht kunnen herkennen van een mogelijk trauma bij LVB-jongeren.

“dus wat er toch moet gebeuren is dat je veel meer moet kijken naar hoe presenteert trauma zich nou bij deze mensen en dat is de stap die ik nu in mijn onderzoek aan het doen ben hier op de poli kliniek bij de kinderen die worden aangemeld, goed in kaart brengen van wat ze hebben meegemaakt en dan kijken naar, zowel volgens de kinderen zelf als volgens hun ouders , wat er is veranderd in hun functioneren, gerelateerd aan de dingen die ze hebben meegemaakt en die koppeling maken en dan symptomen in kaart brengen.” (Liesbeth Mevissen)

13.7 Conclusie deelonderzoeksvraag 11

Hoe kan de huidige werkwijze van de begeleiders en gedragskundigen van het Regionaal Expertise Centrum van Stichting Ipse de Bruggen aangepast worden zodat een begeleider goed in staat is om een mogelijk traumagerelateerde stoornis te herkennen bij LVB-jongeren?

De gedragskundige komt via het interview op een paar aanpassingen die ingebed kunnen worden in het eerste stadium van traumaherkenning. Voor een deel is het al in gang gezet en voor een deel

betreft het een aanscherping van het bestaande beleid. Het gaat dan om het belang ervan, de levensgeschiedenis van de cliënt te kennen en standaard aandacht bij de intake te hebben voor gerichte vragen naar levensingrijpende gebeurtenissen. Daarnaast doet de gedragskundige een suggestie om tijdens het evaluatie moment standaard een inschatting te maken of de trauma-taxatie-instrumenten ingezet kunnen worden op dat moment of in een vervolgtraject. Een begeleider sluit aan bij dit idee om een extra evaluatie moment in te passen na een half jaar, nadat de jongere in de woning is geplaatst. Omdat probleemgedrag dan eerder zichtbaar is dan in de wenperiode, de eerste zes weken .

De gedragskundige ziet voor haar een rol weggelegd door gerichte observatie opdrachten te geven aan begeleiders en mogelijk zelfs een cursus aan te bieden. Het gaat er daarbij om de context van het gedrag van de jongeren in de gaten houden: wat gaat er aan vooraf en wat volgt er op. Dit is vooral van belang om de triggers van het gedrag van de jongere inzichtelijk te maken en eventuele verbanden met traumatische ervaringen te leggen. Uit de interviews wordt niet duidelijk of de begeleiders er voor zichzelf wel of niet het nut van inzien. Ze zien wel het nut ervan in voor onervaren begeleiders.

Uit onderzoek van Froukelien van der Weg (Weg, Juni 2009) naar signalering van kindermishandeling is gebleken dat kindermishandeling onvoldoende gesignaleerd wordt door diverse gekwalificeerde hulpverleners.

“Voordat nieuw behandelingsaanbod gericht op mishandeling ingezet kan worden, moeten hulpverleners allereerst extra geïnformeerd worden over en getraind worden in het signaleren van kindermishandeling, waarbij aandacht is voor zowel het opmerken van duidelijke signalen als van ‘niet plus gevoelens’.” (Weg, Juni 2009, p. 36)

Bovenstaand onderzoek is een duidelijke steun in de rug voor de suggestie voor extra ondersteuning aan begeleiders bij signalering van een mogelijk traumagerelateerde stoornis. Een aantal begeleiders geven aan meer ondersteuning te willen hebben. De telefonisch geïnterviewde gedragskundige geeft aan dat een signaleringslijst gemaakt zou kunnen worden op basis van de schokverwerkingslijst voor kinderen. De uitgebreide geïnterviewde gedragskundige spreekt zich niet uit over welke vragenlijst gebruikt zou kunnen worden voor de gerichte observatieopdrachten. Ze geeft wel aan dat het trauma taxatie instrument uit meerdere vragenlijsten bestaat.

Betekenis voor centrale onderzoeksvraag

Er zijn een paar suggesties naar voren gekomen om de werkwijze van de gedragskundigen en begeleiders bij het herkennen van een mogelijk trauma bij LVB-jongeren aan te passen met als doel traumaherkenning beter te stroomlijnen. Genoemd zijn: bij intake standaard vragen naar eventuele traumatische ervaringen, gestructureerde observatierichtlijnen voor begeleiders, cursus observatie voor begeleiders, aanpassing dagrapportagesysteem en gestructureerd inzetten trauma-taxatie-instrument. Mogelijk kunnen de uitkomsten van het promotieonderzoek van Liesbeth Mevissen een bijdrage leveren aan verbetering van traumaherkenning.

14. Betekenis conclusies interviews voor onderzoeksvraag

In dit hoofdstuk worden de conclusies die betrekking hebben op de interviews van een betekenis voorzien voor de centrale onderzoeksvraag. Dit hoofdstuk vormt samen met de betekenis van de conclusies van de literatuurstudie (hoofdstuk 10) de bouwstenen voor de beantwoording van de centrale onderzoeksvraag (hoofdstuk 15) en het advies in deel IV.

Uit de interviews komt naar voren dat het proces van de huidige werkwijze waarmee gedragskundigen en begeleiders een mogelijk traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren kunnen herkennen, over het algemeen goed verloopt. Er zijn echter een aantal problemen die het proces van traumaherkenning verstoren, zoals het feit dat een aantal LVB-jongeren met een mogelijk traumagerelateerde stoornis zich niet open stelt voor begeleiding of behandeling. Bovendien blijkt uit wetenschappelijk onderzoek dat begeleiders niet altijd in staat zijn signalen van mishandeling te herkennen, zelfs als deze signalen duidelijk zijn. Daarom is het gerechtvaardigd te veronderstellen dat dit ook geldt voor signalering van een traumagerelateerde stoornis. Aangezien uit dit onderzoek blijkt dat dit niet altijd eenvoudig is. Daarom wordt voorgesteld om de huidige werkwijze op een aantal punten aan te passen. Het kan een verbetering zijn voor het herkennen van een traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren.

Op basis van dit onderzoek is niet op een wetenschappelijke wijze aan te tonen dat dé gedragskundigen en dé begeleiders van dé LVB-jongeren woningen binnen de stichting onderstaande aanpassingen allemaal even noodzakelijk achten. Ze zijn wel genoemd als mogelijke verbeteringen voor het proces van traumaherkenning.

Het gaat dan om de volgende aanpassingen:

- Bij de intake van LVB-jongeren standaard vragen naar levensingrijpende gebeurtenissen.
- Tijdens het evaluatiemoment standaard een inschatting maken of de trauma taxatie instrumenten ingezet kunnen worden op dat moment of in een vervolgtraject.
- Een extra evaluatiemoment inplannen een half jaar na plaatsing van de LVB jongere.
- Gerichte observatieopdrachten aan begeleiders om de context van het gedrag van de jongeren te signaleren.
- Eventueel een cursus traumaherkenning aanbieden aan (nieuwe) begeleiders.
- Indien nodig het dagrapportagesysteem aanpassen aan de gerichte observatieopdrachten.

