

Kijk eens wat ik (aan)kan!

Integratieve diagnostiek en behandeling bij een cliënte met een lichte verstandelijke beperking, gedragsproblemen en een obsessief-compulsieve stoornis

Inleiding

Volgens schatting heeft 2,5 procent van de Nederlandse bevolking een lichte verstandelijke beperking (LVB), waarbij wordt uitgegaan van een IQ tussen 50 en 70, gecombineerd met aanpassingsproblemen en blijvende ondersteuningsbehoefte (Neijmeijer, Moerdijk, Veneberg & Muusse, 2010). Termen als lichte verstandelijke beperking, zwakbegaafd en lichte zwakzinnigheid worden in de literatuur door elkaar gebruikt. In deze gevalsbeschrijving wordt de term lichte verstandelijke beperking (LVB) gehanteerd. Ongeveer 30 tot 60 procent van de mensen met LVB heeft gedragsproblemen (Janssen, Schuengel & Stolk, 2002), vaak in de vorm van agressie, zelfverwendend gedrag, materiële schade of seksueel geweld (Došen, Gardner, Griffiths, King & Lapointe, 2008). Een belangrijke oorzaak is het onvermogen om zelfstandig met stressvolle situaties om te gaan. Er worden te hoge eisen gesteld of zij stellen zichzelf te hoge eisen. Dit leidt tot negatieve ervaringen, een laag zelfbeeld, hyperarousal en aangeleerde hulpeloosheid bij stress (Janssen & Schuengel, 2006).

Over het algemeen wordt aangenomen dat mensen met LVB drie- tot viermaal zoveel risico hebben op het ontwikkelen van psychopathologie (Van Gennep, 2002; Neijmeijer et al., 2010). Waarschijnlijk is LVB-problematiek binnen alle sectoren van de ggz oververtegenwoordigd, maar standaard-intelligentieonderzoek ontbreekt. Problemen worden onvoldoende herkend door kennistekort en een focus op psychiatrie (Neijmeijer et al., 2010). Uit onderzoek bij cliënten van twee Rotterdamse ACT-teams bleek 68 procent een IQ beneden 85 te hebben (Stuurman, Mulder & Van Straten, 2008). Prevalentiecijfers van volwassenen met LVB en angststoornissen verschillen van 14 tot 21,9 procent (Davis, Saeed & Antonacci, 2008).

In deze gevalsbeschrijving wordt een LVB-client beschreven met gedragsproblemen en een obsessief-compulsieve stoornis (ocs). Ocs is een angststoornis die wordt gekenmerkt door het optreden van dwanggedachten (obsessies) en/of dwanghandelingen (compulsies)

van meer dan één uur per dag. Dwanggedachten gaan vaak samen met angst of onrust. Tijdens sociale activiteiten kunnen mensen met ocs niet genieten door een hoofd vol dwanggedachten. Er is een hoge lijdensdruk door schaamte en vermijding (Hengeveld & Van Balkom, 2012). Comorbiditeit met angststoornissen en gedragsproblemen komt significant vaker voor bij mensen met LVB, waarbij niet duidelijk is of de gedragsproblemen leiden tot de angststoornis of andersom (Pruijssers, Van Meijel, Maaskant, Nijssen & Van Achterberg, 2014). Door de combinatie van psychiatrie, LVB en gedragsproblemen in deze gevalsbeschrijving is er sprake van hoogcomplexere problematiek. Reguliere ggz-behandelingen volgens de richtlijnen zijn te talig en volstaan niet. Hoe kan diagnostiek en behandeling vorm krijgen in deze casus? Wat is onderliggend aan de gedragsproblemen en hoe kan het functioneren verbeteren?

