

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 INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	17
Preamble	17
1. Verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid, autisme	18
1.1. Verstandelijke beperking	18
1.2. Zwakbegaafdheid	19
1.3. LVB	20
1.4. Autisme	22
2. Trauma en PTSS	23
2.1. DSM-criteria PTSS	24
2.2. Complexe PTSS	24
3. Prevalentie van (complexe) PTSS	25
3.1. Prevalentie PTSS bij verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid en bij autisme	26
4. Gevolgen van trauma	28
4.1. Neurobiologisch	29
4.2. Zelfverwondend gedrag	30
4.3. Re-victimisatie en agressief gedrag	30
4.4. Verstoorde lichaamsbeleving	32
4.5. Verslaving	32
4.6. Impact op naasten	33
5. Verhoogd risico op PTSS	34
5.1. Verhoogd risico bij verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid	34
5.2. Verhoogd risico bij autisme	36
5.2.1. Moeite met verwerken	37
6. Diagnostic overshadowing	38
6.1. Diagnostic overshadowing en verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid	39
6.2. Diagnostic overshadowing en autisme	40
6.3. Pleidooi voor goede traumadiagnostiek	41
Leeswijzer	42

DEEL A	DIAGNOSTIEK VAN TRAUMA	45
	Casuïstiek	45
1.	Inleiding	50
2.	Traumadiagnostiek bij mensen met een LVB	53
2.1.	DITS-LVB	53
2.2.	Vaststellen van PTSS	57
2.2.1.	Eisen aan de interviewer	59
2.3.	Geen PTSS, maar wel ingrijpende negatieve gebeurtenissen en daaraan gerelateerde klachten	62
2.3.1.	Niet voldoen aan het A-criterium, maar wel aan de PTSS-symptoomcriteria	63
2.3.2.	Wél voldoen aan het A-criterium, maar niet aan de PTSS-symptoomcriteria	66
2.3.3.	Niet voldoen aan het A-criterium en ook niet aan de symptoomcriteria, maar wél klachten	67
2.4.	Geen PTSS, maar wél klachten: indicatie voor traumabehandeling?	68
3.	Traumadiagnostiek bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking of communicatieve problemen	70
3.1.	DITS-EVB	70
3.2.	Verschillende informanten	72
3.3.	Uitdagingen in de praktijk	73
4.	Traumadiagnostiek bij mensen met autisme	77
4.1.	Differentiaaldiagnostiek bij autisme	77
4.1.1.	Ingrijpende gebeurtenissen en angst- en stemmingsstoornissen	79
4.2.	De DITS voor mensen met autisme	80
4.2.1.	Praktische tips	81
5.	Tijdig signaleren van trauma	82
5.1.	Als trauma niet op tijd gezien wordt	82
5.2.	Screeners	83
5.3.	Trauma Screener-LVB (TS-LVB)	85
5.3.1.	Gebeurtenissen, symptomen en dagelijks functioneren	86
5.3.2.	Meetkwaliteit van de TS-LVB	87
5.4.	Screenen op trauma en PTSS bij mensen met autisme	87
	Samenvatting	89

