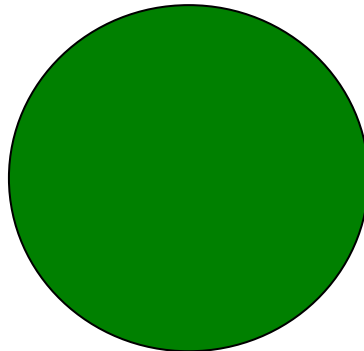
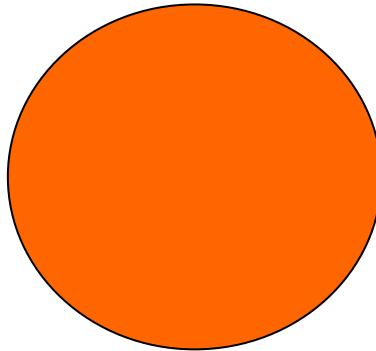
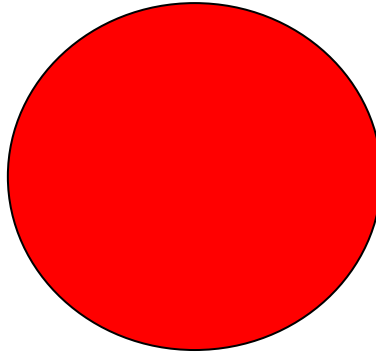


Psychomotorische therapie

"Stoppen als het oranje is, waarom?"

Casestudie over de stoplichtmethode als trainingsmethode
bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren met
een achterstand in de sociaal- emotionele ontwikkeling



Nicole Telgenkamp

Klas 5PA

Begeleider: Martin van den Blink

Beoordelaar: Cor Niks

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	Blz. 3
Samenvatting.....	Blz. 4
1. Inleiding.....	Blz. 5
1.1 Doelgroepomschrijving.....	Blz. 5,6 en 7
1.2 Richtlijnen voor de therapie.....	Blz. 7 en 8
1.3 Vraagstelling.....	Blz. 8 en 9
1.4 Doel.....	Blz. 9
2. Methode.....	Blz. 10
2.1 Methodiek.....	Blz. 10
2.2 PMT modaliteiten.....	Blz. 10,11,12 en 13
2.3 Verkennen, herkennen en erkennen.....	Blz. 12 en 13
3. De Psychomotorisch therapiesessies.....	Blz. 13 en 14
4. Hoofd- en deelvragen.....	Blz. 14
4.1 Antwoord op de deelvragen.....	Blz. 14,15,16,17,18
4.2 Antwoord op de hoofdvraag.....	Blz. 18 en 19
5. Conclusie.....	Blz. 19
6. Discussie en aanbeveling.....	Blz. 19
6.1 Discussie.....	Blz. 19 en 20
6.2 Aanbeveling.....	Blz. 20
Literatuur.....	Blz. 21
Bijlagen.....	Blz.22,23,24,25,26,27,28, 29 en 30

Voorwoord

Deze casestudie is geschreven in het kader van het afstuderen aan de opleiding PMT, Psychomotorische Therapie.

Mijn casestudie gaat over licht verstandelijk gehandicapte jongeren met een achterstand in de sociaal- emotionele ontwikkeling en daaruit voortvloeiende problemen met het omgaan met hun boosheid.

De licht verstandelijk gehandicapte jongeren met problematiek betreffende het omgaan met hun boosheid en het uiten ervan, ben ik tegengekomen in het orthopedagogisch behandelcentrum Jan Pieter Heije te Oosterbeek, waar ik gedurende een half jaar mijn eindstage liep. Deze eindstage was onderdeel van het laatste jaar van mijn opleiding Psychomotorisch Therapie (PMT), die ik volg op hogeschool Windesheim te Zwolle.

Tijdens de therapieën die ik daar aan de jongeren gaf, kwam ik steeds vaker de moeite bij de jongeren tegen om hun eigen handelen en of gevoelens te ervaren, begrijpen en veranderen.

