

Inhoud

Deel I	ORIËNTATIE	15
1	Verstandelijk beperkt	17
	<i>Echte liefde</i>	17
1.1	Inleiding	18
1.2	Oorzaken van een verstandelijke beperking	19
1.3	Professionele zorg en ondersteuning	20
1.4	Wonen, onderwijs en werken	21
1.4.1	Wonen	21
1.4.2	Onderwijs	21
1.4.3	Dagbesteding en werken	22
1.5	Kwaliteit van leven, kwaliteit van bestaan	22
	<i>Ik heb de wind gehoord!</i>	22
1.6	Specifieke doelgroepen uitgelicht	23
1.6.1	Autisme	23
	<i>De juiste volgorde</i>	23
1.6.2	Syndroom van Down	26
1.6.3	Ernstig meervoudig beperkt (EMB)	26
1.6.4	Dementie	26
1.6.5	Moeilijk verstaanbaar gedrag	27
1.6.6	Zelfverwondend gedrag	28
1.6.7	Agressie	28
1.7	Verstandelijke ontwikkeling	29
1.8	Emotionele ontwikkeling	29
1.8.1	Sociaal-emotionele ontwikkeling: SEO	30
1.8.2	Sociaal-emotionele ontwikkeling: ESSEON	33
1.9	Ervaringsordening van Timmers-Huigens	33

2	De logopedist in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking	37
	<i>Blote voeten</i>	37
2.1	Inleiding	38
2.2	Het vak logopedie	38
2.3	Logopedie voor mensen met een verstandelijke beperking	38
2.4	Werkveld	39
2.4.1	Dagopvang voor kinderen	39
2.4.2	Speciaal onderwijs	39
2.4.3	Dagbesteding voor volwassenen	39
2.4.4	Woonvoorziening en 24-uurszorg	40
2.4.5	Logopedische praktijk	40
2.5	Positie van de logopedist	41
2.6	Standaarden NVLF	41
2.7	Kwaliteitskring	42
2.8	Registratie Kwaliteitsregister Paramedici	43

Deel II LOGOPEDIE IN DE ZORG VOOR MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING, DE VAKINHOUD 45

3	‘Communicatie op maat’ en Totale Communicatie	47
	<i>De vis is boos</i>	47
3.1	Inleiding	48
3.2	Communicatie	48
3.3	Taal en taalontwikkeling	50
3.4	‘Communicatie op maat’ en Totale Communicatie	50
3.5	Communicatievormen, communicatieniveaus en communicatiefuncties	51
3.5.1	Communicatievormen	52
3.5.2	Communicatieniveaus	52
3.5.3	Communicatiefuncties	54
3.6	Communicatieschema	55
4	Onderzoeksmethoden voor communicatie	57
	<i>Test? Hoezo test!</i>	57
4.1	Inleiding	58
4.2	ComVoor	58
4.3	Beginnende Communicatie	61
4.4	Communicatieprofiel Z	62

4.5	‘Eerst observeren, dan communiceren’	63
4.6	Reynell Test voor Taalbegrip en Schlichting voor Taalbegrip	69
4.7	Kleine Stapjes: receptieve taal en communicatie	70
4.8	Peabody Picture Vocabulary Test III-NL	71
4.9	Nederlandstalige Nonspeech Test (NNST)	72
4.10	Communicatieprofiel	74
4.10.1	Communicatieprofiel Oskam en Scheres	74
4.10.2	Communicatieprofiel Blokhuis en Van Kooten	75
5	Ondersteunde communicatie en hulpmiddelen	77
	<i>Mobiel horen</i>	77
5.1	Inleiding	77
5.2	Lichaamstaal	78
5.3	Voorwerpcommunicatie	78
5.3.1	Signaalvoorwerpen of gebruiksvoorwerpen	78
5.3.2	Verwijzers	81
5.4	Foto's	82
5.5	Tekeningen	84
5.6	Pictogrammen	84
5.7	Bliss-symbolen	86
5.8	Leesmethoden voor mensen met een verstandelijke beperking	86
5.8.1	Lezen moet je doen!	87
5.8.2	Kijken en kiezen	87
5.8.3	Pictoschrijver	87
5.8.4	Signaal lezen	88
5.8.5	Leespraat	88
5.9	Gebaren	88
5.9.1	Nederlands Met Gebaren (NMG)	89
5.9.2	Communiceren met gebaren	89
5.9.3	Gebarentraining	90
5.9.4	Voelgebaren/vierhandengebaren	92
5.9.5	Klankgebaren	92
5.10	Picture Exchange Communication System (PECS)	93
6	Behandelmethoden	95
	<i>Ik heb het druk!</i>	95
6.1	Inleiding	96
6.2	Video-interactiebegeleiding	96
6.3	Werken met videobeelden	97
6.4	Verstaanbaar maken	98

6.5	Methode-Vlaskamp	101
6.6	Methode-Heykoop: 'Anders kijken naar...'	101
6.7	Tactielstimulering	103
6.8	Basale stimulatie	104
6.9	Ervaar het maar	105
6.10	COCP-programma	106
6.11	Multisensory storytelling: voorlezen-plus	106
6.12	Kijk naar wat we zeggen	107
6.13	B ² : omgaan met autisme	107
6.14	Geef me de 5	108
6.15	Non-verbale werkvormen	109
7	Communicatiemiddelen en communicatieapparatuur	111
	<i>Zingen met een geleende stem</i>	<i>111</i>
7.1	Inleiding	112
7.2	Uitgangspunten en richtlijnen	112
7.2.1	Dagen van de week	112
7.2.2	Kleurcodering	113
7.3	Communicatiemiddelen zoeken	114
7.4	Een hulpmiddel kiezen	114
7.5	Inrichten van een hulpmiddel	114
7.6	Statische communicatiehulpmiddelen	115
7.6.1	Ja- en neesystemen	116
7.6.2	Doorkijkraam	116
7.6.3	Communicatiekast	116
7.6.4	Communicatiebord	117
7.6.5	Puzzelblokken en eenvoudige bevestigingsmogelijkheden	117
7.6.6	Aanwezigheidsbord	119
7.6.7	Corveetaken	119
7.6.8	Menu	120
7.6.9	Picto-agenda	120
7.6.10	Communicatieknoppen	121
7.6.11	Communicatieboek	121
7.6.12	Ring of keycord	121
7.6.13	Placemat	122
7.6.14	Boodschappenlijst	122
7.6.15	Letterkaarten	122
7.6.16	Speciale thema's	123
7.6.17	Diverse tips	124

