



LVB en een lage emotionele ontwikkeling

In de forensische zorg is de omvang van de groep met een licht verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid groot en binnen de verstandelijke gehandicaptenzorg (VG) wordt een toename van psychiatrische problematiek gezien. De emotionele ontwikkeling heeft invloed op het gedrag van patiënten met een LVB en kan een verklarende factor zijn voor probleemgedrag.

NATHALIE KRUIT, verpleegkundig specialist GGZ, forensisch FACT Ambulant Centrum Fivoor, Rotterdam
HANNEMIEKE WESSELS, GZ-psycholoog, team modulair Ambulant Centrum Fivoor, Rotterdam

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel:

- weet u dat de emotionele ontwikkeling invloed heeft op het gedrag van patiënten met een LVB en een verklarende factor kan zijn voor probleemgedrag;
- heeft u kennis van de ontwikkelingsdynamische benadering van Došen en de fasen van emotionele ontwikkeling;
- begrijpt u waarom en hoe verpleegkundigen en behandelaren beter kunnen aansluiten bij verschillende ontwikkelingsgebieden van de patiënt om de responsiviteit te vergroten;
- kunt u als verpleegkundig specialist (VS-GGZ) een weloverwogen keuze maken wanneer de emotionele ontwikkeling in kaart gebracht moet worden bij patiënten met LVB.

TREFWOORDEN

forensische zorg, LVB, RNR-model, emotionele ontwikkeling, probleemgedrag, SEO-R2

1 STUDIEPUNT

Binnen de forensische zorg is de groep van patiënten met een licht verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid groot. Uit onderzoek blijkt dat 35-45% van de gedetineerden een IQ onder de 85 heeft, binnen de forensische psychiatrie is dit 20-25%.¹ Waarschijnlijk is dit percentage in werkelijkheid hoger, want de LVB wordt nog altijd niet bij iedereen herkend. Ook in de reguliere GGZ en de versla-

vingszorg is de omvang van deze groep groot en binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG) wordt een toename van psychiatrische problematiek gezien.

De complexe samenleving stelt steeds hogere eisen aan de cognitieve, sociale en emotionele vaardigheden. Daardoor lopen mensen voortdurend het risico overvraagd te worden.² Ongunstige omgevingsfactoren en langdurige, aanhoudende stress kunnen leiden tot probleemgedrag en vergroten de kans op psychiatrische problematiek.³ Een afstemmingsprobleem ontstaat wanneer de eisen van de omgeving niet aansluiten bij de mogelijkheden van de persoon met LVB.⁴

In dit artikel wordt de term LVB gebruikt voor de gehele groep met een IQ van 55-85, mensen met zwakbegaafdheid (IQ 75-85) en problemen op meerdere levensgebieden hebben vaak baat bij een benadering op LVB-niveau (IQ 55-75).

Casus Daniel

Daniel (29 jaar) is op zijn 19e vanuit de Antillen naar Nederland gekomen. Vanaf zijn jeugd vertoonde hij problematisch gedrag. Toen hij ouder werd en verkeerde



FORENSISCHE ZORG EN LVB

Sinds een paar jaar groeit de aandacht binnen de forensische zorg voor deze complexe doelgroep, wordt er meer onderzoek gedaan en vaker kennis gedeeld. Behandelaren en begeleiding zijn zich meer bewust van de behoeften bij patiënten met LVB en doen hun best hierbij aan te sluiten. Het RNR- (Risk-Need-Responsivity) model⁵ is leidend binnen de forensische behandeling. Werken volgens dit model verlaagt het recidiverisico met 35%. Het RNR-model gaat uit van de volgende drie principes:

1. Het risicoprincipe bepaalt aan de hand van risicotaxatie-instrumenten de kans op delictrecidive. De uitkomsten bepalen, in combinatie met de klinische blik, de intensiteit van de behandeling.
2. Het behoefteprincipe laat de behandeling aansluiten bij de dynamische risicofactoren van de patiënt. Deze dynamische risicofactoren zijn veranderbaar en door behandeling te beïnvloeden.
3. Het responsiviteitsprincipe zorgt ervoor dat de behandeling aansluit bij de persoonlijke kenmerken van de patiënt, zoals leerstijl, motivatie, cognitieve vermogens en de sociale en emotionele capaciteiten van de patiënt.

