

# Complexe zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking in de forensische psychiatrie

## Gevalsbeschrijving

Dit artikel toont de complexiteit van zorg wanneer een dader met een licht verstandelijke beperking na huiselijk geweld een huisverbod krijgt opgelegd. Een huisverbod houdt in dat een pleger van huiselijk geweld in beginsel tien dagen zijn of haar woning niet meer in mag. Verpleegkundig specialisten beschikken over competenties waarmee hoogcomplexere GGZ verpleegkundige zorg wordt gepland, uitgevoerd, gecoördineerd en geëvalueerd.

## Licht verstandelijke beperking

Volgens cijfers van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) telt Nederland zeker 154.000 mensen met een lichte verstandelijke beperking. SCP definieert dit wanneer er sprake is van een laag intellectueel functioneren, een IQ tussen 50 en 85, dat samengaat met een beperkt sociaal aanpassingsvermogen en een behoefte aan ondersteuning. Geschat wordt dat één op de acht Nederlanders een IQ tussen 70 en 85 heeft. Zij worden aangeduid als zwakbegaafd (Neijmeijer, Moerdijk, Veneberg & Muusse, 2010). In de literatuur wordt geen onderscheid gemaakt tussen een licht verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid. Het functioneren van licht verstandelijk beperkten vertoont namelijk veel overeenkomsten met dat van zwakbegaafden (Didden, 2006). Voor eenduidigheid in deze gevalsbeschrijving wordt bewust de term licht verstandelijke beperking (LVB) gehanteerd.

De echtgenote van Martin, Lian (42), vertelt: *‘Toen ik Martin leerde kennen gebruikte hij allerlei soorten drugs zoals cocaïne, speed en cannabis. Ongeveer eens per maand heeft hij een kwaaië dronk waarbij hij mij uitscheldt en vernedert. Na één jaar samenwonen heeft hij mij zo mishandeld dat mijn arm brak. Gisteravond ging het helemaal mis toen we samen uit waren. Toen ik besloot naar huis te gaan, zou Martin nog even blijven. Rond tien uur kwam Martin thuis, dronken en opgefokt. Hij schreeuwde agressief, gilde dat hij mij wel kapot zou maken en wilde mij*

*het huis uit gooien. Toen ik mij verzette en me vastklampte aan de deurpost, begon hij met de deur tegen mij aan te duwen. Ik gilde omdat mijn vingers tussen de sponning en deur klemzaten. Hij reageerde hier niet op en bleef met de deur beuken.'*

## Huiselijk geweld

Huiselijk geweld staat de laatste jaren in de belangstelling van de media en de politiek. In de aanpak ervan wordt in deze casus vanuit een forensische polikliniek samengewerkt met justitie, de gemeente en diverse ketenpartners.

Huiselijk geweld vindt plaats in de privésfeer en wordt gepleegd door partners, ouders, kinderen, familieleden of huisvrienden. Het is de meest voorkomende vorm van geweld in Nederland (De Groot & Van Eijkern, 2008). Geschat wordt dat in Nederland jaarlijks minstens 200.000 personen slachtoffer worden van huiselijk geweld. In de definitie van huiselijk geweld staat de relatie tussen de dader en het slachtoffer centraal en niet de locatie waar het geweld is gepleegd. Huiselijk geweld betreft dus niet alleen binnenhuis gepleegd geweld, maar omvat ook die gevallen waarbij (ex-) partners, gezinsleden, familieleden en huisvrienden elkaar buitenshuis geweld aandoen (Van der Veen & Bogaerts, 2010). Analyses wijzen uit dat 60 á 65 % van huiselijk geweld partner- of ex-partnergeweld betreft (Van der Veen & Bogaerts, 2010). Huiselijk geweld gaat bijna altijd gepaard met schaamte en stilzwijgen. Betrokkenen ervaren het vooral als hun privéprobleem (Goedhart & Choy, 2011). Wrang genoeg betekent dit dat het thuis voor velen onveilig is.

Sinds 1 januari 2009 is de Wet 'tijdelijk huisverbod' van kracht, een maatregel die gericht is op het voorkomen van huiselijk geweld. Het huisverbod houdt in dat een pleger van huiselijk geweld in beginsel tien dagen zijn of haar woning niet meer in mag en in die periode ook geen contact mag opnemen met het slachtoffer en/of de kinderen. Het verbod kan opgelegd worden als iemand een onmiddellijk en ernstig gevaar vormt voor één of meer personen met wie een huishouding gedeeld wordt (Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 2008). De maatregel biedt de mogelijkheid om in een noodsituatie te voorzien in een afkoelingsperiode waarbinnen er snel intensieve hulpverlening ingezet kan worden en escalatie kan worden voorkomen. Verder geeft een huisverbod een signaal aan de pleger dat geweld niet getolereerd wordt.

