

Onderzoek bij vermoeden van **LVB problematiek bij kind en jeugd**

**Diagnostisch onderzoek bij een licht verstandelijke
beperking (LVB) bij kind en jeugd.**

Pearsonclinical.nl

PEARSON BENELUX B.V.



ALBERT PONSIOEN HEEFT TOT ZIJN PENSIONERING (EIND 2020) ALS KLINISCH NEUROPSYCHOLOOG IN DE RESIDENTIËLE LVB-ZORG EN DE JEUGD-GGZ GEWERKT EN WAS DAARNAAST MEDEWERKER VAN HET LANDELIJK KENNISCENTRUM LVB. ALBERT HOUDT ZICH NU BEZIG MET DE IMPLEMENTATIE VAN BRAINGAME BRIAN, EEN COMPUTER-TRAININGSPROGRAMMA VOOR KINDEREN MET PROBLEMEN OP HET GEBIED VAN DE ZELFREGULATIE. OOK BEGELEIDT HIJ EFFECTONDERZOEK OP BASIS VAN DE SINGLE-CASE EXPERIMENTAL DESIGN METHODIEK.

LVB in een notendop

De term *Licht Verstandelijk Beperkt (LVB)* heeft in de loop der jaren tot veel misverstanden geleid. Daarom is het lastig om 'LVB in een notendop' te beschrijven. Natuurlijk is elke aanduiding van een groep kinderen, jongeren of volwassenen met één term per definitie een te simplistische beschrijving van de werkelijkheid omdat daarmee de uniciteit van het individu wordt veronachtzaamd. Alleen al de bonte verzameling aan namen die in de loop der jaren aan kinderen werd gegeven die achterblijven met het schoolse leren geeft aan dat deze kinderen als groep lastig in een hokje te stoppen valt: debilitas mentis, achterlijk, licht zwakzinnig, licht verstandelijk gehandicapt, zwakbegaafd, moeilijk lerend, licht verstandelijke beperkt, cognitief beperkt, sociaal kwetsbaar. De meeste benamingen suggereren dat het om een vorm van een verstandelijke beperking gaat. Termen als moeilijk lerend en sociaal kwetsbaar geven echter aan dat de oorzaak van de problemen niet alleen in het kind zelf moet worden gezocht maar dat ook de omgeving hierbij een belangrijke rol kan spelen. Omdat de laatste decennia steeds duidelijker is geworden dat de groep kinderen en jongeren die met LVB wordt aangeduid met uiteenlopende profielen van sterke én zwakke vaardigheden behept zijn én dat de geconstateerde beperkingen niet per definitie ontwikkelingsplafonds aangeven, wordt in deze white paper over kinderen en jongeren met LVB-problematiek gesproken in plaats van over kinderen en jongeren met LVB.

Reden voor het vermoeden

Een eerste idee van LVB-problematiek kan worden verkregen door de DSM-5, de vijfde editie van de *Diagnostic Statistical Manual of mental disorders*¹, erop na te slaan. In tegenstelling tot de vorige editie, de DSM-IV, spelen IQ-scores geen rol meer in het vaststellen van de mate van ernst van een verstandelijk beperking (licht-matig-ernstig-zeer ernstig), maar moeten beperkingen beginnen gedurende de ontwikkelingsperiode in zowel het verstandelijk als het adaptief functioneren worden vastgesteld. Wat het adaptieve functioneren betreft fungeren beschrijvingen van problemen op het conceptuele, het sociale en het praktische domein van het adaptieve functioneren als richtlijnen. Hieruit wordt duidelijk dat het onderscheid tussen het verstandelijk functioneren en met name het adaptieve-conceptuele domein minder scherp is dan de

