

# Bijkomende problematieken

## Inhoud

Algemeen.....	1
Agressie en Probleemgedrag.....	1
Forensische problematiek .....	3
Preventie en seksueel misbruik.....	3
Meervoudige beperking .....	3
Autisme .....	3
ADHD .....	4
Epilepsie – wat is dat eigenlijk?.....	6
Dementie .....	8
Wat is normaal gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking?.....	10
Gedrag bezien vanuit het ontwikkelingsperspectief .....	10
NBD Model.....	10
Normaal gedrag .....	11
Abnormaal gedrag en psychiatrische stoornissen.....	12
Goed onderscheid is belangrijk .....	12
Meer leren over normaal gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking?.....	13

## Algemeen

Naast de kenmerken van het syndroom dat iemand heeft kan er bijkomende problematiek ontstaan. Onderstaande thema's geven een inleiding hiertoe, maar is niet uitputtend.

## Agressie en Probleemgedrag

### **probleemgedrag of complex gedrag?**

Probleemgedrag als beschrijving voor ongewenst of complex (en dus soms moeilijk begripbaar) gedrag van mensen met een verstandelijke beperking, is misschien niet de beste term om te gebruiken hiervoor. Het woord legt de nadruk op het probleem in plaats van op wat er feitelijk aan de hand is: namelijk gedrag dat complex, moeilijk begripbaar of ongewenst is. Hierin ligt dan ook een deel van de oplossing: we kunnen 'probleemgedrag' het beste oplossingsgericht benaderen.>[download informatieblad 'oplossingsgericht werken'](#)

### **overvraging**

Mensen met een verstandelijke beperking worden relatief vaak overvraagd. De ontwikkeling bij deze doelgroep verloopt langzamer en moeizamer doordat mensen met een verstandelijke beperking een ontwikkelingsachterstand hebben en doordat mensen met wie zij in aanraking komen vaak moeite hebben om hen op het juiste niveau te schatten. Bovendien loopt de ontwikkeling op de verschillende levensgebieden vaak niet gelijk, waardoor het extra lastig is voor anderen om in te schatten waar iemand goed in is of moeite mee heeft. Vooral mensen met een lichte verstandelijke beperking hebben vaak met overvraging te maken. De reden hiervoor is dat de beperking bij hen meestal niet aan het uiterlijk van de persoon is op te maken. Hierdoor hebben zij meer dan anderen geleerd om de beperking te verbloemen.

### **spanning**

Overvraging kan leiden tot spanning en moeilijk begripbaar gedrag. Vooral als er sprake is van een voortdurende overvraging. Veel mensen met een verstandelijke beperking hebben hier mee te kampen. Dit kan in sommige gevallen zelfs resulteren in een psychose.

### **emotioneel niveau**

De cognitieve, emotionele en sociale ontwikkeling van mensen met een verstandelijke beperking lopen vaak niet gelijk. Mensen met een verstandelijke beperking maken dezelfde emotionele ontwikkelingsfasen door als mensen zonder verstandelijke beperking. Het verschil ligt in de duur van bepaalde fasen en in het uiteindelijk bereikte niveau van de ontwikkeling. De emotionele ontwikkeling kan in alle fasen van de ontwikkeling geblokkeerd raken, terwijl ondertussen de ontwikkeling op andere gebieden gewoon door kan gaan. Iemand kan (cognitief) dan meer dan hij of zij (sociaal-) emotioneel aankunnen. Dit is een valkuil die kan leiden tot overschatting van een cliënt. "Maar agressie is niet normaal, dat is het nooit" (Marcel Dortants, voorzitter werkgroep 'Agressie een stap voor' Meander Groep)

### **vechten-vluchten-bevriezen.**

Alle mensen bezitten van nature deze instinctieve reacties omdat die het verschil kunnen maken in levensbedreigende situaties. In de oertijd ging je niet in discussie met een beer, maar besliste je in een fractie van een seconde wat de beste strategie zou zijn om de dreiging te baas te worden.