DEEL B	BEHANDELING VAN TRAUMA MET EMDR-THERAPIE	93
1.	Inleiding	93
2.	EMDR-therapie	95
2.1.	EMDR-procedure: 8 fasen	98
2.2.	EMDR-protocollen	107
2.3.	EMDR-therapie bij verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme	108
3.	EMDR-therapie bij mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid	109
3.1.	Afstemmen op de verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid: bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek	110
3.2.	Afstemmen op de verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid: aandachtspunten en tips	111
3.2.1.	EMDR-protocol voor kinderen en jongeren tot 18 jaar	111
3.2.1.1.	Uitleg geven over EMDR-therapie	112
3.2.2.	Maak gebruik van visuele ondersteuning	114
3.2.3.	Voorkom herhalen en samenvatten tijdens de uitvoering van het protocol	115
3.2.4.	Durf af te wijken van het protocol	117
3.2.4.1.	Aanpassingen bij het vaststellen van NC en PC	117
3.2.4.2.	Aanpassingen tijdens de desensitisatie	119
3.2.4.3.	Aangepaste werkwijze voor de Mental Video Check	120
3.2.5.	De verhalenmethode bij ernstige verstandelijke beperking of ernstige communicatieve beperkingen	120
3.2.5.1.	Combineren van verhalenmethode en K&J-protocol	123
3.2.6.	Positief starten	124
3.2.6.1.	Voordelen van positief starten	125
3.2.7.	EMDR-casusconceptualisatie	126
3.2.7.1.	De traumasensitieve zoekstrategieën	126
3.2.7.2.	De traumasensitieve zoekstrategieën en diagnostic overshadowing	127
3.2.7.3.	De gebeurtenissenroute bij LVB	127
3.2.7.4.	De traumasensitieve zoekstrategieën en de DITS-LVB	131
4.	EMDR-therapie bij mensen met autisme	134
4.1.	Afstemmen op autisme: bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek	135
4.2.	Afstemmen op autisme: aandachtspunten en tips	136
4.2.1.	Gebruik de aanpassingen en tips voor mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid	138
4.2.2.	Werk nauw samen met naasten uit het netwerk van de cliënt	139

4.2.3.	Neem een passende therapeutische houding aan	139
4.2.4.	Schep vanaf het begin passende randvoorwaarden	140
4.2.4.1.	Waar, hoe vaak en hoe lang?	140
4.2.4.2.	Rol van de steunfiguur	143
4.2.4.3.	Omgaan met emotieregulatieproblemen	147
4.2.5.	Herinneringen aan problematisch gedrag	151
4.2.6.	Bijzondere problemen tijdens de EMDR-procedure: wat kun je doen?	155
4.2.6.1.	Activatie van de herinnering	155
4.2.6.2.	Wel ingrijpende gebeurtenissen, geen concrete herinneringen	155
4.2.6.3.	Stagnaties in het verwerkingsproces	157
4.2.6.4.	De EMDR-therapie afsluiten: wanneer is het klaar?	160
5.	Online EMDR-therapie	165
5.1.	Voor- en nadelen van online behandelen	165
5.2.	Randvoorwaarden bij online EMDR-therapie	167
5.2.1.	Software tools	167
5.2.2.	Andere taken om het werkgeheugen te belasten	167
5.2.3.	Overige randvoorwaarden en afspraken	168
5.3.	Vier voorbeelden uit de praktijk	169
6.	Wetenschappelijk onderzoek naar EMDR-therapie bij mensen met een verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme	173
6.1.	EMDR-therapie bij mensen met een LVB	174
6.1.1.	EMDR-therapie bij kinderen en jongeren met een LVB	174
6.1.2.	EMDR-therapie bij volwassenen met een LVB	175
6.1.3.	EMDR-therapie bij gezinnen met een LVB	177
6.2.	EMDR-therapie bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking	178
6.3.	EMDR-therapie bij mensen met autisme	179
6.3.1.	EMDR-therapie bij volwassenen met autisme	179
6.3.2.	EMDR-therapie bij kinderen en jongeren met autisme	180
	Samenvatting	183