Om aan te sluiten bij de mogelijkheden en vaardigheden van patiënt is het voor behandelaren van groot belang zich een goed beeld te vormen over de patiënt. Binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG) worden om deze reden, naast het cognitief functioneren, het emotioneel ontwikkelingsniveau en de adaptieve vaardigheden in kaart gebracht. Adaptieve vaardigheden zijn de vaardigheden die iemand dagelijks nodig heeft om zelfstandig te kunnen functioneren. Deze vaardigheden kunnen door het afnemen van de AVVB- (Adaptieve Vragenlijst Verstandelijke Beperking) lijst inzichtelijk worden gemaakt.

vrienden kreeg, nam dit gedrag toe. Hij rookte cannabis samen met zijn vrienden en werd regelmatig opgepakt wegens winkeldiefstallen of andere vergrijpen. Zijn agressie nam steeds ernstigere vormen aan en de familie had geen invloed meer op Daniel. Hij werd in Nederland in een kliniek voor verslavingsproblematiek opgenomen. Hier is de diagnose schizofrenie, middelengebruik en impulsregulatieproblematiek gesteld.

Sinds deze opname is Daniel de afgelopen tien jaar in verschillende klinieken, woonvormen en de nachtopvang geplaatst. Door het aanhoudende probleemgedrag en de agressie lukt het niet stabiliteit in Daniels leven te brengen.

Nadat Daniel in een woonvorm was geplaatst, is het Forensisch FACT- (Flexible Assertive Community Treatment) team erbij betrokken. Het ForFACT-team bezocht Daniel op de woonvorm om hem te leren omgaan met zijn impulsdoorbraken. Daniel werd steeds vaker boos en ging gesprekken uit de weg. Uiteindelijk raakte Daniel uit beeld, toen hij uit de woonvorm weg moest na fysiek geweld tegen een hulpverlener. De hulpverlener zag de agressie niet aankomen. Als gevolg van het agressie-incident werd Daniel op een Forensische Psychiatrische Afdeling (FPA) geplaatst. De eerste maanden lukte het niet Daniel te kalmeren, waardoor hij regelmatig in de separeer geplaatst werd als gevolg van agressie.

PROBLEEMGEDRAG BIJ MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

Probleemgedrag is bij patiënten met een LVB binnen de forensische zorg vaak de reden dat zij in beeld komen. Met probleemgedrag wordt onbegrepen gedrag bedoeld.

*Probleemgedrag is internaliserend en/of externaliserend gedrag, dat door de persoon zelf en/of de omgeving in een specifieke context als sociaal-cultureel ongewenst wordt gezien en dat van zodanige intensiteit, frequentie of duur is, dat het voor de persoon zelf en/of de naaste omgeving nadelig, stressvol of schadelijk is.*⁶

Het is voor de betrokken disciplines een lastige taak om te bepalen waar probleemgedrag bij patiënten met LVB vandaan komt. Het is een puzzel die elke keer opnieuw gelegd moet worden, rekening houdend met comorbiditeit en soms zelfs viervoudige problematiek. Het helpt de behandelaar de juiste interventies toe te passen, zodat

het gedrag verandert, wanneer bekend is waar het probleemgedrag vandaan komt. Binnen de forensische zorg worden verklaringen voor probleemgedrag bij LVB vaak niet volledig onderbouwd en zelfs verkeerd geïnterpreteerd, omdat de ontwikkelingsgebieden onvoldoende in kaart worden gebracht. De professional kan misleid worden doordat het verstandelijke functioneren en de verbale mogelijkheden doen vermoeden dat de patiënt meer kan dan hij aankan:

- verstandelijk functioneren zegt iets over wat iemand kan;
- emotioneel functioneren over wat iemand aankan.

