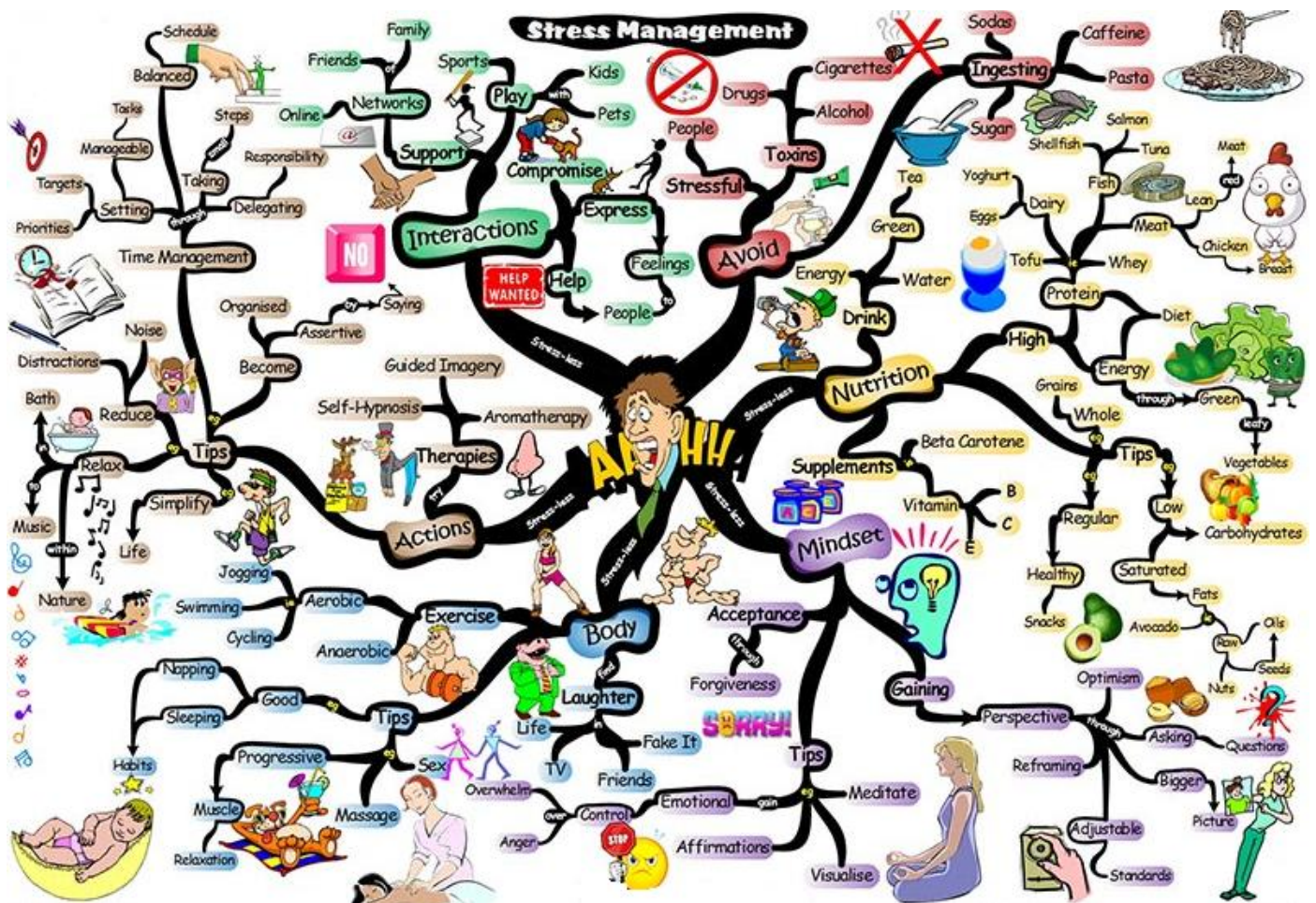


**»Triple-cripple, wat een stress!«**



## “Stressmanagement bij psychotisch kwetsbare SGLVG cliënten”

Naam: Talina Scholten

Klas: 4PB

Naam beoordelaar: Krista van Berkel

Naam begeleider: Fred Dijk

Datum: juni 2011

School of Human Movement &amp; Sports

## Voorwoord

Naar aanleiding van de opleiding Psychomotorische Therapie op de Calo in Zwolle, is deze scriptie geschreven. Mijn eindstage voor deze opleiding heb ik gelopen binnen 't Mastler. Dit is een behandelkliniek met als doelgroep SGLVG. Doordat mij opviel dat hier veel cliënten psychotisch decompenseren en er binnen de kliniek weinig bekend is over psychotisch kwetsbare cliënten, wekte dit mijn interesse. Daarnaast was er ook vraag vanuit de kliniek hier aanbevelingen over te doen.

Deze scriptie heeft mij opgeleverd dat ik veel meer begrip kan tonen voor deze cliënten in het algemeen en ook voor de psychotisch kwetsbare cliënten. Zij moeten iedere dag een enorme strijd leveren om met de stress die zij ervaren om te gaan. Als beginnend PMT-er ben ik vaak aangelopen tegen mijn te hoge verwachtingen van de doelgroep en dit wat ze daadwerkelijk waar kunnen maken. Met de aanpassingen die gedaan kunnen worden binnen de Stress Management Training zijn er veel mogelijkheden en doelen te behalen met deze cliënten.

Ik hoop dat de kliniek en daarnaast andere hulpverleners binnen deze doelgroep, veel kennis en ideeën op doen, zodat er voor deze cliënten het onderste uit de kan gehaald kan worden, zonder ze te overvragen. Daarnaast hoop ik dat er iemand zal zijn, die de Stress Management Training zal herschrijven richting de doelgroep SGLVG.

In het bijzonder wil Fred Dijk bedanken voor het begeleiden van mij tijdens het schrijven van mijn scriptie. Het voelde als een steun en zijn kritische blik zorgde voor mooie verbeterpunten. Hij steunde mij ook op momenten dat het lastig was om mezelf te blijven verbeteren. Daarnaast wil ik collega's van 't Mastler bedanken voor de belangstelling tijdens het schrijven van mijn scriptie.

## **Samenvatting**

In deze scriptie zult u lezen dat SGLVG een complexe triple-cripple doelgroep is. Uit ervaring binnen de doelgroep is gebleken dat deze cliënten niet adequaat om kunnen gaan met stress. Wanneer zij een erfelijke psychotische kwetsbaarheid hebben, zullen deze cliënten snel psychotisch decompenseren. Voor de behandeling van stress management problematiek is een behandelmodel vanuit PMT geschreven, namelijk Stress Management Training van C. Emck . Binnen deze scriptie is een voorschrijvend onderzoek gedaan, waarbij de verschillende behandelmodellen naast elkaar zijn gelegd en daaruit de vraagstelling, hoe een stressmanagement training vanuit PMT kan aansluiten bij de geïntegreerde behandelmodellen voor de doelgroep SGLVG, wordt beantwoord. De conclusie voor dit onderzoek is dan ook dat meerdere modellen elkaar overlappen en dat de diathese-stress-benadering, welke in de Stress Management Training (SMT) van Emck gebruikt wordt, ook deze modellen overlapt. Dit betekent dat op modelniveau de Stress Management Training goed aan sluit, maar dat de vorm van de training wel aangepast dient te worden aan de doelgroep, omdat deze doelgroep zorgt voor consequenties voor een behandeling.

# Inhoudsopgave

|                                                                                                        | blz. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>Voorwoord</b>                                                                                       | 1    |
| <b>Samenvatting</b>                                                                                    | 2    |
| <b>Inhoudsopgave</b>                                                                                   | 3    |
| <b>Inleiding</b>                                                                                       | 4    |
| <br>                                                                                                   |      |
| <b>H1. Theoretische kader</b>                                                                          |      |
| 1.1 SGLVG                                                                                              | 5    |
| 1.1.1 Triple-cripple                                                                                   | 5    |
| 1.1.2 Etiologie voor de doelgroep SGLVG                                                                | 5    |
| 1.1.3 Beschrijvende diagnostiek voor de doelgroep SGLVG                                                | 5    |
| <br>                                                                                                   |      |
| 1.2 Behandeling voor de doelgroep SGLVG                                                                | 6    |
| 1.2.1 Behandelstrategieën                                                                              | 6    |
| 1.2.2 Het biopsychosociale model voor het diagnosticeren                                               | 7    |
| 1.2.3 Behandelmodel voor SGLVG                                                                         | 7    |
| <br>                                                                                                   |      |
| 1.3 Psychotische kwetsbaarheid                                                                         | 8    |
| 1.3.1 Etiologie voor een psychose m.b.v. het Balkmetafoor                                              | 8    |
| 1.3.2 Psychotische kwetsbaarheid m.b.t. SGLVG                                                          | 9    |
| <br>                                                                                                   |      |
| 1.4 Stress Management Training van C. Emck<br>(Behandeling voor jongeren met psychotische stoornissen) | 10   |
| 1.4.1 Diathese-stress-benadering                                                                       | 10   |
| 1.4.2 SMT van Emck voor jongeren met psychotische stoornissen                                          | 10   |
| 1.4.3 De opzet van de SMT                                                                              | 10   |
| <br>                                                                                                   |      |
| <b>H2. Methode</b>                                                                                     |      |
| 2.1 inleiding                                                                                          | 12   |
| 2.2 Informatiebronnen                                                                                  | 12   |
| 2.3 Proces                                                                                             | 12   |
| <br>                                                                                                   |      |
| <b>3. Resultaten</b>                                                                                   | 14   |
| <b>4. Conclusie</b>                                                                                    | 16   |
| <b>5. Aanbeveling</b>                                                                                  | 17   |
| <b>6. Discussie</b>                                                                                    | 18   |
| <b>Literatuur / bronnen lijst</b>                                                                      | 19   |
| <br>                                                                                                   |      |
| <b>Bijlage</b>                                                                                         |      |
| Bijlage 1: Algemene kenmerken (forensische) SGLVG-cliënten                                             | 20   |
| Bijlage 2: Specifieke problematiek m.b.t. leer- en denkstijl                                           | 21   |
| Bijlage 3: Invulling ICF model                                                                         | 22   |
| Bijlage 4: Profielschets van Stress Management Training                                                | 23   |
| Bijlage 5: Overzicht van onderdelen van de modellen                                                    | 24   |

