

4 Theoretisch deel

Uit welke theoretische achtergrond over cognitieve ontwikkeling, cognitieve problemen, zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking kan ik putten om zorg te bieden aan leerlingen? Dit vind je terug in het Theoretisch deel, het vierde deel van het [Specifiek Diagnostisch Protocol Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking](#). Lees dit bij voorkeur samen met [Brede \(preventieve\) basiszorg](#), [Verhoogde zorg](#) en [Uitbreiding van zorg](#) van dit protocol. De protocollen zijn een leidraad voor diagnostiek binnen de onderwijscontext gehanteerd door CLB-teams in samenwerking met scholen. Een Specifiek Diagnostisch Protocol is een concrete vertaling van de algemene handvatten in het [Algemeen Diagnostisch Protocol](#) (ADP). Individueel Aangepast Curriculum komt niet aan bod in dit specifiek diagnostisch protocol. Hiervoor verwijzen we naar [fase 3 in het ADP](#).

Dit deel beschrijft hoe een zwakbegaafdheid en een verstandelijke beperking zich manifesteren. Ze reikt de nodige achtergrondinformatie aan en is vooral bedoeld als achtergrond bij het diagnostische werk.

1 Klinisch beeld¹

Zwakbegaafdheid heeft geen specifiek klinisch beeld. Meestal is noch in de communicatie noch fysiek iets ongewoons aan de leerling te merken.

Een verstandelijke beperking daarentegen is een brede ontwikkelingsbelemmering. Alle ontwikkelingsgebieden (het leren, de communicatie, motoriek, sociale ontwikkeling, ...) zijn aangetast, al kunnen sommige gebieden intact zijn². Een verstandelijke beperking verschilt van specifieke beperkingen zoals een taalstoornis of leerstoornis, die zich wel tot één enkel gebied beperken.

De term 'verstandelijk' suggereert verkeerdelijk dat de beperking zich enkel binnen het cognitieve gebied zou situeren, wat niet zo is, zo zijn er steeds problemen op het vlak van het sociaal aanpassingsgedrag en zijn de functioneringsproblemen ontstaan voor de leeftijd van 18 jaar.

Er bestaan vier verschillende niveaus van verstandelijke beperking. Het klinische beeld van elk niveau is verschillend.

¹ WHO, ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision, 2007, zie <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

² Kraijer D. en Plas J., Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid, Pearson, Amsterdam, 2009

Klinisch beeld bij licht verstandelijke beperking

Een licht verstandelijke beperking is een meervoudige problematiek met als centraal kenmerk een beperkt aanpassingsvermogen³.

Kinderen met een licht verstandelijke beperking verwerven de taal met vertraging, maar slagen er meestal wel in taal te gebruiken voor alledaagse doeleinden. Spraakmoeilijkheden kunnen blijven bestaan. Hun zelfstandigheid bij zelfverzorging (eten, aankleden, toiletgebruik, ...) en bij praktische en huishoudelijke vaardigheden ontwikkelt eveneens vertraagd. Gewoonlijk rijzen de belangrijkste problemen bij het onderwijs (lezen, schrijven, rekenen).

In verschillende mate vertonen ze andere, samenhangende afwijkingen.

Ze ervaren doorgaans levenslang problemen op het vlak van het sociaal aanpassingsgedrag⁴.

Klinisch beeld bij matig verstandelijke beperking

Kinderen met een matig verstandelijke beperking vertonen een vertraagde spraak- en taalontwikkeling en hun prestaties op dit gebied blijven beperkt. Hetzelfde geldt voor hun motorische ontwikkeling en voor hun vaardigheden qua zelfverzorging. Vaak hebben ze hun hele leven toezicht nodig. Hun vorderingen op school zijn beperkt..

Meestal lopen hun vaardigheden uiteen. Zo kan het visuo-spatieële niveau veel beter zijn dan het taalniveau of omgekeerd.

Bijkomend kunnen andere ontwikkelingsstoornissen zoals een autismespectrumstoornis (ASS) het klinische beeld beïnvloeden. Epilepsie en lichamelijke beperkingen komen veel voor, evenals bijkomende psychiatrische afwijkingen. Meestal is een organische etiologie aantoonbaar.

Klinisch beeld bij ernstig verstandelijke beperking

Het klinische beeld van kinderen met een ernstig verstandelijke beperking is vergelijkbaar met dat van kinderen met een matig verstandelijke beperking. Ook is er vaak een organische etiologie aanwezig.

De meesten lijden bovendien in opvallende mate aan motorische stoornissen of andere beperkingen die een indicatie geven voor een klinisch belangrijke beschadiging of voor een onderontwikkeling van het centrale zenuwstelsel.

³ Verschuieren K. en Koomen H. (red.), Handboek Diagnostiek in de leerlingenbegeleiding, Garant, Antwerpen-Apeldoorn, 2007

⁴ Kraijer D. en Plas J., Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid, Pearson, Amsterdam, 2009

Klinisch beeld bij diep verstandelijke beperking

Kinderen met een diep verstandelijke beperking kunnen met moeite verzoeken of instructies begrijpen of uitvoeren. Hun taal beperkt zich, op zijn best, tot het begrijpen van basale opdrachten en het uiten van eenvoudige verzoeken. Hun non-verbale communicatie beperkt zich tot de meest rudimentaire vorm. Ze beschikken over weinig tot geen vermogen om te zorgen voor hun eigen behoeften en vereisen constante hulp en toezicht. De meesten zijn immobiel of ernstig beperkt in hun mobiliteit.

Vaak is er een ernstige neurologische en andere lichamelijke invaliditeit, evenals epilepsie, stoornissen van visus en gehoor. Autismespectrumstoornissen komen vaak voor. Een organische etiologie kan in de meeste gevallen aangetoond worden.

2 Definities en begrippen

Naast de begrippen 'verstandelijke beperking' en 'zwakbegaafdheid', beschrijven we ook 'sociaal aanpassingsgedrag' en 'intelligentie' omdat het onderliggende begrippen zijn. Daarna situeren we de verschijnselen zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking in de totale populatie.

Het begrip verstandelijke beperking

Een verstandelijke beperking is een brede ontwikkelingsbelemmering, gekenmerkt door significante beperkingen in het intellectuele functioneren én in het sociaal aanpassingsgedrag.

Deze dubbele vereiste is essentieel. Ze is terug te vinden in alle internationaal geldende definities en classificatiesystemen. Een derde criterium stelt dat de functioneringsproblemen moeten ontstaan voor de leeftijd van 18 jaar.

Deze brede belemmering komt tot uiting in iemands conceptuele én sociale én praktische vaardigheden.

Belangrijk is dat zwakbegaafdheid, licht, matig, ernstig en diep verstandelijke beperking op een continuüm liggen. Er bestaan dus grensgevallen tussen deze groepen.

Het begrip zwakbegaafdheid

Leerlingen met zwakbegaafdheid functioneren op de grens tussen normaalbegaafd en licht verstandelijk beperkt⁵. Hun niveau van functioneren ligt enigszins onder het gemiddelde, wat betekent dat hun beperkingen op vlak van intelligentie en sociaal

⁵ Ponsioen A. en Plas J., Verstandelijke beperking, In: Prins P. en Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

aanpassingsgedrag niet significant genoeg zijn om te voldoen aan de criteria voor verstandelijke beperking.

Het begrip het sociaal aanpassingsgedrag

Sociaal aanpassingsgedrag is de effectiviteit en de mate waarin iemand beantwoordt aan de eisen van persoonlijke onafhankelijkheid en sociale verantwoordelijkheid, verwacht van zijn leeftijd en cultuur ⁶. Het betreft vaardigheden in het uitvoeren van dagelijkse handelingen, nodig om persoonlijk en sociaal te functioneren, om zich staande te houden in het dagelijkse leven en in de maatschappij, om zich te kunnen aanpassen aan veranderende omstandigheden. Het is leeftijdgebonden en ontwikkelt tijdens de levensloop. Het is ook cultuurgebonden, want het heeft te maken met verwachtingen en standaarden, met de omgeving waarin men opgroeit en met de geboden kansen en/of eisen. Daarom wordt het beoordeeld door iemand die met dat individu leeft, werkt of interageert. Het gaat trouwens om de gerealiseerde vaardigheden in het alledaagse functioneren en niet om potenties of veronderstelde mogelijkheden.

Sociaal aanpassingsgedrag is een verzamelbegrip voor drie groepen van vaardigheden die in de meeste factoranalytische studies terugkomen⁷:

- Conceptuele vaardigheden: taal, lezen en schrijven, geldbegrip, begrippen van tijd en ruimte,
- Sociale vaardigheden: inter-persoonlijk contact, verantwoordelijkheidsbesef, het kunnen inschatten van en weerstand bieden aan negatieve beïnvloeding, zich houden aan geldende regels en wetten, vermijden van slachtofferrol, 'social problemsolving',
- Praktische vaardigheden: activiteiten van het dagelijkse leven zoals eten, zich aankleden, lichaamszorg, zich verplaatsen; instrumentele activiteiten zoals maaltijdbereiding, huishoudelijke activiteiten, gebruik van telefoon, geld, openbaar vervoer; vaardigheden met betrekking tot werk; vermijden of voorkomen van gevaarlijke situaties.

Sociaal aanpassingsgedrag is synoniem voor 'adaptief gedrag' en 'sociale redzaamheid'. De drie benamingen hebben elk voor- en nadelen. In 'aanpassing' en 'adaptatie' komt het actieve aspect minder naar voor dan in 'redzaamheid'⁸, anderzijds wordt 'sociale redzaamheid' vaak verward met 'zelfredzaamheid', wat niet

⁶ Maes B. e.a, Classificerend Diagnostisch Protocol Verstandelijke Handicap, VAPH, 2009.

⁷ Schalock R.L. e.a., Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports (Eleventh Edition), chapter 5 :Adaptive Behavior and its Assessment, AAIDD, Washington, 2009.

⁸ Kraijer D. en Plas J., Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid, Pearson, Amsterdam, 2009

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

correct is. Internationaal is de term 'adaptive behavior' gangbaar, vertaald als 'sociaal aanpassingsgedrag', term die in dit protocol gehanteerd wordt.

In het buitenland zijn een aantal instrumenten ontwikkeld om het sociaal aanpassingsgedrag te meten (U.S.A.,...). Bij gebrek aan algemene Vlaamse normen wordt gebruik gemaakt van de instrumenten die genormeerd zijn op Nederlandse steekproeven van de algemene populatie en op steekproeven van zwakbegaafde en verstandelijk beperkte kinderen en jongeren (zie diagnostisch materiaal).

Het begrip intelligentie

Omdat over intelligentie veel meningen en bijna evenveel misverstanden bestaan, schetsen we eerst een intelligentiemodel (Cattell, Horn & Carroll) en geven we pas daarna de definitie⁹.