7.7	Dynamische communicatiehulpmiddelen	125
7.7.1	Communicatieapparatuur	125
7.7.2	Computergebruik	126
7.7.3	Schakelaars en toetsenborden	126
7.7.4	Spraakherkenning	126
7.7.5	Software	127
7.7.6	Klokken, timetimers en Beeldhorloge	127
7.8	Zelf hulpmiddelen maken	128
7.8.1	Fotospelletjes en -materialen	128
7.8.2	Digitaal voorleesboek	128
7.8.3	Pictogrammenboekje	129
8	Voeding en voedingsproblematiek	131
	<i>Kijk eens hoe goed ik kan eten!</i>	131
8.1	Inleiding	132
8.2	Voeding	132
8.3	Slikken en slikproblematiek	133
8.4	Speekselverlies	134
8.5	Dysfagie	134
8.6	Reflux, rumineren en aspiratie	135
8.7	Onderzoek slikstoornissen	136
8.7.1	Signaleringslijst	137
8.7.2	Logopedisch onderzoek	139
8.7.3	Kinderneurorevalidatie	140
8.7.4	Dysphagia Disorder Survey (DDS) en Dysphagia Management Staging Scale (DMSS)	141
8.8	Valkuilen in de voeding	142
8.9	Behandeling van dysfagie	143
8.9.1	Houding	143
8.9.2	Samenstelling voeding	143
8.9.3	Mondmotoriek	144
8.9.4	Sensibiliteitstraining	144
8.9.5	Behandeling van speekselverlies	144
8.9.6	Eet- en drinkhulpmiddelen	144
8.9.7	Mondcontrole	145
8.10	Mondverzorging	146
8.11	Ideeën voor aangepaste voeding	146
8.11.1	Kookworkshop	147
8.11.2	‘Papilpret’ of FlavourFUN	147

8.12	Sondevoeding of voedingstoma	148
8.12.1	Neussonde	149
8.12.2	PEG-sonde	149
8.12.3	Andere vormen van sondevoeding	150
9	Gehoorproblematiek	151
	<i>Wat zeg je nou?</i>	151
9.1	Inleiding	152
9.2	Het oor	152
9.3	Slechthorendheid	154
9.4	Cochleair implantaat (CI)	156
9.5	Gehoorproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking	157
9.6	Onderzoek en observatie	158
9.6.1	Gehoorscreening	158
9.6.2	Audiologisch Centrum	160
9.6.3	KNO-onderzoek	162
9.7	Hoorrevalidatie	162
9.8	Hoortraining	163
9.9	Knelpunten	163
9.10	Oefeningen	164
10	Sensorische informatieverwerking	167
	<i>Gillen als het licht aangaat</i>	167
10.1	Inleiding	168
10.2	Sensorische informatieverwerking	168
10.3	Sensorische informatieverwerkingsstoornis	171
10.3.1	Sensorische modulatieproblemen	171
10.3.2	Sensorische discriminatieproblemen	172
10.3.3	Sensomotorische problemen	172
10.4	Sensorische informatieverwerking en autisme	173
10.5	Oorzaken	173
10.6	Diagnostiek	174
10.6.1	Vragenlijst sensomotorische anamnese voor ouders van jonge kinderen	174
10.6.2	Sensory Profile	177
10.6.3	Sensory Profile Checklist (SPRC)	177
10.6.4	Video-observaties	178
10.7	Sensorische informatieverwerking en logopedie	178

11	Voorlichting en scholing	181
	Inleiding	181
11.1	Voorlichting geven en presenteren	181
11.2	Manieren van leren	185
11.2.1	Leerstijlen van Kolb	185
11.3	Scholing geven	186
11.3.2	Cursus	189
11.3.3	Project	192
11.4	Stagebegeleiding	196
11.5	Coachen	196
11.6	Voorbeelden en tips	196
11.6.1	Methode Brainstorm	197
11.6.2	Kernkwadrant	197
11.6.3	Cirkel van 8	199
DEEL III CASUÏSTIEK		201
12	Casuïstiek	203
12.1	Inleiding	203
12.2	Casus Jaap: video-interactiebegeleiding	203
12.3	Casus Lydia: hoortraining	210
	<i>Vergeten</i>	210
12.4	Casus Ingrid: methode-Vlaskamp	216
13.5	Casus Harold: DDS-analyse voedingsproblematiek	224
12.6	Casus Rosanne: voorwerpcommunicatie en gebarentraining	228
Bijlage 1	Websites	237
Literatuur		239

1 Verstandelijk beperkt

Echte liefde

Elke donderdagmiddag komt hij bij me: Bert, een man van 45 jaar. Een man ook met een verstandelijke beperking door het Syndroom van Down. Bert kan wel praten, maar is heel moeilijk te verstaan en heeft een forse gehoorbeperking, en dat levert hem in zijn contacten beperkingen op.

In het begin kwam hij vaak wat morrend binnen, maar sinds kort heeft hij elke keer een grote, doch enigszins verlegen smile op zijn gezicht. Als ik Bert mag omschrijven, dan zou ik hem typeren als een geboren verleider, iemand die heel goed het spel van de non-verbale communicatie beheerst. Iemand die intens kan genieten van muziek, van dieren, van samen beleven. Maar ook iemand met een heel sterk gevoel voor zelfbescherming. Als het goed voelt, dan is het ook goed, maar zodra hij zich onveilig voelt is hij niet meer te benaderen, glipt hij als het ware tussen je vingers door... Het is dus zoeken naar de ingang.

Bert komt vanmiddag ook weer bij me langs. Ik vraag hem wat hij wil gaan doen: tekenen, een spelletje of foto's kijken. En keurig netjes, zoals ik hem dat geleerd heb, vertelt hij me in gebaren wat hij wil: de foto's. En terwijl we kijken naar de foto's en er samen over praten, verandert de sfeer een beetje. De ingang waar ik naar zocht lijkt gevonden. Bert voelt zich veilig en vertrouwd. Ik merk hoe goed Bert eigenlijk kan communiceren. Zijn gezichtsuitdrukking, de glimlach, de sprankeling in zijn ogen, het hoofd wat scheef, een voorzichtige aanraking aan mijn hand... werkelijk prachtig om te zien! Als je bedenkt dat hij een ontwikkelingsniveau van een 3 jarige heeft... Gevoelens, die o zo menselijke gevoelens, zijn er dus tóch! En het spel gaat dan ook als vanzelf. Dat zijn voor mij van die momenten dat ik heel erg geniet. Het contact, het samenspel en de (intermenselijke) liefde. Ik klink wellicht als een romantische tuttenbel – dat ben ik misschien ook wel –, maar voor mij is het weer eens zo'n moment dat ik wars ben van alle druk die er van buitenaf op me gelegd wordt (of die ik op me laat leggen) van dit moet en dat moet. Druk is wat je zelf verkiest, geen kwestie van moeten, maar kiezen. Op een dag als vandaag kies ik voor ruimte en voor het genieten van iemand als Bert.

1.1 Inleiding

Als logopedist kun je terecht in diverse werkvelden. Een van die werkvelden is de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Voor je daarin aan de slag gaat is het goed om wat meer over deze speciale doelgroep te weten te komen.

Mensen met een verstandelijke beperking hebben in de loop der tijd veel verschillende benamingen gehad. De meest bekende zijn ‘zwakzinnig’, ‘achterlijk’, ‘mentaal geretardeerd’ en ‘geestelijk gehandicapt’. Deze terminologie geeft weer hoe naar deze mensen gekeken is door de jaren heen (Van Gennip, 1983). Naar schatting zijn er in Nederland ongeveer 120 000 mensen met een verstandelijke beperking (Beltman 2001), waarvan ongeveer 8700 met ernstige motorische en verstandelijke beperkingen. En ruim 60 000 van deze mensen maken gebruik van verblijfsvoorzieningen (VWS).

