



## opgeloste agressie?

Wat kan van de oplossingsgerichte therapie gebruikt worden in een agressie regulatie training in PMT voor kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking?

Opleiding:

Begeleidende docent:

Beoordelende docent:

Student:

**Voorwoord**

Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie

Christelijke Hogeschool Windesheim, Zwolle

Fred Dijk

Paul Verschuur

Ruud de Jong, BPT 4 deeltijd

Deze scriptie is in het kader van de afstudeerfase van de studie Bewegingsagogie & Psychomotorische therapie geschreven.

Mijn interesse voor het scriptieonderwerp is ontstaan uit twee bronnen. De eerste komt voort uit mijn voormalige werk in een kliniek voor gezinsbehandeling, de Bellenbergh. In de kliniek werd vanuit de oplossingsgerichte benadering gedacht en gewerkt. Het aanboren van de kracht van mensen en hun oplossingen en vind ik sterk werken en aansprekend. De gezinnen zaten vaak in een negatieve spiraal en hadden weinig oog voor de dingen die goed gingen. De oplossingsgerichte benadering heeft juist oog voor de dingen die goed gaan en dat werkte vaak motiverend voor gezinnen om de door hen gewenste richting in te gaan.

De andere bron van mijn interesse ligt in mijn huidige werk als psychomotorisch therapeut (PMT-er) bij Arkemeyde (s' Heeren Loo Kwadrant).

Ik heb veertien cliënten in mijn portefeuille en de helft van de cliënten heeft zelf of via een collega aangegeven te willen leren omgaan met boosheid.

Door deze twee werkervaringen ben ik een zoektocht begonnen naar welke onderdelen van de oplossingsgerichte therapie ik kan gebruiken in het behandelen van agressieproblemen tijdens de PMT- sessies.

De volgende mensen wil ik bedanken voor het tot stand komen van deze scriptie.

Allereerst mijn vrouw Christine voor de tijd, ruimte en steun die zij geboden heeft om aan de scriptie te werken. Onze drie kinderen Luuk, Davita en Tobi zullen het niet begrepen hebben dat hun vader weer achter de computer zat. Er zijn een aantal speelmomenten bij ingeschoten, met hier en daar een snauw. Ik wil ze alle vier bedanken voor hun geduld.

Verder wil ik mijn begeleidende docent, Fred Dijk, bedanken voor het begeleiden van de scriptie. Hij heeft er voor gezorgd dat er lijn en diepgang in de scriptie kwam. Ook hij heeft geduld getoond in de begeleiding en tot standkoming van mijn scriptie.

Veenendaal, augustus 2008

Oorspronkelijk is de oplossingsgerichte therapie (OT) ontwikkeld in een sfeer van rebellie tegen de traditionele psychotherapeutische vooroordelen over mensen en hun levensproblemen en de oplossing daarvan.

Bij de oplossingsgerichte therapie gaat het niet om mogelijke oorzaken en klachten in het verleden. Er wordt wel naar het verleden gekeken, als het gaat om eerdere successen van de cliënt en zijn omgeving. Oplossingsgerichte therapie gaat over het ontwerpen van de door de cliënt gewenste situatie in de toekomst en het vinden van oplossingen die de cliënt helpen zijn doel te bereiken. De oplossingsgerichte hulpverlener is geïnteresseerd in wie of wat een positief effect heeft op de cliënt, waar hij goed in is, wat hij graag doet en welke hulpbronnen hij al in huis heeft. Door oplossingsgerichte vragen te stellen richt de hulpverlener de aandacht op het doel, de oplossingen en de competenties van de cliënt. Hij stimuleert de cliënt tot het meer doen van wat werkt of beter werkt, of 'iets anders doen als het niet werkt'. Roeden en Bannink (2007) stellen dat oplossingsgerichte therapie nog niet zo bekend is in de hulpverlening voor cliënten met een verstandelijke beperking. Oplossingsgerichte therapie richt zich op het vinden van de competenties en oplossingen van de cliënt waarover hij al beschikt. Oplossingsgerichte therapie versterkt onder andere de krachten en autonomie van de cliënten.

In de twaalf jaar die ik in de hulpverlening werk, heb ik veelal vanuit het medisch model gewerkt. In het medische model wordt gewerkt aan afname van klachten of probleemgedrag.

De laatste vier jaar ben ik in aanraking gekomen met het werken vanuit een andere visie, oplossingsgerichte therapie. Dit was echter vrij globaal en vandaar dat ik me wil verdiepen in het werken vanuit de oplossingsgerichte therapie binnen de psychomotorische therapie.

Daarnaast ben ik nog zoekende naar een manier om te werken met agressieproblemen. Deze vraag kom ik veel tegen in de praktijk en ik zou graag zoeken naar handvaten door het schrijven van deze scriptie. Daardoor kom ik tot de volgende vraagstelling:

*Wat kan van de oplossingsgerichte therapie gebruikt worden in een agressie regulatie training in PMT voor kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking?*

Met deze scriptie hoop ik te achterhalen wat ik kan gebruiken van de oplossingsgerichte therapie in het werken met jongeren met een licht verstandelijke beperking met agressieproblemen. In hoofdstuk 1 casuïstiek, heb ik een voorbeeld uit mijn eigen praktijk als PMT-er beschreven. In hoofdstuk 2 wordt de doelgroep beschreven en met welke problematieken zij te maken hebben in hun leven.

In hoofdstuk 3 wordt de oplossingsgerichte therapie beschreven met de daarbij behorende technieken. Hoofdstuk 4 bestaat uit een beschrijving van psychomotorische therapie en belangrijke aandachtspunten voor het werken met kinderen en jongeren met een LVB. In hoofdstuk 5 komt agressieregulatie aan bod en beschrijf ik hoe agressie benaderd en beïnvloed wordt vanuit PMT en OT. Hierna volgt de afronding van de scriptie en dat zijn de conclusies en beantwoording van de vraagstelling.

## **Inhoudsopgave**

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Voorwoord</b>                                                   | 2  |
| <b>Inleiding en vraagstelling</b>                                  | 3  |
| <b>Inhoudsopgave</b>                                               | 4  |
| <b>Verantwoording vraagstelling</b>                                | 5  |
| <b>Hoofdstuk 1 Casuïstiek</b>                                      | 6  |
| <b>Hoofdstuk 2 Diagnostiek</b>                                     | 8  |
| 2.1 Inleiding                                                      | 8  |
| 2.2 Wat is een licht verstandelijke beperking (LVB)?               | 8  |
| 2.2.1 Classificerende diagnostiek                                  | 8  |
| 2.2.2 Hermeneutische diagnostiek                                   | 8  |
| 2.3. Specifieke kenmerken van kinderen en jongeren met LVB         | 9  |
| 2.3.1 Sociale informatieverwerking                                 | 9  |
| 2.3.2 Sociaal-emotioneel                                           | 10 |
| 2.3.3 Cognitief                                                    | 10 |
| 2.3.4 Leren                                                        | 10 |
| 2.3.5 Zelfbeeld                                                    | 10 |
| <b>Hoofdstuk 3 Wat is oplossingsgerichte therapie (OT)?</b>        | 12 |
| 3.1 Inleiding                                                      | 12 |
| 3.2 Theoretische raakvlakken                                       | 12 |
| 3.3 Techniek van de oplossingsgerichte therapie                    | 13 |
| 3.4 Attitude oplossingsgerichte therapeut                          | 14 |
| 3.5 Oplossingsgerichte therapie en beperkingen                     | 15 |
| <b>Hoofdstuk 4 Wat is psychomotorische therapie (PMT)?</b>         | 16 |
| 4.1 Inleiding                                                      | 16 |
| 4.2 Definitie                                                      | 16 |
| 4.3 PMT modaliteiten (behandelstrategieën, interventiestijlen)     | 16 |
| 4.3.1 Oefenen, in het hier & nu, gedragstherapeutisch              | 16 |
| 4.3.2 Structureren, in het hier & nu en de toekomst, cliëntgericht | 17 |
| 4.3.3 Ontdekken, in het hier & nu, de toekomst en verleden         | 17 |
| 4.4 Attitude van de PMT-er                                         | 17 |
| 4.4.1 Attitude van de PMT-er met jongeren met LVB                  | 18 |
| <b>Hoofdstuk 5 Wat is agressieregulatie?</b>                       | 19 |
| 5.1 Inleiding                                                      | 19 |
| 5.2 Definitie                                                      | 19 |
| 5.3 Type agressieproblematiek                                      | 19 |
| 5.4 Behandeling                                                    | 20 |
| 5.5 Werkvormen                                                     | 20 |
| 5.6 Visie oplossingsgerichte therapie op agressie                  | 21 |
| 5.7 Oplossingsgerichte werkwijze bij agressieproblemen             | 21 |
| Conclusie en beantwoording van de vraagstelling                    | 23 |
| Literatuurlijst                                                    | 26 |
| <b>Verantwoording vraagstelling</b>                                |    |

Begin december 2007 ben ik als psychomotorisch therapeut gaan werken bij Arkemeyde. In het afgelopen voorjaar kreeg ons therapeutenteam een presentatie over oplossingsgericht therapie. Tijdens een intervisiesessie van de PMT-ers is er ook een ochtend besteed aan oplossingsgerichte therapie. Tijdens deze bijeenkomsten kwam ik er achter dat oplossingsgerichte therapie niet alleen bestaat uit het stellen van een paar positieve vragen. Mijn interesse werd geprikkeld om meer te weten te komen over de oplossingsgerichte therapie, een verdieping vond ik nodig. Daarnaast ben ik gaan zoeken naar belangrijke zaken in het werken met agressieregulatie. Tijdens mijn stage in het laatste studiejaar hebben we met een aantal cliënten aan agressieregulatie gewerkt. Vanuit mijn stage ben ik daarop verder gegaan, maar merk ik dat er aanpassingen nodig zijn. Ik ben op mijn werk gaan zoeken naar materiaal over de doelgroep en agressieregulatie. Er is voldoende materiaal over andere thema's als bijvoorbeeld weerbaarheid, trauma, hechtingsproblematiek en zelfvertrouwen. Over agressieproblematiek heb ik geen materiaal (literatuur, trainingen of modules) kunnen vinden. Dit vormde voor mij een aanleiding om te zoeken naar informatie. Ik ben literatuur gaan verzamelen en lezen en kwam tot mijn vraagstelling. In deze scriptie hoop ik antwoorden te vinden op de gestelde vragen over oplossingsgerichte therapie en agressieregulatie.