### **verstandelijke beperking**

Mensen met een verstandelijke of meervoudige beperking ervaren de wereld sneller als onveilig; ze missen het overzicht, hun vermogen om verbanden te zien is beperkt, informatie komt anders binnen door bijkomende zintuigelijke beperking, de verwerking van informatie verloopt traag of ze hebben niet de verbale vaardigheden om hun ongenoegen te uiten.

## Forensische problematiek

Voor mensen met een verstandelijke beperking gelden dezelfde wetten en regels als voor anderen. Soms is een delict echter gepleegd vanuit de verstandelijke beperking en krijgt de persoon daardoor een TBS-maatregel opgelegd. Ook in de gewone rechtspraak wordt vaak rekening gehouden met de verstandelijke beperking. In sommige gevallen kan dit door de rechter als verzachtende omstandigheid worden gezien. Veel zorgorganisaties in de verstandelijk gehandicaptensector hebben een gesloten afdeling, waar mensen door een rechterlijke machtiging of OTS (ondertoezichtsstelling) geplaatst kunnen worden.

Ook zijn er een aantal gespecialiseerde TBS-klinieken, zoals Hoeve Boschoord, FPC 2landen en de Kijvelanden.

> [klik hier voor informatie over strafrecht](#) (externe link)

## Preventie en seksueel misbruik

Juist voor de kwetsbare doelgroep van mensen met een verstandelijke beperking is het belangrijk om bewust met de onderwerpen seksualiteit en preventie bezig te zijn. Dat geldt zowel voor ouders als voor opvoeders, managers en begeleiders.

> [bezoek de site van Bosch en Suykerbuyk](#)

[http://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/PDF/Kennisbundel%20-%20seksualiteit\\_220413.pdf](http://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/PDF/Kennisbundel%20-%20seksualiteit_220413.pdf)

<http://www.vgn.nl/artikel/7973>

## Meervoudige beperking

Mensen met zowel een verstandelijke als een lichamelijke beperking noemen we meervoudig beperkt. Mensen met een zeer ernstige verstandelijke beperking en een motorische beperking noemen we meervoudig complex gehandicapt. Dit gaat vaak samen met andere lichamelijke problematiek zoals epilepsie, zicht- en gehoorproblemen en luchtweginfecties.

klik voor meer informatie over:

> [meervoudige complexe handicap](#) (externe link)

> [meervoudige beperking algemeen](#) (externe link)

zie ook : LVB klem tussen GGZ en de VB sector

<https://www.mijngezondheidsgids.nl/licht-verstandelijk-beperkten-tussen-wal-en-schip/>

## Autisme

De Nederlandse Vereniging voor Autisme zegt het volgende over stoornissen in het autistische spectrum: 'Men noemt het geheel van Autisme Stoornissen een Spectrum om daarmee aan te geven dat een autisme stoornis op heel verschillende manieren tot uiting kan komen. Mensen met een Autisme Spectrum Stoornis (ASS) vormen

een bontgekleurd gezelschap. Geen twee mensen met een ASS zijn hetzelfde. Net als alle mensen zijn ook mensen met een ASS uniek. Zij hebben hun eigen persoonlijkheid, temperament, ervaringen, beperkingen en kwaliteiten. De één maakt geen oogcontact, de ander wel. De één kan urenlang stil en teruggetrokken in een hoekje blijven zitten, de ander gaat ongeremd op mensen af.'

Per individu kan de mate waarin autisme zich voordoet sterk verschillen. Zeer weinig personen vertonen álle symptomen. Het is voor de praktijk van belang onderscheid te maken tussen personen met autisme en personen met autistiform gedrag. Binnen de glijdende schaal van de autismspectrumstoornis wordt autistiform gedrag niet vermeld.

**Autistiform** gedrag is geen autisme; het is op autisme gelijkend gedrag. Waar bij personen met autisme de volledige triade aan kenmerken aanwezig is, doet zich bij mensen met autistiform gedrag slechts een enkel kenmerk van autisme voor. Autistiform gedrag kan hinderlijk zijn, maar hoeft niet te leiden tot ongewenst gedrag. Mensen met een gemiddelde begaafdheid kunnen met autistiform gedrag maatschappelijk normaal functioneren. Autistiform gedrag grenst aan normaal gedrag en komt daarom vaak voor. Autistiform gedrag kan veroorzaakt worden door een verstandelijke beperking. Iemand kan bijvoorbeeld door een achterstand in het sociaal emotionele functioneren moeite hebben met contact maken of ander moeilijk begrijpbaar gedrag vertonen dat op autistisch gedrag lijkt.