Op dit moment worden de benamingen ‘mensen met een verstandelijke beperking’, of ‘mensen met een verstandelijke handicap’ het meest gebruikt. Een veelgebruikte definitie van een verstandelijke handicap is die van de American Association on Intellectual and Developmental Disorders (AAIDD), voorheen AAMR. Deze luidt vertaald in het Nederlands (W.H.E. Buntinx, 2003):

18

Een verstandelijke handicap verwijst naar functioneringsproblemen die worden gekenmerkt door significante beperkingen in zowel het intellectuele functioneren als in het adaptieve gedrag zoals dat tot uitdrukking komt in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. De functioneringsproblemen ontstaan vóór de leeftijd van achttien jaar.

Daarnaast wordt veel gebruikgemaakt van het classificatiesysteem DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), een Amerikaans handboek voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen. In de DSM-IV wordt onderscheid gemaakt naar de mate van verstandelijke beperking. Deze classificering is alleen gebaseerd op het intellectueel functioneren (American Psychiatric Association, 2007):

- lichte verstandelijke beperking: IQ 55-75;
- matige verstandelijke beperking: IQ 35-55;
- ernstige verstandelijke beperking: IQ 20-35;
- zeer ernstige verstandelijke beperking: IQ lager dan 20.

Het Nationaal Kompas Volksgezondheid hanteert zowel de DSM-VI-classificering als de AAIDD. De verwachting is echter dat in de toekomst meer naar de zorgbehoefte van de individuele cliënt gekeken zal worden dan naar diens

stoornis en beperking. Uitgangspunt is het creëren van een zo normaal mogelijke leefomgeving.

De diagnose ofwel het vaststellen van een verstandelijke beperking gebeurt in de regel door een GZ-psycholoog, aan de hand van objectiverende en subjectieve diagnostiek. Veelgebruikte tests voor ontwikkelings- of intelligentieonderzoek zijn de DOS, de BOS 2-30, de WPPSI, de WISC-R, de WAIS en de Son 2 1/2 -7 en Son 5 1/2 -7.

De subjectieve diagnostiek is meer gericht op het sociale functioneren van mensen. Hiervoor wordt bijvoorbeeld gebruikgemaakt van de schalen voor sociale redzaamheid: KID-N, SRK, SRZ en de Nederlandstalige Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS).

1.2 Oorzaken van een verstandelijke beperking

Een verstandelijke beperking kan voor, tijdens of na de geboorte ontstaan. Meestal is de oorzaak wel te achterhalen, maar nog altijd is in 20 procent van de gevallen geen oorzaak aan te tonen. Voor de geboorte kunnen zich al problemen voordoen in de ontwikkeling van de foetus. In de eerste drie maanden van de zwangerschap kunnen infectieziekten zoals rubella (rode hond) of toxoplasmose (parasiet) ernstige gevolgen hebben voor het ongeboren kind. Een gevolg kan zijn dat er een verstandelijke beperking optreedt in combinatie met oogafwijkingen, gehoorstoornissen of hartafwijkingen. Ook zaken als medicijngebruik en radioactieve straling kunnen dergelijke gevolgen hebben. In een aantal gevallen is een defect in de chromosomen de oorzaak van de verstandelijke beperking.

Chromosomen zijn kleine stukjes eiwit in de kern van elke cel in het lichaam. Hierin ligt een bepaalde code opgeslagen, DNA genaamd. In het DNA zijn alle erfelijke eigenschappen vastgelegd in chromosomen. Iedereen heeft 46 chromosomen, die gezamenlijk 23 paren vormen. Bij de bevruchting komen de chromosomenparen van de vader en de moeder samen. Op grond van grootte heeft elk chromosomenpaar een apart nummer gekregen: 1 tot en met 23.

Ieder mens heeft in zijn erfelijkheidsmateriaal wel enkele kleine foutjes, maar dit leidt zelden tot een erfelijke aandoening. In de regel worden dergelijke foutjes namelijk gecompenseerd door een sterkere, goede eigenschap van de chromosomen van de andere ouder. Dan is sprake van een *recessief erfelijke afwijking* genoemd. In enkele gevallen is de fout zo groot dat deze niet gecompenseerd kan worden door de goede eigenschap van de andere ouder. Dan is sprake van een *dominante erfelijke afwijking* en zal het kind een erfelijke aandoening krijgen.

Ook tijdens de geboorte kunnen problemen ontstaan die leiden tot een verstandelijke beperking. Er kan sprake zijn van zuurstofgebrek door bijvoorbeeld een afknelling van de navelstreng, een verkeerde ligging van het kind of een langdurige bevalling. Ook een hersenbloeding of een hartstilstand kunnen tot beschadigingen leiden.

Na de geboorte kunnen problemen als geelzucht, kinderziektes, hersenvliesontsteking, vergiftiging, een ongeluk of *near drowning* (bijna-verdrinking) tot een verstandelijke beperking leiden. In deze gevallen spreekt men van niet-aangeboren hersenletsel (NAH).

In het volgende overzicht is te zien welke oorzaken in welke percentages voorkomen (Braam, 2007):

- chromosoomafwijkingen (bijvoorbeeld Syndroom van Down): 15-20 procent;
- DNA-afwijkingen (bijvoorbeeld Prader Willisyndroom): 15-20 procent;
- overige ontwikkelingsstoornissen vóór de geboorte: 10 procent;
- ziekten moeder tijdens zwangerschap: 10 procent;
- problemen rondom de geboorte: 10-15 procent;
- infecties eerste levensjaren (bijvoorbeeld hersenvliesontsteking): 5-10 procent;
- ongevallen eerste levensjaren: 2 procent;
- oorzaak onbekend: 20 procent.

1.3 Professionele zorg en ondersteuning

Mensen met een verstandelijke beperking zijn in hun dagelijks leven aangewezen op zorg en ondersteuning. Om gebruik te kunnen maken van professionele zorg en ondersteuning is een indicatie nodig, die wordt gegeven door het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). Afhankelijk van de individuele behoefte aan zorg en ondersteuning kan een zorgaanbieder gekozen worden. Deze werkt in de regel met zorgpakketten, die kunnen variëren van ‘recht op enige begeleiding’ tot volledige verzorging.

Binnen de zorginstelling krijgt iedere cliënt een zorgcoördinator aangewezen. Deze is het aanspreekpunt voor zowel de wettelijk vertegenwoordiger en de familie van de cliënt als voor het team van begeleiders binnen de instelling. De zorgcoördinator schrijft voor de cliënt een ondersteuningsplan, ook wel een handelingsplan of een zorgplan genoemd. In dit plan is een persoonsbeeld van de cliënt opgenomen en wordt een vertaling gemaakt van de zorgbehoeften naar praktisch handelen in de dagelijkse begeleiding van de cliënt. Daartoe

wordt in veel gevallen het zogenaamde niveaudenken bepaald, de mate van de verstandelijke beperking uitgedrukt in ontwikkelingsleeftijd. Dit kan helpen om de begeleiding beter af te stemmen op de cliënt (Vugts-de Groot, 2009). Het ondersteuningsplan geeft ook weer waar de cliënt in de toekomst zou willen wonen en onderwijs of werk/dagbesteding zou willen krijgen.