Gevalsbeschrijving

Marian¹ is een 46-jarige vrouw met ernstige angstklachten vanaf haar twaalfde. Marian heeft vroeger enkele maanden in verschillende beschermende woonvormen voor verstandelijk gehandicapten gewoond, maar werd vanwege gedragsproblemen en suïcidepogingen verwezen naar de psychiatrie. Marian woont inmiddels al jarenlang in een groepswoning op het terrein van een ggz-instelling. Twee jaar geleden is haar intellectuele vermogen onderzocht met behulp van de Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III) en werd een totale intelligentiescore (TIQ) van 69 vastgesteld. Marian heeft vooral last van dwanggedachten. Dit zijn bijvoorbeeld gedachten over het gooien van hete thee in iemands gezicht of zichzelf voor een auto gooien. Haar gebruikelijke coping is vermijding. Zo neemt ze geen thee als ze bij iemand zit, durft ze geen boodschappen te doen en zou ze het liefst de hele dag op bed liggen. Naast dwanggedachten voert ze dwanghandelingen uit, zoals het tellen van happen voedsel en teugen van haar sigaret. Lang geleden heeft Marian enkele jaren in een winkel gewerkt. Toen dit niet meer lukte, is ze, om problemen te vermijden, thuis in bed gaan liggen en werd ze jarenlang door haar ouders verzorgd. Er is sprake van een langdurige ziektegeschiedenis met gedragsproblemen, zoals automutilatie, suïcidepogingen en agressie gericht op materiaal. Incidentele agressie gericht op anderen is er alleen geweest bij fysiek ingrijpen door personeel. Marian is wisselend in haar wensen voor de toekomst. Soms wil ze naar een tbs-instelling omdat ze denkt dat ze een psychopaat is. Haar aanname 'ik ben slecht want ik heb slechte gedachten', kan opgevat worden als

¹Marian is een gefingeerde naam. Ze heeft toestemming gegeven voor publicatie.

een uiting van zelfstigma, waarbij haar identiteit samenvalt met haar symptomen (Corrigan & Rao, 2012).

Diagnostiek

Om mensen met LVB goed te kunnen diagnosticeren is een integratieve benadering nodig, waarin psychiatrische classificatie, ontstaansmechanisme, persoonlijkheidsontwikkeling en omgevingsaspecten worden meegewogen (Došen et al., 2008; Došen, 2010). Na psychiatrisch onderzoek is bij Marian de diagnose obsessief-compulsieve stoornis (ocs) geclassificeerd op As I van de DSM-IV TR op basis van recidiverende en aanhoudende dwanggedachten en dwanghandelingen. De dwanggedachten om anderen of zichzelf iets aan te doen veroorzaken spanning bij Marian. Ze wil juist goed voor anderen zorgen. Door de dwanggedachten nemen spanning en angst toe, waardoor haar functioneren op verschillende levensgebieden ernstig verstoord is.

Ook volgens de *Diagnostic Manual Intellectual Disability* (DM-ID, 2007), waarin de criteria van de DSM-IV zijn aangepast voor mensen met verstandelijke beperkingen, voldoet Marian aan de criteria om de diagnose ocs te kunnen stellen. Om ocs-symptomen te objectiveren (Trimbos, 2013) heeft de verpleegkundig specialist in opleiding (vs i.o.) de *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS) afgenomen. Hierbij is rekening gehouden met de LVB-problematiek door één vraag tegelijk te stellen met vereenvoudigd woordgebruik. Ook werd bij positieve antwoorden doorgevraagd naar concrete voorbeelden om sociaal wenselijk gedrag ('yessing') te ondervangen (DM-ID, 2007). De belangrijkste symptomen bleken diverse agressieve obsessies en in mindere mate seksuele en religieuze obsessies. Dwanghandelingen beperkten zich tot tellen. Verstoring van dwanghandelingen werd goed verdragen en leidde niet tot gedragsproblemen. Op As II werd lichte zwakzinnigheid vastgesteld, met een TIQ van 69 en aanpassingsstoornissen.

Orthopedagogisch gezien zijn er agressieve ontladingen bij oplopende spanning, voornamelijk gericht op zichzelf of materiaal. Opvallend is dat de gedragsproblemen vooral op maandagen plaatsvinden en voorafgegaan worden door een dag in bed.