## Inleiding

### Aanleiding:

Vanuit de opleiding Psychomotorische therapie, van de Calo in Zwolle is deze scriptie geschreven. Het is geschreven voor de doelgroep SGLVG, sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten op 't Mastler in Eefde. De leeftijd van deze doelgroep is achttien jaar en ouder. Binnen deze doelgroep zijn veel cliënten met een psychotische kwetsbaarheid. Het kernprobleem voor deze cliënten is het niet adequaat kunnen omgaan met situaties, gedachten en gevoelens die spanning opleveren. Wanneer de cliënt veel stress ervaart is de kans op een psychose door een psychotische kwetsbaarheid groot.

't Mastler is een behandelkliniek, waarbinnen 3 leefgroepen aanwezig zijn. De kliniek is gericht op het opheffen en hanteerbaar maken van ernstige ontregelingen van het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van mensen met een verstandelijke beperking. Het doel is rehabilitatie (GGZ) en resocialisatie (justitie). Er wordt gewerkt vanuit een multidisciplinair team, waarbinnen de sociotherapeut een centrale plaats in neemt binnen de behandeling. Bij de behandeling van (forensische) SGLVG cliënten is een integrale benadering nodig. Hierbij wordt vooral gebruik gemaakt van behandelmodellen uit de orthopedagogiek (VG), de psychiatrie (GGZ), de geneeskundige zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (VG) en de forensische zorg (justitie). Over de manier van aanpak van deze psychotisch kwetsbare cliënten, is binnen deze instelling nog weinig bekend. Toch komt wel vaak de vraag richting PMT, om de cliënt handvatten te geven om met stress te kunnen omgaan. Dit om een psychose te kunnen voorkomen. Het doel voor deze scriptie is om een voorschrijvend onderzoek te doen en tot theoretisch onderbouwde keuzes te komen in de behandeling van stressmanagementproblematiek bij SGLVG cliënten met een grote psychotische kwetsbaarheid.

### Vraagstelling:

*Hoe kan binnen een kader van verschillende geïntegreerde behandelmodellen een psychomotorische stressmanagementtraining aansluiten bij de behandeling van psychotisch kwetsbare Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapte cliënten.*

### Het verloop van de scriptie

In het eerste hoofdstuk kunt u het theoretische kader voor deze scriptie lezen. Hier wordt ondermeer in besproken wat de doelgroep SGLVG inhoudt, welke behandelstrategieën worden gebruikt en welk behandelmodel wordt gebruikt voor de doelgroep. Ook zult u in hoofdstuk 1 meer lezen over psychotische kwetsbaarheid en de Stress Management Training van Claudia Emck. Uit deze grote hoeveelheid informatie zullen vervolgens resultaten komen, waarbij verschillende conclusies getrokken kunnen worden, wat weer kan leiden tot aanbevelingen. En tot slot zullen verschillende bijlagen extra informatie toevoegen waar in deze scriptie op verschillende plekken naar verwezen zal worden.

# 1. Theoretische kader

## 1.1 SGLVG

### 1.1.1 Triple-cripple

De doelgroep Sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten zijn cliënten met de benaming triple-cripple (Le Grand, Slagter, Storms en Ten Wolde, 2006). Dit betekent dat zij een verstandelijke handicap hebben, ernstige gedragsproblemen en psychiatrische problematiek. Deze complexe doelgroep heeft daarom problemen op vele gebieden.

### 1.1.2 Etiologie voor de doelgroep SGLVG

Voor de licht verstandelijke handicap is een precieze oorzaak niet altijd te achterhalen. Er zijn meerdere mogelijkheden waardoor iemand met een verstandelijke handicap geboren wordt zoals: erfelijkheid, zuurstof tekort bij de geboorte, aangeboren of niet aangeboren hersenletsel (Le Grand, Slagter, Storms en Ten Wolde, 2006).

Voor het ontwikkelen van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen zijn biologische en psychosociale factoren belangrijke antecedenten. Daarnaast is stress een belangrijke factor waar zij niet adequaat mee om kunnen gaan (Le Grand, Slagter, Storms en Ten Wolde, 2006).

De etiologie van het risicovolle/delict gedrag is vaak ernstige hechtingsproblematiek, wat leidt tot een verstoorde gewetensontwikkeling. De basisonveiligheid is ontstaan doordat een groot aantal cliënten zijn opgegroeid in een Multi-problem gezin. Velen zijn slachtoffer van seksueel misbruik, dreiging, geweld en ernstige agressie in huis. (Le Grand, Slagter, Storms en Ten Wolde, 2006).

### 1.1.3 Beschrijvende diagnostiek voor de doelgroep SGLVG

#### Licht verstandelijke handicap

Bij Hoeve Boschoord Trajectum maken ze bewust de keuze om de term licht verstandelijk gehandicapte te gebruiken en niet licht verstandelijk beperkt (Le Grand, Slagter, Storms en Ten Wolde, 2006). Op alle levensgebieden zoals thuis, school, werk, in de vrije tijd etc. zijn de implicaties groot en de naam 'handicap', benadrukt de ernst van de implicaties meer dan de naam 'beperking'.

Deze scriptie is gebaseerd op behandelmodellen vanuit 't Mastler met daarin de visie van De Borg (en dus Hoeve Boschoord), daarom is voor deze scriptie ook gekozen voor de term licht verstandelijke handicap.

Deze doelgroep bevat cliënten met een IQ tussen de 55 en 85. Licht verstandelijk gehandicapten en zwakbegaafden vallen in deze categorie. Eigenlijk zouden alleen licht verstandelijk gehandicapten binnen de doelgroep SGLVG vallen, maar er wordt ook gekeken naar de persoonlijkheidsstructuur, het sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau, de sociale redzaamheid en de omgevingsfactoren. Zwakbegaafden kunnen binnen deze aspecten dusdanig ernstige beperkingen hebben, dat zij op een aantal terreinen in het dagelijks leven op het niveau van een licht verstandelijk gehandicapt persoon functioneren en dezelfde ondersteuningsbehoefte heeft als een licht verstandelijk gehandicapte (Le Grand, Slagter, Storms en Ten Wolde, 2006).

De doelgroep SGLVG heeft veel problemen op het gebied van leren en denken (Behandelvisie (forensische) SGLVG De Borg, 2008) namelijk, situatiegebonden en concreet, weinig gedifferentieerd, minder goed functionerend geheugen, weinig gestructureerd, beperkte aandachtsspanning en – selectie, moeilijk leren en denken in een open systeem, beperkte tijdsbeleving, rigide denkpatroon, taal- en begripszwakte, lager denkt tempo. In bijlage 2 staan deze begrippen verder uitgewerkt.

Deze leer en denk problemen hebben consequenties voor de behandeling. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt in het hier en nu iets leert, zal hij dit ook alleen in deze context uitvoeren.

Wanneer een cliënt binnen therapie leert zijn/haar grenzen aan te geven, zal hij dit niet koppelen aan een moment op de woongroep en zal deze grenzen hier dus niet aangeven. De transfer maken richting andere contexten is erg lastig.

Verder moet iets dat aangeleerd wordt, vaak herhaald worden doordat zij moeite hebben met ordenen en herstructureren van informatie en een lager denktempo hebben. Ook kan een therapie niet veel langer dan 3 kwartier duren, omdat zij maar een beperkte aandachtsspanne hebben en de informatie niet snel en veel tegelijk kunnen verwerken (Behandelsvisie (forensische) SGLVG De Borg, 2008).

Binnen PMT noemen we de modaliteit 'oefenen' voor deze cliënten de belangrijkste, doordat deze cliënten leren door constant te herhalen, het gedrag moet in het structuur van de cliënt komen. Veel herhaling en ditzelfde in verschillende contexten oefenen is belangrijk voor deze cliënten.

#### Gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen en delictgedrag

Het diagnosticeren voor deze doelgroep is erg lastig, doordat zij een triple-cripple doelgroep zijn. Een aantal stoornissen worden door het DSM4 vaak gediagnosticeerd op As 1: psychotische stoornissen, posttraumatische stressstoornissen.

Op As 2 staan vaak: reactieve hechtingsstoornissen, ontwikkelingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen zoals: antisociale persoonlijkheidsstoornis, narcistische persoonlijkheidsstoornis en borderline persoonlijkheidsstoornis. (Le Grand, Slagter, Storms en Ten Wolde, 2006).