Iemand kan bijvoorbeeld de weg naar de supermarkt wel weten, maar is niet in staat hier alleen naartoe te gaan. Wanneer dit toch moet, kan dat leiden tot emotionele overvraging. Dit kan zich uiten in gedrag als negeren, weglopen of zelfs agressie.

Na verschillende interventies die onvoldoende baat hadden, besloot de FPA dat Daniel persoonlijke afspraken kreeg. Hij werd niet verplicht deel te nemen aan het dagprogramma en als hij niet in staat was een maaltijd met de groep mee te eten, werd dat geaccepteerd. Daniel werd daarna toegankelijker voor de hulpverleners.

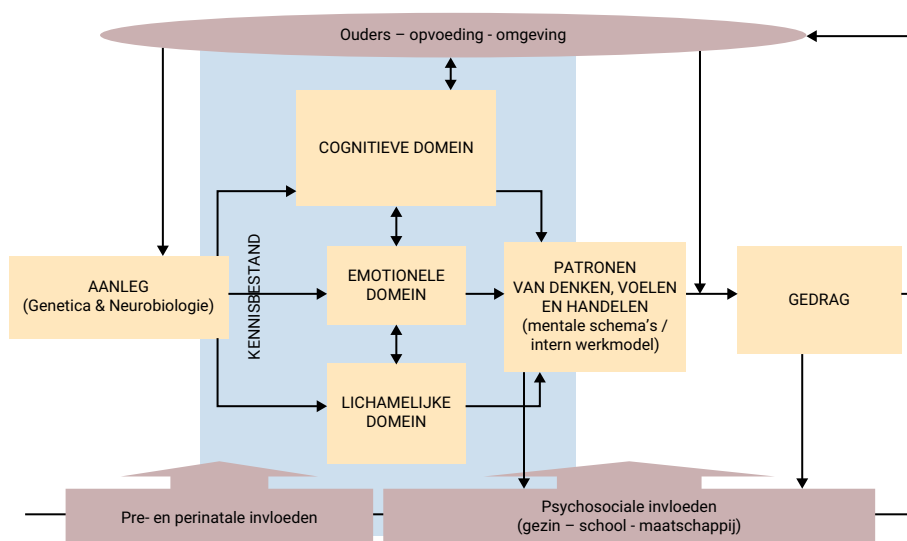
ONDERZOEK

Na het aanpassen van het dagprogramma, waardoor er weinig van Daniel gevraagd wordt, wordt een verandering in zijn gedrag gezien:

- hij wordt minder vaak boos;
- er worden geen psychotische symptomen waargenomen;

- hij is toegankelijker voor verpleegkundigen en begeleiding;
- hij laat zich vaker zien op de afdeling.

Dossieronderzoek samen met deze observaties doen sterk vermoeden dat Daniel een verstandelijke beperking heeft. Op verzoek van de VS-GGZ wordt in 2019 door de psycholoog van de FPA een IQ-test afgenomen, de SON-R 6-40. Dit is een gevalideerde IQ-test, die met name gebruikt wordt bij patiënten met een taalbarrière. Daniel behaalt een score van 12, dit staat gelijk aan een IQ van 63 (betrouwbaarheidsinterval 57-68). De beperkte intelligentie heeft invloed op zijn functioneren. Dit is vooral terug te zien in zijn beperkte adaptieve vaardigheden. De VS-GGZ doet



Figuur 1 Transactioneel ontwikkelingsmodel LVB-problematiek.⁷

onderzoek naar de emotionele ontwikkeling om te begrijpen welke invloed dit heeft op het probleemgedrag dat Daniel laat zien.

HET EMOTIONELE DOMEIN

Het transactioneel ontwikkelingsmodel LVB-problematiek geeft de complexiteit van gedrag bij deze problematiek weer (figuur 1). De ontwikkeling van een kind is een complex samenspel van factoren, waaronder het emotionele domein, die elkaar beïnvloeden en invloed hebben op de persoonsontwikkeling.

Het emotioneel functioneren speelt een grote rol in het leven van de mens. Gedurende de dag worden verschillende emotionele behoeften ervaren, op basis waarvan keuzes gemaakt worden. Dit gebeurt bewust of onbewust en de keuzes die gemaakt worden zijn zowel positief als negatief.

