

## Focus

# Ambulante behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG)

door *A. van Minnen, K.A.L. Hoogduin, L.A.G. Peeters en H.T.M. Smedts*

### Samenvatting

Onlangs is een nieuwe vorm van behandelen geïntroduceerd voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG). Hierbij worden SGLVG-patiënten door een ambulante team behandeld in hun eigen woonomgeving. Een belangrijk voordeel van deze behandeling is dat expliciet aandacht geschonken kan worden aan omgevingsfactoren die van invloed zijn op de ontwikkeling en instandhouding van de gedragsstoornissen. In dit artikel wordt de ambulante behandeling beschreven en met voorbeelden geïllustreerd.

### Inleiding

Gedrags- en/of psychiatrische stoornissen komen bij verstandelijk gehandicapten veel voor. Onderzoekers rapporteren percentages variërend van 14% (Eaton en Menolascino 1982) tot 39% (Reiss 1990), afhankelijk van de onderzoeksmethode. Uit het meest recente onderzoek in Nederland blijkt dat 10% van de verstandelijk gehandicapten die in intramurale instellingen verblijven, matig tot extreem ernstig probleemgedrag vertoont (Kramer en Schoep 1991).

Vergeleken met normaal begaafden zijn verstandelijk gehandicapten relatief sterk afhankelijk van hun omgeving. Ongunstige omgevingsfactoren, zoals frequente overplaatsingen (O'Connor 1983; Reiss en Benson 1985) en beperkte sociale steun of geringe sociale integratie (Burchard e.a. 1991; Reiss en Benson 1985; Rosen en Burchard 1990) kunnen een belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling en instandhouding van psychiatrische stoornissen (Burchard e.a. 1991; O'Connor 1983; Reiss en Benson 1985; Romer en Heller 1983). Zo kan na een overplaatsing een zogenaamd overplaatsingssyndroom ontstaan, waarbij symptomen van depressie op de voorgrond staan (Cochran e.a. 1977; Heller 1982). Tevens zijn bij verstandelijk gehandicapten relaties gevonden tussen een gebrek aan sociale steun en depressie (Reiss en Benson 1985; Laman en Reiss 1987).

De combinatie van hersenbeschadiging, beperkte vaardigheden en

ongunstige sociale omstandigheden kan verklaren dat verstandelijk gehandicapten een verhoogde kans hebben op het ontwikkelen van psychopathologie (Došen 1990; Jakab 1982). Bij de behandeling van de psychiatrische stoornis is het dan ook van belang om expliciet aandacht te besteden aan omgevingsfactoren.

### **Ambulante behandeling**

In Nederland zijn vijf instituten die specifiek gericht zijn op de klinische behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten, de zogenaamde SGLVG-instituten. Het IQ van de daar opgenomen patiënten ligt tussen de 50 en de 90.

Behalve een aantal voordelen, heeft opname een aantal nadelen. Soms leidt opname tot een hospitalisatiesyndroom. De patiënt wordt uit zijn vertrouwde omgeving gehaald en als hulpverlener heeft men soms maar weinig zicht op omgevingsfactoren die mogelijk een rol spelen bij het veroorzaken en in stand houden van de problemen.

Deze overwegingen hebben ertoe geleid dat Nieuw Spraeland, één van de vijf SGLVG-instituten, gestart is met een ambulante behandeling, die gericht is op de leefsituatie van de patiënt. De behandeling vindt plaats in de eigen woonomgeving van de patiënt; dus in een zwakzinnigeninstelling, psychiatrisch ziekenhuis, gezinsvervangend tehuis of het eigen gezin van de patiënt.

