

De rol van de context bij agressief gedrag van mensen met een lichte verstandelijke beperking

M. KNOTTER, A. WILLEMS, X. MOONEN

ACHTERGROND In de psychiatrie zijn er nog té weinig aandacht voor en kennis over lichte verstandelijke beperking (LVB). Agressieproblemen komen regelmatig voor bij patiënten met een LVb die in de ggz behandeld worden en/of opgenomen zijn.

DOEL Verhelderen van achtergronden van agressieproblemen en adviezen voor voorkómen ervan.

METHODE Bespreken literatuur en praktijkervaring.

RESULTATEN Agressieproblemen worden niet alleen veroorzaakt door factoren die te maken hebben met de LVb of met psychische stoornissen, maar ook door factoren in de therapeutische context van de patiënt. Dit betreft bijvoorbeeld de bejegeningstijl van de begeleider en diens persoonlijke kenmerken, het behandelklimaat, en het werk- en organisatieklimaat.

CONCLUSIE De behandeling van opgenomen agressieve patiënten met een LVb kan effectiever worden als gericht aandacht wordt besteed aan het herkennen van de LVb en aan de kwaliteit van de pedagogische bejegening door de begeleiders, aan het vormgeven van een open leefklimaat en door te investeren in een goed werkklimaat.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)11, 814-818

TREFWOORDEN agressie, bejegening, context, lichte verstandelijke beperking



Recent onderzoek laat zien dat meer dan 40% van de patiënten die in behandeling zijn op een acute-opnameafdeling van een Nederlandse psychiatrische instelling na screening positief scoort op het vermoeden van de aanwezigheid van een lichte verstandelijke beperking (LVB) of ten minste op het moment van de screening op dat niveau functioneert

(Nieuwenhuis e.a. 2017), terwijl het niet herkennen van de LVb negatieve gevolgen kan hebben voor het behandelresultaat (Nieuwenhuis e.a. 2019).

Hoewel prevalentiecijfers in verschillende internationale onderzoeken wisselend zijn, wijst onderzoek uit dat agressief gedrag vaak voorkomt bij mensen met een LVb (Crocker e.a. 2006). Agressie kan gedefinieerd worden als gedrag dat (potentieel) schade veroorzaakt bij een persoon of aan een

voorwerp (Didden e.a. 2016). Dikwijls wordt onderscheid gemaakt tussen verbale agressie, fysieke agressie jegens personen en agressief gedrag gericht op voorwerpen. Bij mensen met een LVb komt verbale agressie het meest voor. Tevens blijkt uit onderzoek dat een relatief kleine groep mensen met een LVb kan zorgen voor het merendeel van de agressiemeldingen in een organisatie (Tenney & Koot 2008; Van den Bogaard e.a. 2018). Zij lopen hierdoor een groter risico op overplaatsing en hierdoor op veel wisselende hulpverleners, wat het opbouwen van een veilige behandelrelatie bemoeilijkt. Vanwege de agressieproblemen kan er sprake zijn van een restrictieve behandelomgeving, waardoor deze mensen met een LVb minder eigen regie hebben en minder kansen krijgen op herstel (Phillips & Rose 2010; Heyveart e.a. 2012).

In een recente systematische review over non-farmacologische en farmacologische interventies voor agressief gedrag van mensen met een (L)VVB wijzen Wolkorte e.a. (ter perse) op de groeiende consensus dat agressief gedrag niet alleen veroorzaakt wordt door factoren die samenhangen met de (L)VVB, of met psychische stoornissen, maar ook door factoren in de context, en dat de behandeling zich dus ook moet richten op deze contextfactoren.

Mensen met een LVB zelf leggen vaak de oorzaken van hun probleemgedrag (waaronder agressie) bij zowel interpersoonlijke factoren, zoals hun interactie met begeleiders (of verpleegkundigen) en met anderen die zijn opgenomen, als bij contextfactoren, zoals de onrust, de atmosfeer en de geslotenheid van de therapeutische omgeving (Van den Bogaard e.a. 2019). Dit sluit aan op onderzoek dat laat zien dat agressieve incidenten van mensen met een LVB veel vaker kunnen worden gerelateerd aan contextfactoren dan aan biologische factoren (Embregts e.a. 2009; Van den Bogaard e.a. 2018).

In deze bijdrage bespreken wij deze contextfactoren door specifiek in te gaan op de pedagogische bejegening, het leef- en behandelklimaat en het werk- en organisatieklimaat (zie **FIGUUR 1**).