## ADHD

De afkorting ADHD staat voor Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. In het Nederlands: Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit. Kinderen met ADHD hebben vaker en sterker dan de meeste andere kinderen problemen met:

- **Aandacht en concentratie:**  
zij vinden het moeilijk om hun aandacht blijvend op een taak te richten en zich niet door allerlei prikkels uit de omgeving te laten afleiden;
- **Hyperactiviteit:**  
ze zijn, vooral op jongere leeftijd, voortdurend in beweging. Ze zijn vaak snel opgewonden en gefrustreerd. Vaak voelen zij een grote onrust van binnen. Stil zitten en rustig zijn, kost ongewoon veel energie.
- **Impulsiviteit:**  
zij doen voordat ze denken. Ze houden zich niet (ook niet onbewust) bezig met de gevolgen van hun gedrag, de 'remfunctie' ontbreekt.
- **Regelfuncties:**  
ze vinden het moeilijk te plannen, en om hun emoties, motivatie en alertheid te reguleren en eerdere ervaringen te laten meespelen bij beslissingen en verwachtingen over de toekomst. Ze reageren daardoor ook anders op beloning en straf.

Niet alle kinderen met ADHD hebben in gelijke mate last van al deze problemen. De hyperactiviteit, het meest bekende kenmerk ("Alle Dagen Heel Druk") kan ontbreken of met het groter worden (meestal rond het tiende, elfde jaar) afnemen. Kinderen bij wie de hyperactiviteit en impulsiviteit niet wordt gezien wordt vaak gesproken van ADD, hoewel de officiële diagnose ADHD type 1 luidt. ADHD komt in alle landen en culturen voor en is, onder verschillende benamingen, van alle tijden. De Gezondheidsraad heeft vastgesteld dat ADHD in Nederland voorkomt bij 2-5% van de schoolgaande kinderen tot 14 jaar, waarbij 2% zeer ernstige symptomen heeft. ADHD lijkt bij jongens vaker voor te komen dan bij meisjes. Dit wordt (gedeeltelijk) veroorzaakt doordat de problemen zich bij meisjes vaak anders uiten en niet gezien worden als ADHD, maar als angst of depressie. ADHD type 1 of ADD lijkt bij meisjes vaker voor te komen. Bij mensen met een verstandelijke beperking versterkt ADHD de beperking, waardoor men relatief vaker hulp nodig heeft. Andersom geldt ook dat bij een verstandelijke beperking symptomen van ADHD vaak sterker tot uiting komen. Mensen met een lagere intelligentie overzien hun gedrag wat minder goed dan mensen met een hoog iq. Daardoor is het lastiger om jezelf bij te sturen. Kenmerken van ADHD en ADD Tussen mensen met ADHD bestaan net zoveel verschillen als tussen andere mensen. Mensen met ADHD verschillen ook in mate van ADHD-gedrag. Ze zijn dus niet altijd en ook niet allemaal even druk, impulsief of ongeconcentreerd. Ook niet als kind. Bij volwassenen zie je vaak dat veel gedragskenmerken verdwijnen en is het dan ook lastiger vast te stellen. Bij mensen met ADD zijn vooral de hyperactiviteit en de impulsiviteit minder zichtbaar. Er worden drie types ADHD onderscheiden: type 1: het niet-oplettende type (wordt ook wel ADD genoemd) type 2: het hyperactieve type type 3: het gemengde type Jonge kinderen met ADHD type 2 vallen vooral op omdat zij:

- moeilijk stil kunnen blijven zitten
- snel zijn afgeleid
- moeilijk op hun beurt kunnen wachten
- van de ene activiteit naar het andere hollen
- niet rustig kunnen spelen
- overdreven veel praten
- anderen in de rede vallen
- niet luisteren naar wat anderen zeggen
- zich vaak in gevaarlijke situaties storten