Tevens heb ik een workshop bijgewoond over emotionele ontwikkeling, waarbij Prof. Dr. Anton Došen, Amieke Hosmar en Jolanda Vonk hebben gesproken. De presentatie was gekoppeld aan het pas uitgegeven boek "Emotionele ontwikkeling bij mensen met een beperking". Dit boek hebben Amieke Hosmar en Jolanda Vonk geschreven met behulp van Prof. Dr. Anton Došen.

Deze doelgroep spreekt mij zowel als therapeut, maar ook als persoon, erg aan. Ik wil deze jongeren graag begeleiden en behandelen en wil graag meer te weten komen over deze doelgroep. Het leek mij daarom een goed idee om uit te zoeken wat ik als psychomotorisch therapeut voor deze kinderen kan betekenen. De stoplichtmethode, beschreven door Kendall en Braswell (1993), heb ik gebruikt als leidraad voor de therapieën.

In deze casestudie maak ik gebruik van theoretische onderbouwingen om zo mijn handelen en het handelen van de jongeren te onderzoeken en verklaren.

Graag wil ik de volgende mensen bedanken die het mede mogelijk hebben gemaakt dat ik deze casestudie heb kunnen ontwikkelen. Dit is als eerste mijn stageplek orthopedagogisch behandelcentrum Jan Pieter Heije te Oosterbeek. Het was prettig dat ik de vrijheid heb gekregen om veelal zelfstandig met deze doelgroep te werken. Mede dankzij de steun, waardering en tips van alle collega's is deze casestudie tot stand gekomen.

In het bijzonder wil ik mijn begeleiders Jan Koene en Vanessa van den Boom bedanken voor hun begeleiding tijdens mijn stage.

Als laatste wil ik graag mijn begeleidende docent vanuit school, Martin van den Blink, bedanken voor zijn hulp.

Samenvatting

Vanuit mijn eindstage is er bij mij interesse gewekt in de doelgroep licht verstandelijk gehandicapte jongeren met een achterstand in de sociaal- emotionele ontwikkeling, met daaruit voortvloeiende problematiek in het uiten van, en omgaan met, hun boosheid. Tijdens mijn eindstage heb ik therapieën aangeboden aan deze jongeren met de “stoplicht- methode” als leidraad. Ik heb deze methode ingezet als een soort trainingsobject.

Vanuit deze ervaringen ga ik aan de hand van de vraagstelling die omschreven is in paragraaf 1.3 opzoek naar een conclusie. De vraagstelling van deze casestudie is:

Hoe kan de "stoplichtmethode" ter vermindering van boosheid, dat zich uit in verbaal en non-verbaal agressief gedrag, bij LVG jongeren met een achterstand in de sociaal-emotionele ontwikkeling binnen de PMT als trainingsmethode gebruikt worden?

Voordat er verder wordt gegaan is het handig om te weten dat B. de naam is van de casus die in deze gehele casestudie terug komt.

In de inleiding (hoofdstuk 1) van deze casestudie wordt de doelgroep omschreven met de daarbij behorende richtlijnen voor de therapie. Er wordt theorie omschreven over de doelgroep. In dit hoofdstuk komt naar voren wat een licht verstandelijke beperking inhoudt en hoe iemand met een licht verstandelijke handicap gediagnosticeerd wordt.

In bijlage 1 is het psychologisch onderzoek van B. terug te vinden.

In het hierop volgende hoofdstuk (hoofdstuk 2) worden de methodes die gebruikt zijn in deze casestudie beschreven. Hierin worden onder andere de verschillende PMT methodes behandeld. In dit hoofdstuk komt de casus terug via verwijzingen naar aanleiding van de geschreven theorie.

Hoofdstuk drie gaat over de PMT sessies. Hierin wordt een deel uitgelegd over de therapie die is aangeboden. In bijlage 3 staat het stoplicht van B. en daarbij ook een uitleg over de werking.

