

De frequentie van herhaalde afname van de ADAPT hangt af van het type instelling waar de cliënt verblijft (een wooninstelling zal wellicht minder gericht zijn op het aanleren van vaardigheden dan een kamertrainingscentrum, waardoor het adaptief gedrag minder snel verbetert). Een afnamefrequentie van elke drie tot negen maanden lijkt nuttig en realistisch.

Voorbeeldcasussen

Casus 1: Classificatie van de ernst van een VB en indicatiestelling

Cliënte L. van 31 jaar volgt een ambulante groepsbehandeling, vanwege een afhankelijke en vermijdende persoonlijkheidsstoornis, in een GGZ-instelling. Ze is al jaren bekend bij de desbetreffende instelling en eerder in behandeling geweest vanwege een eetstoornis, angstklachten, traumaklachten en een stem horen. De huidige behandeling slaat onvoldoende aan en bij de behandelaar ontstaat het vermoeden dat dit met haar intelligentie te maken zou kunnen hebben, hoewel hier tijdens de intake geen aanwijzingen voor waren omdat L. in het verleden een mbo-opleiding heeft afgerond.

Er wordt een IQ-test (WAIS-IV) afgenomen met de volgende uitslagen: totaal IQ 56, verbaal begrip 70, perceptueel redeneren 59, werkgeheugen 55 en verwerkingsnelheid 70. Vervolgens wordt L. samen met haar man uitgenodigd om opnieuw navraag te doen naar leerproblemen en problemen in het adaptief functioneren in de voorgeschiedenis. L. vertelt dat zij na de reguliere basisschool het voortgezet speciaal onderwijs heeft gevolgd en daar een mbo 1-diploma behaalde. Ze werkte een aantal jaar als assistente in een kapperszaak en later als verkoopster in een kledingwinkel. L. woonde in die tijd bij haar ouders thuis. Ze had en heeft een goede band met haar ouders, en vooral haar moeder ondersteunde haar met veel dingen. Toen zij op haar 24^e haar huidige man leerde kennen en een jaar later met hem ging samenwonen, ontstonden geleidelijk psychische klachten. L. voelde zich angstig als haar man doordeweeks van huis was voor zijn werk en stond 's nachts meermaals op om te controleren of alle deuren en ramen op slot zaten. Ze kreeg dromen over haar pestverleden op school, ze had last van een stem die haar bang maakte door allerlei kleinerende dingen over haar te zeggen en ze begon steeds meer af te vallen. De combinatie van het huishouden en werken lukte niet meer en L. belandde in de ziektewet. Ze belde overdag voortdurend naar haar man voor geruststelling. L. durfde steeds minder alleen naar buiten te gaan, en boodschappen wilde ze uitsluitend nog samen met haar man of moeder doen.

De man van L. is binnenvaartschipper. Met hulp van de psychodiagnosticus vult haar man de ADAPT over L. in. Deze geeft een totaalscore die binnen de range valt van cliënten met een zwakbegaafde intelligentiescore.

Diagnostische overwegingen: er is sprake van leerproblemen in de ontwikkelingsgeschiedenis. Hoewel de intelligentiescore op een LVB-niveau uitkomt, geeft de score op de ADAPT aan dat L. adaptief gezien op een zwakbegaafd niveau functioneert, ondanks haar psychische klachten. De classificatie zwakbegaafdheid lijkt het best passend omdat de classificatie aan de hand van de ernst van de problemen in het adaptief functioneren gemaakt dient te worden. De psychische klachten ontstonden nadat L. is gaan samenwonen en huishouden en werk moest combineren. Ze lijkt hierin overvraagd te zijn in haar capaciteiten. De vraag is of de diagnose van een afhankelijke en vermijdende persoonlijkheidsstoornis juist is gesteld, of dat er beter gesproken kan worden van een functionele afhankelijkheid en een vermijdende copingstijl vanwege de opgelopen spanningen en vaardigheidstekorten. Hoewel de verbale capaciteiten relatief goed zijn ontwikkeld, is het intelligentieniveau van L. niet toereikend om te kunnen profiteren van een groepsbehandeling. De groepsbehandeling wordt stopgezet en L. krijgt voorlopig een steunend structurend contact geboden van haar huidige behandelaar. In de tussentijd wordt ambulante woonbegeleiding aangevraagd. Deze zal samen met L. en haar man een verdeling in huishoudelijke taken gaan maken en L. ondersteunen bij het plannen van huishoudelijke taken en het aanleren van vaardigheden die ze (nog) niet beheerst. Op die manier wordt gewerkt aan het verminderen van de overvraging. De behandelaar zal samen met L. en haar man beoordelen of de psychische klachten hierdoor verminderen.