Arkemeyde is één van de vier orthopedagogische behandelsettings van 's Heeren Loo Kwadrant. Arkemeyde biedt residentiële en ambulante behandeling en ondersteuning aan jongeren met een licht verstandelijke beperking, in de leeftijd van 6 t/m 24 jaar.

In december 2007 ben ik bij Arkemeyde gaan werken als psychomotorisch therapeut. Ik heb 14 cliënten in mijn bestand, die de leeftijd hebben tussen de 9 en 18 jaar. De cliënten komen uit de residentiële (leefgroep Arkemeyde) en ambulante afdeling. De cliënten worden aangemeld bij het zorgloket van Kwadrant en als de cliënten passen binnen de voorwaarden van het hulpaanbod voor jongeren met een LVB, krijgen ze een screening door de vakgroep diagnostiek. Vanuit de vakgroep diagnostiek wordt een zorgaanbod gedaan en dat kan betekenen dat er een aanvraag wordt gedaan voor psychomotorische therapie. De teamleidster van de vakgroep therapie beoordeelt samen met de PMT-ers of wij een hulpaanbod kunnen verlenen. Als dit positief wordt beoordeeld volgt er een kennismakingsgesprek, waarna de partijen het eens worden over het hulpaanbod.

*Bryan is een zestien- jarige jongen en woont op een leefgroep van Arkemeyde. Hij gaat om het weekend naar huis toe, naar zijn ouders en zusje. Bryan is gediagnosticeerd met een licht verstandelijke beperking en ADHD. Hij woont sinds een paar jaar op de leefgroep, maar hij zou het liefst helemaal thuis wonen. Hij krijgt sinds april '08 PMT en kwam gemotiveerd binnen.*

*Bryan kan zijn boosheid niet tonen aan anderen en dit wordt bevestigd door groepsleiding. Je kunt niet zien aan Bryan of hij boos is. Hij zegt zelf zijn boosheid bijna constant te moeten onderdrukken. Hij nuanceert het later door te zeggen dat hij door bepaalde mensen boos wordt, die doorgaan als hij even rust wil.*

*Op de leefgroep houdt hij zich in, hij heeft namelijk een PIJ-maatregel. Als Bryan zich schuldig maakt aan een overtreding gaat de PIJ-maatregel in.*

*Een PIJ-maatregel is een plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (PIJ) en is de enige vrijheidsbenemende strafrechtelijke maatregel voor minderjarigen (www.dji.nl 2008).*

*Bryan beweert thuis een andere jongen te zijn, want daar vindt hij die beheersing niet nodig. Als hij thuis en in zijn omgeving een conflict heeft, aarzelt hij niet om agressie te gebruiken.*

*Tijdens de PMT- sessies laat Bryan graag zien hoe sterk hij is en lijkt mij te willen imponeren. Hij vertelt vaak en uitgebreid over kracht- en vechtsporten.*

Bryan is één van de zeven cliënten die voor zijn agressieproblemen naar PMT komt. Olga komt ook voor haar agressieproblemen naar PMT.

*Olga vindt badminton en tennis leuk, verder kan zij geen leuke activiteiten bedenken. De volgende ontmoeting gaan we badmintonnen. Bij elke slag die niet naar haar zin gaat, biedt zij haar excuses aan. Een paar weken verder vraag ik nog een keer wat zij een leuke activiteit vind. Tegen het einde van de therapie vertelt zij gymnastiektraining te geven aan kinderen, zij assisteert de trainer. Als ik vraag wat zij een leuke oefening vindt, noemt ze uiteindelijk trampoline springen. Olga weet nog niet of zij dit ook bij PMT wil doen, zij kan het namelijk niet zo goed. Een week later vraagt Olga of zij eerder naar huis mag. Zij heeft ruzie gehad met een klasgenoot en denkt dat hij haar opwacht. Zij was er wel mee naar de docent geweest, maar die klasgenoot moet Olga altijd hebben. En nog een keer naar die docent heeft geen zin, want volgend jaar heeft zij geen les meer van die docent.*

*Als Olga gepakt wordt door die klasgenoot, dan slaat zij hem wel even neer. Olga kan niet duidelijk aangeven wat de reden van de ruzie is, ze zaten over haar te praten. Ze moeten haar wel vaker hebben en haar gezicht komt steeds verdrietiger te staan. Olga heeft geen idee wat ze aan de situatie kan doen, ze fietst naar huis en ze ziet het wel. Het maakt haar ook niet zoveel uit hoe dat de komende weken moet. Dan houden ze toch ruzie, ze zegt gewoon niks meer tegen die klasgenoot. Met de andere klasgenoten kan ze het heel goed vinden. Ze kijkt weg, ze zit onrustiger en geef kortere antwoorden. Ze vraagt hoe laat het eigenlijk is....*

*Als ik haar op het einde vraag wat ze volgende week leuk vindt om te doen, geeft ze aan het niet te weten. Ze weet trouwens niet of ze wel kan, ze heeft iets van haar stage en moet ze tentamen doen in de supermarkt. Ze weet niet hoe laat, ze gelooft dat het s' middags is.*

*De week later is Olga aanwezig en verteld een schorsing te hebben gehad. Ze weet niet precies de reden, ze was wel wat brutaal geweest. Ze had ook gescholden, maar dat doet ze tegen haar vrienden ook.*

Bij beide cliënten kom ik specifieke kenmerken tegen die bij jongeren met een LVB aanwezig kunnen zijn. Dit zijn onder andere, een zwak en negatief zelfbeeld. De eigen mogelijkheden en beperkingen lijken ze niet realistisch in te schatten. Ze hebben veel aandacht voor negatieve informatie en bedenken weinig assertieve oplossingen. De sociale signalen krijgen al snel een vijandige attributie en ze kunnen hun eigen aandeel in hun omgang met anderen bijna niet noemen. Ze hebben moeite met het overzien van de consequenties van hun eigen gedrag.

In hoofdstuk 2 worden meer specifieke kenmerken van de doelgroep beschreven.

Al deze kenmerken bij elkaar genomen zorgen ervoor dat de jongeren met een LVB een complexe doelgroep zijn om mee te werken. Het is echter wel een uitdaging en zijn de kleine vorderingen al grote stappen vooruit.

## **Hoofdstuk 2      Diagnostiek**

### **2.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk wordt beschreven wie de doelgroep jongeren met LVB vormen en welke kenmerken zij hebben.

### **2.2 Wat is een licht verstandelijke beperking (LVB)?**

De groep waarbij sprake is van lichte zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid, worden kinderen of jongeren met een licht verstandelijke handicap genoemd, tegenwoordig benoemd als licht verstandelijke beperking.

#### **2.2.1 Classificerende diagnostiek**

Classificatie volgens Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition (DSM IV) AS II: Zwakzinnigheid:

A. Verstandelijk duidelijk onder het gemiddelde functioneren: een IQ van ongeveer 70 of lager bij een individueel toegepaste IQ-test.

B. Gelijktijdig aanwezige tekorten in of beperkingen van het huidige aanpassingsgedrag (dat wil zeggen of de betrokkene erin slaagt te voldoen aan de standaarden die bij zijn of haar leeftijd verwacht kunnen worden binnen zijn of haar culturele achtergrond) op tenminste twee van de volgende terreinen: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid.

C. Begin ligt voor het achttiende jaar.

Zwakbegaafdheid: deze categorie kan gebruikt worden als de reden voor zorg gepaard gaat met zwakbegaafdheid, dat wil zeggen een IQ van 71-80.

Psychiatrische stoornissen zijn gedefinieerd met DSM-IV criteria. De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij kinderen en adolescenten met matige tot licht verstandelijke beperkingen (30-60 versus 60-80), is in Nederland is zeer hoog: 38,6 % van de totale groep heeft een DSM-IV stoornis, 21,0 % daarvan heeft een angststoornis, 4,4 % een stemmingsstoornis, en 25,1% een disruptieve gedragsstoornis (Dekker & Koot, 2003). Een disruptieve gedragsstoornis is een overkoepelende term voor ODD en CD met drie groepen gedragsverschijnselen, te weten oppositioneel, agressief en antisociaal gedrag (Matthys 2008).

#### **2.2.2 Hermeneutische diagnostiek**

Het Landelijk Kenniscentrum LVG heeft een werkgroep die onderzoek doet naar indicatiecriteria. Daarbij is onderstaand model als uitgangspositie gekozen:

| <b>LVG-specifieke kenmerken:</b>               | <b>en bijkomende kenmerken / problematiek:</b>                     | <b>komen tot uiting in:</b>  |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| INTELLIGENTIE<br>IQ 50 - 85                    | LEERPROBLEMEN                                                      | ERNSTIGE<br>GEDRAGSPROBLEMEN |
| BEPERKT<br>SOCIAAL<br>AANPASSINGS-<br>VERMOGEN | PSYCHIATRISCHE<br>STOORNIS<br><br>MEDISCH- ORGANISCHE<br>PROBLEMEN | ERNSTIGE<br>GEDRAGSPROBLEMEN |

|                                                                                     |                                                            |                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                                                                                     | PROBLEMEN IN<br>GEZIN EN<br>SOCIALE CONTEXT                |                                                            |
| <b>en leiden tot:</b><br>CHRONICITEIT /<br>LANGDURIGE BEHOEFTE<br>AAN ONDERSTEUNING | CHRONICITEIT /<br>LANGDURIGE BEHOEFTE<br>AAN ONDERSTEUNING | CHRONICITEIT /<br>LANGDURIGE BEHOEFTE<br>AAN ONDERSTEUNING |

Bij het model is het volgende op te merken:

*1. IQ-score zegt niet alles*

De licht verstandelijke handicap laat zich in de praktijk niet alleen bepalen door een IQ-score. De IQ-score in het model moet daarom gezien worden als een signalering van een mogelijk licht verstandelijke handicap. Met een IQ-score tussen 50 en 70 is daar in alle gevallen sprake van, bij een score tussen 70 en 85 is nader onderzoek op andere velden nodig om de licht verstandelijke handicap te kunnen vaststellen.

