



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Over het mislukken van de ambulante behandeling bij licht verstandelijk gehandicapten met sterke gedragsstoornissen

Agnes van Minnen\*

---

## Samenvatting

*Ambulante behandeling van sterk gedragsgestoorde, licht verstandelijk gehandicapten is een volwaardig alternatief voor behandeling in een kliniek. Toch is deze behandeling voor een aantal patiënten niet geschikt. Dit artikel bevat de beschrijving van de ambulante behandeling alsmede de beschrijving van patiënten bij wie een ambulante behandeling niet mogelijk bleek. De beslissing dat de behandeling niet ambulante voortgezet kan worden, was in alle gevallen gebaseerd op het feit dat de cliënt op dat moment geen geschikte woonsituatie had waarin het behandelplan uitgevoerd kon worden. Tijdens de behandeling verbleven deze patiënten in een psychiatrische setting, waar deze patiënten niet adequaat behandeld konden worden. Geconcludeerd wordt dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis voor deze patiënten voorkomen moet worden. Zij blijken meer op hun plaats in een gespecialiseerde kliniek, waar de behandeling afgestemd kan worden op hun beperkte verstandelijke vermogens.*

## Inleiding

In 1982 werd bij een landelijke inventarisatie door het ministerie van WVC vastgesteld dat op dat moment ongeveer duizend personen in Nederland aan de criteria voldeden van wat met een afschuwelijke term 'sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt' (SGLVG) genoemd wordt. Dit zijn mensen met een IQ tussen de 50 en de 90,<sup>1</sup> die ernstige gedragsstoornissen<sup>2</sup> vertonen. De belangrijkste conclusie die naar aanleiding van deze inventarisatie werd getrokken, was dat er specifieke voorzieningen getroffen dienen te worden om deze personen te kunnen behandelen. Deze mensen hadden namelijk te weinig verstandelijke vermogens om in een psychiatrisch ziekenhuis adequaat behandeld te worden en ze hadden tegelijkertijd zodanig ernstige gedragsstoornissen dat plaatsing binnen de intra- of semimurale zorg voor verstandelijk gehandicapten niet mogelijk was.

In 1988 werden gespecialiseerde klinieken ten behoeve van deze zogenaamde SGLVG-patiënten opgericht. Zij kunnen maximaal drie jaar in zo'n kliniek behandeld worden. Hierna dienen ze terug te keren naar het milieu van herkomst. Vijf instellingen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten kregen deze bijzondere functie toegewezen; zij functioneren supraregionaal. Landelijk zijn in totaal 168 behandelbedden beschikbaar.

Hoewel de oprichting van deze klinieken in een grote behoefte aan behandel mogelijkheden voor SGLVG-patiënten voorziet, zijn aan een overplaatsing naar zo'n kliniek nadelen verbonden. Zo bestaat kans op een zogenaamd

---

\* DR. AGNES VAN MINNEN is werkzaam bij de vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijkheidsleer van de Katholieke Universiteit Nijmegen.

overplaatsingssyndroom, waarbij depressieve klachten ten gevolge van die overplaatsing op de voorgrond staan ( Cochran, Sran & Varano, 1977; Heller, 1982 ). Bovendien wordt hun sociale leven verstoord ( O'Connor, 1983). Tevens bestaat de kans dat bij een terugplaatsing de gedragsveranderingen die in de kliniek bewerkstelligd zijn, niet beklijven ( Cullari & Ferguson, 1981). Ook levert terugplaatsing nogal eens moeilijkheden op, zodat de patiënt langer dan nodig in de SGLVG–kliniek verblijft. Door de problemen met de terugplaatsing en de grote behoefte aan behandelplaatsen, ontstonden er al snel lange wachtlijsten voor opname in deze klinieken.

Om te bezien of een andere benadering mogelijk was, werd in 1990 vanuit één SGLVG–kliniek een project met ambulante behandeling gestart. De introductie van deze behandeling had in eerste instantie tot doel om SGLVG–patiënten tijdens de wachttijd voor de klinische behandeling te ondersteunen en nazorg te verrichten na de opname. De praktijk leerde echter dat hiermee soms opname voorkomen kon worden. Naar aanleiding van deze ervaringen rees de vraag of en voor welke patiënten ambulante behandeling een doeltreffend substituut zou kunnen zijn voor klinische behandeling.

Om hier achter te komen werd een gerandomiseerd onderzoek uitgevoerd onder vijftig SGLVG–patiënten. Ondanks het feit dat bij allen de indicatie voor opname was gesteld, kreeg de helft van hen in plaats daarvan een ambulante behandeling. Het onderzoek wees uit dat beide behandelingen even effectief zijn en dat voor 21 van de 25 ambulante behandelde patiënten een opname in een SGLVG–kliniek voorkomen kon worden ( Van Minnen, 1995). Bij vier patiënten mislukte de ambulante behandeling evenwel, waarmee bedoeld wordt: ‘de door de behandelaars getrokken conclusie dat ambulante behandeling niet (meer) mogelijk en zinvol is en een opname in een SGLVG–kliniek geïndiceerd is’.