Casus 2: Een zwakbegaafd IQ maar toch een MVB

Cliënt W. van 27 jaar wordt verdacht van het neersteken van zijn zus. Toen hij op zijn verjaardag onaangekondigd bij zijn ouders op de stoep stond om een cadeautje te halen en zij bleken niet thuis en ook geen cadeau te hebben, stak hij boos zijn zus neer die hem niet naar binnen wilde laten. Hij wordt onderzocht in het kader van een pro Justitia-onderzoek. De rechter vraagt de pro Justitiarapporteur of er sprake is van een stoornis, of het delict samenhangt met de stoornis en wat er nodig is om een herhaling van delicten te voorkomen.

In de justitiële documentatie is te lezen dat W. ten tijde van het plegen van het delict in een eigen appartementje met 24-uurszorg verbleef, in een instelling voor mensen met een VB. Voorheen was hij in behandeling bij een SGLVB-kliniek, vanwege een veelvoud aan diefstallen in een periode dat W. op straat leefde omdat hij door zijn gedrag (en beperkte opvoedcapaciteiten van zijn ouders) uit huis was gezet. Vóór die tijd was er geen sprake van delictgedrag. W. kwam op zijn zestiende naar Nederland. Zijn opleidingsniveau is onduidelijk, hij heeft geen diploma's en nooit gewerkt. Thuis werd voornamelijk Marokkaans gesproken. Hij leeft van een Wajong-uitkering die beheerd wordt door een bewindvoerder.

In het contact valt op dat W. een beperkte woordenschat heeft, maar desondanks veel en stellig praat, en vrij dwingend zijn behoeften duidelijk kan maken. Hij stelt zich joviaal op, vraagt hoe het met onderzoekster is en biedt zijn excuses aan dat hij niets te drinken aan kan bieden omdat hij in de gevangenis verblijft. Hij is goed gekleed en ziet er verzorgd uit. De intelligentie wordt geschat op zwakbegaafd niveau. Voor het toetsen van de VB en de ernst hiervan worden de SON-R- 6-40 (cognitieve intelligentie), de ADAPT (adaptieve vaardigheden) en de SEO-R (sociaal emotioneel functioneren) afgenomen. Uit de SON-R 6-40 komt een zwakbegaafde intelligentiescore naar voren: totaal-IQ 75. De ADAPT wordt ingevuld door twee begeleiders uit de wooninstelling waar W. ten tijde van het delict verbleef. De uitslag is disharmonisch: op de factor basale zelfzorg behaalt hij een score die vergelijkbaar is met mensen zonder VB. Op alle andere factoren behaalt hij een score die vergelijkbaar is met cliënten die op matig begaafd niveau functioneren. De totaalscore komt op MVB niveau uit. W. kent de waarde van geld niet, hij kan niet klokijken, leest en schrijft niet tot nauwelijks, denkt niet goed na voor hij handelt, maakt voortdurend dezelfde fouten, zijn appartement is een puinhoop, hij heeft geen vrienden, houdt geen rekening met anderen, heeft geen dagbesteding en keert zijn dag-nachtritme om. Ondanks herhaalde pogingen is W. niet bij te sturen. De behandelaar van de wooninstelling belt nadat zij de ADAPT-uitslag heeft gelezen met de pro Justitiarapporteur om te melden dat het functioneren wellicht nog te positief wordt ingeschat door de begeleiders. Zij vertelt dat W. eigenlijk de hele dag door aan de hand meegenomen zou moeten worden, al weigert hij alle ondersteuning en ontkent hij zijn beperkingen. Op de SEO-R, waarbij de uitslag wordt omgezet in leeftijdsequivalenten, functioneert W. op een leeftijd tussen de zes maanden en zeven jaar oud. Enkele voorbeelden zijn dat W. geen object-permanentie heeft ontwikkeld, zijn emoties ongedifferentieerd zijn en bijna uitsluitend als boosheid en ongecontroleerd worden geuit, hij zich niet kan verplaatsen in anderen, zijn geweten extern gericht is en hij zichzelf niet kan vermaken.