15. Conclusie centrale onderzoeksvraag

Hoe kan een begeleider van een woonvoorziening signaleren dat een licht verstandelijk beperkte jongere of jong volwassene van 12 tot en met 23 jaar mogelijk een traumagerelateerde stoornis heeft?

Uit de literatuur komt naar voren dat de begeleider op een flink aantal symptomen moet letten bij het observeren van een LVB-jongere om een eventueel traumagerelateerde stoornis te herkennen. Daarbij zal de begeleider zich een aantal vragen moeten stellen, zodat de geobserveerde symptomen beter in relatie kunnen worden gebracht met een mogelijk traumagerelateerde stoornis.

Het zijn de context vragen volgens de gedragskundige die van belang zijn om het geobserveerde gedrag op waarde te kunnen schatten. Door deze contextvragen te linken aan de symptomen die zich voordoen bij PTSS, een dissociatieve stoornis of een co-morbide stoornis, kan de begeleider eventueel een dergelijke stoornis signaleren. Ook al zijn er veel ervaren begeleiders die opvallend gedrag wel kunnen linken aan een bepaalde stoornis, het kan ook voor hen nuttig zijn om ondersteuning te krijgen bij het sneller duiden van de symptomen. Dit blijkt ook uit een onderzoek aan de Universiteit van Utrecht in 2009 naar signalering van kindermishandeling. Het kan het proces van traumaherkenning verbeteren. Waardoor de LVB-jongere zo spoedig mogelijk begeleiding aangeboden wordt die gericht is op verwerking van traumatische ervaringen.

De contextvragen voor de begeleiding omtrent de observatie van LVB-jongeren zullen gelinkt moeten zijn aan symptomen van een traumagerelateerde stoornis. Dit kan in de vorm van een signaleringsplan. Daarnaast zijn er uit de interviews nog een aantal aanpassingen naar voren gekomen, zodat de huidige werkwijze om een trauma te herkennen beter gestroomlijnd wordt. Genoemd zijn: bij intake standaard vragen naar eventuele traumatische ervaringen, gestructureerde observatierichtlijnen voor begeleiders, cursus observatie voor begeleiders, aanpassing van het dagrapportagesysteem en gestructureerd inzetten trauma-taxatie-instrument.

Hoe de werkwijze er ook uit ziet, het herkennen van een mogelijk trauma bij LVB-jongeren blijft om allerlei redenen een moeilijke zaak. Zowel uit de literatuur als de interviews blijkt dat het linken van dissociatieve gedragsproblemen aan een mogelijk trauma bij LVB-jongeren ingewikkeld is. Het succes van een adequate begeleiding en eventuele behandeling hangt ook af van de opstelling van de LVB-jongere: staat de jongere open voor begeleiding en/of behandeling of juist niet. In de nabije toekomst kunnen de uitkomsten van het promotieonderzoek van Liesbeth Mevissen naar de signalen van een traumastoorning bij LVB-jongeren mogelijk een verbetering opleveren voor de herkenning van een trauma bij LVB-jongeren.

16. Discussie betrouwbaarheid en validiteit onderzoek

Vanwege het geringe aantal deskundigen en de selecte steekproef van de gedragskundigen, zullen de uitkomsten van de interviews slechts een aanvulling zijn op de theorie en zullen zij niet betrouwbaar zijn om uitspraken te doen over de wetenschappelijke fundering van mijn advies over traumaherkenning bij LVB-jongeren door begeleiders. Vanwege de beperkte tijd heb ik geen bezoek kunnen brengen aan één van de onderzoekscentra die in mijn eerste onderzoeksopzet zijn genoemd. Ik heb me al moeten beperken in de grote hoeveelheid gevonden literatuur en daarbij een keuze moeten maken voor het schrijven van deze scriptie.

Vanwege de beperking van mijn keuze voor begeleiders uit de regio Delft-Nootdorp kan ik geen uitspraken doen over alle begeleiders van LVB-jongeren binnen de stichting, laat staan iets betrouwbaars te zeggen over begeleiders van LVB-jongeren in het algemeen. Doordat het geen zuivere gestratificeerde a- selecte steekproef is gebleken, is de algemene geldigheid van de uitkomsten van het onderzoek beperkt.

Vanwege het feit dat ik begeleiders heb geïnterviewd van drie verschillend type woningen, het geringe aantal begeleiders van elk type woning, plus nog eens een onevenredige verdeling van het aantal geïnterviewde begeleiders per type woning, is de interne geldigheid zwak. Zo heb ik vier begeleiders geïnterviewd van twee woningen voor LVB-jongeren (< 23 jaar) met het accent op 24-uursbegeleiding, twee begeleiders van één orthopedagogische behandelwoning voor LVB-jongeren (<23 jaar) met het accent op 24-uursbegeleiding én behandeling en één ambulante begeleider van LVB'-ers (> 23 jaar) met het accent op enkele uren begeleiding per week.

Ondanks bovenstaande problemen kunnen er toch belangrijke uitspraken en aanbevelingen gedaan worden over de wijze waarop binnen de stichting signalering van een eventueel traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren aangepast kan worden. Omdat op verschillende manieren de betrouwbaarheid en validiteit zo veel mogelijk is verhoogd en er een koppeling is gemaakt met de bevindingen uit de literatuur.

De literatuurstudie is gestructureerd volgens de deelonderzoeksvragen 1 t/m 8. De interviewvragen zijn voor alle begeleiders en gedragskundigen op eenzelfde manier gestructureerd volgens de deelonderzoeksvragen 9, 10 en 11. Tevens heb ik doorgevraagd bij vage of ontwijkende antwoorden. Bij twee begeleiders heb ik echter bij het interview niet specifiek doorgevraagd naar hun ervaringen hoe ze omgaan met gedragsveranderingen en events in het systeem van de jongeren, maar is het onderwerp wel aan de orde gekomen. Behalve bij ambulante begeleiding heb ik per locatie bijna de helft van het aantal ervaren begeleiders geïnterviewd. De interviewvragen staan in bijlage 8 vermeld. De interviews zijn opgenomen met een camera zonder beeld, maar wel met geluid. De geluidsbestanden (Quick Time –film) inclusief de transcripties van de interviews staan ter beschikking bij de opleiding.

Bij de analyse van de interviews heb ik per deelonderzoeksvraag uitspraken van alle geïnterviewde geknipt en onder elkaar gezet, daarna nog gerangschikt naar sub-onderwerpen, waarna ik een selectie heb gemaakt van de uitspraken per onderwerp per deelonderzoeksvraag. Daarbij heb ik zowel positieve als negatieve antwoorden geselecteerd voor het onderzoek. Tot slot heb ik de antwoorden van de expert verwerkt in de deelonderzoeksvragen ter aanvulling dan wel ondersteuning van het betoog.

