

HULPVERLENING EN MOTIVATIE BIJ (JONG)VOLWASSENEN FUNCTIONEREND OP EEN LICHT VERSTANDELIJK BEPERKT NIVEAU

*Bas van Diggelen¹
Ellie van der Hout²*

Gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen komen vaak voor bij (jong)volwassenen die functioneren op een licht verstandelijk beperkt niveau (Didden, 2006). Dit gaat veelal samen met een cumulatie van stressoren op meerdere levensgebieden. De noodzaak voor hulpverlening aan de doelgroep is daarmee evident. We menen dat een theorie over motivatie, de zelf-determinatietheorie (ZDT; Ryan & Deci, 2000), een bruikbare combinatie vormt met motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2014) voor de hulpverlening aan deze doelgroep. In dit artikel wordt allereerst ingezoomd op de definitie van licht verstandelijke beperking volgens de DSM-5. Vervolgens worden de ZDT en de drie daarbij behorende psychosociale basisbehoeften kort beschreven, evenals de wijze waarop deze bij (jong)volwassenen functionerend op lvb-niveau onder druk staan. Daarna wordt motiverende gespreksvoering kort besproken evenals de waarde van de combinatie van ZDT en motiverende gespreksvoering voor de hulpverlening aan de doelgroep. Tenslotte stellen we enkele aanpassingen van motiverende gespreksvoering voor om deze beter aan te laten sluiten bij de doelgroep. Met dit artikel hopen we een bijdrage te leveren aan respectvolle en effectieve hulpverlening door professionals aan (jong)volwassenen die functioneren op lvb-niveau.

Licht verstandelijke beperking

In 2014 is in Nederland de DSM-5 verschenen als beoogde opvolger van het veel gehanteerde classificatiesysteem van psychische stoornissen, de DSM-IV. In de DSM-5 wordt een verstandelijke beperking gecategoriseerd onder de 'neurobiologische ontwikkelingsstoornissen' en worden 3 criteria gehanteerd waaraan voldaan moet zijn wil men kunnen spreken van een licht verstandelijke beperking (American Psychiatric Association, 2014).

Het eerste criterium betreft 'deficiënties in de intellectuele functies'. Anders dan bij de DSM-IV, waarbij de nadruk lag op IQ-scores, worden in de DSM-5 de verschillende niveaus van verstandelijke beperking gedefinieerd volgens het tweede criterium, namelijk deficiënties in het adaptieve functioneren, omdat 'de mate van adaptief functioneren bepaalt hoeveel ondersteuning er nodig is' (American Psychiatric Association, 2014). De DSM-5 geeft geen IQ-scores om de verschillende niveaus van verstandelijke beperking te onderscheiden. Er wordt nog wel gesproken van een grens-IQ met betrouwbaarheidsintervallen die bepalend zijn of er sprake is van een verstandelijke beperking ($IQ < \pm 70$). Omdat in Nederland de groep 'zwakbegaafden', oftewel mensen met een IQ tussen de ± 70 en ± 85 én beperkingen in het adaptieve functioneren, eveneens aangeduid worden als licht verstandelijk beperkt, hanteren we in dit artikel deze ruimere definitie. Wanneer enkel het intelligentiecriterium zou gelden zou het in Nederland gaan om meer dan 2 miljoen inwoners. Het mag duidelijk zijn dat veel van deze mensen zich weten te redden in de samenleving zonder

¹ Bas van Diggelen werkt als GZ-psycholoog bij Driestroom en De Praktijk Nijmegen. (basvandiggelen@driestroom.nl).

² Ellie van der Hout werkt als gedragsdeskundig medewerkster en seksuologisch hulpverlener bij Driestroom en De Praktijk Nijmegen (ellievanderhout@driestroom.nl). Bas en Ellie geven trainingen voor professionals in motiverende gespreksvoering met cliënten die functioneren op lvb-niveau

(professionele) ondersteuning en dat het intelligentie criterium daarmee weinig betrouwbaar is om iemands ondersteuningsbehoefte in te kunnen schatten.

Het tweede criterium betreft zoals gezegd 'deficiënties in het adaptieve functioneren', oftewel de mate waarin iemand sociale redzaamheidsvaardigheden heeft waarmee hij zich in de samenleving weet te redden. Het gaat dan enerzijds over de eisen die een samenleving stelt aan zijn burgers en anderzijds over de mogelijkheden van burgers om aan deze eisen tegemoet te komen. Uit onderzoek van het sociaal en cultureel planbureau uit 2010 kwam een grote toename van zorgvragen van licht verstandelijk beperkten naar voren (Ras, Woittiez, Van Kempen, & Sadiraj, 2010). Als belangrijkste verklaring voor deze toename werd genoemd het feit dat de maatschappij voor veel mensen te complex is geworden en dat netwerken om op terug te vallen veel minder vanzelfsprekend zijn dan vroeger.