Naast deze gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen, vertonen deze cliënten ook delictgedrag. Dit uit zich in agressie tegenover zichzelf, anderen of tegen voorwerpen. Zij zijn niet te handhaven in hun eigen omgeving, ondanks de begeleiding van vele hulpverleners. Hiermee samenhangend is dat zij vaak externaliserend zijn, dus de schuld buiten zichzelf leggen. Dit zorgt voor motivatiekortingen binnen de therapie. Hierdoor is het aanleren van nieuw gedrag erg lastig. (Le Grand, Slagter, Storms en Ten Wolde, 2006).

Een groot deel van de doelgroep komt in aanraking met justitie, vaak incidenteel, maar bij sommigen komt het tot een strafrechtelijke veroordeling zoals een terbeschikkingstelling of een plaatsing in een inrichting voor jeugdigen. Ook een voorwaardelijke veroordeling wordt opgelegd, ambulante of klinische behandeling wordt dan vaak naast of in plaats van een gevangenisstraf geïndiceerd. Soms is er een gedwongen opname via een rechtelijke machtiging. (Le Grand, Slagter, Storms en Ten Wolde, 2006).

Ook deze gegevens zorgen binnen therapie voor consequenties. De hechtingsstoornissen hebben grote invloed binnen de therapie. Het opbouwen van een goede werkrelatie tussen therapeut en cliënt is lastig. Om deze cliënten te behandelen zal eerst een procedure m.b.t. hechtingsstoornissen moeten worden doorlopen. Veel cliënten hebben niet meteen een hechtingsstoornis, maar wel hechtingsproblematiek. Het is lastig om met deze cliënten een werkrelatie op te bouwen, maar het is wel mogelijk. Er gaat veel tijd in zitten, voordat er aan andere hulpvragen gewerkt kan worden. Het vertrouwen in een ander duurt lang en blijft kwetsbaar. Het is van belang dat cliënten langere tijd bij dezelfde persoon in therapie zijn, om een werksfeer te creëren waarbij de cliënt ook kan en wil leren.

## **1.2 Behandeling voor de doelgroep SGLVG**

### **1.2.1 Behandelstrategieën**

De doelgroep is complex. Triple-cripple zorgt ervoor dat er een integrale benadering nodig is. Een integrale benadering houdt in dat verschillende disciplines met verschillende denkmodellen samen worden gevoegd tot een geheel, zodat alle aspecten van een cliënt worden belicht en er een duidelijke diagnose gesteld kan worden, waar uiteindelijk een passend behandelplan op gebaseerd kan worden.

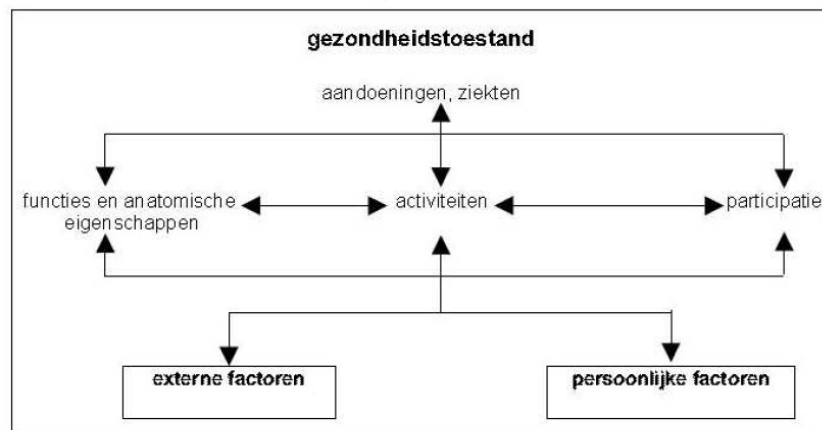
Verder is er gekozen voor een orthopedagogisch en orthopsychiatrische oriëntatie binnen deze doelgroep. De orthopedagogische oriëntatie kijkt naar de ontwikkelingsproblemen die ontstaan zijn door aanleg en negatieve omgevingsinvloeden, waardoor er een stagnatie en scheefgroei is ontstaan bij deze cliënten. Het behandelen binnen deze setting is te vergelijken met opvoeden: de behandelaar schept doelbewust mogelijkheden voor de cliënt, waardoor deze zich verder kan ontwikkelen tot optimale zelfredzaamheid en maatschappelijke (re)integratie. (Le Grand, Slagter, Storms en Ten Wolde, 2006).

Een orthopsychiatrische oriëntatie houdt in dat de orthopedagoog informatie integreert vanuit verschillende disciplines, met ook de medisch-psychiatrische zienswijze van de psychiater die zich op het diagnosticeren en

behandelen van de psychiatrische problematiek richt. Bij het diagnosticeren wordt gebruikt gemaakt van een biopsychosociaal model dat is toegesneden op de psychopathologie van verstandelijk gehandicapten en de nadruk legt op de integratie van verschillende zienswijzen en disciplines. (Le Grand, Slagter, Storms en Ten Wolde, 2006).

### 1.2.2 Het biopsychosociale model voor het diagnosticeren

Het ICF (International Classification of Functioning, disability & health) model is een biopsychosociaal model, waarbinnen biologische, psychologische en sociale aspecten aan bod komen. 't Mastler kijkt ook vanuit het biopsychosociale naar de SGLVG cliënt, waardoor het ICF goed aan sluit. Het ICF is een raamwerk van classificaties dat samen het menselijk functioneren en problemen daarin in kaart brengt en kan over de hele wereld als gemeenschappelijke taal gebruikt worden. Het kan zowel positieve (functies, anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie) als negatieve (stoornissen, beperkingen en participatieproblemen) aspecten beschrijven en het kan opgedeeld worden in het 'menselijk functioneren en problemen hiermee' en 'externe en persoonlijke factoren'. Het model bekijkt hierin deze twee als onlosmakelijk verbonden, omdat zij allemaal een uitwerking op elkaar hebben zoals ook in het figuur



Afbeelding 1: Het ICF model

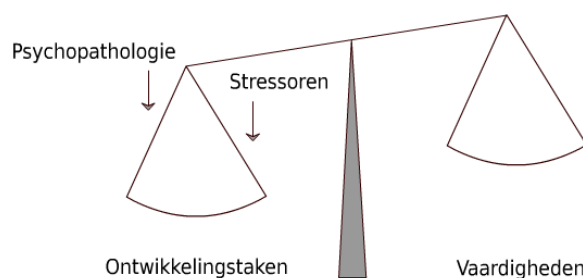
hiernaast te zien is. In bijlage 3 kunt u lezen hoe ieder aspect apart beschreven dient te worden binnen het ICF model.

Voor de doelgroep SGLVG is dit een model dat de triple-cripple duidelijk en overzichtelijk in kaart kan brengen, aangezien er binnen deze doelgroep veel belicht dient te worden. Het is een model dat niet in kaart brengt wat de etiologie (verklaring) is, het stelt hier zichzelf neutraal in op. Vanuit dit model kan de etiologie namelijk wel verder uitgediept worden. (World Health Organization, 2002)

### 1.2.3 Behandelmodel voor SGLVG

Er is gekozen voor een behandelmodel dat het beste aansluit bij de doelgroep. Dit model heet Het Sociaal Competentiemodel.

Het SCM is een ontwikkelingsgerichte methodiek die er van uit gaat dat er in het dagelijks leven bepaalde taken gedaan moeten worden, waar je bepaalde vaardigheden voor nodig hebt. Deze taken zijn voor deze cliënten *moeilijker* uit te voeren, door de verstandelijke beperking en psychopathologie, maar ook stressoren (intern en extern). Er zijn ook factoren buiten de cliënt gelegen die deze taken *makkelijker* maken, de protectieve factoren en ook factoren in de cliënt gelegen, veerkracht. Het SCM kijkt dus net als het Balkenmetafoor naar de draagkracht en draaglast die de cliënt ervaart en stelt dat hier een disbalans is. Deze disbalans wordt in dit model uitgedrukt in een weegschaal zoals hiernaast afgebeeld." De taken zijn te zwaar, de vaardigheden schieten te kort; psychopathologie en de stressoren drukken te zwaar en de protectieve factoren en veerkracht zijn niet toereikend." (Le Grand e.a., 2006)



Afbeelding 3: Visueel het Sociaal Competentiemodel

Het SCM werkt aan drie invalshoeken, dat in kaart wordt gebracht in een competentieanalyse. Deze drie invalshoeken zijn:

- Het vergroten van de vaardigheden
- Het versterken van de protectieve factoren en de veerkracht
- Het verminderen van de invloed van de psychopathologie en de stressoren” (Le Grand e.a., 2006)

Door de competentieanalyse wordt er een beeld geschetst van de cliënt met daarin zijn sterke en zwakke kanten. Van hieruit wordt duidelijk welke vaardigheden de cliënt beheerst en welke nog aangeleerd dienen te worden, om bepaalde taken uit te kunnen voeren en te resocialiseren. Ook kan het zijn dat juist bepaalde stagnaties opgeheven moeten worden. Verschillende disciplines kunnen dan met de cliënt aan het werk, waarin de cliënt met behulp van het SCM voortdurend wordt uitgenodigd en gestimuleerd om te oefenen met nieuwe vaardigheden en waarbij tegelijkertijd taken worden verlicht. (Le Grand e.a., 2006)