Voor de drie types geldt dat zij vaak

- moeilijk instructies kunnen volgen
- anders reageren op straf en beloning
- veel kwijtraken of vaak wat verliezen
- moeilijk blijvend de aandacht kunnen richten
- zichzelf moeilijk onder controle kunnen houden

Bij kinderen met ADHD type 1 (ADD) zien we vaak:

- te stil en angstig gedrag
- dromerigheid
- passiviteit en teruggetrokkenheid

Veel van deze kenmerken komen bij alle kinderen in meer of mindere mate voor. Bij kinderen met ADHD gaat het om een aantal kenmerken die in ernstige mate voorkomen en de ontwikkeling van het kind belemmeren. De kenmerken van AD(H)D worden ondergebracht in vier groepen:

- Aandachts- en concentratiestoornissen
- Hyperactiviteit
- Impulsiviteit
- Problemen met executieve functies ('regelfuncties')

Met medewerking van Landelijke Oudervereniging Balans, [www.balansdigitaal.nl](http://www.balansdigitaal.nl)

## Epilepsie – wat is dat eigenlijk?

Epilepsie is een verzamelnaam voor symptomen die duiden op een functiestoornis van de hersenen. Het is geen ziekte, maar een ziekte *verschijnsel*, zoals koorts. Epilepsie uit zich in aanvallen. Deze aanvallen worden veroorzaakt door een verstoring in de elektrische hersenactiviteit. De verschijnselen zijn afhankelijk van de plaats in de hersenen waar de activiteit verstoord is. De patiënt blijft soms bij kennis, maar bij veel aanvallen is het bewustzijn gestoord.

### Soorten epileptische aanvallen

In hoofdlijnen zijn er drie meest voorkomende aanvalstypen te onderscheiden: \* De *gegeneraliseerde tonisch clonische aanval* is een verkramping (tonisch) van het gehele lichaam, waarbij de patiënt buiten kennis is. Deze kramp wordt gevolgd door ritmisch schokken (clonisch) van de ledematen en het hoofd. Vaak treden verwondingen op door de val of een beet op de tong of wang. \* De *absence of afwezigheid* is een bewustzijnsdaling van enkele seconden. Soms draaien de ogen even weg of zakt de patiënt even door de benen. \* De *complexe partiële aanval* is een bewustzijnsdaling die samengaat met onwillekeurige handelingen. De patiënt kan de handen tastend en wrijvend bewegen, rondlopen en/of smak- en slikbewegingen maken. Deze aanvallen duren meestal langer dan absences.

### Oorzaken van epilepsie

Epilepsie kan verschillende oorzaken hebben. Bij een kwart van de patiënten gaat het om een verschijnsel dat in de aanleg al bij de geboorte aanwezig was. Soms gaat het om een erfelijke aanleg, maar het kan ook spontaan zijn ontstaan. Bij de helft van de patiënten is de oorzaak bekend, bijvoorbeeld een hersenbeschadiging tijdens de geboorte, ontsteking van de hersenen of het hersenvlies, of hersenletsel bij (verkeers)ongevallen. Met de vergrijzing van de samenleving wordt regelmatig een beroerte of gezwel als oorzaak gezien.

## Psychogene Pseudo-Epileptische Aanvallen

Mensen die epilepsie hebben krijgen aanvallen, maar niet iedereen met aanvallen heeft epilepsie. In dit geval spreken we van psychogene pseudo-epileptische aanvallen (afgekort PPEA's). Psychogeen omdat de aanval voortkomt uit psychische factoren, pseudo-epileptisch omdat de aanval lijkt op een epileptische aanval. PPEA's verlopen in het algemeen buiten iemands bewuste wil en bewustzijn om en zijn meestal een teken van psychische overbelasting. De overbelasting kan voortkomen uit situaties uit het heden, maar ook uit langer geleden opgedane negatieve ervaringen. Men is zich vaak niet bewust van de problematiek. Niet iedereen met PPEA's heeft hetzelfde type probleem. Thema's die bij de behandeling vaak aan de orde komen zijn: het moeilijk kunnen onderkennen en uiten van negatieve emoties; overvraagd worden qua capaciteiten of in emotioneel opzicht of zichzelf overvragen door hoge eisen; belastende ervaringen vanuit het verleden die in het huidige leven nog doorwerken.