Bij de analyse van de interviews bleek er een opmerkelijke discrepantie te zijn tussen de bevindingen van de literatuur over de moeilijkheid om een mogelijk trauma bij LVB-jongeren te signaleren enerzijds en de zelfoverschatting van de begeleiders op dit thema anderzijds. Ik voel me gesteund bij deze opmerking door de conclusie van een onderzoek naar signalering van kindermishandeling. Uit dat onderzoek komt namelijk naar voren dat veel ervaren professionals vage signalen niet oppakken en ook duidelijke signalen van mishandeling niet opmerken. Daarom kan ik er bij het advies van uitgaan dat het ontwikkelen van een goed signaleringsplan voor trauma herkenning noodzakelijk en nuttig zal zijn.

Een ander opmerkelijk verschil is de suggestie van de ene gedragskundige dat een dergelijk signaleringsplan opgesteld kan worden naar aanleiding van de schokverwerkingslijst voor kinderen van Kleber. Hoewel deze vragenlijst een goede indicatie is voor een mogelijk PTSS, blijkt uit de literatuur dat zich een breder scala aan symptomen bij een trauma voor kan doen, dan in de schokverwerkingslijst is genoemd. De gedragskundigen werken met verschillende vragenlijsten die zij het trauma-taxatie-instrument noemen. Zij gaan bij de taxatie ook uit van een breder palet aan symptomen. Dit gegeven sterkt mij in de aanbeveling om het signaleringsplan te ontwikkelen op een breed scala aan symptomen.

In verschillende literatuurbronnen wordt de verwachting gewekt dat de DSM-V en de DM-ID beter aan zouden sluiten bij de diagnose van een trauma bij (LVB-)jongeren. Desondanks heb ik er voor de aanbeveling geen andere symptomen in kunnen ontdekken dan de al bestaande symptomen. Er wordt in de DSM-V en DM-ID wel gewezen op het feit dat de trauma symptomen bij LVB-jongeren verhuld kunnen worden door de dissociatieve gedragsproblemen bij de doelgroep. Dit is dan ook precies de reden waarom bij de signalering ook gelet moet worden op deze gedragsproblemen. Mogelijk levert het promotie onderzoek van Liesbeth Mevissen wetenschappelijk gefundeerde inzichten in de signalen van een trauma bij LVB-jongeren. Deze resultaten zullen dan meegenomen moeten worden bij het signaleringsplan.

DEEL IV HET ADVIES

De conclusies uit de literatuur (deel II) en de interviews (deel III) komen in het vierde deel van dit onderzoek bijeen. Het gaat dan om de aanbevelingen aan het Expertise Centrum van Stichting Ipse de Bruggen voor aanpassing van de werkwijze van signalering van een mogelijk trauma bij LVB-jongeren. Tot slot wordt een eerste aanzet gegeven voor een signaleringsplan voor traumaherkenning bij LVB-jongeren. Het advies is ook apart gepubliceerd met daarin ook de samenvatting van het onderzoek.

17. Advies: aanpassing signalering mogelijk trauma LVB-jongeren

Uit dit onderzoek komt naar voren dat begeleiders op een flink aantal symptomen moet letten bij het observeren van een LVB-jongere om een eventueel trauma gerelateerde stoornis te herkennen. Daarbij zal de begeleider zich een aantal vragen moeten stellen, zodat de geobserveerde symptomen beter in relatie kunnen worden gebracht met een mogelijk trauma. Het zijn deze context vragen die van belang zijn volgens de gedragskundige om het geobserveerde gedrag op waarde te kunnen schatten. Door deze context vragen te linken aan de symptomen die zich voordoen bij PTSS, een dissociatieve stoornis of een co-morbide stoornis, kan de begeleider een dergelijke stoornis eventueel eerder en gemakkelijker signaleren. Daardoor kan de LVB-jongere mogelijk eerder een begeleiding krijgen die toegespitst is op de hulpvraag over verwerking van traumatische ervaringen.

Uit dit onderzoek blijkt dat er een paar aanpassingen in de werkwijze mogelijk zijn waardoor begeleiders een trauma bij LVB-jongeren beter kunnen herkennen. Het gaat dan om de volgende aanbevelingen, waarbij de eerstgenoemde de belangrijkste is

- Het ontwikkelen van een signaleringsplan waarin gerichte observatieopdrachten gelinkt worden aan symptomen van een trauma gerelateerde stoornis.
- Bij de intake van de LVB-jongere standaard aandacht voor gerichte vragen naar levensingrijpende gebeurtenissen.
- Tijdens het evaluatiemoment standaard een inschatting maken of de trauma taxatie instrumenten ingezet kunnen worden op dat moment of in een vervolgtraject.
- Een extra evaluatiemoment inplannen een half jaar na plaatsing van de LVB-jongere.
- Eventueel een cursus trauma herkenning aanbieden aan (nieuwe) begeleiders.
- Indien nodig het dagrapportagesysteem aanpassen aan de gerichte observatieopdrachten.

In bijlage 9 is een aanzet gegeven voor een *“signaleringsplan trauma herkenning bij LVB-jongeren”*. De symptomen die in het signaleringsplan zijn opgenomen zijn ontleend aan de DSM-IV-TR. De begeleider zal tijdens het observeren van de LVB-jongeren de context van het waargenomen gedrag in de gaten moeten houden. In bijlage 10 zijn een paar voorbeelden van dergelijke contextvragen uitgewerkt. In de nabije toekomst kunnen de uitkomsten van het promotieonderzoek van Liesbeth Mevissen naar de signalen van een traumastoorning bij LVB-jongeren mogelijk een verbetering opleveren voor de herkenning van een trauma bij LVB-jongeren. De mogelijke verbeteringen kunnen eventueel opgenomen worden in het signaleringsplan.

DEEL V: BIJLAGEN

Bijlage 1: De kerngegevens van Stichting Ipse de Bruggen⁶

Cliënten

Aantal intramurale cliënten op 31-12-2010	2.099 intramuraal, 280 logeren, 11 deeltijd wonen
Aantal cliënten dagactiviteiten op 31-12-2010	1.592
Aantal extramurale cliënten exclusief dagactiviteiten op 31-12-2010	556

Capaciteit

Aantal beschikbare plaatsen met AWBZ-verblijf op 31-12-2010	2.113 plaatsen ZZI 161 plaatsen GVT
---	--

Productie

Aantal verpleegdagen in het verslagjaar	832.209
Aantal dagen dagactiviteiten in het verslagjaar	508.126
Aantal uren extramurale productie in het verslagjaar	135.200

Personeel

Aantal personeelsleden in loondienst op 31-12-2010	5.850
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31-12-2010	3.259

Bedrijfsopbrengsten

Totale bedrijfsopbrengsten (in euro's) in het verslagjaar	242.264.738
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	227.848.592
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	14.416.146

⁶ Stichting Ipse de Bruggen, Jaardocument 2010, mei 2011, p. 11

Bijlage 2: Post Traumatische Stress Stoornis DSM-IV-TR

266

ANGSTSTOORNISSEN

over schuld bij een depressieve stoornis).