Het derde criterium is dat de verstandelijke en adaptieve beperkingen in de ontwikkelingsleeftijd zijn ontstaan. De beperkingen moeten al in de kindertijd of adolescentie aanwezig zijn.

De zelf-determinatietheorie (ZDT)

De ZDT stelt dat ieder mens drie natuurlijke psychosociale basisbehoeften heeft en dat mensen van nature gemotiveerd zijn om deze behoeften te bevredigen. Deze basisbehoeften zijn: behoefte aan autonomie, competentie en verbondenheid (ook wel relatie genoemd). Deze behoeften versterken de intrinsieke motivatie tot gedrag. Met intrinsieke motivatie wordt de natuurlijke activiteit en nieuwsgierigheid bedoeld die mensen kenmerkt (Ryan & Deci, 2000). Daarentegen leidt controle en macht door anderen tot een afname van de intrinsieke motivatie tot gedrag, omdat het de basisbehoeften frustreert. Omstandigheden kunnen daarmee iemands intrinsieke motivatie zowel versterken als ondermijnen. Bevrediging van de basisbehoeften leidt tot een grotere mate van emotioneel welzijn. De drie basisbehoeften lichten we hieronder toe.

Met *autonomie* wordt de behoefte bedoeld aan ruimte voor het maken van eigen keuzes en het kunnen inzetten en realiseren van idealen en het trouw zijn aan wie ze ten diepste voelen te zijn en daarbij niet onder druk te staan. Externe beloningen van gedrag ondermijnen de intrinsieke motivatie voor dit gedrag, omdat de behoefte aan autonomie hierdoor wordt ondermijnd. Ook dreigementen, 'deadlines', voorschriften en doelen die door derden worden bepaald, ondermijnen de behoefte aan autonomie. Aan de andere kant versterken keuzevrijheid, erkenning van gevoelens, behoeften en mogelijkheden om een eigen richting te bepalen, de intrinsieke motivatie. Ryan en Connel (1989) vonden in hun onderzoek bij studenten dat hoe meer zij extern werden gereguleerd des te minder interesse, belang en inzet ze toonden voor het maken van een opdracht en des te minder verantwoordelijkheid ze namen voor negatieve consequenties en de schuld hiervan bij anderen legden. ZDT stelt dat extrinsieke motivatie in verschillende mate kan variëren met autonomie. Er is met andere woorden sprake van een continuüm van intrinsieke naar extrinsieke motivatie. Zo kan bijvoorbeeld werk een wens zijn in overeenstemming met hoe iemand zichzelf graag ziet, maar kan het ook een eis zijn vanuit het UWV met negatieve financiële consequenties wanneer niet aan de eis voldaan wordt. Wat mensen belangrijk vinden en waar ze naar streven blijkt in grote mate beïnvloed te worden door ontwikkelingsfase en culturele inbedding.

Met *competentie* wordt de behoefte bedoeld om doeltreffend met de omgeving om te gaan, het belang van het ervaren van succes in het handelen en het gevoel dat dingen lukken. Mensen willen zich bekwaam voelen. Uit onderzoek blijkt dat gevoelens van competentie de intrinsieke motivatie niet versterken wanneer dit niet samengaat met gevoelens van autonomie (Ryan, 1982). Met andere woorden; iemand kiest zelf waarin hij competent wenst te worden.

Met *verbondenheid* wordt de behoefte bedoeld aan warme en positieve contacten met anderen, zich geliefd en verzorgd te voelen, voor anderen te zorgen en het gevoel tot een groep te behoren en belangrijk te zijn in het leven van anderen. Bij baby's wordt de aangeboren behoefte aan contact en gehechtheid al duidelijk waargenomen en heeft het overlevingswaarde. Een veilige gehechtheid maakt dat een kind zijn omgeving durft te gaan exploreren omdat het weet dat het beschermd wordt wanneer het daar behoefte aan heeft. Gehechtheid zegt iets over de verwachting van hulp en staat in relatie tot autonomie. Voor het ontwikkelen van autonomie is dus de ervaring nodig dat je geholpen wordt als het nodig is, oftewel 'Je moet goed vastzitten om goed los te kunnen komen' (Delfos, 2013).

Omstandigheden die de drie basisbehoeften ondermijnen worden in verband gebracht met negatieve stress en psychopathologie (Ryan & Deci, 2000).