## 1.3 Psychotische kwetsbaarheid

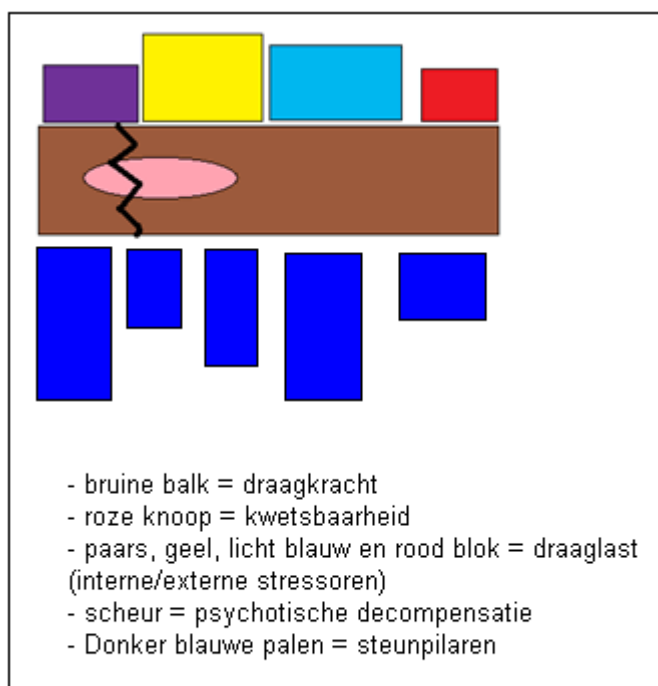
### 1.3.1 Etiologie voor een psychose m.b.v. het Balkmetafoor

Voor een SGLVG cliënt is het lastig om te snappen waardoor een psychose bij hem of haar is ontstaan. Om dit makkelijk uit te kunnen leggen is het Balkmetafoor ontwikkeld (Mestdagh & Noyez, 2001). Het Balkmetafoor is een verklarend model dat visueel in kaart brengt, hoe een psychose ontstaan is en welke factoren hierin mee spelen.

De balk staat voor de draagkracht en varieert per persoon in grootte en breedte. De biologisch genetische kenmerken, persoonlijkheid en cognitieve capaciteiten van een persoon, maken een groot deel uit van de draagkracht van een persoon.

Cliënten die een kans hebben om psychotisch te decompenseren hebben een bepaalde kwetsbaarheid in hun draagkracht. De kwetsbaarheid heeft met erfelijk- en/of biologische factoren te maken. De kwetsbaarheid vormt een soort knoop in de balk. Het kan de balk op die plek laten breken.

Stressoren worden afgebeeld in blokken die met hun gewicht steunen op de balk. Er zijn interne en externe stressoren. De interne stressoren zijn gevoelens, gedachten die angstig of verward maken. Externe stressoren zijn omgevingsprikkels die angstig of verward maken zoals familie, vrienden om je heen of situaties waarin iemand zich kan begeven. De stressoren verschillen ook weer in lengte, breedte en gewicht en vormen samen de last die de balk moet dragen. Ook wel de draaglast genoemd.



Afbeelding 2: Het Balkmetafoor

Wanneer de draaglast te groot wordt, zal de balk enkele scheuren krijgen. Dit zijn de prodromen (voortekenen) voor een psychose en wanneer er niet op tijd wordt ingegrepen, zal de balk breken op de plek waar de knoop zit. De meest zwakke plek. Dit breken noemt men psychotisch decompenseren. Verschillende symptomen passende bij een psychose zullen dan tot uiting komen

De balk moet gelijmd worden om de acute fase te doorbreken. Dit lijmen gebeurt door middel van medicatie en vaak ook door een opname in een kliniek.

Steunpilaren moeten voorkomen dat een cliënt terug valt in de psychose. Steunpilaren kunnen bestaan uit medicatie, psychotherapie, psycho educatie, dagstructuur en daginvulling. De steunpilaren moeten ook weer afgestemd worden op de cliënt zijn/haar behoefte op dat moment en wat de cliënt als steunend ervaart. In hoofdstuk 4 wordt beschreven hoe PMT een bijdrage levert in de behandeling van psychoses en dus ook een steunpilaar zal vormen voor de cliënt.

(Mestdagh & Noyez, 2001)

### **1.3.2 Psychotische kwetsbaarheid m.b.t. SGLVG**

Bij de uiting van een psychose hebben deze cliënten meer negatieve symptomen dan normaal begaafde mensen. Dit beschrijft Van der Heijden (2003) ook in een onderzoek, want van der Heijden beschrijft oefenvormen die in drie categorieën gerangschikt waren, namelijk cognitieve beperkingen, negatieve symptomen en beperkingen in de lichaamsoriëntatie. In het onderzoek hebben zowel cliënten met schizofrenie en een groep psychosen als twee cliënten deelgenomen die zwakbegaafd waren. De ene cliënt had een psychotische stoornis door een middel en was zwakbegaafd, de ander had een kortdurende psychotische stoornis en was zwakbegaafd. De cliënten van de groep psychosen scoren overwegend positief ten opzichte van de schizofrene cliënten, behalve de zwakbegaafde cliënten. De zwakbegaafde cliënten scoren op cognitieve beperkingen laag wat betreft de dubbeltaken en de aandachtsspanne. Daarnaast scoren ze op negatieve symptomen laag op vervlakking affect, onsamenhangende spraak en beperking ziekte-inzicht. Op lichaamsoriëntatie scoren zij laag op energie verdeling en grenzen aangeven. Waar zij hoger scoren dan schizofrene cliënten is op cognitieve beperkingen met betrekking tot inschatten eigen kunnen en bijstellen inschatting eigen kunnen. Zij scoren iets hoger op beperking ziekte-inzicht dan de schizofrene cliënten en iets hoger op grenzen aangeven, maar nog steeds beduidend lager dan de groep psychosen zonder zwakbegaafdheid.

Een verklaring die gegeven wordt voor de negatieve score voor de groepen schizofrenie en psychose met zwakbegaafdheid is dat beide groepen een zeer lage draagkracht hebben. De draagkracht die bestaat uit biologisch genetische kenmerken, persoonlijkheid en cognitieve capaciteiten van een persoon. Wanneer de persoon niet alleen licht verstandelijk gehandicapt is, maar ook sterk gedragsgestoord zal de persoon dus nog minder draagkracht hebben.

Specifieke kenmerken van de doelgroep SGLVG die van invloed zijn op de draaglast en draagkracht van cliënten zijn: bij veel cliënten ontbreekt de basisveiligheid, dat zij vaak over-/ ondervraagd worden, zij cognitieve beperkingen hebben, een negatief zelfbeeld hebben een beperkte zelfredzaamheid hebben en een irreëel toekomstperspectief hebben. (Behandelvisie (forensische) SGLVG De Borg, 2008)

Deze kenmerken zijn van grote invloed op de draagkracht en draaglast van een SGLVG cliënt, zonder dat zij een erfelijke kwetsbaarheid voor een psychose hebben.

Hetgeen hierboven beschreven is, is zorgwekkend, wanneer er gekeken wordt naar de psychotische kwetsbaarheid van deze cliënten.

Een belangrijk aspect binnen psychotische kwetsbaarheid is de draagkracht en draaglast van cliënten. SGLVG cliënten hebben al zoveel kenmerken die wijzen op een kleine draagkracht en een grote draaglast. Er is altijd een grote disbalans tussen belasting en belastbaarheid. Wanneer iemand de psychotische kwetsbaarheid heeft geërfd, is de kans op een psychose ontzettend groot, waarbij de uitwerking door de verstandelijke handicap nog weer groter is dan bij een persoon zonder handicap.

## **1.4 Stress Management Training van C. Emck (Behandeling voor jongeren met psychotische stoornissen)**

### **1.4.1 Diathese-stress-benadering**

De Stress Management Training (SMT) van Claudia Emck (1998), is gemaakt voor jongeren met psychotische stoornissen. Hoewel binnen hoofdstuk 1.3.1 als verklarend model het Balkmetafoor is gebruikt, omdat deze op cognitief niveau beter aansluit bij de doelgroep, maakt Emck gebruik van de diathese-stress-benadering. Ook deze benadering is een verklaring voor de psychotische kwetsbaarheid.

De diathese-stress-benadering van schizofrenie: "de patiënt vertoont een specifieke kwetsbaarheid die bij stressvolle gebeurtenissen kan uitmonden in symptomen van schizofrenie" (Scholte & Linzen 1986; Emck, 1998, p.21).

Diathese staat voor de kwetsbaarheid van een cliënt dat genetisch bepaald is en stress verwijst naar belastende, spanning veroorzakende situaties. Zonder de erfelijke kwetsbaarheid zal er ondanks de hoeveelheid stress, geen psychose ontstaan. Er wordt ook vanuit gegaan dat symptomen wisselend kunnen zijn en het gevolg zijn van complexe interacties tussen biologische, psychologische en sociale factoren. Drie vormen van stressverhogende contexten die bijdragen aan een psychotische reactie zijn aan levensfase gekoppelde belasting (adolescentie bijv.) waarin veel veranderingen plaats vinden, life-events (schokkende gebeurtenissen) zoals overlijden, ongeluk, verkrachting etc. en daily hassles (dagelijkse rompslomp). Behandeling moet gericht zijn op herkennen van interne en externe stressoren door de cliënt. Het diathese-stress-model maakt hiervoor gebruik van een profielschets en is het uitgangspunt voor de SMT. In de profielschets wordt geïnventariseerd welke stressoren een gevaar vormen, zodat een terugval voorkomen kan worden. Ook wordt in kaart gebracht wat sterke en minder sterke punten van de cliënt zijn. Letterlijk komen de volgende categorieën aan bod (zie ook bijlage 4): prodromen, symptomen, stressoren, beschermende factoren, gewenst en ongewenst gedrag (Claudia Emck, 1998).

