SoVa-training: Druks met jezelf!

SoVa-training voor verstandelijk beperkten in de verslavingszorg.

Einddocumentatie Praktijkproject vierde jaar, 2010/2011
Creatieve Therapie Drama, Hogeschool Utrecht te Amersfoort
Student: Annelieke Schipper
Studentnummer: 1535816
Consulent: Huub Notermans
Beoordelaar: Gemmy Willemars

Inhoudsopgave

Voorwoord **3**

Deel 1. Oriëntatie **4**

Deel 2. Vooronderzoek **5**

Deel 3. Plan van aanpak **21**

Deel 4. Uitvoering **29**

Deel 5. Presentatie **35**

Deel 6. Evaluatie **38**

Deel 7. Aanbevelingen **46**

Deel 8. Procesverslag **47**

Nawoord **50**

Bronnenlijst **51**

Bijlagen
Bijlage 1: Een vergeten groep: verstandelijk beperkt en verslaafd **52**
Bijlage 2: Verslavingszorg biedt hulp aan verstandelijk gehandicapten **53**
Bijlage 3: Geef zwakbegaafde verslaafde aandacht **54**
Bijlage 4: Fiattering Plan van aanpak **56**
Bijlage 5: Vragenlijst evaluatie **57**

Voorwoord

Voor u ligt mijn einddocumentatie van mijn groot praktijkproject.
In deze einddocumentatie vindt u als eerste mijn oriëntatie op mijn project.
Dit wordt gevolgd door het vooronderzoek waarin u de productverkenning kunt vinden, het literatuurverkenning wat betrekking heeft op mijn product en het behoefte onderzoek.
Daarna kunt u in mijn plan van aanpak de planning voor mijn project lezen.
Hieruit volgt de uitvoering van mijn project waarin te lezen is hoe mijn product vorm krijgt en hoe mijn product aansluit op de doelgroep.
In mijn presentatie valt te lezen hoe mijn presentatie verlopen is.
Hierna ik heb geëvalueerd en aansluitend mijn aanbevelingen lezen.
Tot slot eindig ik met mijn procesverslag om te beschrijven hoe het werken aan mijn praktijkproject voor mij is verlopen.

Deel 2 Vooronderzoek, deel 3 Plan van aanpak, deel 4 Uitvoering, deel 5 Presentatie en deel 6 Evaluatie hebben allemaal hun eigen inhoudsopgave en inleiding.

Ik wens u bij deze veel lees plezier.

Deel 1: Oriëntatie

Ik loop sinds het derde jaar van de opleiding Creatieve Therapie Drama, stage bij GGZ Altrecht afdeling de Kei. Bij de Kei wonen dak- en thuislozen met een verslaving, verstandelijke beperking en/of een psychiatrische stoornis. De Kei is gestationeerd in Utrecht. Deze afdeling zit apart van de andere afdelingen. Voor therapieën, trainingen en cursussen moeten de cliënten altijd naar Den Dolder. Dit maakt het voor de doelgroep een stuk ingewikkelder, aangezien zij niet altijd in staat zijn om zelf te reizen. Ook niet alle trainingen e.d. worden binnen Altrecht aangeboden, waarvoor cliënten buiten hun instelling zoiets moeten gaan volgen.

Op de Kei is er een grote behoefte aan Sociale Vaardigheidstraining (SoVa-training). Deze wordt hier echter niet aangeboden. Wel binnen Altrecht maar dit is dan de standaard SoVa-training die niet gericht is op een bepaalde doelgroep.

Daarom wil ik een SoVa-training ontwikkelen die gericht is op verstandelijk beperkten in de verslavingszorg. De training kan niet alleen toegepast worden op de Kei of Altrecht maar op iedere instelling die te maken heeft met deze doelgroep. Daarbij zal ik natuurlijk gebruik maken van mijn eigen specialiteit, namelijk die als beginnend dramatherapeut.

Deel 2: Vooronderzoek

Inhoudsopgave

Inleiding **6**
2.1 Productverkenning
2.1.1 SoVa-training **7**
2.1.2 SoVa-training verstandelijk beperkten **7**
2.1.3 SoVa-training in de verslavingszorg **8**
2.1.4 SoVa-training en vaktherapie **8**
2.1.5 SoVa-training voor verstandelijk beperkten in de verslavingszorg **9**
2.2 Literatuurverkenning
2.2.1 Definitie verstandelijke beperking **10**
2.2.2 Dramatherapie en verstandelijke beperking **11**
2.2.3 Definitie verslavingszorg **14**
2.2.4 Verstandelijk beperkten in de verslavingszorg **15**
2.2.5 Dramatherapie in de verslavingszorg **16**
2.2.6 Definitie sociale vaardigheden **18**
2.2.7 Verstandelijk beperkten en sociale vaardigheden **18**
2.2.8 Sociale vaardigheden voor verstandelijk beperkten met verslavingsproblematiek en dramatherapie **19**
2.3 Behoefte onderzoek **20**

Inleiding

Om ervoor te zorgen dat ik geen product ontwikkel die al op de markt is, ben ik gaan onderzoeken wat er al bestaat met betrekking tot SoVa-training. Ik kijk hierbij of er SoVa-training bestaat voor verstandelijk beperkten, en verstandelijk beperkten in de verslavingszorg. Hierbij kijk ik ook of er een SoVa-training is ontwikkelt met één van de vaktherapieën.
Vervolgens onderzoek ik in de literatuurverkenning de doelgroep verstandelijk beperkten, de context verslavingszorg en uiteindelijk de sociale vaardigheden.
Tot slot geef ik het behoefte onderzoek weer.

2.1 Productverkenning

2.1.1 SoVa-training:

Er zijn op dit moment aardig wat SoVa-trainingen op de markt. Deze worden aangeboden door verschillende instellingen, bedrijven, scholen etc. Mensen van iedere leeftijdscategorie kunnen een SoVa-training volgen. Zo zijn er trainingen speciaal gericht op kinderen of juist volwassenen.

De SoVa-training die op kinderen gericht is, richt zich voornamelijk op kinderen die gepest worden, moeilijk contact kunnen maken met leeftijdsgenootjes, weinig zelfvertrouwen hebben en moeite hebben om met hun emoties om te gaan.

Enkele instellingen die SoVa-trainingen aanbieden voor kinderen:

- Opvoedkundige Praktijk De Vlinder. Sociale vaardigheidstraining genaamd: De Vlinder Cursus.[1]
- Brainclinics Treatment. [2]
- BasisBuren. BasisBuren verzorgt het openbaar onderwijs in de gemeente Buren op 13 basisscholen. Zij bieden SoVa-trainingen aan.[3]
- Marlis orthopedagogische praktijk. Zij verzorgen SoVa-training voor kinderen met verschillende achtergronden en/of problemen, zoals faalangst, ADHD en autisme.[4]

De SoVa-training die op volwassenen gericht is, richt zich voornamelijk op volwassenen die meer voor zichzelf willen opkomen, betere contacten met anderen willen opbouwen en minder in een conflictsituatie willen belanden.

Enkele instellingen die SoVa-trainingen aanbieden voor volwassenen:

- Stichting Thuiszorg en Maatschappelijk werk Rivierlanden. [5]
- NIM Maatschappelijk werk.[6]
- Bureau GRIP. Zij verzorgen SoVa-training voor dak- en thuislozen, zwerfjongeren en ex-gedetineerden. [7]

2.1.2 SoVa-training voor verstandelijk beperkten:

Er zijn enkele SoVa-trainingen gericht op mensen met een verstandelijke beperking. Hier volgen een paar instellingen die SoVa-training aanbieden voor mensen met een verstandelijke beperking:

Zo bestaat er de Willem Schrikker Groep Jeugdreclassering. Zij hebben een SoVa-training ontwikkelt voor licht verstandelijk beperkten jongeren van 12 tot en met 18 jaar die door een gebrek aan sociale en andere vaardigheden met hun gedrag in de problemen komen. Er wordt rekening gehouden met het denk- en leerniveau van de jongeren. Daarom wordt er gebruik gemaakt van eenvoudige taal en wordt er gezocht naar aansluiting bij de belevingswereld van de jongeren. Daarnaast wordt er veel structuur geboden. De informatie wordt stapsgewijs aangeboden zodat iedere jongere het kan volgen. [8]

Bij Centrum Autisme Rivierduinen wordt er een groepstraining basale Sociale vaardigheden aangeboden voor kinderen en jongeren van 10 tot 15 jaar met een autismespectrumstoornis en een verstandelijke beperking. Er wordt hier naar het functioneringsniveau en de wensen/mogelijkheden van het kind gekeken.[9]

---

[1] www.opvoedkundige.com
[2] www.brainclinics.com
[3] www.basisburen.nl
[4] www.marlispraktijk.nl
[5] www.stmr.nl
[6] www.nim.nl
[7] www.grip.nu
[8] www.wsg.nu
[9] www.centrumautisme.nl

Stichting MEE heeft ook een SoVa-training die speciaal gericht is op moeilijk lerende volwassenen. Er wordt gewerkt aan het omgaan met anderen, goed naar een ander luisteren en opkomen voor jezelf. Deze training kun je op verschillende locaties volgen. [10]

2.1.3 SoVa-training in de verslavingszorg:
Er worden een paar SoVa-trainingen aangeboden binnen de verslavingszorg. Deze zijn echter allemaal niet gespecialiseerd op de cliënten binnen de verslavingszorg.
Enkele voorbeelden van instellingen in de verslavingszorg waar SoVa-training wordt aangeboden:
Jellinek, een instelling voor verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg, biedt een dagbehandeling aan die erop gericht is om voor langere tijd te stoppen met alcohol- en/of drugsgebruik. Er worden hier groepstrainingen gegeven waaronder SoVa-training. [11]
Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) biedt ook verschillende trainingen aan waaronder de SoVa-training die wordt gegeven volgens de Goldsteinmethode. Deze is ontwikkelt speciaal voor sociale vaardigheden.[12]
Vincent Van Gogh voor Geestelijke Gezondheidszorg (VVG) biedt een individuele sociale vaardigheidstraining aan. De jongere krijgt begeleiding van een preventiemedewerker binnen het team verslavingspreventie. De training is gebaseerd op gedragtherapeutische principes. Het accent van de training ligt meer op het 'doen' dan op het 'denken'. [13]
Bij Apanta GGZ wordt er ook een SoVa-training aangeboden. Hier is echter een contra-indicatie mensen waarbij er sprake is van verslavingsproblematiek.

2.1.4 SoVa-training en vaktherapie:
Er wordt door Teamworkx diverse trainingen aangeboden voor verschillende doelgroepen op verschillende locaties. Zo bieden zij trainingen aan op (speciaal) basisonderwijs, klinieken en instellingen. Hun trainingen onderscheiden zich door creativiteit. Alle trainingen worden gegeven door gedragsdeskundigen en gespecialiseerde vaktherapeuten. De SoVa-training is gericht op kinderen in het speciaal basisonderwijs. Zij geven de SoVa-training op een speelse manier, zoals hutten bouwen en verhalen verzinnen.[14]
Bureau Ara geeft ook een SoVa-training aan kinderen. Hierbij is een beeldende therapeute aanwezig. Hier wordt het beeldende aspect gebruikt om het zelfvertrouwen te vergroten en ervoor te zorgen dat kinderen beter voor zichzelf op kunnen komen.[15]
Door Muziekspeciaal wordt er een SoVa-training aangeboden die gegeven wordt door een muziektherapeut. Ook deze training is gericht op kinderen die door muziek hun sociale vaardigheden willen vergroten. [16]
Tot slot wordt er ook een SoVa-training aangeboden bij Kinderpraktijk Groningen waarbij een dramatherapeut aanwezig is. Het drama aspect zorgt door middel van oefeningen ervoor dat kinderen veel van elkaar leren en positieve ervaringen opdoen. [17]

[10] www.mee.nl
[11] www.jellinek.nl
[12] www.vnn.nl
[13] www.ggznml.nl
[14] www.teamworkx.nl
[15] www.bureauaura.nl
[16] www.muziekspeciaal.nl
[17] www.kinderpraktijkgroningen.nl

Via zoekmachines van de HU, onder ander Lucas, kwam ik erachter dat er nog niet veel is onderzocht naar SoVa-training. Er zijn een paar scripties geschreven over sociale vaardigheden voor een bepaalde doelgroep, maar geen één laat een gecreëerde training zien. Ook de combinatie van SoVa-training met verstandelijk beperkten leverde weinig op. Wederom gaat het hier vooral over het verkrijgen van informatie van deze doelgroep met betrekking tot hun sociale vaardigheden. Bij SoVa-training en verslavingszorg kreeg ik helemaal geen resultaat, eveneens bij SoVa-training en dramatherapie.

2.1.5 SoVa-training voor verstandelijk beperkten in de verslavingszorg:
Er is op dit moment geen speciaal opgerichte SoVa-training voor verstandelijk beperkten in de verslavingszorg. Uit onderzoek bleek dat enkele SoVa-trainingen zich richten op mensen met een verstandelijke beperking, en deze dus aangepast zijn op de behoefte van deze doelgroep. Er is geen aparte SoVa-training voor mensen in de verslavingszorg. Daarnaast worden er enkele SoVa-trainingen gegeven door een dramatherapeut. Er wordt echter nergens beschreven waarom dit gedaan wordt en welke uitwerking dit heeft.

Daarom ben ik tot de conclusie gekomen, door middel van het onderzoeken naar relevante producten, dat er nog geen SoVa-training bestaat voor verstandelijk beperkten in de verslavingszorg die begeleid wordt door een dramatherapeut.

2.2 Literatuurverkenning

Verstandelijke beperking:
2.2.1 Definitie verstandelijke beperking:
Een verstandelijke beperking kenmerkt zich door zowel een significante beperking van de intelligentie als van het adaptief gedrag (conceptuele, sociale en praktische vaardigheden). De verstandelijke beperking manifesteert zich voor de leeftijd van 18 jaar. Een IQ lager dan 70 is wel een voorwaarde, maar niet voldoende voor de diagnose 'verstandelijke beperking' (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2002).