In dit artikel zal de ambulante behandeling<sup>3</sup> in het kort worden beschreven. Vervolgens worden casusbeschrijvingen gepresenteerd van elk van de ‘mislukte’ patiënten, waarin hun voorgeschiedenis wordt beschreven, de problematiek, de ambulante behandeling en de oorzaak van het mislukken van deze behandeling. Nadat besloten werd dat deze behandeling niet (meer) mogelijk en zinvol was, werden de betreffende patiënten alsnog opgenomen in een SGLVG–kliniek. Zij werden daar niet meer behandeld door het ambulante team, maar door hulpverleners verbonden aan de kliniek. Om te beoordelen of een klinische behandeling voor deze patiënten wel mogelijk en zinvol was, wordt ook het eerste halfjaar van de behandeling in de SGLVG–kliniek beschreven. De casusbeschrijvingen worden aangevuld met een aantal beschikbare meetgegevens.

## **De ambulante behandeling**

Kenmerkend voor de ambulante werkwijze is het ‘outreaching’–karakter. Dit houdt in dat de therapeut de patiënt in diens leefomgeving bezoekt en behandelt. Deze leefomgeving kan thuis bij de ouders zijn, maar ook in een instelling,<sup>4</sup> bijvoorbeeld een instelling voor verstandelijk gehandicapten, een gezinsvervangend tehuis of een psychiatrisch ziekenhuis.

De ambulante behandeling richt zich niet alleen op de patiënt zelf, maar ook op de woonomgeving, de familie, de hulpverleners en andere personen die deel uitmaken van het ‘sociale netwerk’. Het voordeel hiervan is dat alle omgevingsfactoren die het

probleemgedrag beïnvloeden in de behandeling betrokken kunnen worden. Het ambulante team bezoekt de patiënt en zijn of haar verzorgers, afhankelijk van de klachten en omstandigheden. Dit kan variëren van dagelijks tot om de paar maanden.

Het team bestaat uit een psychiater, orthopedagoog, maatschappelijk werker/systeemtherapeut, drie sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en een coördinator. In principe wordt aan elke patiënt één therapeut uit het team toegewezen, die de behandelaar en contactpersoon is van de betreffende patiënt en diens omgeving. Deze therapeut draagt de verantwoordelijkheid voor de coördinatie en uitvoering van het behandelproces, in overleg met het team. Soms voert de therapeut de behandeling zelf uit, soms zijn meerdere therapeuten uit het ambulante team of externe deskundigen bij (onderdelen van) de behandeling betrokken. Dagelijks vindt teamoverleg plaats. Daarnaast is er periodiek overleg over de toestand van de patiënt en de resultaten tot op dat moment.

De behandeling begint met het onderzoek, ofwel taxatie en diagnostiek. Veel aandacht wordt besteed aan de middelen en mogelijkheden van de omgeving van de patiënt om aldus de draagkracht en draaglast te bepalen. Daarna volgt de *behandelfase*, waarin een behandelplan wordt uitgevoerd dat is afgestemd op de mogelijkheden van de patiënt en diens omgeving. Er zijn meestal intermediërende contacten tussen de therapeut en de patiënt; de behandeling wordt opgezet en begeleid door de ambulante therapeut, maar grotendeels uitgevoerd door de verzorgers van de patiënt. Een voordeel hiervan is dat deskundigheid van de verzorgers bevorderd wordt. Belangrijk voor de afstemming en uitvoering van het behandelplan zijn de motivatie en samenwerking van de betrokkenen. De meest gebruikte vormen van behandeling zijn: medicamenteuze behandeling, gedragstherapie, ondersteunende begeleiding, structurerende en educatieve begeleiding van het milieu en systeemtherapie. In de laatste fase van de behandeling, de zogenaamde afronding, wordt aangegeven hoe recidief voorkomen kan worden, en hoe de patiënten en hun omgeving moeten handelen wanneer toch een recidief optreedt.

Met de term 'ambulante behandeling' wordt in dit artikel zowel de behandelfase, als de onderzoeks- en afrondingsfase aangeduid. Voor voorbeelden van succesvolle ambulante behandelingen verwijs ik naar eerder verschenen publikaties (Van Minnen, Hoogduin, Peeters & Smedts, 1993a, 1993b).

## Meetinstrumenten

De ernst van de problematiek van de vier besproken patiënten is onderzocht met de Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults (PIMRA; Matson, Van Minnen & Hoogduin, 1994) en de Reiss Screen for Maladaptive Behavior (Reiss, Van Minnen & Hoogduin, 1994). Beide meetinstrumenten hebben als doel om de aanwezigheid en ernst van psychiatrische stoornissen bij mensen met een verstandelijke handicap vast te stellen. De PIMRA is een gestructureerd interview, dat wordt afgenomen bij een beoordelaar, een persoon die de patiënt goed kent. De lijst bestaat uit 56 items. De subschalen die onderscheiden worden, waaronder schizofrenie en affectieve stoornissen, zijn gebaseerd op hoofdcategorieën van de DSM-III van de American Psychiatric Association (1980). De Reiss Screen is een vragenlijst met 38 items, die eveneens wordt beantwoord door een beoordelaar. De beoordelaar kan aan

de hand van een meervoudig criteriasysteem beoordelen in hoeverre een bepaald symptoom 'geen probleem', 'een probleem' of een 'groot probleem' is voor de patiënt. Dit wordt gebaseerd op de intensiteit, frequentie en gevolgen van het betreffende gedrag. Aan de orde komen items over onder meer agressief gedrag en autisme.