De rol van de begeleider

Vanuit het oogpunt van behandeling is het belangrijk dat de onderliggende oorzaken voor het agressieve gedrag van een patiënt met een LVB goed worden geduid (Didden e.a. 2016). Onderzoek laat zien dat een begeleider, zoals een verpleegkundige, en de patiënt met een LVB en agressief gedrag elkaar beïnvloeden, waarbij het minder gaat om wát beiden doen, maar vooral om hoé beiden met elkaar omgaan (Willems 2016). Er ontstaan duidelijke, unieke interactiepatronen tussen beiden, waarin de een vriendelijker gaat reageren als de ander vriendelijk is, en er meer conflicten ontstaan als beiden zich dominant opstellen (Willems e.a. 2018).

In dit onderzoek blijkt verder dat het lijkt of het vooral de patiënt met een LVB is die de toon zet als het erom gaat een vriendelijke of een negatieve interactie aan te gaan, maar dat het op de langere termijn vooral de begeleider is die hierin de regie blijkt te nemen. Dat betekent dat een responsieve, maar vooral vriendelijke bejegening door de begeleider op de langere duur kan bijdragen aan minder agressie door de patiënt met een LVB.

De wijze van bejegening door de begeleider wordt echter niet alleen bepaald door de interactie met de patiënt met een LVB en diens gedrag, zo blijkt uit onderzoek, maar ook door factoren in de begeleider zelf. Vooral de omgang met emoties heeft invloed op de wijze van bejegening. Als een begeleider zich angstig, machteloos, gespannen of boos voelt, is de kans groot dat hij of zij een meer dominante

AUTEURS

MAARTJE KNOTTER, orthopedagoog, De Twentse ZorgCentra, Enschede.

ARNO WILLEMS, GZ-psycholoog, Koraal Expertise Centrum, Oisterwijk.

XAVIER MOONEN, bijzonder hoogleraar Kennisontwikkeling LVB, Universiteit van Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Maartje Knotter.

E-mail: maartje.knotter@detwentsezorgcentra.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23 oktober 2019.

wijze van bejegening hanteert. Zeker agressie kan een bedreiging vormen voor iemands persoonlijke integriteit en kan leiden tot dit soort gevoelens (Tenneij & Koot 2008). De attitude van een begeleider ten opzichte van agressie de patiënt met een LVB kan vervolgens afwijzend worden, waardoor begeleiders meer geneigd zijn om middelen of maatregelen zoals fixatie en afzondering toe te passen (Knotter e.a. 2013; 2016).

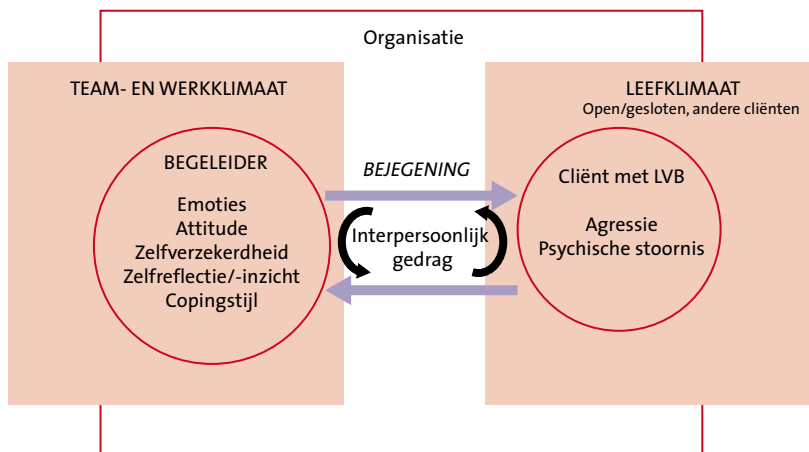
Fixatie wordt door mensen met een LVB juist als een uitlokker van agressie gezien (Van den Bogaard e.a. 2019), waardoor er een vicieuze cirkel van agressie kan ontstaan. Er zijn echter ook begeleiders die een responsieve attitude ten opzichte van agressie hebben. Zij beschouwen agressie als een vorm van communicatie of zelfbescherming. Dit betekent dat zij hierdoor beter in staat zijn op zoek te gaan naar de mogelijke achterliggende redenen die ten grondslag liggen aan het agressieve gedrag en hierop responsief te reageren.