### **1.4.2 SMT van Emck voor jongeren met psychotische stoornissen**

De SMT van Emck is een werkvorm waarin experimenteren, ervaren en oefenen op de voorgrond staan. Het is een specifieke cognitieve psychosociale interventie. Er worden lichaamsgerichte en bewegingsgerichte werkvormen aangeboden in een psycho-educatief kader met een duidelijk structuur. Het doel van de training is "het verbeteren van stressmanagement bij (post)psychotische jongeren" (Emck, 1998). Voor de cliënten betekent dit dat zij leren omgaan met hun kwetsbaarheid en symptomen. Emck oefent binnen haar training daarom ook sociale, cognitieve, emotionele en fysieke vaardigheden, zodat de cliënt moeilijke levenssituaties beter kan hanteren.

De profielschets inventariseert welke stressoren een gevaar vormen en welke sterke kanten iemand heeft, zodat deze goed benut en gestimuleerd worden.

Gedurende de training wordt de profielschets steeds meer een persoonlijke leidraad voor behandeling en rehabilitatie (Emck, 1998).

Zoals hierboven beschreven, wordt er binnen deze training geëxperimenteerd, ervaren en geoefend. Eerder in Hoofdstuk 1.1.3 is te lezen dat voor deze doelgroep oefenen de belangrijkste modaliteit is. Ervaren en experimenteren zullen lastig zijn voor deze doelgroep om ook daadwerkelijk iets mee te bereiken. Herhalen, oefenen, 'er in stampen', is eigenlijk wat bij deze doelgroep het meeste effect oplevert.

### **1.4.3 De opzet van de SMT**

Een training bestaat uit twaalf sessies van anderhalf uur en er wordt gewerkt in een groep van acht deelnemers. De deelnemers zijn jongeren die een psychose hebben doorgemaakt in het kader van schizoaffectieve stoornis, bipolaire stoornis of schizofreniforme stoornis. De training sluit met de oefenvormen beter aan op jongere cliënten, maar ook volwassenen kunnen er plezier aan beleven, dus ook voor deze cliënten zou de training gebruikt kunnen worden.

Wanneer je de training aan wilt bieden moet je letten op dat je niet een te kleine ruimte gebruikt(dit kan problematisch zijn voor paranoïde symptomatologie), maar ook zeker geen te grote ruimte(dit zorgt voor moeite voor cliënten bij wie cognitieve integratie nog zwak is en die moeite hebben het overzicht in situaties te bewaren of waarbij de oriëntatie in tijd en plaats nog gestoord is (Emck, 1998)). Tijdens de training wordt gebruik gemaakt van een werkboek met een psycho educatief karakter, zodat het aangeleerde beter kan integreren. Het werkboek zorgt tevens voor een goede transfer richting het dagelijks leven. (Emck, 1998)

Emck vertelt dat het niet raadzaam is om een cliënt in de acute fase deze training aan te bieden. De acute fase wordt ook wel de 1<sup>e</sup> fase genoemd. Hierin is belangrijk: structuur, afwisseling van rust en activiteit, herstel van contact, ondersteuning en medicatie. Een prikkelarme omgeving is daarbij belangrijk en de duidelijke dagstructuur.

In de 2<sup>e</sup> fase is de patiënt enigszins stabiel, de psychose is enigszins verbleekt en nu is het mogelijk de cognitieve psychosociale interventies te starten. In deze fase kunnen dus de stressmanagementvaardigheden worden aangeleerd en hierin past ook de SMT. De profielschets komt hierbij aan bod. Nu kunnen veel aspecten geïnterviewd worden voor de profielschets. Een psychose zal niet nogmaals op deze manier tot stand komen, doordat hier een heel overzicht van gemaakt is binnen de profielschets. (Emck, 1998)

## **2. Methode**

### **2.1 Inleiding**

Dit voorschrijvend onderzoek is opgestart doordat uit ervaring in de praktijk bleek dat er nog weinig bekend was over, hoe een psychotisch kwetsbare SGLVG cliënt behandeld kon worden. Het doel was om tot theoretisch onderbouwde keuzes te komen voor deze behandeling met daarin een stress management training. Hiervoor is voornamelijk literatuur nodig. Literatuur over de doelgroep en behandelmodellen binnen de behandeling voor deze doelgroep, literatuur over psychotische kwetsbaarheid en literatuur m.b.t. de SMT vanuit PMT.

Verder is er gekozen voor een observatie binnen de PMT, waarbij gekozen is voor een cohortonderzoek waarbij verschillende cliënten vergeleken zijn in zijn/haar proces en waarbij meer duidelijk is geworden over de hechtingsproblematiek van de cliënten. Op deze manier kan vastgesteld worden dat er een lange tijd gestoken moet worden in het opbouwen van een vertrouwensrelatie met een cliënt.

### **2.2 Informatiebronnen**

Managers en behandelaren waren op het gebied van doelgroep en behandelmodellen belangrijke informatiebronnen. Zij hadden verschillende boeken en documenten over de doelgroep en de visie op specialistische SGLVG-behandeling. Deze zijn binnen deze scriptie gebruikt.

Literatuur over psychotische kwetsbaarheid werd voornamelijk via google.nl en verschillende scripties gezocht, waar weer doorverwezen werd naar verschillende zorginstellingen of boeken die hierover geschreven hadden. Deze uiteindelijk gebruikte literatuur staat in de literatuurlijst beschreven.

Een psychomotorisch therapeut binnen de kliniek reikte de SMT van Claudia Emck aan, welke hij al wel had liggen, maar niet gebruikte aangezien deze training nog niet paste bij de doelgroep.

Ook uit het tijdschrift voor vaktherapie was veel informatie bruikbaar, alleen niet altijd specifiek gericht op de doelgroep.

Binnen de opleiding Psychomotorische Therapie op de Calo is een artikel gelezen vanaf blackboard, namelijk de Nederlandse vertaling voor het ICF model.

Niet alle informatie is bruikbaar voor de doelgroep. Algemene informatie was bruikbaar en informatie m.b.t. de doelgroep was bruikbaar. Wanneer meerdere informatiebronnen hetzelfde weergeven, betekent dit vaak ook dat de informatie betrouwbaar is. Het tijdschrift voor vaktherapie en de SMT zijn betrouwbare bronnen en over heel Nederland bekend. Betrouwbaarheid en bronnen zijn belangrijke punten waar op gelet dient te worden tijdens het verkrijgen van literatuur.

### **2.3 Proces**

Verschillende sites en scripties verwezen door naar andere boeken en artikels. Na veel gelezen literatuur vanuit de mediatheek, internet, intern en scripties kon uiteindelijk maar uit een aantal literatuur de specifieke informatie gehaald worden. Dit waren interne publicaties binnen Hanzeborg Tractum, de SMT van Emck, een artikel uit het Tijdschrift voor Vaktherapie, de site voor de Balkmetafoor en het ICF model van blackboard Windesheim.

Van ieder onderwerp vanuit deze scriptie is apart literatuur gezocht. Om literatuur te vinden zijn zoektermen gebruikt als: SGLVG, Sociaal Competentiemodel, Stress Management Training, psychose, psychotische kwetsbaarheid, psychose bij (SG)LVG, PMT en psychotische stoornissen, PMT en SGLVG.

Deze literatuur is bij elkaar gevoegd tot een dik document. Deze complexe doelgroep, maakte dat er ook ontzettend veel informatie over te beschrijven was. Niet alle aspecten van deze doelgroep zijn even groot uitgelicht. De keuze is bewust gemaakt om aspecten uit te lichten, welke invloed hebben op aspecten binnen de SMT van Emck, zoals bijv. de cognitieve aspecten. Een ander aspect bijv. de sociaal-emotionele ontwikkeling van deze cliënten is minder uitgelicht, omdat deze uiteindelijk minder invloed hebben op de wijze hoe de training gegeven kan worden.

De verschillende modellen zijn bij elkaar gelegd, verschillen en overeenkomsten zijn gevonden en er is uiteindelijk gekeken naar modellen welke de meeste overlap hadden en deze zijn in een tabel verwerkt (bijlage5). Zo is bijvoorbeeld gekozen om de LECS observatie methode vanuit de PMT weg te laten samen met een uitgebreide uitwerking van het DSM IV, omdat deze niet de overlap hadden met betrekking tot andere modellen welke binnen deze scriptie gebruikt zijn en is er dus wel gekozen voor het balkmetafoor welke goed aansluit bij de cognitieve aspecten van de doelgroep en daarnaast veel dezelfde aspecten benoemd als de diathese-stress-benadering welke Emck gebruikt voor haar training. Ook is er niet uitgebreid ingegaan op de behandelstrategieën voor de doelgroep, omdat er binnen de kliniek al is gekozen vanuit deze behandelstrategieën voor het SCM (behandelmodel), wat een grotere meerwaarde had m.b.t. de modellen welke gekozen waren voor psychotische stoornissen. Op deze manier is alle informatie gefilterd tot deze ontstane scriptie en de aanbevelingen die gedaan worden op basis hiervan.

### 3. Resultaten

Voor de doelgroep wordt het biopsychosociale model gebruikt, om de cliënt duidelijk te kunnen diagnosticeren en wordt het SCM gebruikt als ontwikkelingsgerichte methodiek, waarbij cliënten vaardigheden gaan vergroten, protectieve factoren en veerkracht gaan versterken en de invloed van psychopathologie en stressoren verminderen.

