

Hoe behandel je mensen met een licht verstandelijke beperking?

Handvatten voor diagnostiek en behandeling

DOOR GERBEN BELDMAN, JANNY BEERNINK & WILBERT PIETERSE



© reewungjunerr / stock.adobe.com

Hulpverleners in de reguliere ggz krijgen steeds vaker te maken met mensen met een licht verstandelijke beperking. Veel behandelaars vragen zich af of zij voldoende zijn toegerust om deze patiënten goed te kunnen behandelen voor hun psychische klachten. In dit artikel geven we hier voor enkele handvatten.

De afgelopen decennia zijn voor uiteenlopende psychische aandoeningen empirisch onderbouwde behandelingen (*Empirically Supported Treatment; EST*) ontwikkeld, met goede tot zeer goede behandeluitkomsten.¹ Veel van deze ESTs bestaan uit CGT, narratieve therapie, mindfulness en oplossingsgerichte therapie. Behandelaars stuiten echter regelmatig op problemen in de toepassing van deze ESTs bij specifieke doelgroepen. Dat geldt onder andere voor patiënten met een licht verstandelijke beperking (LVB) en psychische klachten. Zo horen wij – als opleiders aan de GZ-opleiding – vaak van studenten dat zij geen EST kunnen geven aan mensen met een LVB. Westra wijst erop dat veel hulpverleners vinden dat CGT niet bij deze patiëntenpopulatie kan worden toegepast.² Zo wordt onder collega's verondersteld dat mensen met een LVB moeilijk onderscheid kunnen maken tussen gedachten, gevoel en gedrag; waardoor zij minder zouden profiteren van CGT. Dergelijke breed gedragen veronderstellingen zorgen ervoor dat mensen met een LVB en psychische klachten geen EST krijgen en dat is jammer. Beernink wijst bijvoorbeeld op het risico dat mensen met een LVB onvoldoende effectief en efficiënt worden behandeld, en dat er bij deze patiëntengroep sprake is van onderbehandeling.³

EST BIJ LVB

Wij denken dat ESTs wel degelijk kunnen worden toegepast bij mensen met een LVB, en dat wordt ondersteund door onderzoek. Zo ontwikkelde onderzoeker Beernink een effectieve levensverhaleninterventie voor mensen met LVB en depressieve en traumagerelateerde

Voor meer informatie over het diagnostisch onderzoek verwijzen wij naar de handreiking die kosteloos te downloaden is op de websites www.kenniscentrumljb.nl en www.de-borg.nl

klachten.³ Onderzoekers Vereenoghe & Langdon laten in een meta-analyse van 143 studies zien dat aangepaste CGT effectief is in het verminderen van boosheid en depressieve klachten bij deze patiëntengroep.⁴ Daarvoor moet de oorspronkelijke behandeling volgens hen wel worden aangepast, om deze goed te laten aansluiten bij de doelgroep. Dit strookt met de opvatting van Westra, die voorstelt om de gestandaardiseerde behandeling daarvoor op het individu af te stemmen. Een volgende logische vraag is dan: hoe

'Mensen met een LVB en psychische klachten krijgen helaas geen EST aangeboden'

stemmen we een EST af op patiënten met een LVB, met welke aandachtsgebieden moeten we dan rekening houden? Getuige een docentenbijeenkomst voor de GZ-opleiding bij de RINO Groep,⁵ lijken meer hulpverleners zich dit af te vragen. In dit artikel geven wij hierop een antwoord, met een beknopte beschrijving van de belangrijke handvatten in de behandeling van mensen met LVB en psychische klachten. Daarnaast geven we hierin enkele belangrijke informatiebronnen voor de behandeling van psychische klachten bij LVB, in de hoop dat meer behandelaars zich in de toekomst voldoende toegerust voelen om deze patiënten te behandelen, en om onderbehandeling te voorkomen.