Onderzoek van Willems e.a. (2014) laat zien dat daarnaast de mate van zelfverzekerdheid, het kunnen reflecteren op het eigen gedrag en de copingstijl van de begeleider een belangrijke rol spelen bij diens omgang met agressie. Begeleiders moeten de wijze van interactie met een patiënt met een LVB kunnen analyseren en de bijbehorende interactieprincipes vanuit het model van Leary kunnen toepassen. Daarnaast moeten begeleiders ook technieken op het gebied van de eigen emotieregulatie toe kunnen passen en eigen karaktersterktes ontdekken en die inzetten in (potentieel) agressieve situaties. Tot slot blijkt ook het vinden van afleiding en steun bij collega's belangrijk.

De invloed van het leefklimaat

Nieuwenhuis e.a. (2017) laten zien dat psychiatrische patiënten met een LVB een grotere kans lopen om gesepa-

FIGUUR 1 Factoren in het begrijpen van agressie bij mensen met een LVB



reerd te worden, wat niet bijdraagt aan het behalen van positieve behandelresultaten. Onderzoek in de residentiële zorg laat zien dat de kwaliteit van het leefklimaat in een woon- of behandelcontext van invloed is op het gedrag van hen die daar opgenomen zijn (Van der Helm e.a. 2011; Robinson e.a. 2018).

Van der Helm e.a. (2011) maken hierbij onderscheid tussen een gesloten en een open leefklimaat. In een gesloten leefklimaat is er sprake van een grimmige sfeer, van wantrouwen, veel regels en is er weinig wederzijds respect. In een open leefklimaat is er sprake van structuur, heerst er een ondersteunende en veilige sfeer en is er respectvol contact, met mogelijkheden voor groei en ontwikkeling. Een open leefklimaat kan bijdragen aan een hogere behandelmotivatie, een positief behandelresultaat, een hogere interne *locus of control* en meer emotionele stabiliteit (zie o.a. Souverein e.a. 2013).

Bij volwassen psychiatrische patiënten (zonder LVB) in een gesloten en/of forensische setting blijkt dat een open leefklimaat samenhangt met minder agressieve incidenten (Ros e.a. 2013). Met name de steun die wordt geboden door de begeleiders aan de patiënten blijkt een belangrijke voorspeller te zijn voor het verminderen van agressieve incidenten. Ook binnen de behandeling voor mensen met een LVB en psychiatrische of gedragsproblemen in een gesloten (forensische) setting wordt onderzoek gedaan naar het beïnvloeden van het leefklimaat (Neijmeier e.a. 2018). We verwachten dat het verbeteren van de kwaliteit van het leefklimaat een substantiële bijdrage levert aan de vermindering van agressieproblemen bij mensen met een LVB.

De invloed van het werkklimaat

Onderzoek laat zien dat het werk- en teamklimaat invloed heeft op de bejegening door en het gedrag van een begelei-

der (Knotter e.a. 2013; Willems e.a. 2014). Zo is een afwijzende houding van het totale team tegenover agressie een krachtige voorspeller voor het inzetten van vrijheidsbeperkende middelen of andere gedragsbeperkende maatregelen.

De houding van begeleiders tegenover agressie kan worden beïnvloed door samen te werken met een gedragswetenschapper of psychiater (Knotter e.a. 2016). Als de teamleden hierdoor meer kennis verwerven over de specifieke aspecten van iemands LVB, de interactie daarvan met diens psychische problematiek en de wijze waarop iemand met een LVB zijn of haar emoties reguleert, kan dit leiden tot een meer responsieve houding van de begeleider ten opzichte van agressie.

Ook coaching (door een teamleider) betreffende de eigen emoties en opvattingen en het hebben van een zelfverzekerde houding kan leiden tot een meer responsief gedrag van de individuele begeleider en het hele team tegenover agressie. Uit een meta-analyse (Knotter e.a. 2018) blijkt echter dat trainingen geven aan begeleiders over de omgang met probleemgedrag, waaronder agressie, van personen met een LVB, nog weinig effect hebben op het direct verminderen van die agressie.

Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er nog te weinig trainingen zijn die zich richten op de attitudes en het functioneren van het team. In die trainingen moet er, met adequate didactische technieken en met oog voor de verschillen in leervoorkeuren van teamleden, aandacht zijn voor gefaseerde gedragsverandering, voor de wijze van feedback geven, en ruimte voor alternatieve verklaringen wat betreft de agressieve gebeurtenissen (Willems 2016). Knotter (2019) laat zien dat ook de steun aan medewerkers van het management en de directie onontbeerlijk is voor effectieve omgang met agressie van personen met een LVB. Er is behoefte aan een werkklimaat waarbij een organisatie

faciliteert en waarbij sprake is van een nauwe samenwerking met andere deskundigen, van voortdurende deskundigheidsbevordering, van in- en supervisie en van training en coaching-on-the-job (Willems 2016; Knotter 2019).

Conclusie

Het signaleren van een LVB in de psychiatrie en de effectieve omgang daarmee zijn heel belangrijk om goede behandelresultaten te kunnen boeken (Nieuwenhuis e.a. 2019). Om agressief gedrag van patiënten met een LVB beter te kunnen begrijpen en te kunnen behandelen is oog voor de kwaliteit van de pedagogische bejegening door begeleiders in interactie met patiënten met een LVB onmisbaar. Hierbij dient dan ook ruimte te zijn voor de emoties, attitude en zelfverzekerdheid van die begeleiders. Bij residentiële behande-

ling zal dit kunnen bijdragen aan een open leefklimaat voor patiënten met een LVB en agressief gedrag.

Het is belangrijk om in de behandeling van agressie ook de perceptie van de patiënten met LVB zelf te betrekken, of hen actief onderzoek te laten doen naar hun eigen situatie (Tavecchio e.a. 2019).

De psychiatrie wordt op dit moment geconfronteerd met veel personeelsverloop en met discontinuïteit in teams. Dit versterkt de noodzaak van voldoende aandacht voor het werk- en teamklimaat. Vooral de ondersteuning die begeleiders krijgen wat betreft kennisoverdracht en bij hun proces van (team)leren en teamvorming zijn hierbij belangrijke aandachtspunten die nu nog vaak over het hoofd worden gezien.

LITERATUUR

- Crocker AG, Mercier C, Lachapelle Y, Brunet A, Morin D, Roy ME. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2006; 50: 652-61.
- Didden R, Lindsay W, Lang R, Sigafos J, Deb S, Wiersma J, e.a. Aggression. In: N. Singh (red.). *Clinical handbook of evidence-based practices for individuals with intellectual disabilities*. New York: Springer; 2016. pp. 727-50.
- Embregts PJCM, Didden R, Huitink C, Schreuder N. Contextual variables affecting aggressive behaviour in individuals with mild to borderline intellectual disabilities who live in a residential facility. *J Intellect Disabil Res* 2009; 53: 255-64.
- Heyveart M, Maes B, Van den Noortgate A, Kuppens S, Onghena P. A multilevel meta-analysis of single-case and small-n research on interventions for reducing challenging behaviour in persons with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2012; 33: 766-80.
- Knotter MH, Wissink IB, Moonen XM, Stams GJJM, Jansen GJ. Staff's attitudes and reactions towards aggressive behaviour of clients with intellectual disabilities: A multi-level study. *Res Dev Disabil* 2013; 34: 1397-407.
- Knotter MH, Stams GJJM, Moonen XM, Wissink IB. Correlates of direct care staff's attitudes towards aggression of persons with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2016; 59: 294-305.
- Knotter M, Spruit A, de Swart J, Wissink I, Moonen X, Stams GJ. Training direct care staff working with persons with intellectual disabilities and challenging behaviour: a meta-analytic review study. *Aggress Violent Behav* 2018; 40: 60-72.
- Knotter MH. The whole is more. A contextual perspective on attitudes and reactions of staff towards aggressive behavior of clients with ID in residential institutions (proefschrift). Universiteit van Amsterdam; 2019. <https://hdl.handle.net/11245.1/f83c5937-a47a-4b75-8cb3-924a35bc3199>
- Neijmeier EG, Roest JJ, Van der Helm GHP, Didden R. Psychometric properties of the Group Climate Instrument (GCI) in individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning. *J Intellect Disabil Res* 2018; 63: 215-24.
- Nieuwenhuis JG, Noorthoorn EO, Nijman HLI, Naarding P, Mulder CL. A blind spot? Screening for mild intellectual disability and borderline intellectual functioning in admitted psychiatric patients: prevalence and associations with coercive measures. *PLoS ONE* 2017; 12(2): e0168847.
- Nieuwenhuis JG, Smits HJH, Noorthoorn EO, Mulder CL, Penterman EJM, Nijman HLI. Not recognized enough. The effects and associations of trauma and intellectual disability in severely mentally ill outpatients. *Eur Psychiatry* 2019; 58: 63-9.
- Phillips N, Rose J. Predicting placement breakdown: individual and environmental factors associated with the success or failure of community residential placements for adults with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 2010; 23: 201-13.
- Robinson J, Craig LA, Tonkin M. Perceptions of social climate and aggressive behavior in forensic services: a systematic review. *Trauma Violence Abuse* 2018; 19: 391-405.
- Ros NM, Van der Helm GHP, Wissink I, Stams GJJM, Schaftenaar P. Institutional climate and aggression in a secure psychiatric setting. *J Psychiatry Psychology* 2013; 24: 713-27.
- Soevereij FA, Van der Helm GHP, Stams GJJM. 'Nothing works' in secure residential care? *Child Youth Serv Rev* 2013; 35: 1941-5.
- Tavecchio L, van der Helm P, Moonen X, Assink M, Stams GJ, Wissink I, e.a. Participatory peer research in the treatment of young adults with mild intellectual disabilities and severe behavioural problems: an alternative to randomized controlled trials? *New Dir Child Adolesc Dev* 2019; 167: 117-31.