Om te spreken van een verstandelijke beperking, moet er een beperking zijn in twee of meer van de volgende vaardigheden (American Assocation on Intellectual and Developmental Disabilities,2002):

- Communicatie
- Zelfverzorging
- Wonen
- Sociale vaardigheden
- Deelname aan de samenleving
- Zeggenschap
- Gezondheid en veiligheid
- Toegepaste kennis
- Vrijetijdsbesteding en werk

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR, 2000) deelt mensen met een verstandelijke beperking in in vier niveaus:
Milde retardatie (lichte verstandelijke beperking) 75% van de mensen met een verstandelijke handicap behoort tot deze groep. Het gaat om mensen met een IQ van 50 tot 70.
Middelmatige retardatie (matige verstandelijk beperking) komt voor bij 18% van de verstandelijk gehandicapte personen, waarbij het gaat om mensen met een IQ van 35 tot 50.
Zware retardatie (ernstige verstandelijke beperking) houdt in dat er, behalve een IQ van 20 tot 35, ook een minimaal communicatief gedrag, een zwakke motorische ontwikkeling en behoefte aan constante supervisie is. Zo'n 7% van de gevallen valt in deze subcategorie.
Diepe retardatie (diepe verstandelijke beperking) komt slechts voor in 1% van de gevallen en duidt op een IQ van minder dan 20. Mensen die hieraan lijden, hebben behoefte aan een structurerende omgeving, zintuiglijke stimulering en voortdurend toezicht. Slechts in uitzonderlijke gevallen is er (minimale) spraak.

2.2.2 Dramatherapie en verstandelijk beperkten:
Windemuller (1998) beschrijft dat door het non-verbale karakter van dramatherapie deze therapievorm zeer geschikt is voor de doelgroep verstandelijk beperkten. Ze kunnen op een andere manier communiceren en tot expressie komen, waarbij hun totale persoon aangesproken kan worden zowel op houding, stem, beweging, zintuigen als emoties (Windemuller, 1998, p. 112-113).
Doordat drama een appèl doet op samenwerking en interactie, sluit het goed aan bij de doelgroep, omdat er bij deze groep vaak een tekort is aan sociale vaardigheden (Windemuller, 1998, p. 114).

Marion Lindvist zegt het volgende:
" It seems clear that it can be used as a means of communication, for developing relationships, increasing body awareness, and for minimising stereotypes. It can give satisfaction to the doer, and encourage verbalisation as well as group awareness and a sense of sharing a creative experience. It can also increase confidence (geciteerd uit Shatner and Courtney, 1977, p. 54).

Chesner (1995) beschrijft hoe er binnen dramatherapie moet worden omgegaan met mensen met een verstandelijke beperking die een verminderd vermogen hebben tot communicatie:
" The area of profound and multiple disabilaties poses additional challenges to the dramatherapist. These clients have more limited ability to communicate with the dramatherapist and with their peers. Mobility is often severely challenged; there may be sensory impairment, perhaps affecting both sight and hearing: and there may be 'challenging behaviours', often of a repetitive and obsessional nature; and little or no apparent ability to communicate through speech or signing.
The idea of establishing of a therapeutic relationship with such a client can at first be daunting. For the dramatherapist many of the activities and approaches learned in training are irrelevant when working with this level of disability. However, by taking a flexible approach and following some broad principles the dramatherapist can establish such a relationship and do valuable and satisfying work." (Chesner, 1995, p. 35)

Daarnaast beschrijft Chesner (1995) zes principes wat een dramatherapeut helpt met de omgang met mensen met een verstandelijke beperking.
Het eerste is geduld:
" The first principle is patience. Change is possible, development is possible. It is likely tot take a long time. Short term dramatherapy is unlikely to be of any value with these clients. Patience is needed to embark on a relationship and process that may need to last several years. Within any session patience is also necessary in terms of allowing the client time to respond. It is a truism that we live our lives at a fast pace. Working with a client with profound learning disabilities challenges our habitual rhythm, and the degree of stimulation that we have come to regard as normal. The pace of the process is slow and the therapist should not underestimate the difficulty he or she may experience in adjusting to this." (Chesner, 1995, p. 35)

Het tweede is vertrouwen:
“ The second principle is trust. Client and therapist both needed a degree of trust for the other. The client is likely to find this harder than the therapist, who may need to earn the client’s trust gradually over time. In group or individual dramatherapy with more able clients trust-building can be seen as a first stage in the therapy, the foundation for further, more adventurous work. With more profoundly disabled clients the development of relationschip of trust may be more of a long-term goal. In terms of the spectrum of processes within dramatherapy as expressed by the metaphor of the tree, we are dealing here primarily at the level of the roots, grounding and anchoring the relationship in safety.” (Chesner, 1995, p. 36)

Het derde is ruimte:
“ The third principle is space. The dramatherapist can use observation and empathy to give the client the spatial conditions he or she prefers. This may mean spending the first few sessions going for a walk in the open air, away from the intrusive presence of others. At the other extreme it may mean finding a nook in the dramatherapy studio that feels cosy and safe. Similarly there is an optimal degree of proximity with the therapist. The client may need to know that the therapist is close at hand, perhaps even touching; alternatively the need may be for the therapist to keep a distance, psysical closeness being perceived as invasive and threatening. By respecting the client’s preferences, the dramatherapist gives the tacit message ‘I am listening to you, I won’t force you into a situation you do not want’. Ultimately it may be possible for the client to expand willingly beyond their habitual preferences, but a relationship of trust must be established first.” (Chesner, 1995, p. 36)

Het vierde is inperking en veiligheid om te exploreren:
“ The fourth principle is containment and safety to explore. This is the underlying principle of all dramatherapy work. Privacy and lack of intrusion in the studio help to create a safe environment in which the client’s needs come first. Containment is also a function of structure. With clients with multiple and profound learning disabilities the structure of a session tends to be more flexible than with more able clients. When conducting group work at the more able end of the learning disabilities spectrum the dramatherapist may impose the time boundary quite rigidly as a matter of containment. With people with profound learning disabilities the length of a session may need to be more variable, according tot the client’s ability to cope from week to week.” (Chesner, 1995, p. 36-37)

Het vijfde is werken met de dynamiek van doen en zijn:
“ The fifth principle is to work with the dynamic of doing and being. Although dramatherapy is an action based therapy is not helpful to overwhelm clients with the need to keep active. There must be a balance of activity and just being, whether this is just being in relation to the therapy space or just being with the therapist. Stillness and silence are not ‘time out’ from the therapy. They can be at the heart of the heart of the therapeutic process, moments when there may be an important letting go, an experience of trust, or a meeting between therapist and client. The dramatherapist needs to be quietly alert to the quality of such moments where nothing seems to be happening.” (Chesner, 1995, p. 37)

Het zesde is timing:
“ The seventh principle is timing. The way in which a shared language is created is unique to the individuals concerned. In this sense the dramatherapy session is truly a dramatic improvisation, based on a balance between respecting the status quo and daring to risk something new. Without taking a risk and challenging the habitual way of being, people tend to remain stuck in the same old ways. Conversely if the therapist makes continual demands of the client to take a risk, the client may simply retreat in fear. The essential skill as a dramatherapist or as a dramatic improviser is to sense the moment to try something new, and to invite/challenge the other (improviser or client) to join you.” (Chesner, 1995, p. 39)

Verslavingszorg

2.2.3 Definitie verslavingszorg:

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR, 2000), spreekt van middelenafhankelijkheid. Je bent afhankelijk wanneer je aan drie of meer van de onderstaande symptomen voldoet:

- Tolerantie treedt op, dat wil zeggen dat er steeds meer van het verslavende middel nodig is om het gewenste effect te bereiken of dat steeds minder effect optreedt bij het gebruik van eenzelfde hoeveelheid van het verslavende middel
- Er treden ontwenningsverschijnselen op, specifiek voor dat middel, of er worden gelijksoortige middelen genomen om de ontwenningsverschijnselen het hoofd te bieden.
- Het middel wordt in steeds grotere hoeveelheden genomen, over een langere tijd dan eigenlijk de bedoeling was
- Er is de drang om te stoppen met het middel, verschillende (mislukte) pogingen zijn ondernomen om te stoppen, te minderen
- Veel tijd wordt gestoken in het verkrijgen van het middel en/of het gebruiken van het middel
- Belangrijke sociale activiteiten, werk en/of vrijetijdsbesteding worden opgegeven of verminderd voor het middelengebruik
- Ook al weet de persoon dat het middel dat wordt genomen zorgt voor fysieke of psychologische aandoeningen of verslechtering daarvan, hij of zij blijft doorgaan met het gebruik ervan

Het gebruik van middelen (alcohol, hard- en softdrugs en gokken) kan leiden tot systematisch misbruik en afhankelijkheid waarbij beperkingen optreden in het dagelijks functioneren en/of er is sprake van lijdensdruk. Verslavingsziekte is een complex en progressief psychiatrisch syndroom leidend tot verlies van autonomie op gebied van emotie, denken en handelen. Verslaving wordt veroorzaakt door een individueel bepaalde kwetsbaarheid op basis van een combinatie van erfelijke en verworven eigenschappen. Het gaat hierbij om een samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren. Niet zelden komen verslavingsziekten en andere psychiatrische ziekten gezamenlijk voor (Van de Wetering & Czyzewski, 2001).

Een belangrijk kenmerk van cliënten met ernstige verslavingsproblematiek is de complexiteit aan problemen die zij met zich meedragen. Vrijwel op alle levensgebieden kampen zij met grote moeilijkheden: huisvesting, financiën, werk, gezondheid, relaties en zingeving (Ormel e.a. 2001).

2.2.4 Verstandelijk beperkten in de verslavingszorg:

Door hun beperking zijn mensen met een licht verstandelijke beperking extra gevoelig voor het ontwikkelen van psychiatrische problemen en een verslaving. Jongeren gebruiken middelen om niet buitengesloten te worden en om met herinneringen aan trauma’s om te gaan. Het gebruik zorgt eerder voor sociale problemen, verlast en delicten dan bij andere groepen. Doordat licht verstandelijk beperkte mensen pas in een laat stadium hulp zoeken, zijn de problemen meestal al fors. Van de mensen die ook psychiatrische problemen hebben, kampt een kwart met een drugsverslaving. Daarnaast neemt het middelengebruik toe (Windesheim, 2008).

Dat meer mensen met een lichte verstandelijke handicap met verslavingsproblemen te maken krijgen, komt deels doordat zij steeds meer buiten de muren van de instelling zijn gaan wonen. Dat geeft meer vrijheid om het leven zelfstandig in te richten, ook als het gaat om alcohol- en drugsgebruik. Daarbij komt dat verstandelijk gehandicapten eenvoudiger te beïnvloeden zijn door dealers (Psy, 2010).

De trend dat licht verstandelijk gehandicapten de afgelopen jaren steeds meer deelnemen in het ’gewone’ openbare leven, heeft ook vervelende gevolgen. „Voorheen zat deze groep redelijk afgeschermd van de samenleving, in de tehuizen in de bossen. De afgelopen jaren is het beleid om deze mensen meer te laten participeren in de maatschappij. Dat betekent ook dat ze bijvoorbeeld binnen een groep hangjongeren in aanraking komen met alcohol en drugs. Zeker mensen met beperkte verstandelijke vermogens zijn zeer beïnvloedbaar. Hun drugsgebruik kan zeer snel leiden tot excessieve verslaving.”(Visscher, J. 2008).

Een onderzoek van Taggart, McLaughlin, Quinn en Milligan uit 2006 bracht naar voren dat onder de beperkten met een verslaving alcohol de meest misbruikte drug was. Circa 20% van de verslaafde verstandelijk beperkten gebruikte daarnaast een combinatie van alcohol met een andere drug en/of een medicijn op recept. 75% van de ondervraagde gebruikers was al langer dan vijf jaar verslaafd. Risicofactoren bij het ontwikkelen van een verslaving bleken het man-zijn, een jonge leeftijd, het hebben van de Borderline persoonlijkheidsstoornis, zelfstandig wonen en het hebben van een gezondheidsprobleem te zijn.

Uit het onderzoek van Taggart et al. (2006) kwam naar voren dat er twee redenen van middelenmisbruik het meest voorkomen, die beide vallen onder de categorie "zelfmedicatie tegen negatieve gebeurtenissen":

1. Psychologisch trauma
2. Sociale afstand van de maatschappij

<u>Psychologisch trauma</u>
Mensen met een verstandelijke beperking zijn makkelijker vatbaar voor psychologische trauma's omdat zij minder goed in staat zijn hun eigen grenzen aan te geven en minder goed met lastige situaties om kunnen gaan. Dit maakt het aannemelijk dat men eerder trauma's oploopt. Middels het gebruik van onder andere verdovende middelen probeert men de psychische pijn iets verzachten.

<u>Sociale afstand van de maatschappij</u>
Mensen met een verstandelijke beperking staan dikwijls maar met een half been in de maatschappij. Men heeft over het algemeen minder vrienden, men werkt minder en heeft vaker niet dan wel een levenspartner. Hierdoor voelt men een sociale afstand van de maatschappij. Dit levert bij velen een gevoel van isolatie en eenzaamheid op die men probeert te verdrinken. Anderen proberen door middel van drugsgebruik meer in de smaak te vallen bij anderen.

2.2.5 Dramatherapie in de verslavingszorg:
Afhankelijkheid, isolement, eenzaamheid, grenzeloosheid, verantwoordelijkheid, gevoelens uiten en het aangaan van contact, zijn typerende voorbeelden van thema's die in de behandeling van cliënten met een ernstige verslavingsproblematiek naar voren komen. Om tot een advies te komen met betrekking tot een specifiek behandeltraject is het van belang dat er zorgvuldige diagnostiek plaatsvindt door middel van een diagnostiekprogramma. Hierin levert de dramatherapie een bijdrage met behulp van een groepsobservatie. De observatie is erop gericht om door middel van een scoringslijst de verschillende aspecten van de verslavingsproblematiek van een individuele cliënt systematisch vast te leggen. Met de uitkomsten van de groepsobservatie kan worden bepaald of een cliënt geïndiceerd is voor dramatherapie in één van de specifieke behandeltrajecten na het diagnostiekprogramma (Cleven, 2004, p. 179-180).

Cliënten tonen in hun verslavingsgedrag problemen met grenzen en zelfactualisatie, veelal in combinatie met emotionele kwetsbaarheid en disfunctionele interactionele dynamiek. Het aanbod dramatherapie is erop gericht de cliënten bekend te maken met hun dynamiek, de impressie, en expressie van grenzen, emoties en zichzelf vanuit een ervaringsgerichte gedragsgeoriënteerde benadering (Cleven, 2004, p.181-182).