1.4 Wonen, onderwijs en werken

In Nederland zijn er diverse vormen van zorgaanbod voor wonen, onderwijs, dagbesteding en werken voor mensen met een verstandelijke beperking.

1.4.1 Wonen

Er zijn verschillende vormen van woonbegeleiding mogelijk voor mensen met een verstandelijke beperking. Welke vorm het meest geschikt is wordt bepaald door de mogelijkheden, de beperkingen en de indicatie van de cliënt. Mensen met een verstandelijke beperking kunnen begeleid zelfstandig wonen, wonen in een woonvoorziening en wonen met intensieve verzorging en/of begeleiding en praktische thuiszorg. Ook zijn er mogelijkheden om in deeltijd in een woonvoorziening te wonen of van weekendopvang gebruik te maken.

21

1.4.2 Onderwijs

In Nederland heeft ieder kind recht op onderwijs. Kinderen met een verstandelijke beperking hebben meerdere mogelijkheden om onderwijs te volgen. Zo kan een kind deelnemen aan het normale basisonderwijs en daarbij extra begeleiding en ondersteuning aanvragen. Ook zijn er onderwijsvormen speciaal voor kinderen met een verstandelijke beperking: scholen voor moeilijk en zeer moeilijk lerende kinderen. Voor dergelijk onderwijs is een indicatie noodzakelijk. In het speciaal onderwijs wordt een clusterindeling gehanteerd.

Cluster 1	Verstandelijke beperking en visusbeperking
Cluster 2	Verstandelijke beperking en auditieve beperking
Cluster 3	Verstandelijke beperking
Cluster 4	Verstandelijke beperking en psychiatrische stoornis

1.4.3 *Dagbesteding en werken*

Voor kinderen met een verstandelijke beperking die niet naar school kunnen of volwassenen die geen reguliere baan kunnen hebben is dagbesteding een mogelijkheid om de dag zo zinvol mogelijk in te vullen. Er zijn speciale voorzieningen die meestal in groepsverband dagbesteding aanbieden, aangepast op de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënt. Er zijn veel verschillende vormen van dagbesteding. Zo zijn er arbeidsmatige activiteiten, maar ook activiteiten gericht op zintuiglijke ervaring, beweging en sociale vorming. Sommige cliënten kunnen betaald of onbetaald werk verrichten. Indien nodig kan een cliënt begeleiding krijgen bij het zoeken naar een baan of bij het uitvoeren van zijn werkzaamheden worden begeleid door een jobcoach.

1.5 *Kwaliteit van leven, kwaliteit van bestaan*

Ik heb de wind gehoord!

Vandaag is een legendarische dag. Na bijna drie jaren van overleg, onderzoek, wenen aan het idee en de bevestiging van dat het werkelijk zo is... komt hij vol trots mijn kantoor binnen. Met zijn jas nog aan en nauwelijks nog de drempel over klinkt het: Zie je niks aan mij? En ja hoor, hij draagt ze, vol trots: hoortoestellen!

Joost is een man van bijna vijftig jaar. Hij heeft het syndroom van Down en last van allerlei kleine lichamelijke ongemakken. Hij draagt een bril, zijn eigen gebit is vervangen door een prothese en hij maakt in verband met motorische problemen gebruik van een aangepaste fiets. En nu heeft hij dus, omdat hij slechthorend is, een hoortoestel.

We gaan zitten en Joost vertelt. Natuurlijk heeft hij wat klachten te melden over kriebels in zijn oor en dat het piept! Zo is Joost nu eenmaal. En ook vertelt hij over de angst dat anderen hem zullen uitlachen, met zo'n ding aan zijn oor. Allemaal zaken om erg serieus te nemen, want Joost is erg gevoelig, kwetsbaar en ijdel. Hij moet vaak voor zichzelf drempels nemen en overwinnen, en daarom duurt alles bij Joost wat langer.

Maar Joost vertelt me ook wat hij allemaal gehoord heeft sinds hij een hoortoestel draagt. En terwijl hij praat, glundert hij van blijdschap. Zo heeft hij de telefoon horen rinkelen, sleutels horen vallen en de piep gehoord van een achteruit rijdende vrachtwagen. Hij vertelt me dat hij het geluid van de gordijnen kan horen bij het openschuiven. En hij heeft gehoord dat regen geluid maakt! Maar het mooiste vond ik toch wel dat hij vertelde dat hij de wind heeft gehoord.

Het is de moeite waard geweest, bedenk ik me, om Joost over de drempel geholpen te hebben. Zijn leven wordt weer verrijkt door geluid.

Mijn werkdag zit erop. Ik trek mijn jas aan en loop naar buiten. Het is koud en het waait stevig. Ik denk even aan Joost en luister... ook ik hoor de wind!

Naast een behoefte aan zorg heeft ieder mens ook wensen en verlangens om zo prettig mogelijk de dag door te gaan. Een fijne woonomgeving, een goede gezondheid, emotioneel welzijn, persoonlijke ontwikkeling, keuzevrijheid, geaccepteerd worden: zomaar wat termen die door ieder mens als belangrijk ervaren worden. Wanneer je in meer of mindere mate afhankelijk bent van anderen komen deze verlangens nog wel eens in het gedrang. Zeker wanneer je niet zo goed in staat bent voor jezelf op te komen. Daarom is in 2000 een onderzoek gestart naar de principes die ten grondslag liggen aan het denken over de kwaliteit van leven en de kwaliteit van bestaan (IASSID, 2000). Uit dit onderzoek blijkt dat dezelfde factoren en relaties evenredig belangrijk zijn voor mensen met en mensen zonder handicap. Kwaliteit van leven en kwaliteit van bestaan omvatten zowel subjectieve als objectieve aspecten, waarbij de ervaring van het individu en diens persoonlijke behoefte, keuzes, ontwikkel-mogelijkheden en controle over het eigen leven bepalend zijn. Als logopedist kom je in de meeste gevallen juist op dit gebied van ondersteuningsbehoefte terecht. Je zoekt de mogelijkheden van je cliënt om zijn eigen levenswensen kenbaar te maken. En dat kan soms een hele puzzel zijn!

1.6 Specifieke doelgroepen uitgelicht

Als logopedist werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking krijg je te maken met zeer diverse stoornissen, beperkingen en handicaps. Er is een aantal doelgroepen waarvoor de ondersteuning van de logopedist veelvuldig gevraagd wordt.