Voor psychotische kwetsbaarheid is een verklaringsmodel gebruikt, genaamd 'het Balkmetafoor' welke makkelijk weergeeft wat er met de cliënt aan de hand is. Daarnaast is er een verklaringsmodel gebruikt vanuit de SMT van Emck, genaamd de diathese-stress-benadering, welke ervan uit gaat dat door een erfelijke psychotische kwetsbaarheid met stress een psychose ontstaat. Als laatste is een behandelmodel beschreven genaamd: Stress Management Training voor jongeren met psychotische stoornissen.

Het vergelijken van de modellen leverde een tabel op, welke terug te zien is in bijlage 5.

Te merken was dat verschillende modellen hetzelfde beschrijven met verschillende benamingen. Zo wordt bijvoorbeeld in de diathese-stress-benadering, het SCM en het Balkmetafoor gesproken over interne en externe stressoren en worden deze in het ICF model benoemd als externe factoren en persoonlijke factoren. Deels is dit hetzelfde, al kunnen in het ICF ook positieve factoren hierin beschreven worden en niet alleen stressoren. Zo worden de verschillende modellen interne en externe stressoren benoemd, wat ook de naam draaglast kan krijgen.

Deze verschillende woorden, maar met eigenlijk dezelfde betekenis zijn in de tabel verwerkt waarbij uit het model is gekomen dat er binnen sommige aspecten veel overlap is en bij andere niet. Ieder model beschrijft namelijk: interne en externe stressoren (ook wel draaglast), beschermende vaardigheden/ baardigheden/ activiteiten + participatie, beschermende omgevingsfactoren, ontbrekende gewenste vaardigheden/ beperkingen/ beperkingen in activiteiten + participatie. Ook wordt de draaglast door 3 van de 4 modellen benoemd. Duidelijke verschillen zijn dat alleen de diathese-stress-benadering prodromen en symptomen beschrijft en alleen het ICF model functies en anatomische eigenschappen beschrijft. Alles vanuit de tabel bij elkaar, geeft veel overlap tussen de verschillende modellen te zijn. De diathese-stress-benadering als verklaringsmodel dat gebruikt is binnen de SMT van Emck sluit goed aan bij het SCM en het ICF model, dus bij de gekozen modellen van de instelling.

Dit betekend nog niet direct, dat de training zelf als behandelmodel ook aansluit bij de behandelmodellen van de doelgroep.

De SMT er als volgt uit:

- 12 sessies
- 1,5 uur per sessie
- Groep van 8 deelnemers
- De deelnemers zijn jongeren die een psychose hebben doorgemaakt in het kader van schizoaffectieve stoornis, bipolaire stoornis of schizofreniforme stoornis
- Niet een te kleine ruimte gebruikt en zeker geen te grote ruimte
- Werkboek met een psycho-educatief karakter
- Geen training in de acute fase (1<sup>e</sup> fase)
- Geef de training in de 2<sup>e</sup> fase wanneer de cliënt stabiel is

Deze cliënten hebben moeite met vertrouwen in de ander, doordat zij vaak hechtingsproblematiek of zelfs een hechtingsstoornis hebben (te lezen in Hoofdstuk 1.1.3). Uit ervaring blijkt dat 12 sessies alleen al nodig zijn voor het elkaar leren kennen en het opbouwen van een vertrouwensband en werkrelatie. Door het externaliseren (leggen schuld buiten zichzelf) en de motivatietekorten (te lezen in Hoofdstuk 1.1.3) kan het ook wel 12 sessies duren, voor een cliënt in gaat zien dat hij/zij een probleem heeft en geholpen kan worden (door bijv. motivatietraining) binnen PMT.

Anderhalf uur per sessie is daarnaast ook niet haalbaar voor deze doelgroep. Door een training van anderhalf uur aan te bieden, wordt een cliënt overvraagd. De cognitieve beperkingen zoals een beperkte aandachtsspanning, lager denkt tempo en minder goed functionerend geheugen zorgen voor een moeizaam verloop van de informatieverwerking (te lezen in Hoofdstuk 1.1.3).

Ook is een training met acht deelnemers niet mogelijk. Ervaring met meerdere cliënten in een therapie ruimte is dat zij elkaar beïnvloeden in negatief gedrag, helemaal wanneer zij nog niet gemotiveerd zijn.

Wanneer beide cliënten gemotiveerd zijn, zou twee cliënten per training wel haalbaar zijn. Doordat deze cliënten moeite hebben met vertrouwen in de ander, is het noodzakelijk dat deze cliënten een veilige sfeer ervaren binnen de therapie, wanneer zij met zijn tweeën de training volgen. Hier moet zorgvuldig mee om worden gegaan.

| De SMT                     | De aangepaste SMT                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 sessies van 90 minuten  | 12 sessies werkrelatie opbouwen<br>12 sessies motivatietraining<br>24 sessies i.p.v. 12 sessies, want 45 minuten i.p.v. 90 minuten<br>Sowieso 24 sessies nogmaals herhalen<br><b>Dus totaal meer dan 72 sessies</b> |
| Groep van 8 deelnemers     | Individueel<br>Max. 2 cliënten per training                                                                                                                                                                         |
| Werkboek                   | Taalgebruik makkelijker<br>Oefeningen korter<br>Oefeningen herhalen<br>Hulp van PB-er                                                                                                                               |
| Diathese-stress-benadering | Gebruik voor de uitleg van de psychose het Balkmetafoor, om aan te sluiten bij de cognitieve handicap van de cliënt                                                                                                 |
| SMT binnen Therapie        | Oefen in verschillende contexten hetzelfde gedrag                                                                                                                                                                   |

De doelgroep SGLVG binnen 't Mastler heeft als minimumleeftijd 18 jaar. Ondanks dat deze cliënten volwassen zijn, sluit sport erg goed aan. PMT is dan ook een therapie, waar veel gebruik van gemaakt wordt.

Tijdens de SMT training neemt het werkboek een centraal punt in, dit om de transfer te bevorderen. Zoals te lezen in te lezen in Hoofdstuk 1.1.3 spelen cognitieve beperkingen een grote rol bij het maken van een transfer. Deze cliënten leren contextgebonden en maken niet de koppeling naar een andere context. Aangezien het werkboek een belangrijk punt is binnen de training, zullen behandelaars en groepsleiders ook uitgebreid geïnformeerd moeten worden. De behandelaar zou zijn behandelplan hier op aan moeten passen.

PB-ers zouden samen met cliënten dit huiswerk moeten maken en het werkboek zou wat taal betreft makkelijker

gemaakt moeten worden, zodat in verschillende contexten hetzelfde gedrag wordt geoefend. Voor het werkboek geldt dat de oefeningen kleiner gemaakt dienen te worden en makkelijker. Dit ook door de cognitieve beperkingen van deze cliënten, doordat zij een taal en begripszwakte en een lager denkt tempo hebben.

Bij het maken van de profielschets en de uitleg over de stoornis zou het Balkmetafoor gebruikt kunnen worden, omdat deze metafoor het ziektebeeld makkelijk in kaart brengt en beter te snappen is voor de cliënt door de cognitieve beperkingen.

Verder staat ook in hoofdstuk 1.1.3 dat deze cliënten leren door te oefenen en te herhalen. Dit betekent dat oefeningen binnen de training vaker herhaald dienen te worden, zowel in de zaal, in andere contexten als in het werkboek.

## 4. Conclusie

De vraagstelling aan het begin van deze scriptie luidt:

*Hoe kan binnen een kader van verschillende geïntegreerde behandelmodellen een psychomotorische stressmanagementtraining aansluiten bij de behandeling van psychotisch kwetsbare Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapte cliënten.*

SGLVG is een complexe doelgroep met de naam triple-cripple. Om deze doelgroep goed te kunnen diagnosticeren wordt het ICF model gebruikt en om goed aan te sluiten bij de scheefgegroeide ontwikkeling is er voor het Sociaal Competentiemodel gekozen als behandelmodel.

Er is gekozen voor de Stress Management Training van Emck, waarbij de diathese-stress-benadering gebruikt wordt. Dit is voor de psychotisch kwetsbare cliënten, die niet adequaat kunnen omgaan met situaties, gedachtes en gevoelens die spanning opleveren. Om de psychose makkelijker uit te kunnen leggen aan de cliënten kan het Balkmetafoor gebruikt worden, welke net als de diathese-stress-benadering een verklaringsmodel is.

De verschillende modellen hebben veel overlap en kunnen binnen de kliniek voor de cliënten goed gecombineerd worden. De Stress Management Training van Emck sluit alleen wat betreft vorm nog niet aan bij deze doelgroep. De SMT in de praktijk moet aangepast worden en deze aanpassingen staan in de resultaten.

Kort gezegd is de conclusie dat de diathese-stress-benadering (modelniveau) goed aansluit bij de doelgroep. De inhoud van de training sluit aan, maar de vorm van de SMT zoals deze nu is nog niet. De SMT is gebaseerd op een andere doelgroep dan SGLVG. Met de nodige aanpassingen, zou de SMT geïntegreerd kunnen worden binnen de doelgroep.

## 5. Aanbeveling

Het doel van deze scriptie was om tot theoretisch onderbouwde keuzes te komen in de behandeling van stressmanagementproblematiek bij SGLVG cliënten met een psychotische kwetsbaarheid.

Uit de conclusie is aan te bevelen dat deze training op een aangepaste manier van start moet gaan binnen behandelkliniek 't Mastler.