*2. Beperkt sociaal aanpassingsvermogen*

De problematiek komt vooral tot uiting in een beperkt sociaal aanpassingsvermogen, waardoor het de jongeren niet zonder hulp lukt om zich in sociale situaties te handhaven. De kern zit in de verhouding van de jongeren met een licht verstandelijke handicap en zijn of haar omgeving: gezin, familie, vrienden, school, partnerrelaties, werk en collega's, het openbare leven, vrije tijdsbeleving, enz.

*3. Gedragsproblemen*

De jongeren met een LVB hebben vaak te kampen met een psychiatrische stoornis, leerproblemen, problemen in de gezinssituatie en/of een aandoening van medisch-organische aard. Het complex van factoren uit zich bij de jongeren in ernstige gedragsproblemen. Dat uit zich in zichzelf gekeerd (internaliserend probleemgedrag) tot juist heel drukke kinderen (externaliserend probleemgedrag) met bijvoorbeeld ADHD. De jongeren met een LVB vertonen meer antisociaal en delinquent gedrag dan jeugdigen met een IQ boven de 85. Bovendien lopen deze beide groepen kinderen een groter risico om psychiatrische stoornissen, emotionele en gedragsproblemen en delinquent gedrag te ontwikkelen op latere leeftijd (Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro, en Matthys 2006).

Ook stoornissen uit het autistische spectrum (pervasieve ontwikkelingsstoornis) komen bij deze jongeren voor. Andere problematiek is de gestoorde of vertraagde emotionele en sociale ontwikkeling. Voortkomend uit deze gestoorde of vertraagde ontwikkeling zie je bij deze jongeren o.a. hechtingsproblematiek, een lage eigenwaarde, vormen van depressie en agressie.

**2.3. Specifieke kenmerken van kinderen en jongeren met LVB**

Hieronder volgen een aantal specifieke kenmerken van de doelgroep.

*2.3.1 Sociale informatieverwerking*

Uit onderzoek naar sociale informatieverwerking (Van Nieuwenhuijzen 2004), blijkt dat jongeren met een LVB wel evenveel informatie waarnemen als gemiddelde kinderen, maar hun aandacht minder op de relevante informatie richten. Ze letten meer op de letterlijke informatie en negatieve informatie. Ze komen met minder assertieve oplossingen en ze waarderen agressieve en passieve oplossingen hoger dan goede, assertieve oplossingen (Van Nieuwenhuijzen en Elias, 2006).

Van Nieuwenhuijzen en Elias (2006) vermoeden dat jongeren met een LVB niet nadenken over de mogelijke oplossingen, maar kiezen gelijk het eerste wat in hun hoofd opkomt. Bovendien kennen ze door de verstoorde informatieverwerking vaak

verkeerde attributies toe. Kinderen met een LVB hebben moeite met het adequaat duiden van sociale signalen, vooral als het gaat om signalen met een positieve emotionele lading. Ook hebben ze problemen met het herkennen en benoemen van emoties (Ponsioen, 2001). Er is bij hen een grote kans dat de meest voorkomende oplossing een negatieve is. Dit patroon wordt zo bestendig en kan door negatieve reacties van anderen op deze negatieve oplossingen tot een negatieve spiraal leiden (Van der Gaag, 2007).

### *2.3.2 Sociaal-emotioneel*

Kinderen met een negatieve gemoedsstemming geven sociale signalen eerder een vijandige attributie. Van Nieuwenhuijzen en Elias (2006) veronderstellen dat egocontrole, impulsiviteit, aandachtspanne en emoties het verloop van sociale informatieverwerking kunnen beïnvloeden. In het algemeen wordt aangenomen dat het sociaal-emotioneel functioneren bij jongeren met een LVB een grotere achterstand heeft dan het cognitief functioneren.

Jongeren met een LVB hebben moeite hun emoties te reguleren (Mulder et al. 2006). In hun emotionele reacties kunnen ze erg onvoorspelbaar zijn. Hun stemming kan plotseling omslaan en er kan een emotionele uitbarsting plaatsvinden die in eerste instantie moeilijk te herleiden is.

### *2.3.3 Cognitief*

De cognitieve processen bij jongeren met een LVB verlopen anders dan bij de gemiddelde mens. Jongeren met LVB kenmerken zich door impulsiviteit, motivatieproblemen, geringe aandachtsspanne en te veel gebondenheid aan het onmiddellijk voorspelbare en het hier en nu (Embregts, 2000). De snelheid van het denken ligt lager, ze hebben een minder goed werkend korte termijn (werk)geheugen (Van der Wielen, 2006). Ze hebben meer moeite met het tegelijkertijd opslaan en bewerken van, vooral, verbale informatie. Ze hebben een geringe opmerkzaamheid voor oorzaak-gevolg relaties en een geringere neiging om bij problemen op zoek te gaan naar oorzaken en gedragsalternatieven. Ze hebben dus ook moeite met het overzien van de consequenties van het eigen gedrag. Ook is het vermogen tot plannen en vooruitzien kleiner (Mulder, Didden, Lenderink & Enserink, 2006; Ponsioen, 2001). Op het gebied van perspectief nemen en theory-of-mind lijkt er sprake van een achterstand (Ponsioen, 2001).

### *2.3.4 Leren*

Jongeren met een LVB denken concreet en kunnen moeilijk abstraheren. Het vermogen tot reflectie en kritisch oordelen is heel beperkt (Kraijer, 2006). Leren gaat daardoor beter in beelden of door ervaringsleren. Men moet met andere woorden eerst vallen en weer opstaan voordat men tot inzicht komt. In het algemeen moeten zaken vaker herhaald worden en duurt het langer voordat tot inzicht gekomen wordt (Impuls et al., 2007). Als ze een bepaalde vaardigheid hebben opgedaan, blijkt het voor hen moeilijk om deze in andere situaties toe te passen en in de tijd vast te houden (De Koning en Collin, 2007). Tijdens het leren zijn ze bovendien extra gevoelig voor de effecten van leerprocessen tijdens interactie, zoals inadequate bekrachtiging, onjuiste bestraffing en onverwachte reacties. Jongeren met een LVB zijn zeer gevoelig voor stress en kunnen daar ook moeilijk mee omgaan; ze hebben een zwakke coping (Dekker, Douma, Ruiten & Koot, 2006; Van der Wielen, 2006).

### *2.3.5 Zelfbeeld*

Deze gevoeligheid is waarschijnlijk gerelateerd aan het zelfbeeld. Het zelfbeeld geeft vaak een dubbel beeld. Aan de ene kant is het zelfbeeld vaak negatief en onderschat

men zichzelf (Van der Wielen, 2006). Dit negatieve beeld heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat ze situaties eerder als negatief beoordelen en vaker met tegenslagen en negatieve ervaringen te maken hebben gekregen. Hierdoor hebben ze een lagere verwachting van succes. Ze geven vervolgens eerder op waardoor er nog minder succes behaald wordt. Nieuwe uitdagingen worden niet meer aangegaan (Tali, 2004). Dit maakt hen extra gevoelig voor een juiste, positieve bejegening. Aan de andere kant worden eigen mogelijkheden en beperkingen vaak niet realistisch ingeschat en overschat men zichzelf. Aan dit slechte en inconsistente zelfbeeld licht waarschijnlijk een slechte zelfmonitoring ten grondslag. Het vermogen om naar zichzelf te kijken ontbreekt vaak (Van der Linde, 2007; Van der Wielen, 2006).

Een opvallend kenmerk van kinderen met een LVB is hun afhankelijkheid van derden om hun gedrag adequaat te sturen. Deze kinderen zijn niet in staat tot (het) sturen en evalueren van het eigen handelen. Dit hangt samen met hun gebrekkige metacognitie, het kunnen nadenken over eigen functioneren en het sturen van de eigen oplossings- en leerprocessen, het vooraf een plan maken over het eigen oplossingsgedrag en het achteraf evalueren ervan. Veel van de problemen die men met cognitieve taken bij (licht) verstandelijk gehandicapten constateert, worden meer toegeschreven aan problemen met zelfsturing en zelfregulatie dan aan de specifieke cognitieve functies. Jongeren met een LVB zijn wel echter wel in staat zijn tot plannen, en strategiehantering indien zij de structuur en de strategieën krijgen aangereikt (Ponsioen, 2001).

Volgens Janssen en Schuengel (2006) hebben goed- en afkeuring van anderen een grotere impact.

## **Hoofdstuk 3      Oplossingsgerichte therapie (OT)**

### **3.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk wordt beschreven waar de therapie zich op richt en op welke wijze ze dit doet. Vervolgens worden de theoretische raakvlakken genoemd en de attitude van de oplossingsgerichte therapeut. Tot slot volgt een beschrijving van de oplossingsgerichte therapie en beperkingen.

In de OT staan de ontwikkelingsmogelijkheden en competenties van de cliënt staan centraal en niet de klachten (Roeden en Bannink 2007, Weerman 2006). De OT houdt zich niet zoveel bezig met het probleem, er wordt gekeken naar wat goed gaat en hoe de oplossingen versterkt kunnen worden.

