

Kenmerken, gedrag en behoeften van SGLVG- cliënten

Kenmerk 1: Cognitieve beperkingen

Er is sprake van een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafd intelligentieniveau (IQ 50 tot 85).

Gedrag: Beneden gemiddeld begripsniveau, minder goed functionerend geheugen, moeite met leren en executieve functies, specifieke kenmerken in het leren en denken, zoals situatiegebonden, concreet, hier en nu, weinig gedifferentieerd, hoofd- en bijzaken niet kunnen scheiden, weinig gestructureerd, beperkte aandachtsspanning en –selectie, lager denktempo, rigide denkpatroon, taal- en begripszwakte, beperkte tijdsbeleving, problemen met abstraheren en oorzaak-gevolg relaties, haperende (sociale) informatieverwerking, moeite met herkennen/benoemen van emoties, onvoldoende theory of mind. Er is sprake van problemen met generalisatie; datgene wat in één situatie is geleerd wordt niet vanzelfsprekend toepast in het dagelijks leven en in situaties die verschillen van de situaties die in de therapie aan de orde zijn geweest. Er kan sprake zijn van disharmonische intelligentieprofielen waardoor er discrepanties zijn in niveau tussen verschillende taken.

Behoeften:

- ▶ Het is van belang in de behandeling, bejegening en bij de werkdoelen rekening te houden met deze beperkingen door aan te sluiten bij het cognitieve niveau, de sterke en zwakke kanten, en individuele leerstijl.
- ▶ Zorg voor afstemming van de communicatie. Vereenvoudig het taalgebruik. Gebruik weinig en eenvoudige (maar geen kinderlijke) woorden en korte zinnen. Vermijd dubbele ontkenningen. Hanteer letterlijke en concrete taal. Pas op met cynisme en ironie. Vermijd overkoepelende termen, figuurlijk taalgebruik (spreekwoorden, woordspelingen, cynisme, metaforen, beeldspraak) en impliciete boodschappen. Gebruik gangbare woorden, laat de persoon zelf de woorden kiezen voor belangrijke begrippen, sluit aan bij zijn taalgebruik en houd vast aan eerder gehanteerde woordkeuze. Controleer of je elkaar begrijpt, bijvoorbeeld door de afspraken terug te laten vertellen in eigen woorden of zelf samen te vatten en te controleren. Gebruik visuele ondersteuning: geef de boodschap kernachtig weer in een schets of laat de persoon zelf zijn verhaal verduidelijken met een tekening. Zorg dat de verbale en non-verbale boodschap congruent zijn: als je iets serieus bedoelt, lach er dan niet bij alsof het een grapje is. Spreek rustig en wees geduldig. Bouw stiltes in voor verwerking van de informatie, geef tijd om een antwoord te formuleren. Bespreek één boodschap of vraag tegelijk. Laat onnodige details weg, concentreer je op de centrale boodschap (kernachtig). Luister goed en aandachtig, orden gedachten en gevoelens en vat samen wat er gezegd wordt. Herhaal je boodschap (in meerdere situaties). Pas op voor overschatting: men kan zich taal hebben eigen gemaakt zonder de betekenissen van woorden goed te begrijpen.
- ▶ Zorg voor aanpassing van het leerproces. Men kan niet te veel (informatie, activiteiten, werkdoelen) tegelijk aan, waardoor zaken stap voor stap moeten worden aangeboden en geleerd. Zorg voor externe structurering en dosering van prikkels of afleiding bij taken. Bij het leren is het proces gericht op uitleg, herhalen en laten inslijpen. Hierbij is van belang om terug te komen op wat afgesproken of gebeurd is en het geleerde in verschillende situaties toe te laten passen.

Veel uitleg en herhaling zijn van belang, bv door regelmatige gesprekken, bespreken van regels en werkpunten, achteraf lastige situaties herhaaldelijk bespreken, nagaan of de boodschap is overgekomen en rollenspelen. Door de moeite met abstraheren is het van belang praktisch en concreet te blijven. In de behandeling is het aanleren van praktische vaardigheden daarom van belang, de manier van aanleren is 'niet praten maar doen' en leren van ervaringen. Uiteraard vergt dit wat meer tijd dan 'gewoon'. Ook hebben cliënten meer tijd nodig om het geleerde 'eigen' te maken (integreren). Meer tijd is dus ook nodig voor behandeling van deze cliënten. Het is van belang dat de cliënten (die in hun leven vaak zijn opgejaagd en altijd het gevoel hebben gehad het tempo van de wereld niet te kunnen bijbenen) ook het gevoel krijgen op eigen tempo te mogen leren.

