

TRAUMA, VERSTANDELIJKE BEPERKING, ZWAKBEGAAFDHEID, AUTISME

PRAKTIJKBOEK DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

Liesbeth Mevissen en Robert Didden



Trauma, verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid, autisme

Praktijkboek diagnostiek en behandeling

Liesbeth Mevissen en Robert Didden

ISBN 978 90 8560 374 0

NUR 770

THEMA MKLD / JKSL

BISAC JUV039150 / PSY022040

© 2025 Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd bestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Tekst- en datamining van (delen van) deze uitgave is uitdrukkelijk niet toegestaan.

All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training and similar technologies.

II VOORWOORD

Ongeveer twee derde van de mensen in de algemene bevolking maakt één of meer traumatische gebeurtenissen mee in het leven, zoals geweld, pesten of seksueel misbruik. Voor mensen met een verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme ligt dit percentage flink hoger. Ze worden eerder buitengesloten, gepest of maken geweld mee.

Als iemand een traumatische gebeurtenis meemaakt, is de kans op het ontwikkelen van een posttraumatische stressstoornis gemiddeld genomen 20%. Bij mensen met een verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme ligt dit percentage hoger. Of iemand traumaklachten ontwikkelt hangt af van verschillende risico- en beschermende factoren, zoals de aanwezigheid van sociale steun als beschermende factor. Juist de mensen met een verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme hebben vaak een beperkt sociaal steunsysteem en zijn daarom kwetsbaarder om klachten te ontwikkelen. Ook kunnen traumaklachten op een andere manier worden geuit en hierdoor minder snel worden herkend. De omgeving speelt een belangrijke rol in het helpen herkennen van traumaklachten. Snelle herkenning van traumaklachten is belangrijk om ernstige problemen in het psychosociale functioneren te voorkomen, juist bij mensen die al kwetsbaar zijn.

Hoe eerder traumaklachten worden herkend, hoe eerder traumabehandeling kan worden gestart en ernstige problemen in het psychosociale functioneren (gezin, school, werk en vrijetijdsbesteding) kunnen worden voorkomen of beperkt. Er zijn effectieve traumabehandelingen, zoals traumagerichte cognitieve gedragstherapie en EMDR-therapie. Deze wil je graag op tijd inzetten. Ook voor mensen met een verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme is het belangrijk dat zij evidence-based traumabehandeling krijgen aangeboden. Daarbij betrek je het sociale steunsysteem van een cliënt bij zowel de diagnostiek als de behandeling.

Om bovenstaande redenen is dit boek van collega's Mevissen en Didden van grote meerwaarde voor de klinische praktijk van professionals die met deze doelgroepen werken. Zij hebben jarenlange ervaring en expertise op dit gebied, en dat is duidelijk terug te zien in dit boek. Zij hebben diagnostische instrumenten ontwikkeld en onderzocht, zoals een traumascreener gebaseerd op de KJTS en de DITS, een klinisch interview. In Deel B wordt uitgebreid stilgestaan bij de toepassing van EMDR-therapie en de adaptaties die dit vraagt voor mensen met een verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme. In de delen C en D wordt veel informatie

gegeven over andere therapievormen die steeds meer worden toegepast bij deze doelgroepen, en wordt heel duidelijk gemaakt waarom het belangrijk is om het steunend netwerk van een cliënt te betrekken zowel in de diagnostische fase als bij de behandeling. Ook wordt veel aandacht besteed aan traumabehandeling van naasten.

Naast veel traumakennis wordt er casuïstiek beschreven en biedt het boek allerlei handvatten en tips voor professionals werkzaam in sectoren als de gehandicaptenzorg, (forensische) ggz, jeugdhulpverlening en het onderwijs. Het gaat in op vragen, zoals wat zijn traumaklachten, hoe screen je traumaklachten en op welke manier betrek je het sociale steunsysteem van een cliënt bij de zorg, en er wordt uitgebreid ingegaan op EMDR-behandeling. Een must-have voor iedereen die als professional te maken heeft met mensen met een verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme.