- E. De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening.

Specificeer indien: Met gering inzicht: indien betrokkene, voor het grootste deel van de tijd in de huidige episode, niet beseft dat de dwanggedachten en dwanghandelingen overdreven of onredelijk zijn

■ 309.81 Posttraumatische stress-stoornis (F43.1) (*Posttraumatic Stress Disorder*)

- A. De betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide van de volgende van toepassing zijn:

- (1) betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen
- (2) tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw. **N.B.:** Bij kinderen kan dit zich in plaats hiervan uiten in chaotisch of geagiteerd gedrag

- B. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op één (of meer) van de volgende manieren:

- (1) recidiverende en zich opdingende onaanname herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen. **N.B.:** Bij jonge kinderen kan dit zich uiten in de vorm van terugkerende

POSTTRAUMATISCHE STRESS-STOORNIS

267

spelletjes waarin de thema's of aspecten van het trauma worden uitgedrukt

- (2) recidiverend akeelig dromen over de gebeurtenis. **N.B.:** Bij kinderen kunnen angststromen zonder herkenbare inhoud voorkomen
 - (3) handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (hiertoe behoren ook het gevoel van het opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties en dissociatieve episodes met flashback, met inbegrip van die welke voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie). **N.B.:** Bij jonge kinderen kunnen trauma-specifieke heropvoeringen voorkomen
 - (4) intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken
 - (5) fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken
- C. Aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende:
- (1) pogingen gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma, te vermijden
 - (2) pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden
 - (3) onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren
 - (4) duidelijk verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten
 - (5) gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen

- (6) beperkt spectrum van gevoelens (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben)
- (7) gevoel een beperkte toekomst te hebben (bijvoorbeeld verwacht geen carrière te zullen maken, geen huwelijk, geen kinderen, of geen normale levensverwachting)

D. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende:

- (1) moeite met inslapen of doorslapen
- (2) prikkelbaarheid of woedeuitbarstingen
- (3) moeite met concentreren
- (4) overmatige waakzaamheid
- (5) overdreven schrikreacties

E. Duur van de stoornis (symptomen in B, C en D) langer dan één maand.

F. De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

Specificeer indien:

Acuut: indien duur van de symptomen korter dan drie maanden is

Chronisch: indien duur van de symptomen drie maanden of langer is

Specificeer indien:

Met vertaalt begin: indien het begin van de symptomen ten minste zes maanden na het trauma ligt

Bijlage 3: Dissociatieve Stoornissen DSM-IV-TR

Dissociatieve stoornissen

(Dissociative Disorders)

■ **300.12 Dissociatieve amnesie
(F44.0) (vroeger Psychogene amnesie)**

*(Dissociative Amnesia [formerly Psychogenic
Amnesia])*

- A. De belangrijkste stoornis bestaat uit één of meer episodes van onvermogen zich belangrijke persoonlijke gegevens te herinneren, meestal van traumatische of stressveroorzakende aard, die te uitgebreid is om verklaard te kunnen worden door gewone vergeetachtigheid.
- B. De stoornis komt niet uitsluitend voor in het beloop van een 'dissociatieve identiteitsstoornis', 'dissociatieve fugue', 'posttraumatische stress-stoornis', 'acute stress-stoornis' of 'somatisatiestoornis' en is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een neurologische of andere somatische aandoening (bijvoorbeeld amnestische stoornis als gevolg van een schedeltrauma).
- C. De symptomen veroorzaken in significante mate tijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

nis, acute stress-stoornis of een andere dissociatieve stoornis en is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld temporaalkwab epilepsie).

■ 300.15 Dissociatieve stoornis (F44.9) Niet Anderszins Omschreven

(*Dissociative Disorder Not Otherwise Specified*)

Deze categorie is opgenomen voor stoornissen waar bij het belangrijkste kenmerk een dissociatief symptoom is (dat wil zeggen een verstoring van de gewoonlijk geïntegreerde functies van bewustzijn, geheugen, identiteit of waarneming van de omgeving) dat niet voldoet aan de criteria voor een specifieke dissociatieve stoornis. Tot de voorbeelden horen:

- (1) Beelden die lijken op de dissociatieve identiteitsstoornis maar die niet voldoen aan alle criteria voor deze stoornis. Tot de voorbeelden horen beelden waarbij a) er geen twee of meer scherp van elkaar te onderscheiden identiteiten of persoonlijkheidstoestanden zijn of b) amnesie voor belangrijke persoonlijke gegevens niet voorkomt
- (2) Derealisatie niet vergezeld door depersonalisatie bij volwassenen
- (3) Dissociatieve toestanden, die voorkomen bij personen die langdurig en intensief onderworpen waren aan gedwongen intense beïnvloeding (bijvoorbeeld hersenspoeling, heropvoeding of indoctrinatie als gevangene)
- (4) (F44.3) Dissociatieve trancestoornis: eenmalige of episodische stoornissen in het bewustzijn, identi-

teit of geheugen die op bepaalde plaatsen en culturen inheems zijn. Bij dissociatieve trance is er sprake van een vernauwing van het besef van de directe omgeving of stereotiepe gedragingen of bewegingen die beleefd worden als buiten de eigen controle te liggen. Bij bezetenheidstrance is er sprake van de vervanging van het normale besef van de eigen identiteit door een nieuwe identiteit, hetgeen toegeschreven wordt aan de invloed van een geest, macht, godheid, of ander persoon en gaat samen met stereotiepe 'onwillekeurige' bewegingen of amnesie. Tot de voorbeelden horen *amok* (Indonesië) *bebainan* (Indonesië), *latah* (Maleisië), *pibloktoq* (Noordelijke poolstreken), *ataque de nervios* (Latijns-Amerika) en bezetenheid (India). De dissociatieve stoornis of trancestoornis is niet een normaal fenomeen van een breed geaccepteerd collectief cultureel of religieus gebruik. (Zie Appendix B in DSM-IV-TR voor de voorgestelde research criteria)

- (5) Verlies van bewustzijn, stupor of coma niet toe te schrijven aan een somatische aandoening
- (6) (F44.80) Ganser-syndroom: het geven van 'er-net-naast-antwoorden' (bijvoorbeeld 2 plus 2 is 5), voor zover het niet samen gaat met dissociatieve amnesie of dissociatieve fugue

Bijlage 4: Aanpassingsstoornis DSM-IV-TR

Aanpassingsstoornissen

(Adjustment Disorders)

■ Aanpassingsstoornissen (Adjustment Disorders)

- A. Het ontstaan van emotionele en gedragssymptomen in reactie op (een) herkenbare stressveroorzakende factor(en) die zich binnen drie maanden na het begin van de stressveroorzakende factoren voordoen.
- B. Deze symptomen of gedragingen zijn significant zoals blijkt uit één van de twee volgende:
- (1) duidelijk tijden dat ernstiger is dan wat verwacht kon worden bij blootstelling aan de stressveroorzakende factor
 - (2) significante beperkingen in sociaal of beroepsmatig (studie) functioneren
- C. De stressgebonden stoornis voldoet niet aan de criteria voor een andere specifieke As I stoornis en is niet slechts een verergering van een reeds bestaande As I of As II stoornis.
- D. De symptomen zijn geen uiting van een rouwreactie.
- E. Zodra de stressveroorzakende factor (of de gevolgen ervan) is weggevallen, blijven de symptomen

niet langer dan zes maanden daarna aanwezig.