Het CHC-model is één van de meest actuele modellen van de structuur van de intelligentie. Het werd ontwikkeld vanuit een psychometrische invalshoek. Uit wereldwijd onderzoek blijkt dat bij psychodiagnostiek het model nagenoeg overal van toepassing is. In elke cultuur moet wel worden gezocht naar een adequate, cultuurspecifieke operationisering denken we bijvoorbeeld maar aan andere items die we moeten gebruiken om 'informatie' (algemene kennis, deel van Gc) te onderzoeken in Vlaanderen of bijvoorbeeld in Japan (cultuurspecifieke operationalisering binnen een universele intelligentietheorie).

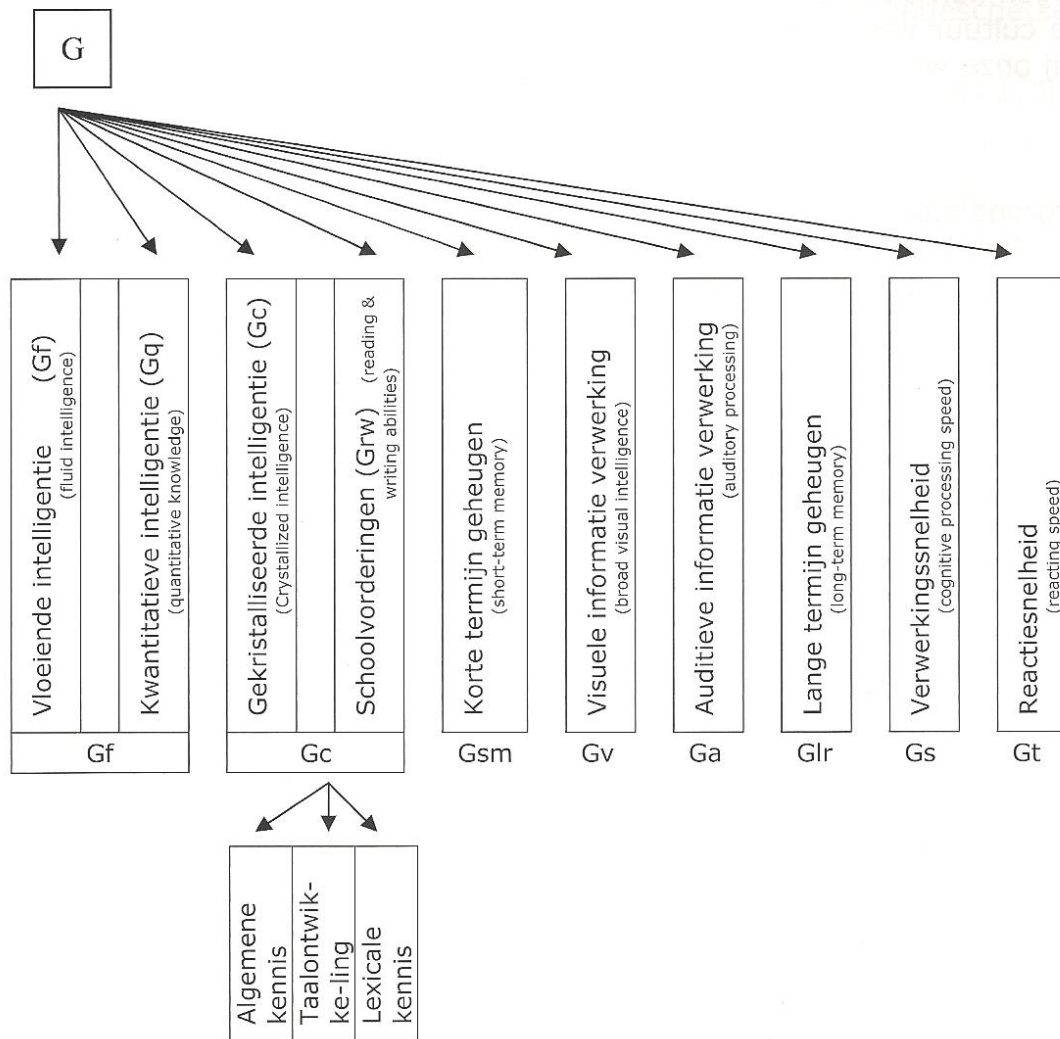
Intelligentie bestaat uit verschillende grote domeinen. Ze is meerledig. Ze is ook hiërarchisch van opbouw.

Die hiërarchische opbouw situeert zich op drie niveaus (zie figuur 1)¹⁰.

⁹ Magez W., De I van IQ. IQ voor slimmijs, Caleidoscoop jg. 21 nr. 1, 2009.

¹⁰ Magez W. en Stinissen H., Diagnostiek bij allochtonen. Schoolpsychologisch onderzoek met psychodiagnostische tests voor intelligentie en cognitieve vaardigheden, VCLB-service, Schaarbeek, 2010, blz. 10-13

Theoretisch deel Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking



Op het derde ordeniveau situeert zich de factor G, de 'universele' intelligentiefactor.

Eronder, op het tweede ordeniveau, liggen brede cognitieve vaardigheidsdomeinen die elk een eigen inhoud hebben (Gf, Gc, ...). De 'G' loopt door op dit niveau als een waternal en mengt zich in elk breed cognitief domein met de inhoud van dit domein. Die doorstroming is niet voor elk breed cognitief domein even krachtig. Sommige hebben een grotere lading 'G' dan andere.

Elk van deze brede domeinen bestaat op zijn beurt, op het onderliggende eerste ordeniveau, uit smalle cognitieve vaardigheden. Zij vertegenwoordigen elk een inhoudelijk facet van het brede cognitieve domein (inclusief 'G'-component). Het is op dit niveau dat intelligentietests (en hun subtests) aansluiten. Deze tests zijn 'deuren' tot dit niveau. Ze variëren in breedte, in dekkingsgraad van het geheel.

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

De 9 brede cognitieve vaardigheden kunnen als volgt worden omschreven¹¹:

- Gf = fluid intelligence: de vaardigheid om te redeneren in nieuwe situaties
- Gc = crystallized intelligence: de vaardigheid om zich de kennis die in de cultuur aanwezig is, eigen te maken en effectief toe te passen
- Gq = quantitative knowledge: de vaardigheid om kwantitatieve concepten en hun relaties te begrijpen en met numerieke symbolen om te gaan
- Gv = broad visual intelligence: de vaardigheid in het waarnemen van en denken met visuele patronen
- Gsm = short-term memory: het kunnen vasthouden van informatie en het gebruik ervan op korte termijn
- Glr = long-term memory: de vaardigheid om informatie langere tijd vast te houden en via associatie terug op te halen
- Ga = broad auditory processing of auditory intelligence: de vaardigheid om auditieve patronen te begrijpen en te synthetiseren
- Gs = cognitive processing speed: de vaardigheid om betrekkelijk eenvoudige taken die iedereen juist zou hebben als er voldoende tijd wordt gegeven, snel uit te voeren
- Gt = reacting speed: de vaardigheid om snel de juiste oplossing te vinden bij problemen met een middelmatige moeilijkheid. De score is de tijd die nodig is om de antwoorden te genereren

Het CHC- model poneert duidelijk de meerledigheid van intelligentie, zoals de term 'meervoudige' intelligentie doet. Sommige intelligentietests meten slechts één stroom uit de waterval, andere peilen meerdere stromen. Geen enkele dekt het geheel. Een intelligentiemeting met een test die slechts één component onderzoekt, laat niet toe iets te zeggen over iemands mogelijkheden¹².

¹¹ Magez W. en Stinissen H., Diagnostiek bij alloctonen. Schoolpsychologisch onderzoek met psychodiagnostische tests voor intelligentie en cognitieve vaardigheden, VCLB-service, Schaarbeek, 2010, blz. 10-11

¹² Cré J. (red.), Netoverschrijdende CLB-werkgroep Faire diagnostiek, Toetsstenen Faire Diagnostiek, VCLB-service, 2008.

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

Het CHC- model helpt ook de inhoud van een intelligentietest te situeren (welke domeinen komen aan bod) en vaardigheden buiten de test, zoals schoolvorderingen, een plaats te geven.

Bijzondere aandacht moet ook op deze plaats worden gevraagd bij het onderzoek van kansarme en/of allochtone kinderen en jongeren.

Een test die vooral de 'crystallized intelligence' (Gc) onderzoekt geeft geen 'fair' beeld van de mogelijkheden van een allochtoon die nog niet lang in Vlaanderen is.

We vermelden hier de GACS (Gentse acculturatieschaal) die ons een beeld kan geven van hoe de confrontatie met verscheidene culturen een rol spelen (zie diagnostisch materiaal).

Recent onderzoek met de WISC-III wijst op een onderschatting van 10 à 15 IQ-punten bij kansarmen en allochtonen. Er blijken aanwijzingen van 'gevoelige' items waarbij bijvoorbeeld etnische bias of taal en testvertrouwdheid de belangrijkste verklaringen vormen¹³!

Professioneel deskundig en dus 'fair' handelen houdt hier in: het onderzoeken van de verschillende aspecten van de intelligentie (Gc, Gf,...) en het voorkomen en/of een zo goed mogelijk inschatten van mogelijke storende factoren. We verwijzen in dit verband ook naar de publicatie 'Toetsstenen faire diagnostiek' die hier uitgebreid op ingaat¹⁴.

Definitie

Intelligentie is een samenspel van verstandelijke vermogens, processen en vaardigheden, zoals: kunnen redeneren, relaties leggen, problemen oplossen, regels ontdekken in ongeordend materiaal, nieuwe taken oplossen, zich flexibel kunnen aanpassen aan nieuwe situaties en kunnen leren¹⁵. Dit samenspel omvat manieren om met een veranderende omgeving om te gaan en is dus in wezen adaptief, net als het sociaal aanpassingsgedrag.

Kwaliteitsvolle individuele intelligentietests zijn tests die de algemene intelligentie beogen en dus een goede dekking hebben van de brede cognitieve vaardigheden (zie CHC-model). Best zou de intelligentietest minstens vier van de brede cognitieve vaardigheden binnen het CHC-model meten, waaronder zeker de vloeiende (Gf) en gekristalliseerde intelligentie (Gc). Niet alle vermelde intelligentietesten bij het diagnostisch materiaal meten al deze vaardigheden

Een overzicht:

¹³ Schittekatte M., Algemene commentaren, suggesties,...bij protocol diagnostiek bij een vermoeden van zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking (wetenschappelijke toetsing), intern document, UGent, 2010

¹⁴ Cré J. (red.), Netoverschrijdende CLB-werkgroep Faire Diagnostiek, Toetsstenen Faire Diagnostiek, VCLB-service, 2008.

¹⁵ Resing W. en Drenth P., Intelligentie. Weten en meten, Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam, 2007.