Smeijsters (2008) beschrijft twee creatieftherapeutische werkwijzen die goed toepasbaar zijn in de verslavingszorg:

Palliatieve creatieve therapie
Ook de palliatieve werkwijze biedt ondersteuning in het leren omgaan met problemen. De palliatieve creatieve therapie heeft als belangrijkste doelstellingen het verzachten van fysieke pijn en het verzachten van, en het ondersteunen en valideren bij psychische problematiek.
De doelstellingen zijn onder meer gericht op:

- Het verminderen van psychosomatische klachten.
- Het verminderen van chronische pijn.
- Het verwerken van een verlies van een persoon.
- Het afscheid kunnen nemen van het leven.

De werkvormen receptief of actief. Alhoewel deze werkwijze groepsgericht kan worden toegepast is, gezien de aard van de problematiek, vaak een individuele aanpak nodig.
Er is niet sprake van een indicatie op basis van den specifieke stoornis of handicap. Net als bij de supportieve creatieve therapie houdt de indicatie verband met een probleemgebied dat bij uiteenlopende stoornissen en handicaps voor kan komen. Tot de doelgroepen behoren cliënten met chronische problematiek op diverse gebieden, zoals de psychiatrie, de zorg voor mensen met beperkingen, het vluchtelingenwerk en de verslavingszorg. (Smeijsters, 2008, p. 57-58).

Re-educatieve creatieve therapie
De re-educatieve werkwijze richt zich op het beïnvloeden en doorwerken van problemen. Hiertoe behoort enerzijds het via gestructureerde, trainingsgerichte activiteiten veranderen van het probleemgedrag, anderzijds het behandelen van de eventuele psychische conflicten die aan het probleemgedrag ten grondslag liggen. Bij deze werkwijze staan het eigen gedrag en beleven in het hier en nu en de directe oorzaken hiervan centraal. Bij re-educatieve creatieve therapie gaat het om datgene wat de cliënt in het hier en nu in de relatie met de creatief therapeut en de medecliënten beleeft.

Bij het behandelen van probleemgedrag behoren doelstellingen als:

- Uiten en reguleren van emoties.
- Vergroten van de frustratietolerantie.
- Afremmen van impulsief gedrag.
- Verbeteren van de sociale interactie en de interpersoonlijke vaardigheden.
- Grenzen leren trekken.
- Uitbreiden van het gedragsrepertoire.
- Versterken van het zelfvertrouwen.
- Wijzigen en uitbreiden van het zelfbeeld.
- Verminderen van de faalangst.

Afhankelijk van de oriëntatie van de creatief therapeut en de mogelijkheden van de cliënt zal gekozen worden voor een receptieve of actieve werkvorm met relatief veel of weinig verbale reflectie. Zijn de verbale vaardigheden van de cliënt zeer beperkt, dan zijn verbale reflectie en interactie minimaal en is de gedragsverandering in het medium maximaal.
Deze werkwijze wordt vooral toegepast bij stemmingsstoornissen, angststoornissen, relationele problemen en persoonlijkheidsstoornissen van minder ernstige aard die we onder meer aantreffen in klinieken voor (ambulante) psychiatrie, de zorg voor mensen met beperkingen, het speciaal onderwijs en de verslavingszorg. (Smeijster, 2008, p.58-59).

Sociale vaardigheden

2.2.6 Definitie sociale vaardigheden:

Sociale vaardigheden zijn al die vaardigheden die mensen nodig hebben om op een bevredigende manier relaties aan te gaan en te onderhouden (Janssen & Boreel, 2000).

La Greca (1993) stelt dat sociaal vaardig gedrag elk geaccepteerd gedrag is dat bijdraagt tot het initiëren en handhaven van positieve sociale interacties. Een tekort of een teveel van een bepaald gedrag vormen daarbij aanwijzingen voor sociaal onvaardig gedrag. Hierbij moet steeds de situatie in de gaten gehouden worden, waarin afhankelijk van de situatie telkens een andere intensiteit van wisselende sociale vaardigheden leiden tot het gewenste resultaat. Aanvulling op deze definitie is dat het gewenste resultaat niet altijd de acceptatie van dat gedrag door de ander hoeft te zijn. Soms is het van belang dat iemand van zich afbijt, ook als dit niet in het belang van de ander is. Daarnaast gaat het bij sociale vaardigheden niet alleen om het handhaven van positieve sociale interacties. Als bijvoorbeeld een kind deel uitmaakt van een groep kinderen die het verkeerde pad op wil gaan, dan is het sociaal vaardig om niet aan die activiteiten deel te nemen en te riskeren uitgesloten te worden. Sociale vaardigheden zijn nodig om kleur en inhoud te geven aan het contact met anderen. Het gaat daarbij niet alleen over gedrag om contact te leggen en te onderhouden, maar ook om contact te begrenzen. Iemand moet ook nee durven zeggen en kritiek durven geven (Verstegen & Lodewijks, 2009, p. 19-20).

Enkele sociale vaardigheden zijn (Goldstein):

- Een praatje maken.
- Luisteren.
- Iets bespreken.
- Opkomen voor je mening.
- Kritiek geven.
- Uiten van kwaadheid.
- Reageren op kwaadheid.

2.2.7 Verstandelijk beperkten en sociale vaardigheden:

Als gevolg van intellectuele tekorten leren verstandelijk beperkten moeilijk. Hierdoor zijn zij moeilijker in staat algemeen geaccepteerd sociaal gedrag te ontwikkelen en missen zij veelal de vaardigheid om met anderen op een bevredigende manier om te gaan. Door al deze factoren is de kans groot dat zij weinig sociaal adequaat gedrag ontwikkelen en daardoor weinig zelfvertrouwen krijgen. De genoemde doelgroep put weinig bevrediging uit contacten met anderen (Serralde de Scholz & McDougdall, 1978). Zij hebben moeite met het omgaan met nieuwe situaties, leggen weinig contacten buiten de eigen kring van voornamelijk familieleden en andere vrienden, hebben weinig vrijetijdsbesteding in groepsverband en raken dikwijls sociaal geïsoleerd (Brennan, 1974). Verder blijkt dat verstandelijk beperkten jongeren voor de normaal begaafde leerling, een lagere sociometrische status heeft. Zij blijken ook minder in de klas te zijn geïntegreerd dan normaal begaafde jongeren (Bless, 1986). Hun vriendschappen zijn minder stabiel en worden meer gekenmerkt door conflicten dan die van normaal begaafde jongeren. Ook kunnen zij zich slechter inleven in de situatie van anderen. Samenvattend: verstandelijk beperkten hebben minder kansen sociale redzaamheid te ontwikkelen als gevolg van hun intellectuele tekorten. Door hun sociale onredzaamheid worden zij dikwijls door anderen gemeden. Zij hebben hierdoor niet de mogelijkheid te leren van voorbeeldgedrag van anderen. Bovendien ontwikkelen zij weinig zelfvertrouwen, waardoor ze zelf contact gaan mijden (Windemuller, 1998, p. 138-139).

Er zijn negen sociale vaardigheden waar mensen met een verstandelijke beperking tegenaan lopen. Het gaat om de volgende vaardigheden (Van der Zee, Van der Molen en Van der Beek, 1989):

1. Kennismaken.
2. Luisteren.
3. Iets vragen.
4. Praatje beginnen.
5. Nee zeggen.
6. Iets bepraten.
7. Kritiek krijgen.
8. Kritiek geven.
9. Gevoelens uiten.

2.2.8 Sociale vaardigheden voor verstandelijk beperkten met verslavingsproblematiek en dramatherapie:

Cliënten met een verslavingsproblematiek hebben weinig ervaring met adequaat sociaal gedrag vanwege hun focus op het middelengebruik en hebben een mechanisme van vluchten uit de werkelijkheid. Gebrek aan sociale vaardigheden heeft in een aantal gevallen bijgedragen aan het starten van of terugvallen in middelengebruik. Het aanbieden van rollenspelen in dramatherapie waarin op gedragstherapeutische wijze vaardigheden worden getraind is een manier om de cliënt weerbaarder te maken in het maatschappelijk leven. Cliënten worden getraind in het aanwenden van sociaal vaardiger gedrag in dagelijkse situaties (Cleven, 2004, p. 180).

Doel is het vergroten van sociale vaardigheden, het verschil leren tussen observeren en interpreteren, leren luisteren, zicht krijgen op eigen agressief, assertief en subagressief gedrag, leren geven en krijgen van kritiek, leren uiten van boosheid en reageren op boosheid, complimenten geven en krijgen, leren nee zeggen (Cleven, 2004, p. 181).

Rol van de therapeut: werkt bij voorkeur met co-therapeut bij een groepsaanbod; coachend; neemt regelmatig het voortouw om een situatie te spelen als voorbeeld van sociaal gedrag; gedragstherapeutische attitude; kiest er regelmatig voor om de link te leggen tussen verslaving en sociale vaardigheden (Cleven, 2004, p. 181).

Activiteit: spelen van rollenspelen waarin cliënten de kans krijgen om hun sociale vaardigheden te trainen; herhalen van situaties en wisselen van rollen om dezelfde situatie anders af te laten lopen en zo te laten zien dat zelf veranderen van gedrag ook een verandering in reactie van de ander teweegbrengt. Cliënten worden gestimuleerd om zoveel mogelijk eigen voorbeelden in te brengen waarin sociaal vaardig gedrag nodig was. Deze voorbeelden worden gebruikt en nagespeeld (Cleven, 2004, p. 181).

2.3 Behoefte onderzoek

Vanuit de Kei heb ik de vraag gekregen om SoVa-training op te zetten aangezien deze hier nog niet aanwezig is. Zij hebben dus behoefte aan dit product. Een SoVa-training die speciaal gericht is op deze doelgroep bestaat ook nog niet binnen Altrecht. Ik heb aan Mariet Clerkx, psychiater zowel binnen als buiten de Kei, gevraagd of er ook vraag zou zijn voor dit product binnen Altrecht. Zij gaf te kennen dat dit het geval is aangezien er weinig aanbod is voor een SoVa-training, en zeker voor eentje die gericht is op een bepaalde doelgroep. Bij onderzoek ben ik erachter gekomen dat een SoVa-training, voor de doelgroep verstandelijk beperkten in de verslavingszorg, nog niet bestaat.
Er is dus sowieso behoefte aan dit product vanuit zowel de Kei als vanuit Altrecht. Als het hier aanslaat zou de behoefte kunnen toenemen naar andere instellingen die te maken hebben met deze doelgroep.

Deel 3: Plan van aanpak

Inhoudsopgave

Inleiding	**22**
3.1 Onderwerp	**23**
3.2 Productbeschrijving en doelgroep	**23**
3.3 Resultaat	**24**
3.4 Inhoud van het project	**24**
3.5 Adresgroep	**25**
3.6 Evaluatiegroep	**26**
3.7 Urenverantwoording	**26**
3.8 Einddocumentatie	**28**

Inleiding

In mijn plan van aanpak zal ik mijn onderwerp beschrijven. Vervolgens beschrijf ik mijn product en op welke doelgroep ik deze heb gericht met het gewenste resultaat. Daarna beschrijf ik de inhoud van mijn project. Dit wordt gevolgd door uitleg over mijn adresgroep en welke presentatie ik aan hen zal geven. Tevens beschrijf ik wie de deskundigen zijn in mijn evaluatiegroep en hoe ik met hen ga evalueren. Tot slot is er een urenverantwoording voor mijn geplande activiteiten.

3.1 Onderwerp

Veel mensen met een verstandelijke beperking kampen met een tekort aan sociale vaardigheden. Hier zijn de zogeheten SoVa-trainingen voor opgezet. De meest bekende module van SoVa-training is die van Goldstein. Deze richt zich echter alleen op het (aan)leren van sociale vaardigheden, en niet specifiek op de doelgroep mensen met een verstandelijke beperking. Er zijn wel een paar SoVa-trainingen die zich richten op deze doelgroep, maar er bestaat geen vaste module voor. Daarnaast zijn er veel mensen met een verstandelijke beperking binnen de verslavingszorg. Ook zij kampen met een tekort aan sociale vaardigheiden en daarnaast zijn zij ook nog een middelenafhankelijk, iets wat je sociale vaardigheden niet ten goede komt. Hier is echter helemaal niets voor ontwikkeld.
Dat hier vraag naar is merkte ik op mijn stage. Ik loop stage bij GGZ Altrecht, afdeling de Kei. Op de Kei wonen dak- en thuislozen met een verslaving, verstandelijke beperking en/of een psychiatrische stoornis. Ook zij hebben een tekort aan sociale vaardigheden en zijn verslaafd aan de alcohol en/of drugs. Er is op de Kei wel eens een reguliere SoVa-training aangeboden. Deze bleek echter te hoog gegrepen voor de doelgroep, waardoor veel cliënten afhaakten. Daarnaast ging het te weinig over de dagelijkse problematiek waarmee verslaafden kampen, waardoor de training en opdrachten voor de cliënten minder herkenbaar werd.
Daarom wil ik graag een laagdrempelige SoVa-training maken die gericht is op verstandelijk beperkten binnen de verslavingszorg. Ik wil daarbij gebruik maken van mijn kennis als toekomstig dramatherapeut. Ik wil daarom ook dramatherapie in de SoVa-training verwerken door de training te laten begeleiden door een dramatherapeut, en gebruik te maken van verschillende rollenspellen.

3.2 Productbeschrijving en doelgroep

Ik wil dus een SoVa-training ontwikkelen die gericht is op mensen met een verstandelijke beperking binnen de verslavingszorg. De training richt zich op de minimum leeftijd van 18 jaar en ouder aangezien dit meestal de leeftijd is waarop mensen worden opgenomen binnen de verslavingszorg. De training word ontwikkeld voor cliënten binnen de doelgroep die een tekort hebben aan sociale vaardigheden. Daarnaast richt het zich op cliënten binnen de doelgroep die zich moeilijk in de eigen belevingswereld kunnen verdiepen en een minder vermogen hebben tot verbalisatie en abstractie.
Er zijn echter twee contra-indicaties, en wel de volgende:

- Een voortdurende aanwezigheid van een psychose.
- Iemand die een werkbare sfeer voortdurend onmogelijk maakt.

Deze contra-indicaties stel ik zodat een cliënt goed aan zichzelf kan werken in een prettige sfeer.
Het word een laagdrempelige SoVa-training waardoor het voor de cliënten makkelijker is om de training te (blijven) volgen. Zij zullen hierdoor ook sneller het idee hebben dat zij iets kunnen, wat het zelfvertrouwen van de cliënt weer vergroot.
De SoVa-training wordt begeleid door een dramatherapeut in samenwerking met een psycholoog.