In bijlage 4 staan een aantal verslagen van bepaalde sessies uitgewerkt. Deze verslagen beginnen al bij binnenkomst van een sessie en ze eindigen ook bij het verlaten van de sessie.

Na dit hoofdstuk wordt verder gegaan met het beantwoorden van opgestelde deelvragen en de hoofdvraag in hoofdstuk 4.

Vervolgens wordt aan de hand van de therapieën en het eindverslag van de PMT de conclusie besproken in hoofdstuk 5.

Na de conclusie worden er in hoofdstuk 6 aanbevelingen gedaan om de stoplichtmethode als trainingsmethode nog beter te maken.

De kracht van de stoplichtmethode is dat er een gedragsverandering tot stand komt. Dit komt doordat de methode in het werkveld tot stand is gekomen, waarbij nauw contact is onderhouden met groepsbegeleiding en school.

1. Inleiding

Continu overschat worden en niet kunnen functioneren op het ontwikkelingsniveau van “normale” leeftijdsgenoten, daar had ik nooit echt bij stilgestaan. Tijdens mijn eindstage kwam ik een aantal jongeren tegen waar dit echt bij speelde. Mijn interesse was gewekt en ik wist dat ik deze jongeren, daar waar mogelijk, wilde begeleiden en behandelen. Maar hoe kan ik ze begeleiden en behandelen? Door deze vraag aan mezelf te stellen is mijn casestudie tot stand gekomen.

1.1 Doelgroepomschrijving

Mensen met een licht verstandelijk gehandicapte beperking is eigenlijk een algemene naam voor de doelgroep. Een verstandelijke beperking is geen ziekte, maar het is een ontwikkelingsstoornis. Vanuit de DSM-IV-TR (2000) wordt een verstandelijke handicap, ook wel omschreven als zwakzinnigheid ofwel mental retardation) gediagnosticeerd aan de hand van drie criteria, namelijk:

- beperking in het intellectuele functioneren (op psychometrische test IQ lager dan 70);
- beperking in het adaptieve gedrag (beperkte conceptuele, sociale en praktische vaardigheden);
- ontstaan in de ontwikkelingsleeftijd (voor de leeftijd van 18 jaar).

Voldoet een persoon aan al deze criteria, dan kan hij of zij ingedeeld worden, volgens de DSM-IV-TR (2007), op basis van de mate van ernst die het niveau van de verstandelijke beperking weergeeft:

- Lichte zwakzinnigheid:
Niveau IQ 50-55 tot ongeveer 70
- Matige zwakzinnigheid:
Niveau IQ 35-40 tot 50-55
- Ernstige zwakzinnigheid:
Niveau IQ 20-25 tot 35-40
- Diepe zwakzinnigheid:
Niveau IQ lager dan 20 of 25

De casus voor deze casestudie is een licht verstandelijk gehandicapte jongen van 15 jaar die aangemeld werd voor psychomotorische therapie, omdat hij problemen heeft met het hanteren van zijn boosheid. Deze casus wordt tijdens de gehele casestudie B. genoemd.

B. is sinds 2002 opgenomen in het orthopedagogische behandelcentrum Jan Pieter Heije te Oosterbeek. Reden voor deze opname is dat B. een verstandelijk beperkte jongen is die probleemgedrag vertoont. Zijn kalenderleeftijd en ontwikkelingsleeftijd komen steeds verder uit elkaar te liggen.

Wanneer een persoon is gediagnosticeerd op een licht zwakzinnig niveau gaat het niet alleen om een achterstand in de cognitieve ontwikkeling en problemen in het gedrag. Het gaat ook om een achterstand in de ontwikkeling van verschillende psychosociale aspecten, zoals: emotionele, sociale seksuele, religieuze en morele aspecten (Došen, 2007). De benaming van licht verstandelijk gehandicapt, ofwel licht zwakzinnig niveau, is daardoor onder te verdelen in heel veel subgroepen. Degene die gekoppeld kan worden naar deze casestudie en die in het verdere vervolg ook centraal zal staan, is de subgroep licht verstandelijk gehandicapte jongeren, in de leeftijd van 6 tot 17 jaar, met een achterstand in de sociaal- emotionele ontwikkeling die (verbaal) agressief gedrag vertonen.