Dit zou betekenen dat er eventueel een model gemaakt kan worden door de behandelaar waarin zowel het ICF, het SCM als de diathese-stress-benadering in terug komt. De behandelaar moet zorgen voor een duidelijke koppeling naar de verschillende disciplines, zodat iedere discipline met de SMT bezig kan zijn. Zodat erop verschillende plaatsen met hetzelfde geoefend wordt en dit uiteindelijk geïntegreerd wordt.

Dit betekent dat het huidige aanbod PMT van minder dan 20 uur, binnen de kliniek meer zou moeten worden, omdat iedere cliënt welke psychotisch kwetsbaar is, individueel of met zijn 2<sup>en</sup> in speciale gevallen de training zou krijgen.

Deze aanbevelingen zijn nog niet gebaseerd op concrete ervaringen binnen de SMT. Er zou een onderzoek naast moeten lopen om aan te tonen dat de SMT daadwerkelijk in de praktijk ook aan sluit.

Hoewel theoretisch gezien de training gestart kan worden, moet goed gekeken worden naar de context van de cliënt binnen de woongroep. De cliënten wonen in een groep, gemengd met verschillende problematieken. Het gedrag zorgt dat onderling veel spanning ontstaat en zorgt voor stress bij iedere cliënt. Je zou je af kunnen vragen of de SMT überhaupt bij deze doelgroep in zo'n stressvolle omgeving haalbaar is en of een transfer vanuit de training naar het 'dagelijks leven' (welke voor de cliënt binnen de kliniek is) haalbaar is.

## 6. Discussie

Zoals al in de methode te lezen is, is uit een beperkte hoeveelheid literatuur informatie gehaald. Er is veel gelezen, maar veel literatuur verwees door naar andere literatuur, tot er uiteindelijk specifieke literatuur paste bij deze doelgroep en deze vraagstelling. Dit neemt niet weg dat de beperkte hoeveelheid literatuur minder betrouwbaar is. Zij zijn gefilterd uit een grote hoeveelheid literatuur, dat is afgewogen en het beste bij deze doelgroep paste. De verschillende bronnen zijn wel degelijk betrouwbaar.

Daarnaast is een groot deel van deze scriptie gebaseerd op behandelmodellen met de visie van De Borg. Zij hebben complete behandeldocumenten intern uitgegeven, op basis van ervaring en onderzochte literatuur, waardoor de behandeling is zoals deze nu is. Dit is literatuur dat direct aangereikt kon worden en daarnaast betrouwbaar vanuit behandelaars en managers is aangeleverd.

Er is een keuze gemaakt in literatuur wat op eigen opinie gebaseerd is. Een ander zou een andere keuze gemaakt kunnen hebben.

In deze scriptie wordt daarnaast veel informatie over de doelgroep gegeven. Dit kan gezien worden als overbodig, maar de complexiteit van deze doelgroep (triple-cripple) maakt dat er veel over beschreven moet worden om een realistisch beeld te kunnen weergeven. Dit realistische beeld is nodig om aan te kunnen tonen waarom de SMT wel of niet aan sluit bij de behandelmodellen van de kliniek.

Met deze scriptie is dicht bij de opdrachtgever gebleven. Hierdoor is veel bekende literatuur vanuit de kliniek gebruikt. Vanuit de opdrachtgever werd ook specifiek de SMT van Emck aangeleverd, welke nog niet goed toegespitst was op de doelgroep SGLVG.

Dit betekent dat er niet vanuit verschillende visies of verschillende stressmanagementtrainingen gekeken is, welke wellicht ook aan zouden kunnen sluiten of samen tot een nieuw geheel konden komen. Om dicht bij de wensen van de opdrachtgever te blijven, is gekozen alleen de SMT van Emck te gebruiken.

De hoeveelheid literatuur was beperkt door dicht bij de opdrachtgever te blijven. Niet veel informatie is direct toegespitst op de doelgroep. Wanneer de doelgroep niet zo specifiek was, zou eventueel meer literatuur een aansluiting hebben gevonden binnen deze scriptie.

Binnen deze scriptie is geen informatie gegeven over de behandelmodellen uit de forensische zorg. In deze modellen staat informatie beschreven over de veiligheid welke binnen de kliniek gewaarborgd dient te worden op verschillende manieren. Wanneer wordt gekeken naar de veiligheid binnen de kliniek, kan gezegd worden dat het onvoorspelbare gedrag van de cliënten op elkaar ook grote uitwerking hebben. Hier is binnen deze scriptie geen rekening mee gehouden.

## Literatuur

- Emck, C (1998). *Stress Management Training voor jongeren met psychotische stoornissen*. Culemborg: Centraal Boekhuis bv.
- Heijden, H van der, (2009). Onderscheid door oefenvormen?. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2009 (3), 3-7
- Janssen-Cilag & Heilig Hartziekenhuis, (2005). Het Balkmetafoor. Verkregen op 8 april, 2011 van <http://www.balkmetafoor.be/>
- Le Grand, B & Slagter, J & Storms, M & Ten Wolde, A.C. (2006). *Vaardig en veilig*. Interne publicatie: Hoeve Boschoord.
- Meer van der, M (2008). Behandelvisie (forensische) SGLVG. *De Borg*, 2008
- World Health Organization (2002). Nederlandse vertaling van de WHO-publicatie: International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Bilthoven, free press

## Bijlage

### Bijlage 1: Algemene kenmerken (forensische) SGLVG-cliënten

- Mannen en vrouwen vanaf 18 jaar
- Er is sprake van beperkingen in intelligentie (IQ tussen 50-85) en adaptief functioneren ('VG')
- Er is veelal sprake van een achterstand in sociaal-emotionele ontwikkeling en disharmonische profielen ('VG')
- Naast achterstanden in ontwikkeling is er veelal sprake van ontwikkelingstekorten, bv met betrekking tot de cognitieve functies zijn er tekorten op het gebied van aandacht, geheugen, emoties herkennen en benoemen, snelheid van informatieverwerking, executieve functies, theory of mind en generalisatie
- In sociaal-emotionele ontwikkeling ziet men vaak dat er sprake is van moeite met uitstel van beloning, snel driftig, wantrouwen (basic distrust) en vermijding, faalangst, egocentrisch, afhankelijk, beperkte gewetensontwikkeling, geremdheid, etc.
- Naast ernstige gedragsproblemen heeft een belangrijk deel van de cliënten andersoortige problematiek. Het gaat hierbij om ernstige psychiatrische problematiek of om psychiatrische complicaties van somatische stoornissen en genetische afwijkingen ('GGZ')
- Er is veelal sprake van een zeer beperkt sociaal netwerk en ontworpen sociale relaties
- Er is sprake van risicovol-/ delict-gedrag, waarbij gevaar bestaat voor de omgeving en/of de cliënt zelf ('Justitie')
- De geschiedenis kenmerkt zich door een lange lijst van problemen: dikwijls is er sprake van vroegtijdige gedrags- en ontwikkelingsproblemen. De verstandelijke handicap wordt amper onderkend of te laat, soms ook genegeerd. De handicap is ook niet of nauwelijks zichtbaar in het uiterlijk. Hierdoor worden veel van onze cliënten langdurig boven hun eigen niveau aangesproken en aangemoedigd om boven hun niveau te presteren
- 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 handicap of een uiting van onzekerheid of angst. Dit is deels verbonden met de verstandelijke handicap of zwakbegaafdheid. Deze brengt immers doorgaans een leergeschiedenis van faalervaringen met zich mee, en een negatief zelfbeeld. Probleemgedrag kan doorgaans ook opgevat worden als een resultante van een proces waarin cliënt gepoogd heeft te voerleven, zijn problemen op te lossen, te komen tot zingeving e.d.
- Door hun complexe problematiek van gedragsstoornissen, psychiatrische aandoeningen en sociale problematiek zijn zij de greep op hun leven kwijtgeraakt en is er voorafgaand aan de opname sprake van ernstig probleemgedrag
- Men heeft vaak eerdere pogingen tot behandeling ondergaan en deze zijn niet of onvoldoende geslaagd
- Men heeft behandeling, zorg en ondersteuning nodig om de draad van hun leven weer op te kunnen pakken en op een humane en volwaardige wijze deel uit te kunnen maken van de maatschappij
- Er zijn grote verschillen in niveau van functioneren, leeftijd, achtergronden, omstandigheden en stoornissen.