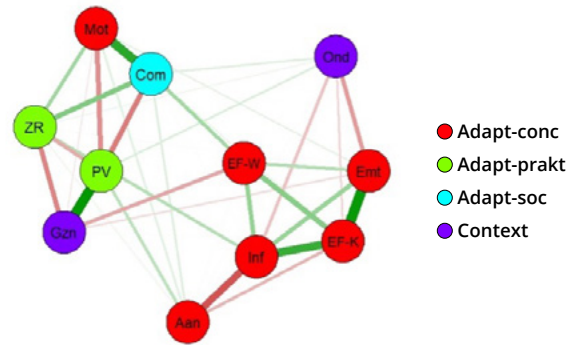
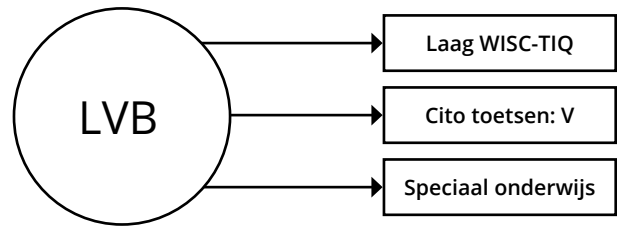
indeling in criteria doen vermoeden. De constatering van LVB-problematiek moet een diagnostisch startpunt zijn om het profiel van (on)mogelijkheden te leren kennen en is niet het diagnostisch eindpunt. Zeggen dat de achterstanden van een kind te verklaren zijn vanuit zijn licht verstandelijke beperking komt immers neer op de conclusie dat de achterstanden te verklaren zijn vanuit zijn achterstanden.

Een classificatiesysteem als de DSM-5 kan worden beschouwd als een naslagwerk om tot een relatief éénvoudig taalgebruik te komen van onder anderen ontwikkelingsstoornissen. Zoals in de inleiding van de DSM-5 wordt aangegeven heeft de term "Diagnostic" in de Amerikaanse titel bijgedragen aan de verwarring die in de klinische praktijk is ontstaan tussen classificeren en diagnosticeren. Voor een diagnose is een beschrijving van het probleem, of in DSM-termen de 'stoornis', een eerste stap. Vervolgens moeten de mogelijke oorzaken, het ziekteproces, het stadium en de ernst en het beloop van de stoornis bij die ene persoon beschreven worden. "Terwijl een classificatie bedoeld is om groepen patiënten in te delen, ter wille van wetenschappelijk onderzoek, epidemiologische registraties of financiering van de zorg. Om die reden hebben we besloten om in de vertaling van de DSM-5, anders dan in die van zijn voorgangers, het woord 'diagnose' zo veel mogelijk te vervangen door 'classificatie'. Hoe duidelijker het is dat de DSM-5 geen diagnostische bijbel is, hoe beter". (APA, 2014; blz. 14).

Ten derde hebben cliënten met een LVB vaker te maken met gedwongen opnames, dwangmaatregelen zoals dwangmedicatie en een langere opnameduur omdat hun gedrag vaker verkeerd begrepen wordt en behandelaars niet goed weten hoe om te gaan met gedragsproblemen (Nieuwenhuis et al., 2017).

Een kind voldoet niet aan de criteria van LVB-problematiek omdat het LVB heeft, maar omdat de gedragsbeschrijvingen in voldoende mate van toepassing zijn. Dit is vergelijkbaar met een kind dat voldoet aan de gedragsbeschrijvingen in het hoofdstuk 'Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteit'. ADHD is bij dit kind niet de verklaring voor dit gedrag maar slechts een samenvattende term van dit gedrag.

¹ American Psychiatric Association. (2014). *Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5): Nederlandse vertaling van de desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. Amsterdam: Boom.



Figuur 1. Klassiek model (figuur boven) en netwerkmodel (figuur onder) van LVB-problematiek (zie de tekst in de paragraaf 'Diagnostische aanbevelingen' voor uitleg van de afkortingen).