In de hieronder volgende casuïstieken wordt over de totaalscores van de PIMRA (range 0–56) en de Reiss Screen (range 0–76) gerapporteerd bij respectievelijk de aanvang van de ambulante behandeling, bij aanvang van de klinische behandeling en na 28 weken klinische behandeling. Voor beide meetinstrumenten geldt: hoe hoger de scores, hoe meer symptomen de patiënt vertoont.

## De zwangerschapswaan van Anna

---

*Anna is een vrouw van 28 jaar, met een verstandelijke handicap (IQ 60). Toen Anna vijftien jaar oud was stierf haar moeder. Vanaf dat moment heeft Anna de taak van haar overleden moeder in het gezin overgenomen. Daarna hebben andere wisselingen in het gezin plaatsgevonden: het overlijden van een inwonende oma, de komst van een nieuwe partner van vader en het uit huis gaan van haar broers. Na die wisselingen is Anna gedecompenseerd. Op de voorgrond stonden psychotische kenmerken, met name een zwangerschapswaan. Anna meende dus dat ze zwanger was en gedroeg zich vaak alsof ze aan het bevallen was. Daarnaast praatte ze vaak in zichzelf en hoorde ze de stem van haar overleden moeder. Ze was 26 jaar oud toen ze werd opgenomen op een PAAZ. Op de PAAZ is geprobeerd om de psychotische symptomen medicamenteus te behandelen, zonder resultaat. (De medicatie bestond uit Dipiperon 160 mg en Tegretol 600 mg.) Ook had Anna moeite zichzelf goed te verzorgen, kon ze geen structuur aan haar dag geven en liep vaak weg. Bovendien had ze moeite met het leggen van contacten. Op de PAAZ wist men niet hoe haar goed te behandelen. Om deze reden werd ze, na een verblijf van een jaar op de PAAZ, aangemeld voor behandeling in een SGLVG–kliniek.*

*Na randomisatie werd ze toegewezen aan de ambulante behandelconditie. Het ambulante team onderzocht het intelligentieniveau en het sociaal–emotionele ontwikkelingsniveau van Anna. Verder is milieuonderzoek verricht. Op basis van deze onderzoeksgegevens kwam het team tot de conclusie dat Anna thuis overvraagd was en dat ze alle wisselingen en verlieservaringen in het gezin niet heeft kunnen verwerken. Voor een ambulante behandeling voor haar psychose bleken er weinig mogelijkheden binnen de PAAZ. Haar intelligentieniveau was te laag om daar op een goede manier te kunnen functioneren. Overplaatsing naar een reguliere instelling voor de zorg van verstandelijk gehandicapten was, gezien haar psychose, niet mogelijk. Om deze reden is door het behandelteam besloten tot opname in de SGLVG–kliniek. De klinische behandeling richt zich op het bieden van veiligheid en duidelijkheid en is structurerend, stimulerend en activerend. Speciaal aandachtspunt is dat Anna op haar niveau wordt aangesproken en dat ze niet wordt overvraagd. Men leert haar adequaat gedrag aan, met name sociale vaardigheden, en pedagogische aspecten staan op de voorgrond (een soort 'heropvoeding'). Daarnaast worden medicamenteuze veranderingen doorgevoerd: na 6 weken wordt de Dipiperon verlaagd naar 120 mg en na 17 weken wordt de Tegretol gestaakt. De resultaten na 28 weken klinische behandeling zijn dat Anna een dagprogramma kan volgen en zich zelfstandig kan verzorgen. Ze neemt duidelijk meer initiatieven tot sociaal contact. Wat betreft haar psychotische klachten praat ze minder in zichzelf en de wanen en hallucinaties zijn naar de achtergrond verdwenen. Haar contact met de werkelijkheid is verbeterd.*

*Bij aanvang van de ambulante behandeling was de score op de PIMRA 23, bij aanvang van de klinische behandeling 19, en na 28 weken klinische behandeling bedroeg deze 12. De totaalscore van de Reiss Screen bedroeg respectievelijk 15, 13 en 10.*

## **Beschouwing**

De ambulante behandeling heeft zich in dit geval beperkt tot de diagnostische fase, waarin duidelijk werd dat een behandelplan in de situatie waarin Anna verbleef niet uitvoerbaar was. Binnen de PAAZ waren er te weinig mogelijkheden om haar een adequaat behandelprogramma aan te bieden. Gezien de verstandelijke handicap van Anna leek doorverwijzing naar een instelling voor zorg van verstandelijk gehandicapten het meest voor de hand liggend, maar haar psychose maakte zo'n doorverwijzing onmogelijk. Wat overbleef was een opname in een SGLVG–kliniek. Tijdens de klinische behandeling is men er in geslaagd een aantal symptomen in gunstige zin te beïnvloeden.