Bij het ontstaansmechanisme spelen verschillende factoren mee. Ook moeder had een angststoornis, wat een genetische kwetsbaarheid aannemelijk maakt (Hengeveld & Van Balkom, 2012). Bovendien heeft Marian vermijding als voorbeeldgedrag meegekregen. Vader heeft zijn dochter altijd verwend, waardoor Marian nooit heeft leren omgaan met frustratie. Overbescherming door ouders stimuleert bij kinderen met LVB een patroon van aangeleerde hulpeloosheid en vermijding (Bailey & Andrews, 2003). Na het opbouwen van een vertrouwensrelatie vertelde Marian dat zij op twaalfjarige leeftijd éénmalig is aangerand door een buurman. Ook werd zij gedurende

haar middelbare schooltijd gepest. De wereld werd vanaf haar twaalfde letterlijk onveilig voor haar, wat samenvalt met de aanvang van haar angstklachten. Differentiaal-diagnostisch zou gedacht kunnen worden aan een posttraumatische stressstoornis, maar er is geen sprake van herbelevingen of nachtmerries, waardoor deze classificatie verworpen werd.

Het Landelijk Kenniscentrum LVB (2012) adviseert de Experimentele Schaal voor de beoordeling van het Sociaal Emotionele Ontwikkelingsniveau (ESSEON) of het Schema van Emotionele Ontwikkeling (SEO) te gebruiken ondanks onvoldoende validatie. Een laag sociaalemotioneel niveau blijkt bij mensen met LVB een belangrijke voorspeller van gedragsproblemen (La Malfa, Lassi, Bertelli, Albertini & Dosen, 2009; Sappok et al., 2013). De vs i.o. heeft ervoor gekozen om bij Marian de SEO te gebruiken en niet de ESSEON. De ESSEON kan bij mensen met een disharmonisch profiel namelijk een te hoge inschatting geven (Vonk & Hosmar, 2011). Bovendien is de vs i.o. bekend met de SEO waardoor zij zich bekwaam acht met dit instrument te werken. Marian scoorde veel items in de eerste individuatiefase, horend bij een kalenderleeftijd tussen 18 en 36 maanden. Deze ontwikkelingsfase wordt gekenmerkt door wisselingen tussen afhankelijkheid en zoeken naar autonomie met een grote behoefte aan basisveiligheid (Došen, 2010). Bij onduidelijkheid wordt Marian angstig, wat verklaarbaar is door het ontbreken van basisveiligheid. Ze kan niet overweg met emoties als angst en spanning, waardoor deze emoties oplopen en haar functioneren gaan bepalen. Bij interactie lijkt Marian zich overwegend op de non-verbale communicatie te richten: ze lijkt anderen te 'lezen' en meer mee te krijgen van het betrekkingniveau dan van de inhoud. Het (afdelings)milieu is onduidelijk door grote verschillen in benadering, verwachtingen en handhaving van regels. Concluderend spelen overvraging en onvoldoende basisveiligheid een grote rol in de gedragsproblemen. Sterke kanten van Marian zijn haar verzorgende en sociale instelling, creativiteit en dierenliefde.

Voor de verpleegkundige diagnostiek is de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007) en de verpleegkundige diagnoses van NANDA *International* (2014) gebruikt. In tabel 1 zijn de ICF-uitkomsten en Nanda diagnoses schematisch weergegeven.

Doelen en interventies werden geformuleerd met behulp van de *Nursing Outcome Classification* (NOC) (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2013) en de *Nursing Intervention Classification* (NIC) (Bulechek & Butcher, 2012). In tabel 2 zijn de NANDA-diagnoses, NOC-doelen en NIC-interventies weergegeven. Deze verpleegkundige diagnoses en doelen werden gevalideerd met Marian en teamleden.