Het psychologisch onderzoek

Goede diagnostiek dat recht doet aan de hulpvraag van het kind en zijn opvoeders, is juist bij vermoedens van LVB-problematiek van groot belang. Juist bij deze problematiek zijn er namelijk valkuilen waardoor te snel conclusies getrokken worden op basis van beperkte beeldvorming. LVB-problematiek is een complex geheel, waarin meerdere kind- en omgevingsfactoren een rol spelen in bij het ontstaan en het in stand houden van de problemen van een kind in het gezin en/of op school. Deze benadering sluit aan bij een betrekkelijk nieuwe stroming binnen de (jeugd) psychiatrie om stoornissen meer als netwerken van symptomen te zien die in samenhang met compenserende 'krachten'² elkaar positief of negatief beïnvloeden (deze onderlinge beïnvloeding wordt ook wel *mutualisme* genoemd³). De klassieke opvatting dat een stoornis een aantal kernsymptomen verklaart is een eenvoudiger model, waarbij de stoornis als een onderliggende, 'latente' factor wordt beschouwd. In het volgende figuur worden het klassieke model en het netwerkmodel van LVB-problematiek naast elkaar afgebeeld (zie figuur 1).

Diagnostiek van de adaptieve vaardigheden moet erop gericht zijn informatie te vergaren omtrent de onderliggende dynamiek van sociale en psychische aspecten, in combinatie met context-factoren als gezin en onderwijs. In het netwerkmodel in figuur 1 is een aantal van de belangrijkste interacterende factoren ondergebracht:

- Het adaptief-conceptuele domein (Adapt-conc)
 - Aandacht (Aan)
 - Informatieverwerking (Inf)
 - Koude executieve functies (EF-K: inhibitie – mentale flexibiliteit – werkgeheugen)
 - Warme executieve functies (EF-W: koude EF + emotieregulatie en motivationele processen)
- Het adaptief-communicatieve domein (Adapt-com)
 - Communicatieve functies (Com: o.a. expressieve en receptieve taal – taalpragmatiek)
- Het adaptief-praktische domein (Adapt-prakt)
 - Persoonlijke verzorging (PV)
 - Zelfredzaamheid (ZR)
- Het contextuele domein (Context)
 - Gezin (Gzn: ouders – opvoeding)
 - Onderwijs (Ond: leerkracht – instructies)

² Os, J. van (2014). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.

³ Van Der Maas, H. L. J., Dolan, C. V., Grasman, R. P. P. P., Wicherts, J. M., Huizenga, H. M., & Raijmakers, M. E. J. (2006). A dynamical model of general intelligence: The positive manifold of intelligence by mutualism. *Psychological Review*, 113, 842-861.

Het adaptief functioneren geeft meer dan de intellectuele vermogens aan dat omgevingsfactoren als gezin en school van invloed zijn op de mate waarin dat functioneren tekort kan schieten. Als de omgeving te hoge eisen stelt kunnen problemen ontstaan. Wat zijn dan die omgevingseisen die de adaptieve veerkracht van het kind te boven gaan? Wat zijn de specifieke beperkingen van een kind? Wat zijn de mogelijk nog te weinig benutte sterke vaardigheden van datzelfde kind? Er wordt bij kinderen met LVB-problematiek in dit verband vaak gesproken over 'overvraging'. Het is dan niet altijd duidelijk of men met overvraging doelt op die omgevingseisen of op de reactie van iemand op die eisen. En vaak wordt er pas achteraf, bij het constateren van de problemen die iemand ondervindt om aan de eisen van de omgeving te voldoen, geconcludeerd dat er van overvraging sprake is. In dit verband is het begrip 'stress' een handzamer term, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen de stressrespons (de reactie op een veeleisende situatie), de stressor (de conditie die de reactie uitlokt) en de stress (het proces)⁴. Het gewicht van de factoren in figuur 1 op adaptieve functioneren

kan overigens per kind verschillen, het psychologisch onderzoek moet erop gericht zijn de individuele patronen in het netwerkmodel te onderkennen.