## **Het impulsief seksuele gedrag van Bernard**

---

*Bernard is een jongeman van achttien jaar, met een verstandelijke handicap (IQ 66). Samen met twee broers groeide hij op bij zijn ouders, die waarschijnlijk zwakbegaafd waren. Sinds zijn derde jaar vertoonde hij druk gedrag met af en toe woede–uitbarstingen. In de puberteit werd het gedrag van Bernard minder hanteerbaar voor de ouders. Samen met zijn vrienden pleegde hij diverse diefstallen en vernielingen. Tevens bedreigde hij zijn moeder als hij zijn zin niet kreeg; hij heeft haar bijvoorbeeld eens met een mes bedreigd. Er werd hulp ingeroepen van de RIAGG. Ondanks het feit dat er met behulp van de RIAGG wel verbetering optrad, stopten zijn ouders met deze hulp.*

*In de puberteit voelde Bernard zich gefrustreerd doordat hij geen vriendinnetjes kon krijgen. Meisjes van zijn leeftijd wezen hem steeds af. Hij zocht, mogelijk om die reden, contact met jongere meisjes. Op zeventienjarige leeftijd werd hij betrapt toen hij een zevenjarig meisje betastte en een poging deed tot verdergaand seksueel contact. De kinderrechter achtte voorlopige hechtenis noodzakelijk. De districtspsychiater meende daarentegen dat een hechtenis de psychische toestand van Bernard zou doen verslechteren. Daarom werd de voorlopige hechtenis geschorst op voorwaarde dat Bernard zich psychiatrisch zou laten opnemen. Hij werd opgenomen in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ). De behandelstaf van het APZ vond echter dat Bernard niet thuishoorde in dit instituut; men vond zijn problemen meer gedragsmatig dan psychiatrisch van aard. Om die reden werd de hulp van een SGLVG–kliniek gevraagd.*

*Na randomisatie werd Bernard aan de ambulante behandelconditie toegewezen. Na familieanamnese en milieu–onderzoek kwam het ambulante team tot de conclusie dat Bernard in geen geval terug naar ouders geplaatst moest worden, omdat zij hem niet de gestructureerde omgeving kunnen geven die hij nodig heeft. Tevens had het ambulante team contact met advocaat, rechter en reclassering, om te bewerkstelligen dat Bernard ambulant behandeld zou kunnen blijven worden. Na verloop van tijd besliste de rechter echter dat alleen behandeling in een gespecialiseerde kliniek een plaatsing in de jeugdgevangenis zou kunnen voorkomen, en dat ambulante behandeling niet toegestaan was. De ambulante behandeling werd toen uiteraard afgesloten. Tijdens de ambulante behandeling kreeg Bernard geen medicatie.*

*Bij opname in de SGLVG–kliniek wordt Bernard beschreven als een angstige jongen met problemen in de impulsregulatie. Observaties laten zien dat zijn concentratie beperkt is; hij is zeer beïnvloedbaar. Als voorlopige diagnose wordt ‘aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit’ gesteld. Het belangrijkste behandeldoel is om een evenwicht tussen autonomie en afhankelijkheid in sociaal–emotioneel opzicht te bewerkstelligen. De behandeling is voornamelijk gericht op het bieden van structuur en zelfregulering. Tijdens de opname krijgt Bernard geen medicatie. Er wordt een gedragsregulatiesysteem (GRS) opgesteld, een gedragstherapeutisch programma waarbij gebruik wordt gemaakt van operante technieken. De GRS heeft een goed resultaat en vooral positieve bekrachtigers kunnen hem in positieve zin beïnvloeden. Na een halfjaar is Bernard meegaand, coöperatief en rustiger. Deze veranderingen lijken echter niet geïnternaliseerd te worden; er wordt vastgesteld dat Bernard het gewenste gedrag alleen vertoont als er begeleiding en controle aanwezig is. Wanneer die ontbreken, laat hij zich leiden door zijn impulsen. Een voorbeeld hiervan is dat hij, toen hij zonder begeleiding was, een veertienjarig meisje seksueel heeft benaderd, waarvoor de politie werd ingeschakeld. De scores op de PIMRA (10–3–3) en de Reiss Screen (6–3–1), hoewel redelijk stabiel tijdens zowel de ambulante als de klinische behandeling, geven over het geheel enige verbetering aan.*

## **Beschouwing**

De ambulante behandeling heeft zich beperkt tot de diagnostische fase. De reden dat een behandelplan uiteindelijk niet ambulant uitgevoerd kon worden, lijkt voornamelijk op het justitiële vlak te liggen; op last van justitie was een opname noodzakelijk. Ook de setting speelde in dit geval een rol: een psychiatrische instelling werd niet erkend als een geschikte omgeving om de behandeling uit te voeren. Tijdens de klinische behandeling was het bieden van structuur de belangrijkste doelstelling. Zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens geven enige verbetering aan. Deze verbetering in het gedrag van Bernard lijkt echter niet geïnternaliseerd te zijn en verwacht wordt dat Bernard in de toekomst een voorspelbare omgeving nodig zal blijven hebben.