Oplossingsgerichte therapie gaat over het ontwerpen van de door de cliënt gewenste situatie in de toekomst en het vinden van oplossingen die de cliënt helpen zijn doel te bereiken. De oplossingsgerichte hulpverlener is geïnteresseerd in wie of wat een positief effect op de cliënt heeft, waar hij goed in is, wat hij graag doet en welke hulpbronnen hij al in huis heeft. De therapeut werkt vanuit de “niet-wetenhouding”: de cliënt is expert en degene die weet waar hij naar toe wil. De oplossingen zijn niet de keerzijde van het probleem, het is een andere categorie.

OT kan worden beschouwd als een variant van kortdurende cognitieve gedragstherapie. Het verschil met probleemgerichte gedragstherapie zit zowel in de toegepaste technieken als in het denkkader. In het probleemgerichte model wordt de cliënt gezien als iemand met een of meerdere problemen. De therapeut helpt bij de genezing van de cliënt. Dit denken over de cliënt als zorgvrager, als hulpbehoevend, komt voort uit het medische model. Binnen dit model is de therapeut de specialist. Deze stelt een diagnose op basis van onderzoek naar het ontstaan van het probleem en van de ernst en frequentie van het probleem. Op basis van deze diagnose wordt een ‘passende behandeling’ voorgeschreven. Dit leidt vervolgens tot symptoomreductie.

### **3.2 Theoretische raakvlakken**

OT heeft raakvlakken met het sociaal constructivisme, cognitieve gedragstherapie, de cliëntgerichte benadering en de narratieve therapie.

Het sociaal constructivisme heeft als uitgangspunt dat wat iemand ervaart als realiteit, geconstrueerd wordt in gesprek met anderen. Betekenissen en opvattingen over die werkelijkheid worden gemaakt in omgang met anderen en als gevolg van taal. De therapeut gaat doelgericht in conversatie met de cliënt en laat zich informeren door de cliënt, welke hij beschouwt als expert. Veranderingen vinden plaats als de cliënt anders naar zijn situatie gaat kijken en bereid is daar naar te handelen (Roeden en Bannink 2007).

De cognitieve gedragstherapie gaat uit van het waarneembare gedrag wat bij de mens wordt geordend en verklaard via een algemeen systeem van begrippen en wetmatigheden. Een belangrijk uitgangspunt is de leertheoretische benadering, dat wil zeggen dat sommige vormen van “abnormaal gedrag” zijn aangeleerd. Door dezelfde leerprocessen is “abnormaal gedrag” ontstaan en in stand gebleven, net als normaal gedrag. Ongewenst gedrag is aangeleerd en kan dus ook weer afgeleerd worden. De cognitieve gedragstherapie en oplossingsgerichte therapie maken beide gebruik van leerprincipes. De therapeut dient congruent, empathisch en betrokken te zijn (Weerman 2006).

De cliëntgerichte benadering vindt dat elk mens een aangeboren kracht heeft om zichzelf te ontwikkelen in een richting die goed is voor zichzelf en anderen. Mensen

willen zich graag ontplooiën. De mens, een baby, ontwikkelt zich onder de juiste omstandigheden tot een gezond functionerende volwassene. Mensen met problemen zijn (tijdelijk) vastgelopen in hun ontwikkeling.

Volgens de cliëntgerichte benadering is het onmogelijk om iemand ergens definitief in te delen, mensen ontwikkelen zich en niemand is een standaard "geval". Men richt zich op de persoon en niet op een stoornis. De mens wil zichzelf actualiseren, zijn verborgen talenten actualiseren. De therapeut accepteert de cliënt onvoorwaardelijk, toont empathie en is congruent, zodat de cliënt zich kan ontwikkelen (Weerman 2006).

De narratieve therapie van White en Epston (1990) maakt gebruik van het externaliseren van het probleem. De cliënten kunnen hun probleem zien als wat losstaat van zichzelf, al beïnvloedt het de cliënten wel. Maar niet altijd en heeft in hun leven niet overal de controle over. White en Epston geven met het externaliseren de cliënten de vrijheid om zich los te maken van hun problematische zelfbeeld. Door te vragen hoe het probleem hun leven en netwerk beïnvloedt, bieden zij de mogelijkheid om de cliënten meer controle te krijgen.

Problemen kunnen ook geëxternaliseerd worden door onder andere te tekenen, gebruik te maken van drama, dieren, video en muziek (Roeden en Bannink 2007).

### **3.3 Techniek van de oplossingsgerichte therapie**

De visie en herkomst van de oplossingsgerichte therapie zijn hierboven beschreven. In de volgende alinea's wordt er beschreven hoe de therapeut praktisch aan het werk gaat met de cliënt. De therapeut heeft een aantal technieken tot zijn beschikking, welke kenmerkend zijn voor de oplossingsgerichte therapie.

#### **Goed geformuleerde doelen**

Bij de oplossingsgerichte therapie is het voornaamste dat de doelen belangrijk zijn voor de cliënt. De doelen moeten concreet, gedragsmatig en meetbaar zijn. De doelen worden mogelijk in positieve bewoordingen geformuleerd. Het is beter een eerste kleine stap te benoemen dan het eindresultaat. Het doel moet wel een uitdaging voor de cliënt vormen, maar het moet wel realistisch en haalbaar zijn.

*Olga en haar ouders zijn aanwezig bij de kennismaking met mij. Als we het over de doelen gaan hebben, geven Olga en haar moeder een aantal doelen aan. Op een gegeven moment zegt haar moeder dat Olga moet leren om zich veilig te hechten. Nadat dit doel ook opgeschreven was, vraag ik aan Olga wat veilig hechten eigenlijk betekent. Olga kijkt wat onzeker en zegt eerlijk niet te weten wat het betekent. Moeder zegt dat ze dat op de vorige instelling hadden gezegd.... We besloten om allereerst met de andere doelen te gaan werken.*

#### **Wondervraag**

De wondervraag stelt de cliënt in staat te visualiseren wat het resultaat zal kunnen worden van de therapie. De cliënt beschrijft wat er anders zal zijn wanneer door een "wonder" de situatie veranderd is. Vaak geeft het denken hierover al een heel positief en constructief idee en gevoel. Dit is bijzonder motiverend, omdat de problemen nu niet meer centraal staan en de stemming negatief beïnvloeden. De wondervraag lijkt een verhaaltje met daarin verschillende vragen en suggesties.

#### **Uitzonderingen voortbouwen op de krachten en successen van de cliënten**

Geen enkel probleem zal zich onophoudelijk voordoen, dit wil zeggen dat er uitzonderingen zijn. Als cliënten al een uitzondering hebben meegemaakt, een vroeger succes, waarom zou je dan niet proberen die te laten herhalen?

Door vragen te stellen over de momenten waarop het probleem zich niet of in mindere mate voordoet, achterhaalt de therapeut voorbijzittende uitzonderingen die de cliënt als hulpbron voor verandering kan gebruiken.

### **Schaalvragen.**

De mens lijkt een verlangen te hebben te meten, te tellen, te vergelijken, in kaart te brengen waar hij staat in verhouding tot iets of iemand anders.

Zo kunnen bijvoorbeeld emoties op deze manier in kaart gebracht worden, dit kan met cijfers, tekeningetjes, voorwerpen (Roeden en Bannink, 2007).

Meestal wordt er geen 0 gegeven, dus vormt dit een mooie aansluiting met een positieve opmerking dat het blijkbaar het niet altijd fout gaat.

Het is mogelijk dat de 10 niet het eindresultaat hoeft te zijn, iemand kan tevreden zijn met een voldoende voor zijn doel.

Het meetbaar maken heeft ook als consequentie dat de doelen in concrete, gedragsmatige, meetbare termen worden gesteld. De therapeut let erop dat dit ook realistische termen moeten zijn. Het gebruik van schalen werkt als een middel tot verankering dat de cliënt toelaat zijn eigen situaties te meten, te schatten en te evalueren. Het helpt hem het volgende stadium van vooruitgang te visualiseren en de benodigde inspanning vast te stellen die hij zal moeten kunnen leveren.

*Als de spanningsmeter aan Bryan geïntroduceerd wordt kan hij globaal aangeven wanneer hij spanning voelde. Na een paar vragen zegt Bryan de spanningsmeter te herkennen. Hij herkende de spanningsmeter, hij had er één met kleuren gebruikt. Hij wist aan te geven dat hij zich groen (rustig), oranje (geïrriteerd) of rood (boos) voelde.*

### **Competentievragen.**

De oplossingsgerichte therapie leert de doelgroep kijken naar eigen competenties.

Dit leidt tot een grotere controle over het eigen leven, meer onafhankelijkheid en meer zelfvertrouwen, belangrijk voor het welbevinden en kwaliteit van leven.

Complimenten vormen een essentieel onderdeel van het oplossingsgericht werken.

Het is de manier om dingen te erkennen die goed gaan in het leven van de cliënt.

Ondanks het feit dat het er zo treurig uit kan zien, bevat het leven van een cliënt toch heel wat kleine successen, dingen die ze goed doen of hebben gedaan.

De eerdere of huidige successen worden gebruikt om de gewenste situatie in de toekomst te bereiken. Pas in het geval dat de cliënt het niet weet, zal de hulpverlener zelf suggesties aandragen en door middel van competentievragen oplossingsstrategieën van de cliënt naar voren halen.

Complimenten zijn er ook om te benadrukken dat er positieve intenties zijn of geweest zijn, zelfs als het niet verloopt zoals het bedoeld was.

### **3.4 Attitude oplossingsgerichte therapeut**

Oplossingsgerichte therapeuten zien de cliënten als competente en vindingrijke individuen (Berg en Dolan 2002). Oplossingsgerichte therapeuten beschouwen de cliënten als mensen die meer positieve, dan negatieve intenties hebben. Een oplossingsgerichte therapeut aanvaardt onvoorwaardelijk de mening van de cliënt. De therapeut gebruikt de perceptie van de cliënt als waardevolle hulpbron bij het realiseren van de verandering die door de cliënt gewenst wordt.