Behandelvisie (forensische) SGLVG De Borg (2008)

## Bijlage 2: Specifieke problematiek m.b.t. leer- en denkstijl

- *Situatiegebonden en concreet*: het leren en denken van licht verstandelijk gehandicapte mensen is, vergeleken met normaal begaafde mensen, meer gebonden aan het hier en nu en aan het onmiddellijk voorstelbare. Het is meer situatiespecifiek dan abstract. Deze tekorten in het abstracte denken uiten zich ondermeer in een moeizame conceptvorming en generalisatie van datgene wat geleerd is. Ook het zich in de voorstelling kunnen verplaatsen in tijd en ruimte, het reflecteren op gedachten en gevoelens en het denken over een probleem en al denkend tot een oplossing komen, zijn voorbeelden van abstracte denkoperaties die moeilijkheden kunnen opleveren. Het omgaan met abstracte begrippen, bijv. iets dat in symbolen wordt weergegeven (rekenen, geschreven taal, kaart lezen), kan eveneens de nodige moeite kosten.
- *Weinig gedifferentieerd*: het leren en denken verloopt minder gedifferentieerd dan bij normaal begaafde mensen: er is een verminderde gevoeligheid voor details en voor de juiste verhoudingen. Ook het omgekeerde komt regelmatig voor: een overmatige hoeveelheid details, zonder hoofd- en bijzaken van elkaar te kunnen onderscheiden.
- *Minder goed functionerend geheugen*: het werkgeheugen (verantwoordelijk voor tijdelijke opslag van informatie tijdens het uitvoeren van cognitieve vaardigheden) is noodzakelijk om nieuwe kennis en vaardigheden te ontwikkelen. Dit korte geheugen vertoont defecten vooral bij complexe taken. Met name de overbrenging van het korte naar het lange termijn geheugen verloopt moeilijk, waardoor het problemen kan geven het te onthouden informatie te ordenen en te herstructureren.
- *Weinig gestructureerd*: de informatieverwerking verloopt minder gestructureerd en geschematiseerd. Rangschikken, groeperen en categoriseren zijn (abstracte) vaardigheden die moeite kosten. Begrippen die niet-identieke zaken met elkaar verbinden worden niet met elkaar in verband gebracht, waardoor het moeilijker is ze onder te brengen, in te delen of te herleiden.
- *Beperkte aandachtsspanning en – selectie*: het richten op en vasthouden van de aandacht bij een bepaald onderwerp kost moeite, er wordt eerder gereageerd op onbelangrijke informatie, afhankelijk van de behoefte van dat moment. Er is sprake van gebrekkige 'selectieve aandacht'.
- *Moeilijk leren en denken in een open systeem*: Het leren en denken in een open systeem verloopt moeilijker, dan wanneer het plaatsvindt op een geplande en gestructureerde manier. Denken in open situaties vraagt meer creativiteit en inventiviteit. Aanleren heeft dan ook meer kans van slagen via directe begeleiding, instructie en uitleg.
- *Lager denktempo*: er is meer tijd nodig om nieuwe informatie te verwerken. Onder tijdsdruk (moeten) denken, vermindert de effectiviteit van het denkproces.
- *Rigide denkpatroon*: Er is een verminderde dynamiek in het denken, die de aanpassing aan wisselende situaties belemmert. Een rigide denkpatroon is het gevolg. Soms is een rigide denkpatroon moeilijk te onderscheiden van kenmerken ten gevolge van een persoonlijkheidsstoornis.
- *Taal- en begripszwakte*: Dit kan zich voordoen op twee verschillende manieren, namelijk: Receptief (de boodschap wordt niet goed ontvangen) of expressief (er zijn problemen met het onder woorden brengen). Bovendien is er dikwijls sprake van een verminderde mogelijkheid om gebruik te kunnen maken van innerlijke taal ('inner speech'). Het denken, als spreken in zichzelf, is belemmerd. Het gevolg is dat het handelen minder gepland, geordend en gereguleerd wordt. Deze moeilijkheden kunnen de communicatie belemmeren, bijvoorbeeld het onder woorden brengen van een gedachtegang of bij het vasthouden en afwikkelen van een gedachtegang. In de praktijk van alledag komt het regelmatig voor dat iemand- net als een klein kind dat aan het spelen is- hardop in zichzelf praat. Dit is het begin van 'innerlijke taal'. Het is belangrijk dit 'hardop in zichzelf praten' de juiste (diagnostische) betekenis te geven. Het gevaar bestaat het als pathologisch te bestempelen, bijvoorbeeld als psychotisch gedrag.
- *Beperkte tijdsbeleving*: De beleving van tijd is beperkt; er wordt op een 'verbrokkelde tijdslijn' geleefd. Het hier en nu wordt heel belangrijk en er is een verminderde gerichtheid op de toekomst. Om in de toekomst te kunnen werken moet iemand een plan kunnen opstellen en met hypothesen om kunnen gaan. Ook het belang van het verleden wordt moeizaam onderkend. Het leven van het hier en nu staat centraal. Naast deze beperking op het gebied van tijdsbeleving, kan het focussen op het hier en nu ook een psychodynamische functie hebben; zo kan het een manier zijn om de vervelende dingen uit het verleden en de moeilijke zaken voor de toekomst niet onder ogen te hoeven zien. Veel zaken worden aangepakt zonder dat eventuele gevolgen op de voorhand worden overzien of afgewogen. Deze houding heeft als gevolg dat ze taken en verbintenissen aangaan, die ze niet kunnen waarmaken.

## Bijlage 3: Invulling ICF model

In het kader van de gezondheid zijn de volgende **DEFINITIES**<sup>11</sup> van toepassing:

**Functies:** fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme.

**Anatomische eigenschappen:** positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam.

Tot de onderdelen van het menselijk organisme worden gerekend lichaamsdelen, orgaanstelsels, organen en onderdelen van organen.

**Stoornissen:** afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen.

**Activiteiten:** onderdelen van iemands handelen.

**Beperkingen:** moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten.

**Participatie:** iemands deelname aan het maatschappelijk leven.

**Participatieproblemen:** problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven.

**Externe factoren:** iemands fysieke en sociale omgeving.

**Persoonlijke factoren:** iemands individuele achtergrond (verder niet uitgewerkt).

| Componenten                          | Deel 1: Functioneren                                                                                                           |                                                    | Deel 2: Factoren                        |                                       |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
|                                      | Functies en anatomische eigenschappen                                                                                          | Activiteiten en Participatie                       | Externe factoren                        | Persoonlijke factoren <sup>12</sup>   |
| <b>Classificaties</b>                | Functies<br>Anatomische eigenschappen                                                                                          | Taken, handelingen<br>Levensgebieden <sup>13</sup> | Externe invloeden op het functioneren   | Interne invloeden op het functioneren |
| <b>Constructen</b>                   | Afwijkingen in en verlies van fysiologische en mentale functies<br><br>Afwijkingen in en verlies van anatomische eigenschappen | Vermogen<br><br>Uitvoering                         | Invloed van fysieke en sociale omgeving | Kenmerken van het individu            |
| <b>Positieve / neutrale aspecten</b> | Functionele en structurele integriteit                                                                                         | Activiteiten Participatie                          | Ondersteunende factoren                 | Ondersteunende factoren               |
| <b>Negatieve aspecten</b>            | Functioneren                                                                                                                   |                                                    | Belemmerende factoren                   | Belemmerende factoren                 |
|                                      | Stoornissen                                                                                                                    | Beperkingen Participatieproblemen                  |                                         |                                       |
|                                      | Functioneringsproblemen                                                                                                        |                                                    |                                         |                                       |

## Bijlage 4: Profielschets van Stress Management Training

### Profielschets

#### Prodromen:

Veranderingen in denken en voelen als voorbode van een psychose

#### Symptomen:

Stoornissen in denken en voelen waar we psychotische waarde aan toekennen

#### Interne stressoren:

Gevoelens en gedachten die de patiënt angstig of verward maken; innerlijk conflict

#### Externe stressoren:

Omgevingsprikkels die de patiënt angstig of verward maken; situaties, mensen of dingen

### Beschermingsfactoren

#### Beschermende vaardigheden:

Gedragingen of geestelijke activiteiten waar de patiënt vaardig in is, die het zelfgevoel verhogen of de mogelijkheid bieden structuur te scheppen

#### Beschermende activiteiten:

Activiteiten die de patiënt een prettig gevoel geven of structuur bieden

#### Beschermende omgevingsfactoren:

Mensen, dingen of situaties die de patiënt een veilig, ontspannen gevoel geven of die structuur bieden

#### Ontbrekende gewenste vaardigheden:

Gedragingen en mentale activiteiten die in enige mate bereikbaar zijn voor de patiënt

#### Storend ongewenst gedrag:

Gedrag dat de patiënt negatief resultaat oplevert, ineffectief is of kritiek van de omgeving oproept

## Bijlage 5: Overzicht van onderdelen van de modellen

|                                                                                               | Diathese-stress-benadering | ICF                                                  | Balkmetafoor                    | SCM      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|
| prodromen                                                                                     | <b>X</b>                   |                                                      |                                 |          |
| symptomen                                                                                     | <b>X</b>                   |                                                      |                                 |          |
| Interne en externe stressoren (ook wel draaglast)                                             | <b>X</b>                   | <b>X</b> extern wel intern als persoonlijke factoren | <b>X</b>                        | <b>X</b> |
| draagkracht                                                                                   | <b>X</b>                   | Niet letterlijk omschreven                           | <b>X</b>                        | <b>X</b> |
| Beschermende vaardigheden/<br>Vaardigheden/ activiteiten +participatie                        | <b>X</b>                   | <b>X</b>                                             | <b>X</b> Valt onder draagkracht | <b>X</b> |
| Ontbrekende gewenste vaardigheden/<br>Beperkingen/ beperkingen in activiteiten + participatie | <b>X</b>                   | <b>X</b>                                             | <b>X</b> valt onder draaglast   | <b>X</b> |
| Beschermende activiteiten                                                                     | <b>X</b>                   | <b>X</b>                                             |                                 |          |
| Beschermende omgevingsfactoren                                                                | <b>X</b>                   | <b>X</b> valt onder persoonlijke en externe factoren | <b>X</b> steunpilaren           | <b>X</b> |
| Storend-ongewenst gedrag                                                                      | <b>X</b>                   |                                                      |                                 |          |
| Functies en anatomische eigenschappen                                                         |                            | <b>X</b>                                             |                                 |          |
| Ontwikkelingstaken                                                                            |                            |                                                      |                                 | <b>X</b> |
| Kwetsbaarheid                                                                                 | <b>X</b>                   |                                                      | <b>X</b>                        |          |
| etiologie                                                                                     | <b>X</b>                   |                                                      | <b>X</b>                        |          |