
LVB benadering tenzij?



Anneke Osinga
Maike Hoekstra

Auteurs zijn SPV in opleiding

Inleiding

De GGZ gaat in deze tijd uit van een mondige cliënt die regie heeft over zijn eigen zorgproces of aangemoedigd wordt om deze te nemen. Maar overvragen we hierbij niet een groot gedeelte van onze doelgroep?

Licht verstandelijke beperking (LVB) is binnen de psychiatrie een lang onderbelicht onderwerp geweest, maar sinds korte tijd wordt er steeds meer aandacht aan gegeven. Zo heeft het tijdschrift voor de Psychiatrie in november 2019 een volledige editie besteed aan LVB binnen de GGZ. Hierin werden onder andere onderwerpen als het herkennen van LVB, de wilsbekwaamheid bij deze doelgroep en de somatische comorbiditeit bij LVB beschreven.

De prevalentie percentages lopen uiteen maar trekken wel de aandacht. Uit een onderzoek bij twee Rotterdamse ACT-teams bleek 68 procent een IQ beneden 85 te hebben (Stuurman et al. 2008). Een screenend onderzoek bij cliënten die acuut opgenomen zijn in een GGZ-instelling, ligt dit percentage vermoedelijk op 43,8% (GGZ Standaarden, 2017). In beide onderzoeken kwam sterk naar voren dat het grootste gedeelte van de cliënten met LVB over het hoofd wordt gezien met alle gevolgen van dien. Wanneer zo'n groot gedeelte van onze doelgroep vermoedelijk LVB heeft, waarom zouden we in onze algemene benadering dan niet hierop insteken? LVB-benadering, tenzij...

Definitie

In de praktijk wordt LVB gedefinieerd als een intelligentiequotient van 50-70 met daarnaast beperkingen in de adaptieve vaardigheden of met een IQ van 70-85 waarbij er ook nog medische of psychiatrische problemen naar voren komen. Daarnaast is er een vermoeden van een langdurige behoefte aan ondersteuning (Moonen & Verstegen 2006).

Deze groep heeft vaak beperkte gezondheidsvaardigheden, zij hebben moeite om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken (Pharos 2016; Van Klei-van Kleffens & Smit 2016). Vaak zijn er tekorten of beperkingen in het aanpassingsvermogen aanwezig op diverse gebieden: communicatie, zelfzorg, zelfstandig wonen, sociale vaardigheden en relationele vaardigheden, ook wel de adaptieve vaardigheden genoemd. Velen zijn zeer ontwikkeld in het verbloemen van deze tekorten. Bovendien komen in deze groep drie tot vier keer meer psychische aandoeningen voor dan bij gemiddelde begaafdheid (Cooper e.a. 2007). De DSM-V hanteert dezelfde criteria als de praktijkdefinitie maar laat de IQ-grenzen los. Hiermee wordt gestimuleerd om in plaats van de IQ-grenzen naar het totaalbeeld te kijken wat de cliënt laat zien.

Kenmerken

Aan het uiterlijk kan niet gezien worden of iemand LVB of zwakbegaafd is. Aldus de Borg (2013) zullen personen met LVB het lang niet altijd zeggen als ze iets niet begrijpen en ook aan hun taalgebruik merk je dit meestal niet. Personen met LVB gebruiken woorden en zinnen die ze hebben opgevangen, maar die ze zelf niet altijd ook echt begrijpen. Dit maakt het lastiger om een LVB/zwakbegaafdheid te herkennen. Aldus de Borg (2013) kan je LVB aan verschillende kenmerken herkennen. Een kanttekening bij deze kenmerken is dat het belangrijk is dat er geen genoegen wordt genomen met een kort antwoord, maar dat er doorgevraagd wordt.