1.6.1 Autisme

De juiste volgorde

's Morgens als ik van huis vertrek heb ik van die vaste patronen. Zo doe ik eerst mijn schoenen aan, nog voordat ik mijn tanden poets. Ik pak op weg naar de kapstok mijn autosleutels en trek vervolgens mijn jas aan, doe een sjaal om en neem als het erg koud is mijn handschoenen mee. Dan pak ik mijn tas, doe het licht uit, draai de thermostaat op 16 graden, trek alle deuren achter me dicht en ga op weg. Alles in de juiste volgorde.

Vanmorgen kwam Hanna bij mij voor een gesprekje, zoals we dat noemen. Hanna is een vrolijke dame van in de veertig. Ze heeft het Syndroom van Down en een vorm van autisme. We hadden het gezellig en praatten over een tijdschrift en de mooie foto's die daarin te zien zijn. Tegen elf uur was het tijd om te stoppen. Hanna kan een beetje klokkijken, en houdt de tijd zelf in de gaten. Eerst moeten we alle materialen die we gebruikt hebben netjes opruimen. Pas dan kan de jas aan. Maar Hanna heeft zo haar eigen juiste volgorde zie ik, als ik haar eens even aanschouw. Ze begint met het aantrekken van de lekkere dikke skihandschoenen. Vervolgens moet haar muts op, die vrij ruim is en een beetje over haar bril en ogen valt. Dan moet de winterjas aan. Een hele klus, lijkt mij, om de dik behandschoende armen door de mouwen te krijgen. Maar het lukt! Vervolgens moet de rits dicht. En tja... krijg dat maar eens voor elkaar met handschoenen aan. Een minuut of vijf is ze toch wel bezig, intussen in de gaten houdend of ik geen dingen doe die haar rituelen in de war brengen. En wanneer de rits dan eindelijk dicht is en ik mijn best doe om niet in lachen uit te barsten, zegt ze met een triomfantelijke blik in de ogen: Zie je wel dat het zo wel kan? Ja, Hanna, ik zie het. De juiste volgorde bepaal je gewoon lekker zelf.

Over autisme is heel erg veel geschreven en gepubliceerd, ook door mensen die zelf autisme hebben. Een van de meest opvallende verhalen vind ik dat van Birger Sellin, een jonge man die op zijn zeventiende begon te schrijven over zijn autisme.

24

weer een uitbarsting...
beslist als zeshondervoudige versterking na gelazer door de training
het is een uitdrukking van angstidiotie
flauwekul dat er prikkels zijn
maar rust als reactie ziet me sneller rustiger worden
gedurig angst hebben gaat niet
daarom breekt de angst los
alsof een uitbarsting als overdruk wordt afgeleverd
(Sellin, 1995).

Autisme is een pervasieve ontwikkelingsstoornis die zich al vanaf de geboorte manifesteert. De ontwikkeling van kinderen met autisme verloopt anders dan die van normale kinderen. Als er naast autisme ook sprake van een verstandelijke beperking is, verloopt de ontwikkeling niet alleen anders, maar ook vertraagd. Kenmerkend voor autisme is een andere denkstijl, die leidt tot verschillen op het gebied van communicatie, sociale vaardigheden en verbeelding (Serruys, 2005). Het is heel aannemelijk dat de rol van context bij

informatieverwerking door de hersenen bij mensen met autisme verstoord is (Vermeulen, 2009). Het gebruikmaken van de context verloopt grotendeels onbewust en is niet aan te leren. Het is een razendsnel handelen van de hersenen en in de meeste gevallen weet je pas achteraf dat je gebruik hebt gemaakt van context. Vermeulen geeft in zijn boek dit voorbeeld van contextblindheid:

‘Tijdens een kennismakingsgesprek op een diagnostisch centrum be vraagt de psycholoog de levenssituatie van een vrouw met vermoeden van autisme. Op de vraag of ze werk heeft, antwoordt de vrouw dat ze afwisselend thuis blijft en vrijwilligerswerk doet. Daarop vraagt de psycholoog: “En wat doet u momenteel?”. De vrouw antwoordt: “Een gesprek met u” (Vermeulen, 2009).

Iedereen maakt wel eens mee dat de situatie anders verloopt dan vooraf gedacht werd. Het verschil tussen ‘normaal’ en contextblindheid zit hem voornamelijk in het niet meteen herkennen van de situatie of terug kunnen vallen op eerder opgedane ervaringen. Ook is bij mensen met autisme is het vermogen tot het ad hoc en zelfstandig verzinnen van een oplossing vaak minder goed ontwikkeld. Het volgende voorbeeld illustreert deze contextblindheid bij een cliënt met autisme en een verstandelijke beperking:

Jan is autistisch en heeft het Syndroom van Down. Hij heeft een elektrische fiets waarmee hij zelfstandig naar zijn werk fietst. Helaas vertoont de fiets vaak gebreken, die in de regel vrij vlot verholpen kunnen worden. Jan weet best wel dat zijn fiets vaak gebreken heeft. Maar het lijkt wel of hij dat niet kan onthouden! Telkens weer raakt hij erg gestrest en wordt boos. En dan is hij weer bang dat hij niet op tijd op zijn werk zal zijn. Jan herkent de situatie pas wanneer zijn begeleiders op het zogenaamde “contextknopje” drukken. Zij vertellen hem dat de fiets stuk is en vandaag nog gemaakt wordt, en dat Jan naar zijn werk gebracht wordt. Dan wijzen ze hem op het feit dat het altijd zo gaat. Jan reageert met een “O, ja, het komt goed,” en de stress is verdwenen.

Als logopedist in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking krijg je voornamelijk te maken met problemen die zich voordoen in de communicatie en interactie. Mensen met autisme hebben vaak moeite met het spontaan gebruiken en begrijpen van communicatiefuncties. Communicatieondersteuning is vaak noodzakelijk en het is de kunst om de meest passende vorm te vinden.

1.6.2 Syndroom van Down

Onder de mensen met een verstandelijke beperking is de groep cliënten met het Syndroom van Down misschien wel de meest herkenbare. Het Syndroom van Down is een aangeboren afwijking, veroorzaakt door het erfelijk materiaal van chromosoom 21. Dit chromosoom komt bij het Syndroom van Down in drievoud voor in plaats van in tweevoud (Trisomie 21). Jaarlijks worden er ongeveer 245 kinderen met het Syndroom van Down geboren. Zij zijn te herkennen aan de uiterlijke kenmerken van het syndroom, en ongeveer de helft van hen heeft een hartafwijking, die vaak operatief te verhelpen valt. De ontwikkeling verloopt altijd vertraagd, maar er is sterke variatie in de mogelijkheden en beperkingen. Een veel gevolgd stimuleringsprogramma voor kinderen met het Syndroom van Down is het zogenoemde *Early Intervention Program*. Op het gebied van spraak- en taalontwikkeling, gehoor, voeding en communicatie kent deze doelgroep nogal wat problemen. De ondersteuning, begeleiding en behandeling van een logopedist zijn dan ook vaak gewenst.