- ▶ Cliënten hebben vaak moeite om geleerde vaardigheden in één situatie te generaliseren naar andere situaties (transfer). Er moet dus geoefend worden in de praktijk en wel in verschillende situaties. Hierbij is het belangrijk in de verschillende leef- en therapiegebieden gebruik te maken van dezelfde taal en (concrete) ondersteuningsmethodes (bv mbt emoties of spanningsfases). Ook met betrekking tot andere zaken is het van belang een vertaalslag te maken. Bv vanuit behandelplan naar werkpunt, leggen van verbandingen. De generalisatie van het geleerde zal ook vooral bewust georganiseerd moeten worden in de ambulante behandeling, bijvoorbeeld door de behandeling in te bedden in stevig support-systeem (ondersteuning bij huiswerk, betrekken van omgeving zodat men kan coachen in het dagelijks leven etc).
- ▶ Bied ondersteuning bij moeilijke situaties: planning, overzicht, sociale situaties, problemen oplossen, reflecteren. Geef inzicht door verbanden aan te brengen bij oorzaak-gevolgrelaties of maak keuzemogelijkheden en consequenties expliciet. Leg (vaker) uit, bied hulp, doe voor, doe samen (in verschillende situaties). Door problemen met abstraheren en het leggen van verbanden (oorzaak en gevolg) op begripsniveau is het veelal van belang in het 'hier en nu' te blijven en geen ingewikkelde redeneringen te maken over bestaand gedrag dat al dan niet voortkomt uit het verleden, maar ontrafel en leg uit wat er gebeurt. Ook door het korte termijn tijdsperspectief is het belangrijk om dicht bij het alledaagse leven te blijven en (concreet) in het hier en nu.
- ▶ Geef overzicht in tijd en ruimte. Pas op met onoverzichtelijke termijnen, maak het concreet en ondersteun door middel van visuele weergave (kalender, agenda), maak looproutes herkenbaar, oefen hoe van A naar B te komen.
- ▶ Breng ordening, regelmaat, duidelijkheid en voorspelbaarheid aan op alle vlakken van het dagelijks leven, in ervaringen of nieuwe situaties. Maak het visueel door bijvoorbeeld een stappenplan op een schrijfbord te tekenen of een checklist voor op de kamer te maken. Vraag niet te veel tegelijk en verdeel ingewikkelde activiteiten in stapjes. Geef meer externe sturing; bv door stellen van gerichte vragen, sturing van het denkproces door beperkte keuzes aan te bieden, gebruik maken van voor-structureren, activiteiten te plannen en situaties te structureren.
- ▶ Steeds is het belangrijk om te bezien of bepaald gedrag onderdeel is van een ziekelijke stoornis, of dat het voortkomt uit de verstandelijke beperking.
- ▶ Let op de eigen houding. Benader de persoon respectvol, geef en neem de tijd en wees geduldig. Liever meer kortere gesprekken dan een lang. Wees consequent, voorspelbaar en betrouwbaar in je gedrag. Wees duidelijk in je verwachting. Houd de eigen verwachtingen realistisch. Niet gelijk invullen van (afwijkend) gedrag. Vraag je altijd af: is het niet willen of niet kunnen?

Kenmerk 2: Gebrekkige kennis/schoolopleiding

Schoolopleidingen zijn veelal onderbroken en onvolledig gevolgd wegens problematisch gedrag.

Gedrag: Gebrekkige (algemene) kennis, gebrekkige lees- en rekenvaardigheden, beneden gemiddeld begripsniveau, schaamte, weerstand tegen leren, faalangst.

Behoeften:

- ▶ Kennistekort wordt met respect benaderd: wees sensitief betreffende ogenschijnlijk eenvoudige kennis die echter niet wordt begrepen en legt geduldig uit.

- ▶ Mogelijkheden worden geboden om onderwijs op passend niveau en beter aansluitende vorm weer op te pakken.
- ▶ Hiernaast kan kennis worden toegevoegd op meer alledaagse wijze; uitleg bij journaal, oefenen met betalen, (voor)lezen, educatieve spellen etc.

Kenmerk 3: Achtergebleven of verstoorde sociaal-emotionele ontwikkeling

De sociaal-emotionele ontwikkeling gaat de cognitieve ontwikkeling niet voorbij, maar bereikt in het meest gunstige geval een niveau dat daarmee vergelijkbaar is. Vaak vertoont de sociaal-emotionele ontwikkeling echter een nog grotere achterstand dan op basis van het cognitief functioneren zou worden verwacht. Zeker als er sprake is van bijkomende problematiek als gedragsstoornissen of psychiatrische aandoeningen blijft de sociaal-emotionele ontwikkeling van mensen met een lichte verstandelijke beperking vaak aanzienlijk achter bij de cognitieve ontwikkeling (disharmonische profielen).

Gedrag: Een ontwikkelingsniveau dat vergelijkbaar is met de vroege basisschoolleeftijd wordt veel gezien, maar ook ontwikkelingsniveaus die vergelijkbaar zijn met de kleuter- of peuterfase zijn geen uitzondering bij een lichte verstandelijke beperking met complexe problematiek. De volwassen cliënt heeft de ontwikkelingsstadia niet goed doorlopen; de beperking en problematiek zorgen er voor dat de cliënt onvoldoende vaardigheden heeft ontwikkeld om zijn ontwikkelingstaken aan te kunnen. Hierdoor staat men vaak nog voor ontwikkelingstaken die behoren bij een jongere kalenderleeftijd. Gedrag wat hier bij komt kijken is daarom niet altijd 'probleemgedrag', maar kan ook horen bij het achtergebleven ontwikkelingsstadium. Bijvoorbeeld:

- men is vaak nog niet in staat goed om te gaan met 'ADL- zaken' als gezondheid, zelfzorg, zorg voor omgeving, goed eetpatroon (vaak onregelmatig, ongezond, eenzijdig, te veel of te weinig);
- het dagritme is verstoord ('s nachts wakker, overdag in bed willen blijven, op vreemde tijden eten, geen regelmatige dagbesteding);
- men is niet in staat tot zinvolle dagbesteding (geringe scholing, geen werkervaring);
- men is onvoldoende in staat op goede wijze invulling te geven aan de vrije tijd;
- men is onvoldoende in staat sociale relaties op te bouwen en te onderhouden, en vorm te geven aan intimiteit en seksualiteit;
- men is niet in staat adequaat om te gaan met bijzondere situaties, zoals overlijden, afscheid nemen, etc.

Men weet ook weinig vorm te geven aan zaken als bezoek ontvangen of verjaardag vieren, etc.