Ik wil graag dat een dramatherapeut de training leidt om de volgende drie redenen:

- Een Creatief Therapeut Drama zal de rollenspellen goed kunnen leiden door zijn/haar spelervaring. Hierdoor kunnen cliënten meer van de rollenspellen opsteken en ze beter toepassen in de werkelijkheid.
- Een Creatief Therapeut Drama zal vroegtijdig een eventueel probleem kunnen inschatten en daar de desbetreffende cliënt mee kunnen helpen.
- Een Creatief Therapeut Drama kan inspelen op verschillende behoeftes van de cliënten (bijv. onderlinge problematiek verhelpen, schaamte van een cliënt om zich te uiten verminderen etc.).

Er zullen verschillende sociale vaardigheden aan bod komen. Hoe lang er over het (aan)leren van een sociale vaardigheid wordt gedaan, moet bepaald worden aan de hand van de desbetreffende groep cliënten. Zo kan er per bijeenkomst 1 sociale vaardigheid worden behandeld, maar deze kan ook over een week worden genomen.
De training zal ongeveer 12 bijeenkomsten lang zijn. Deze zullen 1 keer in de week plaatsvinden, 1 uur lang.

De SoVa-training moet verder aan de volgende kwaliteitscriteria voldoen:

- De training omvat duidelijke doelen.
- De training is per bijeenkomst uitgewerkt.
- Er zijn bijlagen waar de huiswerkopdrachten op staan.
- De training wordt duidelijk, overzichtelijk en begrijpelijk weergegeven.

3.3 Resultaat

Het uiteindelijke resultaat is een SoVa-training die gericht is op verstandelijk beperkten binnen de verslavingszorg. In het praktijkproduct worden onderzoeksgegevens die voortkomen uit praktijkonderzoek, literatuurstudie en bestaande producten meegenomen zodat er een duidelijke SoVa-training ontwikkeld wordt die gericht is op de gekozen doelgroep.

3.4 Inhoud van het project

Het product richt zich op segment 1: behandelen van cliënten, doordat het mensen met een verstandelijke beperking binnen de verslavingszorg begeleidt met het (aan)leren van sociale vaardigheden. Daarnaast kunnen eventuele problematiek die zich binnen de training voordoen ook behandeld worden door de dramatherapeut.
Het product richt zich op segment 2: werken in een arbeidsomgeving, omdat de SoVa-training aangeboden wordt binnen de verslavingszorg. De training wordt dus altijd gegeven in een behandelsetting. Daarnaast werkt de dramatherapeut niet alleen maar samen met een psycholoog. Er wordt dus met een andere discipline samengewerkt.
Het product richt zich op segment 3: werken aan professionaliteit en professionalisering. Dit doe ik door een dramatherapeut in te zetten bij de SoVa-training. Hierdoor wordt er een gedeelte Creatieve Therapie Drama meegenomen tijdens de training. De sociale vaardigheden worden niet alleen maar (aan)geleerd, maar de dramatherapeut zorgt voor de therapeutische waarde. Op deze manier wordt dramatherapie nog meer op de kaart gezet waardoor er gewerkt wordt aan professionalisering.

Het aanbieden van SoVa-training met een dramatherapeut, werkt verhelderend voor de cliënt aangezien er nu duidelijke en laagdrempelige rollenspellen in voorkomen. Uit literatuur onderzoek is gebleken dat dramatherapie voor verstandelijk beperkten een appèl doet op samenwerking en interactie, wat goed aansluit op de doelgroep aangezien zij een tekort hebben aan sociale vaardigheden.
Het product is innovatief aangezien er nog geen SoVa-training is ontwikkelt voor verstandelijk beperkten in de verslavingszorg, onder leiding van een dramatherapeut. Er zijn wel verschillende SoVa-trainingen op gezet, maar geen één specifiek voor deze doelgroep met een dramatherapeut.

3.5 Adresgroep

De adresgroep wordt gevormd door alle medewerkers van GGZ Altrecht, afdeling de Kei. Hieronder vallen:

- (Persoonlijk) Begeleiders/verzorger.
- Psychologen.
- Psychiater.
- Teamleider.
- Dramatherapeut.
- Begeleider dagbesteding.

Ik richt mijn SoVa-training allereerst op de medewerkers van de Kei aangezien vanuit deze plek mij gevraagd is om een SoVa-training te ontwikkelen voor verstandelijk beperkten in de verslavingszorg.
De bovengenoemde medewerkers zijn om de volgende reden van belang:
De (persoonlijk) begeleiders/verzorgers zijn degene die de cliënten goed kennen en weten wanneer een cliënt een tekort heeft aan sociale vaardigheden. Ook zijn zij degene die af en toe met de deelnemende cliënten moeten oefenen om zo de geleerde vaardigheid meer eigen te maken.
De psychologen zijn van belang aangezien zij de training ondersteunen. Een psycholoog zal dus aanwezig zijn bij de SoVa-training en weet wat een cliënt nodig heeft zowel binnen de training als erbuiten.
Op de Kei speelt de psychiater een grote rol aangezien zij ook contacten heeft buiten de Kei. Zij komt regelmatig op andere afdelingen binnen Altrecht, waardoor zij kan bepalen of dit product ook waardevol is voor andere afdelingen.
De teamleider is degene die de leiding heeft binnen de Kei. Samen met de psychiater beslist hij wat goed is voor de cliënten. Daarom weet hij of deze SoVa-training goed aansluit bij de doelgroep.
De dramatherapeute is natuurlijk van groot belang aangezien zij de SoVa-training gaat begeleiden. Dit mag ook door een stagiair dramatherapie gegeven worden, mits deze affiniteit heeft met de doelgroep en weet hoe hij/zij een training moet begeleiden.
De begeleider van de dagbesteding maakt cliënten vaak op een andere manier mee. Hij weet namelijk ook hoe een cliënt kan reageren op een lastige situatie. Hierdoor kan hij opmaken of een cliënt SoVa-training nodig heeft.
Ik zal voor mijn adresgroep een mondelinge presentatie verzorgen. Op deze manier kan ik ze introduceren met mijn opgezette SoVa-training. Ik zal ze hierbij uitleggen wat de training inhoudt en hoe ik deze gericht heb op de doelgroep. Zo weet iedereen hoe de training in elkaar zit en of dit eventueel iets is voor hun cliënten. Daarnaast kan ik dan voor mijzelf polsen of de SoVa-training aanslaat.

3.6 Evaluatiegroep

Voor mijn evaluatiegroep heb ik drie deskundige genomen, die vanuit verschillende invalshoeken mijn SoVa-training bekijken. Dit zijn alle drie medewerkers van de Kei aangezien ik in eerste instantie mijn SoVa-training daar ga opzetten. De drie deskundigen zijn:

- **Sigrid Valk:** Sigrid is dramatherapeute. Sigrid combineert haar baan als dramatherapeut met het begeleiden van de cliënten op de Kei. Zij kan de SoVa-training dus bekijken vanuit een dramatisch oogpunt maar ook vanuit de cliënt.
- **Joyce Bais:** Joyce is psychologe op de Kei. Zij heeft vaker met een SoVa-training gewerkt dus zij kan goed bepalen wat de cliënten nodig hebben bij zo'n training. Daarnaast is zij ook wel eens werkzaam op andere afdelingen binnen de Kei waardoor zij weet of mijn training aansluit bij verschillende afdelingen.
- **Marjon van Huisstede:** Marjon is begeleidster van de cliënten. Zij werkt sinds een paar jaar op de Kei maar heeft hiervoor bij andere afdelingen gewerkt waar deze doelgroep aanwezig is. Zij heeft dus een goede kijk op wat cliënten willen en kunnen.

Ik zal kort met de drie deskundigen afzonderlijk zitten. Zij zijn al aanwezig geweest bij de presentatie maar leg voor hen nog even in het kort uit hoe de SoVa-training eruit komt te zien en geef ze ook de SoVa-training mee. Ik vraag hierbij of ze er voor mij naar willen kijken en of ze mij schriftelijk willen evalueren met de opgestelde evaluatievragen.

3.7 Urenverantwoording

Week	**Activiteit**	**Uren**
Periode A:		
A1	Handleiding lezen	1
		Aantal uren: 1
Periode B:		
B7	Brainstormen met Joyce Bais en Sigrid Valk	10
		Aantal uren: 10
Periode C		
C1	Hoorcollege afstuderen	1
C1	Oriëntatie mediatheek	3
C1	Idee uitwerken	2
C2	Literatuurverdieping	8
C3	Literatuur samenvatten	3
C4	Vooronderzoek bestaande producten	5
C4	Boekje 'Eerst denken dan doen' lezen	4
C5	Inventarisatie product intervisie	3
C5	Literatuurverdieping	6
C5	Literatuur samenvatten	3
C6	Vooronderzoek bestaande producten schrijven	4
C6	Brainstormen met Joyce Bais	2
C7	Literatuurverdieping	12

C7	Literatuur samenvatten	7
C8	Literatuurverkenning schrijven	8
C9	Mailcontact Huub Notermans	1
C9	Oriëntatie mediatheek	2
C9	Plan van aanpak	4
C10	Plan van aanpak	7
C10	Contact adres- en evaluatiegroep	10
C10	Plan van aanpak schrijven	15
		Aantal uren: 126
Periode D		
D1	Vorm training ontwikkelen	10
D1	Consult Huub Notermans	1
D2	Ontwikkelen training	35
D2	Contact Joyce Bais	2
D2	Voorbereiden presentatie	2
D2	Presentatie adresgroep	2
D2	Presentatie schrijven	7
D3	Contact Sigrid Valk	2
D3	Ontwikkelen training	25
D4	Inventarisatie product intervisie	3
D4	Ontwikkelen training	20
D4	Evaluatie met Sigrid Valk	3
D4	Evaluatie met Joyce Bais	3
D4	Evaluatie met Marjon van Huisstede	3
D4	Voorbereiden training	3
D4	Geven van de training	1
D4	Evaluatie Joyce Bais	2
D4	Evaluatie training	2
D5	Aanpassingen training	4
D5	Schrijven evaluatie	10
D5	Schrijven aanbeveling	15
D5	Voorbereiden training	3
D5	Geven van de training	1
D5	Evaluatie Joyce Bais	2
D5	Schrijven uitvoering	20
D5	Schrijven procesverslag	20
D5	Ontwikkelen einddocumentatie	25
D6	Contact Huub Notermans	2
D6	Ontwikkelen einddocumentatie	30
D6	Einddocumentatie ordenen	15
D6	Bronnenlijst maken	5
D6	Puntjes op de i zetten	10

D6	Einddocument en training inbinden	2
D6	Einddocumentatie en training inleveren	
		Aantal besteden uren: 425

3.8 Einddocumentatie

Ik zal mijn einddocumentatie in week D6 inleveren op 27 mei 2011. Mijn einddocumentatie zal uit twee delen bestaan.
Het eerste onderdeel bestaat uit:

- Oriëntatie
- Vooronderzoek
- Plan van aanpak
- Uitvoering
- Presentatie
- Evaluatie
- Aanbevelingen

Het tweede onderdeel is mijn uiteindelijke product. Dit is dus de SoVa-training die gericht is op verstandelijk beperkten in de verslavingszorg.

Er worden dus twee verschillende delen ingeleverd.

Deel 4: Uitvoering

Inhoudsopgave

Inleiding **30**
4.1 Opzet SoVa-training **31**
4.2 Evaluatie twee bijeenkomsten **33**

Inleiding

In mijn uitvoering valt te lezen hoe mijn SoVa-training eruit komt te zien.
Daarnaast zijn de twee evaluaties te lezen van de eerste twee bijeenkomsten van de SoVa-training. Hierin beschrijf ik hoe de bijeenkomsten verlopen zijn.

4.1 Opzet SoVa-training

Opzet en inhoud van de SoVa-training:
De SoVa-training is opgezet voor het (aan)leren van sociale vaardigheden voor verstandelijk beperkten in de verslavingszorg. De training is gebaseerd op het niveau van de cliënten en wat er in de verslavingszorg zich allemaal afspeelt. Zo komen er in de bijeenkomsten voorbeelden en oefeningen voor die betrekking hebben op het alcohol- en drugsgebruik, en de dagelijkse gebeurtenissen die zich zowel binnen als buiten een instelling plaatsvinden.

Er wordt gebruik gemaakt van gedragstherapeutische- en dramatische principes.
Deze gedragstherapeutische- en dramatische principes zijn onder andere:

- Gedragsoefening: Er wordt veelvuldig gebruik gemaakt van rollenspellen.
- Modeling: Er worden voorbeelden getoond van de vaardigheden. Deze worden gedemonstreerd door de creatief therapeut drama en de psycholoog.
- Bekrachtiging: De cliënten worden binnen de training veelvuldig positief gestimuleerd.
- Transfer-training: De cliënten worden gestimuleerd om buiten de training ook te oefenen met de geleerde sociale vaardigheden. Dit wordt gedaan door huiswerk op te geven.

De volgende vaardigheden zullen aan bod komen:
Praatje maken/behouden.
Iets bespreken.
Luisteren.
Nee zeggen.
Opkomen voor je mening.
Compliment geven en ontvangen.
Kritiek geven.
Kritiek krijgen.
Reageren op kwaadheid.
Uiten van kwaadheid.
Wensen uiten.
Herhaling van de geleerde vaardigheden.

Het uitgangspunt is dat er één vaardigheid per bijeenkomst wordt behandeld. Mochten de trainers erachter komen dat een vaardigheid te moeilijk is voor één bijeenkomst, dan kan deze uitgebreid worden. Er kan ook zelf een keuze gemaakt worden welke vaardigheden aan bod moeten komen.

De training zal ongeveer 12 bijeenkomsten lang zijn. Deze zullen 1 keer per week plaats vinden, per bijeenkomst 1 uur.

Doel van de SoVa-training:

- Het (aan)leren van sociale vaardigheden.
- Kennis vergroten over de verschillende sociale vaardigheden.
- Door middel van rollenspellen de sociale vaardigheden kunnen toepassen in de werkelijkheid.
- Het creëren van meer zelfvertrouwen.