## **De agressie van Cor**

---

*Cor is een zwakbegaafde man van veertig jaar (IQ 75). Hij was enig kind in een bakkersgezin. Het ouderlijk milieu bood Cor niet wat hij nodig had. Zijn vader mishandelde zijn moeder; hij zou zich ook schuldig gemaakt hebben aan oplichting. Toen Cor achttien jaar was, werd hij opgenomen in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis; jaren sleet hij zijn dagen op een verblijfsafdeling. Op 32–jarige leeftijd nam hij, tegen advies, ontslag. Hij ging zelfstandig wonen, hoewel hij geen vaste dagbesteding had. Cor was ontevreden over zijn huidige leven. Hij voelde zich eenzaam en onzeker over zijn toekomst. Als de instanties die betrokken waren bij zijn begeleiding (bijv. een sociaal–pedagogische dienst) niet snel genoeg zijn wensen konden verwezenlijken, reageerde hij met agressief gedrag, vernielde huisraad en dreigde met zelfverwonding. Cor kwam steeds in conflict met zijn medemensen. Hij viel medewerkers van de woningbouwvereniging lastig, bracht schade toe aan woningen, en was agressief tegen omwonenden. De politie moest vaak ingeschakeld worden. Medicamenteuze behandeling (Neuleptil 20 mg) had geen resultaat, net zo min als de begeleiding en hulp vanuit de SPD. Ten slotte werd Cor aangemeld voor behandeling in een SGLVG–kliniek.*

*Na randomisatie werd hij toegewezen aan de ambulante behandelconditie. Tijdens de diagnostische fase had het team wekelijks ondersteunende contacten met Cor. De Neuleptil werd verhoogd naar 40 mg en hij kreeg daarnaast Oxazepam (20 mg) en Valium (10 mg). Vanwege ernstige overlast voor omwonenden werd Cor door de kantonrechter uit huis gezet. Een opname in de SGLVG –kliniek was, vanwege plaatsgebrek, op dat moment niet mogelijk, en als tussenoplossing regelde het ambulante team, in samenwerking met de SPD en RIAGG, een plaatsing in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis door middel van een rechterlijke machtiging. Behandeling binnen het psychiatrisch ziekenhuis was volgens de staf, vanwege zijn te lage intelligentieniveau, niet mogelijk, en er volgde overplaatsing naar een SGLVG–kliniek.*

*Een belangrijk doel van de opname was integratie in de maatschappij mogelijk te maken en een geschikte woonplaats voor hem te vinden. Na de diagnostische fase stelde men vast dat als de omgeving van Cor een te groot beroep doet op zijn beperkte flexibiliteit en frustratietolerantie, hij met agressie reageert. Om de gedragsproblemen in positieve zin te beïnvloeden hanteert de groepsbegeleiding een affectief–neutrale, zakelijke, duidelijke en consequente benadering. Men geeft hem voornamelijk positief commentaar, en duidelijkheid en structuur in de vorm van een vast ritme van dag en week. Daarnaast krijgt hij ook mogelijkheden om zelfstandig activiteiten te ondernemen. Hij heeft een vaste persoonlijke begeleider met wie hij alle zaken dient te overleggen.*

*Als Cor dreigt met wegllopen of zich voor een auto of trein te gooien, wordt hij voor ongeveer vijftien minuten naar zijn slaapkamer gestuurd om tot rust te komen. Wanneer hij kleding kapot maakt wordt hierop neutraal gereageerd. Het resultaat van de behandeling is dat Cor stabiel functioneert, een positieve grondstemming heeft en zich goed aan de gemaakte afspraken houdt. In ongestructureerde en onbekende situaties houdt Cor moeite met de aanpassing; een gestructureerde en duidelijke woonomgeving blijft voor hem noodzakelijk. De behandeling wordt afgesloten en Cor wacht op een voor hem passende woonsituatie. De totaalscores van de PIMRA (25–7–2) en de Reiss Screen (22–3–1) laten een vermindering zien van de gedragsstoornis.*

## **Beschouwing**

De ambulante behandeling heeft in eerste instantie bestaan uit ondersteunende begeleiding van de patiënt. Het feit dat de ambulante behandeling een opname in een SGLVG–kliniek niet kon voorkomen ligt aan de leefomgeving van de patiënt tijdens de ambulante behandeling. Zelfstandig wonen was mede gezien zijn intelligentieniveau te hoog gegrepen. Het ontbrak Cor aan structuur en begeleiding, waardoor de problemen escaleerden. Een gedwongen opname in een APZ was slechts een tijdelijke oplossing. Hoewel de gedragsstoornis aanzienlijk verminderde tijdens de opname in het psychiatrisch ziekenhuis, bleek dit voor de lange termijn voor hem geen goede omgeving; plaatsing in de SGLVG–kliniek leek de enige mogelijkheid. De structurerende aanpak tijdens de klinische behandeling leek goed aan te sluiten bij de behoeften van de patiënt. De verwachting is dat Cor een structurerende omgeving nodig zal blijven hebben en dat plaatsing binnen de reguliere zorg voor verstandelijk gehandicapten geïndiceerd is.