De emotionele ontwikkeling kan op vele gebieden zijn achtergebleven, bijvoorbeeld m.b.t. empathie, geweten, emotieregulatie, impulscontrole, zelfsturing, autonomie, zelfbeeld, seksualiteit, identiteit. Dit kan leiden tot divers probleemgedrag, zoals wantrouwen, egocentrisme, (faal)angst, afhankelijkheid, geremdheid, agressie. Soms kan men moeilijk uitstel verdragen en wil men onmiddellijk in de primaire behoeften worden voorzien, wat dwingend en grensoverschrijdend gedrag kan veroorzaken. Zaken worden aangepakt zonder dat de eventuele gevolgen op voorhand worden overzien of afgewogen, wat als gevolg kan hebben dat men taken en verbintenissen aangaat die nadelig uitpakken en die niet volgehouden kunnen worden.

De achterstand in sociale ontwikkeling leidt veelal tot een zeer beperkt sociaal netwerk, ontworpen sociale relaties, beperkte sociale vaardigheden, inadequaat sociaal gedrag en moeite om zichzelf te redden in allerlei sociale situaties (adaptief gedrag).

Behoeften:

- ▶ Maak gebruik van voorstructureren van plaats, tijd en gebeurtenissen. Dit kan ook ondersteuning bieden bij activiteiten en gebeurtenissen die niet nieuw zijn maar geregeld plaatsvinden. Neem van tevoren door wat er gaat gebeuren en welk gedrag wordt verwacht.

- ▶ Houd er rekening mee dat de achterstand van het sociale en emotionele ontwikkelingsniveau vaak nog groter is dan je op basis van het cognitieve ontwikkelingsniveau zou verwachten. De emotionele ontwikkeling is het draagvlak, datgene wat de cliënt aankan. De emotionele ontwikkelingsleeftijd moet het uitgangspunt zijn in de begeleiding, het niveau waarop je aansluit. Stem je bejegening af op het stadium waarin de cliënt zich bevindt, zijn belevingswereld en sterkere en zwakkere kanten.
- ▶ Van belang is om ruimte en begeleiding te bieden om ontwikkelingsstadia alsnog zoveel mogelijk op goede wijze te doorlopen. Sluit werkdoelen aan op de te ontwikkelen deeltaken en -vaardigheden.
- ▶ Bied ondersteuning bij het omgaan met emoties, zoals op adequate wijze uiten van boosheid en frustratie.
- ▶ Ondersteun om zich te leren verplaatsen in de ander en stimuleer te ontdekken waarom de ander iets zegt of doet.
- ▶ Geef concrete tips hoe iemand zich anders kan gedragen en spreek de persoon aan op gedrag dat ergernis of overlast veroorzaakt. Leer nieuw gedrag aan door concreet te laten doen en ervaren, in verschillende situaties.
- ▶ Bied extra hulp, bijvoorbeeld om samen iets te oefenen of een oplossing te zoeken.
- ▶ Bied uitleg en ondersteuning bij sociale situaties, houd ze overzichtelijk, ontrafel gebeurtenissen. Bied ondersteuning bij aangaan en onderhouden van sociale contacten.
- ▶ Bied ondersteuning bij maatschappelijke situaties, zoals het aanvragen van een uitkering of indicatie. Bied aan om mee te gaan naar de rechtbank of doktersbezoek om naderhand toelichting te kunnen geven.
- ▶ Bied behandeling op de probleemvlakken, zoals aanleren van vaardigheden om behoeften uit te stellen, impulsen te beheersen, emoties te reguleren etc (zie ook verder).

Kenmerk 4: Omgevingsafhankelijkheid

Er is sprake van afhankelijkheid van de omgeving en interactie tussen de omgeving en de problematiek van de cliënt.

Gedrag: De lichte verstandelijk beperkte cliënt is veelal meer en blijvend afhankelijk van zijn omgeving. Hiernaast staat de problematiek van de cliënt in verbinding met zijn context, waardoor deze de problematiek kan beïnvloeden.

Behoeften:

- ▶ Betrek het netwerk en werk samen. Informeer de omgeving goed over de problematiek, behandeling en de omgangswijze/ondersteuning die de cliënt heeft.
- ▶ Ook vanwege het feit dat niet alle problematiek altijd geheel verdwijnt maar een blijvende, passende ondersteuning vraagt, zal aandacht aan de juiste omgang hiermee gegeven moeten worden. Na behandeling wordt gestreefd naar een 'warme overdracht' en goede nazorg.
- ▶ Behandeling vraagt dat de omgeving mee-verandert, zodat patronen die de problemen in stand houden worden doorbroken. Hierdoor is psycho-educatie aan het systeem nodig, maar soms ook mee-behandelen van het systeem.
- ▶ Soms ook hangt de problematiek dusdanig samen met de wijze waarop het wonen of het werk van de cliënt is georganiseerd dat een aanpassing van woon- of werkomgeving noodzakelijk is.
- ▶ Vanwege ontstane problemen tussen cliënt en zijn netwerk, of het ontbreken van een adequaat netwerk, is het ook belangrijk in de behandeling aandacht te besteden aan met maken, versterken en/of herstellen van het netwerk van de cliënt.

Kenmerk 5: Gebrekkige zelfredzaamheid, praktische vaardigheden en organisatievermogen

Cliënten kunnen zich nog onvoldoende handhaven in de maatschappij, bv mbt wonen, werken/ dagbesteding en vrije tijd.

Gedrag: Praktische vaardigheden schieten vaak te kort om het eigen leven en huishouden draaiende te houden, te zorgen voor een goede daginvulling en adequate vrije tijdsbesteding. Maatschappelijke voorzieningen worden onvoldoende bereikt.