Theoretisch deel
Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

	WISC-III (V)	WISC-III (P)	SON-R	WNV	WPPSI-III	KAIT	WAIS-III
Gf	-	-	X	X	X	X!	X
Gq	X	-	-	-	-	(X)	X
Gc	X!	-	-	-	X	X!	X!
Grw	-	-	-	-	-	(X)	-
Gsm	X	-	-	(X)	-	(X)	X
Gv	-	X!	X	X	X	X	X!
Ga	-	-	-	-	-	-	-
Glr	-	-	-	-	-	X	(X)
Gs	-	X	-	X	X	-	X
Gt	-	-	-	-	-	-	-

- ! = meer dan 2 subtests in de totale test meten deze brede cognitieve vaardigheid
() = geen indexscore beschikbaar, maar er wordt impliciet beroep gedaan op deze brede cognitieve vaardigheid

In de fiches bij het diagnostisch materiaal zijn deze vaardigheden bij de onderscheiden testonderdelen aangeduid. Op basis daarvan is het mogelijk zelf combinaties te maken van testonderdelen van verschillende tests om een volledig beeld te schetsen bij een uitgebreide intelligentiediagnostiek (cross-battery-benadering).

Meestal zal men zich behelpen met de bestaande tests in afwachting van het verschijnen van nieuwere tests zoals de WISC-V, die ruimer meten.

Men kan de uitslag van een intelligentietest op twee manieren uitdrukken: in één getal (een IQ, respectievelijk een score op een subschaal of factor) of in een zone tussen twee getallen (een betrouwbaarheidsinterval). Een zone tussen twee getallen geeft aan hoe groot de marge is waarbinnen 90% (of 95%, 99% ...) van hetzelfde soort metingen valt. De meting is immers nooit perfect betrouwbaar. Een score van een test kan bij een volgende meting variëren, dit wordt de standaardmeetfout genoemd. Bij de WISC-III bijvoorbeeld is de standaardmeetfout 3.2, dus een IQ van 67 bevindt zich in de zone tussen 63.8 en 70.2.

Werken met het betrouwbaarheidsinterval is veel realistischer en betrouwbaarder. De zekerheidsmarge is dan gekend en de foutenmarge is veel kleiner¹⁶.

Wanneer een vast IQ-punt geldt als drempel, bij voorbeeld voor toegang tot zorg, heeft dit bepaalde gevolgen. In principe kan men die drempel enkel hanteren als het drempel-IQ lager ligt dan het onderste punt van het betrouwbaarheidsinterval, of als het drempel-IQ hoger ligt dan het bovenste punt ervan. In alle andere situaties is slechts een twijfelachtige beslissing mogelijk. Het enige wat derden in principe

¹⁶ Magez W., Het IQ van Marjolein. IQ voor Dummies, Caleidoscoop jg. 20 nr. 5, 2008.

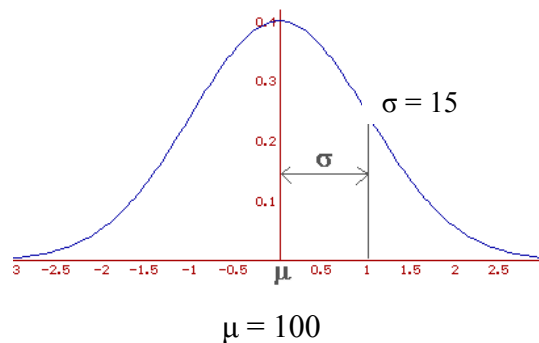
Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

dienen te weten is: ligt het IQ-betrouwbaarheidsinterval van dit kind boven of onder het afgesproken drempel-IQ¹⁷?

Situering doelgroepen

Om leerlingen met zwakbegaafdheid en met een verstandelijke beperking te situeren in de totale populatie, bestaat er een hulpmiddel: de grafiek van de normale verdeling (zie figuur). Die grafiek toont hoe frequent een bepaald verschijnsel (schoenmaat, lengte, gewicht ...) voorkomt in de totale populatie. De grafiek ziet er uit als een klok en is symmetrisch opgebouwd. De verhoudingen zijn afgesproken: het rekenkundig gemiddelde ligt in het midden en de afwijking van dat gemiddelde ligt vast. Die afwijking noemt men de standaarddeviatie of σ . Vaak hanteert men het getal 100 om het gemiddelde aan te geven en het getal 15 om de standaarddeviatie aan te geven. In principe raken de begin- en eindpunten van de kromme nooit aan de horizontale as, zodat het einde langs beide zijden open is.



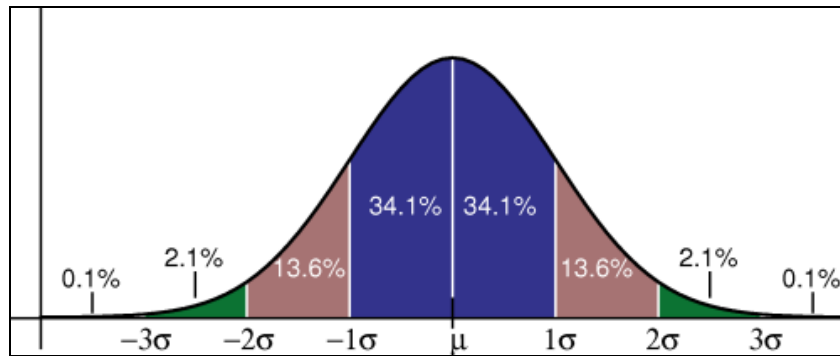
Figuur 2: de normale verdeling

De normaalbegaafde leerlingen situeren zich centraal in de curve (zie figuur 3, de twee donkerste stroken in het midden). Ze vormen 68,2 % van het totaal. Hun gemeten vaardigheden zijn 'gemiddeld'. De begaafde en hoogbegaafde leerlingen situeren zich rechts in de grafiek (meer dan 1 of 2 standaarddeviaties boven het gemiddelde). Ze zijn met minder in aantal en hun gemeten vaardigheden zijn duidelijk bovengemiddeld.

¹⁷ Magez W., Het IQ van Marjolein. IQ voor Dummies, Caleidoscoop jg. 20 nr. 5, 2008

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking



Figuur 3: de normale verdeling met de standaarddeviaties (σ)

De doelgroepen van dit protocol situeren zich in het linker deel van de curve:

- De vaardigheden van leerlingen met een zwakbegaafdheid liggen één à twee standaardafwijkingen onder het gemiddelde (figuur 3, lichte strook links met 13,6 % van de populatie).
- De vaardigheden van leerlingen met een verstandelijke beperking liggen in de smalle strook uiterst links in de curve. Ze scoren lager dan twee standaardmaten onder het gemiddelde (figuur 3, donker gebied in de linker staart van de curve). Deze groep is zeer heterogeen en wordt onderverdeeld in vier subgroepen: licht, matig, ernstig en diep verstandelijk beperkt.

De genoemde categorieën vormen een arbitraire onderverdeling van een ingewikkeld continuüm¹⁸. Ze kunnen niet met absolute precisie afgegrensd worden¹⁹.

3 Relevante ontwikkelingsaspecten

Dit hoofdstuk schetst relevante aspecten uit de normale of gemiddelde ontwikkeling van baby tot adolescent. Het ontwikkelingsperspectief is belangrijk omdat de diagnostische criteria steunen op vaardigheden die tijdens het opgroeien veranderen.

Tijdens de ontwikkeling van een kind doen zich fasegewijze veranderingen voor. De leeftijd waarop de fasen doorlopen worden, kan sterk verschillen. De hierna volgende leeftijdsperiodes zijn dus slechts indicatief.

De fasen vormen geen vast chronologisch stramien, maar zijn te vergelijken met overlappende 'golven'. Wat verworven is, blijft in principe beschikbaar als een keuzemogelijkheid, een strategie, een werkwijze²⁰.

¹⁸ WHO, ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision, 2007, zie <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

¹⁹ Schittekatte M., Algemene commentaren, suggesties,...bij protocol diagnostiek bij een vermoeden van zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking (wetenschappelijke toetsing), intern document, UGent, 2010, blz.4

²⁰ Torbeyns J., Luwel K. en Verschaffel L., Keuze en ontwikkeling van cognitieve strategieën. In: Goossens, Hutsebaut en Verschueren (red.), Ontwikkeling en levensloop, Universitaire Pers Leuven. 2004

De senso-motorische fase (babytijd)

Een baby begint zijn ontwikkeling niet met een leeg kennissysteem²¹. Hij is toegerust om gebeurtenissen te verkennen in de ruimte en in de tijd. De basis voor zijn informatieverwerking is aanwezig. Om de wereld te begrijpen, gebruikt hij zijn aandacht, waarneming, beweging, door volgende gedragingen²².

- Oriëntatie: zich richten naar opvallende gebeurtenissen en aandacht geven aan de veranderingen in zijn zintuiglijke veld (oriëntatiereacties).
- Exploratie: met ogen of handen verkennen wat zichtbaar of tastbaar is (scannen, volgen, zoeken).
- Gewenning: minder interesse tonen als iets herhaaldelijk kort na elkaar wordt aangeboden, wat exploratie van iets nieuws mogelijk maakt.
- Sensorische integratie: wat hij ziet betasten en wat hij voelt bekijken.
- Herhaalde of circulaire reacties: een leuke handeling herhalen. Ervaringen uit het verleden koppelt hij zo aan handelingen in het heden. De eerste circulaire reacties zijn een directe herhaling van de prettige activiteit zelf, zoals duimzuigen.

Circulaire reacties evolueren naar middel – doel gedrag, zoals glimlachen om gekieteld te worden, een stok hanteren om iets te pakken. Vooraleer hij in staat is om een verdwenen voorwerp terug te vinden, weet hij dat het nog bestaat. Het zoeken blijft echter lange tijd inadequaat, omdat de manuele exploratie problemen stelt. Informatie uit de ene handeling (bij voorbeeld een waarneming) is niet meteen beschikbaar voor de andere (bij voorbeeld een beweging). De informatie losmaken uit een handeling om ze te gebruiken in andere situatie lukt pas na een ontwikkelings- en leerproces²³.

Bij vertrouwde taken en situaties verloopt zijn informatieverwerking hoofdzakelijk automatisch en gelijktijdig. Bij nieuwe taken en situaties verloopt ze onder controle, serieel (opeenvolgend) en trager. De vroege cognitieve ontwikkeling komt neer op het ontwikkelen van deze twee vaardigheden: 1. efficiënt omgaan met nieuwe taken en situaties, via seriële, gecontroleerde processen en 2. efficiënt omgaan met vertrouwde taken en situaties, via automatisering in parallelle processen²⁴. Deze twee soorten informatieverwerking blijven belangrijk.

²¹ Van Geert P., De cognitieve ontwikkeling: begintoestand, In: Koops W., Overzicht van de empirische ontwikkelingspsychologie. De ontwikkeling van functies en cognitie, Wolters-Noordhoff, Groningen, 1988.