## **De paranoïde psychose van Dahad**



*Dahad is een zwakbegaafde jongeman van 21 jaar met de Marokkaanse nationaliteit. Toen Dahad negen jaar oud was, scheidde zijn ouders. Zijn vader is na de scheiding teruggegaan naar Marokko en Dahad heeft sinds die tijd de vaderrol overgenomen. Rond deze tijd ontstonden gedrags- en aanpassingsproblemen. Vanwege deze problemen is er begeleiding geweest van een stichting maatschappelijk werk en gezinsverzorging. Deze begeleiding bestond voornamelijk uit het bieden van structuur, maar had geen positieve resultaten. Op dertienjarige leeftijd werd Dahad door middel van een onder-toezichtstelling (OTS) in een orthopedagogisch instituut geplaatst. De moeilijkheden die aanleiding gaven tot deze maatregel bestonden onder andere uit stelen, gokken en bedreigen. Op zeventienjarige leeftijd werd Dahad naar huis gestuurd.*

*Op twintigjarige leeftijd wordt Dahad met behulp van een inbewaringstelling (IBS) in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen. Aanleiding hiervoor was pathologisch gokgedrag, druggebruik en diefstal met bedreiging. De diagnose: 'paranoïd gekleurde psychotische decompensatie met een antisociale persoonlijkheidsstoornis' werd gesteld. De IBS werd omgezet in een rechterlijke machtiging (RM). De medicatie bestond op dat moment uit: Trilafon (50 mg depot) en Akineton (8 mg).*

*Vervolgens werd Dahad aangemeld bij een SGLVG-kliniek; na randomisatie werd hij ambulante behandeld. Doelstelling van de behandeling was diagnosestelling en het ontwikkelen van een realistisch toekomstperspectief. Na onderzoek door het team, bleek dat het uitvoeren van een ambulante behandeling onmogelijk was: Dahad kon niet terug naar huis om daar behandeld te worden wegens problemen met zijn stiefvader. Zijn moeder gaf aan de opvang van haar zoon niet aan te kunnen. Ook in het psychiatrisch ziekenhuis waren er geen mogelijkheden tot behandeling: men had geen afdeling die geschikt was voor het behandelen van deze zwakbegaafde patiënt. Op de afdeling waar Dahad op dat moment verbleef, werd hij uitgestoten door de groep en kon hij, gezien zijn intelligentieniveau, niet meedoen aan het behandelprogramma. Na twee contacten van het ambulante team met alle betrokkenen werd besloten dat een opname in de SGLVG-kliniek geïndiceerd was. De paranoïde psychose was op dat moment succesvol behandeld.*

*Zijn medicatie bij opname bestond uit Trilafon (12 mg) en Akineton (8 mg). In de beginperiode van de opname trok Dahad zich terug als reactie op opmerkingen van groepsleden over zijn komaf. Vervolgens begon hij de groepsleden te pesten, bijvoorbeeld door hen langdurig aan te kijken en op ongewenste tijdstippen hun kamer te bezoeken. Als behandelstrategie werd gekozen voor het opstellen van enkele gedragsregels met betrekking tot de pesterijen, het verzorgen van zichzelf en het zich houden aan afspraken. Men koos voor een consequente en duidelijke benadering, waarin geen ruimte was voor discussie. Men trachtte hem tevens te behoeden voor negatieve ervaringen. Na verloop van tijd bleek dat Dahad steeds meer op zijn tenen moest lopen om zich te handhaven. Daarom werd gekozen voor overplaatsing naar een afdeling die meer gericht is op individuele begeleiding. Op deze afdeling is Dahad vervolgens psychotisch gedecompenseerd. Tijdens de psychotische episode is hij meerdere malen weggelopen en naar huis vertrokken. Daar werd hij echter geconfronteerd met het feit dat terugkeer naar zijn huis onmogelijk was. Deze confrontatie leidde tot agressie, waardoor separatie noodzakelijk was. Dahad had zeer wisselende stemmingen, was zeer achterdochtig en sliep slecht. Op grond hiervan werd besloten zijn medicatie aan te passen. De Trilafon werd verhoogd naar 16 mg en hij kreeg Nozinan (25 mg). Daarnaast werd besloten dat Dahad voorlopig niet aan therapieonderdelen meer zou deelnemen; in plaats daarvan kreeg hij een rustig en gestructureerd dagprogramma aangeboden.*