Men heeft vaak moeite om de zaken goed te organiseren, bv zodat men op tijd is voor afspraken. De planning en vaardigheden die dit vraagt (bijvoorbeeld op tijd vertrekken, openbaar vervoer) zijn soms een (te) hoge berg.

Behoeften:

- ▶ Het competentiemodel geeft handvatten bij het aanleren van praktische vaardigheden, door taken in deeltaken en vaardigheden in deelvaardigheden te delen en aan te leren.
- ▶ Bied ondersteuning bij de toeleiding, coördinatie en afstemming van zorg. Belangrijk is om de cliënt hierbij te begeleiden, stapsgewijs vaardigheden te oefenen, goede uitleg te geven en niet af te haken als een cliënt een keer niet komt opdagen. Ondersteuning bij planning en organisatie is vaak nodig om te voorkomen dat bv ambulante behandeling strandt door no-shows.
- ▶ Bij klinische opname moet worden gewaakt voor hospitalisatie (vooral na een opname > dan 1 jaar); praktische vaardigheden worden zoveel mogelijk in stand gehouden en uitgebreid.

Kenmerk 6: Over-/ondervraagd

Als gevolg van een wisselwerking tussen de eigen beperkingen en de inadequate reacties van de omgeving zijn de cliënten vaak al op jonge leeftijd onder grote emotionele druk komen te staan. Overvraging, overbescherming en onderstimulatie komen veel voor als een reactie op een niet-normale ontwikkeling. Reactiepatronen die overigens heel voorstelbaar zijn wanneer een kind zich niet normaal ontwikkelt en men zich zorgen maakt of zoekt naar de juiste bejegening. Gevolg hiervan is dat cliënten veelal niet op hun juiste niveau zijn aangesproken, wat vaak ook nog wordt bemoeilijkt door de disharmonische profielen, de onzichtbaarheid in het uiterlijk of het verbergen van de beperkingen door de cliënt zelf, die de inschatting kunnen misleiden.

Gedrag: Overvraging kan leiden tot (faal)angsten, onzekerheid, irreële ambities/toekomstperspectief en stress. De grote hoeveelheid stress die mensen met een verstandelijke beperking ervaren is een belangrijke oorzaak voor de hoge prevalentie van gedragsproblemen en psychopathologie (bv depressie, psychotische decompensatie). Onderschatting kan leiden tot onderontwikkeling, onzekerheid, afhankelijkheid en onzelfstandigheid. Men heeft geen reëel beeld van de eigen (on)mogelijkheden en competenties.

Behoeften:

- ▶ Goed inzicht in de sterkere en zwakkere kanten is nodig om te kunnen aansluiten bij de bejegening- en begeleidingsbehoeften. Het laagste niveau (veelal sociaal-emotioneel) moet hierbij het vertrekpunt zijn, terwijl de sterkere kanten voldoende moeten worden geactiveerd.
- ▶ De bejegening moet het midden houden tussen bevoogding en autonomie. Het is belangrijk de cliënt niet te overvragen maar ook niet te onderschatten. Niet als kind benaderen, overnemen waar nodig en loslaten waar mogelijk. E.e.a. kan ook variëren mbt de behandelfase waar de cliënt zich in bevindt. In de loop van het proces zal de begeleidende houding zich ontwikkelen van begrenzen naar ondersteunen en coachen. Soms moet er ook bemoeizorg zijn.
- ▶ In de omgang zijn de volgende houdingsaspecten van belang: eenvoudig, duidelijk, eenduidig, respectvol, accepterend en op ontwikkeling gericht. Tevens gericht op het vergroten en/of herstellen van de eigenwaarde en identiteit.

- ▶ Samen met de cliënt bijstellen van toekomstverwachting, conform zijn mogelijkheden.

Kenmerk 7: Lichamelijke problematiek

Cliënten hebben veelal onvoldoende kennis en vaardigheden opgedaan met betrekking tot hygiëne (zelfzorg, omgevingszorg), gezondheid (voeding, lichaamsbeweging, roken, drank, drugs) en seksualiteit (kennis van het lichaam, risico's op SOA's/ HIV). Zij zijn onvoldoende voorgelicht en hebben onvoldoende kunnen profiteren van scholing en reguliere preventieprogramma's. Ook zijn ze verminderd in staat hun eigen gedrag te sturen of gebruik te maken van de juiste voorzieningen.

Gedrag: Cliënten vertonen risicovol gedrag vanwege onvoldoende kennis van juiste handelingswijzen en de gevolgen van gedrag, zoals ongezonde leefstijl, het niet juist inschatten van lichamelijke signalen (waardoor ziektes, aandoeningen, zintuigproblemen, etc laat aan het licht komen) en risicovol seksueel gedrag. Gevolgen kunnen zijn dat er somatische problemen of ziektes zijn ontstaan, zoals diabetes, hepatitis, tandbederf, afhankelijkheid van medicatie, overgewicht etc. Hiernaast brengen genetische afwijkingen veelal (risico op) somatische problematiek met zich mee.

Behoeften:

- ▶ Op maat gesneden voorlichtings- en preventieprogramma's.
- ▶ Hulp en ondersteuning bij ADL, aanleren van vaardigheden (bv mbt zelfzorg, weerbaarheid, gezond leven, maaltijdbereiding, beweging etc).
- ▶ Medisch onderzoek en behandeling.

Kenmerk 8: Basisonveiligheid

Cliënten zijn vaak in het verleden (pedagogisch en/ of affectief) verwaarloosd, (seksueel) mishandeld, er zijn problemen met de hechtingsrelaties en ze hebben veel negatieve levenservaringen opgedaan. Bij veel cliënten is daarom sprake van (basis)onveiligheid en (faal)angst.