Emoties vormen een constant dynamisch proces dat nooit stopt. Het omvat:

- herkennen van;
- uiting geven aan;
- voelen van;
- bewust zijn van;
- onder woorden brengen van emoties.

Emoties leren ons iets over wie we zijn, maar leren ons ook iets over de ander. De emoties van een ander kunnen grote invloed hebben op de emoties van jezelf.

Het verloop van de emotionele ontwikkeling tijdens het opgroeien bepaalt hoe mensen omgaan met hun emoties en de persoonlijkheidsontwikkeling. Tijdens de ontwikkeling maakt ieder kind dezelfde emotionele ontwikkelingsfasen door.

Bij kinderen met LVB kunnen tijdens de ontwikkeling complicaties ontstaan.

Dit is vaak een gevolg van:

- verstoorde hechting;
- trauma;
- faalervaringen;
- andere complexe oorzaak.⁷

De verstandelijke, sociale en emotionele ontwikkeling lopen dan niet parallel, ondanks dat ze nauw met elkaar in verbinding staan. Kinderen met LVB kunnen zowel vanuit hun beperking als vanuit de omgeving veel stress ervaren. Chronische stress en overvraging hebben gevolgen voor de persoonlijkheidsontwikkeling en het welbevinden van het kind.⁸

Binnen de VG wordt de ontwikkelingsdynamische benadering van Došen veel gebruikt. De Schaal voor Emotionele Ontwikkeling (SEO), ontwikkeld door Došen en Morisse,⁹ is een discussie-instrument voor het inschatten van de emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking. De schaal geeft een beschrijving van het gedrag dat gekoppeld wordt aan de emotionele behoeften van de betrokkene.

De SEO-R2 gaat uit van een gezonde ontwikkeling van een kind en de basale emotionele behoeften passend bij vijf ontwikkelingsfasen:

1. Adaptiefase; komt overeen met een ontwikkelingsleeftijd van 0-6 maanden;
2. Eerste socialisatiefase; komt overeen met een ontwikkelingsleeftijd van 6-18 maanden;
3. Eerste individuatiefase; komt overeen met een ontwikkelingsleeftijd van 18-36 maanden;
4. Eerste identificatiefase; komt overeen met een ontwikkelingsleeftijd van 3-7 jaar;
5. Realiteitsbewustwording; komt overeen met een ontwikkelingsleeftijd van 7-12 jaar.

De SEO-R2 is best-practice en wordt ook buiten de VG steeds vaker gebruikt. De uitkomsten van het instrument zijn onderdeel van de puzzel die gelegd wordt voor het verklaren van gedrag. Voor het afnemen is kennis van de ontwikkelingspsychologie nodig en wordt het volgen van een scholing geadviseerd. GGZ-richtlijnen en handleidingen adviseren bij patiënten met LVB de emotionele ontwikkeling mee te nemen tijdens de diagnostiek en behandeling. De *Handreiking Risicomanagement LVB*¹⁰ beveelt de SEO-R2 aan om het verband tussen emotioneel functioneren en forensisch risico te onderzoeken. Uit onderzoek blijkt



Figuur 2 SEO-R2-kleurenprofiel.¹¹

dat er een correlatie is tussen de uitkomsten van de SEO-R2 en risicotaxatie. Patiënten met lagere uitkomsten op de SEO-R2 hebben vaak ongunstigere scores op de risicotaxatie-instrumenten. Hierdoor wordt het forensisch risico verhoogd.

De SEO-R2 brengt 13 domeinen van de emotionele ontwikkeling in kaart in de context van sociale interacties. Een deskundige bespreekt de domeinen samen met minimaal twee betrokkenen die de patiënt goed kennen.

De uitkomsten geven een indicatie voor:

- de mate van verantwoordelijkheid die de patiënt kan dragen;
- of patiënt in staat is zijn emoties te hanteren;
- in welke mate patiënt afhankelijk is van anderen.