Specificeer indien:

Acuut: indien de stoornis korter dan zes maanden duurt

Chronisch: indien de stoornis zes maanden of langer duurt. Per definitie kunnen de symptomen niet langer dan zes maanden na het wegvallen van de stressveroorzakende factor of de gevolgen daarvan voortduren. De specificatie chronisch is derhalve van toepassing als de stoornis langer dan zes maanden voortduurt als reactie op een chronische stressveroorzakende factor of op een stressveroorzakende factor, die blijvende gevolgen heeft.

Aanpassingsstoornissen worden gecodeerd volgens het subtype dat gekozen wordt op basis van de belangrijkste symptomen. De specifieke stressveroorzakende factor wordt vastgelegd op As IV.

309.0 (F43.20) Met depressieve stemming (With Depressed Mood): indien symptomen als depressieve stemming, huilerigheid of gevoelens van hopeloosheid de belangrijkste uitingen zijn

309.24 (F43.28) Met angst (With Anxiety): indien symptomen als zenuwachtigheid, ongerustheid en rusteloosheid, of, bij kinderen, angst voor separatie van de belangrijkste hechtingsfiguren de belangrijkste uitingen zijn

309.28 (F43.22) Met gemengd angstige en depressieve stemming (With Mixed Anxiety and Depressed Mood): indien symptomen met een combinatie van depressie en angst de belangrijkste uiting is

309.3 (F43.24) Met een stoornis in het gedrag (With Disturbance of Conduct): indien een gedragstoornis, waarbij de rechten van anderen of van belangrijke, bij de leeftijd passende, maatschappelijke normen en regels worden overtreden (bijvoorbeeld spijbelen, vandalisme, roekeloos autorijden, vechten, niet nakomen van wettelijke verplichtingen) de belangrijkste uiting is

309.4 (F43.25) Met een gemengde stoornis van emoties en

gedrag (With Mixed Disturbance of Emotions and Conduct): indien zowel emotionele symptomen (bijvoorbeeld depressie, angst) als een gedragsstoornis (zie hierboven bij het subtype) de belangrijkste uitingen zijn

309.9 (F43.9) Niet gespecificeerd (Unspecified): voor onaangepaste reacties (bijvoorbeeld lichamelijke klachten, sociale teruggetrokkenheid, of slecht tot werken of studeren komen) op psychosociale stressveroorzakende factoren die niet geclassificeerd kunnen worden als een van de specifieke subtypes van een aanpassingsstoornis

Coderingsaanwijzing: Bij een meerassige beoordeling kan de aard van stressveroorzakende factor worden aangegeven door deze op As IV te vermelden (bijvoorbeeld echtscheiding).

■ **308.3 Acute stress-stoornis**
(F43.0) (*Acute Stress Disorder*)

- A. Betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide volgende aanwezig zijn geweest:
- (1) betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen
 - (2) tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuwen
- B. Ofwel tijdens het doormaken of onmiddellijk na het doormaken van de leed veroorzakende gebeurtenis heeft betrokkene drie (of meer) van de volgende dissociatieve symptomen:
- (1) subjectief gevoel van verdoving, onthechting of afwezigheid van emotionele reacties
 - (2) vermindering van het zich bewust zijn van zijn of haar omgeving ('in een waas verkeren')
 - (3) derealisatie
 - (4) depersonalisatie
 - (5) dissociatieve amnesie (dat wil zeggen niet in staat zich een belangrijke aspect van het trauma te herinneren)
- C. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op ten minste één van de volgende manieren: terugkerende voorstellingen, gedachten, dromen, illusies, episodes met flashback of een gevoel de ervaring opnieuw te beleven; of lijden bij blootstelling aan zaken die de traumatische gebeurtenis in het geheugen terugbrengen.
- D. Duidelijke vermijding van de prikkels die herinneringen aan het trauma oproepen (bijvoorbeeld gedachten, gevoelens, gesprekken, activiteiten, plaatsen, mensen).
- E. Duidelijke symptomen van angst of verhoogde prikkelbaarheid (bijvoorbeeld slaapstoornissen, prikkelbaarheid, slechte concentratie, overmatige waakzaamheid, overdreven schrikreacties en motorische rusteloosheid).
- F. De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen, of iemand wordt gehinderd in het voortzetten van noodzakelijke activiteiten, zoals het verkrijgen van medische of juridische bijstand of het mobiliseren van persoonlijke hulp door familieleden over de traumatische gebeurtenis te vertellen.
- G. De stoornis duurt minimaal twee dagen en maximaal vier weken en treedt binnen vier weken na de traumatische gebeurtenis op.
- H. De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening, en is niet eerder toe te schrijven aan een 'kortdurende psychotische stoornis' en is niet slechts een verergering van een reeds aanwezige As I of As II stoornis.

Bijlage 5: Acute Stress Stoornis: DSM-IV-TR

Bijlage 6: Diagnostische middelen trauma herkenning LVB-jongeren⁷

- Observatie
- Vragenlijsten specifiek gericht op trauma:
 - Trauma Symptom Checklist for Children:
Een zelfrapportage vragenlijst die posttraumatische stress en gerelateerde psychologische symptomen meet (voor 8 tot 16 jaar)
 - Hopkins Symptom Checklist:
Een vragenlijst die psychisch en/of lichamelijk onwel bevinden meet en gebruikt kan worden bij jongeren en volwassenen van 16 tot 65 jaar
 - Schokverwerkingslijst voor Kinderen
Een vragenlijst om vast te stellen of er sprake is van PTSS-symptomen
- Vragenlijsten voor het in kaart brengen van angst
 - SCARED-NL
Zelfrapportage vragenlijst die bedoeld is voor de eerste screening van symptomen van angststoornissen bij kinderen en jongeren van 7 tot en met 19 jaar
 - Vragenlijst Angst voor Kinderen
Zelfrapportage vragenlijst die gebruikt kan worden om angst te meten bij kinderen van 4 tot en met 12 jaar
 - Zelf –Beoordelings-Vragenlijst voor Kinderen:
Vragenlijst waarmee toestandsangst en angstdispositie gemeten wordt bij kinderen van 8 tot 16 jaar
 - Sociale Angstschaal voor Kinderen
Vragenlijst voor het meten van sociale angst bij kinderen van 6 tot 13 jaar
- Vragenlijsten voor het in kaart brengen van depressie
 - Depressie Vragenlijst voor Kinderen
 - Children's Depression Inventory
- Vragenlijst voor het in kaart brengen van dissociatie
 - Dissociatievragenlijst DIS-Q voor jongeren en volwassenen van 15 tot 65 jaar
- Vragenlijsten voor het in kaart brengen van probleemgedrag
 - Child Behaviour Checklist (CBCL)
Vragenlijst om informatie te verkrijgen over competentie en emotionele- en gedragsproblemen van kinderen tussen de 4 en 18 jaar. Er is een versie voor het kind en voor ouders. De CBCL wordt vaak gebruikt in combinatie met Teachers Report Form.
- Diagnostisch interview kindgericht
- Diagnostisch interview systeemgericht
- Overige observatiebronnen:
 - (gezins)voogd
 - Hulpverleners