²² Breeuwsma G. De constructie van de levensloop. Boom Meppel. 1994.

²³ Van Geert P., De cognitieve ontwikkeling: begintoestand, In: Koops W., Overzicht van de empirische ontwikkelingspsychologie. De ontwikkeling van functies en cognitie, Wolters-Noordhoff, Groningen, 1988.

²⁴ Mulder G. en Sergeant J., Cognitieve ontwikkeling: verrichtingstheorie en psychofysiologische aspecten. In : Koops W., Overzicht van de empirische ontwikkelingspsychologie. De ontwikkeling van functies en cognitie, Wolters-Noordhoff, Groningen, 1988.

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

Het denken heeft in deze fase de vorm van handelen. Kennis, verwachtingen en vermoedens uit zich in kijken, aarzelen, proberen en bedachtzaam handelen. Tegen het eind van deze fase gaat het kind handelingen mentaal voorbereiden.

Een baby communiceert vrijwel vanaf de geboorte en stemt zijn gedrag af op zijn sociale omgeving. Vocaliseren en brabbelen hebben een communicatieve en sociale functie. In de interactie met de mensen rondom hem leert hij met anderen een aandachtspunt te delen (kijk, ball!) en leert hij uit iemands blik- of wijsrichting een aandachtsvoorwerp afleiden. Het feit dat woorden naar iets verwijzen en voor de anderen naar hetzelfde verwijzen, vindt hierin zijn grondslag.

Ook is hij al vroeg gevoelig voor sociaal contact. Kijken, oogcontact, aanraken, het uitwisselen van glimlachen, volgen of benaderen, evolueren in de loop van het eerste levensjaar tot eenvoudige spelinteracties en imitatie. De hechtingsrelaties openen de deur naar de sociale wereld. In het tweede levensjaar ontstaan ruzietjes en gevechten om speelgoed.

Ook de ontwikkeling van de zelfredzaamheid is relevant²⁵. In de eerste twee levensjaren leert het kind mee te werken bij het eten, het aankleden en de dagelijkse verzorging en onderdelen van handelingen over te nemen. Ook leert het zich als autonoom persoon in de sociale wereld te bewegen, waar het aangemoedigd wordt om zijn nieuwsgierigheid te bevredigen. Naarmate het kind zelfstandiger wordt, krijgt het ook te maken met inperkingen van zijn gedrag.

Kinderen/jongeren met een diep verstandelijke beperking blijven doorgaans hangen in de sensomotorische fase. Zowat alle ontwikkelingsgebieden situeren zich meestal op een vergelijkbaar niveau, al kunnen er uitgesproken sterktes en zwaktes zijn.

De pre-operationele fase (peuter- en kleutertijd)

Rond de tweede verjaardag heeft de peuter een grote sprong voorwaarts gemaakt. Hij leert de werkelijkheid voorstellen met verwijzers, symbolen, zoals woorden. De taal stelt hem in staat om de werkelijkheid beter te ordenen en begrijpen. Toch maakt hij nog heel wat denkfouten. Zo past hij kennis toe in weinig passende contexten en denkt hij intuïtief. Voorbeelden zijn animisme ('de tafel heeft me pijn gedaan, stoute tafel') en magisch denken ('als ik roep groen ... springt het stoplicht op groen'). Hij heeft moeite om een redenering in omgekeerde zin uit te voeren en om twee niveaus

²⁵ De Bruyn E., Psychodiagnostiek. Een systematische inleiding vanuit het klinische oogpunt, Lemniscaat, Rotterdam, 1994.

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

tegelijk te hanteren (wat zijn er meest, tulpen of bloemen?). Het denken is sterk gekoppeld aan de ervaringen met de fysische werkelijkheid²⁶.

Enkele andere leeftijdsgebonden factoren limiteren de cognitieve ontwikkeling²⁷:

- De informatieverwerkingscapaciteit, die slechts geleidelijk toeneemt. Hieronder vallen: de capaciteit van het werkgeheugen, de planfunctie en de metacognitie, of de mogelijkheid om 'op twee verdiepingen' tegelijk te werken.
- De voorkeur voor aanschouwelijkheid. Pas gedurende de schoolleeftijd krijgt de abstract-symbolische voorstelling haar kans.

De verbeelding is een vorm van symbolische voorstelling en ontwikkelt nu sterk. Ze helpt het kind loskomen van de directe werkelijkheid. Veel cognitieve activiteit is nu gericht op het afgrenzen en invullen van wat werkelijkheid is en wat fantasie is²⁸.

De communicatie neemt een hoge vlucht. De taal verandert opmerkelijk. Aan het begin van het tweede jaar maakt hij twee-woordzinnen en met het vijfde levensjaar lijkt zijn taalgedrag al op dat van een volwassene. Hij leert complexe bedoelingen uitdrukken en begrijpen. Hij kan steeds beter deelnemen aan verschillende vormen van sociale interactie.

Zijn mobiliteit breidt sterk uit en daardoor het hele fysieke domein. Hij kan letterlijk op eigen benen staan en verplaatst zich vlot buitenshuis. Spelenderwijs leert hij de vaardigheden en de regels die binnen sociale interactie gelden. Hij onttrekt zich deels aan de controle van het gezin, dat op zijn beurt probeert hem zo goed mogelijk in te voegen in de sociale orde en de gebruiken van de cultuur. Zijn streven naar zelfstandigheid 'boomt' als het ware. Hij streeft naar autonomie, maar lukt er niet altijd in om dat te realiseren. Zijn verzorgers stimuleren zijn zelfstandigheid aan de ene kant (mag zelf het eten oplepelen, zich aankleden) maar stellen ook beperkingen (mag met fietsje niet de straat op). Hij ervaart dat hij op sommige vlakken afhankelijk blijft.

In verschillende culturen wordt het einde van deze periode gemarkeerd door rituelen en gebruiken die de verworven verantwoordelijkheid en zelfstandigheid onderstrepen en neemt het kind steeds meer deel aan het leven van de volwassenen.

De ontwikkeling van kinderen/jongeren met een ernstig verstandelijke beperking stagneert doorgaans in de pre-operationele fase, die niet volledig doorlopen raakt. Zowat alle ontwikkelingsgebieden situeren zich meestal op dit niveau, al kunnen er uitgesproken sterktes en zwaktes zijn.

²⁶ Verhofstadt-Denève L., Vyt A., Van Geert P., Handboek ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 1991.

²⁷ Parmentier R., Hoe en waarom de cognitieve ontwikkeling van kleuters stimuleren? In: Lodewijks J. en Simons P. (red.), Strategieën in leren en ontwikkeling, Swets & Zeitlinger, Lisse, 1982.

²⁸ Breeuwsma G., De constructie van de levensloop, Boom, Meppel, 1994.

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

Kinderen/jongeren met een matig verstandelijke beperking verwerven doorgaans wel de vaardigheden van de pre-operationele fase. Op een vergelijkbaar niveau situeren zich meestal ook hun andere ontwikkelingsgebieden, al zijn er soms uitgesproken sterktes en zwaktes.

De concreet-operationele fase (lagere schooltijd)

Het denken wordt nu operationeel. De leerling kan zich handelingen inwendig voorstellen en ermee werken op voorstellingsniveau, zoals een schaker een zet bedenkt zonder die uit te voeren. Hij kan de omkeerbaarheid toepassen (bij voorbeeld de aftrekking als omkering van de optelling), meerder criteria tegelijk gebruiken om objecten te groeperen (zoals vorm, kleur, dikte, ...) en vlot omschakelen naar een herverdeling van die objecten volgens andere criteria. Hij bereikt echte classificatie. Zijn denken ontwikkelt zich tot een systeem dat gebaseerd is op regels. Door dit alles komt hij tot een realistische en logische ordening van de fysieke en sociale wereld²⁹. Zijn verbeelding raakt hechter verbonden met zijn denken. Hij kan het gevolg van een gefantaseerde gedachte nu beter overzien. Zijn waarnemingsnelheid bereikt een bijna volwassen niveau.

De capaciteit van zijn informatieverwerking en –opslag en zijn verbaal begrip blijven nog sterk gelimiteerd³⁰. Ook afstand nemen van het concrete om zich te begeven op het domein van het mogelijke en het hypothetische, lukt nog niet.

Door de wisselwerking met zijn omgeving verwerft hij de culturele instrumenten voor zijn cognitieve activiteit³¹. In bepaalde culturen leert een kind van deze leeftijd speerwerpen of betalen met koopwaar. In onze cultuur speelt het onderwijs een grote rol. Het brengt abstracte begrippen, kennis en inzichten aan die het kind spontaan niet zou vinden daar ze ver buiten zijn leefwereld liggen (bij voorbeeld over Eskimo's, prehistorie ...). Ontdekken wordt nu in de eerste plaats leren. Hij begrijpt wat juist is en onjuist en leert zich houden aan culturele normen.

Hij gebruikt de taal bewuster en communiceert vlot. Hij geniet van woordgrapjes, raadsels en moppen, leert de consequenties van zijn gedrag inschatten en hecht betekenis aan vriendschap, autoriteit, sekseverschillen en morele kwesties. Hij is bijvoorbeeld bereid zijn spaarpot leeg te maken om zeehondjes te helpen³².

Lichamelijke beweging is van groot belang voor deze periode. De mobiliteit vergroot en hij leert gebruik maken van sociale voorzieningen zoals openbaar vervoer.

²⁹ Verhofstadt-Denève L., Vyt A., Van Geert P., Handboek ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 1991

³⁰ Breeuwsma G., De constructie van de levensloop, Boom, Meppel, 1994

³¹ van Meel J., Culturele invloeden op informatieverwerking door kinderen. In: Koops W., Overzicht van de empirische ontwikkelingspsychologie. De ontwikkeling van functies en cognitie, Wolters-Noordhoff, Groningen, 1988

³² Breeuwsma G., De constructie van de levensloop, Boom, Meppel, 1994

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

School en sport spelen een grote rol in de socialisatie. Hij wordt in staat om het perspectief van anderen te begrijpen zodat zijn sociale competentie sterk toeneemt. Omgaan met spelregels en medespelers stimuleert ook de zelfcontrole en het vermogen zich aan de groep te conformeren. Hij raakt veel intenser betrokken bij sociale groepen die meer complexe interactiepatronen en roldifferentiatie vergen. Hij wordt ook verantwoordelijk en zelfredzaam. Hij voert zelfstandig huishoudelijke taken uit zoals zorgvuldig en zonder hulp de vloer vegen en dweilen, eenvoudige gerechten bereiden; hij leert nauwkeurig kloklezen, geeft geleend speelgoed of bezittingen terug, en dergelijke³³.

Leerlingen met een licht verstandelijke beperking verwerven het cognitieve niveau van de concreet-operationele fase.