1.6.3 Ernstig meervoudig beperkt (EMB)

26

Nederland telt ongeveer 8700 mensen met een ernstige meervoudige (lichamelijke en verstandelijke) beperking. Bij deze groep is bovendien dikwijls sprake van een verhoogde kans op ziekte en van bijkomende stoornissen zoals epilepsie, zintuigstoornissen, motorische problemen, afwijkend gedrag en problemen met prikkelverwerking. De logopedist kan deze groep cliënten op uiteenlopende gebieden ondersteuning bieden, bijvoorbeeld bij problemen met de voeding en bij de communicatie.

1.6.4 Dementie

Dementie is een zich steeds vaker manifesterend ziektebeeld in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Dit komt enerzijds omdat mensen met een verstandelijke beperking in het algemeen steeds ouder worden, maar ook doordat in een aantal gevallen het verouderingsproces eerder in werking treedt.

Er zijn onderzoeksmethoden ontwikkeld om dementie en de mate daarvan vast te stellen bij mensen met een verstandelijke beperking. Eén daarvan is de DSVH (Dementieschaal voor mensen met een verstandelijke handicap). Doordat mensen met een verstandelijke beperking zich anders en beperkter

ontwikkelen is het soms lastig om goed te beoordelen of er sprake is van dementie. De resultaten van de DSHV geven inzicht in het onderscheid tussen de ontwikkelingsachterstand ten gevolge van de verstandelijke beperking en de achteruitgang op latere leeftijd door dementie. De schaal brengt in kaart in welk stadium de dementie zich bevindt en kan inzicht bieden in snelheid waarmee zich de dementie ontwikkelt. Kenmerken van dementie bij mensen met een verstandelijke beperking zijn een vertraagd of verminderd activiteitenritme, verminderde interesse, sufheid, achteruitgang in zelfstandig aan- en uitkleden en verzorging, toenemende communicatieproblemen, oriëntatieproblemen en problemen met de voeding.

Een andere methode is de DSDS (*Dementia Scale for Down Syndrome*), een gedragsbeoordelingsschaal die dient als hulpmiddel bij de diagnostiek van dementie bij volwassenen met een verstandelijke handicap. De DSDS is specifiek ontwikkeld voor mensen met het Syndroom van Down, maar blijkt ook geschikt voor afname bij alle vormen van verstandelijke handicaps en is zo opgesteld dat subtiele veranderingen al vanaf het begin van de dementie op betrouwbare en valide wijze in kaart kunnen worden gebracht. Bij dementerende cliënten met een verstandelijke handicap is het van groot belang de begeleiding in een zo vroeg mogelijk stadium aan te passen aan hun niveau van functioneren. Juiste begeleiding van deze cliënten kan een positieve invloed hebben op hun kwaliteit van leven.

27

Een veelgebruikte begeleidingsmethode voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie is de methode-Urlings. Deze methode is vraaggestuurd en sluit aan bij de (wisselende) behoeften, belevingen en wensen van de cliënt. Een andere ondersteuningmethode is Validation, waarin empathische communicatie en het bevestigen van de belevingswereld van de cliënt centraal staan.

De logopedist kan deze groep cliënten op uiteenlopende gebieden ondersteuning bieden, zoals communicatie en voeding.

1.6.5 Moeilijk verstaanbaar gedrag

Een regelmatig voorkomend probleem in de begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking is moeilijk verstaanbaar gedrag, gedrag dat schadelijk kan zijn voor de cliënt zelf of voor zijn omgeving. Serruys (2005) stelt dat het kernprobleem van moeilijk verstaanbaar gedrag ligt in het feit dat normen en regels gebonden zijn aan een dynamische sociale context die onmogelijk begrepen kan worden door de cliënten. Vaak vindt overschatting

van de vaardigheden plaats. In enkele gevallen is moeilijk verstaanbaar gedrag een reactie op lichamelijke klachten.

Moeilijk verstaanbaar gedrag kan gericht zijn op zichzelf of op de omgeving. Een behandelmethode voor cliënten met ernstige gedragsproblemen is Triple C, gebaseerd op de gedachte dat het probleemgedrag van de cliënt zal afnemen door de vergroting van zijn competenties. Triple C is een relationeel en competentie-model waarin drie C's centraal staan: cliënt, coach en competenties.

1.6.6 Zelfverwondend gedrag

Zelfverwonding komt relatief veel voor bij mensen met een verstandelijk beperking en kan ernstige vormen aannemen en leiden tot blijvend letsel. Voorbeelden van zelfverwonding zijn zichzelf slaan, bijten, krabben, in de ogen prikken, bonken en wrikken met ledematen. Maar ook rumineren (uit de maag en slokdarm ophalen van voedsel of braken) kan hieronder vallen.

Vrijwel altijd is zelfverwondend gedrag een vorm van communicatie, een manier om onbehagen uit te drukken of een instrument om een reactie uit te lokken. Het kan een uitdrukking zijn van pijn of van angst, of een reactie op overprikkeling, overvraging of juist verveling.

Pasklare antwoorden voor een gedragsregulerende behandeling zijn er niet altijd. Vaak wordt in multidisciplinair verband gewerkt met video-observatie om het gedrag nader te bestuderen en een behandelstrategie uit te stippelen.

1.6.7 Agressie

Agressief gedrag, gericht op de directe omgeving van de cliënt, komt regelmatig voor in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Ook voor deze vorm van moeilijk verstaanbaar gedrag geldt dat er geen pasklare antwoorden zijn. Wel is bekend dat agressief gedrag een constructieve functie kan hebben voor de cliënt. Emoties zijn vaak bepalend voor het gedrag dat iemand laat zien. Het zogenoemde Pragmatisch Aggressiemodel kan begeleiders helpen om te gaan met agressie. In dit model wordt agressief gedrag gereleëerd aan emoties. Een verzameling van observeerbare gedragingen vormt tezamen een zogenaamd agressieniveau. De gedragsbehandeling is vooral gericht op het helpen de interne spanning te verlichten, met als doel de controle over zichzelf te behouden of terug te krijgen.

1.7 Verstandelijke ontwikkeling

De mate van een verstandelijke beperking wordt feitelijk afgemeten aan de verstandelijke ontwikkeling zoals die verloopt bij normale kinderen. Met verstandelijke ontwikkeling worden de ontwikkeling van het denken bedoeld en de daarbij behorende processen als waarnemen, geheugen, aandacht, begrijpen, taal en abstractie. De theorie van Piaget wordt veel gebruikt om de verstandelijke ontwikkeling te duiden. Volgens Piaget vindt de verstandelijke ontwikkeling plaats in universele stadia (Došen, 2005). De eerste periode is de sensomotorische periode (0-2 jaar). Hierin is het denken nog gelijk aan het doen. In de preoperationele periode (2-7 jaar) is het denken nog statisch en vanuit het eigen perspectief. Logica en denkstrategieën ontbreken. De derde periode is de concreetoperationele periode (7-11 jaar). Het logisch denken vindt nu plaats vanuit eigen concrete ervaringen. In de formeel-operationele periode (11 jaar en ouder) komt het abstract-logisch denken tot ontwikkeling. De verstandelijke ontwikkeling wordt onderzocht door het afnemen van psychologische tests. De score van deze tests wordt uitgedrukt in IQ, het intelligentiequotiënt.