Autonomie, competentie en verbondenheid onder druk

Veel (jong)volwassenen functionerend op een licht verstandelijk beperkt (lvb) niveau hebben te maken met financiële en administratieve problemen, geen werk, slecht betaald werk of dagbesteding, stigmatisering, problemen met het schoonhouden van hun woonplek en ambivalente relaties met familieleden, naasten en instanties. Schulden en bewindvoering komen in de praktijk vaak voor. Gebrekkige persoonlijke verzorging en onvoldoende zorg voor de eigen gezondheid komen ook veel voor. Wanneer er kinderen in het spel zijn is niet zelden ambulante opvoedingsondersteuning betrokken en/of wordt de zeggenschap middels een juridische maatregel (OTS of voogdijmaatregel) ingeperkt.

Ze zijn veelal afhankelijk van andere volwassenen voor ondersteuning en hebben vaker te maken met sociale afwijzing dan mensen met meer intellectuele vermogens (Zigler, 1999). Een gevolg van de eisen die aan hen vanuit de samenleving gesteld worden versus de beperkte intellectuele en adaptieve mogelijkheden, is veelal een geschiedenis van problemen en faalervaringen. Een veelvoorkomende persoonlijkheidstrekk bij mensen functionerend op lvb-niveau is dan ook hun lage verwachting van succes, die hun resultaten op taken ondermijnt. Dit is een gevolg van een levenslange confrontatie met opdrachten die hun capaciteiten te boven gaan (Bennett-Gates & Kreitler, 1999).

Door de cognitieve mogelijkheid de eigen kwaliteiten, vaardigheden en levensomstandigheden te vergelijken met die van anderen, ontstaan gemakkelijk gevoelens van minderwaardigheid. Marwick en Sage (1997) concluderen dat mensen functionerend op lvb-niveau een grotere kans hebben op een verminderd gevoel van eigenwaarde dan mensen zonder een verstandelijke beperking.

Ook het stigma verstandelijke beperking ondermijnt gevoelens van competentie en eigenwaarde. Uit onderzoek van Paterson (2007) bij mensen functionerend op lvb-niveau, bleek de wijze waarop zij tegen het stigma verstandelijke beperking aankeken samen te hangen met hoe sociaal aantrekkelijk en capabel zij zichzelf beoordeelden in vergelijking met mensen zonder beperking. Paterson oppert dat naarmate een individu zich meer bewust is van het stigma, de kans groter is dat hij zich niet op zijn gemak voelt in sociale situaties en zichzelf negatiever beoordeelt. Uit onderzoek van Miller, Parker en Gillinson (2004) kwam naar voren dat mensen functionerend op lvb-niveau vaker worden gediscrimineerd en buitengesloten dan personen zonder verstandelijke beperking, wat weer negatieve gevolgen heeft voor de algehele gezondheid (Emerson, 2010). De huidige maatschappelijke koers, o.a. de participatiewet, vraagt een grote mate van zelfregie van mensen die vanwege hun beperking hier juist moeite mee hebben.

We veronderstellen dat bovenstaande factoren van negatieve invloed zijn op het emotioneel welbevinden. Onderzoek van Reis, Sheldon, Gable, Roscoe en Ryan (2000) bij studenten zonder verstandelijke beperking lijkt deze veronderstelling te ondersteunen. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat alledaags emotioneel welbevinden negatief beïnvloed werd door omstandigheden die de natuurlijke behoefte aan autonomie, competentie en verbondenheid onder druk zetten.

We verwachten dat hulpverlening aan (jong)volwassenen functionerend op lvb-niveau een grotere kans van slagen heeft wanneer hulpverleners oog hebben voor deze natuurlijke behoeften en hier hun gespreksvaardigheden op afstemmen.