### Wat doet SEIN?

Stichting Epilepsie Instellingen Nederland (SEIN) is een gespecialiseerd ziekenhuis en zorginstelling voor mensen met epilepsie. SEIN biedt zowel *cure* als *care*. *Cure* omvat behandeling aan mensen met epilepsie en verwante aandoeningen; *care* is zorg die via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wordt bekostigd voor mensen met epilepsie en bijkomende andere beperkingen. Voor kinderen en jongeren met epilepsie levert SEIN op maat gesneden speciaal onderwijs. Daarnaast verricht SEIN wetenschappelijk onderzoek op het gebied van epilepsie en slaap. SEIN biedt duurzame zorg, behandeling en verblijfsmogelijkheden aan mensen met epilepsie en aanvallen die in de eerste en tweede lijn – zoals een algemeen ziekenhuis – niet terecht kunnen. SEIN kan die gespecialiseerde zorg verlenen dankzij de unieke combinatie van kennis, functies en mogelijkheden die in SEIN verenigd zijn. Die zorg is multidisciplinair en van kwalitatief hoog niveau. Om alle zorgtaken op dat hoge niveau uit te kunnen voeren heeft SEIN circa dertienhonderd mensen in dienst. De klinieken en woonvoorzieningen in Heemstede, Cruquius en Zwolle hebben een opnamecapaciteit voor 510 patiënten

### Gespecialiseerde zorg voor epilepsiepatiënten

Naar schatting een op de honderdvijftig mensen heeft epilepsie. In Nederland leven dus ongeveer honderdtwintigduizend mensen met epilepsie. De huisarts stuurt de epilepsiepatiënt vrijwel altijd door naar een neuroloog; of naar een kinderarts, want epilepsie openbaart zich vaak al op jonge leeftijd. In ongeveer 75 procent van de gevallen kunnen de aanvallen effectief worden bestreden met medicijnen. Verreweg de meeste mensen met epilepsie kunnen dus een normaal leven leiden, zij het soms met enige beperkingen. Een klein aantal patiënten heeft gespecialiseerde zorg nodig en wordt naar een (poli)kliniek van SEIN doorverwezen. Dit kan het geval zijn als:\* de medicatie niet voldoende effect heeft;

\* het onduidelijk is om wat voor aanvallen het gaat;

\* de patiënt een moeilijk behandelbare vorm van epilepsie heeft;

\* de patiënt behoefte heeft aan een *second opinion*;

\* er sprake is van epilepsie in combinatie met een verstandelijke beperking;

- \* de patiënt wellicht geholpen is bij epilepsiechirurgie;
- \* de patiënt vragen heeft over het verband tussen epilepsie en leerstoornissen;
- \* de patiënt niet goed functioneert op het werk of problemen heeft in zijn of haar sociaal leven.

>klik hier voor een overzicht van hulpverleners waarmee u te maken kunt krijgen

> klik hier voor de patiëntenvereniging: epilepsievereniging

## Dementie

Gebaseerd op de DSM is dementie een verworven klinisch syndroom waarbij meervoudige cognitieve functiestoornissen centraal staan. Het wordt een syndroom genoemd omdat het een groep van samen optredende stoornissen is zonder dat er iets gezegd wordt over het verband tussen de symptomen of de specifieke oorzaak er van. (CBIT 1997)

De diagnose dementiesyndroom wordt op grond van klinisch onderzoek gesteld. Hieruit moet blijken dat er op zijn minst sprake moet zijn van twee van de volgende cognitieve stoornissen:

- stoornissen in het geheugen;
- afasie (woordvindproblemen), apraxie (problemen met dagelijkse handelingen) of agnosie (het niet herkennen van zintuigindrukken);
- stoornissen in de uitvoerende functies;
- vertraging van handelen en denken.