*Hij slaapt 's nachts in een open separatuieruimte. Deze interventies lijken aan te slaan: hij wordt rustiger, minder achterdochtig en zijn stemming is meer stabiel. De score op de PIMRA bedroeg bij aanvang van de ambulante behandeling 15, bij aanvang van de klinische behandeling 16. Tijdens de klinische behandeling stegen de scores, overeenkomstig met de*

*kwantitatieve gegevens. Na de laatst beschreven interventies daalt het probleemgedrag aanmerkelijk naar 3. De scores op de Reiss Screen (6-7-3) laten eenzelfde patroon zien.*

## **Beschouwing**

De ambulante behandeling heeft zich in dit geval beperkt tot de diagnostische fase. Het feit dat een opname in een SGLVG-kliniek niet kon worden voorkomen, ligt waarschijnlijk aan de leefomgeving van de patiënt. In de 'normale' psychiatrie kon hem geen adequate behandeling worden aangeboden en ook terugkeer naar het ouderlijk milieu behoorde niet tot de mogelijkheden. Gezien de problematiek van Dahad was plaatsing in de reguliere zorg voor verstandelijk gehandicapten eveneens onmogelijk. Opname in een SGLVG-kliniek bleef over. Hoewel in de eerste periode van de klinische behandeling een algehele verslechtering optrad, lijkt men er uiteindelijk in geslaagd om een effectieve benaderingswijze en behandeling te bieden. In de toekomst zal de behandeling gericht worden op gedragsregulatie en omgang met zijn gezin van herkomst. Het doel is uiteindelijk om hem te plaatsen in een gezinsvervangend tehuis.

## **Discussie**

In alle vier de gevallen waarbij een ambulante behandeling niet mogelijk bleek, heeft de behandeling zich voornamelijk beperkt tot de onderzoeksfase. Een belangrijk onderdeel van deze fase is een onderzoek naar de leefomgeving van de patiënt, de draagkracht en

–last van de omgeving en de afstemming van de mogelijkheden van de omgeving op de behoeften van de patiënt. De beslissing dat de behandeling niet ambulante uitgevoerd kon worden, was gebaseerd op de afwezigheid van een leefsituatie waarin een ambulante behandelplan op een adequate manier uitgevoerd kon worden. Uit de casusbeschrijvingen wordt duidelijk dat niet zozeer het probleemgedrag zelf, maar de aanwezigheid van een passende woonomgeving voor de patiënt de meest cruciale factor is bij het bepalen van de uitvoerbaarheid van een ambulante behandeling. Dit zou gezien kunnen worden als een voorwaarde voor een ambulante behandeling. De onderzoeksfase, waarin deze voorwaarde getoetst wordt, is dus zeer belangrijk. De vier patiënten woonden op het moment dat de mogelijkheden ontstonden, bij hun ouders of zelfstandig. In de onderzoeksperiode echter, was voor hen een (tijdelijke) oplossing gezocht in de vorm van een psychiatrische opname. Een APZ of een PAAZ bleek echter voor deze patiënten geen passende omgeving. Voor deze patiënten gold dat gezien hun problematiek terugplaatsing naar de oorspronkelijke woonsituatie niet mogelijk of niet gewenst was. Plaatsing in de reguliere zorg voor verstandelijk gehandicapten was evenmin mogelijk, door de bestaande wachtlijsten en door de ernst van de problematiek. Een opname in een SGLVG-kliniek bleef in deze gevallen als enige oplossing over.

Bij twee, hier niet besproken, patiënten uit de onderzoeksgroep vond tijdens de ambulante behandeling eveneens een (tijdelijke) opname plaats in een psychiatrische setting. Bij hen kon de ambulante behandeling wel voortgezet worden, waarschijnlijk omdat de psychiatrische opname kortdurend was, gericht was op crisisinterventie en instelling op medicatie; bovendien was bij hen belangrijk dat opname plaatsvond vanuit een reguliere instelling voor verstandelijk gehandicapten, waardoor terugplaatsing

mogelijk was. Uit deze gegevens is af te leiden dat een plaatsing in een PAAZ of APZ, wanneer deze niet het karakter heeft van een crisisinterventie en niet plaatsvindt vanuit de reguliere zorg voor verstandelijk gehandicapten, bij deze doelgroep vooralsnog ongewenst is. Een opname in een SGLVG–kliniek lijkt dan geïndiceerd.

In de vier besproken gevallen is de ambulante behandeling mislukt in die zin dat een opname in een SGLVG–kliniek niet voorkomen kon worden. Om recht te doen aan de specifieke problemen van mensen met een verstandelijke handicap en hun op een adequate wijze hulp te bieden zou voor hen echter in de eerste plaats een opname in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis voorkomen moeten worden. Om dit te bewerkstelligen zou opname in een SGLVG–kliniek, direct vanuit een ongunstige leefomgeving, mogelijk moeten zijn. Daartoe zou elke SGLVG–kliniek, naast de reguliere behandelplaatsen, tevens enkele crisisplaatsen moeten hebben.