Gedrag: Deze gevoelens kunnen op verschillende manieren worden geuit, bv door zich terugtrekken, somberheid, agressief gedrag, slechte hantering van eigen en andermans grenzen, aantrekken en afstoten in relaties, onevenwichtig gedrag, gedrag gericht op afwijzing en wantrouwen etc.

Behoeften:

- ▶ Biedt basisveiligheid middels een stabiel contact of stabiel afdelingsklimaat. Structuur, ritme, regelmaat en betrouwbaarheid kan worden geboden door o.a. vaste afspraken, dagprogramma's, toegang tot voldoende gekwalificeerd personeel en hun professionele optreden. Hiernaast zijn stimuleren, controleren en voorbeeldgedrag belangrijk.
- ▶ Ook is de wijze waarop ingevoegd wordt bij de cliënt en hoe de relatie met de cliënt wordt gehanteerd van belang. Dit is niet eenvoudig bij cliënten met een fundamenteel wantrouwende opstelling. Het uittesten van grenzen is voor de cliënt noodzakelijk om te komen tot een zekere mate van vertrouwen. Hierbij zal je op juiste wijze grenzen moeten stellen om het vertrouwen te vergroten.
- ▶ In eerste instantie is een vriendelijk-zakelijke bejegening van belang, zodat je als betrouwbaar wordt ervaren. In een later stadium kan gezien worden of een meer persoonlijke bejegening en het opbouwen van vertrouwen mogelijk wordt.
- ▶ Overmatig optimisme kan contraproductief werken, evenals een erg warme of relatiegerichte bejegening. Waak voor fantasieën over het ongedaan maken van opgelopen schade in het leven van de cliënt. Een attitude gekenmerkt door veel aanraken, knuffelen etc zal eerder contraproductief werken. Vooral als men erg angstig is, ernstige hechtingsproblemen heeft e.d. heeft men meer behoefte aan een meer zakelijke en ordenende bejegening.
- ▶ Cliënten zijn vaak niet in staat adequaat om te gaan met afstand-nabijheid in relaties tot anderen, hierbij is het van belang om de juiste grenzen en afstanden aan te geven.

- ▶ De regie ligt te allen tijde bij begeleiding, wat niet inhoudt dat cliënten geen (beperkte) keuzemogelijkheden krijgen, afhankelijk van de draagkracht. Problematisch gedrag heeft vaak te maken met angstige onzekerheid. Een belangrijke behoefte van de cliënten betreft veiligheid en stevigheid, dat wil zeggen een omgeving die niet wijkt voor angstig agerend gedrag en die op een voorspelbare en stevige, kordate, niet wijkende en niet vermijdende manier weet te reageren op hun gedrag.
- ▶ Het is belangrijk continuïteit te bieden in de behandeling en de cliënt niet te bevestigen in zijn gedrag dat zich richt op afwijzing.

Kenmerk 9: Handelingsonvrijheid

De meeste cliënten hebben langdurig en veelvuldig in het verleden ervaren dat de omgeving geen antwoord had op hun gedrag en zich vermijdend of irrationeel ging opstellen. De stoornis is soms zodanig dat de cliënt niet meer in de eigen woonomgeving gehandhaafd of behandeld kan worden. Er kan sprake zijn van uitstotingsprocessen, loyaliteitsconflicten, verdeelde teams, e.d. Met andere woorden: er is een situatie ontstaan waarin het gedrag van de cliënten een hoge appèlwaarde gekregen heeft.

Gedrag: Het gedrag van de meeste SGLVG-clieñten wordt gekenmerkt door ‘wederzijdse onvrijheid’. Hiermee wordt het volgende bedoeld: cliënten gedragen zich, alsof ze nauwelijks keuzes hebben ten aanzien van gedragsalternatieven. Hun gedrag lokt vaak een zelfde reactie uit van de omgeving, die vaak een vergelijkbare onvrijheid voelt als de cliënt. De cliënten vertonen gedrag waarop de gewone hulpverlening geen antwoord heeft en hun gedrag werkt daarbij sterk ontregelend op de omgeving. Vaak heeft de omgeving langdurig geprobeerd manieren te vinden om met het moeilijke gedrag om te gaan en niet zelden is uitputting opgetreden.

Behoeften:

- ▶ Het gedrag van veel cliënten roept reacties op van de omgeving die herhalingen zijn van hoe men eerder op het gedrag van de cliënt gereageerd heeft. Een zelfde reactie vertonen betekent, dat je het gedrag van de cliënt mede in stand houdt. Streef er dan ook naar deze herhalingen in de interactie die de cliënt afdwingt te doorbreken. Hiervoor is het nodig dat de omgeving in de eerste plaats ‘anders-dan-standaard’ reageert, m.a.w. geen complementaire reactiepatronen. De meest krachtige methode is de reactie die gekenmerkt wordt door een wat langere latentietijd en een reactie die anders is dan de reactie die altijd gegeven is op het stereotype appèl gedrag van de cliënt.