Allereerst geven zij aan dat het van belang is om zicht te krijgen op de schoolopleiding. Personen met een LVB hebben vaak speciaal of praktijkgericht onderwijs gevolgd, zaten vaak op een MLK (moeilijk lerende kinderen) of Z(eer)MLK-school. Wat opvalt is dat er met regelmaat van school gewisseld is, vervolgonderwijs niet is afgemaakt of dat iemand regelmatig is 'blijven zitten'. Daarnaast valt het op dat er vaak sprake is van een beperkt sociaal netwerk. Het is voor hen moeilijk om sociale contacten aan te gaan en te onderhouden. Er zijn weinig vrienden en contacten met leeftijdsgenoten zijn over het algemeen minimaal.

In de jeugd merkte andere leeftijdsgenoten meestal haarscherp aan dat ze anders waren, dit maakte personen met LVB kwetsbaar voor pesten en uitsluiting. Een ander kenmerk is dat personen met een LVB vaak moeite hebben met rekenen. Eenvoudige rekensommen lukken niet en vermenigvuldigen en delen is vaak te moeilijk. Ook het schrijven gaat vaak moeizaam. Daarnaast valt op dat men het schrijven vaak vermijdt uit angst om fouten te maken. De taal wordt vaak slecht begrepen. Het gebeurt vaak dat personen met een LVB-uitdrukkingen verkeerd gebruiken of ze begrijpen bepaalde woorden niet. Zowel grapjes als uitdrukkingen worden vaak verkeerd begrepen of worden te letterlijk genomen.

Oorzaak en gevolg worden niet overzien. Algemene (abstracte) regels worden niet onthouden waardoor het lijkt dat veel zaken steeds nieuw zijn. Dit valt op als je mensen vraagt te vertellen vanuit het verleden tot nu, veelal kan de chronologische volgorde niet worden aangebracht in het verhaal, of heeft de betrokkene moeite met abstracte vragen. Vraag eens hoe iets is gebeurd (verbanden leggen is lastig). Als laatste kenmerk benoemt De Bron (2013) dat mensen met een LVB slecht inzicht hebben in de consequenties van hun handelen. Zij hebben een voorkeur voor repeterende zaken en veilige en herkenbare dagelijkse bezigheden. Deze personen hebben soms een hobby die niet bij hun leeftijd past en kijken op de tv of computer naar programma's die gemaakt zijn voor mensen jonger dan zij.

Casus uit de praktijk:

Erik-Jan is een 55-jarige man, bekend met een cannabisverslaving, stemmingsproblematiek en psychosociale problemen. 5 jaar geleden is Erik-Jan gescheiden, sindsdien zijn de klachten toegenomen en lukt het Erik-Jan niet om in rustig vaarwater te komen. Hij had moeite om huisvesting te vinden, verloor zijn werk naar aanleiding van een aantal agressie-incidenten en kwam vervolgens ook in de knoei met zijn financiën. Dit zorgde voor veel stress en hij gebruikte veel cannabis om hier mee om te gaan. Erik-Jan heeft last van depressies en wordt een aantal keren opgenomen wanneer hij een suïcide poging heeft gedaan. Hij kan dan niet echt vertellen wat er aan de hand is maar dat hij het gewoon niet meer weet. Tijdens de opnames knapt Erik-Jan snel op maar eenmaal thuis herhaalt de geschiedenis zich. Tijdens eerder ambulante hulpverleningscontacten beloofde Erik-Jan steeds dat hij het gewone leven weer op te pakken, hij vermeed het contact met zijn hulpverlener waarna hij uit zorg verdween. Na de laatste opname en wegens de chronische en crisis-gevoelige problematiek wordt Erik-Jan aangemeld bij een FACT-team.

Overvraging

Omdat LVB niet aan het uiterlijk herkend kan worden en personen met een LVB zich in eerste instantie goed weten aan te passen, is de kans groot dat LVB over het hoofd wordt gezien. Dit heeft als gevolg dat (jong)volwassenen met LVB door ouders, leerkrachten en hulpverleners op een hoger niveau van kennis en vaardigheden aangesproken worden dan ze mogelijk aankunnen.