Motiverende gespreksvoering

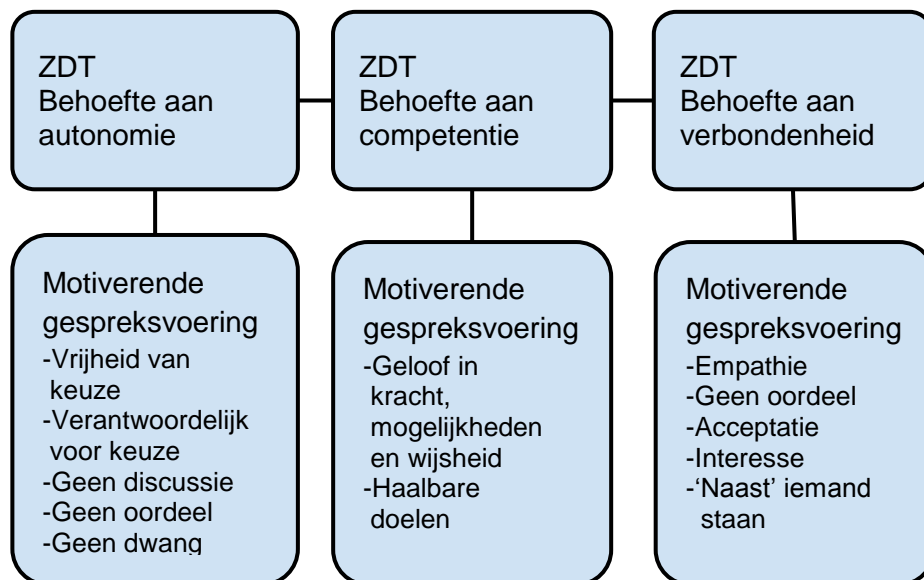
Motiverende gespreksvoering is een op samenwerking gerichte gespreksstijl die iemands eigen motivatie en bereidheid tot verandering versterkt. Het is een persoonsgerichte manier van hulpverlening om het veelvoorkomende probleem van ambivalentie ten aanzien van verandering aan te pakken. Kortgezegd; mensen hebben vaak redenen om iets in hun leven of levensstijl te willen veranderen, maar ook redenen om dit niet te willen. Zo hebben de meeste rokers zowel redenen om te stoppen met roken als redenen om hiermee door te gaan. Bij motiverende gespreksvoering is er ruimte en aandacht voor redenen om niet te veranderen, maar wordt meer aandacht geschonken aan de redenen van een cliënt om wel te veranderen. Motiverende gespreksvoering kan worden beschouwd als een proces waarin een cliënt zijn ambivalentie oplost en voor verandering kiest, passend bij datgene wat hij wenst (Miller & Rollnick, 2014).

Motiverende gespreksvoering is ontwikkeld als een reactie op de confronterende methoden in de verslavingszorg van de jaren '70 en '80. Het enkel voorhouden van negatieve consequenties en het overtuigen van cliënten van het slechte van hun gedrag bleek niet effectief en werd gekenmerkt door een hoge mate van uitval (Miller & Rollnick, 2014). Met motiverende gespreksvoering is verder gebouwd op het werk van Carl Rogers. Maar waar deze niet directief te werk ging en empathie, echtheid en onvoorwaardelijke acceptatie als voldoende voorwaarden achtte voor verandering, kozen Miller en Rollnick (2014) voor een directieve aanpak. In de Engelstalige literatuur wordt gesproken van *motivational interviewing*. Deze term maakt beter dan de Nederlandse term duidelijk dat het gaat om een bevragende en reflecterende manier van gespreksvoering. Motiverende gespreksvoering kent enkele belangrijke uitgangspunten;

- De hulpverlener werkt aan een relatie met de cliënt die gekenmerkt wordt door vertrouwen, empathie, acceptatie, respect en samenwerking aan gemeenschappelijke doelen.
- Dat wat voor een hulpverlener voor- en nadelen van gedrag kunnen zijn hoeft niet overeen te komen met wat een cliënt als voor- en nadelen ziet. Wanneer bijvoorbeeld de begeleider een nadeel ziet in het bezoek dat de cliënt in zijn huis haalt, kan dit voor de cliënt gezelschap betekenen, en daarmee een voordeel. Wrijving in de samenwerkingsrelatie kan het gevolg zijn van een gebrek aan overeenstemming over het gesprekstema en over de doelen van verandering.
- Er zijn voor- en nadelen aan veranderen. Wanneer iemand ambivalent is zijn de voor- en nadelen van beide keuzes in evenwicht. Ambivalentie verwijst naar een conflict in keuzes. Logischerwijs zal een advies of het overtuigen van de cliënt voor een van de keuzes leiden tot verdedigen van de andere keuze ('ja, maar..') (Van Diggelen & Truyens, 2011).
- De hulpverlener draagt geen argumenten voor verandering aan. De hulpverlener 'ontlokt' argumenten voor verandering bij de cliënt. Bij motiverende gespreksvoering is het nadrukkelijk de cliënt die bepaalt welke richting hij aan zijn leven geeft. De cliënt draagt de argumenten aan voor het feit dat hij wil veranderen. De hulpverlener heeft de rol van gesprekspartner met als doel de cliënt te helpen zijn wensen of waarden te verhelderen en veranderkracht te ontlokken om zich overeenkomstig zijn wensen en waarden te gedragen.
- Discrepantie (een verschil) ontwikkelen tussen enerzijds het huidige gedrag van de cliënt en anderzijds zijn waarden en wensen kan een krachtige motivator zijn voor gedragsverandering.