Kenmerk 10: Motivatiekortingen

Als er bij de omgeving veel spanning is geweest rondom de gedragsproblematiek alvorens de cliënt behandeld wordt, gebeurt het niet zelden dat de cliënt tijdens de behandeling maar al te graag vergeet wat de problemen waren. Daarnaast zijn er motivatieproblemen omdat eerdere behandelingen zijn mislukt, cliënten negatief denken over hun eigen vermogen tot verandering en het vermogen van hulpverleners om hen hierbij te helpen. Lijdensdruk en probleembesef zijn soms gering en cliënten kunnen zich gestuurd voelen. Wat ook een rol kan spelen is dat cliënten soms geen reëel beeld van zichzelf hebben met betrekking tot hun toekomstperspectief; men heeft een te hoge verwachting van zichzelf en de toekomst waarbij de reflectie op en acceptatie van problemen en beperkingen gering is. De afweer om over een meer realistische toekomst te praten, komt de motivatie niet ten goede. Tot slot is er niet zelden sprake van problemen welke een structureel gemis aan samenhang/coherentie verraden – structureel: namelijk als uiting van een (min of meer) duurzame verstoring in de onderlinge afstemming van affecten, gevoelens, waarnemingen, cognities en operationele vermogens.

Zo willen de meeste cliënten veranderen maar tegelijkertijd willen ze ook erg graag hetzelfde blijven omdat ze bang zijn voor verandering of omdat loslaten van het probleem ook betekent dat er iets verloren gaat (bijvoorbeeld verlies van vrienden, ook al hebben zij een negatieve invloed). Zo kan de motivatie voor verandering gering zijn, maar voor behandeling is het echter wel noodzakelijk dat de cliënt een bepaalde inspanning levert, bijvoorbeeld door op tijd op afspraken te verschijnen en hiervoor te reizen of door deel te nemen aan het behandelprogramma. Het is dan ook belangrijk voldoende aandacht te besteden aan het vergroten van de motivatie.

Gedrag: Cliënten hebben vaak een gering probleembesef en beperkte zelfreflectie. Er is sprake van weerstand (tegen behandeling, tegen verandering), externaliseren, bagatelliseren en ontkennen. In de kern is er vaak (onbewuste) angst, die vaak wordt overschreeuwd (bravoure gedrag, agressie) of vermeden (ontkennen, middelengebruik). Er is streetwise gedrag en weerstand tegen hulp. De motivatie om te gaan werken aan de problemen is veelal gering en instabiel. Het zijn vaker de mensen uit het netwerk van de cliënt of hulpverleners die om advies of therapie verzoeken dan de cliënt zelf. Te weinig motivatie leidt tot no-shows en onvoldoende therapie-trouw.

Behoeften:

- ▶ Voor behandeling is het noodzakelijk met de angstige kant van de cliënt contact te maken en te behandelen opdat de cliënt de inadequate vormen van coping ook niet meer/minder nodig heeft. Een goede therapeutische relatie (vertrouwen) is essentieel om door de weerstand heen te breken.
- ▶ Om dit te bereiken is het nodig tot gezamenlijke doelen te komen. Om vervolgens samen met de cliënt aan zijn doelen te werken. Belangrijk is dat er dialoog met de cliënt plaatsvindt, aangesloten wordt bij de door de cliënt zelf ervaren problemen en conflicten op te lossen. Ga tijdens de eerste behandel fase vooral samen met de cliënt op zoek naar de ervaren problemen en laat hem zelf de incongruenties en lastigheden in zijn/haar waarneming en beleving ontdekken. Zo ontstaat er een gezamenlijk veranderingsmotief, waar de cliënt achter staat. Het is belangrijk steeds helder te houden wat het probleem ook alweer was waarvoor men in behandeling is. Om het doel helder te houden, moet er planmatig worden gewerkt (werkplannen).
- ▶ Er is tevens aandacht nodig voor het actief betrokken houden van de cliënt bij zijn behandeling, bijvoorbeeld door het aanwezig zijn van de cliënt bij evaluatiebesprekingen, te werken met persoonlijke werkmappen, SMART-werkdoelen, het bieden van ondersteuning bij huiswerk, het stimuleren van actief bezig zijn met de generalisatie van geleerde vaardigheden etc. Tevens zal het supportstelsel bij de behandeling betrokken moeten worden, zodat veranderingen worden bekrachtigd en ondersteund.
- ▶ Een cliënt kan alleen veranderen als er perspectief is. Het is belangrijk voor hem, dat er doelen en interventies zijn die hem aanspreekt waarbij hij het idee heeft dat hij er beter van wordt. Hier bestaat echter altijd het risico van zogenaamde pretpakketten, waar bij de motivatie om aan moeilijker zaken zoals het gedrag te werken snel vermindert. Het gezamenlijk creëren van een reëel perspectief, passend bij de eigen (on)mogelijkheden, en hieraan werken middels duidelijke fases in de behandeling versterkt de motivatie.
- ▶ Andere motivatieverhogende aspecten zijn keuzemogelijkheden in het programma, trainingen op terreinen die voor de cliënt belangrijk zijn, zoals zelfredzaamheid (koken, huishoudelijke vaardigheden), financiën en werk (arbeidstraining, mogelijkheden voor werkervaringsplaatsen). Blijvend motiveren is van belang door: afwisseling in bezigheden, zelfvertrouwen opbouwen, kleine, succesvolle stapjes, begeleider als hulp-ego, niet afwijzen, volhouden en opnieuw beginnen.
- ▶ Hiernaast dragen bepaalde gesprekstechnieken (motiverende gespreksvoering), gezamenlijk perspectief creëren en ego-versterkend werken (succeservaringen, positieve bekrachtigers) bij aan het versterken van de motivatie.

Kenmerk 11: Regressie

Klinische opname van cliënten met een relatief vroege problematiek, een zwakke basis in de persoonlijkheid, brengt altijd enige regressie met zich mee: cliënten gaan zich 'jonger' gedragen dan ze zijn. Een te grote mate van regressie leidt tot onbehandelbaarheid en toename van gedragsproblemen.