De behandeling wordt verricht door een ambulante team, dat multidisciplinair is samengesteld. Het team bestaat uit een psychiater, een orthopedagoog, een maatschappelijk werker, drie sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en een coördinator. Alle leden van het ambulante team zijn gespecialiseerd in de behandeling van SGLVG-patiënten. Eén van de teamleden wordt aangesteld als vast contactpersoon en therapeut. Deze bezoekt de betreffende patiënt, de instelling en/of de ouders, en observeert de patiënt in diens woon- en werkomgeving. Op basis van de bevindingen wordt door het ambulante team een diagnose en werkhypothese geformuleerd en wordt een behandelplan opgesteld. De therapeut van het ambulante team draagt zorg voor de uitvoering van het behandelplan in de woonsituatie van de patiënt. De ambulante behandeling is multidimensioneel. Dit houdt in dat het behandelplan niet alleen gericht is op de patiënt, maar dat iedereen die een belangrijke rol speelt in het dagelijks leven van de patiënt actief bij de behandeling wordt betrokken.

Een onderzoek van Maguire en Piersel (1992) wijst erop dat de zogenaamde 'mobile intensive treatment', die veel overeenkomsten vertoont met de hier beschreven ambulante behandeling, succesvol is bij verstandelijk gehandicapten met ernstige gedragsstoornissen. Tevens lijkt deze behandelwijze efficiënt te zijn, gezien de gemiddelde behandelduur van minder dan drie maanden.

In de volgende voorbeelden wordt de in Nederland toegepaste ambulante werkwijze nader toegelicht.

### **De behandeling van agressief gedrag bij een man met het syndroom van Williams**

Paul is een man van 29 jaar, met een licht verstandelijke handicap (IQ 52). Hij lijdt aan het syndroom van Williams, een congenitale stoornis die wordt gekenmerkt door mentale retardatie, een karakteristieke gezichtsstructuur, een postnatale groeistoornis, supraalvulaire stenose van de aorta en contactuele begaafdheid. Paul woont in een zwakzinnigeninstelling.

De aanleiding tot aanmelding bij het ambulante team was ernstig agressief gedrag. Twee groepsleiders moesten ten gevolge van het agressief gedrag van Paul worden opgenomen in het ziekenhuis; ze hebben blijvend letsel opgelopen. De medicatie van Paul bestond bij aanmelding uit 1x per maand flufenazine, 25 mg depot; 2x daags dextimide, 0,5 mg en 3x daags haloperidol 5 mg.

Een lid van het ambulante team bezocht Paul in de instelling. Na observatie werd de volgende werkhypothese geformuleerd: door zijn vriendelijkheid, praatzucht en contactuele begaafdheid (kenmerken van het syndroom van Williams), lijkt Paul intelligenter dan hij werkelijk is. Hierdoor worden zijn mogelijkheden door anderen regelmatig overschat. Deze overschatting is weer aanleiding tot spanningen en conflicten. Uit de observatie blijkt tevens dat het ernstig agressief gedrag voornamelijk optreedt wanneer bepaalde dwangmatige handelingen van Paul doorbroken worden.

Het behandelplan bestond uit drie fasen. In de eerste fase werd op de afdeling waar Paul woont een extra zithoek gecreëerd en werd de eettafel groter gemaakt, met als doel Paul meer ruimte te geven dan voorheen om zijn dwangmatige handelingen uit te voeren. De groepsleiding kreeg het advies Paul niet langer te onderbreken bij zijn dwangmatige handelingen. Bij de groepsleiding bestond grote angst voor herhaling van het ernstig agressieve gedrag. Om deze reden ging men al bij voorbaat regelmatig over tot het instellen van time-outs. Met de groepsleiding werd afgesproken dat time-out alleen nog plaatsvindt bij feitelijk agressief gedrag.

In de tweede fase werd het activiteitenaanbod meer op Paul toegesneden. Hij krijgt drie keer per dag korte, individuele opdrachten, die hij zelfstandig kan uitvoeren. Het doel hiervan is het vergroten van zijn autonomie.

In de derde fase werd een gedragsregulatiesysteem ingevoerd. De doelstelling hiervan is om Paul te verzekeren van positieve sociale aandacht en bekrachtiging, waarbij hij aangesproken wordt op zijn intelligentieniveau (het niveau van een kind van 8 jaar).