De leeftijdsgebonden limiterende factoren op het vlak van verwerkingscapaciteit en voorkeur voor aanschouwelijkheid blijven bij hen levenslang aanwezig. Ook hun andere ontwikkelingsdomeinen situeren zich op een vergelijkbaar niveau al kunnen ze uitgesproken sterktes en zwaktes hebben. Vooral het sociaal aanpassingsgedrag blijft problemen stellen.

De formeel-operationele fase (vanaf ongeveer 12 jaar)

Een tiener wordt ontvankelijk voor problemen die hij enkel door hypothetisch denken kan benaderen. Door deze uitbreiding kan hij de realiteit herleiden tot één van de vele mogelijkheden die bestaan. Zijn denken kan zich nu veel vollediger op het verbale vlak begeven. Hij kan logisch klasseren, combineren, verbanden leggen en zelfs logisch oordelen³⁴.

Hij kan zijn redeneringen nu lang voortzetten, complexe intellectuele problemen aanpakken en tegelijk zijn denkproces onder controle houden³⁵. Zijn capaciteit van informatieopslag en –verwerking heeft het niveau van de volwassene.

Qua communicatie, mobiliteit, sociale vaardigheden en zelfstandigheid bereikt hij het niveau van een volwassene. Hij formuleert realistische lange termijndoelen én beschrijft in detail de plannen om ze te bereiken, leest artikelen uit kranten en tijdschriften voor volwassenen, zorgt voor eigen gezondheid, verricht op eigen

³³ De Bildt A. en Kraijer D., Vineland-Z. Sociale Redzaamheidschaal voor kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking, Uitgeverij Pits, 2003 (zie diagnostisch materiaal)

³⁴ Verhofstadt-Denève L., Vyt A., Van Geert P., Handboek ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Lghum, Houten, 1991

³⁵ Breeuwsma G., De constructie van de levensloop, Boom, Meppel, 1994

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

initiatief routinematige huishoudelijke reparaties, beheert eigen geld, maakt afspraken en houdt zich er aan³⁶.

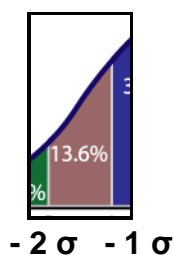
De literatuur zegt weinig over kenmerken van zwakbegaafdheid. Recent onderzoek suggereert dat deze kinderen in de testkamer over meer vaardigheden beschikken dan ze in het dagelijkse leven kunnen tonen. Ze zouden zichzelf in een complexe sociale context minder goed kunnen reguleren en snel terugvallen op disfunctioneel gedrag. Ander onderzoek suggereert ook een beperkte opslagcapaciteit voor auditieve informatie³⁷. De ontwikkelingsmarge van deze leerlingen is wel nog breed. Hun zwaktes zijn minder determinerend. De combinaties van beschermende- en risicofactoren en de afstemming van het onderwijs op hun mogelijkheden spelen een grote rol.

4 Criteria

Nu volgen de diagnostische criteria met vuistregels om ze te hanteren.

4.1 Criteria voor zwakbegaafdheid

Op de grens tussen de groep normaalbegaafde leerlingen en die met verstandelijke beperking situeren zich de zwakbegaafde leerlingen³⁸. Hun cognitieve niveau ligt lager dan bij de normaalbegaafden, maar hoger dan bij de leerlingen met een licht verstandelijke beperking. Hun intelligentie en hun sociaal aanpassingsgedrag situeren zich tussen 1 en 2 standaardafwijkingen beneden het gemiddelde.



Figuur 4: zwakbegaafdheid binnen de normaalverdeling

Over deze groep is in de literatuur weinig te vinden. Hoewel ze niet als leerlingen met een beperking aanzien worden, verdienen ze toch onze aandacht.

³⁶ De Bildt A. en Kraijer D., Vineland-Z. Sociale Redzaamheidschaal voor kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking, Uitgeverij Pits, 2003 (zie diagnostisch materiaal)

³⁷ Ponsioen A. en Plas J., Verstandelijke beperking. In: Prins P. en Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008

³⁸ Ponsioen A. en Plas J., Verstandelijke beperking. In: Prins P. en Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008

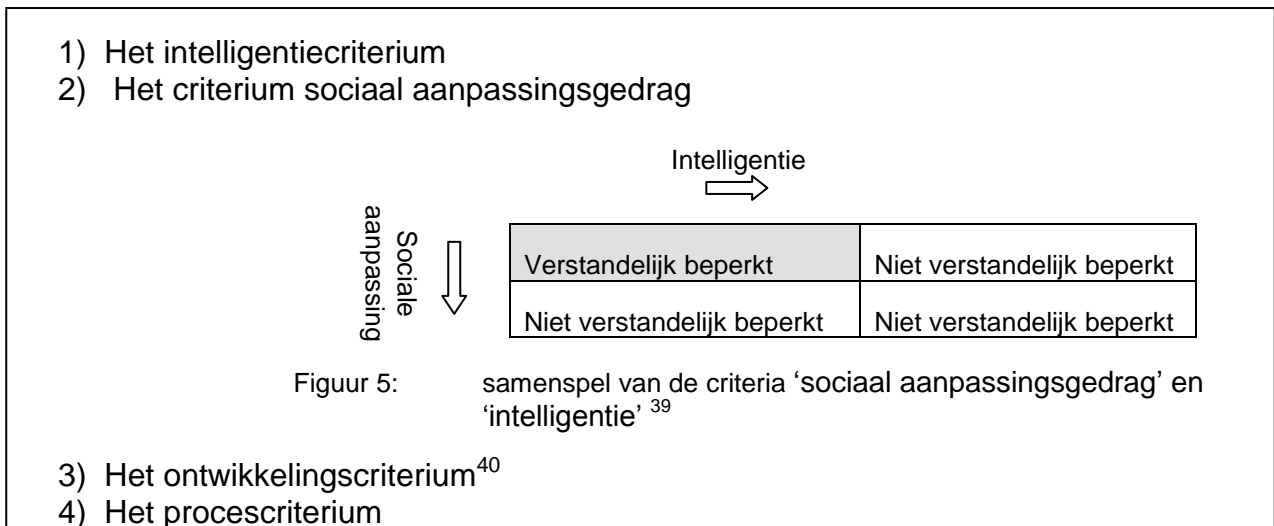
Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

- Ze zijn vaak kwetsbaar en gevoelig voor bijkomende problemen of stress. Bij langdurig verhoogde stress kunnen ze gaan functioneren op een lager niveau.
- Differentiaaldiagnostiek met licht verstandelijke beperking is niet altijd eenvoudig. Het sociaal aanpassingsgedrag geeft meestal de doorslag. Een leerling met een intelligentie 'op de grens' maar met een sociaal aanpassingsgedrag beneden twee standaarddeviaties onder het gemiddelde komt in aanmerking voor de diagnose licht verstandelijke beperking. Op dit ogenblik beschikken we niet over een instrument dat genormeerd is voor een algemene populatie in Vlaanderen.
- Afstemmingszorg en differentiatie op school zijn voor hen van groot belang.

4.2 Criteria voor verstandelijke beperking

Sinds geruime tijd is er een consensus over de criteria voor de classificatie van verstandelijke beperking. Het gaat om het criterium intelligentie en sociaal aanpassingsgedrag en het ontwikkelings- en procescriterium. Deze vier zijn nodig om van een verstandelijke beperking te kunnen spreken.



Deze brede belemmering moet onderzocht worden met breed dekkende 'maten' en niet met smalle, specifieke maten of instrumenten⁴¹. Een IQ volstaat dus in geen geval.

Voor de diagnose 'verstandelijke beperking' in het kader van onderwijs dient aan vier criteria voldaan:

1. de intelligentie functioneert twee standaarddeviaties beneden het gemiddelde of lager (*intelligentiecriterium*)
2. het sociaal aanpassingsgedrag scoort twee standaarddeviaties beneden het gemiddelde of lager (*criterium sociaal aanpassingsgedrag*)
3. het is een ontwikkelingsprobleem (*ontwikkelingscriterium*)
4. de conclusie is het resultaat van procesdiagnostiek (*procescriterium*).

³⁹ Kraijer D.en Plas J., Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid, Pearson, Amsterdam, 2009

⁴⁰ Schalock R.L. e.a., Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports (Eleventh Edition, AAIDD, Washington, 2009

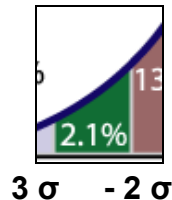
⁴¹ Kraijer D.en Plas J., Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid, Pearson, Amsterdam, 2009

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

Criteria voor licht verstandelijke beperking

Een licht verstandelijke beperking is geen lichte beperking zoals de term suggereert, maar een brede ontwikkelingsbelemmering. De verschillende ontwikkelingsgebieden zijn aangetast, al kan een of ander gebied intact zijn.



Figuur 6: licht verstandelijke beperking binnen de normaalverdeling

Voor een licht verstandelijke beperking dient aan de volgende vier criteria voldaan:

1. De intelligentie functioneert lager dan twee standaarddeviaties onder het gemiddelde maar hoger dan drie. Het intelligentieniveau is niet het meest doorslaggevende kenmerk van een licht verstandelijke beperking⁴² (criterium intelligentie)
2. Het sociaal aanpassingsgedrag scoort lager dan twee standaarddeviaties onder het gemiddelde maar hoger dan 3 (criterium sociaal aanpassingsgedrag)⁴³
3. De beperking manifesteert zich tijdens de ontwikkeling van het kind. (ontwikkelingscriterium)
4. De diagnose steunt op een procesmatige diagnostische procedure (procescriterium).

Dit betekent voor de praktijk dat sprake is van een licht verstandelijke beperking bij:

1. een algemene intelligentie die lager functioneert dan 70 (aan de hand van een brede intelligentietest met μ van 100 en een σ van 15) en hoger dan 55, rekening houdend met het betrouwbaarheidsinterval van de meting én
2. een niveau van sociaal aanpassingsgedrag zoals gemeten door de beschikbare instrumenten, zo nodig rekening houdend met het betrouwbaarheidsinterval van de meting én
3. de problemen zijn ontstaan vroeg in de kindertijd én
4. de onderzoeksprocedure staat garant voor een procesmatig verloop en combineert meerdere informatiebronnen, meerdere onderzoeksmethodes en meerdere onderzoeksmomenten.

⁴² Verschueren K. en Koomen H. (red.), Handboek Diagnostiek in de leerlingenbegeleiding. Garant, Antwerpen-Apeldoorn, 2007

⁴³ Een instrument genormeerd op de totale populatie, met een breed leeftijdsbereik, is nog niet beschikbaar, we verwijzen naar de schalen vermeld bij het diagnostisch materiaal als 2^{de} keuze-instrumenten

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

Criteria voor matig verstandelijke beperking

Bij een matig verstandelijke beperking zijn alle ontwikkelingsgebieden aangetast (taal, motoriek, gevoelsleven, socialisatie, ...). Een algemene achterstand is inherent aan deze beperking. De ontwikkeling kan gelijkmatig evolueren, maar ook een disharmonische ontwikkeling komt voor.