De combinatie zelf-determinatietheorie en motiverende gespreksvoering

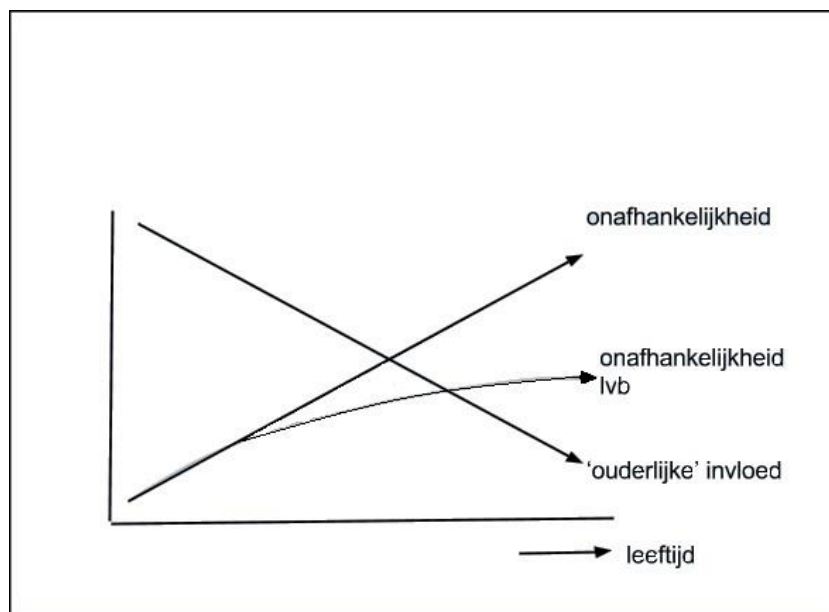
Markland, Ryan, Tobin en Rollnick (2005) en Vansteenkiste en Sheldon (2006) wezen eerder al op de zinvolle integratie van ZDT en motiverende gespreksvoering. Motiverende gespreksvoering geeft handvatten hoe de natuurlijke behoeften aan autonomie, competentie en verbondenheid kunnen worden versterkt (Figuur 1). Aansluiten bij deze intrinsieke motivaties die verband houden met welbevinden kan gedragsverandering richting een grotere mate van welbevinden versterken. Vansteenkiste et al. (2006) stellen dat motiverende gespreksvoering niet gaat over versterken van iemands intrinsieke motivatie, maar over het bevorderen van het internaliseren van voornamelijk extrinsieke motivatie. Daar waar een cliënt geen reden voelt om te stoppen met overmatig alcoholgebruik, kan de wens om een fijne partner te zijn voor zijn vrouw een intrinsieke motivatie vormen om minder te gaan drinken. Waar ZDT oog heeft voor aangeboren basisbehoeften die intrinsieke motivatie kunnen versterken en het continuüm van intrinsieke naar extrinsieke motivatie, is motiverende gespreksvoering een wijze van gespreksvoering waar bij deze basisbehoeften kan worden aangesloten en waarin interne motivatie kan worden verstrekt.



Figuur 1: Zelf Determinatie Theorie (ZDT) en Motiverende Gesprekvoering (MVG)

De zelf-determinatietheorie en motiverende gespreksvoering in de hulpverlening aan mensen functionerend op lvb-niveau.

Naarmate kinderen ouder en meer autonoom, oftewel onafhankelijker worden, verandert de rol van de ouder. De meeste kinderen ontwikkelen zich tot volwassenen die zich grotendeels autonoom kunnen redden in de maatschappij, vaak met enige steun of raad vanuit de omgeving. Mensen die functioneren op lvb-niveau ontwikkelen vanwege deze beperking veelal een mindere mate van autonomie (zie figuur 2), terwijl uit onderzoek van Reis (2000) en Ryan (2000) blijkt dat autonomie positief gerelateerd is aan emotioneel welbevinden. We veronderstellen dat de ‘ouderlijke’ invloed die past bij een mindere mate van autonomie, of die nu van de ouder of hulpverlener komt, gemakkelijk botst met de natuurlijke behoefte aan autonomie.



Figuur 2: Jeugdigen die functioneren op lvb-niveau ontwikkelen vanwege deze beperking een mindere mate van autonomie.

In het hulpverleningsproces ontstaan problemen wanneer de wijze van ondersteuning de behoefte aan autonomie, competentie en verbondenheid ondermijnt. Het is zaak dat hulpverleners oog hebben voor deze natuurlijke behoeften en hier hun hulpverlening op afstemmen, waardoor deze effectiever kan zijn.

We veronderstellen dat de behoefte aan autonomie waarschijnlijk nadrukkelijker naar voren komt bij mensen functionerend op lvb-niveau, omdat deze behoefte vaak onder druk staat en 'bevochten' moet worden. De behoefte om zelf te beslissen staat vaak op gespannen voet met de 'ruimte' om zelf te beslissen en de vaak beperkte mogelijkheden om de gevolgen van gedrag en keuzes te kunnen overzien. En hoe meer een hulpverlener een cliënt probeert te overtuigen van het onverstandige van zijn gedrag en een cliënt de uitkomsten voorreken, des te groter de kans dat een cliënt deze raad niet opvolgt vanuit zijn natuurlijke behoefte aan autonomie. Bij risicovol gedrag en 'onverstandige' keuzes wordt de geneigdheid van de hulpverlener om in te grijpen groter (verbeterreflex), met als doel schade voor de cliënt te voorkomen. De intrinsieke motivatie, die zo belangrijk blijkt voor gedragsverandering, wordt door de pogingen van de hulpverlener in het overtuigen van de cliënt, ondermijnd. Motiverende gespreksvoering sluit aan bij de natuurlijke behoefte aan autonomie. De cliënt bepaalt hoe hij zich gedraagt en welke keuzes hij maakt. Hij is daarmee ook verantwoordelijk voor zijn keuzes en de gevolgen daarvan.