Over het algemeen gaan ook de medewerkers binnen de GGZ ervan uit dat de cliënt gemiddeld intelligent is en wordt veel LVB niet als zodanig herkend. Hierdoor loopt de cliënt het risico dat hij structureel overvraagd wordt. Overvraging is: het stellen van te hoge eisen op cognitief, emotioneel en sociaal gebied, waarbij men het ontwikkelingsniveau van de persoon hoger veronderstelt dan in werkelijkheid het geval is. De draaglast is in dit geval groter dan de draagkracht (Voetelink, 2012).

Signalen die erop kunnen wijzen dat personen mogelijk overvraagd worden zijn (Rot, 2013);

- De persoon doet opeens niet meer wat hij eigenlijk wel kan, vaardigheden moeten opnieuw uitgelegd worden.
- De persoon geeft aan dat hij het zat is.
- De persoon snapt het niet.
- De persoon is gefrustreerd: hij wordt boos, hij toont emoties van onmacht, hij trekt zich terug.
- De persoon zegt 'ja en amen', maar doet toch niet wat er van hem wordt gevraagd.
- De persoon ontloopt wat er van hem gevraagd wordt.
- De persoon vertoont ander, opmerkelijk gedrag dan je van hem gewend bent: is angstig, trekt zich terug, toont boosheid, is onrustig, is snel geïrriteerd.
- De persoon geeft aan lichamelijke klachten te hebben.
- De persoon automuteert.
- De persoon gaat vaker in discussie.
- De persoon vertoont sterk zelfbepalend gedrag, is sociaal grensoverschrijdend.
- Er ontstaan problemen in sociale relaties, bijvoorbeeld conflicten en ruzies.
- De persoon vraagt meer aandacht dan 'normaal', hij vertoont claimend gedrag.

Bij personen met een LVB ontbreekt vaak het inzicht in hun beperkingen, al merken ze wel dat ze dingen niet kunnen die bij anderen vanzelf lijken te gaan. Mede hierdoor doen ze zich vaak groter voor om dit, al dan niet bewust, te verbergen. De gevolgen hiervan zijn onder andere faalervaringen, gevoelens van frustratie en een negatief zelfbeeld, wat vervolgens de verdere ontwikkeling kan belemmeren omdat ze gedemotiveerd raken als ze niet aan de verwachtingen kunnen voldoen. Ook is een gevolg dat de gedrags- of psychiatrische problemen blijven voortbestaan of verergeren, en dat de behandeling onvoldoende effectief is (Nijmeijer 2010).

Belang van herkennen

Als LVB problematiek niet wordt herkend of mogelijk zelfs wordt genegeerd, dan worden mensen met een LVB continu aangesproken op een manier die zij niet begrijpen. Door de hoge eisen die door hun omgeving aan hen worden gesteld, stellen zij ook hoge eisen aan zichzelf. Zij ervaren hierdoor bovengemiddeld veel stress en spanning in hun leven waarbij zij tekortschieten in hun coping vaardigheden (Van Janssen 2002). De blootstelling aan stress, tekortschietende coping vaardigheden en daarnaast hechtingsproblemen, onrealistische zelfbeeld en problemen bij de sociale informatieverwerking vormen een hoog risicofactor voor het ontwikkelen van psychische- en gedragsproblemen (Došen et al, 2008). De gedragsproblemen uiten zich vaak in agressief gedrag, zichzelf verwaarlozen, impulsiviteit, middelengebruik, overlast veroorzaken etc. (Ten Wolde e.a., 2006).

Personen met een LVB hebben er baat bij als de omgeving op de hoogte is van hun (on)mogelijkheden en daar rekening mee houdt. Als personen in de directe omgeving minder hoge eisen stellen, hoeven zij niet de schijn op te houden dat ze alles snappen of kunnen. Personen met een LVB zijn vaak gemakkelijk te beïnvloeden; ook door personen met minder goede bedoelingen. Door een goede ondersteuning vanuit hun sociale netwerk is er minder kans dat deze kwetsbare mensen in moeilijke of risicovolle situaties terecht komen (Jahoda, 1998).