Hoewel de oplossingsgerichte therapie het hiërarchisch model van de relatie tussen therapeut en cliënt erkent, aanvaardt en er gebruik van maakt, is deze relatie niet gebaseerd op autoriteit, maar is eerder gelijkwaardig en democratisch gestructureerd (Berg en Dolan 2002).

Oplossingsgerichte therapeuten zullen zelden een oordeel formuleren over wat de cliënten willen en nastreven. Ze stellen echter een reeks vragen die de keuzemogelijkheden van de cliënt uitbreidt in plaats van beperkt. Dit wordt omschreven als “leiden van één stap achter” (Cantwell & Holmes, 1994).

De oplossingsgerichte therapeut is vrij directief doordat de hij niet verlegen is om de leiding te nemen. Hij zal niet proberen om de cliënt om te praten of in een bepaalde richting te duwen of te trekken. Vanuit ‘de achtergrond’ gidst de therapeut de cliënt voorzichtig door hem ‘schouderklopjes’ te geven.

Dit is een vriendelijke en respectvolle benadering en de keuzes van de cliënt worden erkend en geaccepteerd. De keuze tussen sturen en achteroverleunen vraagt sensitiviteit en de bereidheid cliënten hun eigen onderbouwde keuzes te laten maken, erop vertrouwend dat zij weten wat uiteindelijk het beste is voor henzelf.

“Leiden van een stap achter” begint met luisteren naar wat de cliënt naar voren brengt, zelfs wanneer dit in lijkt te druisen tegen gezond verstand of de kennis van de therapeut. De therapeut stelt echter wel vragen die de overwegingen van en bij de cliënt steeds duidelijker maken, zodat de cliënt ook nieuwe betekenissen ontdekt of ziet wat de consequenties van een keuze concreet inhouden. Deze vragen vormen de houding van niet-weten, de cliënt is de expert van zijn eigen leven.

Mits deze vragen op een vriendelijke, verzorgende en niet-wetende manier worden gesteld, kan de cliënt zich competent voelen om eigen oplossingen te vinden.

Doordat de OT focust op mogelijkheden, op wat er wel lukt, is het voor cliënten met een verstandelijke beperking een motiverende therapie. OT maakt onderscheid tussen problemen en beperkingen, voor sommige moeilijkheden is geen haalbare oplossing voor handen. Met beperkingen kan men leren omgaan met hulpmiddelen en strategieën. Problemen zijn zaken waarin wel een verandering mogelijk is (Le Fevere de Ten Hove 2004).

### **3.5 Oplossingsgerichte therapie en beperkingen**

De oplossingsgerichte therapie is goed toepasbaar gebleken voor alle soorten cliënten. Belangrijk is dat de cliënten een doel hebben waaraan ze willen werken (Cladder 1999). Uit literatuur is bekend dat vele soorten problemen met oplossingsgerichte therapie behandeld kunnen worden. Zo ook aan cliënten met een LVB (Franklin e.a., 2001, Stoddart e.a., 2001, Murphy & Davis, 2005, Smith, 2005, Westra & Bannink 2006, Roeden en Bannink, 2007).

Stoddart e.a. (2001) vonden dat cliënten met een licht verstandelijke beperking en cliënten met een borderline intelligentie (IQ 70-85) het meest profiteerde van een oplossingsgerichte behandeling.

Binnen de oplossingsgerichte therapie aan cliënten met een LVB (en hun ouders) wordt hen geleerd om op zoek te gaan naar hun hulpbronnen. Dit oplossingsgericht therapeutisch werken, is in de praktijk bij uitstek toe te passen bij jongeren met LVB, omdat dit model niet uitgaat van inzicht. Er wordt namelijk gezocht naar haalbare en werkbare oplossingen vanuit de cognitieve beperking van de jongeren. De hulpbronnen dienen herkenbaar te zijn doordat het hun eigen ervaringen zijn uit het dagelijkse leven. Het model dient eenvoudig te zijn, het sluit aan bij hun taal en interesses en de communicatie verloopt op hun eigen niveau. Er dient een duidelijke structuur te zijn, de de bijeenkomsten zijn afgebakend in tijd en ruimte.

## **Hoofdstuk 4      Wat is psychomotorische therapie (PMT)?**

### **4.1 Inleiding**

Om duidelijk te krijgen wat PMT is, begint dit hoofdstuk met een definitie. Vervolgens beschrijf ik de PMT- modaliteiten en wordt er afgesloten met de attitude van de psychomotorische therapeut (PMT-er) die aansluit bij de doelgroep.

### **4.2 Definitie**

Een definitie van PMT volgens de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT) (website):

*"Het tot stand brengen van een gedragsverandering of tenminste een bijdrage te leveren daaraan en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te verminderen". De psychomotorische therapie biedt een veilige plek om te experimenteren met ander gedrag. Ook kunnen nieuwe ervaringen op het gebied van voelen en denken opgedaan worden. Tijdens de psychomotorische therapie "krijgt men de gelegenheid om leerervaringen en correctieve emotionele belevingen op te doen".*

*De therapeut beïnvloedt de deelnemer, zodat de deelnemer in staat wordt gesteld om aan zijn problemen te werken, met als doel dat de deelnemer met zijn problematiek kan omgaan of dat het geen probleem meer vormt. De therapeut zorgt dat de deelnemer zich veilig voelt en "aan het werk" kan gaan.*

Psychomotorische therapie maakt voor de beïnvloeding van het probleemgedrag gebruik van specifieke werkvormen. Zij zijn afkomstig uit:

- de bewegingscultuur, zoals sport en spel (bijvoorbeeld balspelen, racketspelen), turnen, zwemmen, zelfverdediging, dans- en bewegingsexpressie, lopen, fysicaal fitness.
- de lichaamservaringscultuur, zoals ontspanningsoefeningen, groundingsoefeningen, psychomassage, body- en sensoryawareness, Pessoth- psychomotortherapie en bio-energetica.

Binnen de psychomotorische therapie worden deze werkvormen op methodische wijze gebruikt. Het bieden van een passende, op de cliënt toegesneden context voor de behandeling is daarbij essentieel. Dat betekent dat, naast het gebruik van de genoemde non-verbale methodieken, ook verbale interventies van belang zijn. Psychomotorische therapie is een ervaringsgerichte ofwel experiëntiële therapie, waarbij betekenisverlening aan bewegingsgedrag en lichamelijke een belangrijke plaats inneemt. Dat vereist vakkennis en vakkundigheid op een breed gebied: van bewegen en lichamelijke tot algemene en psychotherapeutische hulpverlening (Sietsema 2005). Kuin (2000) omschrijft het als volgt: het ervaringsgerichte leren is doen, ervaren, evalueren/reflecteren en opnieuw doen. PMT is een goede ingang vanwege het non-verbale karakter, de jongeren hebben ruimte om zich te uiten en kan goed aansluiten bij hun belevingswereld (Impuls et al., 2007). De non-verbale oefenvormen binnen PMT doen recht aan de lichamelijke drang tot handelen die vanaf de vroege ontwikkeling bij agressie hoort (Sturkenboom 1986).

### **4.3 PMT modaliteiten (behandelstrategieën, interventiestijlen)**

De psychomotorische therapie werkt globaal genomen met drie cyclisch samenhangende behandelstrategieën of modaliteiten, dit zijn:

#### **4.3.1 Oefenen, in het hier & nu, gedragstherapeutisch**

De PMT-er reikt duidelijke structuren aan, waarbinnen de cliënt oefenend geconfronteerd wordt met lichaamservarings- en bewegingssituaties. Al oefenende werkt de cliënt aan het vergroten van het waarnemings- en belevingsvermogen en

het gedragsrepertoire. In deze strategie is het centrale doel dat de cliënt contact krijgt en in contact blijft met zijn omgeving en/of zijn lichaam. Dit gebeurt binnen de aangeboden structuren en zo kan de cliënt leren omgaan met zijn problematiek. Gaandeweg bestaat de mogelijkheid dat de cliënt de aangeboden structuren internaliseert.

De PMT-er heeft de taak om een duidelijke structuur en veiligheid te scheppen waar binnen de cliënt kan oefenen. De cliënt kan de situatie zelf gaan structureren, indien het ontwikkelingsproces dit toelaat, kan de therapeut dit zelfstructurende gedrag aanmoedigen (Sietsema 2005).

*Olga loopt met een hoog tempo over de bank heen. De bank gaat op de tweede sport van het wandrek, ook nu loopt ze in een vrij hoog tempo over de bank. De bank komt op de derde sport en Olga wandelt over bank. Ze loopt met ingehouden adem en een samengeknepen mond. Bij navraag herkent ze mijn observatie niet, ze liep gewoon naar boven. Als de bank naar de vierde sport gaat, geeft ze aan last van haar knie te hebben. De volgende activiteit zou trampoline springen worden. Olga ziet het wel zitten, ze sprint wel voorzichtig....*

*Ik heb de indruk dat Olga niet stilstaat bij wat er met haar gebeurt als er spannende dingen gebeuren. Ze neemt de tijd niet om hier bij stil te staan en is zich niet bewust van haar lichaamssignalen. De volgende keer vraag ik haar om mij te observeren bij een spannende activiteit.*

#### **4.3.2 Structureren, in het hier & nu en de toekomst, cliëntgericht**

Bij deze strategie leert de cliënt experimenteren met gedragsalternatieven en effecten van deze alternatieven op zijn gedrag, in relatie tot zijn omgeving. Deze alternatieven hebben aspecten van het denken, voelen en handelen van de cliënt in zich. Ze zijn niet te zien als losstaande aspecten, maar altijd met elkaar verweven. Leren experimenteren is ingebed in structuren (regels, afspraken, tijd) die op alle drie de aspecten invloed uitoefenen. De cliënt ontwikkelt het zelfstructurende gedrag in de therapiesituaties, om het vervolgens ook in zijn leven buiten de therapiesituaties te leren ontwikkelen en toepassen.