Doelgroep:
Deze SoVa-training is gebaseerd om mensen met een verstandelijke beperking in de verslavingszorg, de training richt zich op de leeftijd van 18 jaar en ouder. De training is voor mensen binnen de doelgroep met een tekort aan sociale vaardigheden. De training is gericht op mensen die zich moeilijk in de eigen belevingswereld kunnen verdiepen en een minder vermogen hebben tot verbalisatie en abstractie.

Contra-indicaties zijn echter:
- Een voortdurende aanwezigheid van een psychose.
- Iemand die een werkbare sfeer voortdurend onmogelijk maakt.

Trainers van de SoVa-training:
De SoVa-training wordt geleid door 2 trainers. Degene die de training leidt is een Creatief Therapeut Drama. Deze zal de training leiden om verschillende redenen:
- Een Creatief Therapeut Drama zal de rollenspellen goed kunnen leiden door zijn/haar spelervaring. Hierdoor kunnen cliënten meer van de rollenspellen opsteken en ze beter toepassen in de werkelijkheid.
- Een Creatief Therapeut Drama zal vroegtijdig een eventueel probleem kunnen inschatten en daar de desbetreffende cliënt mee kunnen helpen.
- Een Creatief Therapeut Drama kan inspelen op verschillende behoeftes van de cliënten (bijv. onderlinge problematiek verhelpen, schaamte van een cliënt om zich te uiten verminderen etc.).

Een Creatief Therapeut Drama is dus van belang bij de SoVa-training om deze goed te laten verlopen op zowel het spelvlak als het psychologische gedeelte.

Naast de Creatief Therapeut Drama zal er nog een trainer aanwezig zijn. Dit is een psycholoog. Deze kent de cliënten namelijk persoonlijk waardoor het voor de cliënten vertrouwd zal zijn en dus ook goed kan inspelen op de verschillende cliënten.

De bijeenkomsten van de SoVa-training zijn als volgt ingedeeld:
- Welkom
- Huiswerkbespreking
- Bespreken van de sociale vaardigheid van deze bijeenkomst
- Inventarisatie van de sociale vaardigheid
- Modeling; slecht voorbeeld en goed voorbeeld
- Rollenspellen
- Huiswerkopdracht

Vooraf wordt er tegen elke deelnemer verteld dat het de bedoeling is dat we in een prettige sfeer, waarin iedereen zich op zijn gemakt voelt, wat leren van elkaar. Wanneer het te moeilijk wordt, of te snel gaat, kan iedereen dat aangeven en dan wordt er een stapje terug genomen.

4.2 Evaluatie 2 bijeenkomsten

Evaluatie SoVa-training: Druks met jezelf.

Bijeenkomst 1 Praatje maken/behouden: Donderdag 12 mei.

Aanwezig: Cliënt JH, cliënt BR, cliënt SL, cliënt ES.

Trainers: Annelieke Schipper (dramatherapeute) en Joyce Bais (psychologe).

Opzet:
Korte uitleg SoVa-training.
Uitleg praatje maken/behouden.
Inventarisatie praatje maken/behouden.
Leerpunten Praatje beginnen.
Goed en fout voorbeeld door trainers.
Leerpunten Praatje op gang houden.
Goed en fout voorbeeld door trainers.
Leerpunten Praatje beëindigen.
Goed en fout voorbeeld door trainers.
Rollenspel.
Huiswerk uitleg.

Verloop van de bijeenkomst:
Alle cliënten waren aanwezig. Allereerst aan de cliënten nog even kort uitgelegd wat sociale vaardigheden precies zijn en wat ze kunnen gaan verwachten van deze training. De cliënten begrepen wat de bedoeling was.
Daarna overgegaan op de 1e bijeenkomst. We begonnen met de uitleg en de inventarisatie over een praatje maken. De cliënten konden goed de positieve vragen beantwoorden. Zo vond de mannen het vooral leuk om over sport en vrouwen te hebben, en de vrouwen over kleren en de dagelijkse dingen van de dag. Op de vraag wat moeilijk is aan een praatje maken, moest er even nagedacht worden. Uiteindelijk stemde ze er allemaal mee in dat je niet altijd weet hoe je tegen iemand moet beginnen of dat je niet weet waar je het met iemand over moet hebben.
Daarna hebben Joyce en ik de leerpunten besproken om een praatje te beginnen. Deze punten stonden ook op een flap-over. Dit leek voor verduidelijking te zorgen aangezien de cliënten mee lazen met de punten. De punten werden begrepen en daarom zijn we over gegaan tot het verbeelden van een fout en goed voorbeeld van een praatje beginnen. Voor een fout voorbeeld wilde ik een cliënt gebruiken. Cliënt SL stelde zich meteen kandidaat. Moest eerst lachen maar kon zich snel hervatten. Daarna werd er door de andere cliënten bepaald wat er niet goed ging tijdens dit gesprek. Ze gaven hierop allemaal het juiste antwoord. Daarna ook de andere voorbeelden met bijbehorende vragen gedaan. Ik zag dat het rollenspel met een goed en fout voorbeeld een positieve uitwerking had op de cliënten. Het rollenspel werkte verhelderend. Daarna twee groepjes van twee gemaakt. Hierin gingen de cliënten met elkaar bepaalde situaties oefenen. Ik bleef bij het ene groepje en Joyce bij het andere. De cliënten moesten even wennen om tegenover elkaar toneel te spelen maar dit wende snel. Hierna geëvalueerd of alle cliënten de bijeenkomst hadden begrepen. De cliënten vertelde dat ze de opdrachten en de sociale vaardigheid hadden begrepen. Tot slot het huiswerk uitgelegd en iedereen het huiswerkboekje meegegeven waar ze de opdracht in kunnen bewaren.

Evaluatie SoVa-training: Druks met jezelf.

Bijeenkomst 2 Iets bespreken: Donderdag 19 mei.

Aanwezig: Cliënt JH, cliënt BR, cliënt SL, cliënt ES.

Trainers: Annelieke Schipper (dramatherapeute) en Joyce Bais (psychologe).

Opzet:
Huiswerk bespreken Praatje maken/behouden.
Uitleg iets bespreken.
Inventarisatie iets bespreken.
Leerpunten iets bespreken.
Goed en fout voorbeeld door trainers.
Rollenspel.
Huiswerk uitleg.

Verloop van de bijeenkomst:
Alle cliënten waren aanwezig. We gingen het huiswerk bespreken van de vorige bijenkomst. 1 cliënt had zijn huiswerk niet gemaakt, de rest wel. Met de cliënt erover gehad waarom hij zijn huiswerk niet had gemaakt. Hij vertelde dat hij het wel lastig vond om zich tot zoiets te zetten. In de groep besproken hoe zij dat oplossen en of zij de cliënt wellicht tips kunnen geven die henzelf helpt met het maken van iets. Hierbij zat de tip om huiswerk met iemand samen te maken wat de cliënt aansprak. Voor de volgende keer afgesproken dat hij dit probeert. Daarna met de rest het huiswerk besproken. Zij hadden allen een voorbeeld van een gesprek met een medecliënt of met een vriend/vriendin. Erover gehad hoe dit voor iedereen was verlopen. Het was voor iedereen makkelijk om een gesprek over een luchtig onderwerp te beginnen en deze ook te eindigen.
Daarna overgegaan tot de sociale vaardigheid van deze week, namelijk: iets bespreken. Allereerst heb ik uitgelegd wat deze sociale vaardigheid inhoudt, waarop we gingen inventariseren over iets bespreken. Op alle vragen konden de cliënten antwoord geven. Daarna de leerpunten met behulp van de flap-over besproken. Op leerpunt 1 vraag of de ander tijd voor je heeft, werd verrast gereageerd. Niemand vroeg wel eens of er tijd voor hen was terwijl ze dit eigenlijk wel een logische stap vonden. De leerpunten werden begrepen.
Joyce en ik gingen daarna een fout en een goed voorbeeld spelen. Bij het foute voorbeeld konden de cliënten al snel ontdekken wat er niet goed ging.
Toen de groep weer in twee gesplitst en groepjes van twee gemaakt. Joyce begeleide het ene groepje en ik de andere. Hierin de rollenspellen gespeeld om te oefenen met iets bespreken. Dit ging al gemakkelijker dan vorige week, de cliënten waren zichtbaar ontspannen.
Tot slot aan de cliënten de huiswerk voor deze week uitgelegd en hen weer het huiswerkblaadje meegegeven waar ze hun huiswerk op kunnen maken en kunnen bewaren in hun huiswerkboekje.

Deel 5: Presentatie

Inhoudsopgave

Inleiding **36**
5.1 Presentatie aan de adresgroep **37**
5.2 Evaluatie presentatie **37**

Inleiding

Ik zal hier beschrijven wanneer mijn presentatie plaatsvond en hoe mijn opzet was. Daarna evalueer ik over mijn presentatie. Ik leg hierin uit hoe mijn presentatie verliep en welke reacties ik heb gekregen over mijn product.

5.1 Presentatie aan de adresgroep

De presentatie was op donderdag 21 april om 15.00 uur.
Ik had deze dag uitgekozen aangezien er dan altijd teamvergadering is waarbij alle medewerkers van de Kei aanwezig zijn. Op deze manier had ik dus de gehele adresgroep bij elkaar.
De presentatie had ik als volgt ingedeeld:

- Inleiding
- Uitleg opzet en inhoud SoVa-training
- Doelen SoVa-training
- Dramatherapeut bij SoVa-training
- Feedback moment
- Afsluiting

5.2 Evaluatie presentatie

Alle medewerkers van de Kei waren aanwezig. Ik had namelijk iedereen van te voren al verteld dat ik een presentatie zou gaan geven over mijn opgezette SoVa-training en ik had het als agendapunt doorgegeven zodat iedereen wist dat ik hierover zou gaan vertellen.
Ik begon eerst te vertellen hoe ik op het idee ben gekomen om een SoVa-training op te zetten voor deze doelgroep, en dat ik deze zowel voor binnen de Kei als voor mijn afstuderen gebruik. Daarna begon ik met de uitleg over hoe mijn SoVa-training in elkaar zit. Ik vertelde hierbij hoe de training er over zijn geheel uit zou zien, wat voor sociale vaardigheden er behandeld worden en hoe ik hem heb aangepast op de doelgroep. Ik nam de bijeenkomst “nee zeggen” als voorbeeld aangezien dit voor veel medewerkers een herkenbare sociale vaardigheid is, die de doelgroep tekort hebben. Ik besprak hoe deze bijeenkomst gevormd wordt, zodat de medewerkers weten hoe een bijeenkomst eruit ziet. Daarbij vertelde ik wat de doelen van de SoVa-training zijn. Tot slot vertelde ik waarom ik een dramatherapeut als trainer van groot belang vind bij de SoVa-training.
Nadat ik klaar was met vertellen vroeg ik om een reactie van de aanwezigen. Ik kreeg voornamelijk positieve feedback over mijn product. Ik kreeg vooral te horen dat er veel structuur in mijn SoVa-training is wat de bijeenkomsten voor de doelgroep meer laagdrempelig maakt. Er werd wel de vraag gesteld wat er gedaan zou worden als er cliënten niet naar de training zouden komen aangezien dit vaak voorkomt bij deze doelgroep. Ik gaf hier als antwoord op dat de dramatherapeut en de psycholoog de cliënten dan moeten stimuleren om naar de SoVa-training te komen, en duidelijk van te voren moeten aangeven hoeveel tijd dit ongeveer in beslag gaat nemen zodat cliënten hiermee rekening kunnen houden. De sociale vaardigheden die aan bod komen vonden de medewerkers zeer geschikt voor de doelgroep. Zij vroegen zich wel af wat er gedaan werd als een sociale vaardigheid niet helemaal goed begrepen werd na één bijeenkomst. Ik gaf toen aan dat er vanuit de trainers besloten kan worden om de sociale vaardigheid nog een keer te behandelen. Tot slot kreeg ik de vraag hoe ik het huiswerk maken voor mij zag. Ik heb hierbij verteld dat dit inderdaad een onderdeel is die wat meer van de cliënten vraagt maar uiteindelijk wel effectief voor ze is aangezien ze oefenen met de geleerde vaardigheid. Mocht het zo zijn dat cliënten geen huiswerk maken, zal er naar een oplossing gekeken worden om dit samen met de dramatherapeut te oefenen of eventueel met de persoonlijk begeleiders.
Als laatste kreeg ik te horen dat ze deze training erg zien zitten op de Kei en dat ze gaan nadenken over cliënten die de training kunnen gaan volgen.

Deel 6: Evaluatie

Inhoudsopgave

Inleiding	**39**
6.1 Evaluatie met Sigrid Valk	**40**
6.2 Evaluatie met Joyce Bais	**41**
6.3 Evaluatie met Marjon van Huisstede	**42**
6.4 Resultaat evaluatie	**43**
6.5 Eigen commentaar op evaluatie	**44**
6.6 Conclusie	**45**

Inleiding

In mijn evaluatie laat ik eerst de evaluaties zien van de drie deskundigen. Daarna geef ik het resultaat weer van de gekregen feedback, waarna ik dit zelf beargumenteer. Tot slot sluit ik af met een conclusie over de evaluaties.

6.1 Evaluatie Sigrid Valk

Evaluatie formulier SoVa-training: Druks met jezelf.

Evaluatie met Sigrid Valk, dramatherapeute de Kei.

1. **Is deze SoVa-training gericht op de doelgroep?**

Ik vind dat het zeker op de doelgroep gericht is. Ook omdat er een bijlage is voor als het niveau nog lager is.

2. **Wat vind je van de sociale vaardigheden die aan bod komen?**

Deze zijn erg bruikbaar, gezien ze in het dagelijks leven voorkomen en omdat veel LVG cliënten hier moeite mee hebben. Hierdoor is het een goede aanvulling op hun vaardigheden die zij elke dag nodig zullen hebben.

3. **Zijn de doelen van de SoVa-training haalbaar voor de doelgroep?**

Ik denk zeker dat zij haalbaar zijn. Wel denk ik dat de begeleiding er ook van op de hoogte moet zijn zodat zij kunnen observeren of de cliënt deze ook gebruikt zoals geleerd. Misschien is het een idee om er nog een sessie bij te schrijven waarin de verschillende vaardigheden nog een keer langs komen.

4. **Wat vind je van het feit dat de SoVa-training begeleid wordt door een dramatherapeut in samenwerking met een psycholoog?**

De combinatie hiervan is denk ik alleen maar een meerwaarde. Daarbij kan het direct meegenomen worden in de behandeling, mocht dit nodig zijn. De meerwaarde van de drama therapeut lijkt mij duidelijk, deze heb je ook goed omschreven.