- 4 σ - 3 σ

Figuur 7: matig verstandelijke beperking binnen de normaalverdeling

Voor een matig verstandelijke beperking dient aan de volgende vier criteria voldaan:

1. Een intelligentie die lager functioneert dan drie standaarddeviaties onder het gemiddelde maar hoger dan vier (criterium intelligentie)
2. Een sociaal aanpassingsgedrag dat lager functioneert dan drie standaarddeviaties onder het gemiddelde (criterium sociaal aanpassingsgedrag)⁴⁴.
3. Deze beperking manifesteert zich tijdens de ontwikkeling van het kind (ontwikkelingscriterium)
4. De diagnose steunt op een procesmatige diagnostische procedure (procescriterium).

Dit betekent voor de praktijk dat sprake is van een matig verstandelijke beperking bij:

1. een algemene intelligentie die lager functioneert dan 55 (aan de hand van een brede intelligentietest met $\mu = 100$ en $\sigma = 15$) en hoger dan 40, rekening houdend met het betrouwbaarheidsinterval van de meting en
2. een niveau van sociaal aanpassingsgedrag zoals gemeten door de beschikbare instrumenten voor deze groep, waar mogelijk rekening houdend met het betrouwbaarheidsinterval van de meting én
3. de problemen zijn vroeg in de kindertijd ontstaan én
4. de onderzoeksprocedure staat garant voor een procesmatig verloop en combineert meerdere informatiebronnen, meerdere onderzoeksmethodes en meerdere onderzoeksmomenten.

Criteria voor ernstig verstandelijke beperking

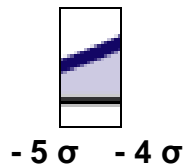
Bij een ernstig verstandelijke beperking zijn alle ontwikkelingsgebieden aangetast (taal, motoriek, gevoelsleven, socialisatie, ...). Een algemene achterstand is inherent

⁴⁴ Een instrument genormeerd op de totale populatie, met een breed leeftijdsbereik, is nog niet beschikbaar, we verwijzen naar de schalen vermeld bij het diagnostisch materiaal als 2^{de} keuze-instrumenten

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

aan deze beperking. De ontwikkeling kan gelijkmatig evolueren, maar ook een disharmonische ontwikkeling komt voor.



Figuur 8: ernstig verstandelijke beperking binnen de normaalverdeling

Voor de diagnose ernstig verstandelijke beperking dient aan de volgende vier criteria voldaan:

1. Een intelligentie die lager functioneert dan vier standaarddeviaties onder het gemiddelde maar hoger dan vijf (criterium intelligentie)
2. Een sociaal aanpassingsgedrag⁴⁵ dat lager functioneert dan vier standaarddeviaties onder het gemiddelde (criterium sociaal aanpassingsgedrag)⁴⁶
3. Deze beperking manifesteert zich tijdens de ontwikkeling van het kind (ontwikkelingscriterium)
4. De diagnose steunt op een procesmatige diagnostische procedure (procescriterium).

Dit betekent in de praktijk dat sprake is van een ernstig verstandelijke beperking bij:

1. een algemene intelligentie die lager functioneert dan 40 (aan de hand van een brede intelligentietest met een $\mu = 100$ en een $\sigma = 15$) en hoger dan 25, rekening houdend met het betrouwbaarheidsinterval van de meting en
2. een niveau van sociaal aanpassingsgedrag zoals gemeten door de beschikbare instrumenten voor deze groep, waar mogelijk rekening houdend met het betrouwbaarheidsinterval van de meting én
3. de problemen zijn vroeg in de kindertijd ontstaan én
4. de onderzoeksprocedure staat garant voor een procesmatig verloop en combineert meerdere informatiebronnen, meerdere onderzoeksmethodes en meerdere onderzoeksmomenten.

Criteria voor diep verstandelijke beperking

Bij een diep verstandelijke beperking zijn alle ontwikkelingsgebieden aangetast (taal, motoriek, gevoelsleven, socialisatie, ...). Een algemene achterstand is hieraan inherent. De ontwikkeling kan gelijkmatig evolueren, maar ook een disharmonische

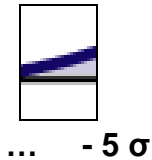
⁴⁵Vanaf het niveau van ernstig verstandelijk beperkt en lager primeert het sociale aanpassingscriterium op het intelligentiecriterium.

⁴⁶Een instrument genormeerd op de totale populatie, met een breed leeftijdsbereik, is nog niet beschikbaar, we verwijzen naar de schalen vermeld bij het diagnostisch materiaal als 2^{de} keuze-instrumenten

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

ontwikkeling komt voor, vaak met bijkomende stoornissen zoals blindheid, doofheid, spasticiteit.



Figuur 9: diep verstandelijke beperking binnen de normaalverdeling

Voor de diagnose diep verstandelijke beperking dient aan de volgende vier criteria voldaan:

1. Een intelligentieniveau lager dan vijf standaarddeviaties onder het gemiddelde (criterium intelligentie)
2. Een niveau van sociaal aanpassingsgedrag lager dan vijf standaarddeviaties onder het gemiddelde (criterium sociaal aanpassingsgedrag)⁴⁷
3. Deze beperking manifesteert zich tijdens de ontwikkeling van het kind (ontwikkelingscriterium)
4. De diagnose steunt op een procesmatige procedure (procescriterium).

Dit betekent voor de praktijk dat sprake is van een diep verstandelijke beperking bij:

1. een algemene intelligentie die lager functioneert dan 25 (aan de hand van een brede intelligentietest met een $\mu = 100$ en een $\sigma = 15$), rekening houdend met het betrouwbaarheidsinterval van de meting en
2. een niveau van sociaal aanpassingsgedrag zoals gemeten door de beschikbare instrumenten voor deze groep, waar mogelijk rekening houdend met het betrouwbaarheidsinterval van de meting én
3. de problemen zijn vroeg in de kindertijd ontstaan én
4. de onderzoeksprocedure staat garant voor een procesmatig verloop en combineert meerdere informatiebronnen, meerdere onderzoeksmethodes en meerdere onderzoeksmomenten.

Overzicht subgroepen van verstandelijke beperking

Volgende indeling in graad van verstandelijke beperking wordt voorgesteld⁴⁸.

Subgroep	Kalenderleeftijd 0-6 jaar	Kalenderleeftijd 6-21 jaar
Diep verstandelijke beperking	Extreme achterstand op alle gebieden; minimale sensorische vaardigheden; heeft verpleging,	Zeer duidelijke achterstand op alle terreinen van de ontwikkeling; geeft respons d.m.v. glimlach of

⁴⁷ Een instrument genormeerd op de totale populatie, met een breed leeftijdsbereik, is nog niet beschikbaar, we verwijzen naar de schalen vermeld bij het diagnostisch materiaal als 2^{de} keuze-instrumenten

⁴⁸ Naar Resing et al., Indiciestelling leerlinggebonden financiering MBO, Boom, Amsterdam, 2007

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

	intensieve verzorging en stimulans nodig; blijft lang in babyfase	huilen; enige motorische ontwikkeling; afhankelijk van zorg; intensieve verpleging noodzakelijk
Ernstig verstandelijke beperking	Ernstige achterstand in motorische ontwikkeling, weinig tot geen spraakontwikkeling; profiteert enigszins van zelfhulptraining bv. eten	Kan meestal leren lopen; kan taal begrijpen en erop reageren; kan getraind worden in elementaire zelfverzorging en in andere basisvaardigheden
Matig verstandelijke beperking	Meestal merkbare ontwikkelingsachterstand, voornamelijk in spraak; maakt gebruik van diversiteit aan trainingen in zelfhulp; redt zich enigermate dank zij intensieve begeleiding	Kan leren communiceren en kan leren zichzelf te redden (gezondheid, veiligheid); kan zich eenvoudige handvaardigheden eigen maken
Licht verstandelijke beperking	Vertraagde ontwikkeling wat betreft lopen, zelfstandigheid (bijvoorbeeld bij het eten) en spreken, maar dit wordt niet altijd opgemerkt, zeker niet bij het jonge kind	Kan perceptueel-motorische en cognitieve vaardigheden leren en komen tot niveau van 4° à 6° lj. (aan eind adolescentie); kan sociale regels leren en leren zich daaraan te conformeren

Interactionele en contextuele visie op verstandelijke beperking

‘Verstandelijke beperking’ is een beschrijvende term die een bepaalde wijze van functioneren van een persoon in zijn dagelijkse leefsituaties aanduidt. Dat functioneren vindt steeds plaats in een interactie tussen de persoon en zijn omgeving. Het functioneren is positief te beïnvloeden door voldoende en aangepaste ondersteuning vanuit de omgeving. In die zin sluit dit protocol aan bij de visie van de International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF – (WHO, 2001)⁴⁹.

Vuistregels voor grenssituaties en complexe problemen

Het probleem van de standaardmeetfout stelt zich altijd, maar het doet zich voor in verschillende situaties. Als de test het betrouwbaarheidsinterval aangeeft, zijn de grenzen van het interval gekend, maar is er een probleem als de drempel voor classificatie (vb. score 70) in het interval ligt.

⁴⁹ Maes B., Classificerend Diagnostisch Protocol Verstandelijke Handicap, VAPH, 2009.

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

Als de test geen betrouwbaarheidsinterval aangeeft, moeten de intervalgrenzen berekend worden. Dat is niet eenvoudig. Vaak is onduidelijk of het interval al dan niet symmetrisch rond de beide zijden van de score ligt. Bovendien kan het interval breed uitvallen. Bijvoorbeeld bij een score van 70, een betrouwbaarheid van .90 en een significantieniveau van 5% loopt het interval van 61 tot en met 79. Bij een betrouwbaarheid van .95 en een significantieniveau van 10% loopt het interval van 65 tot en met 75, wat praktische implicaties heeft⁵⁰.

Een oplossing is een forfaitair interval te creëren rond elke grenswaarde, zoals een zone van 5 punten boven en 5 punten beneden de grensscore.

Bij een uitgesproken disharmonie in het profiel van intelligentie⁵¹ en/of sociaal aanpassingsgedrag verdient het aanbeveling niet zo maar het IQ of de standaardscore als niveauaanduiding te gebruiken maar naar de sterktes en zwaktes te kijken⁵².

Het probleem van grenssituaties stelt zich voor de grens tussen zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking en voor de grens tussen subgroepen van verstandelijke beperking. Hierbij gelden volgende vuistregels.