HANDVATTEN VOOR DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

De afgelopen jaren zijn er meerdere boeken en richtlijnen gepubliceerd met handvatten voor de behandeling van mensen met een LVB. Wij hebben de onderstaande handreikingen ontleend aan de volgende publicaties: *Hoe herken ik mensen met een lichte verstandelijke beperking* (2013);⁵ *(Vroeg)signalering van een licht verstandelijke beperking (LVB) en*



AANPASSINGEN CGT

Didden e.a. adviseren om CGT aan te passen op de doelgroep van patiënten met een LVB:⁸

1. Werk volgens een vast stramien en deel de sessies op een vaste manier in. Dit zorgt voor voorspelbaarheid en duidelijkheid, waardoor de cliënt zich meer op de inhoud van de therapie kan richten.
2. Stem de communicatie af op de mogelijkheden van de cliënt. Spreek in korte zinnen, eenvoudige woorden, vermijd vakjargon en geef maar één opdracht of boodschap tegelijk. Controleer regelmatig of de cliënt begrijpt wat er is uitgelegd, en laat hem of haar dit in eigen woorden herhalen.
3. Stel samen met cliënt concrete en haalbare behandeldoelen op.
4. Waak voor overbelasting van het werkgeheugen. Verstrek in het kader van psychoeducatie voldoende informatie, maar *less is more*: doe het gedoseerd. Neem in meerdere sessies de tijd om de informatie in begrijpelijke taal en op papier aan de patiënt mee te geven. Tot slot is het goed om informatie en instructies te herhalen: cliënten met een LVB slaan kennis beter op als de informatie vaker wordt aangeboden.
5. Houd er rekening mee dat langetermijndenken voor veel LVB-clianten lastig is, net als het maken van tussenstapjes in het bereiken van een behandeldoel. Hierdoor is hun motivatie om te blijven werken aan de gewenste veranderingen soms wat minder duurzaam. Behandelaars kunnen hun cliënten er vanaf het begin op voorbereiden dat veranderen tijd kost, dat dit proces ook gepaard gaat met tegenslagen. Het is aan te raden om dit gedurende de behandeling ook te blijven herhalen.
6. Hou behandelingen zo praktisch mogelijk. Mensen met een LVB leren vaak beter door te doen dan door te luisteren en te praten. Ook tijdens sessies wordt geadviseerd om minder 'te praten over' en meer 'te doen'.
7. Betrek de omgeving bij de therapie. Voor de meeste LVB-clianten is het moeilijker om kennis te generaliseren, en om nieuwe inzichten toe te passen. Hun omgeving kan hen daarbij ondersteunen. Denk aan familie- of gezinsleden, maar ook aan begeleiders of medewerkers van een sociaal wijkteam. Bepaal samen met cliënt wie er bij de behandeling kan worden betrokken.
8. Bespreek huiswerkopdrachten goed voor, en hou deze zo eenvoudig en begrijpelijk mogelijk. Ook haalbaarheid is hier weer een belangrijk aandachtspunt.
9. Een psychologische behandeling is bij deze patiënten vaak onderdeel van een bredere zorgverlening, waarbij meerdere hulpverleners betrokken zijn. Goede afstemming en samenwerking is dan essentieel – wie doet wat, en waar?

zwakbegaafdheid (2017);⁶ *LVB en Psychiatrie* (2016);⁷ *Behandeling van mensen met een laag IQ in de ggz* (2017);⁸ en *Mijn Levensverhaal* (2018).

DIAGNOSTIEK

In de publicaties (*Vroegsignalering van een licht verstandelijke beperking (LVB) en zwakbegaafdheid*⁷ en *Hoe herken ik mensen met een licht verstandelijke beperking*⁶ geven de auteurs meerdere aanwijzingen voor hoe we in onze diagnostiek rekening kunnen houden met een verstandelijke beperking. Allereerst moeten behandelaars volgens hen altijd alert zijn op de mogelijke aanwezigheid van een LVB, vooral in stagnerende behandelingen en in behandelingen die niet op gang komen. De volgende signalen kunnen daarop wijzen:

- Schoolopleiding: mensen met een LVB hebben doorgaans speciaal of praktijkgericht onderwijs

gevolgd. Wisselingen van school, een niet voltooide vervolgoopleiding en/of doublures kunnen aanwijzingen zijn voor een LVB.