Begeleiding, wat zouden we moeten doen in de praktijk?

Investeren in het contact is in elke therapeutische relatie belangrijk. Verder zijn aandacht, betrokkenheid en compassie belangrijk en het formuleren van realistische en haalbare (Crits-Christoph & Mintz 1991; Goldfried e.a. 1990; Luborsky e.a. 1986). Cliënten vinden het belangrijk dat zij deel uit maken van de besluitvorming, de verschillende keuzemogelijkheden moeten daarom zó worden voorgelegd dat zij daadwerkelijk weloverwogen een keuze kunnen maken. Dit kan bijvoorbeeld door gebruik te maken van visuele hulpmiddelen.

Mensen met LVB kunnen zich overvraagd voelen als zij in hun eentje besluiten moeten nemen. Daarom stellen zij het vaak op prijs als hun steunsysteem bij de behandeling wordt betrokken en waarderen zij een advies van de behandelaar. Wel vraagt het inzetten van het systeem van de cliënt dat hij inzicht heeft in zijn eigen mogelijkheden en dat hij hulp vraagt wanneer dingen niet lukken. Deze emotionele en sociale vaardigheden ontbreken vaak bij deze doelgroep, waardoor ze ook hierbij meer ondersteuning nodig hebben.

Om deze ondersteuning goed in te schatten is het nodig om een goed beeld te hebben van het niveau van functioneren voordat cliënt symptomen van overvraging vertoont. Daarnaast moet er aandacht zijn voor de leerbaarheid van de cliënt. Belangrijk is om te voorkomen dat de behandeling zelf al overvragend is.

Aandacht voor het sociaal-emotionele stuk is hierbij zeer belangrijk, wat kan de cliënt aan? Een cliënt met bijvoorbeeld een IQ van rond de 60 heeft het sociaal-emotionele niveau van een kind van zeven. Zwakbegaafdheid komt over het algemeen overeen met een ontwikkelingsleeftijd van zo'n 12 jaar of iets ouder. Klachtenpresentaties zullen passend zijn bij dit cognitieve ontwikkelingsniveau. Maar de klachtenpresentatie wordt niet alleen bepaald door het cognitieve ontwikkelingsniveau. Naast beperkte cognitieve vaardigheden (bijvoorbeeld wat betreft woordenschat, abstractievermogen en tijdsbesef), houdt dit in dat vaardigheden zoals zelfstandig keuzesmaken, verantwoordelijkheid nemen voor eigen gedrag en besef van regels, waarden en normen beperkt zijn (Neijmeijer, 2010).

Adviezen voor behandelaren

- Wees concreet, benoem dingen duidelijk en gebruik geen 'bedekte termen', metaforen, dubbele ontkenningen of spreekwoorden, stel concrete vragen en vraag door.
- Visuele hulpmiddelen, werkboeken, zelfgemaakte tekeningen geven houvast en structuur aan de sessies.
- Maak de sessies niet te lang. Normaliter duren gespreken rond de 45 minuten maar de spanningsboog voor deze doelgroep ligt een stuk lager. Het wordt aangeraden om vaker kortere sessies te hebben dan één lange sessie.
- Wees bedacht op beperkingen in lees- en schrijfvaardigheid. De woordenschat is vaak klein en milieu- en cultuurgebonden.
- Maak gebruik van non-verbale oefeningen, samendoen in plaats van praten over.
- Probeer elk stukje theorie te koppelen aan concrete ervaringen van de cliënt uit diens (recente) dagelijks leven.