De behandeling kon na zeven maanden met goed resultaat worden afgesloten. In totaal heeft de therapeut van het ambulante team tien keer de betreffende afdeling bezocht. Na de eerste fase van de behandeling zijn geen agressieve handelingen of time-out-plaatsingen meer voorgekomen. De totaalscore op de Psychopathology Inventory of Mentally Retarded Adults (PIMRA) (Matson e.a. 1984; Van Minnen en Hoogduin, in press) was gedaald van 18 naar 4. Tevens was er sprake van een verbetering van de relatie van de groepsleiding met Paul. Hij wordt bij de afsluiting van de behandeling beschreven als een gezellige en aangepaste jongeman.

### **De behandeling van een licht verstandelijk gehandicapte man met een dwangneurose**

Henk is een man van 24 jaar met een IQ van 74, die bij zijn ouders woont. Drie jaar geleden ontwikkelde hij een dwangneurose. Hij kreeg een wasdwang, verbleef uren op het toilet en douchte zich bovenmatig grondig. Bovendien voerde hij zijn dagelijkse bezigheden in een zeer traag tempo uit. Verder was zijn dag- en nachtritme omgekeerd. Het gedrag van Henk leidde tot een onhoudbare situatie in het gezin: de ouders werden uit hun slaap gehouden, en er ontstonden heftige conflicten.

Uiteindelijk besloten de ouders de hulp in te roepen van het ambulante team. Na analyse van de situatie bleek dat er geen mogelijkheden aanwezig waren om binnen het gezinssysteem oplossingen te vinden. De ouders wezen intensieve behandeling af en Henk zelf was niet gemotiveerd voor welke vorm van behandeling dan ook.

Als oplossing werd gekozen voor een therapeutische separatie. Hier toe werd Henk in een zelfstandig woonproject geplaatst. Er werd een draaiboek samengesteld, met een taakverdeling om de eerste levensbehoeften van Henk, zoals eten, drinken, hygiëne en sociaal contact te waarborgen. Henk moet voldoen aan drie eisen: goede zelfhygiëne, voldoende eten en geen overlast voor de burens veroorzaken.

Het losmakingsproces tussen de ouders en Henk leverde in het begin problemen op. Henk riep zijn ouders steeds te hulp. Wanneer wordt afgesproken dat Henk bij problemen alleen professionele hulpverleners mag inschakelen, ontstaat een bevredigend evenwicht voor het hele gezin. Henk wordt tevens gestimuleerd eigen initiatieven te ontplooiën. Dit heeft succes; Henk nodigt bij voorbeeld familieleden uit en maakt reises.

Na een half jaar is de situatie zodanig verbeterd dat Henk bereid is een behandeling van de dwangklachten te ondergaan. Deze behandeling, die bestaat uit exposure en responspreventie, is momenteel nog niet afgerond.

## Conclusie

Omgevingsfactoren kunnen een belangrijke rol spelen in het leven van verstandelijk gehandicapten. Ongunstige sociale omstandigheden kunnen psychiatrische stoornissen veroorzaken of in stand houden.

Voordelen van de ambulante behandeling zijn dat overplaatsing niet nodig is, het sociale netwerk van de patiënt gehandhaafd kan blijven en dit netwerk betrokken kan worden bij de behandeling. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid de behandeling te richten op die omgevingsfactoren die het probleemgedrag beïnvloeden. Bovendien zal het bevorderen van gunstige sociale omgevingsfactoren bij de verstandelijk gehandicapte kunnen bijdragen aan een toename van diens zelfrespect, onafhankelijkheid, sociale vaardigheden en stabiliteit. De kans op het ontwikkelen van nieuwe stoornissen zal hierdoor waarschijnlijk afnemen.

Niet voor alle patiënten lijkt de ambulante behandeling echter even geschikt. Risico's met betrekking tot suïcidaal en ernstig agressief gedrag moeten afgewogen worden en de draagkracht van het sociale netwerk moet voldoende zijn. Belangrijk lijkt om mogelijkheden achter de hand te houden tot opname van een patiënt in geval van crisis.