- Tenneij NH, Koot HM. Incidence, types and characteristics of aggressive behaviour in treatment facilities for adults with mild intellectual disability and severe challenging behaviour. *J Intellect Disabil Res* 2008; 52: 114-24.
- Van den Bogaard KHJM, Nijman H, Palmstierna T, Embregts PJCM. Characteristics of aggressive behavior in people with mild to borderline intellectual disability and co-occurring psychopathology. *J Ment Health Res Intellect Disabil* 2018; 11: 124-42.
- Van den Bogaard KHJM, Lugtenberg M, Nijs SLP, Embregts PJCM. Attributions of people with intellectual disabilities of their own or other clients' challenging behavior. *J Ment Health Res Intellect Disabil* 2019; doi: 10.1080/19315864.2019.1636911.
- Van der Helm P, Boeke I, Stams GJ, Van der Laan P. Fear is the key: keeping the balance between flexibility and control in a Dutch youth prison. *J Child Serv* 2011; 6: 248-63.
- Willems APAM. Challenging relationships: Interactions in supporting persons with intellectual disabilities and challenging behaviour (proefschrift). Tilburg Universiteit; 2016. https://pure.uvt.nl/portal/files/13463825/Willems_Challenging_11_11_2016.pdf
- Willems APAM, Embregts PJCM, Bosman AMT, Hendriks AHC. The analysis of challenging relations: Influences on interactive behaviour of staff towards clients with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2014; 58: 1072-82.
- Willems A, Embregts P, Hendriks L, Bosman A. Towards a framework in interaction training for staff working with clients with intellectual disabilities and challenging behaviour. *J Intellect Disabil Res* 2016; 60: 134-48.
- Willems A, Embregts P, Wijnants M, Hendriks L, Bosman A. Dynamic patterns of three staff members interacting with a client with an intellectual disability and challenging behaviour: Suggestions for coaching. *Nonlinear Dynamics Psychol Life Sci* 2018; 22: 535-62.
- Wolkorte R, van den Akker N, Willems A, Festen D, Kroezen M. Interventions for aggressive, destructive and self-injurious behaviour in adults with intellectual disabilities: a systematic review of non-pharmacological and pharmacological interventions. *J Intellect Disabil Res* [ter perse].

SUMMARY

The role of the context in dealing with aggression of psychiatric patients with mild intellectual disabilities

M. KNOTTER, A. WILLEMS, X. MOONEN

BACKGROUND Mild intellectual disabilities (MID) are underdiagnosed in psychiatric institutions. Aggression is a problem in patients with MID admitted in psychiatric institutions.

AIM To clarify the background of aggression problems and to give advice on how to prevent them.

METHOD Discussion of the literature and practical experience.

RESULTS Aggression problems are not only a correlate of the MID but are interrelated with the interpersonal style and personal characteristics of the staff involved in the treatment process, the living group climate, the working climate and the characteristics of the organization.

CONCLUSION By taking in account all these features the treatment of aggression and diminishing of aggressive incidents of patients with MID admitted in psychiatric institutions can be dealt with in a more effective way.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)11, 814-818

KEY WORDS aggression, context, mild intellectual disabilities