Om de mate van de licht verstandelijke handicap van B. in kaart te brengen, zijn hieronder de uitslagen te vinden van zijn laatste intelligentieonderzoek.

De WISC-III is een intelligentieonderzoek, te vinden op <http://www.pearson-nl.com/producten/161-wisc-iii-nl-wechsler-intelligence-scale-for-children-iii.html>, dat gebruikt is voor het meten van IQ van B. WISC-III staat voor Wechsler Intelligence Scale for Children-III. De Wechsler IQ test is voor kinderen in de leeftijd van 6 tot 17 jaar. De WISC-III-NL (2005) is een Nederlandse bewerking van de Engelstalige WISC-III (1992), de tweede herziening van de Wechsler Intelligence Scale for Children (1949). De WISC-III-NL omvat 13 subtests, gegroepeerd als Verbale en Performale subtests. Eén subtest is aanvullend en twee subtests zijn optioneel. De onderdelen van de tests zijn als volgt: 1. Onvolledige Tekeningen, 2. Informatie, 3. Substitutie, 4. Overeenkomsten, 5. Plaatjes Ordenen, 6. Rekenen, 7. Blokpatronen, 8. Woordkennis, 9. Figuur Leggen, 10. Begrijpen, 11. Symbolen Vergelijken (optionele subtest), 12. Cijferreeksen (aanvullende subtest) en 13. Doolhoven (optionele subtest). De Verbale en Performale subtests worden afwisselend aangeboden om de aandacht van het kind tijdens de testafname zo goed mogelijk vast te houden.

Kijkend naar de WISC-III behaalt B. een intelligentie die op een licht verstandelijk gehandicapt niveau ligt. Hieronder de details, ook terug te vinden in bijlage 1:

Testresultaten gebaseerd op het IQ:

Intelligentie	IQ-score	%=	t.o.v. leeftijdsgenoten	95%betrouwbaarheid
Totaal IQ	66	1%	Met een betrouwbaarheidsinterval van 95% van T.IQ: 61-75	
Verbaal IQ	66	1%	Met een betrouwbaarheidsinterval van 95% van V.IQ: 61-76	
Performaal IQ	71	3%	Met een betrouwbaarheidsinterval van 95% van P.IQ: 65-85	
Normaal begaafd: IQ van 86-115 Zwakbegaafdheid: IQ van 71-85				
Licht verstandelijke handicap: IQ van 50/55-70				

Testresultaten gebaseerd op zijn mentale leeftijd:

<u>Subtesten verbaal</u>	SS	Mentale leeftijd	<u>Subtesten performaal</u>	SS	Mentale leeftijd
Informatie	3	9,2 jaar	Onvolledige tekeningen	8	11,6 jaar
Overeenkomsten	4	8,10 jaar	Substitutie	5	9,10 jaar
Rekenen	3	7,10 jaar	Plaatjes ordenen	4	7,6 jaar
Woordkennis	5	10,6 jaar	Blokpatronen	6	10,2 jaar
Begrijpen	7	11,2 jaar	Figuur leggen	6	10,2 jaar
Cijferreeksen	1	<6,2 jaar	Symbool vergelijken	5	9,10 jaar
			Doolhoven	7	9,2 jaar
SS= standardscore: 1-2= zeer slecht; 3-4= erg zwak; 5-6= zwak; 7-8= zwakgemiddeld; 9-10-11= gemiddeld; 12-13= ruim gemiddeld; 14-15= goed; 16-17= zeer goed; 18-19= uitstekend					
VB ± IQ 69 (1,9%)	PO ± IQ 74 (4%)	VS ± IQ 72 (3%)	F3.IQ ('leerpotentieel' WISC-rn) ± IQ 57 (0,2%)	VK (WISC-rn) ± IQ 63 (0,7%)	