1.8 Emotionele ontwikkeling

29

In de diagnostiek van communicatie van cliënten zijn we vaak geneigd te kijken naar vaardigheden en beperkingen op louter het communicatieve en logopedische vlak. Een hulpmiddel ter ondersteuning van de communicatie wordt gekozen op basis van test- en onderzoeksgegevens, maar in de praktijk blijken die hulpmiddelen soms niet goed te werken. De reden hiervan is vaak voor de bedenkers van het communicatieplan onduidelijk. Er is blijkbaar meer nodig om te komen tot interactie en wederzijds begrip. Nader onderzoeken is dan noodzakelijk. En antwoorden kunnen soms gevonden worden door goed te kijken naar het proces van communicatie.

De ervaring leert dat kijken naar communicatie iets toevoegt aan de beeldvorming. Beeldvorming van onder andere gedrag en communicatie, maar zeker ook de psychosociale ontwikkeling, persoonlijkheidsstructuren en emotionele ontwikkeling. Verondersteld wordt dat deze samen de persoonlijkheid bepalen (Došen, 2007). Het in kaart brengen van de persoonlijkheid en de daarbij passende ontwikkelingsprocessen vraagt een interdisciplinaire benadering. Wanneer er een discrepantie is in de ontwikkeling van cognitieve en emotionele aspecten bestaat het risico op psychiatrische stoornissen en gedragsproblematiek. In de regel zijn de cognitieve aspecten bij mensen met

een verstandelijke beperking beter ontwikkeld dan de emotionele aspecten (Došen 2007). Meer inzicht in de sociaal-emotionele ontwikkeling is noodzakelijk om tot een passender communicatieplan te komen.

1.8.1 Sociaal-emotionele ontwikkeling: SEO

Došen heeft een schaal ontwikkeld om de sociaal-emotionele ontwikkeling in kaart te brengen: de SEO (Schaal voor Emotionele Ontwikkeling). De schaal is nog niet gevalideerd en gestandaardiseerd, maar is in de praktijk heel goed bruikbaar. De SEO brengt een aantal elementen in kaart, te weten:

- omgaan met het eigen lichaam;
- omgaan met andere volwassenen;
- belevenis van zichzelf in de interactie met de omgeving;
- angsten;
- omgang met leeftijdgenoten;
- verbale communicatie;
- affectdifferentiatie;
- agressieregulatie.

30

De SEO wordt gescoord op basis van observatie van het gedrag van de cliënt of op basis van een interview met een persoon die de cliënt goed kent. Het niveau van de emotionele ontwikkeling wordt gescoord aan de hand van de meest voorkomende laagste scores op een test die wordt afgenomen door de gedragswetenschapper (Došen, 2007). De SEO onderscheidt een vijftal fases in de sociaal-emotionele ontwikkeling (Zaal, Boerhave & Koster, 2008).

1. Eerste adaptatiefase (0-6 maanden)

In deze fase past een kind zich fysiek aan het leven buiten de baarmoeder aan en went het aan voeding, waak- en slaapritme, geluiden, aanraking en een wisselende temperatuur. Contact vindt plaats op sensorisch niveau (via de zintuigen), heel basaal en lichaamsgebonden. De belangrijkste manier van aandacht vragen en uiten van lust- en onlustgevoelens, is via huilen en het uiten van lust- en onlustgevoelens. Veelal is de boodschap dat er sprake is van lichamelijk ongemak. Het lichaam vertoont fysiologische reacties, zoals spierspanning en ontspanning. Er is veelal geen besef van objectpermanentie en weinig interesse in materiaal.

Begeleiding aan cliënten in deze fase moet gericht zijn op het brengen van rust en ontspanning en aanbrengen van regelmaat tussen activiteit en inactiviteit. De benadering is individueel en biedt emotionele veiligheid en voorspelbaarheid.

2. *Eerste socialisatiefase (6-18 maanden)*

In de eerste socialisatiefase staat het hechtingsproces tussen cliënt en zijn verzorgers centraal. De verzorger wordt ervaren als een soort verlengstuk van zichzelf. Er heeft dus nog geen differentiatie plaatsgevonden tussen zichzelf en de ander. Er kan paniek optreden wanneer een vertrouwde persoon uit het zicht is. Het bieden van basale emotionele veiligheid en nabijheid is van groot belang in deze fase. Contact vindt plaats op lichaamsgebonden manier, maar daarbij kunnen voorwerpen al wel een rol spelen.

Begeleiding aan cliënten in deze fase moet gericht zijn op het bieden van emotionele veiligheid en voorspelbaarheid. Er is veelal geen inzicht in wat gewenst en ongewenst gedrag is. Boos worden of straffen helpt niet. Het is beter een ongewenste handeling te onderbreken of de cliënt uit de ongewenste situatie te halen.

3. *Eerste individuatiefase (18-36 maanden)*

In de eerste fase van individualisatie staan autonomie en individualisatie centraal. Het kind beseft in deze fase dat het een individuele persoon is die losstaat van de vertrouwde omgeving. Er ontwikkelt zich een eigen wil en het woord nee wordt ontdekt, evenals het woord ik. Deze fase is meestal niet gemakkelijk. Zelf doen en zelf ontdekken staan centraal, ook dingen die het kind zelf (nog) niet kan. Beperking van de eigen wil leidt tot confrontaties.

Begeleiding van cliënten in deze fase moet gericht zijn op het vergroten van de autonomie, binnen duidelijke grenzen en structuren. Een individuele benadering is gewenst. Er kunnen leermomenten binnen een groep zijn. Nabijheid is nodig om te corrigeren of bij te sturen op basis van gemaakte regels en afspraken.

4. *Eerste identificatiefase (3-7 jaar)*

In deze fase vinden de ik-ontwikkeling en egovorming plaats. Regels van sociaal gedrag worden overgenomen en er is beginnende gewetensvorming. Aan het eind van deze fase ontwikkelen zich gevoelens van spijt en schaamte. De cliënt is in deze fase afhankelijk van zijn omgeving voor het corrigeren van zijn gedrag en denken. Zelfstandig lukt hem dat nog niet. De aanwezigheid van een begeleider is noodzakelijk en kan gericht zijn op het stimuleren van initiatief, verantwoordelijkheid leren dragen en het vormen van identiteit. Als begeleider vorm je een voorbeeld voor de cliënt.

5. Realiteitsbewustwording (7-12 jaar)

In deze fase wordt de leefwereld groter en neemt het zelfvertrouwen toe. Er heeft zich voldoende eigenwaarde ontwikkeld om tot prestaties te komen. Er is interesse voor de omgeving en er wordt aansluiting gezocht bij leeftijdgenoten. De cliënt kan zich in deze fase op cognitief gebied ontwikkelen. Begeleiding moet met name gericht zijn op het stimuleren van zelfstandigheid en zelfvertrouwen. Begeleiding vindt op afstand plaats en is ondersteunend en voorwaardenscheppend van aard.