Casus Daniel (vervolg)

Samen met zijn zus en een sociaal-pedagogisch hulpverlener die Daniel van langdurige opname kent, is de SEO-R2 afgenomen.

Geconcludeerd wordt dat Daniel als volgt functioneert:

- op vijf domeinen in de adaptatiefase;
- op vijf domeinen in de eerste socialisatiefase;
- op de overige drie domeinen in de eerste individuatiefase.

Voor zijn zus was dit een openbaring. Ze krijgt er nu meer begrip voor dat het leven van Daniel problematisch verlopen is. De uitkomsten geven inzicht hoe om te gaan met Daniel, zodat de omgeving en Daniel beter op elkaar kunnen afstemmen.

De publicatie van Zaal et al.¹² geeft een overzichtelijke samenvatting van de fasen van emotionele ontwikkeling en de begeleidingsstijl die past bij de verschillende fasen.

Aan de hand van de uitkomsten van de SEO-R2 schrijft de VS-GGZ een verslag met de bevindingen. De VS-GGZ schrijft in een advies voor hulpverleners en naasten hoe zij beter kunnen aansluiten bij de emotionele behoeften van de patiënt. Omdat Daniel zich op het snijvlak van 2 fasen bevindt, wordt uitgegaan van de laagste fase. Aan de hand van deze uitkomsten wordt een bejegeningadvies geschreven dat bij Daniel past. De adviezen worden verwerkt in het behandelplan en het signaleringsplan. Goed aansluiten bij de patiënt voorkomt problemen in de afstemming tussen patiënt en zijn omgeving, wat de responsiviteit op de behandeling verbetert.

Casus Daniel (vervolg)

Het bejegeningadvies van Daniel

Lichamelijk en geestelijk evenwicht zijn belangrijk voor Daniel.

Wanneer lichamelijke spanning geobserveerd wordt, moet Daniel uit de situatie gehaald worden. Hij is niet in staat zelfstandig oplossingen te bedenken.

Daniel heeft er behoefte aan beschermd te worden tegen te veel prikkels en overvraging. Hij is zelf niet in staat dit aan te geven, waardoor een explosie van agressie voor omstanders vaak totaal onverwacht komt.

Doordat de gewetensfunctie in deze fase nog niet ontwikkeld is, laat hij voor de slachtoffers weinig empathie zien. Daniel heeft geen besef van wat zijn gedrag met een ander doet.

Communicatie bestaat uit korte zinnen en richt zich op het hier en nu. De vraag 'hoe gaat het met je' wordt door Daniel als onduidelijk ervaren en kan spanning geven. De vraag is niet concreet genoeg. Om uit te nodigen voor het eten is 'kom we gaan nu eten' duidelijke taal. Terwijl 'kom je eten?' verwarring kan veroorzaken, omdat patiënt de keuze krijgt. Deze verwarring leidt tot overvraging.

Tabel 1 Bejegeningadvies voor Daniel (Fase 1)

wat is nodig:	samenwerken:
<ul style="list-style-type: none"> • rust, structuur, duidelijkheid, regels • veiligheid en nabijheid • zelf mogen beslissen binnen veilige omgeving • positieve ervaringen opdoen • iets samen doen in plaats van praten • spanningen (in lichaam) signaleren zonder taal • bij crisis is nabijheid nodig, weinig woorden • een veilige terugvalbasis 	<ul style="list-style-type: none"> • reageer emotioneel neutraal • accepteer Daniel te allen tijde • begrens met behoud van veiligheid • blijf beschikbaar • geef de verantwoordelijkheid die Daniel aankan • geef als team dezelfde boodschap • geef geen boodschappen die voor interpretatie vatbaar zijn • onderzoek waarom Daniel 'aandacht' vraagt (grenzen, veiligheid, nabijheid?) • vragen waarom hij iets heeft gedaan bezorgt Daniel stress • verwacht geen empathie • confrontatie en boos worden helpen niet • verwacht niet te veel tijdens groepsactiviteiten • hou de uitleg kort en bondig en onderzoek of Daniel het begrijpt • herhalen, herhalen, herhalen^{8,12,13}

ROL VAN VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST GGZ (VS-GGZ)