- Houd rekening met de mate van autonomie. Mogelijkheden tot organiseren, plannen en het probleemoplossend vermogen zijn beperkt. Te veel autonomie verwachten zal de psychische problemen versterken. Tegelijkertijd zal het bevorderen van autonomie, daar waar het mogelijk is, het welbevinden verbeteren.
- Pas het tempo aan, neem kleine stapjes en wees altijd bereid om te herhalen.
- Betrek waar mogelijk belangrijke anderen bij de therapie met het oog op huiswerk en de generalisatie.
- Probeer faalervaringen te minimaliseren, maak doelen concreet en haalbaar (Nijmeijer, 2010)

Deze adviezen zijn geformuleerd voor mensen met een LVB. Wat hierin opvalt is dat bijna alle bovenstaande adviezen ook gelden voor mensen met een gemiddelde intelligentie. Kanttekening hierbij is dat je als SPV ervoor waakt dat je niet kinderachtig over komt. Een ander kritisch punt is de autonomie. Om te bepalen hoeveel autonomie een cliënt aankan is het van belang om een goede inschatting te kunnen maken van het functioneren van de cliënt. Mw. Drs. F Jonker heeft in samenwerking met het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie en de Borg hiervoor een vragenlijst ontwikkeld, de AVVB (adaptieve vragenlijst verstandelijk beperkten). Deze vragenlijst geeft weer waar de beperkingen van de cliënt liggen met betrekking tot de adaptieve vaardigheden. Deze vragenlijst is te vinden op de website van AVVB.

Een behandelvorm waar de autonomie van de patiënt centraal staat is oplossingsgericht werken. In het werken met cliënten met LVB is uit eerder onderzoek gebleken dat oplossingsgericht werken als behandelmethode effectief is (Van den Bosch, Monster & Teggelaar, 2008). Veel mensen met LVB hebben een laag zelfbeeld. Wanneer gesprekken veelal over de problemen gaan, is er de kans dat het negatief zelfbeeld toeneemt (Roeden & Bannink, 2007). Deze cliënten vertonen vaak weerstand wanneer ze het gevoel hebben beoordeeld te worden of wanneer er te veel tips en adviezen worden gegeven. Praten over problemen doet iemand met een LVB niet graag. Wel praat hij of zij graag over dat (deel van) wat er goed gaat en dat waar ze goed in zijn. De cliënt ziet zichzelf hierdoor "gespiegeld" op een manier die maakt dat hij zich gewaardeerd en competent voelt, waardoor hij uiteindelijk zijn competente gedrag vergroot en verder uitbouwt.

Gezien de vaak belaste voorgeschiedenis is er snel wantrouwen naar de volwassenen. Met oplossingsgericht werken wordt de cliënt aangemoedigd zijn doel zelf te bepalen en oplossingen voor problemen te construeren, waardoor weerstand voorkomen wordt en de emancipatie van de cliënt versterkt wordt. Mensen met een LVB hebben over het algemeen niet de neiging om oplossingen te zoeken door na te denken over de oorzaak van de problemen. Ze doen dit liever door te experimenteren. De oplossingsgericht werker analyseert niet het probleem, maar stelt voor de oplossingen die de cliënt zelf heeft bedacht uit te proberen in de vorm van een experiment (Weerdmeester, 2019).

Vervolg casus:

Bij het FACT-team wordt er voor gekozen om Erik-Jan intensief te begeleiden. Erik-Jan is niet gediagnostiseerd met LVB maar vanwege de voorgeschiedenis kiest de SPV van het FACT-team er bewust voor om deze interventies wel toe te passen. In het contact kwam naar voren dat Erik-Jan vanuit zijn ouderlijk huis getrouwd is. De bakkerijschool had hij nooit afgemaakt omdat hij vroeg wou trouwen en het huis uit wilde. Zijn ex had een zeer sturende rol in de relatie, na de scheiding lukte het Erik-Jan niet om zelf structuur te houden waardoor er op veel levensgebieden verval kwam.

De SPV zet Erik-Jan in zijn kracht door hem veel te complimenteren en de nadruk te leggen op de zaken die wel gelukt zijn. Ze komt tweemaal per week bij hem langs en ze waakt ervoor dat de afspraak niet lang duurt. Per afspraak zorgt ze dat hij maximaal 1 actiepoint krijgt en ingewikkeldere zaken pakken ze samen op.