Bij navraag bij de SGLVB-instelling, waar zwakbegaafdheid was geclassificeerd op basis van IQ, werd duidelijk dat W. relatief goed functioneerde in de structuur van de forensische kliniek en zijn (antisociale) gedragsproblemen relatief mild waren. Hij werd direct vanuit de besloten kliniek naar een wooninstelling overgeplaatst omdat er ineens plek bleek te zijn, zonder dat zijn vaardigheidsniveau eerst was onderzocht in een open behandelsetting.

Diagnostische overwegingen: er is sprake van leerproblemen in de ontwikkelingsgeschiedenis. Hoewel de cognitieve intelligentie op een zwakbegaafd niveau uitkomt en W. verbaal relatief sterk overkomt en goed verzorgd oogt, laten het adaptief- en sociaal-emotioneel functioneren een veel beperkter beeld zien. Op basis van de uitkomsten van de ADAPT (met ondersteuning van de SEO-R en het gesprek met de gedragskundige uit de wooninstelling) wordt een MVB geclassificeerd. Wanneer de structuur van een besloten kliniek wegvalt, blijkt W. nog maar weinig vaardigheden uit te kunnen voeren en zich antisociaal te gaan gedragen. Dit lijkt over het hoofd gezien te zijn door de SGLVB-kliniek: omdat zich ineens de mogelijkheid van een woonplek aandiende, waar cliënten normaliter jaren op moeten wachten, werd W. te snel overgeplaatst. W. kan wel een hoger vaardigheidsniveau

laten zien, maar vanwege gebrekkige zelfaansturing heeft hij veel hulp en structuur van buitenaf nodig om deze vaardigheden ook daadwerkelijk uit te voeren. Daarnaast bleek een aantal vaardigheden die in een kliniek niet nodig zijn niet ontwikkeld, wat duidelijk werd in de tijd dat hij in een open setting verbleef. In het pro-Justitia-rapport wordt speciaal vermeld dat overschatting bij W. op de loer ligt gezien zijn cognitieve intelligentie, zijn sterk verbaal overkomen en zijn goed verzorgde uiterlijk.

Casus 3: Indiceren voor wonen in de GGZ

Cliënt F. van 27 jaar heeft in het verleden een HBO-opleiding afgerond en werkte tot een paar jaar terug in de ICT. Twee jaar geleden, nadat hij al op zichzelf woonde, kreeg hij een eerste psychose. Hij werd aangemeld bij een FACT-team in de GGZ, en met medicatie en cognitieve gedragstherapie leerde hij beter omgaan met zijn stemmen en wantrouwende gedachten. Hij bleef echter wel last houden van vermoeidheid en zijn vrienden en ouders viel het op dat hij nog maar weinig leuks ondernam. Acht maanden geleden kreeg F. een tweede psychose en zakte verder weg in vermoeidheid, initiatiefloosheid en sociale isolatie. Zijn zelfzorg liet te wensen over. Zijn ouders kookten een paar keer per week voor hem, maar als zij hem bezochten stonden de bakjes eten regelmatig onaan-geroerd. Het huis was vervuild en de post lag op een stapel op tafel. Het werk dat na de eerste psychose al moeilijk was te hervatten, kon nu helemaal niet meer.

F. werd opnieuw aangemeld bij de GGZ en daar werd schizofrenie vastgesteld. Gezien de vermoedelijke chroniciteit van de ziekte en het feit dat F. sinds twee jaar steeds meer moeite kreeg om voor zichzelf te zorgen, werd het adaptief functioneren in kaart gebracht met de ADAPT. Zijn ouders vulden samen met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige van het FACT-team de vragenlijst in. Hierbij ging het er niet om wat F. ooit geleerd had, want in het verleden kon hij probleemloos voor zichzelf zorgen. Het ging erom wat hij op dat moment aan adaptief gedrag liet zien. Op basis van de problemen in het adaptief functioneren werd niet alleen duidelijk dat zelfstandig wonen te hoog gegrepen was, maar ook op welke gebieden er precies ondersteuning nodig was. Op basis daarvan werd besloten om F. aan te melden voor beschermd wonen. In de tussentijd namen de ouders van F. de financiën en post voor hun rekening en eens per maand hielden zij een grote schoonmaak in huis. Vanuit ambulante woon-ondersteuning werd F. zo goed mogelijk begeleid gedurende de wachttijd voor beschermd wonen.