5. **Wat denk je dat dramatherapie zal toevoegen aan deze SoVa-training?**

Verdieping in de rollen, andere manier van observeren, het kunnen schakelen tijdens het spel, het spel kunnen sturen en daarbij door de ervaring van de drama therapeut zullen de cliënten het minder eng vinden om te gaan spelen. De drempel wordt dus lager.

6. **Wat vind je van de verschillende bijeenkomsten?**

Deze zijn duidelijk met elke keer dezelfde opbouw. Dit is voor de cliënten een grote meerwaarde , doordat zij duidelijk hebben wat er wanneer gaat gebeuren zullen zij tijdens de bijeenkomsten minder gespannen zijn en zal het niet elke keer opnieuw uitgelegd hoeven worden.

7. **Zijn de huiswerkopdrachten gericht op de doelgroep?**

Deze zijn zeker goed gericht op de doelgroep, de vraag is alleen of zij deze ook daadwerkelijk gaan doen. Ik denk dat je daarbij de hulp van de begeleiding nodig zal hebben. Het zelf maken of initiatief nemen tot is lastig.

8. **Zou er vraag zijn naar deze SoVa-training?**

Ik denk dat er zeker wel vraag is naar deze SOVA zeker gezien er tot op heden niets is voor deze doelgroep.

9. **Verbeter punten van de SoVa-training:**

Ik denk dat de training uitgebreider kan, dus door een extra bijeenkomst erbij te voegen. Eventueel een terug kom bijeenkomst. Daarnaast wat doe je als cliënten niet kunnen lezen of schrijven, dan kunnen zij de huiswerkopdrachten niet maken.
En een stuk voor begeleiding hoe dit verder te begeleiden, bijvoorbeeld met huiswerk en de observatie op de groep.

10. **Sterke punten SoVa-training:**

Je hebt goed afgestemd op de doelgroep, door situaties uit het dagelijks leven te halen.
Het is duidelijk en simpel waardoor de cliënten het snel zullen begrijpen. Door de manier waarop je het hebt geformuleerd en uitgeschreven hebt zou het zelfs zo kunnen zijn dat deze training niet alleen door drama therapeuten gegeven wordt maar kan ook door groepsleiders gegeven worden.

6.2 Evaluatie Joyce Bais

Evaluatie formulier SoVa-training: Druks met jezelf.

Evaluatie met Joyce Bais, psychologe de Kei.

1. **Is deze SoVa-training gericht op de doelgroep?**

Ik vind zeker dat deze training is gericht op de doelgroep. Hij is gericht op het niveau van de cliënt, en er worden onderwerpen behandeld waar deze doelgroep veel mee te maken heeft.

2. **Wat vind je van de sociale vaardigheden die aan bod komen?**

De vaardigheden die behandeld worden in de training zijn sociale vaardigheden die deze doelgroep nog niet (geheel) bezit. Daarom zijn dit de juiste sociale vaardigheden om aan te leren aan de cliënten. Daarbij is het van belang dat de training wordt afgewisseld met verschillende vaardigheden. In de bijeenkomst compliment geven en ontvangen zal dit een goed gevoel geven aan de cliënt, bij nee zeggen zal er waarschijnlijk iets meer van de cliënt gevraagd worden.

3. **Zijn de doelen van de SoVa-training haalbaar voor de doelgroep?**

De doelen zijn haalbaar voor deze doelgroep aangezien ze op het juiste niveau gesteld zijn. Door zowel ondersteuning binnen als buiten de training zie ik een goede kans van slagen.

4. **Wat vind je van het feit dat de SoVa-training begeleid wordt door een dramatherapeut in samenwerking met een psycholoog?**

Ik vind dit een weloverwogen combinatie. De dramatherapeut speelt goed in op de behoefte van de cliënt en kan hen goed begeleiden tijdens de rollenspellen. In samenwerking met de psycholoog kan er vanuit verschillende kanten geobserveerd worden naar de cliënt, wat een toevoeging is voor de training.

5. **Wat denk je dat dramatherapie zal toevoegen aan deze SoVa-training?**

Een dramatherapeut kan door het speelse karakter snel vertrouwen winnen bij de cliënt waardoor zij sneller bereid zijn deel te nemen aan de training en de verschillende oefeningen. Door de rollenspellen wordt de deelname van de SoVa-training meer laagdrempelig, wat een succesgevoel oplevert bij de cliënten.

6. **Wat vind je van de verschillende bijeenkomsten?**

Deze zijn duidelijk voorgestructureerd. Dit is niet alleen fijn voor de trainers zodat zij weten wat ze moeten doen, maar ook voor de cliënt. Deze weten van te voren wat er van hen verwacht wordt.

7. **Zijn de huiswerkopdrachten gericht op de doelgroep?**

Het huiswerk is haalbaar voor de cliënt aangezien er niet teveel van hen gevraagd wordt. Daarbij staan er al voorbeelden bij wat het huiswerk maken makkelijker maakt. Ik vraag me daarbij wel af of een cliënt huiswerk uit zichzelf zal gaan maken. Ik denk namelijk niet dat dit bij iedere cliënt het geval is. Hier zal de cliënt dus ondersteuning bij moeten krijgen.

8. **Zou er vraag zijn naar deze SoVa-training?**

Er is zeker vraag naar deze training. Er bestaat nog geen SoVa-training die gericht is op deze doelgroep. Ook binnen andere afdelingen van Altrecht is er vraag naar een aangepaste SoVa-training.

9. **Verbeter punten van de SoVa-training:**

Als de training aanslaat binnen de Kei, gaan kijken wat je kunt gaan betekenen voor andere afdeling zowel binnen als buiten Altrecht. Kijk ook hoe je de huiswerkopdrachten aantrekkelijk kunt maken zodat ze gemaakt zullen worden.

10. **Sterke punten van de SoVa-training:**

Duidelijke structuur van de bijeenkomsten. Je hebt goede sociale vaardigheden uitgekozen die gericht zijn op het dagelijkse leven van deze doelgroep. De rollenspellen geven het leven weer hoe dat voor een cliënt in deze doelgroep gaat in een instelling. Ik vind ook de combinatie van trainers een heldere zet en denk dat dit de SoVa-training een stap verder brengt.

6.3 Evaluatie Marjon van Huisstede

Evaluatie formulier SoVa-training: Druks met jezelf.

Evaluatie met Marjon van Huisstede, begeleidster de Kei.

1. **Is deze SoVa-training gericht op de doelgroep?**

De sova-training is gericht op de doelgroep.
Vooral het niveau van de training is belangrijk voor de LVG doelgroep en die sluit bij deze training goed aan.

2. **Wat vind je van de sociale vaardigheden die aan bod komen?**

Het zijn de sociale vaardigheden die een grote rol spelen bij de Lvg doelgroep en voor hen het meest functioneel zijn om daar mee aan de slag te gaan dus prima

3. **Zijn de doelen van de SoVa-training haalbaar voor de doelgroep?**

Ja die zijn zeker haalbaar en trainer speelt er prima op in als blijkt dat het niet haalbaar is.

4. **Wat vind je van het feit dat de SoVa-training begeleid wordt door een dramatherapeut in samenwerking met een psycholoog?**

Goede combinatie, vooral rollenspel is bij doelgroep Lvg erg leerzaam en duidelijk, en beter geven door dramatherapeut kan bijna niet.
De ondersteuning voor, tijdens en na de training zijn dan weer op zijn plaats bij de psycholoog.

5. **Wat denk je dat dramatherapie zal toevoegen aan deze SoVa-training?**

De vaardigheid bezitten goede training neer te zetten , zeker de rollenspelen en andere toepassingen die beeldend worden gedaan.
Het vertrouwen die cliënt heeft in dramatherapeut, daar waar er bij begeleiders en psychologe nog wat afstandelijk is vanuit cliënt krijgt dramatherapeut wel meer vertrouwen van de cliënt.

6. **Wat vind je van de verschillende bijeenkomsten?**

Prima voorbereid en is goed te geven aan de cliënten.

7. **Zijn de huiswerkopdrachten gericht op de doelgroep?**

Goed te doen voor de doelgroep door het voorbeeld. Ik denk dat deze doelgroep enthousiast zal zijn om deze opdrachten te maken en met de vaardigheden te oefenen.

8. **Zou er vraag zijn naar deze SoVa-training?**

Ja er is zeker vraag vanuit cliënt maar ook vanuit begeleiders om cliënt aan te melden.

9. **Verbeter punten van de SoVa-training:**

Niet voor de training. Wel voor de herkenbaarheid van de training. Het is wellicht een optie om ook een presentatie of iets dergelijks aan de cliënten te geven zodat ze weten dat deze training bestaat, zodat zij er zelf in geïnteresseerd raken. Zo krijgt de cliënt meer bekendheid met de training.

10. **Sterke punten van de SoVa-training:**

Aangepast op de doelgroep.
Goede combinatie psycholoog en dramatherapeut.

6.4 Resultaat evaluatie

De SoVa-training is goed gericht op de doelgroep. Het niveau is laag waardoor de training goed te begrijpen is voor de cliënten. De sociale vaardigheden die aan bod komen in de SoVa-training zijn gericht op het dagelijks leven van de cliënten. Het zijn dus niet alleen vaardigheden die ze af en toe meemaken waarin ze tekort schieten, maar ook die ze regelmatig meemaken en daar moeite mee hebben. Deze vaardigheden spelen dus een grote rol in het leven van deze doelgroep. De doelen van de SoVa-training zijn haalbaar voor de cliënten. Zeker omdat de trainers hier vroegtijdig op inspelen als ze merken dat dit niet het geval is. Het is wellicht wel verstandig om deze informatie door te spelen aan de persoonlijk begeleiders van cliënten zodat zij mee kunnen kijken naar de cliënten hoe zij buiten de training een geleerde vaardigheid toepassen. Zij kunnen dan in dit proces de cliënten begeleiden. Het is een verstandige keuze dat de SoVa-training wordt begeleid door een dramatherapeut in samenwerking met een psycholoog. De dramatherapeut zorgt ervoor dat de training laagdrempelig wordt door middel van rollenspellen. Dit is voor de doelgroep de juiste manier om iets (aan) te leren. Daarnaast hebben de cliënten sneller vertrouwen in een dramatherapeut, iets wat een positieve werking heeft op de cliënten en de vaardigheden die behandeld worden. De samenwerking met de psycholoog is een toevoeging vooral voor buiten de bijeenkomsten. Zodra een psycholoog iets observeert binnen de training kan hij/zij dit meenemen naar de gehele behandeling. En kunnen de cliënten ook bij een psycholoog terecht buiten de training. Doordat de bijeenkomsten elke keer dezelfde opbouw hebben zal dit spanning wegnemen bij de cliënten. Zij weten elke keer wanneer zij naar de bijeenkomst komen, wat er zal gaan gebeuren zodat hen dit duidelijkheid geeft en er niet elke bijeenkomst uitgelegd moet worden wat we gaan doen.

De huiswerkopdrachten zijn goed voorgestructureerd voor de cliënten wat het maken vergemakkelijkt wordt. De vraag is echter of cliënten dit wel uit henzelf gaan doen. Hierbij zal hulp gevraagd moeten worden aan de persoonlijk begeleiders om dit samen met hun cliënten op te pakken. Er is zeker vraag naar deze SoVa-training zowel binnen als buiten de Kei en Altrecht. Cliënten zullen zelf geïnteresseerd zijn in deze training, maar ook andere afdelingen en instellingen aangezien er voor deze doelgroep nog geen eigen SoVa-training was ontwikkeld. Enige verbeterpunten aan de training is dat het wel handig is als er aan het einde een bijeenkomst komt waarbij de verschillende sociale vaardigheden nog een keer herhaald worden. Daarbij moet er een stukje komen voor de persoonlijk begeleiders zodat zij weten wat ze moeten doen als er een cliënt van hun SoVa-training gaat volgen. Tot slot kreeg ik een tip die niet direct met mijn SoVa-training te maken had, maar wel leuk is voor in het vervolg. Dat is namelijk een presentatie aan de cliënten zodat zij weten wat SoVa-training inhoudt en wellicht zelf kunnen beslissen om te gaan deelnemen. Sterke punten aan de SoVa-training is dat hij gericht is op de doelgroep en dat het goed is dat de training gegeven wordt door een dramatherapeut en een psycholoog. Het is een helder geformuleerde training waardoor het voor vrijwel iedereen te begrijpen valt.

6.5 Eigen commentaar op evaluatie

Ik vind het zeer prettig om geëvalueerd te worden over hetgeen wat ik gemaakt heb, in dit geval de SoVa-training voor verstandelijk beperkten in de verslavingszorg. Ik heb er drie deskundigen naar laten kijken die alle drie op een andere manier naar mijn SoVa-training hebben gekeken. Ik ben blij dat over het algemeen de reactie op mijn SoVa-training positief is. De kwaliteitscriteria die ik in het plan van aanpak had opgesteld zijn, door middel van de evaluaties, voldaan. Ik wilde graag dat de SoVa-training duidelijke doelen omvat. Uit de evaluatie bleek dat de doelen haalbaar zijn voor de doelgroep wat voor mij inhoudt dat ik aan deze kwaliteitscriteria heb voldaan. Daarnaast wilde ik graag dat de training per bijeenkomst uitgewerkt zou worden. Ook hier heb ik aan voldaan en werd er gezegd in de evaluatie dat de bijeenkomsten een duidelijke structuur hebben. Ik heb verschillende bijlagen ontwikkelt waar de huiswerkopdrachten op vermeld staan. Hier werd over gezegd dat deze duidelijk zijn door de voorbeelden die erop staan, maar dat er geen garantie is dat de cliënten deze opdrachten uit henzelf gaan doen. Hier ben ik het wel mee eens. Deze doelgroep is niet altijd gemotiveerd om deze opdrachten zelfstandig uit te voeren. Tot slot wilde ik graag dat mijn training duidelijk, overzichtelijk en begrijpelijk werd weergegeven. Hierin ben ik geslaagd aangezien er uit de evaluatie naar voren kwam dat de training goed te begrijpen is voor iedereen en een duidelijke structuur heeft.
Als verbeterpunten had ik verder dat er een extra bijeenkomst moet komen waarin alle sociale vaardigheden nog een keer behandeld worden als afsluiting. Dit vind ik een goede tip aangezien ik nu ook wel vind dat de training anders een beetje raar wordt afgesloten. Er moet ook een apart kopje komen voor de persoonlijk begeleiders zodat zij weten wat ze moeten doen als cliënten van hen de SoVa-training gaat volgen. Dit vind ik een goed punt aangezien de persoonlijk begeleiders dan meer bij de training betrokken raken. Daarbij moet zeker een stukje komen over het huiswerk hoe dat goed begeleid kan worden. Het is wellicht ook leuk om voor de cliënten een keer een presentatie te geven over de ontwikkelde SoVa-training. Ik vind dit wel een goed initiatief omdat ik normaal gesproken me bij zoiets richt op de persoonlijk begeleiders van de cliënten. Hierdoor kan een cliënt zelf aangeven of hij SoVa-training leuk zou vinden en de cliënten komen meteen met je in contact.