---

### Abstract

*For many mildly mentally retarded persons with severe behavioral disorders outreach treatment is an effective alternative for inpatient treatment. Nevertheless, a number of patients do not benefit from outreach treatment. This article describes this form of treatment, and presents case histories of patients for whom the outreach treatment was not possible. The most important variable connected with the failure of outreach treatment was the lack of a suitable home environment for the clients involved. During the program they stayed in psychiatric hospitals, where adequate treatment appeared impossible to effectuate. It is therefore concluded that for these patients admission to a psychiatric hospital should be prevented. They should be directly referred to specialized clinics, where treatment can be tailored to their mental handicap.*

### Noten

- 1 Hoewel de afkorting SGLVG verwijst naar licht verstandelijk gehandicapten (IQ 50/55–70), werd door het ministerie van WVC (1982) om pragmatische redenen besloten ook de groep zwakbegaafden (IQ 70–85/90) tot de doelgroep SGLVG te rekenen. De afkorting SGLVG verwijst derhalve naar cliënten met een IQ tussen de 50 en de 90.
- 2 De afkorting SGLVG verwijst naar sterke gedragsstoornissen. De term gedragsgestoordheid is echter nooit precies gedefinieerd en afgebakend. In feite komen bij SGLVG–patiënten naast de gedragsstoornissen, allerlei andere stoornissen voor, waaronder depressie, angststoornissen, psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Men zou aan de diversiteit van de problemen recht doen door de term ‘psychische stoornissen’ te hanteren. Om aan te sluiten bij de op dit gebied in Nederland gangbare typering ‘sterk gedragsgestoord’ wordt in dit artikel echter gesproken van (sterke) gedragsstoornissen, waarmee alle psychische stoornissen zoals genoemd in de DSM–IV (APA, 1994) worden bedoeld.
- 3 De behandelingen zijn uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de behandelaars van de kliniek waar het onderzoek werd verricht.
- 4 In de strikte zin des woords is in dit geval geen sprake van *ambulant* behandelen, eerder van consultatie of ‘outreaching’ behandeling. De term ‘ambulante behandeling’ wordt immers meestal gebruikt voor behandeling van patiënten die niet zijn opgenomen en thuis verblijven. Door de beperkte verstandelijke vermogens van de hier beschreven patiënten, wonen zij vaak niet meer thuis bij de ouders, maar zijn zij opgenomen in een instelling voor verstandelijk gehandicapten of een gezinsvervangend tehuis. Deze opname heeft meestal geen tijdelijk karakter, maar is bedoeld als permanente leefomgeving. Om die reden heeft men in de praktijk gekozen om te spreken van een *ambulante* behandeling. Ambulant, ofwel ‘niet–opgenomen’, verwijst dan naar het niet–opgenomen zijn in een *SGLVG–instituut*. Ook

Over het mislukken van de ambulante behandeling bij licht verstandelijk gehandicapten met sterke gedragsstoornissen

SGLVG-patiënten die (tijdelijk) in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis verblijven kunnen binnen dit kader *ambulant* worden behandeld. In dit artikel wordt aangesloten bij deze terminologie.

## Referenties

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders III*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV*. Washington, DC: Author.
- Cochran, W.E., Sran, P.K., & Varano, G.A. (1977). The relocation syndrome in mentally retarded individuals. *Mental Retardation*, 15, 10–12.
- Cullari, S., & Ferguson, D.G. (1981). Individual behavior change: Problems with programming in institutions for mentally retarded persons. *Mental Retardation*, 19, 267–270.
- Heller, T. (1982). The effects of involuntary residential relocation: A review. *American Journal of Community Psychology*, 10, 471–492.
- Matson, J.L., Minnen, A. van, & Hoogduin, C.A.L. (1994). *De Nederlandse versie van de Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults (PIMRA)*. Illinois: International Diagnostic Systems.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1982). *Over de opvang van sterk gedragsgestoorde, licht geestelijk gehandicapten*. Rapport van de Commissie sterk gedragsgestoorde, licht geestelijk gehandicapten.
- Minnen, A. van (1995). *Een verschil van dag en nacht? De vergelijking van ambulante en klinische behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG)*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Minnen, A. van, Hoogduin, C.A.L., Peeters, L.A.G., & Smedts, H.T.M. (1993a). Ambulante behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 8, 550–555.
- Minnen, A. van, Hoogduin, C.A.L., Peeters, L.A.G., & Smedts, H.T.M. (1993b). An outreach treatment approach of mildly mentally retarded adults with psychiatric disorders. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 39, 126–133.
- O'Connor, G. (1983). Presidential address 1983. Social support of mentally retarded persons. *Mental Retardation*, 21, 187–196.
- Reiss, S., Minnen, A. van, & Hoogduin, C.A.L. (1994). *De Nederlandse versie van de Reiss Screen for Maladaptive Behavior*. Illinois: International Diagnostic Systems.
- Reiss, S., Minnen, A. van, & Hoogduin, C.A.L. (1994). *De Nederlandse versie van de Reiss Screen for Maladaptive Behavior*. Illinois: International Diagnostic Systems.