Als het betrouwbaarheidsinterval van een leerling geheel of gedeeltelijk in een grensgebied ligt, bijvoorbeeld in de zone van IQ 50 à 55 (de grens licht - matig) of van IQ 65 à 75 (de grens tussen zwakbegaafd en verstandelijke beperking) is het niveau van het sociaal aanpassingsgedrag doorslaggevend. Het niveau van het sociaal aanpassingsgedrag heeft de belangrijke onderkende functie om het IQ te nuanceren. Het kan zowel naar boven als naar onder doorwegen.

Wanneer intelligentie en sociaal aanpassingsgedrag allebei in hetzelfde grensgebied liggen, kan de bijkomende informatie uit gesprekken, observaties en materiaalanalyse nuancering aanbrengen.

Eventuele meerdere diagnoses dienen met grote nauwkeurigheid te worden gesteld, vergen vaak samenwerking met het diagnostisch netwerk en zijn van groot belang voor het handelen.

⁵⁰ Tellegen P., De waan van het IQ, 2004 zie: www.testresearch.nl

⁵¹ Gregoire J. geeft minstens 6 mogelijke verklaringen bij disharmonische profielen: SES, leermoeilijkheden, cognitieve stijl, stress, neurologische aandoeningen en delinquentie (vermeld bij: Schittekatte M. Algemene commentaren, suggesties, ... bij protocol diagnostiek bij een vermoeden van zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking (wetenschappelijke toetsing), UGent, 2010.

⁵² Kraijer D. en Plas J., Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid, Pearson, Amsterdam, 2009, blz. 67

5 Comorbiditeit en differentiaaldiagnostiek

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking gaan vaak samen met lichamelijke, psychische en psychiatrische stoornissen. Differentiaaldiagnostiek is vaak moeilijk.

Bij **zwakbegaafdheid** is vaak sprake van comorbide gedragsstoornissen, depressie, chronische stress, ASS, leerstoornissen en antisociale gedragsstoornissen⁵³.

- Gedragsstoornissen komen vrij frequent voor. Het is belangrijk om ze als signaal van onderliggende moeilijkheden te zien.
- Ook depressieve stoornissen komen vaak voor. Bij kinderen manifesteren ze zich vaak via gedragsproblemen zoals agressiviteit of zelfverwonding.
- Personen met een zwakbegaafdheid kampen vaak met stress of een chronische stressstoornis, als gevolg van cognitieve en vooral sociaal-emotionele overvraging⁵⁴. Zaak is afstemming te zoeken tussen de eisen van de onderwijscontext en de mogelijkheden van de leerling om te voldoen aan de verwachtingen.
- Bij een beperkte steekproef is er comorbiditeit met autismespectrumstoornissen à rato van 5 à 6% aangetoond⁵⁵.
- Ervaring leert dat leerlingen met een zwakbegaafdheid frequent leermoeilijkheden en leerstoornissen vertonen. Er is echter geen oorzakelijk verband tussen beide. Discrepantie tussen 'mogelijkheden' en leerprestaties is niet langer een criterium voor de diagnose van een leerstoornis .
- Bij adolescenten is er vaak comorbiditeit met de antisociale gedragsstoornis en bij volwassenen met de antisociale en borderline persoonlijkheidsstoornis. Gezien we ons richten op leerlingen in het leerplichtonderwijs kan deze (enkel) van belang zijn voor de oudere populatie in het (buitengewoon) secundair onderwijs.

Leerlingen met een **verstandelijke beperking** lijden frequent aan bijkomende belemmeringen, vooral andere ontwikkelingsstoornissen zoals ASS en stoornissen in de aandacht- en impulsregulatie, epilepsie, motorische en zintuiglijke stoornissen, psychische problemen en gedragsproblemen. De bijkomende problemen vergen een afzonderlijke diagnose⁵⁶. De diagnostiek van comorbiditeit wordt echter moeilijker naarmate de verstandelijke beperking ernstiger is.

⁵³ Kraijer D. en Plas J., Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid. Pearson, Amsterdam, 2009

⁵⁴ Overvraging is een afstemmingsprobleem; de eisen en de verwachtingen in de omgeving zijn lange tijd niet in overeenstemming met iemands cognitieve, maar vooral ook emotionele en sociale mogelijkheden (Van de Meer in Kraijer D en Plas J., 2009, blz.23)

⁵⁵ Scheiris J. en Desoete, A., De prevalentie van enkele specifieke ontwikkelings- en gedragsstoornissen en hun comorbiditeit, Signaal 62, 2008

⁵⁶ Koedoot P.J., http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische_stoornissen/verstandelijke-handicap/

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

- Epilepsie komt bij 25% voor. De comorbiditeit neemt toe met de ernst van de verstandelijke beperking.
- ADHD komt bij 15,7 à 37% voor⁵⁷.
- ASS komt bij 10% voor⁵⁸. Van deze groep zou 60% een matig tot ernstig verstandelijke beperking vertonen⁵⁹.

De differentiaaldiagnostiek tussen verstandelijke beperking en psychische stoornissen of problemen met gelijkaardige symptomen vraagt de nodige aandacht. Zo kan een zeer beperkt taalgebruik een facet zijn van een verstandelijke beperking, maar evenzeer verwijzen naar een gebrekkige taalstimulatie, naar een taalontwikkelingsstoornis, naar autisme⁶⁰,...

Taalstoornissen, in de expressieve of gemengd receptieve - expressieve vormen, zijn wel quasi inherent aan de verstandelijke beperking.

Bij een **licht verstandelijke** beperking treft men vooral volgende comorbiditeit aan:

- symptomen van stress tot chronische stresstoornissen, als gevolg van externe overvraging⁶¹.
- epilepsie (in mindere mate dan bij matig, ernstig of diep verstandelijke beperking).
- een comorbiditeit van 7% met ASS. Uit een prevalentiestudie aan de hand van de AVZ-R (Autisme- en Verwante stoornissenschaal-Z-Revisie) van 2112 personen verblijvend in 86 voorzieningen voor personen met een verstandelijke beperking bleek een comorbiditeit van 7% met ASS. Dit stemde overeen met de rapportage van de diagnose ASS door de voorzieningen zelf⁶².

Bij de kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking is de familiale vorm van verstandelijke beperking het meest frequent⁶³. Het is belangrijk dat aan de adaptieve beperkingen van het individu tegemoet gekomen wordt met passende

⁵⁷ Scheiris J., Desoete, A. De prevalentie van enkele specifieke ontwikkelings- en gedragsstoornissen en hun comorbiditeit, Signaal 62, 2008

⁵⁸ Scheiris J., Desoete, A. De prevalentie van enkele specifieke ontwikkelings- en gedragsstoornissen en hun comorbiditeit, Signaal 62, 2008

⁵⁹ Thys M. en Roeyers H. Het voorkomen van autismespectrumstoornissen bij personen met een verstandelijke beperking www.autismevlaanderen.be/docs/OND_voorkomen

⁶⁰ Meer info in verband met differentiaaldiagnostiek, zie: Thys en Roeyers. Het voorkomen van ASS bij personen met een verstandelijke beperking www.autismevlaanderen.be/docs/OND_voorkomen

⁶¹ Kraijer D. en Plas J., Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid. Pearson, Amsterdam, 2009

⁶² Thys M. en Roeyers H. Het voorkomen van autismespectrumstoornissen bij personen met een verstandelijke beperking www.autismevlaanderen.be/docs/OND_voorkomen. De verschillen tussen de resultaten van de screening met de AVZ-R en de rapportage van de diagnose ASS uit de voorzieningen zelf worden groter naarmate de verstandelijke beperking ernstiger wordt.

⁶³ Kraijer D. en Plas J. Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid. Harcourt, Amsterdam, 2009

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

ondersteuning. De kans op het ontstaan van gedragsproblemen en verdere ontsporing is dan relatief gering⁶⁴.

Beschermende factoren en risicofactoren spelen een grote rol (zie verder).

Bij een **matig verstandelijke** beperking vindt men vooral volgende comorbiditeit:

- gemengd receptieve - expressieve taalstoornissen, in een ernstiger mate dan bij de persoon met een licht verstandelijke beperking;
- epilepsie: ernstiger vormen van epilepsie met moeilijk te controleren aanvallen hebben een bijkomende negatieve invloed op de zo al beperkte mogelijkheden;
- zintuiglijke stoornissen (visus, gehoor) en lichamelijke invaliditeit (motorische stoornissen ...);
- met ASS is de comorbiditeit geraamd op ongeveer 20%⁶⁵.

Comorbiditeit bij een **ernstig verstandelijke** beperking:

- opvallend zijn de motorische stoornissen. Ze kunnen een indicatie zijn voor beschadiging of onderontwikkeling van het centrale zenuwstelsel⁶⁶. Veel voorkomende vormen zijn de spastische en de choreo athetotische. Bij de eerste overheerst te hoge spanning in buigende en strekkende spieren tegelijkertijd, bij de tweede zijn sterk wisselende spierspanningen kenmerkend;
- ernstig verstandelijke beperking gaat samen met een verstoorde taal- en spraakontwikkeling;
- epilepsie komt in hogere frequentie voor dan bij boven beschreven subgroepen; met ASS vonden Thys en Roeyers een comorbiditeit van 33% (in de voorziening waren slechts 14% diagnoses ASS gesteld)⁶⁷.

Comorbiditeit bij **diep verstandelijke** beperking:

- kenmerkend zijn de meervoudige problemen: het samengaan van verstandelijke beperking met zintuiglijke en lichamelijke stoornissen die een ernstig beperkte mobiliteit of immobiliteit tot gevolg kunnen hebben⁶⁸. Ook motorische stoornissen, zoals beschreven bij de ernstig verstandelijke beperking, komen voor;
- ernstige spraak- en taalontwikkelingsproblemen zijn inherent aan diep verstandelijke beperking;

⁶⁴ Verschueren K. en Koomen H. (red.), Handboek diagnostiek in de leerlingenbegeleiding, Garant, Antwerpen-Apeldoorn, 2007

⁶⁵ Scheiris J. en Desoete, A., De prevalentie van enkele specifieke ontwikkelings- en gedragsstoornissen en hun comorbiditeit, Signaal 62, 2008

⁶⁶ Broekaert E. (red.), Handboek bijzondere orthopedagogiek, Garant, Leuven-Apeldoorn, 1993

⁶⁷ Scheiris J. en Desoete, A., De prevalentie van enkele specifieke ontwikkelings- en gedragsstoornissen en hun comorbiditeit, Signaal 62, 2008

⁶⁸ Broekaert E. (red) Handboek bijzondere orthopedagogiek, Garant, 1993

- met ASS wordt een comorbiditeit van 40% vastgesteld (in de voorziening waren slechts 13% -diagnoses ASS gesteld)⁶⁹.