Diagnostische aanbevelingen

Om een goed beeld te krijgen van het adaptief functioneren van een kind is het per definitie van belang om de context waarin dit beoordeeld wordt hierin mee te nemen. In een relatief neutrale omgeving als de klassieke diagnostische onderzoekskamer kan met de juiste instrumenten een inschatting worden gemaakt van het potentieel aan adaptief-conceptuele en -communicatieve vaardigheden van een kind. Bijvoorbeeld met de testbatterijen als de WISC-V⁵, die gebaseerd zijn op theoretisch onderbouwd model van intelligentie⁶. Om een goed beeld van het profiel van sterke en minder sterke vaardigheden te krijgen van een kind is het dan wel belangrijk om de factorscores te gebruiken en niet de Totaal IQ-score. Want zoals vanuit de DSM-5 wordt aangegeven: 'Cognitieve profielen gebaseerd op neuropsychologische tests geven meer inzicht in verstandelijke vermogens dan een enkele IQ-score'⁷.



⁴ Wijnroks, L. (2013). Kritische kanttekeningen bij de discrepantiehypothese en het concept overvraging: het stressmodel als alternatief. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 2, 99-113.

⁵ <https://www.pearsonclinical.nl/catalogsearch/result?q=WISV-5>

⁶ Het Cattell-Horn-Carroll model van intelligentie: Hendriks, M. P. H., Ruiter, S., Schittekatte, M., & Bos, A. (2018). *WISC-V-NL technische handleiding. Nederlandse bewerking*. Amsterdam: Pearson.

⁷ American Psychiatric Association. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen: DSM-5* (blz. 93). Uitgeverij Boom.

Ondanks het benadrukken van de dynamische en beïnvloedbare aspecten van een IQ-score vanuit het wetenschappelijke onderzoeksveld⁸, blijft de opvatting dat het om een betrekkelijk stabiel en onveranderbaar kenmerk gaat, een hardnekkig fenomeen, met name in de klinische praktijk en in het onderwijs. Als een kind niet goed meekomt op een reguliere basisschool en vervolgens op een intelligentietest tot een onder gemiddeld resultaat komt, kan de wijze waarop met deze lage IQ-score wordt omgegaan de (leer)ontwikkeling van dat kind beïnvloeden. Het maakt een verschil of de IQ-score als verklaring voor de zwakke leerprestaties beschouwd wordt of als een bevestiging van de leerachterstanden, waarna verder onderzoek moet worden uitgevoerd naar de mogelijke oorzaken van deze achterstanden. De oorzaken kunnen divers zijn: (neuro)psychologische problemen (afleidbaarheid; impulsiviteit; sociaal-emotionele problemen; problemen met de informatieverwerking; executieve functieproblemen); specifieke leerstoornissen (dyslexie, dysorthografie, dyscalculie); problemen in het gezin; problemen die met de school en/of leerkrachten van doen hebben⁹.

Een goede aanvulling op de verbale WISC-subtests waarbij vooral de expressieve taalvaardigheid wordt beoordeeld, zijn de subtests van de RAKIT-2¹⁰ en de CELF-4-NL¹¹.

Voor het praktische domein kan men screeners als de SCIL¹² gebruiken. Maar zoals de ontwikkelaars van de SCIL aangeven: "Indien er sprake is van mogelijk LVB is nader diagnostisch onderzoek nodig". Omdat de SCIL gevalideerd is op intelligentietests (WAIS en WISC) moet het resultaat 'Mogelijk LVB-problematiek' het startpunt zijn van een diagnostisch onderzoek gericht op de achtergrond van de geconstateerde aanpassingsproblemen.

Met de Adaptieve Leervermogen Test (ALT)¹³ kan informatie worden verkregen over het conceptuele en sociale domein van het adaptief functioneren.¹⁴ De ALT is vooral gericht op het conceptuele en communicatieve domein van het adaptieve functioneren. Een voorbeeld van het gebruik van de ALT wordt aan het eind van deze white paper gegeven (zie onder 'Casus'). Het Landelijke Kenniscentrum LVB (www.kenniscentrumlvb.nl) heeft een handzame set aan keuze- en hulpkaarten ontwikkeld om het domeinen van het adaptief functioneren thuis en op school bij een kind in beeld te krijgen.