⁷ (Elias, Swennenhuis, & Bouma, 2009)

Bijlage 7: Post Traumatische Stress Stoornis DM-ID

L. Mevissen, A. de Jongh / Clinical Psychology Review 30 (2010) 308–316

311

Table 1
Post-traumatic stress disorder.

DSM-IV-TR criteria	Adapted criteria in children	Adapted criteria for individuals with ID (DM-ID)
A (1 + 2) 1. Experienced, witnessed, or was confronted with event(s) that involved actual or threatened death or serious injury, or a threat to the physical integrity of self or others 2. Response involved intense fear, helplessness, or horror	1. No adaptation 2. Response might have involved disorganized or agitated behavior	1. No adaptation Note: the range of potentially traumatizing events is greater for individuals with ID 2. Increased likelihood of disorganized or agitated behavior when developmental age is lower (quite common with severe to profound ID)
B (one or more) 1. Recurrent and intrusive distressing recollections of the event, including images, thoughts, or perceptions 2. Recurrent distressing dreams of event 3. Acting or feeling as if the traumatic event were recurring (includes a sense of reliving the experience, illusions, hallucinations, and dissociative flashback episodes, including those that occur on awakening or when intoxicated) 4. Intense psychological distress at exposure to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event 5. Physiological reactivity on exposure to internal cues that symbolize or resemble as aspect of the traumatic event	1. In young children repetitive play may occur in which themes or aspects of the trauma are expressed 2. Frightening dreams without recognizable content may occur 3. In young children trauma-specific re-enactment may occur 4. No adaptation 5. No adaptation	1. In individuals with lower developmental age behavioral acting out of traumatic experiences or self-injurious behavior (quite common with severe to profound ID) 2. Frightening dreams without recognizable content appear to be more common when developmental age is lower 3. Trauma-specific enactments have been observed in adults with moderate to severe ID; they can appear to be symptoms of psychosis in adults 4. No adaptation 5. No adaptation
C (three or more) 1. Efforts to avoid thoughts, feelings, or conversation associated with the trauma 2. Efforts to avoid activities, places, or people that arouse recollections of the trauma 3. Inability to recall an important aspect of the trauma 4. Markedly diminished interest or participation in significant activities 5. Feeling of detachment or estrangement from others 6. Restricted range of affect (e.g., unable to have loving feelings) 7. Sense of a foreshortened future (e.g. does not expect to have a career, marriage, children, or a normal life span).	1. No adaptation 2. No adaptation 3. No adaptation 4. No adaptation 5. No adaptation 6. No adaptation 7. No adaptation	1. No adaptation Note: assessment may be difficult in individuals with severe verbal limitations 2. No adaptation Note: avoidance behavior can be reported by caregivers as "non-compliance" especially when individuals cannot adequately verbalize their post-traumatic desire to avoid activities, places or people that arouse recollections of the trauma 3. No adaptation Note: problems with recall may appear to be solely a function of the individual's developmental age. Assessment may be difficult 4. No adaptation Note: caregivers may report the symptom as "non-compliance" especially for individuals with lower developmental age who cannot verbalize their feelings 5. For individuals with severe to profound ID caregivers may report that the individual isolates him or herself 6. No adaptation 7. There may be a risk of false positives on this criterion: people with a lower developmental age are not able to think abstractly; the ones with less impairment often realize that they are different from peers and siblings and therefore don't expect a normative future
D (two or more, not present before the trauma) 1. Difficulty falling or staying asleep 2. Irritability or outbursts of anger 3. Difficulty concentrating 4. Hypervigilance 5. Exaggerated startle response	1. No adaptation 2. No adaptation 3. No adaptation 4. No adaptation 5. No adaptation	1. No adaptation 2. No adaptation 3. No adaptation 4. No adaptation 5. No adaptation
E Duration of the disturbance (symptoms B, C and D) is more than 1 month	No adaptation	No adaptation Note: with severe and profound ID clinically significant impairment in functioning may appear to be solely a function of the cognitive limitations so careful assessment is necessary
F The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational or other important areas of functioning	No adaptation	No adaptation Note: clinically significant impairment in functioning may appear to be solely a function of the cognitive limitations so careful assessment is necessary
Specify if: <i>Acute</i> : if duration of symptoms is less than 3 months <i>Chronic</i> : if duration of symptoms is 3 months or more. Specify if: <i>With Delayed Onset</i> : if onset of symptoms is at least 6 months after the stressor.		

Bijlage 8: Interviewvragen

Interviewvragen aan gedragskundige

Vragen bij onderzoeksvraag 9:

Wat is de huidige werkwijze van de gedragskundigen van het Regionaal Expertise Centrum van stichting Ipse de Bruggen om een mogelijk traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren te herkennen?

- Hoe is de trauma signalering nu geregeld?
- Is de werkwijze hetzelfde voor alle gedragskundigen?
- Welke diagnostische middelen worden gebruikt om een trauma gerelateerde stoornis te kunnen signaleren?
- Op welke momenten in het zorgtraject wordt doorgaans een mogelijk trauma gesignaleerd?
- Op welke symptomen zijn er gelet bij de signalering van een mogelijke trauma gerelateerde stoornis bij de LVB-jongere?
- Was er sprake van een gedragsverandering bij de LVB-jongere?
- Zo ja: wat waren die gedragsveranderingen?
- Zo ja: traden die gedragsveranderingen op na een levensgebeurtenis terwijl de jongere al op de groep verbleef?
- Zo ja: betrof het een levensgebeurtenis die zich afspeelde in of buiten de woonomgeving van de LVB-jongere?
- Of was er sprake van algehele gedragsproblemen, zonder dat er een duidelijke verandering in het gedrag viel waar te nemen?
- Zo ja: wat waren dan die gedragsproblemen?
- Hoe werd de link gelegd tussen de gedragsveranderingen en/problemen met een eventuele trauma gerelateerde stoornis?
- Hoe is de afstemming met de begeleider geregeld bij signalering van een trauma of mogelijk trauma?
- Wat is de rol van de begeleider bij het signaleren van een mogelijk trauma?