6.6 Conclusie

De conclusie is dat de SoVa-training er over het algemeen goed verzorgt uitziet. Er is een duidelijke structuur aanwezig waardoor de training voor zowel cliënten als voor de trainers en begeleiders goed te begrijpen valt. De combinatie van trainers, de dramatherapeut en psycholoog, hebben een meerwaarde voor de SoVa-training. De dramatherapeut wint namelijk sneller vertrouwen bij de cliënt, kan de cliënten goed begeleiden door zijn/haar spel ervaringen en maakt daardoor de training laagdrempelig. De psycholoog is goed ter ondersteuning van het proces na de bijeenkomsten, en zorgt voor een andere observatie tijdens de training. Doordat een psycholoog en een dramatherapeut op een andere manier observeren, kan dit goed samengevoegd worden. De persoonlijk begeleiders zullen wel meer ingelicht moeten worden over wat hun rol precies is zodra een cliënt van hen de SoVa-training gaat volgen. En de training zal op een juiste manier afgesloten moeten worden.

Deel 7: Aanbevelingen

Ik heb besloten om een extra kopje te maken voor begeleiders. Zo weten zij wat er van hen verwacht wordt als een cliënt SoVa-training gaat volgen. Daarbij heb ik een extra sessie toegevoegd die als afsluiting kan worden beschouwd. Hierin worden alle sociale vaardigheden nog een keer kort behandeld.
Verder heb ik de training gehouden zoals hij was aangezien ik hier positieve feedback op heb gekregen en ik er zelf tevreden over ben.
Ik kreeg daarnaast een goede tip om ook eens een presentatie te geven aan de cliënten over de SoVa-training. Hier had ik echter geen tijd meer voor aangezien ik al met cliënten was begonnen aan de SoVa-training. Dit is dus iets wat voor een volgende keer of een volgend iemand meegegeven kan worden. Het lijkt mij namelijk erg leerzaam om te zien hoe cliënten op zoiets reageren en of er cliënten zelf beslissen om deel te nemen aan de SoVa-training.
Tot slot moedig het aan om verder onderzoek te doen naar SoVa-training bij verstandelijk beperkten in de verslavingszorg. Aangezien deze training voor het eerst ontwikkeld is ben ik benieuwd wat het resultaat is op langdurig termijn.

Deel 8: Procesverslag

8.1 Fase 1 Oriëntatie en vooronderzoek

Ik ben in mijn derde jaar van de opleiding Creatieve Therapie Drama gaan stagelopen bij GGZ Altrecht afdeling de Kei. Ik ben hier in het vierde jaar alsnog blijven stagelopen aangezien ik er met veel plezier ben en het een leerzame plek is. Hier werd mij dit jaar gevraagd of ik een SoVa-training zou willen opzetten en deze ook zelf zou willen begeleiden. Dit leek mij erg leuk om te doen en heb hier dus ook ja op gezegd. Ik ging mij toen oriënteren op wat een SoVa-training precies inhoudt en welke elementen er in moeten zitten. Ik merkte toen snel bij mijzelf dat ik iets bij de trainingen mistte. Ik vond ze te globaal. Ik ben me daarom gaan richten op een SoVa-training die ik speciaal zou gaan richten op de doelgroep van de Kei, namelijk verstandelijk beperkten in de verslavingszorg. Toen ik dit voor mijzelf duidelijk had ben ik gaan kijken of dit al bestond en of breder inzetbaar is dan alleen op de Kei. Op dat moment kwam ik er voor mezelf achter dat ik eigenlijk al een beetje bezig was met het ontwikkelen van een praktijkproject. Daarom heb ik ervoor gekozen om dit door te zetten als een afstudeerproject. Ik heb in mijn vooronderzoek gekeken naar relevante producten. Hier kwam ik erachter dat er enkele SoVa-trainingen zijn die zich richten op een bepaalde doelgroep, maar niet op die van mij. Ik merkte aan mijzelf dat ik toen meer gedreven werd om dit product te ontwikkelen aangezien dit nog niet bestond. Daarbij wilde ik wel dat dramatherapie onderdeel zou worden van de SoVa-training. Ik heb daarom ook onderzoek gedaan of er SoVa-trainingen bestaan in combinatie met dramatherapie. Ook deze zijn schaars waardoor er voor mij veel nieuwe mogelijkheden lagen in het ontwikkelen van een SoVa-training.

Daarna ben ik op zoek gegaan naar literatuur die relevant is voor mijn product. Ik merkte dat ik het in het begin wel lastig vond waar ik moest beginnen met mijn literatuuronderzoek en begon daarom maar heel breed te zoeken. Hier ging het echter fout aangezien ik teveel literatuur had die ik moest verwerken. Daarom ben ik voor mezelf gaan kijken welke literatuur nu echt relevant was voor mijn SoVa-training. Daarom heb ik het onderverdeeld in drie gebieden, namelijk verstandelijk beperkten, de verslavingszorg en sociale vaardigheden. Hierbij had ik namelijk de kern van mijn product te pakken en kon ik deze verder onderzoeken door middel van literatuur. Ik merkte wel dat er over het ene onderwerp meer is te vinden dan over het ander. Sommige stukken van het literatuur kon ik gemakkelijk in verschillende boeken vinden, terwijl er over andere onderwerpen nog weinig is beschreven in de literatuur. Uiteindelijk heb ik wel bruikbare literatuur kunnen vinden die betrekking heeft op mijn product.

Ik heb deze fase als zeer leerzaam ervaren. De oriëntatie aangezien ik er voor mij al een kleine last van mijn schouders viel toen ik voor mezelf bedacht dat dit mijn afstudeerproject zou worden. Ik wist dit zeer op tijd dus hoefde me geen zorgen meer te maken over een onderwerp of product. Daarnaast vond ik het vooronderzoek zeer interessant. Ik heb hier veel meer geleerd over het vak dramatherapie binnen de verslavingszorg en hoe dit ingezet kan worden bij mensen met een verstandelijke beperking. Op dit gebied ben ik als beginnend dramatherapeut een beetje gegroeid.

Fase 2 Plan van aanpak

Voor het plan van aanpak ben ik naar verschillende dingen gaan kijken, zoals wie zijn mijn adresgroep en mijn evaluatiegroep. Ik wilde dit vroegtijdig weten zodat ik de desbetreffende personen en deskundigen op tijd op de hoogte kon stellen van presentaties en evaluaties. Doordat alle punten zo overzichtelijk in het plan van aanpak staan, was het voor mij ook makkelijker om het overzicht te houden. Daarnaast heeft het plan van aanpak mij geholpen met het ondersteunen van het maken van de SoVa-training. In het plan van aanpak staan namelijk belangrijke dingen vermeld, zoals het resultaat, zodat je daar naar kunt kijken bij het maken van de training.
Het plan van aanpak was voor mij een fijne methode om aan vast te houden. Ik had hierin voor mezelf al duidelijk een urenverantwoording gemaakt waardoor ik hier houvast aan had. Dit zorgde ervoor dat ik mijn praktijkproject had voorgestructureerd waardoor ik met veel rust ben begonnen aan mijn product.

Fase 3 Uitvoering

In deze fase is er veel gebeurd. Ik ben in deze fase begonnen met het ontwikkelen van mijn SoVa-training. Hier heb ik heel veel tijd in gestopt aangezien ik graag wilde dat mijn training goed zou aansluiten bij de doelgroep, maar tevens goed te begrijpen is al de SoVa-training door iemand anders gegeven wordt. Ik heb daarom voor mezelf een paar versies gemaakt van een bijeenkomst totdat ik vond dat het klopte. Ik ben toen met dit concept mijn SoVa-training gaan maken. Daarbij wilde ik graag huiswerkopdrachten maken zodat deze meegegeven kunnen worden aan de cliënten. Ook hierbij was het af en toe zoeken naar wat de juiste manier van noteren zou zijn zodat het laagdrempelig wordt. Ik heb daarom besloten om er altijd een voorbeeld bij te zetten waardoor cliënten weten op welke manier ze hun huiswerk in kunnen vullen. Daarnaast wilde ik graag videovoorbeelden maken over een goed en fout voorbeeld van de desbetreffende sociale vaardigheid. Ik merkte echter toen ik bezig was met het maken van de training dat dit niet haalbaar was qua tijd, maar ook wegens het gemak voor de trainers. Zodra de SoVa-training buiten de Kei gebruikt wordt, moeten andere afdelingen ook de video aanschaffen en altijd zorgen voor extra materiaal zoals een dvd-speler. Dit is niet altijd haalbaar. Daarom heb ik besloten dat de trainers samen het goede en het foute voorbeeld geven. Zo wordt de interactie verbeterd tussen cliënt en trainer en zal het voor de cliënten meer in het hier en nu voelen aangezien het voorbeeld voor hen gespeeld wordt. Door deze ontwikkelingen te doorlopen is mijn SoVa-training ontstaan zoals hij nu is.
Nadat mijn SoVa-training af was ben ik deze gaan presenteren aan mijn adresgroep. Ik heb deze presentatie met plezier gegeven en vond het niet zo spannend aangezien ik mijn adresgroep al goed ken. Daarnaast vond ik het erg prettig om de reacties te horen en feedback te krijgen. Bij mijn presentatie had ik gevraagd of de persoonlijk begeleiders wellicht een cliënt wisten die geschikt is voor SoVa-training. Hier zijn toen vier cliënten uit gekomen. Ik ben toen, samen met de psychologe Joyce Bais, de training gaan opzetten. Ik heb de training twee keer kunnen doen voordat ik mijn einddocumentatie moet inleveren, de training loopt echter nog steeds. Deze maak ik geheel af met de deelnemende cliënten.

Fase 4 Evaluatie

Ik heb, voordat ik begon met het starten van de SoVa-training, eerst geëvalueerd met drie deskundigen die in mijn evaluatiegroep zitten. Door met hen te overleggen en feedback te krijgen door middel van het evaluatieformulier, kon ik mijn SoVa-training aanpassen tot het gewenste resultaat. Ik merk dat ik het wel prettig vind om één op één met een deskundige samen te zitten. Op deze manier werd er even goed de tijd voor mij en mijn product genomen waardoor ik een fijne conversatie had met de deskundigen. Doordat ik dit ruim van te voren ingepland had was er ook voldoende de tijd om vragen en dergelijke te beantwoorden en om met elkaar in gesprek te gaan over de SoVa-training. Hierdoor kon ik met een fijn gevoel mijn SoVa-training aanpassen en het maken tot de SoVa-training waar ik erg trots op ben.

Nawoord

Bij deze heeft u mijn einddocumentatie kunnen lezen over mijn SoVa-training Druks met jezelf. Ik heb met veel plezier aan zowel het onderzoek als het maken van mijn product gewerkt.
Ik wil daarom alle mensen zeer bedanken die het voor mij mogelijk hebben gemaakt om dit groot praktijkproject te realiseren.
Ik ben zelf erg tevreden met het resultaat en hoop natuurlijk dat er in de toekomst iets gedaan zal worden met mijn aanbevelingen.

Nog een leuk weetje, waarom de naam Druks met jezelf?
Cliënten in deze doelgroep denken vaak alleen maar aan zichzelf waardoor er belangrijke sociale vaardigheden bij tekortschieten. Ze zijn dus ‘druk met zichzelf’ bezig. Daarnaast hebben ze allemaal een verslaving wat regelmatig drugs is.
Vandaar de woordspeling Druks met jezelf!

Bronnenlijst

Chesner, A. (1995). *Dramatherapy for People with Learning Disabilities: A World of Difference.* Londen: Jessica Kingsley Publishers

Cleven, G. (2004). *In scène. Dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Crimmens, P. (2006). *Dramatherapy and storymaking in special education.* London: Jessica Kingsley Publishers

Psy (2010). *Verslavingszorg biedt hulp aan verstandelijk gehandicapten.* Amersfoort: Psy

Smeijsters, H. (2003). *Handboek Creatieve Therapie.* Bussum: Coutinho

Taggart, L., McLaughlin, D., & Milligan, V. (et al). (2006). *An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. Journal of Intellectual Disability Research.* Norhem Ireland: Blackwell Publishing Ltd

Verstegen, R. & Lodewijks H.P.B. (2009). *Interactiewijzer: analyse en aanpak van interactieproblemen in professionele opvoedingssituaties.* Assen: Van Gorcum B.V.

Visscher, J. (2008). *Geef zwakbegaafde verslaafde aandacht.* Zwolle: Reformatorisch dagblad

Van de Wetering, B.J.M & Czyzewski, E.C.J.E. (2001). *Het is tijd voor een paradigmaverschuiving in de verslavingszorg*. Rotterdam: Bouman verslavingszorg

Windemuller, S. (1998). *Psychotherapie bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren.* Assen: Van Gorcum & Comp. B.V.

Windesheim (2008), *Een vergeten groep: verstandelijk beperkt en verslaafd.* Zwolle: persbericht

Van der Zee, S.A.M., van der Molen, H.T., & van der Beek, D.T. (1989). *Sociale vaardigheden voor zwakbegaafde jongeren: Praktijkboek Goldsteintraining.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Bijlagen

Bijlage 1:

Een vergeten groep: verstandelijk beperkt en verslaafd.

Persbericht, 5 februari 2008, Windesheim

Overmatig alcoholgebruik door jongeren heeft onze volle aandacht. We zijn doordrongen van de ernst van de situatie en kennen de schadelijke effecten van het gebruik. Het tegendeel geldt voor verslaving bij mensen met een lichte verstandelijke beperking, terwijl juist deze groep extra gevoelig voor middelen is en een geheel eigen aanpak vergt. Op donderdag 14 februari wijdt Christelijke Hogeschool Windesheim in Zwolle een congres aan deze 'vergeten' groep verslaafden. Een primeur is de presentatie van landelijke richtlijnen en aanbevelingen waarin de problemen voor het eerst in kaart zijn gebracht.