Op deze manier wordt er stap voor stap op alle levensgebieden met hem mee gekeken, er wordt concreet besproken wat er aan de hand is en wat er moet gebeuren. Dit wordt op papier duidelijk en concreet uitgeschreven. Samen wordt er gekeken naar wat Erik-Jan zelf kan en waarbij hij hulp kan gebruiken. Ook zijn familie wordt hier intensief bij betrokken. De verpleegkundige gaat met Erik-Jan mee naar afspraken bij het UWV, helpt hem bij het zoeken van huisvesting en meldt, in overleg met Erik-Jan, hem aan bij budgetbeheer. Het plan van aanpak en de betrokkenheid van de verpleegkundige en zijn familie zorgen bij Erik-Jan voor veel rust en overzicht.

Hij geniet van zijn nieuwe vrijwilligers werk. Met lichte steun van familie en ondersteuning vanuit budgetbeheer heeft Erik-Jan weer een structuur waarbij hij zich goed voelt. Zijn stemming verbeterd en hij vermindert zijn cannabisgebruik. Suïcidale gedachten heeft hij niet meer gehad, hij vindt zijn nieuwe werk als vrijwilliger bij de kinderboerderij veelste leuk.

Voordelen LVB-benadering andere psychiatrische ziektebeelden

Wanneer er wordt vastgehouden aan de basis van een oplossingsgerichte benadering, is dit voor een grote doelgroep geïndiceerd, zoals: alcoholproblematiek, posttraumatische stressstoornissen, depressie, persoonlijkheidsstoornissen (borderlinepersoonlijkheidsproblematiek, suïcidaliteit en gewelddadigheid), seksueel misbruik en psychoses (onder anderen cliënten met een chronische psychiatrische problematiek) (Roeden, 2007). Visser (2009) beschrijft dat de oplossingsgerichte gespreksvoering autonomie-vergrotend werkt doordat het vertrouwen in eigen kracht centraal wordt gesteld.

Daarnaast wordt bijvoorbeeld bij de borderline persoonlijkheidsstoornis geadviseerd om als attitude limited reparenting uit te oefenen. De kenmerken van reparenting komt overeen met de houding die voor cliënten met een LVB wordt geadviseerd. Reparenting is het opnieuw aanbieden van een ouder, een betrouwbare basis. Een ouder die betrouwbaar is, veilig, voorspelbaar en respectvol. Omdat cliënten met borderline persoonlijkheidsstoornis vaak negatieve ervaringen hebben in relaties met anderen, zal deze houding voor hen een nieuw soort relatie zijn. Een relatie die ze niet willen verliezen en waardoor ze meer commitment zullen tonen in de behandelrelatie. (Corstens, 2008).

Ook komt de LVB-benadering overeen met de verbindende gesprekstechniek van Jules Tielens voor de doelgroep met een psychotische kwetsbaarheid. De kernwaarden goed luisteren, het lijden zoeken en empathie tonen en samen doelen opstellen, staan ook centraal in de LVB-benadering, waardoor het ook geschikt is voor deze doelgroep (Tielens, 2013).

Contra-indicaties voor LVB-benadering

Wanneer het niet mogelijk is om een gesprekscontact met een cliënt aan te gaan door een acute psychose, zware depressie of een ernstige verstandelijke beperking, is de LVB-benadering niet toereikend. Wel zou de hulpverlener bij een acute psychose, zware depressie of een ernstige verstandelijke beperking terug kunnen vallen op de eerder beschreven "adviezen voor behandelaren". De adviezen als: wees concreet, benoem dingen duidelijk en gebruik geen 'bedekte termen', metaforen, dubbele ontkenningen of spreekwoorden, stel concrete vragen, zorg voor visuele hulpmiddelen, pas je tempo aan, wees bereid te herhalen en betrek waar mogelijk belangrijke naasten, kunnen in deze situatie wel werken. Zoals Jules Tielens al beschrijft is iemand oordeelsonbekwaam en er is gevaar, dan verandert de toon van de hulpverlener en word je als hulpverlener directief omdat van de cliënt niet verwacht kan worden dat hij juiste besluiten kan nemen (Tielens, 2013).