Prof.dr. Ramón Lindauer,

Hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie Amsterdam UMC/Levvel

II INLEIDING

PREAMBULE

Dit boek gaat over trauma bij mensen met een verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme. Bij hen uit trauma zich vaak op een minder directe manier dan bij mensen zonder beperkingen. Vaak is er sprake van emotionele of gedragsmatige ontregeling, maar blijven de onderliggende oorzaken onduidelijk. Het herkennen van trauma is bij deze mensen extra lastig. Beperkingen in communicatieve vaardigheden, overlap met andere problematiek en het ontbreken van een 'traumabril' bij professionals maken dat signalen niet altijd goed worden herkend. Daardoor blijft trauma nog te vaak onopgemerkt, wordt het te laat of onjuist gediagnosticeerd en blijft passende behandeling uit.

Met dit boek willen we bijdragen aan betere signalering, herkenning en behandeling van trauma en traumagerelateerde klachten bij kinderen en volwassenen met cognitieve, adaptieve en/of communicatieve beperkingen. Op basis van wetenschappelijke inzichten en praktijkervaringen reiken we kaders aan voor diagnostiek en therapieën die aansluiten bij het niveau van functioneren en informatieverwerking van deze mensen. We bieden praktische handvatten en tips voor professionals werkzaam in sectoren als de gehandicaptenzorg, (forensische) ggz, jeugdhulpverlening en het onderwijs.

Een belangrijke pijler in dit boek is de rol van naasten: ouders, verwanten, begeleiders en andere betrokkenen. Zij zijn vaak de eersten die signalen van ontregeling opvangen en spelen een centrale rol in het bieden van veiligheid, stabiliteit en herstel. In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme is samenwerking met het netwerk om hen heen dan ook essentieel voor effectieve behandeling en ondersteuning.

Voordat we ingaan op diagnostiek en traumatherapieën, staan we stil bij wat posttraumatische stressstoornis (PTSS) en PTSS-klachten zijn en welke rol '*diagnostic overshadowing*' speelt. We bespreken waarom mensen met een verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme een verhoogd risico op trauma lopen en wat de mogelijke gevolgen daarvan zijn. Maar eerst gaan we kort in op de vraag wat een verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme is.

1. VERSTANDELIJKE BEPERKING, ZWAKBEGAAFDHEID, AUTISME

1.1. Verstandelijke beperking

Als het gaat om de classificatie ‘verstandelijke beperking’ zijn er een aantal verschillen tussen de DSM-5(TR) en de voorgaande edities van de DSM. Een verstandelijke beperking valt nu onder de neurobiologische ontwikkelingsstoornissen en begint tijdens de ontwikkelingsperiode. In de praktijk wordt daarmee de periode tot het 23^e levensjaar bedoeld. De beperking is dan al op jonge leeftijd zichtbaar, bijvoorbeeld op school of in de omgang met leeftijdgenootjes. Voorts zijn er beperkingen in het verstandelijke en adaptief functioneren, in de sociale, praktische en conceptuele domeinen. Een belangrijke verandering is dat ten behoeve van de classificatie nu het adaptief functioneren op de voorgrond staat. De reden is het toegenomen inzicht dat niet zozeer het intellectueel functioneren of zelfs het IQ de aard en intensiteit van hulp en zorg bepaalt, maar de problemen ten aanzien van het adaptief functioneren. Voorts blijkt uit onderzoek dat IQ en adaptief functioneren maar matig met elkaar samenhangen, dus als het ware als twee verschillende constructen kunnen worden beschouwd (Jonker e.a., 2021).