Deze cognitieve stoornissen kunnen in verschillende combinaties voorkomen en moeten in het dagelijks leven beperkingen opleveren. De stoornissen moeten zich voordoen ook buiten een delier (komt van 'delirium': acute verwardheid met lichamelijke ziekte als grondslag. Wanneer het lichamenlijk disfunctioneren verdwijnt, verdwijnt hiermee ook het delier.) en moet in vergelijking met 'vroeger' duidelijk kenbaar achteruit gegaan zijn. Vaak is er ook sprake van verandering in gedrag, stemming, realiteitstoetsing of motoriek. Dement gedrag grond zich in het korte termijngeheugen maar ook in gedragsproblemen en psychotische verschijnselen: onrust, agressief en storend gedrag, apathie, zwerfneiging, verstoord slaap-waak ritme en hallucinaties en wanen.

Men schat dat van alle mensen tussen de 65 en 69 jaar ruim 1% aan dementie lijdt. De kans op dementie neemt toe met de leeftijd. Zo heeft meer dan 20% van de mensen boven de 80 jaar dementie en meer dan 40% van de mensen boven de 90. In Nederland zijn er op dit moment 110.000 mensen bij wie de diagnose dementie is gesteld. Daarnaast zijn er ongeveer 120.000 mensen die lijden aan dementie maar bij wie de diagnose nog niet is vastgesteld. Circa 12.000 dementiepatiënten zijn jonger dan 65. Waarschijnlijk zal het aantal dementerenden tot 2050 nog sterk toenemen. Deze toename wordt met name veroorzaakt door de toenemende vergrijzing.

**De ziekte van Alzheimer** is de meest voorkomende vorm van dementie. Naar schatting lijdt 60 tot 70% van de dementerenden aan Alzheimer. Over het ontstaan



van de ziekte is geen zekerheid. Er is in de laatste decennia gezocht naar genafwijkingen in families waar veel Alzheimer veel voorkomt. Deze genafwijkingen zijn wel gevonden maar het gaat maar om een klein percentage van 10 % van alle Alzheimer patiënten. Nederlandse onderzoekers ontdekten dat bij de meeste patiënten Alzheimer ontstaat doordat genetische informatie in de celkernen van de hersencellen verkeerd wordt doorgegeven naar de plaats in de cel waar eiwitten worden gemaakt. De fout in de molecuul dat de genetische informatie doorgeeft leidt tot afwijkende eiwitten die zich bij de patiënten in de loop van het leven ophopen in de hersencellen. Hierdoor verliezen de cellen hun contacten met andere hersencellen en gaat onder meer de werking van het geheugen verloren met dementie als gevolg. Hierdoor zijn mensen die aan deze ziekte lijden steeds minder in staat om de wereld om hun heen te begrijpen.

Alzheimer ontwikkelt zich bijna altijd geleidelijk waardoor de patiënt zelf vaak niet doorheeft dat hij/zij achteruit gaat. De mensen om de patiënt heen merken dit echter wel. Naarmate de ziekte vordert wordt de patiënt steeds meer afhankelijk van de mensen om hem heen. Het kan voorkomen dat de ziekte zich sneller ontwikkelt. Dit komt vaak voor bij mensen die al op jonge leeftijd te maken krijgen met de ziekte.

**Vasculaire dementie** is een verzamelnaam voor aandoeningen met twee speciale kenmerken. Het eerste kenmerk is dat er sprake is van dementie en ten tweede is er sprake van een storing in de bloedvoorziening in de hersenen. Voor de dementie is het mogelijk dat patiënten al veel lichamelijke problemen hebben gehad met bijvoorbeeld: bloeddruk, beroertes, suikerziekte, hartritmestoornissen etc. De diagnose vasculaire dementie is belangrijk om te voorkomen dat er nieuwe beschadigingen optreden.

Alzheimer en Vasculaire dementie zijn de twee meest voorkomende vormen van dementie. Wel zijn er nog meer vormen van dementie zoals: Lewy Body dementie, Frontotemporale dementie en Creutzfeldt-Jakob.