Ook heerst de vraag of de LVB-benadering passend is bij cliënten met een autismespectrum stoornis, maar hier is nog te weinig onderzoek naar gedaan.

Conclusie

Afsluitend het antwoord op de titel van dit artikel, LVB-benadering, tenzij?....

Er is beschreven wat de gevaren van overvraging zijn. Met de bekende percentages van mensen met LVB zou je kunnen stellen dat wij als hulpverleners door de overvraging mogelijk problematiek in de hand werken in plaats van bestrijden. Door standaard een LVB-benadering in te zetten wordt dit voorkomen. Een eerste kritisch punt is dat je als SPV ervoor moet waken dat je niet kinderachtig overkomt en als tweede dat je als SPV aandacht hebt voor de autonomie. Het is belangrijk om goed in te schatten hoeveel autonomie een cliënt aan kan. Qua autonomie is zowel iemand overvragen als iemand ondervragen schadelijk.

Een standaard LVB-benadering lijkt vooral te gelden voor hulpverleners die werken op de meest belangrijkste 'vindplaatsen' voor mensen met LVB, zoals; FACT-teams, klinieken, opvangvoorzieningen, woon- en verblijfsafdelingen, dubbel diagnose afdelingen en mensen die werken in het forensische werkveld. Dit geldt ook voor hulpverleners die werken met de chronische patiëntenpopulatie, te denken aan FACT-teams en opnameklinieken.

Op de valreep...

BAVO Europoort heeft een toolkit ontwikkeld voor hulpverleners die zich richt op aandachtspunten, aanpassingen en interventies bij cliënten met een LVB in de (ambulante) GGZ. Dit is een mooi hulpmiddel zijn om te gebruiken binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Literatuur

- Borg, de. (2013). Hoe herken ik mensen met een lichte verstandelijke beperking? Geraadpleegd van <https://de-borg.nl/images/stories/algemeen/Hoe%20herken%20ik%20%20adres%202015%202013%20LOW.pdf>
- Corstens, D. A. (2008). *De benadering van patiënten met een borderline persoonlijkheids problematiek in de schemagerichte cognitieve therapie*. Stichting Cognitie en Psychose.
- Neijmeijer, L. M. (2010). *Licht verstandelijke beperking in de GGZ, een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Weerdmeester, J. (2018). *Competentieverricht of oplossingsgericht werken bij LVB?* . Opgehaald van De Uitzondering: <https://deuitzondering.nl/blog/competentieverricht-of-oplossingsgericht-werken-bij-lvb>
- Rot, E. J. W. (2013). *Handreiking Balans in Beeld: jongeren met een licht verstandelijke beperking uitdagen, zonder hen te overvragen of ondervragen* (1ste editie). Utrecht: Kennisplein Gehandicaptensector.
- Stuurman, S., Mulder, A., Straaten, B. van, Kruijt, P., Baan, M. de en Mulder, N. (2008). *Intelligentieonderzoek bij cliënten van Assertive Community Treatment (ACT)-teams*. Rotterdam: Bavo Europoort.
- Tielens, J. (2013). *In gesprek met psychose*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Voetelink, E. (2012). *Bron van gedragsproblemen Overvraging en ondervraging*. Markant Kenniskatern. Geraadpleegd van: https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/KNP/inspiratie/markant_katern_2_overvraging.pdf
- Weerdmeester, J. (2018). *Competentieverricht of oplossingsgericht werken bij LVB?* . Opgehaald van De Uitzondering: <https://deuitzondering.nl/blog/competentieverricht-of-oplossingsgericht-werken-bij-lvb>