Tabel 1
ICF, NANDA

ICF	NANDA		
Ernstige stoornis in intellectuele functioneren (b117.3)	P: Ineffectieve coping (00069)	E: <ul style="list-style-type: none"> · lichte zwakzinnigheid / TIQ van 69 · verliezen van overzicht bij stress · laag sociaalemotioneel niveau · overvraging en onduidelijkheid in omgeving · laag probleemoplossend vermogen · tekort aan vaardigheden 	S: <ul style="list-style-type: none"> · inadequate probleemoplossing · vermijding · disfunctioneren bij stress · destructief gedrag: automutilatie, gooien met glazen, incidenteel dreigen of agressie naar anderen
Ernstige stoornis in temperament en persoonlijkheid (b126.3)			
Ernstige beperking in omgaan met stress (d2401.3)			
Ernstige beperking in het oplossen van problemen (d175.3)			
Ernstige beperking in het ontwikkelen van vaardigheden (d1558.3)			
Ernstige stoornis in controle van het denkproces / dwanggedachten (b163.3)	P: Angst (00146)	E: <ul style="list-style-type: none"> · stress · overvraging · controleverlies · missen van basisveiligheid 	S: <ul style="list-style-type: none"> · dwanggedachten · vermijding · angstequivalenten: zweten, hartkloppingen, rood gelaat · ↓ probleemoplossende vaardigheden
Ernstige stoornis in vertrouwen (b1266.3)	P: Chronische geringe zelfachting (00119)	E: <ul style="list-style-type: none"> · herhaalde mislukkingen · pestervaringen · zelfstigma 	S: <ul style="list-style-type: none"> · beoordeling van zichzelf als niet in staat om met gebeurtenissen om te gaan · uitdrukken van schaamte · verwerpen positieve feedback · automutilatie

Tabel 2
NANDA, NOC en NIC

NANDA	NOC-doelen	NIC-interventies
Ineffectieve coping (00069)	<p><i>Doel gericht op de omgeving:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · aanbieden van consistente omgeving met eenduidige benadering · beheersing agressie (1401) <p><i>Individuele doelen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · gebruik van effectieve copingvaardigheden (130212) · beheersing agressie (1401) 	<p><i>Interventies gericht op de omgeving:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · regulering van de omgeving (6480) · voorlichting (5606) <p><i>Interventies gericht op de cliënte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · voorlichting (5606) / psycho-educatie · verbetering van de probleemhantering (5230) · gedragsregulering (4350)
Angst (00146)	<p><i>Doel gericht op de omgeving:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · omgeving ondersteunt effectieve coping om angst te verminderen (140206) <p><i>Individuele doelen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · gebruik van effectieve coping om angst te verminderen (140206) · verminderd angstniveau (1211) 	<p><i>Interventies gericht op de omgeving:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · vergroten geboden veiligheid (5380) · herhalen / oefenen van onderstaande individuele interventies <p><i>Interventies gericht op de cliënte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · voorlichting (5606) · angstreductie (5820) · cognitieve herstructurering (4700)
Chronische geringe zelfachting (00119)	<ul style="list-style-type: none"> · verbeterde eigenwaarde (1205) 	<ul style="list-style-type: none"> · bevordering van de eigenwaarde (5400) · cognitieve herstructurering (4700) · benadruk positief gedrag · inventariseren van krachten · succeservaringen creëren

Behandelinterventies gericht op de omgeving

De vs i.o. heeft ervoor gekozen de behandeling te starten met omgevingsgerichte interventies, zoals in tabel 2 is weergegeven. Onduidelijkheid in de omgeving geeft immers onvoldoende basisveiligheid, wat leidt tot spanningsopbouw, angst en gedragsproblemen (Došen, 2010; Janssen & Schuengel, 2006), zeker bij cliënten met een laag emotioneel ontwikkelingsniveau. De vs i.o. heeft een casusbespreking georganiseerd, waarbij de gedragsproblemen aan de hand van de integratieve diagnostiek werden verklaard. Teamleden ontdekten dat zij Marian voortdurend overvraagd hadden. Afsgesproken werd om informatie voortaan in korte zinnen met visuele ondersteuning en herhaling aan te bieden. Verwachtingen, eisen en regels werden op-