Alcoholgebruik door jongeren staat sterk in de belangstelling. Berichten over jonge tieners die met alcoholvergiftiging op de eerst hulp belanden en over Nederlandse jongeren als grote drinkers van Europa hebben het probleem stevig op de kaart gezet. We worden ons bewust van de schadelijke invloed van alcohol op de hersenen van opgroeiende kinderen. Ministers Klink, Rouvoet en Ter Horst hebben van het terugdringen van binge-drinken en zuipketen een speerpunt in hun beleid gemaakt. Een groep die daarbij weinig aandacht krijgt, zijn mensen met een lichte verstandelijke handicap.

Verstandelijke beperking
Nederland heeft bijna 60.000 mensen met een lichte verstandelijke beperking. Het zijn mensen van wie de intelligentie vergelijkbaar is met kinderen van 6 tot 12 jaar, die vaak net niet mee kunnen komen in het gewone onderwijs en in de maatschappij. Ze leren minder snel en hebben veel herhaling nodig. Ze kunnen zich moeilijk inleven in anderen en maken impulsief keuzes, vaak gericht op eigen behoeftenbevrediging, maar overzien gevolgen en hun eigen aandeel in een situatie niet.

Kwetsbaar en extra gevoelig
Door hun beperking zijn mensen met een licht verstandelijke handicap extra gevoelig voor het ontwikkelen van psychiatrische problemen en een verslaving. Jongeren gebruiken middelen om niet buitengesloten te worden en om met herinneringen aan trauma's om te gaan. Het gebruik zorgt eerder voor sociale problemen, verlast en delicten dan bij andere groepen. Doordat licht verstandelijk beperkte mensen pas in een laat stadium hulp zoeken, zijn de problemen meestal al fors. Van de mensen die ook psychiatrische problemen hebben, kampt een kwart met een drugsverslaving. Daarnaast neemt het middelengebruik toe.

Erkenning voor vergeten groep
Binnen de sectoren Zorg en Welzijn groeit het inzicht dat deze groep verslaafden tot nog toe verwaarloosd is. De programma's van verslavingszorginstellingen gaan uit van cliënten met een normaal IQ, terwijl zorginstellingen voor mensen met een beperking vaak onvoldoende oog hebben voor verslavingsproblemen. Ook het speciaal onderwijs weet onvoldoende hoe met middelengebruik van leerlingen om te gaan. De binnenkort te verschijnen landelijke richtlijnen vormen een belangrijke stap op weg naar erkenning van de problematiek en de ontwikkeling van speciaal op deze groep gerichte diagnoses en therapieën.

Bijlage 2:

Verslavingszorg biedt hulp aan verstandelijk gehandicapten

De Brabantse verslavingszorginstelling Novadic-Kentron ontwikkelt een behandeling voor licht verstandelijk gehandicapten. In Breda komt een kliniek voor deze doelgroep en samen met instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg heeft Novadic Kentron ambulante hulpteams opgezet.

Vanaf 2010 biedt Novadic-Kentron, in samenwerking met zes zorginstellingen voor verstandelijk gehandicapten, speciale hulpprogramma's aan om mensen met een licht verstandelijke handicap van hun verslaving af te helpen. Novadic-Kentron heeft daarvoor een convenant gesloten met de zes instellingen. In vier deelregio's van Noord-Brabant komen ambulante kernteams waarin hulpverleners van de verschillende zorginstellingen zitten. Ook komt er – in Breda - een aparte verslavingskliniek voor cliënten met een licht verstandelijke beperking. Het gaat in eerste instantie om zestien plaatsen die binnen de bestaande capaciteit worden gerealiseerd. De verwachting is dat de kliniek over een half jaar zijn deuren opent.

Toename
'We zien al een tijd een toenemende hulpvraag van mensen met een verstandelijke beperking', zegt Roel Hermanides, lid raad van bestuur van Novadic-Kentron. 'Dat deze groep cliënten meer en meer met verslavingsproblemen kampt, bleek ook al uit een onderzoek in gevangenissen. En verder geven ook de zorginstellingen voor verstandelijk gehandicapten aan dat hun cliënten vaker kampen met verslavingsproblemen.'

Dealers
Dat meer mensen met een lichte verstandelijke handicap met verslavingsproblemen te maken krijgen, komt deels doordat zij steeds meer buiten de muren van de instelling zijn gaan wonen. Dat geeft meer vrijheid om het leven zelfstandig in te richten, ook als het gaat om alcohol- en drugsgebruik. Daarbij komt dat verstandelijk gehandicapten eenvoudiger te beïnvloeden zijn door dealers.

Aangepast behandelprogramma
Het behandelprogramma wordt aangepast voor de doelgroep. 'Dat moeten we wel doen, omdat het tempo in de verslavingszorg eenvoudigweg te hoog is voor mensen met een verstandelijke beperking', zegt Hermanides. 'Bovendien zijn de hulpverleningsvormen vaak te ingewikkeld, omdat ze nogal eens tekstuele vaardigheden vragen. Daarom wordt in het aangepaste programma veel minder met tekst gewerkt en meer met symbolen. En het tempo van de behandeling wordt verlaagd. Via effectstudies gaan we vervolgens onderzoeken of onze opzet ook echt werkt.'
Volgens Novadic-Kentron is het voor het eerst in Nederland dat een instelling voor verslavingszorg met zoveel organisaties uit de gehandicaptenzorg bindende afspraken maakt over een beter zorgaanbod aan mensen met een verstandelijke beperking en verslavingsproblemen. (SvD)

Bijlage 3:

„Geef zwakbegaafde verslaafde aandacht”

13-02-2008 08:34 | J. Visscher

ZWOLLE - Het is de hoogste tijd dat hulpverleners meer aandacht besteden aan de groeiende groep zwakbegaafden met een verslaving. Dat stelt verplegingswetenschapper C. Loth. „Voor sommige mensen met een verstandelijke beperking is een strakkere aanpak nodig.”
In haar omgeving hoort ze alarmerende verhalen: mensen met een verstandelijke beperking die aan de drank raken of in de ban zijn van verdovende middelen. „Deze groep is zeer beïnvloedbaar”, zegt C. Loth, werkzaam voor Tactus Verslavingszorg, een instelling die actief is in Overijssel, Gelderland en Flevoland. Morgen is ze in Zwolle een van de sprekers op een congres over de „vergeten groep” van minderbegaafden die een verslavingsprobleem hebben of dreigen te krijgen.
De trend dat licht verstandelijk gehandicapten de afgelopen jaren steeds meer deelnemen in het ’gewone’ openbare leven, heeft ook vervelende gevolgen, stelt Loth vast. „Voorheen zat deze groep redelijk afgeschermd van de samenleving, in de tehuizen in de bossen. De afgelopen jaren is het beleid om deze mensen meer te laten participeren in de maatschappij. Dat betekent ook dat ze bijvoorbeeld binnen een groep hangjongeren in aanraking komen met alcohol en drugs. Zeker mensen met beperkte verstandelijke vermogens zijn zeer beïnvloedbaar. Hun drugsgebruik kan zeer snel leiden tot excessieve verslaving.”

De overheid bagatelliseert het probleem van verslaving onder mensen met een lichte verstandelijke handicap, stelt Loth. „Vorig jaar noemden de ministers Rouvoet van Jeugd en Gezin en Klink van Volksgezondheid in de Tweede Kamer cijfers die erop neerkomen dat maar een paar procent van de zwakbegaafde jeugdigen een verslavingsprobleem zou hebben. Naar mijn mening is het probleem fors groter. Uit een literatuurstudie leid ik af dat het eerder gaat om tientallen procenten.”

Hulpverleners hebben te weinig kennis van zaken om signalen van verslaving te herkennen, stelt Loth. „Bovendien kunnen en durven ze die problemen vaak niet bespreekbaar te maken.”

Hoe kan dat veranderen?

„Hulpverleners in gehandicaptenzorg en verslavingszorg moeten meer samenwerken. In de gehandicaptenzorg kan men bijvoorbeeld van medewerkers in de verslavingszorg leren hoe om te gaan met verslaafde jongeren. Allereerst is nodig dat hulpverleners die jongeren serieus nemen. Een zwakbegaafde is sociaal kwetsbaar, hij kan zich uitgestoten voelen en denken dat hij de zaken toch niet snapt. Als er signalen zijn van verslaving is het van belang dat hulpverleners dóórvragen. Als iemand naar alcohol ruikt, moet je je niet laten afschepen met ontwijkende antwoorden.

Vijfentwintig jaar ervaring in de verslavingszorg hebben me geleerd dat het van groot belang is om op hetzelfde niveau te praten als de cliënt. Zeker bij een minderbegaafde verslaafde moet je er rekening mee houden dat hij alles niet meteen snapt over bijvoorbeeld de gevaren van alcohol en drugs. Een cliënt zal niet gauw zeggen dat hij je niet begrijpt, uit angst om af te gaan. Dat gedrag moet je als hulpverlener leren doorzien. Leg daarom die gevaren van drugs en alcohol aan zo iemand meermalen uit, in begrijpelijke taal. Check of je verhaal is begrepen.”

Zijn hulpverleners in de gehandicaptenzorg huiverig om drugsgebruik onder cliënten te benoemen uit angst zelf verzeild te raken in het wereldje van de drugshandel?

„Dat zal wel meevallen, denk ik. Eerder is het zo dat ze bevreesd zijn voor de reactie van zwakbegaafde verslaafden. Die hebben namelijk ook vaak gedrags- of persoonlijkheidsstoornissen. Dat kan betekenen dat de verslaafden heel boos kunnen worden als je ze aanspreekt op hun gedrag. Hulpverleners zullen daar rekening mee moeten houden en de problemen ook met hun collega’s moeten bespreken.”

In Nederland staat het zelfbeschikkingsrecht hoog aangeschreven. Wreekt dat zich hier, nu blijkt dat een deel van de licht verstandelijk gehandicapten de grotere vrijheden niet aankan?

„Voor een grote groep zwakbegaafden is het goed dat ze meer zelfstandigheden hebben gekregen. We kunnen hen met een leefstijltraining vaak op het goede pad houden of brengen. We leren ze bijvoorbeeld nee te zeggen. Voor een kleinere groep is echter een strakkere aanpak nodig. Voor hen is het goed om wat betreft alcohol- en drugsgebruik duidelijke grenzen te stellen."

Bijlage 4:

Fiatteringcriteria Plan van aanpak	
Criteria voor de onderwerp, productbeschrijving en resultaten	
Onderwerp en probleemanalyse zijn in duidelijke bewoordingen geformuleerd	JA /
Er wordt verwezen naar een complete en realistische productbeschrijving	JA /
De resultaatbeschrijving is uitgewerkt d.m.v. een aantal concrete kwaliteitscriteria	JA /
Er wordt een eigen invalshoek naar voren gebracht	JA /
Er wordt een passende argumentatie gegeven voor de gemaakte keuzen	JA /
Criteria voor de inhoud van het praktijkproject:	
Het praktijkproject bestaat uit een synthese van delen uit de **drie** segmenten uit het opleidingsprofiel: behandelen van cliënten, werken in en vanuit een arbeidsomgeving, werken aan professionaliteit en professionalisering.	JA /
De relevantie vanuit beroepsmatig / maatschappelijk perspectief is duidelijk aangegeven. Het project bewerkt een herkenbaar aspect met betrekking tot het beroep / de competenties van creatief therapeut.	JA /
Het praktijkproject is ontwikkelingsgericht. De student bewerkt de vraagstelling op een manier die zowel voor de student als voor het werk een nieuwe stap betekent.	JA /
De verkenning van het onderwerp is zichtbaar aanwezig; d.w.z. dat nagegaan en vermeld is wat al eerder over dit onderwerp werd beschreven of anderszins uitgewerkt.	JA /
De documentatie van het onderwerp voor het praktijkproject is uitgewerkt door bronvermelding.	JA /
Criteria voor de doelgroep, adresgroep en evaluatiegroep:	
De doelgroep voor het project is duidelijk onderzocht, omschreven en relevant voor het beroep van creatief therapeut.	JA /
De beoogde evaluatiegroep voor het project is ter zake kundig	JA /
Het veld van belanghebbenden is bekend en in kaart gebracht	JA /
Er is een duidelijk omschreven en adequaat samengestelde adresgroep waarop de presentatie zich richt.	JA /
De communicatievorm van de presentatie is afgestemd op deze adresgroep en heldere verantwoording is daarvoor aanwezig.	JA /
Criteria voor Planmatigheid van uitvoering evaluatie en beoordeling	
Er is een duidelijk en volledig tijdschema opgesteld met fase-indeling, herkenbare mijlpalen en eindpunt; er is een realistische inschatting gemaakt van in te vullen studie-uren.	JA /
Er is een lijst van beoogde doelen voor het project benoemd waarop een beoordeling betrekking kan hebben.	JA /
Er is een lijst benoemd van concrete uit te voeren acties of inspanningen.	JA /
Er is een zinvolle opzet voor de evaluatieprocedure bedacht in dialoog met de evaluatiegroep en deze is uitvoerbaar. Met de leden van de evaluatiegroep is een planning gemaakt; d.w.z. er zijn duidelijke afspraken gemaakt en deze zijn schriftelijk vastgelegd.	JA /
Er zijn concrete voorstellen aanwezig over de wijze waarop het einddocument gestalte krijgt en aan de beoordelaar zal worden voorgelegd.	JA /

Bijlage 5:

Evaluatie formulier SoVa-training: Druks met jezelf.

Evaluatie met …

1. **Is deze SoVa-training gericht op de doelgroep?**

2. **Wat vind je van de sociale vaardigheden die aan bod komen?**

3. **Zijn de doelen van de SoVa-training haalbaar voor de doelgroep?**

4. **Wat vind je van het feit dat de SoVa-training begeleid wordt door een dramatherapeut in samenwerking met een psycholoog?**

5. **Wat denk je dat dramatherapie zal toevoegen aan deze SoVa-training?**

6. **Wat vind je van de verschillende bijeenkomsten?**

7. **Zijn de huiswerkopdrachten gericht op de doelgroep?**

8. **Zou er vraag zijn naar deze SoVa-training?**

9. **Verbeter punten van de Sova-training:**

10. **Sterke punten van de SoVa-training:**