De natuurlijke behoefte aan competentie wordt gecommuniceerd door (vooralsnog) geen zaken van cliënten over te nemen. Daarmee communiceert de hulpverlener dat hij er vertrouwen in heeft dat de cliënt zelf tot dingen in staat is en dat hij ondersteuning kan *kiezen* wanneer hij dit wenst. Er wordt een beroep gedaan op de mogelijkheden van de cliënt om zijn problemen op te lossen. Nog steeds bestaat het misverstand dat het veelvuldig geven van complimenten per definitie bijdraagt aan iemands gevoel van eigenwaarde en competentie. Onderzoek van Brummelman en collega's (2013) toont echter aan dat complimenten over *persoonlijke* kwaliteiten van kinderen (bijvoorbeeld 'Je bent een slim kind') een averechts effect kunnen hebben, met name bij kinderen met een laag gevoel van eigenwaarde. Dit

gevoel kan hierdoor verder worden aangetast. Wanneer complimenten gegeven worden op inzet en gedrag draagt dit veelal wel bij aan de motivatie, bijvoorbeeld bij schoolse opdrachten (Henderlong & Lepper, 2002; Mueller & Dweck, 1998). Adequate manieren van complimenteren binnen gezinnen en binnen de context van een klas kunnen ervoor zorgen dat kinderen weten dat er van ze gehouden wordt en er voor hen gezorgd wordt. Dit zijn belangrijke bouwstenen voor een gezonde psychologische aanpassing (Rohner, 2004).

Wanneer de hulpverlener empathisch, niet oordelend en geïnteresseerd is in de zienswijze en het leven van de cliënt versterkt dit de (therapeutische) relatie, oftewel de verbondenheid. Hierdoor is de kans groter dat de cliënt zich vertrouwd genoeg voelt om over zaken te spreken die gevoelig liggen. Daar waar macht, autoriteit, oordelen, ongevraagde adviezen en aanwijzingen gemakkelijk leiden tot een verslechtering van de samenwerkingsrelatie, en daarmee tot minder invloed van de hulpverlener (Van Diggelen & Truyens, 2011), draagt motiverende gespreksvoering zorg voor een context waarin samen kan worden gewerkt. Met de wetenschap vanuit ZDT dat ieder mens de behoefte heeft verbonden te zijn met anderen kan eenzaamheid of een problematische relatie een onderwerp zijn voor motiverende gespreksvoering. Naar ons idee en in overeenstemming met de ZDT, hoeft iemand die functioneert op lvb-niveau, een diagnose LVB niet te accepteren. In veel gevallen zal de hulpverleningsrelatie onder druk komen te staan wanneer gepoogd wordt een cliënt richting een door hem ongewenst label (stigma) te 'motiveren'. Dit kan de behoefte aan autonomie, competentie en de behoefte om zich niet anders te voelen dan mensen zonder beperking, ondermijnen. Als reactie op het acceptatievraagstuk schrijft psycholoog en gezinstherapeut Eddie Gallagher (2002): "Ik vind het persoonlijk jammer dat ik de theorie van Einstein nooit volledig zal begrijpen, maar ik heb niemand nodig die mij probeert te helpen mijn intellectuele beperkingen te laten accepteren. Thanks very much!" (p. 208). Dit alles betekent overigens niet dat iemand geen beperkingen ondervindt ten aanzien van de eisen die de samenleving stelt, maar er zijn naar ons idee manieren om daarover in gesprek te gaan waarbij de term lvb niet hoeft te worden genoemd of te worden geaccepteerd en waardoor beter aangesloten kan worden bij de basisbehoeftes.