nieuw opgesteld. De dag- en weekstructuur werd verduidelijkt en er werden vaste rituelen ingelast. Het bieden van structuur door een duidelijk dagprogramma en heldere regels is voor cliënten met LVB ondersteunend (Neijmeijer et al, 2010). Het verband tussen gedragsproblemen en het onregelmatig weekritme werd aan Marian uitgelegd met visuele ondersteuning. Zij bleek goed in staat om dit te begrijpen: ‘Hé, het is eigenlijk altijd op maandag dat het mis gaat!’ Marian schaamde zich voor haar gedragsproblemen en was bereid haar zondagen in bed op te geven om te onderzoeken of een vast weekritme verbetering zou brengen. Teamcoaching werd ingezet om eenduidigheid in de bejegening te vergroten.

Behandelinterventies gericht op de cliënt

Na de uitvoering van interventies gericht op de omgeving werd de focus in de behandeling verschoven naar individuele behandelinterventies. Uit het onderzoek blijkt dat cognitieve gedragstherapie (CGT) bij obsessies effectief is, al blijven er vaak restsymptomen (Trimbos, 2013). Er bestaan geen richtlijnen voor behandeling van OCS bij LVB-clieënten. Psycho-educatie werd door de vs i.o. vereenvoudigd en met visuele ondersteuning aangeboden. Het leren stoppen van dwanggedachten en verleggen van de focus naar een tegenthema werd gekozen als praktische toepassing van cognitieve gedragstherapie bij dwanggedachten (Trimbos, 2013; Korrelboom & Ten Broeke, 2012). De overtuiging van Marian die schuilgaat achter haar dwanggedachten is ‘ik ben slecht’. Het incompatibele emotionele tegenthema voor deze overtuiging werd gevonden door samen te inventariseren waar ze goed in is. Marian kreeg oefeningen om dwanggedachten op te roepen en vervolgens weg te drukken door het opnoemen van vijf eigen kwaliteiten. Om generalisatie te bevorderen werden teamleden betrokken bij training van deze stopmethode. Bij stress bleef Marian het echter moeilijk vinden om het geleerde toe te passen, mede door haar lage eigenwaarde en zelfstigma. De vs i.o. is daarom meer gaan focussen op de sterke kanten van Marian. Dit sluit aan bij de herstelmethodiek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH), waarbij krachten in een persoonlijk profiel besproken worden, met als doel het herstelproces op gang te brengen (Den Hollander & Wilken, 2011). Ook het Landelijk Kenniscentrum LVB (2012) noemt het belang van het vergroten van zelfvertrouwen door het benadrukken van sterke kanten, bekrachtigen van positief gedrag en laten opdoen van succeservaringen. Het persoonlijk profiel uit de SRH is erg talig en sluit, gezien de cognitieve en emotionele beperkingen, bij Marian niet goed aan. Samen met Marian werd een plakboek gemaakt over haar krachten. Op eigen initiatief begon Marian met het schrijven van een herstelverhaal. Boevink, Plooy en Van Rooijen (2007) benadrukken het belang van terugzien op wat er gebeurd is en daarover je eigen verhaal

maken. Zij noemen dit een wezenlijk onderdeel van herstel, waarbij de cliënt eigenaar wordt van de opgedane ervaringen en nadenkt over de betekenis ervan. Marian bleek echter alleen over moeilijke gebeurtenissen te schrijven. Soms schreef ze een hele nacht door, waarna de gedragsproblemen toenamen. De vs i.o. heeft Marian geholpen met het aanbrengen van structuur door op afgebakende tijd aan het herstelverhaal te werken met standaard een positieve gebeurtenis als afsluiting. Ook werd Marian geholpen lijn in haar verhaal te krijgen en korte tekstfragmenten af te wisselen met plaatjes. Om moeilijke gebeurtenissen te integreren in haar levensverhaal zijn symbolen uit de Narratieve Exposure Therapie (NET) gebruikt. Bij NET worden moeilijke en positieve gebeurtenissen op een levenslijn uitgebeeld met stenen en bloemen (Schauer, Neuner & Elbert, 2011). In het herstelverhaal van Marian kwamen kiezelstenen en viooltjes in de kantlijn voor moeilijke en positieve ervaringen. Marian was verbaasd over de hoeveelheid viooltjes. Haar herstelverhaal kwam meer in balans.