Gedrag: Bekend is dat mensen in de puberteit en vroege adolescentie zich anders gedragen in klinische settings, en anders behandeld moeten worden dan jongere kinderen en volwassenen. Voor hen is het belangrijk te kunnen onderduiken in een groep, waarbij vaak de belangrijkste taak van begeleiding is het beïnvloeden van groepsprocessen. Omdat onze cliënten functioneren op een verstandelijke leeftijd die lager is dan hun kalenderleeftijd en omdat elke klinische situatie in meerdere of mindere mate geneigd is regressie op te roepen, bestaat een risico op terugval naar 'opgaan in de groep' en zich als individu onzichtbaar maken. Dit speelt extra sterk bij de vele cliënten met een relatief onrijpe persoonlijkheidskern en hechtingsproblemen.

Behoeften:

- ▶ Het probleem van de complicerende werking van regressie, dient gehanteerd te worden door zo min mogelijk gebruik te maken van groepsprocessen en zoveel mogelijk gebruik te maken van individuele behandelstrategieën, bv individuele benadering, sturing in groepsmomenten, gebruik van directieve technieken, taakgerichte werkwijze, humor, haalbare perspectieven schetsen, stapsgewijze behandeling. Ook het hanteren van verschillende fasen in behandeling is een middel om regressie tegen te gaan.

Kenmerk 12: Negatief zelfbeeld

Door hun beperkingen, levenservaringen, overvraging en problemen is er veelal sprake van een negatief zelfbeeld.

Gedrag: Cliënten denken negatief over wie ze zijn en wat ze kunnen. Soms weerhoudt ze dat om iets aan te pakken, bij anderen leidt het tot somberheid of probleemgedrag. Het maakt cliënten ook kwetsbaar voor de (negatieve) invloed van anderen, bv omdat ze bij een bepaalde vriendengroep willen horen.

Behoeften:

- ▶ Het is van groot belang dat gekeken wordt naar de positieve kanten van de cliënt: wat kan hij wel en wat kan hij leren. Hierbij is van belang dat hij succeservaringen op doet.
- ▶ Hiervoor is het nodig de doelen haalbaar te stellen en oog te hebben voor de beperkingen van de cliënt. Aansluiten bij de mogelijkheden en niet overvragen, faalervaringen werken negatief.
- ▶ Het is van belang aandacht te hebben voor het verwerken en accepteren van de boodschap dat er sprake is van een verstandelijke beperking.
- ▶ Omdat men zich vaak afgewezen voelt, is het belangrijk dat men zich geaccepteerd voelt als persoon, ondanks zijn beperkingen en problematisch gedrag. Stimuleer het zelfvertrouwen door positieve feedback, aanmoediging en bekrachtiging van gewenst gedrag.

Kenmerk 13: Beperkingen in emotie- en agressieregulatie

Veel cliënten hebben moeite emoties en agressie te (h)erkennen en deze op adequate wijze te reguleren.

Gedrag: Cliënten kunnen slecht onderscheid maken tussen verschillende soorten emoties. Ze voelen niet wanneer ze boos worden, maken het onderscheid tussen bang, verdrietig en boos niet goed of hebben geen ander gedragsrepertoire dan te reageren met (verbale/fysieke) agitatie of agressie. Men kan zich onvoldoende bewust zijn van (eigen) grenzen en/of men kan hier niet naar handelen.

Behoeften:

- ▶ Mbt de emotieregulatie is het van belang goed te observeren en hier rekening mee te houden. Wat je ziet is niet altijd wat er werkelijk speelt, probeer de gevoelens achter gedrag te achterhalen. Door middel van feedback geven hieromtrent (gevoelens benoemen, doorvragen) kan de cliënt leren emoties te kennen, herkennen en adequaat te uiten.
- ▶ Mbt agressieregulatie zoekt men met de cliënt uit welke gevoelens, gedachten en gedrag in oplopende stadia leiden tot agressie. Vervolgens worden handelingsalternatieven per fase gezocht en geoefend (bv gesprekje, even tot rust komen, etc). De signaleringsplanmethode is hierbij helpend.
- ▶ Volgen van de specialistische behandelprogramma's waarbij hier uitgebreid aandacht aan wordt besteed.

Kenmerk 14: Probleemgedrag in brede vorm

Er is sprake van internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag. De oorsprong van de problematiek kan gelegen zijn in de persoon zelf, diens omgeving en/of in de interactie tussen individu en omgeving. In een tamelijk groot aantal gevallen moet probleemgedrag opgevat worden als een uiting van onzekerheid of angst. Dit is deels verbonden met de verstandelijke beperking. Deze brengt immers doorgaans een leergeschiedenis van faalervaringen met zich mee, en een negatief zelfbeeld. De voorgeschiedenis kenmerkt zich door een lange lijst van problemen: dikwijls is er sprake van vroegtijdige gedrags- en ontwikkelingsproblemen. De verstandelijke beperking wordt amper onderkend of te laat, soms ook genegeerd. Men heeft vaak eerdere pogingen tot behandeling ondergaan en deze zijn niet of onvoldoende geslaagd. Probleemgedrag kan doorgaans ook opgevat worden als een resultante van een proces waarin cliënt gepoogd heeft te overleven, zijn problemen op te lossen, te komen tot zingeving e.d.