Om de rol en de impact van omgevingsfactoren mee te kunnen nemen in de diagnostische overwegingen is het belangrijk om informatie van het gedrag van het kind in de context van thuis en school mee te nemen. Hiertoe kunnen observatielijsten als de Vineland-3-NL¹⁵ worden gebruikt die aan ouders, leerkrachten of andere betrokkenen kan worden voorgelegd.



⁸ Blackwell, L., Trzesniewski, K., & Dweck, C. S. (2007). Implicit theories of intelligence predict achievement across an adolescent transition: A longitudinal study and intervention. *Child Development, 78*, 246–263

⁹ Daamen W, Oudhof M, Ince D, Lekkerkerker L. (2015). *Gebruikershandleiding CAP-J*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

¹⁰ <https://www.pearsonclinical.nl/catalogsearch/result?q=RAKIT-2>

¹¹ <https://www.pearsonclinical.nl/celf-5-nl-test-diagnose-evaluatie-taalproblemen>

¹² Vanaf 14 jaar: Kaal, H., Nijman, H. & Moonen, X. (2013). *SCIL; Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking; Handleiding*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.

¹³ Een verkorte versie van de ALT, de VALT, wordt beschreven in: <https://www.kenniscentrumlvb.nl/product/handreiking-voor-het-werken-met-kinderen-met-lvb-in-het-basisonderwijs-en-thuis-2>

¹⁴ Ponsioen, A. J. G. B. (2016). Andere kijk op psychologische diagnostiek. In: R. Didden, P. Troost, X. Moonen, & W. Groen. *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pag. 257-270). Utrecht: Tijdstroom.

¹⁵ <https://www.pearsonclinical.nl/vineland-3-nl>

Interpretatie

De complexiteit van LVB-problematiek moet er niet toe leiden dat er altijd uitgebreide en intensieve (neuro)psychologische diagnostiek moet worden verricht, aangevuld met systeem-dynamische observaties, om een goed beeld te krijgen van de op elkaar inwerkende kind-gebonden en omgevingsfactoren. Men dient echter wel deze interacterende factoren bij de interpretatie van de diagnostische gegevens te betrekken.

Ook is het belangrijk rekening te houden met het gegeven dat kinderen zich in een verschillend tempo ontwikkelen en dit tempo ook per ontwikkelingsdomein (motoriek, cognitief, sociaal-emotioneel) kan verschillen. Een te sterke nadruk op het gebruik van leeftijdsnormen kan ertoe leiden dat de afwijkingen van het gemiddelde bepalend kunnen zijn voor de verdere ontwikkelingsmogelijkheden van het kind. Vallen de scores op de toetsen in het primaire onderwijs bovengemiddeld uit dan worden de kansen op verdere ontwikkeling door middel van verrijkingsprogramma's en hogere niveaus van vervolgonderwijs vergroot. Zijn de scores beneden-gemiddeld dan wordt er geen verrijkingsstof aangeboden en wordt het onderwijsaanbod naar beneden toe bijgesteld. Door de lagere toets- en testcores als indicaties voor zwakke leervermogens te beschouwen en om deze reden de aangeboden leerstof af te zwakken, kan een verminderd leeraanbod de leerachterstanden alleen maar vergroten. De leerachterstanden kunnen dan op den duur voor een deel verklaard worden door minder leeraanbod. Zeker voor de kinderen waarbij andere factoren (rijping; externe factoren) dan capaciteitsproblemen van invloed zijn op de zwakke leerprestaties is het risico van dergelijke zelfvullende voorspellingen aanzienlijk¹⁶.

Aanvullend onderzoek

Bij een kind met vermoedens van LVB-problematiek is er altijd wel sprake van leerachterstanden en enige vorm van internaliserende of externaliserende gedragsproblematiek. Voordat een diagnostisch onderzoek wordt ingezet kan op basis van de beschikbare informatie (schoolgegevens; informatie van ouders over de ontwikkeling en het gedrag van het kind; informatie van het kind zelf) al een eerste inschatting worden gemaakt van de aard, de ernst en de mogelijke oorzaken van de problematiek¹⁷.