De verschillende fases zijn door Došen opgenomen in onderstaand overzicht van de emotionele ontwikkeling (Zaal, Boerhave & Koster, 2008).

	Omgaan met je eigen lichaam	Omgaan met volwassenen	Belevenis van zichzelf bij de interactie met de omgeving	Ontwikkeling van object-permanentie
<i>Fase 1 0-6 maanden Eerste adaptatie</i>	Ontdekken van eigen lichaamsdelen en sensorische integratie	Dichterbij gelegen zintuigen: tastzin, reuk, smaak	Bezig met zichzelf. Reagerend op sensorische en autonome prikkels	Afhankelijk van de concrete situatie. Weg is weg.
<i>Fase 2 6-18 maanden Eerste socialisatie</i>	Ontdekken van eigen lichaam als instrument	Dichterbij en verderaf van het midden van het lichaam gelegen zintuigen, kinesthetische belevissen, lichamelijk contact en materiaal	Lichamelijk gebonden aan belangrijke ander. Symbiotische afhankelijkheid	Ontdekt dat voorwerpen kunnen bestaan zonder ze te voelen, zoekt verborgen voorwerp
<i>Fase 3 18-36 maanden Eerste individuatie</i>	Ontdekken van lichaam m.b.t. doelgericht handelen	Verderaf gelegen zintuigen, materiaal en verbaliteit	Ontdekt eigen wil. Vecht voor zelfbepaling	Gebruikt <i>transitional object</i> (vervangend voorwerp)
<i>Fase 4 3-7 jaar Eerste identificatie</i>	Eigen lichaam is centrum van de wereld	Verbaliteit, creativiteit en identificatie (herkennen van jezelf)	Accepteert regels van sociaal gedrag en identificeert zich met belangrijke anderen	Durft afstand te nemen van geliefd object in een vertrouwde omgeving
<i>Fase 5 7-12 jaar Realiteitsbewust-Wording</i>	Metten van eigen lichamelijke prestaties met anderen (competitie)	Sociale en cognitieve prestaties	Maakt eigen sociale regels. Gewetensontwikkeling	Kan zich waarmaken buiten eigen territorium

1.8.2 Sociaal-emotionele ontwikkeling: ESSEON

Een schaal om het niveau van de sociaal-emotionele ontwikkeling te bepalen is de ESSEON: experimentele schaal voor de beoordeling van het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau. Deze gedragsbeoordelingsschaal kan buiten de aanwezigheid van de cliënt worden ingevuld. Voorwaarde is wel dat de invuller gedegen kennis moet hebben van het gedrag van de cliënt. Het is de eerste genormeerde schaal waarmee het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau bepaald kan worden, met een ontwikkelingsleeftijdsbereik van 0 tot 14 jaar. De schaal is onderverdeeld in twee domeinen: sociale ontwikkeling en emotionele ontwikkeling.

Binnen het domein sociale ontwikkeling worden negen dimensies onderscheiden, te weten:

- contactlegging;
- sociale onafhankelijkheid;
- morele ontwikkeling;
- impulscontrole;
- ik-bewustzijn in sociale context;
- sociaal inschattingsvermogen;
- sociale vaardigheden;
- relatie tot autoriteit;
- sociale aspecten van de seksuele ontwikkeling.

Binnen het domein emotionele ontwikkeling worden zeven dimensies onderscheiden:

- zelfbeeld;
- emotionele onafhankelijkheid;
- realiteitsbesef;
- morele ontwikkeling;
- angsten;
- impulscontrole;
- regulatie van emoties.

1.9 Ervaringsordening van Timmers-Huigens

Een bekende methode om aansluiting te vinden bij de mogelijkheden en beperkingen van mensen met een verstandelijke beperking zijn de ervaringsordeningen van Timmers-Huigens. Dit theoretische model is in de afgelopen dertig jaar steeds verder ontwikkeld en schenkt vooral aandacht aan

de praktische begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking. Timmers-Huigens gaat uit van een ervaringsordening op vier niveaus.

1. Lichaamsgebonden ervaringsordening

In deze fase overkomt de cliënt alles. Hij kan nog geen verbanden leggen en ervaart de wereld door wat hij ziet, voelt, proeft en ruikt. Hij reageert via lichamelijke reacties als huilen, lachen, zuigen en schreeuwen. Er is nog geen sprake van scheiding tussen het ik en de buitenwereld.

Communicatieniveau is non-symbolisch en er is sprake van waarnemen op sensatieniveau. De communicatiemogelijkheden zijn zeer beperkt, er wordt geen taal gebruikt en gebaren worden niet begrepen. In de lichaamsgebonden ervaringsordening is de cliënt gebaat bij een herkenbare structuur, herhaling, nabijheid en lichamelijk contact. De begeleiding moet gericht zijn op het creëren van basisveiligheid en hechtingsmogelijkheden en het opbouwen van vaste routines.

2. Associatieve ervaringsordening

In deze fase maakt de herkenning plaats voor verwachting: er treedt gewoontevorming op. In eerste instantie worden simpele associaties gemaakt die al snel leiden tot associatiereeksen, gewoontehandelingen die bij elkaar horen. Alles moet nog wel op dezelfde manier gaan, anders treedt verwarring op. Een deel van de associaties ontstaat onbewust. Dit noemen we gewoontevorming door conditionering.

Het communicatieniveau is presymbolisch en gericht op het bevredigen van de eigen concrete en actuele behoeften. Er is een begin gemaakt met het herkennen van een verwijzende functie van een voorwerp.

In de associatieve ervaringsordening is de cliënt gebaat bij een benadering die aansluit bij zijn belevingswereld en interesses. Begeleiding moet gericht zijn op aandacht vragen en wachten op een reactie, voordoen, samendoen, contactspel, imitatie en heel veel herhaling.

3. Structurerende ervaringsordening

In deze fase wordt ontdekt dat er variaties optreden binnen vaste patronen. Associatiereeksen kunnen afwijkend zijn en er wordt ontdekt dat er uitzonderingen op de regel kunnen plaatsvinden. Structurerend ordenen betekent in dit geval dat verbanden kunnen worden beoordeeld en voorzien en dat de cliënt is in staat te kiezen uit mogelijkheden. Herinnering is een kernwoord in deze fase.

Het communicatieniveau is symbolisch. De cliënt weet dat een voorwerp verwijst naar een situatie of handeling. In deze fase is een groot verschil te zien tussen taalbegrip en taalproductie.

4. Vormgevende ervaringsordening

De vormgevende ervaringsordening is direct verbonden aan de structurerende ervaringsordening. Er wordt iets extra's, iets persoonlijks toegevoegd aan een bestaande structuur. Vaak komen mensen met een verstandelijke beperking niet toe aan deze ervaringsordening. De ordening is voor hen te complex of ze kunnen er door omgevingsfactoren geen gebruik van maken.

Het communicatieniveau is symbolisch en er is sprake van metapresentatieniveau. De cliënt begrijpt eenvoudige sociale omgangsregels, heeft een eigen inbreng en wil mee kunnen praten, denken en beslissen, maar is niet altijd in staat consequenties te overzien.