6 Beschermende en risicofactoren

De volgende factoren zijn slechts indicaties. Het gaat om gemiddelden die niet noodzakelijk gelden op individueel niveau. Ze gelden ook nooit als geïsoleerde factor. Pas als meerdere factoren gecombineerd voorkomen, kunnen ze betekenis krijgen binnen het diagnostische proces. Zo kan het zinvol zijn om, bij een aanwezigheid van meerdere risicofactoren, op één of twee ervan in te werken zodat het gewicht van hun cumulatief effect afneemt.

6.1 Beschermende factoren

Beschermende factoren bij het kind (de leerling)

- Regelmatig en rustig temperament
- Goede affectieve band met ouders/ leerkrachten/ verzorgenden
- Responsiviteit en communicatie (op zijn niveau)
- Optimisme
- Zelfvertrouwen
- (bepaalde) Sociale vaardigheden
- Zich kunnen verstaanbaar maken, uitdrukking geven aan gevoelens
- Goede gezondheid
- Kunnen omgaan met eigen beperkingen (copingvaardigheden)
- Voldoende zelfredzaamheid
- Nieuwsgierigheid
- Bereidheid tot leren
- Doorzettingsvermogen
- Voldoende ontwikkelde motorische mogelijkheden

Beschermende factoren bij de ouders / thuissituatie

- Hoog opleidingsniveau
- Voldoende inkomen
- Stabiele partnerrelatie
- Goede opvoedingsvaardigheden
- Aanvaarding en begrip voor een beperking bij het kind

⁶⁹ Thys M. en Roeyers H., Het voorkomen van autismespectrumstoornissen bij personen met een verstandelijke beperking www.autismevlaanderen.be/docs/ONDvoorkomen
De verschillen tussen de resultaten van de screening met de AVZ-R en de rapportage van de diagnose ASS uit de voorzieningen zelf worden groter naarmate de verstandelijke beperking ernstiger wordt. De prevalentie van ASS in voorzieningen wordt vaak onderschat.

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

- Aangepaste eisen
- Positieve bekrachtiging van het kind
- Extra aandacht en stimulatie
- Begrip vanwege andere gezinsleden
- Open staan voor mogelijkheden tot externe begeleiding of therapie en zoeken naar afstemming met thuis- en schoolsituatie
- Afwezigheid van psychische/ psychiatrische problematiek
- Een goed sociaal netwerk; steun van familie, vrienden, buurt, ...

Beschermende factoren in de onderwijsleeromgeving.

Voor leerlingen met een verstandelijke beperking is het van belang dat gepaste medische / paramedische en (ortho)didactische maatregelen voorzien worden.

We vermelden verder illustratief:

- Gebouw en materiële voorzieningen aangepast aan de noden.
- Streven naar kwaliteitsvol onderwijs met gerichte aandacht voor deze leerling
- Gestructureerd klassenmanagement
- Realistische verwachtingen en realistisch geloof in evolutie en leren
- Individuele- en groepshandelingsplannen
- Afstemming tussen onderwijsverstrekken en therapeuten / paramedici
- Positieve samenwerking met het thuismilieu
- Positieve samenwerking met het CLB
- Positieve samenwerking met welzijn- en gezondheidsvoorzieningen

6.2 Risicofactoren⁷⁰

Verschillende soorten risicofactoren kunnen onderscheiden worden:

- factoren die direct in verband staan met een verstandelijke beperking, m.a.w. risicofactoren voor het ontstaan van verstandelijke beperking,
- factoren met betrekking tot het ontwikkelen van bijkomende psychopathologie bovenop de verstandelijke beperking.

Risicofactoren voor het ontstaan van verstandelijke beperking

Door de meervoudige problematiek is er zelden één factor als oorzaak aan te wijzen. Toch zijn er een aantal medisch-biologische aandoeningen die samengaan met een verstandelijke beperking. Te denken valt aan genetische afwijkingen⁷¹ zoals het

⁷⁰ Ponsioen A. en Plas J., Verstandelijke beperking. In: Prins P. en Braet C. (red.), Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008

⁷¹ Devos C., Roodhooft H., Een aangeboren aandoening... En dan? Inventaris met kenmerken en adviezen, SIG, Destelbergen, 2003

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

fragiele X-syndroom, het syndroom van Down, het Prader-Willi-syndroom en het Velocardiofaciaal syndroom (syndroom van Shprintzen). Ook denken we hierbij aan structurele afwijkingen in de frontale hersenkwabben, aan een voorgeschiedenis met epilepsie of een abnormale schildklierwerking. Het is belangrijk voor deze kinderen tijdig de nodige therapeutische maatregelen te nemen. Zo kan een niet behandelde epilepsie ernstige gevolgen hebben.

Risicofactoren voor het ontwikkelen van bijkomende psychopathologie

Onderzoek naar het verband tussen psychopathologie bij verstandelijke beperking en risicofactoren die hiertoe leiden, is schaars. Er zijn diverse factoren die een rol spelen. Een 'gezonde' sociale en emotionele ontwikkeling van kinderen met een verstandelijke beperking is onder andere afhankelijk van de kwaliteit van de hechtingsrelatie tussen kind en ouder(s).

Responsiviteit van de ouders en zich goed kunnen afstemmen op signaalgedrag van hun kind is bij kinderen met een verstandelijke beperking (zowel licht verstandelijke beperking als de andere niveaus) erg belangrijk.

Men maakt melding van twee soorten opvoedingsproblemen bij ouders van kinderen met een verstandelijke beperking:

- ouders die de beperkingen van hun kind te weinig onderkennen en door eigen persoonlijke, maatschappelijke en financiële zorgen de benodigde extra zorg nauwelijks kunnen opbrengen,
- ouders die hun kind overvragen of juist te veel in bescherming nemen waardoor in beide gevallen de zelfstandigheidontwikkeling belemmerd wordt.

Deze problemen verkleinen de kans op een veilige gehechtheidontwikkeling.

Een verstandelijke beperking kan een factor zijn van verhoogde kwetsbaarheid voor secundaire problemen.

Te vermelden zijn volgende secundaire problemen:

- stressstoornissen en chronische stressstoornissen
- gedragsstoornissen
- psychische problemen

7 Etiologie

In de groep van personen met een ernstig tot diep verstandelijke beperking is er in 60% van de gevallen van een aantoonbaar erfelijk defect aanwezig. Bij zowat 20% is er sprake van een milieufactor met een fysieke weerslag, bijvoorbeeld vergiftiging, straling. Bij de overblijvende 20% is de etiologie onbekend.

Bij licht verstandelijke beperking zijn oorzaken moeilijker in te schatten. Naast de invloed van genetische factoren kan een diversiteit van milieufactoren meespelen⁷².

De AAMR⁷³ onderscheidt vier assen met oorzakelijke factoren voor een verstandelijke beperking:

- *Biomedische as*: factoren die te maken hebben met het biologische proces:
 - genetische stoornissen: stofwisselingsziekten, chromosoomafwijkingen zoals trisomie-21 (syndroom van Down), geslachtsgebonden erfelijke ziekten;
 - infecties: van virale, bacteriële of parasitaire oorsprong; voor (pre-), tijdens (peri-) of na de geboorte (postnataal) opgelopen. Voorbeelden: rubella (pre-, viraal), toxoplasmose (pre-, parasitair) en meningitis (post-, bacterieel);
 - complicaties tijdens de bevalling met ernstig zuurstoftekort;
 - extreem laag geboortegewicht: bij prematuren zijn hersenbloedingen mogelijk die een blijvende beperking kunnen teweegbrengen.

- *Sociale as*: factoren van sociale interactie en gezinsinteractie, zoals stimulering en responsiviteit van de ouder(s).
Onvoldoende stimulatie of sensorische deprivatie kan ontplooiing van cognitieve capaciteiten remmen en soms ook leiden tot gedragsstoornissen. Psychosociale verwaarlozing kan leiden tot licht verstandelijke beperking⁷⁴.

- *Gedragsas*: ongelukken met hersenletsel vóór het derde levensjaar, alcohol- of medicijn- / druggebruik van de moeder.

- *Onderwijsas*: factoren die te maken hebben met de beschikbaarheid van onderwijs en andere activiteiten die de intellectuele- en aanpassingsvaardigheden stimuleren.

⁷² Cokelaere M. en Craeynest P., Onze genen. Handboek menselijke erfelijkheid, Leuven/Leusden, Acco, 2003, blz. 254-264

⁷³ AAMR: American Association on Mental Retardation. 1992. Deze toonaangevende organisatie m.b.t. verstandelijke beperking wijzigde in 2002 van naam in AAIDD of American Association on Intellectual and Developmental Disability.

⁷⁴ Cokelaere M. en Craeynest P., Onze genen. Handboek menselijke erfelijkheid, Acco, Leuven, 2003

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

De AAMR wil met dit meer-assensysteem aangeven dat een verstandelijke 'handicap' niet beschouwd wordt als een kenmerk van een persoon, maar voortvloeit uit de interactie tussen iemand met een verstandelijke beperking en zijn omgeving. Pas als iemand met een verstandelijke beperking belemmeringen ondervindt in zijn maatschappelijke participatie en integratie in een onvoldoende ondersteunende omgeving, pas dan kunnen we spreken van een verstandelijke handicap⁷⁵.

8 Prevalentie

Prevalentie van zwakbegaafdheid

Gegeven de normaalverdeling behoort ongeveer 10% à 13% van de bevolking tot deze groep.

Prevalentie van verstandelijke beperking

Afhankelijk van de gehanteerde bron verschillen de prevalentiecijfers. Gezien de normaalverdeling kan men er van uitgaan dat ongeveer 1,5 à 2% van de totale bevolking verstandelijk beperkt is. Sommige onderzoeken komen vaak uit op een veel lager percentage omdat de licht verstandelijke beperking populatie, zeer ten onrechte, onder-geregistreerd wordt en dus onvoldoende terug te vinden is in statistieken⁷⁶.

Niveaucategorie van verstandelijke beperking	Percentage van de totale groep personen met verstandelijke beperking
Licht	rond 85 %
Matig	rond 10 %
Ernstig	3 à 4 %
Diep	1 à 2 %
Totaal aantal VB	100 %

Figuur 10: Procentuele onderverdeling in niveaus van verstandelijke beperking

Onderscheid tussen deze categorieën is belangrijk en bepalend voor gedrag, voor psychische / fysieke / somatische condities, voor zorg en ook voor het inzicht in de problematiek.

Enkele voorbeelden.

⁷⁵ Koedoot P. J. www.nationaalkompas.nl

⁷⁶ Kraijer D. en Plas J. Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid, Pearson, Amsterdam, 2009, blz. 65

Theoretisch deel

Zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

- Familiale verstandelijke beperktheid komt meest voor in de groep licht verstandelijke beperking.
- Jongens met het fragiele-X syndroom functioneren meestal op niveau licht, matig verstandelijke beperking, maar eens volwassen op niveau matigernstig verstandelijke beperking.
- Epilepsie komt meest frequent voor bij diep en ernstig verstandelijke beperking