Betekenis van de bovenstaande afkortingen:

VB= verbaal begrip

F3.IQ= leerpotentieel uit de oude WISC-rn

PO= Perceptuele organisatie

VK= verworven kennis (WISC-rn)

VS= verwerkingssnelheid

1.2 Richtlijnen voor de therapie

Bij het aanbieden van de therapie is het van belang om rekening te houden met de mogelijkheden, maar vooral ook de onmogelijkheden van de cliënt. Overvraging en foutieve interpretatie van de rol die het IQ speelt bij een cliënt, zijn veelvoorkomend (Došen, 2007).

B. werd aangemeld voor therapie om te leren omgaan met zijn boosheid. Deze boosheid uit zich in verbale- en non-verbale agressie. Aangezien zijn kalenderleeftijd en ontwikkelingsleeftijd steeds verder uit elkaar komen te liggen loopt hij steeds vaker tegen de grenzen van anderen aan (er wordt minder geaccepteerd van een hem dan van een 10-jarige) en hij mist ook de aansluiting met leeftijdsgenoten. Hij is erg afhankelijk van aansturing en begrenzing van een volwassene. Hij heeft beperkt zicht op oorzaakgevolg en is beperkt in het reflecteren op zijn eigen gedrag. Dit is het gevolg van de ontwikkelingsfase waar B. zich momenteel in bevindt. De ontwikkelingsfasen zijn te vinden in bijlage 2. Hij kan op dit moment geplaatst worden in de kleuterfase. Dit is de ontwikkelingsfase die past bij normaal begaafde kinderen in de leeftijd van 3 tot 7 jaar (Došen, 2007). B. heeft ook een beperkte woordenschat. Bij B. is gebleken dat hij gemotiveerd kan worden om bepaalde vaardigheden aan te leren door deze stapsgewijs te trainen. Zijn verbale begripsvermogen is ook beperkt: hij is visueel ingesteld en moet het dus eerst zien, dan samendoen om vervolgens iets zelfstandig te doen. Al deze informatie is meegenomen voor het starten en op gang houden van de therapie voor B.

Kijkend naar de casus is het van belang om te kijken naar drie perspectieven voor benadering van de cliënt uit de International Classification of functioning, Disability and Health, ofwel ICF, beschreven in het tijdschrift 'Onderzoek & Praktijk (2010):

- Het perspectief van het menselijk organisme

- Het perspectief van het menselijk handelen
- Het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven.

In een bepaalde ontwikkelingsfase worden er dingen van je verwacht. Het perspectief dat een persoon heeft mag je nooit buiten beeld laten. Aan de hand van het perspectief van een persoon kun je namelijk de therapie starten. Als je weet wat je ongeveer nog uit een cliënt kan halen, weet je wat een cliënt nog kan leren. Binnen het aanbieden van de therapieën is een daardoor ook voor gekozen om de ontwikkelingsfase, de kleuterfase, goed in het achterhoofd te houden. De visuele aspecten in combinatie met veel herhaling, kunnen ervoor zorgen dat een persoon tot leren kan komen. Daarbij moet er een transfer worden gemaakt naar het dagelijks leven van de cliënt.

Vooral bij licht verstandelijk gehandicapte mensen is het belangrijk dat er veel herhaling plaatsvindt, daarnaast zijn ze vaak visueel ingesteld. Psychomotorische therapie is hierdoor een goed passende therapie, omdat je binnen deze therapie met dezelfde doelen, binnen veel verschillende activiteiten, de herhaling kunt laten plaatsvinden.