DEEL C	ANDERE VORMEN VAN TRAUMABEHANDELING	187
1.	Inleiding	187
2.	Exposuretherapie	188
2.1.	Wat is exposuretherapie?	188
2.1.1.	Exposure in grote lijnen	189
2.2.	Toepasbaarheid van exposuretherapie bij verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme	189
2.3.	Wetenschappelijk onderzoek bij verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme	190
3.	WRITEjunior	192
3.1.	Wat is WRITEjunior?	192
3.1.1.	Het WRITEjunior-protocol in grote lijnen	193
3.2.	Toepasbaarheid van WRITEjunior bij verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme	194
3.3.	Wetenschappelijk onderzoek bij verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme	195
4.	Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy	196
4.1.	Wat is TF-CBT?	196
4.1.1.	Het TF-CBT-programma in grote lijnen	196
4.2.	Toepasbaarheid van TF-CBT bij verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme	197
4.3.	Wetenschappelijk onderzoek bij verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme	199
5.	Narratieve exposuretherapie	201
5.1.	Wat is NET en wat is KIDNET?	201
5.1.1.	NET en KIDNET in grote lijnen	202
5.2.	Toepasbaarheid van NET en KIDNET bij verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme	203
5.3.	Wetenschappelijk onderzoek bij verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme	205
6.	Imagery Rescripting	206
6.1.	Wat is ImRs?	206
6.1.1.	ImRs in grote lijnen	208
6.2.	Toepasbaarheid van ImRS bij verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme	208
6.3.	Wetenschappelijk onderzoek bij verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme	209

7.	Seeking Safety	210
7.1.	Wat is Seeking Safety?	210
7.1.1.	Seeking Safety in grote lijnen	210
7.2.	Toepasbaarheid van Seeking Safety bij verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme	212
7.3.	Wetenschappelijk onderzoek bij verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme	213
8.	Psychomotorische therapie	214
8.1.	Wat is PMT?	214
8.1.1.	PMT bij complexe PTSS	215
8.2.	Toepasbaarheid van PMT bij verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme	217
8.3.	Wetenschappelijk onderzoek bij verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme	218
9.	Overige traumagerichte interventies	219
9.1.	Dierondersteunde interventies	220
9.2.	IGT-K	221
10.	Traumasensitieve omgeving	222
10.1.	Inleiding	222
10.2.	Trauma-informed care	223
10.2.1.	Onderzoek bij verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid	225
10.2.2.	Onderzoek bij autisme	226
10.3.	TIC in Nederland	226
10.4.	Naasten aanzetten tot traumasensitief ondersteunen	227
	Samenvatting	232

DEEL D **TRAUMABEHANDELING VAN NAASTEN** 235

1.	Trauma bij naasten	235
1.1.	Cliëntgerelateerde trauma's en stressvolle gebeurtenissen	236
1.2.	Eigen trauma wordt getriggerd	241
2.	Gevolgen van trauma bij naasten	243
2.1.	Trauma bij ouders	243
2.1.1.	Trauma bij ouders van een kind of volwassene met een verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme	245

2.2.	Trauma bij begeleiders	247
2.2.1.	Trauma bij begeleiders van een kind of volwassene met een verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme	247
2.3.	Trauma bij partners	248
2.3.1.	Trauma bij partners van een volwassene met een LVB of autisme	248
3.	Traumabehandeling van naasten	249
3.1.	Traumabehandeling van naasten	249
3.2.	Traumabehandeling van naasten van cliënten met een verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme	251
3.2.1.	Traumabehandeling van ouders van kinderen met een LVB	251
3.2.2.	Traumabehandeling van ouders van adolescenten met autisme	252
4.	Traumabehandeling van naasten: aandachtspunten en tips	254
4.1.	Geven van uitleg	255
4.1.1.	Een schema dat kan helpen bij het motiveren	258
4.2.	Indicatiestelling	260
4.3.	Traumabehandeling van naasten: hoe doe je dat?	261
4.3.1.	EMDR-therapie van naasten: casusconceptualisatie met de tijdlijnroute	261
4.3.2.	EMDR-therapie van naasten met een LVB of autisme: casusconceptualisatie	262
4.3.3.	Traumabehandeling van naasten als de verhalenmethode wordt gebruikt	262
4.4.	Traumabehandeling van naasten invoegen in de loop van de behandeling	263
4.5.	Traumabehandeling van naasten: hoe organiseer je dat?	265
	Samenvatting	269
	(DIGITALE) BIJLAGEN	270
	LITERATUUR	270
	OVER DE AUTEURS	271

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 terecht komen 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