Resultaten

Teamleden zijn zich meer bewust geworden van de behoefte aan basisveiligheid bij Marian en het risico op overvraging. Het uitvoeren van eenduidigheid in bejegening bleek echter moeilijk, door sterke individuele opvattingen over straffen of het maken van uitzonderingen.

Er is eenduidigheid gekomen in vaste momenten van de dag, zoals opstaan, koffie drinken, eten en naar bed gaan. Gedragsproblemen zijn verminderd in ernst en frequentie. Aan het begin van de behandeling had Marian een HONOS (*Health of the Nation Outcome Scales*) score van 22. Na een half jaar was de score 18½. Verbeteringen waren zichtbaar op de subschalen agressief gedrag, opzettelijke zelfverwonding en woonomstandigheden. Mogelijk kan het functioneren van Marian in de toekomst nog verder verbeteren doordat teamleden zich er meer en meer bewust van worden dat de gedragsproblemen bij een duidelijke omgeving afnemen. Ook wordt het opzetten van een kleinere woongroep met een duidelijke structuur overwogen, waar onder andere Marian voor in aanmerking zou komen.

Helaas bleef Marian last houden van dwanggedachten. De stopmethode vanuit de cognitieve gedragstherapie kon zij alleen toepassen op betere dagen. Mogelijk kan een verlengde training haar helpen deze vaardigheid ook toe te passen op dagen met veel dwanggedachten en negatieve emoties. Het is bekend dat cliënten met LVB meer moeite hebben met generalisatie. Herhaling, een langere behandelduur, modellering en het betrekken van de verzorgers bij de behandeling is nodig (Davis et al., 2008; Landelijk Kenniscentrum LVB, 2012).

Marian is enthousiast over haar plakboek en levensverhaal, wat op zich al een succeservaring is. Blijven inzetten op de sterke kanten van Marian en focussen op succeservaringen zal haar zelfvertrouwen verder

doen toenemen. Marian lijkt te zoeken naar identiteit en betekenisgeving, wat erop kan wijzen dat haar herstelproces op gang komt (Den Hollander & Wilken, 2011).

Discussie

Een sterk punt in deze behandeling is de integratieve diagnostiek en behandeling, zoals geadviseerd in Europese richtlijnen (Došen et al., 2008). Nog veel te vaak wordt uitgegaan van het verstandelijke niveau van functioneren en wordt het emotionele niveau overschat of niet gezien (Vonk & Hosmar, 2011). Het bepalen van het sociaalemotionele niveau is bij LVB-cliënten van wezenlijk belang om overvraging te voorkomen (Došen, 2010; Landelijk Kenniscentrum LVC, 2012). Inschatting van het emotionele niveau van Marian gaf teamleden inzicht over wat zij aankan. Een andere sterke kant van deze gevalsbeschrijving is de creativiteit waarmee reguliere behandeling aangepast is in een behandeling 'op maat' met visuele ondersteuning. Adviezen en richtlijnen over LVB zijn hierin meegenomen. Tegelijkertijd hebben deze creatieve aanpassingen het nadeel dat de behandeling mogelijk minder effectief wordt. Als alle hulpverleners behandelingen op eigen wijze gaan aanpassen, kan de effectiviteit niet getoetst worden en blijft ervaringskennis onzichtbaar.

Het is jammer dat individuele teamleden moeite hadden met het gezamenlijk vinden van een passende eenduidige benadering, ondanks deskundigheidsbevordering en teamcoaching. Een verdere afname van de gedragsproblemen in de toekomst lijkt mogelijk als dit aspect verbetert.