Op een intelligentietest scoren mensen met een verstandelijke beperking ten minste 2 standaarddeviaties onder het populatiegemiddelde, waarbij een marge van 5 punten wordt aangehouden ($IQ < 70/75$). De ernst of mate van verstandelijke beperking wordt bepaald door het adaptief functioneren. In dit laatste opzicht sluit de DSM aan bij een ander invloedrijk model, namelijk het *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*-model (AAIDD; Schalock e.a., 2021). In het AAIDD-model is het centrale uitgangspunt dat de manier waarop een persoon met een verstandelijke beperking functioneert niet louter afhankelijk is van zijn cognitieve en adaptieve vaardigheden, maar mede wordt beïnvloed door de ondersteuning en hulp die deze persoon krijgt.

In dit boek maken we grofweg onderscheid tussen een lichte verstandelijke beperking en een ernstige verstandelijke beperking. De meeste mensen hebben een lichte verstandelijke beperking, waarvan de oorzaak niet altijd bekend is. In zowel de klinische praktijk als wetenschappelijk onderzoek worden IQ-grenzen 50-70 gehanteerd om deze ‘groep’ af te bakenen, en worden uitkomsten van meetinstrumenten voor adaptief gedrag geïnterpreteerd. Uitkomsten op IQ-testen en vragenlijsten kunnen door veel factoren worden beïnvloed; factoren die de clinicus moet meenemen in de beoordeling van bijvoorbeeld de DSM-criteria (zie Patel e.a., 2020). Een lichte verstandelijke beperking kan relatief laat in de kinderleeftijd zichtbaar worden, bijvoorbeeld op de basisschool. Gemiddeld genomen hebben deze mensen

meer moeite met het werkgeheugen en andere executieve functies, zijn beïnvloedbaarder en hebben gemiddeld genomen moeite met leren. Mensen met een matige tot ernstige verstandelijke beperking hebben een IQ onder de 50 en laten ernstigere tekortkomingen zien ten aanzien van het adaptief functioneren. Er is relatief vaak sprake van lichamelijke beperkingen en somatische problematiek, syndromen en epilepsie. Deze mensen hebben op alle levensgebieden ondersteuning nodig en communicatieve vaardigheden zijn navenant beperkt. In de praktijk worden ontwikkelingsleeftijden gebruikt die liggen tussen 2 en 6 jaar. Tot slot is er nog de zeer kleine groep van mensen met een zeer ernstige verstandelijke beperking, met een geschatte ontwikkelingsleeftijd van onder de 2 jaar. Zij zijn sterk afhankelijk van anderen, hun emoties uiten zij doorgaans non-verbaal. Desondanks kunnen zij naasten en begeleiders herkennen en op hen reageren met gebaren en emotionele signalen. Niet zelden zijn er bij deze mensen ook lichamelijke beperkingen, men spreekt in dat geval van zeer ernstig meervoudig beperkt.

1.2. **Zwakbegaafdheid**

In onze praktijk zien we veel mensen met zwakbegaafdheid. Net als mensen met bijvoorbeeld een lichte verstandelijke beperking lijken zij een verhoogd risico te hebben op trauma of PTSS. In de DSM-5-TR is zwakbegaafdheid een V-code. Dit betekent dat zwakbegaafdheid kan worden gebruikt als er reden is tot zorg of wanneer deze iemands behandeling of prognose negatief beïnvloedt. Anders dan in voorgaande edities van de DSM is dit vaag omschreven en de afgrenzing tot een lichte verstandelijke beperking is diffuus. Er is dan een zorgvuldige beoordeling nodig van de verstandelijke en adaptieve functies en discrepanties hierin, aldus de DSM. Ook de AAIDD geeft relatief weinig informatie over zwakbegaafdheid. Misschien zijn er daarom dan ook geen goede gegevens over de prevalentie van mensen met zwakbegaafdheid. In de klinische praktijk en in wetenschappelijke publicaties worden nog steeds de 'oude' IQ-grenzen 70-85 gehanteerd voor zwakbegaafdheid. Op basis van een theoretische IQ-verdeling is de schatting dat ongeveer 13-14% van de populatie aan dit criterium voldoet. Deze groep is vele malen groter dan de groep mensen met een (lichte) verstandelijke beperking.