Het is de taak van de PMT-er om veiligheid en uitdaging te scheppen en zodoende zal de cliënt ruimte krijgen om met zijn gedrag te experimenteren. De PMT-er dient het gedrag van de cliënt, zijn eigen gedrag en de situatie, zodanig te structureren dat de cliënt zicht krijgt op zijn eigen gedrag, in relatie tot zijn omgeving. De PMT-er zal de cliënt focussen op het gedrag wat voor de cliënt met zijn hulpvraag van belang is (Sietsema 2005).

#### **4.3.3 Ontdekken, in het hier & nu, de toekomst en verleden, psychodynamisch**

In deze strategie staan onverwerkte, verdrongen herinneringen en interpsychische conflicten centraal, die verwijzen naar traumata (Sietsema 2005).

Deze onderwerpen van de modaliteit ontdekken is naar mijn idee weinig relevant voor de jongeren met LVB. Het vraagt om inzicht in het eigen inadequate gedrag in relatie met sociale verbanden. Dit vraagt om zelfreflectie, inlevingsvermogen en het overzien van oorzaak en gevolg. Met deze dingen hebben de cliënten juist (grote) moeite en het lijkt me dat de doelgroep hiermee overvraagd wordt.

De therapeut zou een uitstap kunnen maken om de cliënten bewust te maken van inadequate gedrag en overlevingsstrategieën.

#### **4.4 Attitude van de PMT-er**

De attitude van de PMT-er is afgestemd op de doelgroep en zal hoofdzakelijk gedragstherapeutisch en cliëntgericht zijn (Uijting 2007).

De gedragstherapeutische attitude kenmerkt zich door congruentie, empathie en betrokkenheid. De therapeut is gericht op samenwerken en is daarbij gericht op het veranderen van gedachten en gedrag. De therapeut stelt zich actief en directief op en hij stuurt en leidt. De therapeut schept veiligheid en structureert en hij geeft opdrachten, voorlichting, uitleg en moedigt aan.

Vanuit de cognitieve-gedragstherapie zal de therapeut irrationele, disfunctionele gedachten met de cliënt opsporen. De therapeut zal er voor waken dat de cliënt zich niet aangevallen of afgewezen voelt. De therapeut heeft een rol van trainer, hij traint de cliënt in het gebruiken van nieuwe gedachten en gedrag (Weerman 2006).

De cliëntgerichte therapeut accepteert alles wat de cliënt ervaart, het is een positieve, onvoorwaardelijke acceptatie. Dit betekent niet dat elk gedrag wordt geaccepteerd. De therapeut kenmerkt zich door empathie en congruentie en geeft onvoorwaardelijke waardering aan de cliënten. De therapeut biedt een veilige sfeer waarin de cliënt zich uitgenodigd voelt om de eigen gedachten- en gevoelswereld te verkennen. Empathie gaat om het echt inleven in de belevingswereld van de cliënt door de therapeut. De therapeut laat zich zien als een 'echt' mens, hij laat iets van zichzelf zien. Zelfonthullingen zet de therapeut gedoseerd in, zodat de cliënt ermee geholpen kan zijn. De therapeut is betrokken vanuit zichzelf en niet alleen vanuit zijn rol als therapeut. De therapeut oordeelt nooit over de cliënt en spreekt voor zichzelf. De therapeut probeert te begrijpen wat de cliënt beleeft en verheldert en reflecteert wat de cliënt zegt. De therapie is erop gericht om het zelfbeeld van de cliënt dichter bij het 'echte' zelf te brengen (Weerman 2006).

#### *4.4.1 Attitude van de PMT-er met jongeren met LVB*

In hoofdstuk 2 werden specifieke kenmerken van de doelgroep beschreven en de therapeut stemt zijn attitude daar op af. Hij zoekt aansluiting bij de belevingswereld van de cliënt, toont begrip voor het probleemgedrag en accepteert de cliënt zoals hij is. De psychomotorische therapeut houdt rekening met het niveau wat het kind of jongere in de therapie laat zien. De kalenderleeftijd van de cliënt geeft lang niet altijd de sociaal-emotionele leeftijd aan, deze is vaak lager.

Jongeren met gedragsproblemen hebben in het algemeen een tekort aan eigen structurerend, probleemoplossend vermogen. De therapeut biedt structuur om de wereld veiliger, overzichtelijker en beter voorspelbaar te maken (van Lieshout 2002). Vanuit veiligheid en vertrouwen zullen jongeren met een LVB veel eerder geneigd zijn hun eigen mogelijkheden te ontdekken (Pfeiffer 1997, Boer et al. 2006).

Jongeren met een LVB hebben vaak tijd nodig om verbale informatie te verwerken. Dit betekent dat de PMT-er kleine porties informatie geeft en niet te snel praat. Het taalgebruik is eenvoudig, concreet en bondig (Appel & Kleine Schaars, 1993, Van der Linde, 2007). Dit betekent bijvoorbeeld geen moeilijke woorden, geen dubbelzinnig taalgebruik en geen twee vragen in één zin. De verbale informatie kan ondersteund worden door gebruik te maken van concreet materiaal en veel visualiseren, bijvoorbeeld door middel van whiteboard, plaatjes, posters, video en rollenspelen.

De therapeut moet niet te snel willen gaan en ook niet te snel resultaten willen behalen. Hij zorgt er wel voor dat de jongeren succeservaringen opdoen.

De therapeut is gericht op competentievergroting, versterkt wat goed gaat en leert nieuwe vaardigheden aan die nodig zijn voor het volbrengen van een doel of taak. Het is van belang de dingen die goed gaan zoveel mogelijk te benoemen. Dit draagt tegelijkertijd bij aan het zelfvertrouwen van de cliënt (Van der Linde 2007, Pfeiffer 1997).

## **Hoofdstuk 5      Behandeling van agressie**

### **5.1 Inleiding**

Wat is agressie (definitie) en welke agressie komt er in de praktijk voor. Daarna wordt er gekeken naar de behandeling met werkvormen. Tot slot wordt de oplossingsgerichte visie op agressie gegeven en een oplossingsgerichte werkwijze met agressieproblemen.

Došen (2005) stelt dat bij mensen met een verstandelijke beperking, agressief gedrag veel vaker voor komt dan bij de gewone populatie. Dekker & Koot (2003) onderzochten dat het drie tot vier maal vaker voorkomt. Van Maanen (2001) geeft aan dat agressief gedrag valt onder de moeilijkst te behandelen categorieën.

### **5.2 Definitie**

Een definitie van agressie door van der Ploeg (1997): agressie wordt opgevat als het schade toebrengen aan een ander, de ander aanvallen of bedreigen met psychisch en/of fysiek geweld. Agressie kan er op vele manieren uitzien, het kan fysiek (slaan, schoppen), verbaal (schelden), direct (schelden, slaan) en/of indirect (stoken) zijn.

Bovenstaande definitie kan worden ingedeeld bij destructieve agressie (Boerhout en van der Weele 2008). Onderdrukte emoties, zoals woede, wanhoop, wrok of cynisme, kunnen hierbij de kop opsteken. Tegenover destructieve agressie staat constructieve agressie, welke nodig is om ergens op af te gaan, om eigenheid te verwerven of om zich te kunnen verbinden en begrenzen (Boerhout en van der Weele 2008).

### **5.3 Type agressieproblematiek**

Klomp (1995) maakt onderscheidt drie veel voorkomende typen agressieproblematiek:

1. instrumenteel, behoefte aan macht/erkenning: je zin krijgen, de baas spelen
2. geringe frustratietolerantie, onzekerheid en angst: undercontrollers, van je af slaan
3. negatief zelfbeeld, externe locus of control: overcontrollers, opkroppen en ontploffen

Welke type een cliënt heeft is niet eenvoudig aan te duiden, er is meestal wel één type die op de voorgrond staat. De typering van agressie verwijst naar het gedrag, de uitingsvorm en de manier waarop cliënten omgaan met agressie. De insteek bij overcontrollers is het vergroten van het probleemoplossend vermogen. Het vergroten en gevoeliger maken van de waarnemingen is voor overcontrollers, maar zeker voor de undercontrollers. De undercontrollers nemen summier, selectief of vervormd waar, hierdoor kunnen eenzijdige interpretaties gemaakt worden. Ze interpreteren een situatie dan al snel als agressieprovocerend. Hun eigen gedrag waarderen ze als minder agressief dan dat hun omgeving dat doet. Ze waarderen het gedrag van de ander als agressiever dan hun eigen gedrag (Lochman, White en Wayland 1991).

*Ik heb 14 cliënten in mijn bestand, waarvan er 7 de hulpvraag hebben om te leren omgaan met hun boosheid. De cliënten uitten hun agressie op een verbale manier, door bijvoorbeeld te schelden, te bedreigen of te manipuleren. De fysieke manier wordt ook gebruikt door bijvoorbeeld te slaan, te schoppen of het vernielen van voorwerpen. Deze cliënten behoren tot het type undercontrollers. Mijn indruk is dat ze zich in conflicten al snel agressie gebruiken en houden met dit gedrag anderen op*

*afstand. Sommige cliënten komen erg stoer of hard over en anderen horen er graag bij. Dit zijn voornamelijk de cliënten die behoefte aan erkenning en macht willen hebben, het type instrumentele agressie.*

#### **5.4 Behandeling**

In hoofdstuk 1 zijn kenmerken van de kinderen en jongeren genoemd welke invloed kunnen hebben op hun agressieprobleem. Deze kenmerken zorgen voor belangrijke aandachtspunten in het behandelen van agressieproblemen. De therapeut stemt zijn attitude af zoals beschreven staat in hoofdstuk 4.

Een behandeling begint met een intake of kennismaking. Deze is erg belangrijk, maar zal ik verder niet beschrijven.