Ondanks de populariteit van motiverende gespreksvoering op tal van terreinen in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg, heeft deze wijze van gespreksvoering nog maar beperkt zijn weg gevonden in de ondersteuning van mensen functionerend op lvb-niveau. Dit is spijtig, omdat het naar ons idee van grote waarde kan zijn bij veel moeizaam verlopende hulpverlening. De 3e editie van het boek *Motiverende gespreksvoering* van Miller en Rollnick (2014) schenkt overigens aandacht aan motiverende gespreksvoering bij mensen met een verstandelijke beperking. Zij stellen o.a. dat de neiging om problemen voor de ander op te lossen groter wordt naarmate de beperking groter is. Tevens schrijven zij: "Een willekeurige rondgang langs een aantal woonzorgcentra toont aan dat het gebruik van de verbeterreflex schering en inslag is en dat het gepaard gaat met even zoveel heroïsche pogingen van mensen om vast te blijven klampen aan elk beetje waardigheid en autonomie dat ze nog over hebben. De wensen en behoeften van mensen met cognitieve beperkingen verschillen niet van die van andere mensen." (p. 396). Verder stellen ze dat het aannemelijk is dat mensen met een cognitieve beperking niet zo goed reageren op motiverende gespreksvoering als op meer concrete benaderingen, maar dat tot op heden niet gevonden is dat verstandelijke vermogens een andere reactie voorspellen op motiverende gespreksvoering. Ze stellen verder dat je met motiverende gespreksvoeringstechnieken kunt compenseren voor een aantal veelvoorkomende problemen als aandacht, verwerkingssnelheid, geheugen en executieve functies. Daarnaast stellen ze dat met reflecties en samenvattingen de belangrijkste informatie herhaald kan worden, wat het gemakkelijker maakt er met de aandacht bij te blijven en het te onthouden. Als laatste stellen zij dat bij mensen die concreet zijn ingesteld en problemen hebben met plannen, het zorgvuldig plannen van acties helpt er aan te denken en het uit te voeren.

Wetenschappelijke onderbouwing van de effectiviteit van motiverende gespreksvoering bij volwassenen functionerend op lvb-niveau werd gevonden door Mendel en Hipkins (2002). Zij vonden in een kleine ongecontroleerde pilotstudie bij verdachten van een misdrijf die functioneerden op lvb-niveau, na 3 sessies groeps-motiverende gespreksvoering, een significante verbetering in motivatie voor verandering en in zelfeffectiviteit. Frielink en Embregts (2013) concluderen op basis van hun onderzoek dat er aanpassingen nodig zijn van motiverende gespreksvoering in relatie tot mensen functionerend op lvb-niveau. Zo dient het taalgebruik helder, concreet en eenvoudig te zijn en dienen zinnen kort te zijn. Verder adviseren zij één vraag per keer te stellen en de cliënt voldoende tijd te geven om hierop te reageren. Het benoemen en herhalen van succeservaringen verhoogt de kans op gedragsverandering. Verder waarschuwen zij voor sociaal wenselijke antwoorden van cliënten en dat cliënten vaak niet laten weten wanneer ze een vraag niet begrepen hebben. Om dit risico te verminderen kan een hulpverlener op een positieve manier met de cliënt nagaan of zij hetzelfde bedoelen. Frielink, Embregts en Schuengel (2014) voegen hier nog aan toe de vragen te laten beginnen met een vraagwoord, zodat duidelijk is dat er een vraag wordt gesteld. Ze adviseren tevens het vraagwoord 'waarom' te vermijden aangezien een cliënt hierdoor de indruk kan krijgen ter verantwoording te worden geroepen. Zij stellen ook voor gerichte vragen te stellen over een specifiek onderwerp. Dit zou in sommige gevallen kunnen betekenen dat een open vraag wordt vervangen door verschillende antwoordmogelijkheden waaruit een cliënt kan kiezen.

In onze eigen praktijk hebben we gemerkt dat wanneer een cliënt aangeeft dingen wel te willen, maar tevens aangeeft dit op bepaalde momenten niet te kunnen, het helpt om de cliënt te vragen of iemand anders het op zo'n moment over mag nemen. De cliënt kiest vervolgens of hij dit een passende suggestie vindt en, zo ja, wie dit dan zou kunnen zijn.

Conclusie

Veel levens van mensen functionerend op een lvb-niveau worden gekenmerkt door afhankelijkheid, een verminderd gevoel van competentie en problemen met naasten, de directe sociale omgeving en instanties. De ZDT heeft, met zijn focus op de natuurlijke behoefte aan autonomie, competentie en verbondenheid, grote relevantie voor het begrijpen van het emotioneel welzijn van veel mensen die functioneren op lvb-niveau aangezien deze behoeften vaak worden bedreigd of ingeperkt wat in verband wordt gebracht met een verminderd emotioneel welbevinden. Wil hulpverlening effectief zijn, dan moet het naar ons idee aansluiten bij deze natuurlijke basisbehoeften. ZDT leert ons dat naarmate mensen meer intrinsiek gemotiveerd zijn voor gedragsverandering, de kans groter is dat zij ook daadwerkelijk zullen veranderen.