Gedrag: Het probleemgedrag kent vele vormen: vormen van storend gedrag, slechte zelfcontrole en lichamelijke agressie tegen personen (schoppen, bijten, slaan, krabben, vechten, c.q. verwondingen toebrengen), dwangmatigheid, verbale agressie (gillen, schreeuwen, schelden), manipuleren of benadelen van de omgeving (bedreigen, uitspelen), destructief gedrag (vernieling, gooien), zichzelf pijn doen en/ of verwonden (suïcidepogingen, automutilatie), ontremde seksualiteit (aanranding, verkrachting, pedofilie, incest), teruggetrokken, angstig, somber of vreemd gedrag, verslaving (alcohol, drugs, gokken), criminaliteit (stelen, brandstichting), onhanteerbaar zwerfgedrag, zich geheel onttrekken aan begeleiding, etc. Er kan sprake zijn van psychiatrisch te duiden beelden met daaruit voortkomend probleemgedrag, zoals: stemmingsstoornissen, depressie, psychotische of neurotische toestandsbeelden, angststoornissen, problemen met impuls- en agressieregulatie, contactstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen. Er kunnen psychiatrische complicaties van somatische stoornissen en genetische afwijkingen zijn, vastgelopen problematiek in verband met levensfase, sociale problemen, etc.

Behoeften:

- ▶ Elke problematiek vraagt zijn eigen bejegening en behandelinterventies. Deze is terug te vinden in de individuele behandelplannen. Bijvoorbeeld: Mensen met autistiforme problematiek hebben behoefte aan vaste volgordes van dagindeling, plaatsen en tijden, duidelijke afspraken en structuur. Veranderingen kunnen angsten oproepen en behoeven voorstructurering en ondersteuning. Bij een Borderline persoonlijkheidsstoornis is het noodzakelijk steeds te zoeken naar een goed evenwicht tussen afstand en nabijheid. Bij psychotische beelden is het vaak van belang de hoeveelheid prikkels (tijdelijk) te reduceren. En regelovertrekend gedrag vraagt om grenzen, afspraken, veiligheid, consequenties en ervaringsleren.
- ▶ Er kan sprake zijn van noodzaak tot gebruik van psychofarmaca.
- ▶ Psycho-educatie mbt de cognitieve beperking en gedragsproblematiek of psychiatrische stoornis en de mogelijkheden en onmogelijkheden van de cliënt.

Kenmerk 15: Risicovol-/delictgedrag

Er is sprake van risicovol gedrag en/of (risico op) delictgedrag.

Gedrag: Er bestaat gevaar voor de omgeving en/of de cliënt zelf. Het gevaar kan fluctueren.

Behoeften:

- ▶ Structurele en dagelijkse risicotaxatie en risicomangement.
- ▶ Analyse van delictgedrag door middel van delictanalyse en delictscenario.
- ▶ Behandeling van dynamische risicofactoren (criminogene factoren).
- ▶ Afwegen wanneer het nog verantwoord is ambulante te behandelen of wanneer klinische opname geïndiceerd is.
- ▶ De-escalerende bejegeningstijl, preventief werken, vroeg-interventies, samenwerking met cliënt en netwerk. Vanwege sterke fluctuaties in het gedrag van de cliënt, is voortdurende alertheid van de omgeving vereist.
- ▶ In klinische opname kan structuur, regelmaat, dagprogramma, toezicht en de permanente aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel en hun professionele optreden stabiliserend en de-escalerend werken. Hierbij wordt gewaakt voor repressie.
- ▶ Er kan sprake zijn van cliënten die gedwongen moeten verblijven en waarbij het vanwege gevaarscriteria nodig is (in kader wet BOPZ) om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen, zoals gedwongen verblijf op een gesloten afdeling, beperken van bewegingsvrijheid, afzonderen, separeren, fixeren of dwangmedicatie. Dit alles in proportie en wanneer er sprake is van gevaar of dreiging daarvan voor zichzelf en/of anderen.
- ▶ De cliënten inzicht geven in het waarom van het toepassen van de vrijheidsbeperkende maatregelen is belangrijk. Evenals het bieden van perspectief/het uitbreiden van bewegingsvrijheid als het gevaar is geweken of het gedrag acceptabel bevonden om uit te breiden in vrijheden.

Kenmerk 16: Fluctuerende hulpvraag

De problemen, het probleembesef, de hulpvraag, motivatie tot verandering en risico's kunnen sterk wisselen.

Gedrag: Sommige cliënten vallen telkens terug in ernstig probleem- en/of delictgedrag. Hierbij kan er sprake zijn van wisselende omstandigheden die leiden tot nieuwe problemen of ontwrichting van het evenwicht (bv ontslag, zwangerschap, schulden, terugval in middelengebruik of problemen in het netwerk). Stabilisatie is vaak moeilijk te bereiken en er kunnen terugkerende crisissituaties zijn. Soms is er risico op maatschappelijke teloorgang en ernstige handelingsverlegenheid bij de omgeving of overlast. Soms is er geen vaste woonplek; cliënten verblijven binnen de maatschappelijke opvang of zwerven op straat. De complexiteit van problematiek maakt dat de hulpverlening deze cliënten niet altijd voldoende bereikt of er kan sprake zijn van zorgmijndend gedrag door de cliënt. Vanwege deze dynamiek van de problematiek kan er sprake zijn van vele no-shows, kan de behandeling (herhaald) onderbroken worden en kan deze lang duren.

Behoeften:

- ▶ Er kunnen op verschillende momenten verschillende behandel-elementen nodig zijn. Ook kan het vragen om wisselende contactfrequentie of wisselende deskundigen, afhankelijk van de toestand. Dit vraagt flexibiliteit van hulpaanbod en standvastigheid van hulpverleners.
- ▶ Er kan behoefte zijn aan langdurige intensieve begeleiding, gericht op stabilisatie en motivatie, herstel van de basis (ADL), regulatie decompensaties en bemoeizorg.
- ▶ Als de cliënt stabiel functioneert, bied dan individuele, outreachende en herstel ondersteunende behandeling en begeleiding vanuit het brede multidisciplinaire team.