Een belangrijke aanvulling op het verkrijgen van informatie over het alledaagse functioneren van het kind zijn recente ontwikkelingen op het gebied van de Experience Sampling Methods (ESM) en de Ecological Momentary Assessment (EMA). Voor ESM-metingen worden op maat gemaakte schaaltes gebruikt die door de persoon zelf of door derden (bij kinderen: ouders, de leerkracht) worden ingevuld. Bij EMA-metingen worden passieve telemetrische apparaten (smart-watches, fitness trackers; sensoren; global positioning systems, GPS) ingezet, apparaten waarmee ook fysiologische metingen (hartslag, huidweerstand) kunnen worden gedaan.

Op basis van de reeds beschikbare gegevens kan het nodig zijn meer informatie in te winnen over de nog relatief onbekende factoren. Als er informatie over de meer kindgebonden factoren door middel van psychologisch onderzoek is verkregen, zou deze informatie ook nog kunnen worden aangevuld door verdiepend onderzoek op de domeinen die vanuit het ALT-onderzoek als kerndomeinen kunnen worden aangemerkt. Kerndomeinen zijn de domeinen waaraan in het adaptieve netwerk het grootste gewicht kan worden toegekend. In de volgende paragraaf wordt een verdiepend onderzoek aan de hand van een casus geïllustreerd.

¹⁶ Van Lieshout, E.C.D.M. (2001). Ontwikkelingen in de behandeling van leerproblemen: aandacht voor aanpakken en vasthouden. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 40, 5-19.

¹⁷ Deze fase wordt ook wel aangeduid met termen als 'holistische theorie', 'functionele analyse' of 'probleemconceptualisatie'.

Casus uit de praktijk

A., een 10-jarige jongen, heeft moeite met het volgen van de lesstof, concentratieproblemen, automatiseren van nieuwe vaardigheden. Een intelligentieonderzoek op 8-jarige leeftijd had als resultaat een totaal IQ van 70. A. heeft moeite met het volgen van de lesstof (groep 7 basisschool), kent concentratieproblemen en heeft moeite om nieuwe vaardigheden geautomatiseerd te krijgen. A. is zich sterk bewust is van zijn anders zijn dan zijn groepsgenoten op school.



DOMEIN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
A. Aandacht (NEPSY-2 NL; WISC-V)									X										
B. Crystallized intelligence (WISC-V; RAKIT-2)						X													
C. Successieve informatieverwerking en STM (IWSC-V; RAKIT-2; WMV; CCC-2)						X													
D. Fluid Intelligence (WNV; WISC-V;										X									
E. Simultane info.verw. (WISC-V; Beery VMI)								X											
F. Executieve Functies (BAD-C; D-KEFS; WMV)	Sterk afhankelijk van de taak: hoe sterker het beroep op een handelingsgerichte vaardigheid (schrijven; tekenen), des te lastiger het voor A. wordt en hoe sterker zijn onzekerheid hem parten gaat spelen.																		
H. Automatisering (EMT; Zareki)	Door automatiseringsproblemen niet optimaal wat betreft bepaalde vaardigheden (m.n. spellen en rekenen).																		
J. Motoriek (Movement ABC-2 NL)	Geen bijzonderheden wat betreft de grove motoriek (A. is een getalenteerd voetballertje); wel problemen met de fijne motoriek die samenhangen met de problemen op het gebied van het schoolse leren.																		
G. Motivatie (PMT-K-2)	Goed; lijkt A. soms echter wat tegen te werken (sterke drive om zo goed mogelijk te presteren).																		
I. Zelfbeeld (CBSK; CBSA)	Is erg onzeker geworden in de loop der jaren op school en heeft een erg lage zelfwaardering vooral op het gebied van de schoolse vaardigheden. A. kan slecht met tegenslagen omgaan, hij blokkeert dan.																		
K. Context (Gezin – Onderwijs)	Betrokken ouders en in zijn huidige groep op school een begripvolle leerkracht. In voorgaande jaren ook wel te maken gehad met een minder begripvolle leerkracht.																		