Vragen bij onderzoeksvraag 10:

Worden de problemen die in de literatuurstudie geconstateerd zijn bij het herkennen van een traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren bevestigd door de gedragskundigen van het Regionaal Expertise Centrum van Stichting Ipse de Bruggen en de begeleiders van de LVB-jongeren groepen van de stichting?

- Hoe vaak komt het voor dat er een trauma wordt gesignaleerd bij de LVB-jongeren?
- Ondervindt de gedragskundige problemen bij het signaleren van een mogelijk trauma gerelateerde stoornis bij de LVB-jongeren?
- Zo ja: welke problemen zijn dat dan?

- Komt het voor dat er een mogelijk trauma is gesignaleerd bij de LVB-jongeren, maar dit niet bij de diagnose wordt vast gesteld?
- Zo ja: hoe komt dat dan?

Vragen bij onderzoeksvraag 11:

Hoe kan de huidige werkwijze van de gedragskundigen van het Regionaal Expertise Centrum van Stichting Ipse de Bruggen aangepast worden zodat een begeleider goed in staat is om een mogelijk traumagerelateerde stoornis te herkennen bij LVB-jongeren?

- Vind je dat de signalering van een mogelijk trauma gerelateerde stoornis nu goed verloopt?
- Zo nee, wat mis je dan?
- Indien Ja, kan het nog verbeterd worden en zo ja hoe dan?
- Vind je dat de begeleider meer ondersteuning kan krijgen bij de signalering van een mogelijk trauma gerelateerde stoornis bij LVB-jongeren?
- Zo ja, welke ondersteuning zou jij dan belangrijk vinden voor de begeleider bij de signalering van een mogelijk trauma gerelateerde stoornis bij LVB-jongeren?

Interviewvragen aan de begeleiders

Vragen bij onderzoeksvraag 9:

Wat is de huidige werkwijze van de gedragskundigen van het Regionaal Expertise Centrum van stichting Ipse de Bruggen om een mogelijk traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren te herkennen?

- Heeft de begeleider voor één van zijn of haar cliënten ervaring met het signaleren van een mogelijk trauma gerelateerde stoornis bij deze jongeren?
 - Indien wel ervaring met trauma stoornis bij LVB-jongeren:
 - Op welk moment in het zorg-traject is de stoornis ontdekt?
 - Wat was de rol van de begeleider bij het proces
 - Heeft de begeleider zelf het mogelijk trauma bij de LVB-jongere gesignaleerd?
 - Op welke symptomen zijn er gelet bij de signalering van een mogelijke trauma gerelateerde stoornis bij de LVB-jongere?
 - Was er sprake van een gedragsverandering bij de LVB-jongere?
 - Zo ja: wat waren die gedragsveranderingen?
 - Zo ja: traden die gedragsveranderingen op na een levensgebeurtenis terwijl de jongere al op de groep verbleef?
 - Zo ja: betrof het een levensgebeurtenis die zich afspeelde in of buiten de woonomgeving van de LVB-jongere?

- Of was er sprake van algehele gedragsproblemen, zonder dat er een duidelijke verandering in het gedrag viel waar te nemen?
- Zo ja: wat waren dan die gedragsproblemen?
- Hoe werd de link gelegd tussen de gedragsveranderingen en/problemen met een eventuele trauma gerelateerde stoornis?
- Hoe is de afstemming met de andere disciplines geregeld bij signalering van een trauma of mogelijk trauma?
 - Indien geen ervaring met signaleren trauma gerelateerde stoornis bij LVB-jongeren:
- Is een mogelijk trauma gerelateerde stoornis bij de LVB-jongeren ooit ter sprake gekomen tijdens het zorgtraject (intake, evaluatie, ZBP-bespreking)?
- Indien nee, dan door naar vragen bij onderzoeksvraag 10
- Indien ja, op welk moment van het zorgtraject was dat dan en waarom is er daarna niet op doorgegaan?

Vragen bij onderzoeksvraag 10:

Worden de problemen die in de literatuurstudie geconstateerd zijn bij het herkennen van een traumagerelateerde stoornis bij LVB-jongeren bevestigd door de gedragskundigen van het Regionaal Expertise Centrum van Stichting Ipse de Bruggen en de begeleiders van de LVB-jongeren groepen van de stichting?

- Hoe vaak komt het voor dat er een trauma wordt gesignaleerd bij de LVB-jongeren?
- Ondervindt de begeleider problemen bij het signaleren van een mogelijk trauma gerelateerde stoornis bij de LVB-jongeren?
- Zo ja: welke problemen zijn dat dan?
- Komt het voor dat er een mogelijk trauma is gesignaleerd bij de LVB-jongeren, maar dit niet bij de diagnose wordt vast gesteld?
- Zo ja: hoe komt dat dan?

Vragen bij onderzoeksvraag 11:

Hoe kan de huidige werkwijze van de gedragskundigen van het Regionaal Expertise Centrum van Stichting Ipse de Bruggen aangepast worden zodat een begeleider goed in staat is om een mogelijk traumagerelateerde stoornis te herkennen bij LVB-jongeren?

- Vind je dat de signalering van een mogelijk trauma gerelateerde stoornis nu goed verloopt?
- Zo nee, wat mis je dan?
- Vind je dat de begeleider meer ondersteuning kan krijgen bij de signalering van een mogelijk trauma gerelateerde stoornis bij LVB-jongeren?
- Zo ja, welke ondersteuning zou jij dan belangrijk vinden voor de begeleider bij de signalering van een mogelijk trauma gerelateerde stoornis bij LVB-jongeren?

Interviewvragen Liesbeth Mevissen

Liesbeth Mevissen is klinisch psycholoog bij de polikliniek voor kinder- en jeugdpsychiatrie van Accare in Assen

In uw onderzoek naar PTSS bij mensen met een (licht) verstandelijke beperking ziet u veel voordelen van de DM-ID, omdat de algemene symptomen voor PTSS veelal aangepast zijn aan de specifieke symptomen bij (licht) verstandelijk beperkte mensen. Desondanks blijft het moeilijk om de symptomen te onderscheiden van de gedragsproblemen die gepaard gaan met hun verstandelijke beperking.

- Hoe gaat u als klinisch psycholoog om met dit dilemma?
- Bespreekt u de casus in een multidisciplinair team?
- Is de begeleider van de (L)VB-woning of de ouder/verzorger daar ook bij betrokken?
- Zo ja, op welke wijze zijn zij er bij betrokken?
- Geeft u ze ook specifieke instructies mee om bepaalde symptomen van de (L)VB-jongere te observeren?
- Zo ja, om welke symptomen gaat het dan meestal?
- Wat is de specifieke werkwijze van u of uw team om een mogelijk trauma gerelateerde stoornis bij de (L)VB-jongeren te signaleren?