Wanneer we kijken naar ouderen met een verstandelijke beperking die te maken hebben met een dementieel beeld zijn er een aantal zaken waar rekening mee gehouden moet worden. Het is een valkuil de dementie niet tijdig te herkennen omdat de signalen worden gekoppeld aan de verstandelijke beperking. Vaak zijn er ook bijna tot geen gegevens over het functieniveau van 'vroeger' waardoor er niet vergeleken kan worden.

Alzheimer komt beduidend veel voor bij mensen met het Syndroom van Down. De eerste signalen zijn vaak al zichtbaar rondom het 40ste levensjaar. De risicoleeftijd bij mensen met Syndroom van Down is 50 jaar. Een op de drie ouderen met Syndroom van Down zal vanaf deze leeftijd gaan dementeren. Symptomen van Alzheimer bij Down Syndroom zijn onder andere: minder interesse, sufheid, verminderd activiteitenritme, achteruitgang spraak, oriëntatieproblemen, onzekere motoriek, geleidelijke achteruitgang ADL en inprentingstoornissen. Naarmate de ziekte vordert verergeren deze symptomen en doen zich epileptische verschijnselen voor. In het laatste stadium is er ook sprake van incontinentie, het niet meer zelfstandig uit bed kunnen komen en ook de epilepsie verergert. Dit alles zorgt op de lange duur voor totale afhankelijkheid. Het ziekteproces bij ouderen met een verstandelijke beperking of Syndroom van Down heeft een gemiddelde duur van drie tot 10 jaar.

## Wat is normaal gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking?

Lastig gedrag komt vaak voor bij mensen met een verstandelijke beperking. Regelmatig wordt dit gedrag bestempeld als abnormaal gedrag of als probleemgedrag. Dit is niet altijd terecht, want heel vaak laat een cliënt door zijn gedrag merken wat zijn emotionele behoeften zijn. In een aantal gevallen kan lastig gedrag dus worden gezien als adaptief en normaal. Wanneer is gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking normaal en wanneer is het abnormaal?

### **Gedrag gezien vanuit het ontwikkelingsperspectief**

The Royal College of Psychiatrists deed in 2007 de volgende uitspraak: “Challenging behaviour is not a problem owned by an individual”. Dit betekent dat gedrag tot stand komt in interactie met de omgeving. Interventies gericht op het verminderen probleemgedrag zouden zich dus kunnen richten op de persoon, de omgeving en de interactie tussen de omgeving en de persoon.

Het tegemoet komen aan basale psycho-sociale behoeften is onmisbaar voor ontwikkeling. Om er achter te komen of de omgeving tegemoet komt aan deze behoeften, moet de cognitieve, sociale en emotionele ontwikkeling van een cliënt worden onderzocht. Daarnaast is het belangrijk omgevingsomstandigheden van de persoon te analyseren.

### **NBD Model**

In het NBD (Neuro Behavioral Developmental) model wordt het ontstaansmechanisme voor basaal gedrag (proto-gedrag) weergegeven:



NBD Model - Neuro Behavioral Developmental Model (Collins & Depue, 1992;  
MacLean, 1993; Gray, 1987; Panksepp, 1982, LeDoux, 1987; Dosen, 2005)

Korte toelichting op het NBD model: Een basale emotionele behoefte (bijv. behoefte aan voedsel) leidt tot een emotionele toestand (bijv. honger). Dit zorgt voor motivatie, zoals zoekgedrag. De beloning van dit zoekgedrag resulteert in adaptief gedrag (zoals plezier en ontspanning) en een verdere gezonde psychosociale ontwikkeling. Als het zoekgedrag wordt bestraft, dan ontstaat vermijding of zelfs abnormaal gedrag (zoals agressie of teruggetrokkenheid). Herhalingen van gedrag leiden tot neurale circuits en vaste gedragspatronen.

Het NBD-model kan inzicht geven in het ontstaan van (probleem)gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking. In het model is er een sterke samenhang tussen basale behoeften, emoties, motivatie en gedrag. De basale behoeften en emoties veranderen gedurende de psychosociale ontwikkeling van een mens. Bij elke fase in emotionele ontwikkeling horen specifieke emotionele behoeften en gedrag. In iedere ontwikkelingsfase zal een persoon anders reageren op een stressvolle situatie. Bijvoorbeeld een kind in de hechtingsfase kan zich agressief gedragen naar zijn hechtingsfiguur terwijl een baby bij stress heel hard kan huilen.