Met de volgende adviezen kon de school voldoende aan de slag met A.

- Uitleg (herhalen)
- Terug naar de basis (automatiseren + succeservaringen)
- Compenseren (gebruik van sterke visuele informatieverwerking) alleen om uitleg te ondersteunen. Inslippen door vooral auditieve kanaal te gebruiken en vervolgens regelmatig te oefenen (bijv.: [https://wijzeroverdebasisschool.nl/kennisbank-rekenen/rekenen-oefenen/automatiseren-rekenen/#Automatiseren tot 10](https://wijzeroverdebasisschool.nl/kennisbank-rekenen/rekenen-oefenen/automatiseren-rekenen/#Automatiseren%20tot%2010))
- Computertraining van EF (Braingame Brian; Cogmed). Belangrijkste doel: verbeteren frustratietolerantie (leren fouten maken/omgaan met tegenslagen; leren schakelen).

Follow up informatie van ouders na 1 jaar

Het afgelopen schooljaar heeft A. een mooie groei

doorgemaakt. Zowel de leeropbrengsten als zijn zelfbeeld zijn vergroot. A. heeft succeservaringen opgedaan waardoor zijn zelfvertrouwen is toegenomen. Juist door het bieden van voorspelbaarheid en lesstof passend op zijn niveau heeft hij zich positief ontwikkeld en laat hij nog altijd groei zien. A. heeft een stap gezet in het leren accepteren waar zijn sterke en zwakke punten liggen zonder afbreuk te doen aan zijn eigenwaarde.

Follow up informatie van ouders na 2 jaar

Vanwege een lage score op de NIO (totaal= 69. verbaal=79 en symbolisch= 65) zou A. naar het Praktijkonderwijs worden doorgeplaatst ondanks de groei in het laatste jaar van het basisonderwijs. Met verwijzing naar het profiel van A. en het risico dat hij in het Praktijkonderwijs nog verder achteropraakt is A. op een VMBO-school geplaatst waarbij hij het eerste jaar extra ondersteuning krijgt.

Slot

De moraal van deze white paper is om bij kinderen die leerachtstanden vertonen, al dan niet gecombineerd met gedragsproblemen, op zoek te gaan naar de achtergrond van deze problemen. Dit lijkt logisch en is van toepassing op alle kinderen (en volwassenen) met problemen, maar in de klinische praktijk is het signaleren en classificeren van de problemen nog wel eens eerder het eindpunt dan het startpunt van het diagnostisch proces. Bij kinderen met LVB-problematiek wordt dit risico vergroot omdat men bij deze kinderen over voldoende informatie denkt te beschikken met het bepalen van het IQ én het benoemen van de eventuele ontwikkelingsstoornis(sen)¹⁸ in DSM termen. Door aandacht te geven aan de adaptieve functies van een kind en daarbij oorzaak-en-gevolg relaties als een complex netwerk te beschouwen, komen krachten en kwetsbaarheden van het kind en zijn omgeving aan het licht en worden de mogelijkheden om een negatieve ontwikkelingsspiraal te doorbreken vergroot.

¹⁸ Prof. dr. Nanda Lambregts-Rommelse, Hoogleraar aan de Radboud Universiteit / Faculteit der Medische Wetenschappen en Karakter met de leeropdracht Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen stelt in haar inaugurele rede 'Het kind in de tijd' om niet meer over 'ontwikkelingsstoornissen' te spreken maar over 'neuropsychologische ontwikkelingsverstoringen' (blz. 20).

Deze white paper is geschreven door Albert Ponsioen, voor vragen kunt u contact opnemen met albertponsioen@gamingandtraining.nl