Motiverende gespreksvoering biedt een benadering die aansluit bij de basisbehoeften uit de ZDT en vergroot daarmee de intrinsieke motivatie tot gedragsverandering. De huidige maatschappelijke context vraagt nadrukkelijk om meer zelfregie van zijn burgers. ZDT en motiverende gespreksvoering helpen cliënten meer zelfregie te laten nemen wat verband houdt met emotioneel welzijn. Er zijn uiteraard situaties waarin het gedrag van een cliënt een acuut gevaar vormt voor hem of haar zelf of voor de omgeving. In deze gevallen moet directief ingrijpen overwogen worden.

De gespreksvaardigheden die kenmerkend zijn voor motiverende gespreksvoering dienen enigszins aangepast te worden in de communicatie met mensen die functioneren op lvb-niveau. In overeenstemming met Frielink en Embregts (2013) zien we de noodzaak voor verder wetenschappelijk onderzoek naar de waarde van ZDT en motiverende gespreksvoering voor de hulpverlening aan (jong)volwassenen functionerend op lvb-niveau.

Literatuur

American Psychiatric Association. (2014). *Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5): Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*. Amsterdam: Boom.

- Bennett-Gates, D., & Kreidler, S. (1999). Expectancy of success in individuals with mental retardation. In E. Zigler & D. Bennett-Gates (Red.), *Personality development in individuals with mental retardation* (pp.130-144). Cambridge: Cambridge University Press.
- Brummelman, E., Thomaes, S., Overbeek, G., Orobio de Castro, B., Hout, M. A. van den, & Bushman, B. J. (2013). On feeding those hungry for praise: Person praise backfires in children with low self-esteem. *Journal of Experimental Psychology: General*, *143*, 9-14.
- Delfos, M. F. (2013). *Ik ben aan ze gehecht: Over gehechtheid als een boei in nood*. Amsterdam: SWP.
- Didden, R. (2006). Gedragsstoornissen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking: Een inleiding. In R. Didden (Red.), *In perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 3-20). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Diggelen, B. van, & Truyens, J. (2011). Een praktisch model voor op samenwerking gerichte begeleiding van individueel wonende cliënten met een licht verstandelijke beperking. *Onderzoek & Praktijk*, *9*(2), 34-45.
- Emerson, E. (2010). Self-reported exposure to disablism is associated with poorer self-reported health and well-being among adults with intellectual disabilities in England: A cross-sectional survey. *Public Health*, *124*, 682-689.
- Frielink, N., & Embregts, P. J. C. M. (2013). Modification of motivational interviewing for use with people with mild intellectual disability and challenging behaviour. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, *38*, 279-291.
- Frielink, N., Embregts, P. J. C. M., & Schuengel, C. (2014). Motiverende gespreksvoering bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, *53*, 36-48.
- Gallagher, E. (2002). Adult clients with mild 'intellectual disability': Rethinking our assumptions. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, *23*, 202-210.
- Henderlong, J., & Lepper, M. (2002). The effects of praise on children's intrinsic motivation: A review and synthesis. *Psychological Bulletin*, *128*, 774-795.
- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *24*, 811-831.
- Markwick, A., & Sage, J. (1997). Self-image and people with learning disabilities. *British Journal of Nursing*, *6*, 99-102.
- Mendel, E., & Hipkins, J. (2002). Motivating learning disabled offenders with alcohol-related problems: A pilot study. *British Journal of Learning Disabilities*, *30*, 153-158.
- Miller, P., Parker, S., & Gillinson, S. (2004). *How to tackle the last prejudice?* Londen: Demos.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering: Mensen helpen veranderen* (3e ed.). Ouderkerk aan de IJssel: Ekklesia.
- Mueller, C. M., & Dweck, C. S. (1998). Praise for intelligence can undermine children's motivation and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*, 33-52.
- Paterson, L. (2007). *Stigma, social comparison and psychological distress in adults with a learning disability*. Dissertation: The University of Edinburgh.
- Ras, M., Woittiez, I., Kempen, H. van, & Sadiraj, K. (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapt? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapt 1998-2008*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rohner, R. P. (2004). The parental "acceptance-rejection" syndrome: Universal correlates of perceived rejection. *American Psychologist*, *59*, 830-840.
- Ryan, R. M. (1982). Control and information in the intrapersonal sphere: An extension of cognitive evaluation theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, *43*, 450-461.
- Ryan, R. M., & Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 749-761.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, *55*, 68-78.
- Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, R., & Ryan, R. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *26*, 419-435.
- Vansteenkiste, M., & Sheldon, K. M. (2006). There's nothing more practical than a good theory: Integrating motivational interviewing and self-determination theory. *British Journal of Clinical Psychology*, *45*, 63-82.
- Zigler, E. (1999). The retarded person as a whole person. In E. Zigler & D. Bennett-Gates (Red.), *Personality development in individuals with mental retardation* (pp. 1-16). Cambridge: Cambridge University Press.