In de eerste contacten worden er duidelijke afspraken gemaakt. De cliënten moeten weten wat ze kunnen verwachten en wat de spelregels zijn. De therapeut geeft zijn eigen visie over agressie. Bijvoorbeeld dat agressie ooit een goede oplossing was om een situatie op te lossen. Hiermee krijgt de cliënt erkenning, maar tevens de uitdaging om een meer adequate manier te vinden.

Het onderwerp waarneming krijgt veel aandacht, de waarneming vanuit de omgeving en bij zichzelf. Het signaleren van lichaamssignalen, als een graadmeter voor oplopende spanning en de link leggen om assertief in plaats van agressief te reageren. De cliënten kunnen leren om uit de situatie te stappen en/of om hulp te vragen. Het spanningniveau kan duidelijk worden gemaakt door een schaalverdeling te maken op een thermometer (Uijting 2002).

Verder is er aandacht voor de interpretaties van de waarnemingen en de invloed daarvan op het denken, voelen en handelen.

Het is belangrijk dat de cliënten steeds meer zicht krijgen hoe ze met agressie omgaan of om willen gaan. Hierbij kan een kosten-batenanalyse worden gemaakt, de baten van nieuw gedrag kan duidelijk worden neergezet (Uijting 2002).

De cliënten kunnen leren hun grenzen aan te geven zodat mogelijk hun irritatie niet oploopt. Kuin (2000) noemt dit het kernbegrip in de behandeling van impulscontroleproblemen. Het is (on-)vermogen tot afgrenzing, de cliënten wordt geleerd om impulsief gedrag voor te blijven of voortijdig te kunnen stoppen.

De cliënt en therapeut bouwen de spanning op tot controleverlies dreigt. Dat is het moment om gedragexperimenten uit te voeren en de spanning te laten dalen.

Verder is het belangrijk om aan een positief zelfbeeld te werken, dit kan door het bekrachtigen van positief gedrag en het geven van succeservaringen. De cliënten kunnen meer vertrouwen in eigen competenties en oplossingen ontwikkelen.

Het is belangrijk om met alle betrokken milieus af te stemmen en een eenduidige aanpak neer te zetten. Zo kan er optimaal met de transfers vanuit de therapie gewerkt worden.

*Bij het stoten op een bokskussen wordt Bryan gevraagd op mijn gezicht te letten. Hij ziet op mijn 'vertrokken gezicht' dat de stoten aankomen. Bryan geeft aan dat zijn stoten wel hard aan zullen komen bij mij. Hij herkende deze oefening van een eerder gevolgde training, daarin heeft hij gezien wat geweld met slachtoffers deed.*

#### **5.5 Werkvormen**

Hieronder volgen oefeningen die goed bruikbaar zijn in het werken met agressieproblemen. Uiteraard zijn dit niet de enige oefeningen.

1. *Waarnemingsoefeningen:* elkaar blind begeleiden met een stok als verbindingsmiddel tussen elkaar in en zodoende de ander waarnemen. De therapeut vraagt aan de cliënt om op zijn expressie te letten tijdens activiteiten. Ook worden er

aandacht gevraagd voor de interpretatie van de cliënt en er adequaat op te reageren. Er worden oefeningen aangeboden waarbij spanning in het lichaam is te voelen. Dit is goed oproepbaar bij activiteiten met gesloten ogen te doen en activiteiten die de hoogte ingaan.

2. *Benaderingsoefeningen*: eigen grenzen bepalen door een ander te laten naderen en te laten stoppen. De jongeren kunnen leren hun grenzen aan te geven zodat mogelijk hun irritatie niet oploopt. Daarnaast wordt ook helder op basis waarop een jongere zijn grens aangeeft (bijvoorbeeld cognitief, gevoel, angst, sociaal wenselijk)

3. *Sport- en spelvormen met elkaar of tegen elkaar*: aangeven van grenzen, regels maken en hanteren, waardoor bewustwording kan ontstaan over oplopende irritatie en agressie. Bij het voorstellen, maken en hanteren van regels gebruik je oplossingsstrategieën. De transfer naar het dagelijkse leven is goed te gebruiken.

4. *Duelleren (boks- en stoeivormen of zwaardvechten)*: de mogelijkheid fysiek pijn gedaan te worden en pijn te kunnen doen, is voor jongeren met overcontrol vaak een extra trigger om snel te reageren. Ze kunnen leren om zich in deze situatie te beheersen, grenzen aan te geven, navragen, uit de situatie stappen (Uijting 2002).

De therapieruimte wordt in tweeën verdeeld, er is een werkruimte waar de spanning hoog kan zijn en een neutrale ruimte waar de spanning omlaag wordt gebracht (Kuin 2000).

*Bij de benaderingsoefening gaf Bryan fysiek zijn grens aan en tijdens duw- en stoeivormen probeert hij met gemene trucjes te winnen.*

*Vooraf aan de benaderingsoefening riep hij stoer dat hij niet bang was en dat ik wel mocht komen. Hij liet mij inderdaad komen tot aan zijn neus. Bij een volgende benadering trekt hij zijn knie omhoog. Tijdens het nabespreken geef ik een zelfonthulling over mijn gedachten. Bryan beaamt dat toen ik dichterbij kwam, hij dacht: “rot op”. Hij kreeg een compliment voor het aangeven van zijn grens, de stap naar een assertieve begrenzing is gezet.*

## **5.6 Visie oplossingsgerichte therapie op agressie**

Kids' Skills is een oplossingsgerichte methode waarmee kinderen op een positieve en constructieve manier problemen overwinnen door nieuwe vaardigheden te leren. Agressief gedrag kan worden gezien worden als een teken dat er een elementaire vaardigheid ontbreekt die elke kind nodig heeft om niet zijn toevlucht te hoeven nemen tot agressief gedrag tegenover anderen. Agressieve kinderen kunnen te weinig zelfbeheersing hebben of niet met hun woede om kunnen gaan. Dit zijn te grote of complexe vaardigheden, dus worden die eerst in kleine vaardigheden opgedeeld voordat het kind ze kan leren.

Kids' Skills gaat de ontbrekende vaardigheden uitzoeken door situaties te analyseren waarin het kind zich gewelddadig gedraagt. Het zijn eigenlijk kinderen die in bepaalde situaties de neiging hebben zich agressief op te stellen omdat het hun ontbreekt aan de concrete vaardigheden die zij nodig hebben om zich constructiever te gedragen (Furman 2006).

## **5.7 Oplossingsgerichte werkwijze bij agressieproblemen**

Oplossingsgerichte therapie zet haar techniek in bij agressieproblemen, welke in paragraaf 3.3 genoemd zijn. De therapeut maakt kennis met de cliënt, geeft een uitleg over zijn werkwijze. De therapeut vraagt naar mogelijke verbeteringen en

vervolgens komen ze samen tot een probleemomschrijving. Ze zoeken naar de gewenste toekomst van de cliënt en kunnen de doelen worden geformuleerd. Hierna zal de therapeut invoegen bij de cliënt om een positieve werkrelatie op te bouwen. De therapeut heeft de opdracht om de cliënt op zijn gemak te stellen. Er wordt gesproken over werk of school, hobby's en waar de cliënt goed in is. Ze ontdekken samen welke vaardigheden de cliënt heeft (competenties) en daar worden complimenten over gegeven (bekrachtigen).

Ze kijken samen naar welke zaken er nog goed gaan ondanks de agressieproblemen, dit is het zoeken naar uitzonderingen. Hierin is ruimte voor de cliënt om te ontdekken wat voor hem wel en niet werkt. Bijvoorbeeld: de suggesties om tot tien te tellen of weg te lopen, werken niet. Het denken aan de gevolgen van fysieke agressie en mogelijke consequenties, werken wel.

Met behulp van schaalvragen wordt vastgesteld in hoeverre de cliënt controle heeft over zijn probleem in de huidige situatie en in hoeverre hij controle wil krijgen in de toekomst.

Vervolgens worden concrete details uitgevraagd over het gedrag in probleemsituaties en over het gewenste gedrag in de toekomst. Dit is het omschrijven van het probleem en tevens wordt er erkenning aan de cliënt gegeven. Belangrijk is om niet te snel oplossingsgericht te gaan werken. De cliënt kan nog vol zijn van zijn problemen en zich niet serieus genomen voelen.

## **Conclusie**

Oplossingsgerichte therapie (OT), Psychomotorische Therapie (PMT) en Aggressieregulatie Training (ART) hebben als gemeenschappelijk theoretisch kader de cognitieve- gedragstherapeutische- en de cliëntgerichte benadering. Bij PMT zijn dit de modaliteiten oefenen en structureren. De therapeuten leren de cliënten nieuw gedrag aan en er wordt ruimte geboden om met dit nieuwe gedrag te experimenteren. Er wordt empathie en begrip voor de cliënt en het probleemgedrag getoond.

OT baseert zich veel meer op democratie en gelijkheid, dan op autoriteit. Het nemen van autoriteit blijft op de achtergrond. Een PMT-er werkt onder andere vanuit een duidelijke structuur en geeft leiding en sturing. Dit sluit veel beter aan bij de doelgroep dan de OT, want de doelgroep heeft problemen met zelfsturing. Bij agressieproblemen is veiligheid belangrijk en deze veiligheid wordt o.a. gecreëerd door duidelijkheid en structuur.

OT is een verbale therapie, PMT is een non-verbale en verbale therapie. De, in deze scriptie beschreven ART, is een verbale en non-verbale training. OT maakt wel gebruik van non-verbale middelen, zoals tekenen, drama, muziek, video, verhalen en het werken met dieren. De non-verbale middelen beschouwt OT als oplossingsgerichte mogelijkheden. In de gelezen literatuur ben ik geen specifieke bewegings- en lichaamsgerichte activiteiten tegen gekomen. Mijn inschatting is dat OT hiervan wel gebruik zou kunnen maken, maar de oplossingsgerichte therapeut kan naar mijn idee niet de professionaliteit van b.v. een muziektherapeut, dramatherapeut of PMT-er hebben.