Martin (35): *'Ik zag dubbel en had echt een black out. Ik weet alleen nog dat ik begon met drinken in de kroeg. Ik heb van de politieagent gehoord*

*wat er is gebeurd. Ik schaam me heel erg voor wat ik heb gedaan en ben erg geschrokken. Mijn moeilijke jeugd heeft mij gemaakt zoals ik nu ben. Nooit heb ik gepraat over mijn gevoel en spanningen. Ik hou niet zo van praten en krop het liever op tot het vanzelf overgaat. Ik heb veel stress omdat het moeilijk is om als schoonmaker voldoende geld te verdienen om alle rekeningen te kunnen betalen. Ik beken dat ik door alcoholgebruik wel eens agressief word en in de problemen kom met de politie, maar van dit laatste incident ben ik wel heel erg geschrokken.'*

## Intake en diagnostiek

Martin krijgt een huisverbod na de uiting van agressie onder invloed van alcohol. In de periode van het huisverbod komt hij voor het eerst in contact met de hulpverlening. Op de forensische polikliniek neemt een verpleegkundig specialist i.o. een anamnese bij hem af. Hij vertelt dat hij moeite heeft met maat houden bij het drinken van alcohol. Martin ervaart onrust in zijn hoofd, voelt zich gespannen en blowt dagelijks om rustiger te worden. Het gebruik van middelen is voor hem een vorm van coping, een manier om met zijn zorgen om te gaan. De spanningen die hij ervaart dragen bij aan problemen met inslapen, Martin gebruikt hierbij de cannabis als zelfmedicatie.

De diagnosen geformuleerd volgens DSM IV-TR zijn in eerste instantie cannabis-afhankelijkheid en misbruik van alcohol op AS I. Verder zijn er aanwijzingen voor ADHD, die aanvullend onderzocht dienen te worden. Een diagnose op AS II wordt vooralsnog uitgesteld. Er zijn echter trekken zichtbaar van een antisociale persoonlijkheid gezien Martins agressiviteit en impulsiviteit. Op het domein van temperament en persoonlijkheid volgens de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF, 2001), wordt nadere diagnostiek gepland. Uitgaande van het geweld binnen de relatie geeft dit op AS IV problemen binnen de primaire steungroep. Daarbij is er sprake van werkproblemen en financiële problemen. Met matige tot ernstige problemen in zijn sociaal en beroepsmatig functioneren krijgt Martin een GAF score van 55.

Na het eerste contact met Martin vindt een zorgoverleg plaats. Gesprekspartners zijn het steunpunt huiselijk geweld (SHG), de algemeen maatschappelijk werker van het slachtoffer en de hulpverlener van Martin. Een gezamenlijk plan van aanpak wordt vastgesteld. Voordat het huisverbod verloopt vindt een zogeheten 'terugkeergesprek' plaats tussen Martin en Lian onder begeleiding van de hulpverlening. Bij beide partners is er geen moment twijfel; Martin kan na afloop van het huisverbod weer thuis komen.

## Verpleegkundige interventies

Martin heeft wekelijks contact met een verpleegkundig specialist i.o. in de polikliniek. De behandelcontacten zijn in beginsel gericht op het structureren en stabiliseren van Martins situatie. Martin en zijn behandelaar komen samen tot behandeldoelen die in eerste instantie gericht zijn op vermindering van Martins middelengebruik, reductie van alcoholgerelateerde problemen, gedragsproblematiek en ineffektieve coping (NANDA International, 2009). Het middelengebruik van Martin is te classificeren als een dringende behoefte stoffen te nuttigen, inclusief stoffen die tot verslaving leiden (ICF, 2001). Verpleegkundige interventie hierbij is het ondersteunen van de cliënt en zijn familieleden met lichamelijke of psychosociale problemen in verband met het gebruik van alcohol of drugs (Bulechek et al., 2010). Kijkend naar ineffektieve coping is dit te classificeren als een ernstig probleem in het domein 'omgaan met stress en andere mentale eisen'. De verpleegkundige interventies richten zich hierbij op de verbetering van de probleemhantering, ook wel coping enhancement genoemd (Bulechek et al., 2010). De verpleegkundig specialist i.o. brengt prioriteit aan in de aanwezige problematiek, helpt Martin zijn bezigheden te structureren, observeert het gedrag, richt zich op het stabiliseren van zijn situatie, biedt psycho-educatie en ondersteunende (systeem) gesprekken.