Bijlage 9: Aanzet signaleringsplan trauma herkenning LVB-jongeren⁸

SIGNALERINGSPLAN TRAUMA HERKENNING LVB-JONGEREN		
SYMPTOMEN PTSS	CONTEXTVRAGEN	OBSERVATIE
HERBELEVING		
Terugkerende herinneringen		
Terugkerende angstdromen		
Terugkerende herbeleving		
Herbeleving bij een gebeurtenis		
VERMIJDING PRIKKELS		
Vermijding gespreksonderwerpen		
Vermijding locaties		
Vermijding personen		
Vermijding activiteiten		
Kan niet alles meer herinneren		
Gevoel vervreemding		
Beperkte gevoelens		
Beperkte verwachtingen toekomst		
PRIKKELBAARHEID		
Moeite met inslapen		
Prikkelbaar / woede uitbarstingen		
Moeite met concentreren		
Overmatige waakzaamheid		
Overdreven schrik reacties		

⁸ De symptomen zijn ontleend aan de DSM-IV-TR en voorbeelden van contextvragen staan in bijlage 10

SYMPTOMEN DISSOCIATIE	CONTEXTVRAGEN	OBSERVATIE
AMNESIE		
STUPOR		
Plotseling verstijven Plotseling verstommen		
SYMPTOMEN AANPASSING STOORNIS		
Angst		
Depressie		
Gedragsproblemen		
Vijandigheid		
Wantrouwen		
Roekeloos		
antisociale trekken		
Paranoïde		
Somatisatie		
SYMPTOMEN COMORBIDE STOORNISSEN		
PANIEK		
FOBIEËN		

Bijlage 10: Voorbeeld contextvragen bij signaleringsplan van bijlage 9

- Hoe vaak komt een symptoom voor?
- Wanneer komt het symptoom voor?
 - Vaste tijdstippen?
 - Vaste locaties?
- Welke situationele omstandigheden kunnen beschreven worden?
- Welke personen zijn er bij betrokken?
- Waren er opeens indringende geluiden of geuren (die voor anderen normaal kunnen zijn)?
- Kan de aanleiding herleidt worden?
- Kan de cliënt zich de verstijving herinneren?
- Kan de cliënt zich de verstomming herinneren?
- Wil een cliënt niet meepraten met een groepsdiscussie over een bepaald onderwerp?
- Wil een cliënt juist wel over een bepaald onderwerp praten?
- Is er een 'rode draad' te ontdekken bij de onderwerpen waarover de cliënt niet wil meepraten of juist wel veel praat?
- Heeft de cliënt een afwezige gelaatsuitdrukking?
- Heeft de cliënt een afwezige lichaamshouding?
- Trekt de cliënt zich regelmatig terug?
 - In een hoekje of
 - Op eigen kamer?
 - Of op een andere (opvallende) locatie?
- Is een verandering waar te nemen in de geobserveerde symptomen?
- Is er sprake van een belangrijke life-event?

Literatuurlijst

- Aarts, P. G. (2007). De geschiedenis van het trauma. In P. G. Aarts (Red.), *Trauma: Diagnostiek en behandeling* (pp. 21-36). Utrecht: Cogis.
- American Psychiatric Association. (2003). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: Zwets & Zeitlinger BV.
- American Psychiatric Association. (2011, 11 24). *APA DSM-5 A00 Intellectual Developmental Disorder*. Opgeroepen op 11 24, 2011, van www.dsm5.org:
<http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=384>
- American Psychiatric Association. (2012, Januari 20). Opgeroepen op januari 20, 2012, van www.dsm5.org: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- CIZ. (2011). *CIZ indicatiewijzer, Toelichting op de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ 2011 zoals vastgesteld door het Ministerie van VWS*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport.
- Elias, C., Swennenhuis, P., & Bouma, G. (2009). *Eindrapport Traumabehandeling bij kinderen met een licht verstandelijke beperking: naar een methodiek voor de behandeling van getraumatiseerde kinderen met een licht verstandelijke beperking*. Tilburg: Fontys Hogeschool Pedagogiek.
- Friedman, M. J., & al, e. (2011, Juni 16). Review: Classification of Trauma and stressor-related disorders in DSM-5. Wiley Online Library.
- Harfkenscheid, A. (2007). Klinische diagnostiek van postraumatische stressproblematiek. In P. G. Aarts, *Trauma: diagnostiek en behandeling* (pp. 69-89). Houten: Cogis.
- Hovens, H. (2007). Psychopathologische gevolgen van trauma en comorbiditeit. In P. G. Aarts, *Trauma: diagnostiek en behandeling* (pp. 91-105). Houten: Cogis.
- Kleber, R. J. (2007). Trauma en verwerking. In P. G. Aarts, *Trauma: diagnostiek en behandeling* (pp. 165-178). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kleber, R. J. (9 februari 2007). *Weg van het Trauma*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie. (2012, 04 25). Opgeroepen op 04 25, 2012, van <http://www.kenniscentrum-kjp.nl>: <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/Professionals/Themas/lvb/Inleiding>
- Mevisen, L., & de Jongh, A. (2010). PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities; A review of the literature. *Clinical Psychology Review* 30, 308-316.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2003). *Handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Nieuwegein: Zwets & Zeitlinger Publishers.

- Rigter, J. (2008). *Het Palet van de psychologie: stromingen en hun toepassingen in hulpverlening en opvoeding*. Bussum: Coutinho.
- Rigter, J. (2010). *Ontwikkelingspsychopathologie bij jeugdigen en adolescenten*. Bussum: Coutinho.
- Scheeringa, M. S., & al., e. (2010, augustus 23). Review: PTSD in Children and adolescents: toward and empirically based algorithm.
- Sociaal Cultureel Planbureau. (maart 2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in de vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Stichting Ipse de Bruggen. (2011). *Jaardocument 2010*. Zwammerdam: Stichting Ipse de Bruggen.
- Stichting Ipse de Bruggen. (2012, 02 27). *Ik zoek een locatie*. Opgeroepen op 02 27, 2012, van [www.ipsedebruggen.nl](http://www.ipsedebruggen.nl/ik-zoek-een-locatie/1545,,,,,,/): <http://www.ipsedebruggen.nl/ik-zoek-een-locatie/1545,,,,,,/>
- Velde, op den, W., & Kolk, van der, B. (2007). Neurologie en trauma. In P. G. Aarts, *Trauma: diagnostiek en behandeling* (pp. 107-127). Houten: Cogis.
- Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra LVG. (augustus 2011). *Op het eerste oog heel gewoon: opgroeien met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Weg, F. v. (Juni 2009). *Signalering van kindermishandeling: een dossier onderzoek naar relevante aspecten*. Utrecht: Faculteit Sociale Wetenschappen Universiteit Utrecht.
- Wolters, W. (2007). Gevolgen van trauma's bij kinderen en adolescenten. In P. G. Aarts, *Trauma: diagnostiek en behandeling* (pp. 395-410). Houten: Cogis.
- World Health organisation. (2011, oktober 6). Opgeroepen op oktober 6, 2011, van <http://www.who.int/en/>: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>