In deze hoogcomplexe casus was de verpleegkundig specialist i.o. regievoerder vanuit verschillende rollen die elkaar versterkten. In de rol van verpleegkundig behandelaar paste zij integratieve diagnostiek toe, waarbij het goed mogelijk bleek om onderliggende factoren van het probleemgedrag in kaart te brengen. In een casestudie stellen Pruijssers, Van Meijel en Van Achterberg (2011) dat juist de verpleegkundige onmisbaar is bij integratieve diagnostiek, door dagelijkse participerende observatie. Als deskundigheidsbevorderaar schoolde zij teamleden in wat Marian aankan en nodig heeft. Behandeling van cliënten met LVB moet zich immers niet alleen op het individu, maar ook op de omgeving richten (Došen et al., 2008; Došen, 2010; Landelijk Kenniscentrum LVB, 2012).

Individuele behandelinterventies werden door de VS i.o. toegankelijk gemaakt door de communicatie aan te passen aan het niveau van Marian.

Conclusie

Ggz-hulpverleners zijn zich onvoldoende bewust van LVB-problematiek en bijbehorende beperkingen bij een grote groep psychiatrische cliënten. Integratieve diagnostiek geeft inzicht in onderliggende problematiek en geeft handvatten voor behandeling. Deskundigheidsbevordering is nodig. Het Landelijk Kenniscentrum LVB (2012) geeft algemene richtlijnen om interventies aan te passen voor cliënten met LVB, maar evidence based interventies ontbreken voor deze doelgroep. Het uitwisselen van ervaringskennis tussen instellingen zou een eerste stap kunnen zijn, gevolgd door toetsing middels onderzoek. Verpleegkundig specialisten beschikken over de competenties om aan al deze facetten een bijdrage te leveren.

Summary

In this case study the developmental perspective is applied to psychiatric assessment and diagnosis of a client with learning disabilities/mental retardation (DC-ID), challenging behaviour and an Obsessive Compulsive Disorder (OCD). It is important to measure the level of emotional development in psychiatric clients with learning disabilities in order to determine their emotional capabilities and needs. In this case study high demands of caretakers and lack of basic security appeared to be triggers for challenging behaviour. Treatment interventions were aimed at the environment and at the individual. Relevant skills of professionals in psychiatric care should be extended. More research about effective treatment of psychiatric patients with learning disabilities/mental retardation is necessary.

Meegewerkt aan dit artikel hebben mw. N. Hemink, VS i.o. en mw. M. J. Pepping.

Literatuur

- Bailey, N. M. & Andrews, T. M. (2003). Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with adults with learning disabilities/ Mental Retardation (DC-LD) and the diagnoses of anxiety disorders: a review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 50-61.
- Boevink, W., Plooy, A. & Rooijen, S. (2007). *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen*. Passage cahier, Amsterdam: SWT.
- Bulechek, G., M. & Butcher, H. K. (2012). *Nursing Interventions Classifications (NIC)*. St. Louis: Mosby.
- Corrigan, P. W. & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57, 464-469.
- Davis, E., Saeed, S. A. & Antonacci, D. J. (2008). Anxiety disorders in persons with Developmental Disabilities: Empirically informed diagnoses and treatment. *Psychiatric Quarterly*, 79, 249-263.
- Dosen, A. (2010). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap: een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Van Gorcum.
- Dosen, A., Gardner, W. I., Griffiths, D. M., King, R. & Lapointe, A. (2008). Nederlandse bewerking: Genep, A van. *Richlijnen en principes voor de praktijk: Beoordeling, diagnose, behandeling en bijbehorende ondersteuning voor personen met verstandelijke beperkingen en probleemgedrag*. Geraadpleegd op 28 september 2014 via: www.kennisplein gehandicapten sector.nl/docs/KNP/KNP%20OGS/Richtlijnen_en_principes_voor_de_praktijk-Verstandelijke_beperkingen_en_probleemgedrag.pdf
- DM-ID (2007). *Diagnostic manual-Intellectual Disability: A Clinical guide for Diagnoses of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability*. R.D.S.W. Fletcher, E.M.D. Loschen, C.M.D. Stavrakaki & M.M.D. First (Eds.). New York: NADD / National Association for the Dually Diagnosed.
- Genep, A. van (2002). *Richlijnen voor de praktijk van onderzoek en diagnostiek van problemen met de geestelijke gezondheid bij volwassenen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: LKNG.
- Hengeveld, M. W. & Balkom, A. J. L. M. van, (2012). *Leerboek Psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hollander, D. den & Wilken, J.P. (2011). *Zo worden cliënten burgers: Praktijkboek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*. Amsterdam: SWP.
- Janssen, C. & Schuengel, C. (2006) Gehechtheid, stress, gedragsproblemen en psychopathologie bij mensen met een lichte verstandelijke beperking: aanzetten tot interventie. In Didden, R. (Red), *In perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking*. Houten: Boh Stafleu van Loghum, pp. 67-83.d
- Janssen, C., G., Schuengel, C. & Stolk, J. (2002). Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: A stress-attachment model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 445-453.
- Korrelboom, K. & Broeke, E., ten (2012). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- La Malfa, G., Lassi, S., Bertelli, M., Albertini, G. & Dosen, A. (2009). Emotional development and abilities in adults with intellectual disability: a correlation study between the Scheme of Appraisal of Emotional Development (SAED) and Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS). *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1406-1412.
- Landelijk Kenniscentrum LVC (2012). Wit, M. de, Moonen, X. & Douma, J. *Richlijnen Effectieve Interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L. & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes*. 5th ed. St. Louis: Elsevier
- NANDA international (2014). *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2015-2017*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre (2007). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Houten: Boh Stafleu van Loghum.

- Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G. & Muisse, C. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ: een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimboos-instituut.
- Pruijssers, A., Meijel, B., van & Achterberg, T. van. (2011). A Case Report for Diagnosing Anxiety in People With Intellectual Disability: The Role of Nurses in the Application of a Multidimensional Diagnostic Guideline. *Perspectives in Psychiatric Care* 47, 204-212.
- Pruijssers, A., C., Meijel, B. van, Maaskant, M., Nijssen, W. & Achterberg, T. van. (2014). The relationship between challenging behaviour and anxiety in adults with intellectual disabilities: a literature review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58, 162-171.
- Sappok, T., Budczies, J., Dziobek, I., Bölte, S., Dosen, A. & Diefenbacher, A. (2013). The Missing Link: Delayed Emotional Development Predicts Challenging Behaviour in Adult with Intellectual Disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 786-800.
- Schauer, M., Neuner, F. & Elbert, T. (2011). *Narrative Exposure Therapy: A Short-Term Treatment for Traumatic Stress Disorders*. Göttingen: Hogrefe.
- Stuurman, S., Mulder, A. & Straten B. van. (2008). *Intelligentieonderzoek bij patiënten van Assertive Community Treatment (ACT)-team: eindrapportage*. Rotterdam: Bavo Europoort.
- Trimboos, 2013. *Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ: Angststoornissen*. Geraadpleegd op 6 mei 2013 via: www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=35
- Vonk, J. & Hosmar, A. (2011). *Emotionele ontwikkeling bij mensen met een beperking: Een denk- en handelingskader voor de praktijk*. Acco: Leuven/Den Haag.

Samenvatting

In deze gevalsbeschrijving wordt integratieve diagnostiek toegepast bij een cliënte met een lichte verstandelijke beperking (LVB), gedragsproblemen en een obsessief-compulsieve stoornis. Onderdeel van integratieve diagnostiek is het maken van een inschatting van het socialemotionele ontwikkelingsniveau, waardoor duidelijk wordt wat een cliënt aankan en nodig heeft. In deze casus bleken overvraging en het ontbreken van basisveiligheid de oorzaken voor gedragsproblemen. Behandelinterventies werden gericht op de omgeving en het individu. In de ggz is er een tekort aan kennis over LVb-problematiek, integratieve diagnostiek en behandeling. Ook is meer onderzoek nodig naar het vormgeven van een psychiatrische behandeling bij cliënten met LVb.

Trefwoorden: lichte verstandelijke beperking, integratieve diagnostiek, socialemotionele ontwikkeling