## **Normaal gedrag**

Normaal gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking is gedrag dat past bij de biologische en psychosociale kenmerken en de omstandigheden waarin deze persoon verkeert. Het gedrag kan lastig zijn, maar in geval van stress of frustratie past het gedrag bij het emotionele ontwikkelingsniveau. De persoon kan zijn eigen

arousal reguleren en emotionele uitbarstingen duren maar kort. De omgevingsomstandigheden variëren van gunstig tot licht ongunstig. De intensiteit, frequentie en duur van het negatieve gedrag zijn geen ernstige bedreiging voor interactie met de omgeving of kwaliteit van leven.

#### Een voorbeeld:

Marco is een 12-jarige jongen met een milde verstandelijke beperking. Hij laat zowel thuis als op school lastig gedrag zien: Hij is koppig, negatief, vraagt geagiteerd om aandacht, hij wordt vaak boos, hij schreeuwt en heeft agressieve uitbarstingen. Zijn ontwikkelingsniveau is 6 jaar en zijn emotioneel is ontwikkelingsniveau is niet hoger dan 3 jaar. Volgens de leraar van Marco ontstaat het gedrag als hem wordt gevraagd een taak te doen of als hij niet krijgt wat hij wil. Het gedrag duurt nooit langer dan een half uur en daarna probeert Marco het weer goed te maken.

Het gedrag van Marco is een normale reactie op stress en frustratie gezien vanuit zijn emotionele ontwikkelingsniveau. Het gedrag ontstaat mede omdat de omgeving geen begrip heeft voor zijn basale behoeften en emoties. Marco kan zijn arousal zelf binnen korte tijd reguleren en het gedrag vormt geen grote bedreiging voor hemzelf en anderen. De interactie met de omgeving wordt niet ernstig verstoord.

De interventie in het voorbeeld van Marco zou uit het volgende kunnen bestaan: De ouders en school van Marco kunnen worden geïnformeerd over zijn ontwikkelingsachterstand en basale emotionele behoeften. De omgeving van Marco zou ondersteuning kunnen krijgen bij het omgaan met Marco's gedrag. Op termijn zou Marco ondersteund kunnen worden bij het aanleren van een andere manier van omgaan met stress en frustratie. Hij kan worden aangemoedigd een positieve sociale rol te gaan spelen.

### **Abnormaal gedrag en psychiatrische stoornissen**

Abnormaal gedrag is gedrag dat wel past bij de emotionele ontwikkeling maar niet bij de cognitieve ontwikkeling. Het gedrag is slecht aangepast, komt frequent voor en houdt meestal lang aan. Abnormaal gedrag vormt een bedreiging voor de kwaliteit van leven van de persoon en de interactie met de omgeving.

Een psychiatrische stoornis uit zich in een structurele verandering in de mentale toestand van een persoon met een verstandelijke beperking. Probleemgedrag dat voortkomt uit een psychiatrische stoornis, ontstaat onafhankelijk van de situatie waarin de persoon verkeert.

### **Goed onderscheid is belangrijk**

Bij het ontwikkelen van een behandelplan voor mensen met een verstandelijke beperking en probleemgedrag is het onderscheid maken tussen "normaal" en "abnormaal" gedrag de eerste stap. Het voorkomt dat de ernst van het gedrag wordt overschat of dat mensen onterecht worden behandeld met bijvoorbeeld psychofarmaca.

## Meer leren over normaal gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking?

FORTIOR organiseert regelmatig trainingen over normaal gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking.

<https://www.fortior.info/>

### Bron

De inhoud van deze blog is volledig gebaseerd op:

Došen, A. & De Groef, J. (2016) What is normal behaviour in persons with developmental disabilities? Gepubliceerd in *Advances in Mental Health & Intellectual Disabilities* , afkomstig van de site van Fortior

<https://www.fortior.info/algemeen/entry/wat-is-normaal-gedrag-bij-mensen-met-een-verstandelijke-beperking>