- Sociale contacten: de meeste mensen met een LVB hebben een beperkt sociaal netwerk. Ze hebben in de regel weinig vrienden en het contact met leeftijdsgenoten is minimaal.
- Rekenen en schrijven: mensen met een LVB hebben vaak moeite met rekenen en/of schrijven. Zeker het schrijven wordt door hen vaak vermeden, uit angst daarin fouten te maken.
- Taal en begrip: mensen met een LVB begrijpen taal vaak niet, gebruiken uitdrukkingen verkeerd en/of hebben moeite met spreekwoorden.

Wanneer het vermoeden bestaat dat er sprake is van een LVB, adviseren de auteurs om screenings-



instrumenten te gebruiken. De SCIL 18+ is bijvoorbeeld een goed gevalideerd meetinstrument waarmee iemand binnen tien minuten kan worden gescreend op een LVB.⁹ Indien een cliënt een score onder de *cut-off score* behaalt, is het aan te bevelen om een uitvoeriger intelligentie-onderzoek te laten uitvoeren naar specifieke kwetsbaarheden.

Behalve voor het cognitief functioneren van de patiënt, zou in de diagnostiek ook voldoende aandacht moeten zijn voor het adaptief functioneren. Hiervoor verwijzen de auteurs naar de BSA (Beoordeling Sociaal Aanpassingsvermogen), AVVB (Adaptieve Vragenlijst Verstandelijke Beperking) en SAF (Sociaal Adaptief Functioneren). Deze instrumenten zijn ontwikkeld voor mensen met een LVB. Verder moeten behandelaars rekening houden met een bijkomende, of onderliggende somatische of genetische aandoening die de psychische klachten veroorzaakt of verergert. Mensen met een LVB kunnen vragen over zichzelf en de situatie prima zelf beantwoorden, mits daarbij rekening wordt gehouden met hun specifieke beperkingen.

BEHANDELING

Als er een LVB is vastgesteld, betekent dit niet dat er geen verdere behandeling plaatsvindt. Integendeel, in alle eerder genoemde publicaties pleiten de auteurs ervoor om psychische klachten ook dan te behandelen. Wel adviseren zij om een behandeling af te stemmen op de kenmerken van LVB. Verschillende auteurs doen daarvoor aanbevelingen, waarvan sommige – zoals het opstellen van haalbare en concrete doelen – ook in de behandeling van reguliere cliënten kunnen worden opgevolgt.

CONCLUSIE

Met de bovenstaande maatregelen wordt een interventie ‘sensitief’ voor iemands cognitieve beperkingen en voor zijn of haar beperkingen in het sociaal begrip. Ook Wieland e.a. adviseren om patiënten met LVB *evidencebased*-behandelingen aan te bieden, en om de behandeling aan te passen op de doelgroep.⁹ Echter, zo waarschuwen zij, deze aanpassingen mogen niet ten koste gaan van de kern en het achterliggende idee van de oorspronkelijke behandeling. Ze stellen dat het aanpassen van bestaande behandelingen op LVB-pati-

ADVIEZEN VAN WIELAND

Wieland e.a. nemen veel van de bovenstaande punten over en vullen die aan met de volgende adviezen:⁹