De non-verbale werkvormen van PMT sluiten goed aan bij de doelgroep. Met het verbale gedeelte heeft de doelgroep moeite en tijdens PMT en ART is de doelgroep niet constant verbaal actief. Daarnaast leert de doelgroep beter door ervaringsleren en daar is PMT uitermate geschikt voor.

Voor de doelgroep dient een therapeut aanpassingen te doen (eenvoudig, niet te snel en te lang, visuele ondersteuning.) PMT vermeldt dit uitgebreider dan de OT dit doet. OT zou voor een betere aansluiting met de doelgroep, duidelijkere aanpassingen moeten doen. Voor die aanpassingen heeft een therapeut kennis nodig van de doelgroep en een grote kans dat hij gebruik maakt van diagnostiek en classificatie. Dossiervorming vindt OT niet noodzakelijk en dit hoort bij het medische model. OT beïnvloedt het verbale gedeelte van de PMT en ART. Ze zijn van invloed de gespreksvaardigheden en attitude van de PMT-er. Het beïnvloedt zijn mensvisie en de professionele relatie.

De PMT modaliteit oefenen heeft veel invloed op ART. De cliënten werken aan het vergroten van het waarnemings- en belevingsvermogen en het gedragsrepertoire. In deze strategie is het centrale doel dat de cliënt contact krijgt en in contact blijft met zijn omgeving en/of zijn lichaam. Dit sluit mooi aan bij de thema's in ART, het waarnemen en de lichaamssignalen als graadmeter voor spanning. De PMT modaliteit structureren heeft veel invloed op het experimenteren met gedragsalternatieven en effecten van deze alternatieven op zijn gedrag, in relatie tot zijn omgeving. Dit sluit aan bij de thema's in ART, assertief reageren in plaats van agressief, en spanning te laten zakken. Beide modaliteiten werken in het hier en nu en dat sluit goed aan bij de doelgroep. De doelgroep is gebaat bij het werken in concrete, duidelijke situaties.

Een sterke kant van de OT is dat het één en al aandacht heeft voor de mogelijkheden en vaardigheden van cliënten. Complimenten, waardering en aanmoediging zijn duidelijke kenmerken van de OT. Deze kenmerken horen ook bij de PMT modaliteiten oefenen en structureren, maar worden sterker benadrukt bij OT. Deze complimenten, waardering en aanmoediging hebben een positieve invloed op het zelfvertrouwen en het zelfbeeld van de doelgroep. Binnen de ART wordt het positieve gedrag bekrachtigd en succeservaringen gecreëerd. De cliënten kunnen meer vertrouwen in eigen competenties en oplossingen ontwikkelen.

PMT en ART werken aan het (gedeeltelijk) oplossen van het probleem, volgens OT probleemgericht. OT versterkt en zoekt de vaardigheden van de cliënten en werkt oplossingsgericht. PMT en ART werken dus vanuit het medische model, maar OT lijkt daar ook een keer vanuit te werken.

In de visie van de OT (Kids' Skills) op agressie, constateert OT een gebrek aan een elementaire vaardigheid. Het probleem is zelfbeheersing of niet met woede om kunnen gaan. OT gebruikt de leertheorieën en leert de cliënt een nieuwe vaardigheid aan. Dit is een kenmerk van probleemgerichte gedragstherapie.

PMT heeft vakkennis en vakkundigheid op een breed gebied: van bewegen en lichamelijke tot algemene en psychotherapeutische hulpverlening. De kennis en kunde van het bewegen en lichamelijke vormen de meerwaarde ten opzichte van de OT. De ART maakt gebruik van die meerwaarde.

De OT werkt met het verbeelden (hypothetische vragen) en is o.a. toekomstgericht. Hiermee wordt de zwakke kant van de doelgroep aangesproken, ze hebben moeite met verbeelden en het nemen van perspectief. De OT zorgt voor aanpassingen, al zouden die duidelijker gemaakt kunnen worden.

Als er aan cliënten met een LVB een ART gegeven wordt, dan sluit PMT meer aan dan OT. Een ART aanbieden binnen PMT kan niet alleen worden volstaan met OT. Met OT kun je niets zeggen over het bewegingsgedrag en het lichaamswerk. Deze blijken juist belangrijk te zijn in het zoeken naar spanning, de lichaamssignalen en waarneming.

### **Beantwoording van de vraagstelling**

Hieronder volgen mijn ervaringen met de technieken van de oplossingsgerichte therapie en de attitude van de oplossingsgerichte therapeut. Daarmee wil ik de vraagstelling beantwoorden.

#### *De doelen*

Voor elke therapie zijn doelen essentieel en noodzakelijk om aan het werk te gaan. De doelen zijn een voorwaarde voor therapie en zijn onmisbaar.

#### *De schaalvragen*

De schaalvragen zijn goed bruikbaar, de cliënten kunnen er goed mee werken en maakt inzichtelijk hoe persoonlijke processen lopen.

#### *Wondervraag*

De wondervraag vind ik minder goed bruikbaar, de vraag is te complex en onoverzichtelijk. Als de vraag toch gebruikt wordt, dient deze vereenvoudigd en verkort te worden. Bijvoorbeeld: 'je hebt vannacht heerlijk geslapen en je droomde dat het beter met je ging'. Wat is er dan veranderd?

De oorspronkelijke wondervraag is langer en heeft meestal meerdere vragen in zich.

#### *Uitzonderingen*

Het vragen naar uitzonderingen vind ik ook minder goed bruikbaar, tenzij de cliënten zich successen uit het verleden kunnen herinneren. Mijn ervaring is dat ze weinig positieve herinneringen kunnen opnoemen. De cliënten hebben soms weinig succeservaringen opgedaan, dus kan het ook een confronterende vraag zijn.

#### *Competentievragen*

De competentievragen zijn ook minder goed toepasbaar. Mijn ervaring is dat de cliënten hun competenties vaak niet weten. Wat de therapeut wel kan benutten tijdens de therapie, is het benoemen en bekrachtigen van de competenties van de cliënt.

#### *De attitude*

De attitude van oplossingsgerichte therapeut sluit gedeeltelijk goed aan bij de doelgroep. De therapie is gericht op de mogelijkheden en vaardigheden van de cliënten. Het stimuleert de ontwikkeling van de cliënten en is hoopvol over de toekomst van de cliënten. De oplossingsgerichte therapeut kan beter een duidelijke structuur geven en meer autoriteit gebruiken. Met het verbeelden en toekomstgericht werken spreekt de oplossingsgerichte therapeut de zwakke kant aan van de cliënten. Daarop dient de oplossingsgerichte therapeut duidelijkere aanpassingen te maken die afgestemd zijn op de cliënten.

## **Literatuurlijst**

Berg, I.K. & Dolan Y. (2002). De praktijk van oplossingen, gevalsbeschrijvingen uit de oplossingsgerichte gesprekstherapie'. Lisse: Uitgeverij Swets & Zeitlinger

Didden, R. (red.) (2006) In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en licht verstandelijke beperking. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.

Dienst Justitiële Inrichtingen (2008) Den Haag: op de website Publicaties van de Dienst Justitiële Inrichtingen, [www.dji.nl](http://www.dji.nl)

Došen, A. (2005) Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

American Psychiatric Association. DSM IV TR (2001). Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, Amsterdam: Harcourt Assessment BV. Diagnostic and Statical Manuel of Mental Disorders- Fourth Edition (DSM IV)

Furman, B. (2006). Kids' Skills. Op speelse wijze vaardigheden ontwikkelen bij kinderen. Soest: Uitgeverij Nelissen.

De Jong, P. & Berg, I.K. (2004). De kracht van oplossingen. Handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.

Landelijk Kenniscentrum LVG (2005). Zorg voor mensen met een licht verstandelijke handicap met meervoudige problematiek. Utrecht. [www.lvgnet.nl](http://www.lvgnet.nl)

Van Lieshout, T. (2002). Pedagogische adviezen voor speciale kinderen. Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.

Van Maanen, T. (2001) Zelfcontrole. Een sociaal- cognitief interventieprogramma voor kinderen met agressief en oppositioneel gedrag. Houten/Diegem: Bohn, Stafleu, van Loghum.

Van Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B. & Matthys, W.C.H.J. (2006). LVG jeugdigen: Specifieke problematiek en behandeling. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG. [www.lvgnet.nl](http://www.lvgnet.nl)

Kuin, F. (2000) Impulscontroleproblematiek. NVPMT Module Psychomotorische therapie. Zwolle

Matthys, W.C.H.J. (2008). Informatie voor ouders van kinderen met een oppositioneel-opstandige of antisociale gedragsstoornis. Utrecht. [www.praktijkvanwaterschoot.nl](http://www.praktijkvanwaterschoot.nl)

Roeden, J. en Bannink, F. (2007). Handboek. Oplossingsgericht werken met licht verstandelijk beperkte cliënten. Amsterdam Harcourt Assessment BV.

Sietsema, L.W. (2005/2006) BA & PMT modules, 2<sup>de</sup> & 3<sup>de</sup> studiejaar. Zwolle.

Smit W. (2008) Onderzoek naar de competenties die begeleiders nodig hebben om licht verstandelijk gehandicapte jongeren en jongvolwassenen met psychische en/of gedragsproblemen goed te kunnen begeleiden. Hoe begeleid je LVG-plussers? Amsterdam.

Uijting M. (2002) Module: Behandeling van 'agressieproblemen' bij jongeren, als aspect van antisociaal gedrag. Ermelo.

Uijting M. (2007) Werkplaats Therapeutische Vaardigheden, bespreking van PMT-modaliteiten tijdens practicum over de doelgroep LVB- jongeren onder leiding van M. Uijting. Zwolle.

Weerman, A. (2006) Zes psychologische stromingen & één cliënt, Soest: Uitgeverij Nelissen.