## Beloop en uitkomsten behandeling

De eerste twee maanden is Lian ook aanwezig bij de behandelcontacten. In deze contacten valt op dat Lian het gesprek leidt en weinig ruimte biedt aan Martin om aan het woord te komen of zijn mening te verwoorden. Besloten wordt om de aanwezigheid van Lian tijdelijk te beperken om zo een beter beeld te krijgen van Martins functioneren als individu. De gesprekken met Martin alleen verlopen anders dan wanneer zijn vrouw aanwezig is. Merkbaar is dat Martin moeite heeft met het verwoorden van zijn gevoelens. Hij stemt vaak in met wat wordt gezegd of verwacht en lijkt gemakkelijk van gedachte of mening te veranderen. Wanneer tijdens een behandelcontact gevraagd wordt te herhalen wat is gezegd, lukt het Martin niet om de kern van de boodschap te verwoorden.

Er vindt intelligentieonderzoek plaats met de Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III). De WAIS-III is een valide onderzoeksinstrument waarmee het intellectuele vermogen wordt bepaald. Bij Martin is sprake van een totale intelligentie van 73 waarbij er onderscheid is tussen performale (71) en verbale (75) intelligentie. Martins frustratie loopt snel op en de frustratietolerantie is beperkt. Tijdens de test

geeft Martin aan dat hij zijn gedachten er niet bij kan houden en zijn onrust neemt zichtbaar toe. Vervolgens wordt de test gestopt en in een tweede afspraak afgerond. Dit heeft enerzijds invloed op de betrouwbaarheid van de uitkomst, anderzijds geeft dit een beeld van Martins coping bij oplopende spanning.

Met de DIVA, een diagnostisch interview voor ADHD bij volwassenen (Kooij & Francken, 2010), wordt onderzoek gedaan naar ADHD. De uitkomsten van dit onderzoek zijn zodanig dat ADHD op AS I uit te sluiten is. Op AS II kan zwakbegaafdheid gesteld worden omdat de reden van zorg, grensoverschrijdend gedrag samenhangend met middelengebruik, samengaat met een IQ van 71-84 (American Psychiatric Association, 2007). In de DSM IV-TR wordt gesproken van zwakbegaafdheid (borderline intellectual functioning) wanneer de reden van zorg samengaat met een IQ van 71-84. De zichtbare trekken van een antisociale persoonlijkheid worden niet geassocieerd als een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Er wordt namelijk getwijfeld over de validiteit wanneer wordt gesproken van een stoornis in de persoonlijkheid als de persoonlijkheidsdynamiek voornamelijk voortvloeit uit intellectuele beperkingen (Van Toorn, 2008).

### Intelligentie in relatie tot de problematiek

Onderzoek naar intelligentie in relatie tot partnergeweld wijst uit dat een laag IQ zou bijdragen aan inadequate empathie, verhoogde impulsiviteit, verminderde impulscontrole en een grotere kans op delinquent gedrag in de jeugd en volwassenheid (Gendreau, Little & Goggin, 1996; Gleason, 1997). Recenter onderzoek nuanceert de invloed van een laag IQ als voorspellende factor voor partnergeweld en ziet IQ als een executieve functie in relatie tot andere factoren (Marsh & Martinovich, 2006).

Bekend is dat mensen met een LVB moeite hebben met het omgaan met stress en dat het copingmechanisme vaak ineffectief is (Neijmeijer et al., 2010). Een laag IQ is een risicofactor voor antisociaal gedrag en criminaliteit (Van Toorn, 2008). Daarbij worden alcohol en drugs als copingmechanisme ingezet (Taggart, McLaughlin, Quinn & Milligan, 2004). Zo zijn er steeds meer signalen dat het alcohol- en drugsgebruik bij deze groep mensen problematische vormen aanneemt (Mutsaers, Blekman & Schipper, 2007).

Alcohol wordt vaak gezien als risicofactor voor agressief gedrag, het vermindert de impulscontrole. In het overzichtsartikel van Foran en O'Leary (2008) worden uitkomsten vermeld die een significant verband tussen alcohol en partnergeweld uitwijzen. Ook het gebruik van marihuana blijkt effect te hebben op agressie tegen de partner (Moore et al., 2008). In het geval van Martin is met name het gebruik

van alcohol een luxerende factor die leidt tot gedrags- en agressieproblemen.