Concluderend kan gesteld worden dat de ambulante behandeling van licht verstandelijk gehandicapten met gedragsstoornissen een waardevolle aanvulling is op het bestaande behandelaanbod op dit gebied in Nederland.

## Literatuur

- Burchard, S.N., J.S. Hasazi, L.R. Gordon en J.T. Yoe (1991), An examination of lifestyle and adjustment in three community residential alternatives. *Research in Developmental Disabilities* 12, 127-142.
- Cochran, W.E., P.K. Sran en G.A. Varano (1977), The relocation syndrome in mentally retarded individuals. *Mental Retardation* 15, 10-12.
- Došen, A. (1990), *Psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnigen*. Boom, Meppel.
- Eaton, L.F., en F.J. Menolascino (1982), Psychiatric disorders in the mentally retarded: Types, problems and challenges. *American Journal of Psychiatry* 139, 1297-1303.
- Heller, T. (1982), The effects of involuntary residential relocation: A review. *American Journal of Community Psychology* 10, 471-492.
- Jakab, I. (1982), Psychiatric disorders in mental retardation. Recognition, diagnosis and treatment, 270-326. In: I. Jakab (red.), *Mental Retardation*. Karger, New York.
- Kramer, G.J.A., en H.F. Schoep (1991), Ernstig probleemgedrag bij geestelijk gehandicapten. *Nederlands Tijdschrift voor Zwakzinnigenzorg* 12, 183-195.
- Laman, D.S., en S. Reiss (1987), Social skills deficiencies associated with depressed mood of mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency* 92, 224-229.
- Maguire, K.B., en W.C. Piersel (1992), Specialized treatment for behavior problems of institutionalized persons with mental retardation. *Mental Retardation* 30, 227-232.

- Matson, J.L., A.E. Kazdin en V. Senatore (1984), Psychometric properties of the psychopathology instrument for mentally retarded adults. *Applied Research in Mental Retardation* 5, 81-89.
- Minnen, A. van, en C.A.L. Hoogduin (in press), *Nederlandse versie van de Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults (PIMRA)*. Orland Park, Illinois, International Diagnostic Systems, Inc.
- O'Connor, G. (1983), Presidential address 1983: Social support of mental retarded persons. *Mental Retardation* 21, 187-196.
- Reiss, S. (1990), Prevalence of dual diagnosis in community-based day programs in the Chicago metropolitan area. *American Journal on Mental Retardation* 94, 578-585.
- Reiss, S., en B.A. Benson (1985), Psychosocial correlates of depression in mentally retarded adults: I. Minimal social support of stigmatization. *American Journal of Mental Deficiency* 89, 331-337.
- Romer, D., en T. Heller (1983), Social adaptation of mentally retarded adults in community settings: A social-ecological approach. *Applied Research in Mental Retardation* 4, 303-314.
- Rosen, J.W., en S.N. Burchard (1990), Community activities and social support networks: A social comparison of adults with and adults without mental retardation. *Education-and-Training-in-Mental-Retardation* 25, 193-204.

### **Summary: An outreach treatment approach of mildly mentally retarded with behavioral disorders**

Recently, a new type of treatment for mildly retarded adults with severe behavioral disorders has been introduced in the Netherlands, in which persons are treated by an outreach team in their own home environment. A significant advantage of this treatment approach is that explicit attention can be given to the environmental factors that may influence the development and maintenance of behavioral disorders. This article gives a description of the outreach treatment approach, illustrated by two case histories.

---

De auteurs zijn respectievelijk als psycholoog en zenuwarts verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijksleer van de Katholieke Universiteit Nijmegen, en als sociaal verpleegkundigen werkzaam bij Nieuw Spraeland, SGLVG Instituut, Venray. Correspondentieadres: Drs. A. van Minnen, vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijksleer, Katholieke Universiteit Nijmegen, Montessorilaan 3, 6525 HR Nijmegen.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-6-1993.