Op basis van een uitgebreide literatuurstudie stellen Orio-Aparicio e.a. (2025) vast dat mensen met zwakbegaafdheid in allerlei opzichten tussen wal en schip vallen, zich als het ware in een grijs gebied bevinden. Ze voldoen niet aan de criteria van een (lichte) verstandelijke beperking terwijl ze vaardigheden missen om zelfstandig te participeren in de samenleving. Men dient te beseffen dat veel mensen met zwakbegaafdheid min of meer goed functioneren in de samenleving, vooral als zij een

steunend netwerk hebben. Toch kan zwakbegaafdheid gepaard gaan met allerlei negatieve gevolgen op verschillende levensgebieden: school, werk, gezondheid en relaties met anderen. Zwakbegaafdheid is niet altijd zichtbaar omdat mensen hun ‘beperking’ kunnen maskeren, iets dat overigens ook geldt voor veel mensen met een lichte verstandelijke beperking. Dit kan onbedoeld negatieve gevolgen hebben. Overzichtsstudies hebben aannemelijk gemaakt dat kinderen en volwassenen met zwakbegaafdheid veel vaker kampen met verschillende typen psychosociale problematiek (psychische problematiek, problemen met leren en werken, gezondheid) dan hun leeftijdsgenoten (zie o.a. Peltopuro e.a., 2023).

1.3. LVB

In Nederland is het sinds lang de gewoonte om de groep mensen met een lichte verstandelijke beperking en de groep mensen met zwakbegaafdheid met bijkomende problematiek samen te brengen onder de noemer ‘LVB’. Dat heeft verschillende redenen. Niet alleen hebben beide ‘groepen’ te maken met dezelfde psychosociale problematiek. Ook profiteren mensen met zwakbegaafdheid beter van de inzichten en methodieken zoals die binnen de (gespecialiseerde) verstandelijk gehandicaptenzorg worden gehanteerd. In bepaalde situaties mogen zij dus gebruikmaken van hulp van instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Dit is typisch voor de Nederlandse situatie, die in het buitenland niet altijd wordt herkend of begrepen. Maar de situatie is in de afgelopen 10-15 jaar sterk verbeterd en begrijpen internationale onderzoekers en klinici inmiddels wat wij bedoelen met ‘LVB’ (zie Orio-Aparicio e.a., 2025). Toch leidt het nog regelmatig tot onduidelijkheid rondom wat nu wordt bedoeld met ‘LVB’. Zo werden in de review door Orio-Aparicio e.a. een groot aantal Nederlandse studies niet meegenomen omdat door het gebruik van ‘LVB’ (Engels: *mild intellectual disability – borderline intellectual functioning*) het niet altijd duidelijk is op welke doelgroep de resultaten van de studies betrekking had. Op basis van cijfers uit 2018 wordt het aantal mensen met een ‘LVB’ (dus laag IQ en niet sociaal redzaam) geschat op 6,4% van de Nederlandse bevolking; ruwweg 1,1 miljoen inwoners (zie Woittiez e.a., 2019).

In de laatste jaren is steeds duidelijker naar voren gekomen dat veel mensen met een LVB terechtkomen in de sectoren van de forensische zorg, de ggz en bijvoorbeeld de verslavingszorg. In de studies die zijn gedaan naar de prevalentie van LVB in deze sectoren wordt telkens vastgesteld dat de ‘doelgroep LVB’ in de betreffende sector is oververtegenwoordigd. Zo doet een onderzoek door Jeanet Nieuwenhuis en haar collega’s (2017) vermoeden dat bijna 50% van de patiënten op afdelingen voor gespecialiseerde ggz een LVB heeft of op dat niveau functioneert. Soortgelijke