## Bespreking

Het IQ van Martin en zijn lage frustratietolerantie geven een andere kijk op zijn copingmechanismen, het gebruik van middelen (alcohol en cannabis) en zijn negatief, soms agressief geladen manier van reageren. Het IQ van Martin vereist een andere probleembenadering en begeleiding door de behandelaar. Het aansluiten bij het sociaal-emotionele niveau van de cliënt is een belangrijk aandachtspunt in het behandelcontact. Nu zijn intellectuele functioneren beperkt blijkt is het nadrukkelijk van belang eenvoudige, bondige en concrete taal te gebruiken. Daarbij moet ervoor gewaakt worden dat het niet kinderachtig wordt, dan zou de cliënt het gevoel krijgen dat hij niet serieus genomen wordt (Ten Wolde, Le Grand, Slagter & Storm, 2006). Het spreken moet niet snel gaan, zaken moeten herhaald worden en het is belangrijk om de cliënt zelf te laten herhalen om na te gaan of hij het begrijpt (Neijmeijer et al., 2010). Omdat licht verstandelijk beperkten meestal moeite hebben met het generaliseren van het geleerde (Didden, 2006), wordt hier in de behandeling van Martin extra aandacht aan besteed. Ten Wolde e.a. (2006) beschrijft dat het denken en leren heel concreet is en hierdoor het klassieke leren, vanuit teksten en gesprekken, minder goed werkt. Er wordt daarom in de behandeling van Martin veel gebruik gemaakt van tekeningen, eenvoudige schema's en afbeeldingen/pictogrammen.

Naast het aansluiten bij het sociaal emotionele niveau van Martin zet de verpleegkundig specialist i.o. psychosociale interventies in die gericht zijn op:

- het vergroten van motivatie tot gedragsverandering;
- het onder controle krijgen van middelengebruik en grensoverschrijdend gedrag;
- het voorkomen van terugval, zowel in het gebruik van middelen als in impulsief en agressief gedrag.

Hierbij worden technieken uit oplossingsgerichte gespreksvoering ingezet waarbij aandacht wordt besteed aan motivatie tot gedragsverandering. Een toenemend aantal effectstudies naar de toepassing van oplossingsgerichte therapie bij cliënten met een (licht) verstandelijke beperking laat doorgaans gunstige resultaten zien (Bannink, 2005).

Martin (35): *'Toen ik net in de wachtkamer zat, zag ik een folder over huiselijk geweld. In die folder stond een rijtje dat ging over daders van huiselijk geweld. Ik schrok hier van, want zo ben ik ook; ik ben een pleger van huiselijk geweld.'*

## Conclusie

Martins verhaal laat de complexe problematiek zien van een verstandelijke beperking en problemen op diverse levensgebieden. Het signaleren van een verstandelijke beperking vraagt van een behandelaar een omslag in het denken en daarmee een andere aanpak van behandeling. Bestaande behandelinterventies kunnen met kleine aanpassingen effect hebben bij licht verstandelijk beperkte cliënten, door bijvoorbeeld het taalgebruik aan te passen, regelmatig te herhalen en frequente behandelcontacten af te spreken (Degenhardt, 2000). Door aan te sluiten bij wat Martin in potentie wél kan, wordt hij aangesproken op zijn mogelijkheden in plaats van zijn beperkingen en is het mogelijk competenties uit te bouwen en vaardigheden te ontwikkelen (Embregts, 2009). Met intensieve ambulante begeleiding en behandeling kan Martin 'hand in hand' vaardigheden ontwikkelen. Een uitdaging die bij uitstek behoort tot het verpleegkundig beroepsdomein, gericht op het ondersteunen van de gevolgen van het ziek zijn en de psychiatrische stoornis.

In de forensische psychiatrie wordt de problematiek van cliënten met LVB in toenemende mate als een specifieke groep onderkend. Deze mensen met 'triple problematiek' bevinden zich op het snijvlak van de reguliere geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en justitie.

Over deze groep is weinig bekend. Niet alleen bestaat onduidelijkheid over de precieze omvang van deze groep, maar ook zijn er weinig Evidence Based Practice (EBP) interventies bekend. Op dit gebied is nog een weg te gaan waarbij de verpleegkundig specialist beschikt over de competenties en positie om deze leemte tussen Evidence Based Practice, wetenschap en praktijk te dichten.