1. Het contact met LVB-cliënten vraagt om een andere therapeutische houding. In reguliere CGT heeft de behandelaar vaak een socratische/coachende houding, maar LVB-patiënten zijn gebaat bij een meer sturende didactische houding van de therapeut.
2. Waak in het opstellen van de behandeldoelen voor overvraging. Sommige cliënten met een laag IQ meten zich met mensen met een gemiddeld of hoog IQ en willen bereiken wat zij bereikt hebben; meestal is dat niet reëel.
3. Het behandelen van mensen met een LVB vraagt om een grotere tijdsinvestering. Zo nemen interacties normaal gesproken meer tijd in beslag. Neem die tijd en bewaar je geduld.
4. Leg de rationale van de behandeling uit met visuele ondersteuning, werk met werkbladen en laat deze werkbladen bestaan uit korte, bondige opdrachten.
5. Werk in de therapie vaker individueel dan groepsgewijs. Werk je met een groep, hou de groep dan klein en gesloten (maximaal 6 personen), en plan meer pauzes in.
6. Hanteer ook bij LVB meetinstrumenten die de behandelvoortgang evalueren. Vul de vragenlijst samen met de patiënt in.

‘Maak je de oorspronkelijke (EST)-behandeling eerst goed eigen’

enten gemakkelijker wordt naarmate een therapeut de oorspronkelijke behandeling beter in de vingers heeft. Hun belangrijkste advies: maak je de oorspronkelijke (EST)-behandeling eerst goed eigen, om deze pas daarna aan te passen op een LVB-patiënt.



ADVIEZEN VAN BEERNINK

Beernink doet de volgende aanbevelingen:³

1. Bied LVB-patiënten de tijd om na denken over de eigen ervaringen, belevingen en emoties, en om die te verwoorden. Interpreteer en reageer niet te snel.
2. Wissel theorie en praktijk geregeld af. Hierdoor kunnen patiënten de vertaling naar de eigen situatie gemakkelijker maken, en op die manier is de theorie voor hen ook minder 'bedreigend'.
3. Vraag door naar de betekenis van wat er wordt gezegd, om de essentie naar boven te halen en deze in begrijpelijke taal te vatten.
4. Gebruik rituelen, spelletjes en metaforen om de taligheid van de patiënt te stimuleren en diens werkgeheugen te ontlasten.
5. Stimuleer de patiënt om zelf verbanden te leggen, een LVB-patiënt zal dit niet snel uit eigen beweging doen.
6. Maak de krachten, goede eigenschappen, vaardigheden en waarden van de patiënt inzichtelijk. Dit vergroot hun eigenwaarde en zelfvertrouwen.
7. Gebruik dezelfde of gelijke woorden als de patiënt met LVB, en zet de betekenisverlening niet om naar hulpverlenerstaal.

'Helaas waren de LVB-behandelprotocollen al verouderd voordat ze waren uitgekomen'

LVB-BEHANDELPROTOCOLLEN

Om nog eens te onderstrepen dat ESTs ook geschikt zijn voor mensen met LVB, geven we hieronder een beschrijving van enkele behandelprotocollen die zijn aangepast voor deze patiëntengroep. Zo wijdden de

auteurs van *WRITEjunior* – een protocol schrijftherapie voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten in de leeftijd van 4-18 jaar – een afzonderlijk hoofdstuk aan de toepassing van EST bij kinderen met een LVB.¹⁰

Een interventie die effectief is gebleken, maar die nog niet op grote schaal wordt toegepast, is de op mindfulness gebaseerde training *meditation on the soles of the feet*, ontwikkeld door Singh en collega's.¹¹ Hierin leert de cliënt zijn of haar aandacht te richten op een neutrale stimulus (bijvoorbeeld voetzolen), in plaats van op diens agressie-opwekkende stimuli of gedachten. Uit onderzoek blijkt dat deze training zeer effectief is bij LVB'ers die agressief gedrag vertonen.

Ook ggz-instelling Rivierduinen Kristal ontwikkelde en publiceerde in de loop van 2017 enkele behandelprotocollen die zijn afgestemd op mensen met LVB, en wel voor de volgende veelvoorkomende stoornissen: depressieve stoornis, OCD, paniekstoornis en sociale fobie.