Casus 4: Terugkeer naar de samenleving vanuit de tbs, inschatting van het vaardigheidsniveau

Cliënt P. van 46 jaar oud verblijft sinds achttien jaar in een tbs-kliniek en de rechter heeft besloten dat P. op proef buiten de kliniek mag gaan wonen, voorlopig onder de verantwoordelijkheid van de kliniek. In de tijd dat P. een tbs kreeg opgelegd, werd met de WAIS-III een totaal IQ van 93 gemeten. P.'s intelligentie is recent onderzocht met de WAIS-IV en hij behaalde een totaal IQ van 89. In het verleden heeft hij een MBO 4-opleiding afgerond en zijn schoolverloop was zonder doublures. Er is dan ook geen vermoeden van een VB.

Toch wordt het adaptief functioneren in kaart gebracht met de ADAPT. P. heeft lang buiten de maatschappij geleefd. Veranderingen op het gebied van bijvoorbeeld sociale media en andere technologische ontwikkelingen heeft hij nauwelijks meegekregen. Zelf structuur in de dag aanbrengen en verantwoordelijkheden dragen, zijn vaardigheden die hij in de kliniek deels verlerd is. De sociale vaardigheden die in de kliniek nodig zijn om zich te handhaven verschillen met de sociale vaardigheden die in de maatschappij worden verwacht.

Op basis van de ADAPT wordt een inschatting gemaakt van de vaardigheden van P. Zelfzorgvaardigheden en een aantal huishoudelijke vaardigheden zijn observeerbaar in de kliniek, maar een heel aantal vaardigheden ook niet vanwege de beperkingen in vrijheden. Een deel van de items van de ADAPT blijft hierdoor onbeantwoord. P.'s ouders zijn bereid meer informatie te geven over de vaardigheden die P. voorheen uitvoerde, zodat duidelijk is wat hij voorafgaand aan de tbs ooit aan vaardigheden liet zien. P. zelf ziet het probleem niet en vindt het meten van vaardigheden en een geleidelijke resocialisatie onnodig. Hij heeft 'gewoon huisje, boompje, beestje' in gedachte en daar is volgens hem niets anders voor nodig dan het gewoon gaan doen. Uiteindelijk wordt P. overgeplaatst naar een open forensische woonvoorziening met 24-uurszorg. Hier wordt in de eerste maanden de ADAPT opnieuw ingezet om te beoordelen wat P. daadwerkelijk aan adaptief gedrag laat zien. Er wordt alvast actief

geoeffend met een aantal vaardigheden waar P. laag op scoort. Aan P. wordt goed uitgelegd dat zijn vaardigheidsniveau medebepalend is voor de kans van slagen van zijn eigen doel: een eigen woning. Hoewel P. het allemaal niet snel genoeg vindt gaan, lijkt hij toch wel motivatie te halen uit het feit dat de rij met vaardigheden die hij zelfstandig uitvoert vrij snel langer wordt. Dan krijgt P. een slecht bericht: het contract bij zijn baas wordt niet verlengd. P. is uit het veld geslagen en valt terug in zijn functioneren: de samenwerking met begeleiding verslechtert, hij is voortdurend geïrriteerd, draait zijn dag-nachtritme om, haalt fastfood in plaats van dat hij kookt en maakt een rommel van zijn kamer. Terugkijkend naar de aanloop tot het indexdelict bleek een tegenslag (een verbroken relatie) ten grondslag te liggen aan vergelijkbaar gedrag, met uiteindelijk een geweldsdelict tot gevolg. Voor P. blijkt de grootste uitdaging te liggen in het blijven uitvoeren van vaardigheden bij een tegenslag, zodat hij leert om zijn problemen beperkt te houden.

Casus 5: Vaardigheden trainen en herhaalde metingen

Cliënt S. woont sinds zijn elfde jaar in een besloten woonvoorziening op een instellingsterrein voor cliënten met SGLVB-problematiek: een LVB en ernstige gedragsproblemen. Nu hij 22 jaar is en zijn gedragsproblemen zijn verminderd wordt hij overgeplaatst naar een kamertrainingscentrum in een woonwijk, aangesloten bij dezelfde instelling. Binnen de besloten voorziening waren veel adaptieve vaardigheden niet te trainen. S. ervaart het als een grote overgang nu hij 'in de echte wereld' woont, zoals hij het zelf noemt. Hij ervaart een groot verschil tussen zichzelf en 'normale' mensen en vraagt zich af of hij er ooit bij zal horen. Hij vraagt zijn mentor in de groep of aan hem te zien is dat hij 'anders' is. Het valt zijn mentor op dat S. weinig sociale vaardigheden lijkt te hebben wanneer zij bijvoorbeeld samen naar de winkel gaan of op een terrasje iets gaan drinken. Als S. zes weken op zijn nieuwe plek woont, vult de mentor de ADAPT in. Op de meeste vaardigheden van S. is inmiddels zicht, enkele vaardigheden vraagt de mentor na bij zijn collega's, en enkele items worden 'op inschatting' ingevuld en zullen nog geobserveerd moeten worden.