## Literatuur

- American Psychiatric Association (2007). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR*. Derde druk. Amsterdam: Harcourt Assessment B.V.
- Bannink, F. (2005). De kracht van oplossingsgerichte therapie: een vorm van gedragstherapie. *Gedrags therapie*, 38, pp 5-16.
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K. & McCloskey, J. (Eds.) (2010). *Verpleegkundige interventies* Amsterdam: Elsevier.
- Degenhardt, L. (2000). Interventions for people with alcohol use disorders and intellectual disability: A review of the literature. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 25, pp.135-146.
- Didden, R. (Red.). (2006). In perspectief. *Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Embregts, P. (2009). *Lectoraat 'Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.' Menslievende professionalisering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Arnhem: Han University Press
- Foran, H. M. & O'Leary, K. D. (2008). Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28, 1222-1234.
- Gendreau, P., Little, T. & Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works! *Criminology*, 34(4), 575-608.
- Gleason, W. (1997). Psychological and social dysfunctions in battering men: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 2(1), 43-52.
- Goedhart, M. & Choy, J. (2011). *Multifocus, de kracht van verbinden. Een handreiking voor een gezinsgerichte aanpak van huiselijk geweld*. Venlo: Mutsaersstichting.
- Groot, de, G. & Eijkern, L. van (2008). *Eerste hulp bij een huisverbod. 10-daagse crisis-hulpverlening bij (dreigend) huiselijk geweld*. Utrecht: Movisie
- Kooij, J. J. S. & Francken, M. H. (2010). *Diagnostisch interview voor ADHD bij volwassenen*. Den Haag: DIVA Foundation
- Lünnemann, K., Römkens, R. & Roos, T. de (2009). Wie slaat, die gaat! Kanttekeningen bij het huisverbod als nieuw instrument in de aanpak van geweld achter de voordeur. *Nederlands Juristenblad*, april 2009, afl. 15.
- Marsh, N. V. & Martinovich, W. M. (2006). Executive dysfunction and domestic violence. *Brain Injury*, 20(1), 61-66.
- Moore, T. M., Stuart, G. L., Meehan, J. C., Rhatigan, D. L., Hellmuth, J. C. & Keen, S. M. (2008). Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28, 247-274.
- Mutsaers, K., Blekman, J.W. & Schipper, H.C. (2007). *Licht verstandelijk gehandicapten en middelengebruik. Wat is er tot op heden bekend?* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nanda international, (2009). *Nursing diagnoses. Definitions and classification 2009-2011*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre (2001). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G. & Muisse, C. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ. Een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Place, C., Vugt, M. van, Kroon, H. & Neijmeijer, L. (2011). *Modelbeschrijving forensisch (F)ACT. Richtlijnen voor de werkwijze en het zorgaanbod van forensische ACT- en FACT-teams*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden (2008). *Wet tijdelijk huisverbod & Memorie van Toelichting*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B. & Milligan, V. (2006). An exploration of substance misuse in people with learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, pp. 588-597.
- Ten Wolde, A. C., Le Grand, B., Slagter, J. & Storm, M. (2006). *Vaardig en Veilig: Behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte mensen met risicovol gedrag. Kenmerken van de doelgroep, consequenties voor behandeling en de uitwerking hiervan in gespecialiseerde behandelprogramma's*. Boschoord: Hoeve Bosch-oord.



- Toorn, B. van (2008) Zwakbegaafdheid. In: Blansjaar, B. A., Beukers, M. M. & Korde-  
laar, van, W. F., *Stoornis en Delict. Handboek psychiatrische en psychologische rappor-  
tage in strafzaken.* (druk 1., pp 124-140). Utrecht: de Tijdstroom.
- Veen, H. C. J. van der & Bogaerts, S. (2010). *Huiselijk geweld in Nederland. Overkoe-  
pelend syntheserapport van het vangst-hervangst-, slachtoffer- en daderonderzoek 2007-  
2010.* Den Haag: wodc

### Samenvatting

Een 35-jarige man komt na een huiselijk geweldsincident in zorg op een forensische polikliniek. Naast problematisch grensoverschrijdend gedrag en psychiatrische problematiek blijkt er na intelligentieonderzoek sprake van een licht verstandelijke beperking (LVB).

Een licht verstandelijke beperking wordt vastgesteld op basis van het intelligentieniveau, IQ tussen de 50 en 85. In de forensische psychiatrie wordt de groep cliënten met een licht verstandelijke beperking in toenemende mate als een specifieke doelgroep onderkend, het gaat hierbij naar schatting om vier op de tien cliënten (Place, Van Vugt, Kroon & Neijmeijer, 2011). Over deze groep is weinig onderzoek bekend en de vraag is of het huidige behandelaanbod wel volstaat, of dat aanpassing nodig is. Deze gevalsbeschrijving illustreert welke interventies ingezet kunnen worden bij cliënten met een licht verstandelijke beperking. Dit vraagt creativiteit van de verpleegkundig behandelaar voor het toespitsen van de behandeling.

*Trefwoorden:* Huiselijk geweld, licht verstandelijke beperking en verpleegkundige interventies.