Verder zijn er behandelprotocollen ontwikkeld voor transdiagnostische factoren, zoals emotieregulatie en het zelfbeeld. Meerwaarde van deze behandelprotocollen is dat hierin ook de bovengenoemde aanbevelingen en adviezen zijn opgenomen. Helaas waren de LVB-behandelprotocollen al verouderd voordat ze goed en wel waren uitgekomen. Veel van de hierin beschreven behandelingen zijn namelijk gebaseerd op de verouderde versie van het standaardwerk *Geprotocolleerde Behandelingen voor Volwassenen in de ggz*, waarvan in 2017 een geheel vernieuwde versie is uitgebracht. Zo is de behandeling van sociale fobie in de nieuwe editie volledig aangepast aan de nieuwste inzichten in exposure. Het is een gemis dat de nieuwste inzichten nog niet in de LVB-behandelprotocollen zijn opgenomen, maar dat laat onverlet dat het een buitengewoon welkome ontwikkeling is dat er nu tenminste op de doelgroep afgestemde LVB-behandelprotocollen zijn opgesteld.

De LVB-behandelprotocollen zijn kosteloos te downloaden op de website van ggz-instelling Rivierduinen Kristal: www.rivierduinen.nl/kristal



LITERATUUR

1. Keijsers, G.P.J., e.a. (2017). *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten, deel 1, 2 en 3*. Amsterdam: Boom.
2. Westra, J. (2008) Therapie voor cliënten met verstandelijke beperkingen. Themabijlage Nieuwsbrief: Samenwerkingsverband NIP-NVO. *Verstandelijke gehandicaptenzorg*, 10, 3, 1-8.
3. Beernink, J. (2018). *Mijn Levensverhaal. Ontdekkingsreis naar mijzelf*. Handleiding, Werkboek. Training. Delft: Eburon.
4. Vereenooghe, L. & Langdon, P.E. (2013). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 4085-4102.
5. Expertisecentrum De Borg (2013). *Hoe herken ik mensen met een lichte verstandelijke beperking?* www.de-borg.nl/publicaties/68-publicaties/uitgaven/9-hoe-herken-ik-mensen-met-een-lichte-verstandelijke-beperking
6. Landelijk kenniscentrum LVB (2017). *Handreiking (vroeg)signalering van een licht verstandelijke beperking (LVB) en zwakbegaafdheid*. www.kenniscentrumLVB.nl/kennis-delen/publicaties/product/12-handreiking-vroegsignalering-van-een-lvb-2017
7. Didden R., e.a. (2016). *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: De Tijdstroom.
8. Wieland J., e.a. (2017). *Behandeling van cliënten met een laag IQ in de ggz*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
9. Kaal, H., e.a. (2013). *SCIL screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking*. Amsterdam: Hogrefe.
10. Lucassen, S. & Oord, van der, S. (2018). *WRITE-junior, protocol schrijftherapie voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten 4-18 jaar*. Amsterdam: SWP.
11. Singh, N., e.a. (2013). Mindfulness-Based Treatment of Aggression in Individuals with Mild Intellectual Disabilities: A Waiting List Control Study. *Mindfulness*, 4, 158-167.



Gerben Beldman is klinisch psycholoog, supervisor VGCT en hoofddocent Stemming, Angst & Somatoforme stoornissen aan de GZ-opleiding, RCSW Nijmegen. Hij behandelt patiënten en is eigenaar van opleidingsbureau Beldman Opleidingen

(www.beldmanopleidingen.nl), van waaruit hij cursussen verzorgt op het gebied van Cognitieve Gedragstherapie. Correspondentie: gerben@Beldmanopleidingen.nl.



Janny Beernink is gz-psycholoog en senior onderzoeker bij Dokter Bosman. Zij heeft het Verstandelijke beperking Kennis Centrum opgericht en is extern lid van het StoryLab, aan de Universiteit van Twente. Zij is medeoprichtster van de Nederlands/Vlaams Netwerk Capability Benadering in het Sociaal Domein, werkt als docent bij 'Beernink Praktijk Narratief Werken' en is verbonden aan het Quality of Life Centre.



Wilbert Pieterse is gz-psycholoog, psychotherapeut en Supervisor VGCT en werkt als behandelaar bij kliniek Overwaal.