De VS-GGZ:

- benadert patiënt vanuit de holistische visie en draagt zorg voor diagnostiek en behandeling met oog voor alle aspecten van de patiënt:
 - het cognitieve;
 - sociaal-emotionele; en
 - adaptieve functioneren;
 - de context;
 - het ontwikkelingsperspectief (GGZ-standaarden; generieke module LVB);
- is op de hoogte van de actuele richtlijnen, handreikingen, zorgstandaarden en best-practice evidence-based methodieken en kan deze koppelen aan de huidige praktijk;
- volgt scholing en draagt kennis over aan collega's en betrokken externen;
- verzamelt de uitkomsten, kan deze koppelen aan de problematiek van de patiënt en kan een passend bejegeningadvies schrijven, rekening houdend met de psychiatrische en/of verslavingsproblematiek

CONCLUSIE

Geconcludeerd kan worden dat het in kaart brengen van de emotionele ontwikkeling de professional ondersteunt bij het beschrijven van gedrag dat bij een patiënt met LVB gezien wordt. Hierdoor kan het gedrag beter verklaard worden.

De uitkomsten helpen bij het zoeken naar een oplossing voor het voorkomen en hanteren van probleemgedrag. Voor de beschreven casus betekent dit dat Daniel baat heeft bij verandering van de omgeving en langdurige ondersteuning en begeleiding die aansluiten bij de verschillende ontwikkelingsgebieden. Belangrijk is voor ogen te houden dat probleemgedrag en psychiatrische problematiek kunnen ontstaan door langdurige overvraging en aanhoudende stress. Een adequate en aansluitende bejegening van patiënt en het gebruikmaken van passende behandelinterventies leiden tot:

- minder overvraging;
- minder stress;
- minder frustratie;
- uiteindelijk minder probleemgedrag en psychiatrische klachten.

De kwaliteit van leven verbetert en het forensisch risico neemt af. ■

LITERATUUR

1. Kaal HL, Oververst N, Boertjes M. Beperkt in de keten. Mensen met een verstandelijke beperking in de strafketen. Amsterdam: Boom Lemma uitgevers; 2014. p. 59.
2. Didden R, Troost P, Moonen X, et al. Handboek psychiatrie en licht verstandelijke beperking. Utrecht: De Tijdstroom; 2016. p. 14.
3. Došen A. Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap: een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen. Assen: Van Gorcum, Gennep; 2014. p. 103.
4. Bruijn J, Bonck J, Broek A van der, et al. Handboek emotionele ontwikkeling & verstandelijke beperking. Amsterdam: Boom uitgevers; 2017. p. 79.
5. Andrews DA, Bonta J. The psychology of criminal conduct. 5th ed. New Providence, NJ: LexisNexis, Matthew Bender; 2010. p. 45-50.
6. Geraadpleegd Richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking | V&VN (venvn.nl) op 15 september 2020.
7. Došen A. Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap: een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen. Assen: Van Gorcum, Gennep; 2014. p. 72.
8. Vonk J, Hosnar A. Emotionele ontwikkeling bij mensen met een beperking. Een denk- en handelingskader voor de praktijk. Leuven (België): Acco; 2009. p. 60.
9. Morisse F, Došen A (red). SEO-R2. Schaal voor emotionele ontwikkeling voor mensen met een verstandelijke handicap – Revised2. Antwerpen/Apeldoorn: Garant; 2016.
10. Nijman HLI, Didden HCM, Hesper BL. Handreiking risicomanagement LVB. Utrecht: KFZ; 2017.
11. Groot R de. SEO-R2 Kleurenprofiel. Doetinchem: Graviant Publishers; 2010.
12. Zaal S, Boerhave M, Koster M. Sociaal-Emotionele Ontwikkeling. Omschrijving fasen en bijbehorende begeleidingsstijl. Amsterdam: Cordaan/ Amsta; 2008.
13. Vugts-de Groot B. Werken met ontwikkelingsleeftijden. Afstemmen op mensen met een verstandelijke beperking. Amsterdam: Boom; 2019. p. 33-70.