De mentor bespreekt de uitslag van de ADAPT met S. Hij laat de vaardigheden zien waar S. al goed in is (de 4 en 5 scores) en de vaardigheden die hij nog onvoldoende beheerst of nooit geleerd heeft (de 1, 2 en 3 scores). Samen bespreken ze welke adaptieve vaardigheden S. zou willen leren en welke vaardigheden volgens de mentor belangrijk zijn om op korte termijn te leren om het wonen makkelijker te maken. Sommige vaardigheden staan niet in de ADAPT zoals strijken, maar S. wil dit graag leren omdat hij goed voor de dag wil komen op zijn aankomende stage. Ook wil hij leren hoe hij contact aan kan gaan met meisjes, omdat hij voorheen in een jongensgroep verbleef. De mentor gaat na in hoeverre de adaptieve vaardigheden van de ADAPT al in de dagelijkse routine binnen het kamertrainingscentrum geoefend worden. Daar bovenop worden drie specifieke vaardigheden getraind:

- De mentor legt S. uit hoe een overhemd gestreken moet worden, doet het voor waarna S. het nadoet in het bijzijn van de mentor. Dit wordt drie weken achter elkaar herhaald tot S. de vaardigheid beheerst;
- S. en de mentor oefenen samen het reizen met het OV van de woonplek naar de stageplek van S. De tweede keer laat de mentor zien hoe een OV-kaart werkt, waar de vertrektijden van de trein te vinden zijn, wat je kunt doen als je de trein mist, wat je kunt doen als de trein uitvalt en hij leert S. te berekenen hoe laat hij moet vertrekken om op tijd op zijn stage te zijn. De eerste keer dat S. alleen naar zijn stage reist, heeft hij zijn mobiel mee en het telefoonnummer van de groep, zodat hij eventueel om advies kan vragen;
- Het omgaan met meisjes is een ingewikkeldere vaardigheid. Omdat S. nu op een gemengde groep woont en op zijn stage ook meisjes ontmoet, besluit de mentor het gedrag van S. te observeren. In mentorgesprekken geeft hij feedback. Hij leert S. hoe hij sociaal gedrag van andere mensen op zijn stage kan afkijken en in mentorgesprekken komt het onderwerp regelmatig aan bod waarbij S. vragen kan stellen.

Na drie maanden wordt opnieuw een ADAPT ingevuld. Inmiddels kunnen alle items van de ADAPT worden ingevuld, zonder dat dit 'op inschatting' is gedaan. Er is nu dus goed zicht op het adaptief functioneren van S. Het adaptief functioneren blijkt vooruit gegaan. Vooral de praktische vaardigheden zijn toegenomen en dan met name de vaardigheden waar de mentor een-op-een bij geholpen heeft. Maar ook de vaardigheden uit de dagelijkse groepsroutine laten enige verbetering zien. De sociale vaardigheden blijken minder snel te verbeteren. S. voelt niet altijd goed aan hoe hij zich moet gedragen en is onzeker. Desalniettemin is S. trots op zijn vorderingen die visueel

in beeld worden gebracht door de scores van de eerste en tweede invulling met elkaar te vergelijken. De mentor heeft wel de indruk dat S. moe is van alle nieuwe indrukken die hij opdoet in dit 'nieuwe' leven. Hij blijft met S. en zijn collega's in gesprek om ervoor te zorgen dat S. niet wordt overvraagd.

Wanneer S. tien maanden later de wens heeft om in een eigen appartementje te wonen met ambulante woonondersteuning, vult de mentor opnieuw een ADAPT in. Samen met S. bespreekt hij het huidige vaardigheidsniveau en wat er in de toekomst aan adaptieve vaardigheden nodig is om in een appartement te wonen. Vervolgens wordt in een cliëntbespreking overlegd of het wonen in een appartement voor S. haalbaar wordt geacht en welke vaardigheden eventueel (voorlopig) moeten worden overgenomen.