De “stoplichtmethode”, volgens Kendall en Braswell (1993), is een zelfcontrole methode, die aansluit bij een gedragstherapeutische aanpak, waarbij het stoplicht veel structuur en veiligheid biedt voor een cliënt. Deze methode biedt veel mogelijkheden om interventies te plegen. Ook is het terugkoppelen naar het stoplicht een handig reflectiemoment voor een cliënt. Het stoplicht van een cliënt kan in de zaal of in de groep opgehangen worden, en blijft zo voor een cliënt duidelijk in beeld. Op basis van de bovenstaande argumenten is het gebruik van de “stoplichtmethode” en de vraagstelling tot stand gekomen. In het volgende hoofdstuk komt de “stoplichtmethode” verder aan bod.

B. heeft zijn eigen stoplicht gemaakt en deze is tijdens iedere sessie meegenomen de zaal in. Het stoplicht werd ook opgehangen zodat hij het continu kon zien. Zijn eigen woorden heeft hij, ter verduidelijking voor zichzelf, bij de kleuren neergezet. Dit is terug te vinden in bijlage 3.

1.3 vraagstelling

Deelvragen:

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden moeten er eerst een aantal andere vragen beantwoord worden. Het is namelijk van belang om te weten wat een licht verstandelijke handicap inhoud.

- Een lichtverstandelijke handicap;
 - Wat is een licht verstandelijke handicap?
 - Wanneer krijgt iemand deze diagnose toegewezen?

Naast de licht verstandelijke handicap, gaat het ook over de sociaal- emotionele ontwikkeling binnen deze casestudie, vandaar dat het ook belangrijk is om te weten wat dit inhoud.

- Sociaal- emotionele ontwikkeling;
 - Wat houdt sociaal- emotionele ontwikkeling, en een achterstand hierin, in?

Wanneer deze vragen beantwoord zijn, weet men waar rekening mee moet worden gehouden tijdens het aanbieden van de therapie. Dat is het moment waar de stoplichtmethode naar voren komt, maar wat is de bedoeling van deze methode?

- De stoplichtmethode;
 - Wat houdt de stoplichtmethode in?

Om het aanbieden van de therapie theoretisch te onderbouwen is het nodig om gebruikte methodieken te toetsen aan de hand van literatuur. Dit wordt gedaan aan de hand van de volgende deelvragen.

- Onderbouwing van de therapie;

- Welke therapeutische benadering is geschikt voor een licht verstandelijk gehandicapte jongere met een achterstand in de sociaal- emotionele ontwikkeling?
- Welke PMT strategieën zijn het meest geschikt voor een licht verstandelijk gehandicapte jongere met een achterstand in de sociaal- emotionele ontwikkeling?

De therapie van de jongere is gericht op het teweegbrengen van gedragsveranderingen. Het doel is om zijn boosheid te vermindering, dat zich uit in verbaal en non-verbaal agressief gedrag. Hierdoor zal de jongere beter leren omgaan met zijn moeite, waardoor hij beter kan functioneren in de maatschappij. Om te evalueren of deze doelen behaald zijn, wordt er gekeken naar de effecten voor en na het toepassen van de stoplichtmethode bij de casus:

Wat zijn positieve effecten rond het leren omgaan met zijn boosheid, ofwel zijn uitingen van verbaal- en non-verbaal agressieve gedrag:

- Welke klachten zijn er voordat de PMT gestart is?
- Welke klachten zijn verbeterd/verminderd na afronding van de PMT?
- Wat is het verschil tussen de klachten voor en na PMT?

De bovenstaande deelvragen hebben geleid tot de onderstaande hoofdvraag. De vraagstelling die centraal staat in deze casestudie heeft temaken met het theoretisch onderbouwen en verduidelijken van keuzes die tijdens de therapieën, ten behoeve van de casus, gemaakt zijn. Hoofdvraag:

Hoe kan de "stoplichtmethode" ter vermindering van boosheid, dat zich uit in verbaal en non-verbaal agressief gedrag, bij LVG jongeren met een achterstand in de sociaal-emotionele ontwikkeling binnen de PMT als trainingsmethode gebruikt worden?

1.4 Doel

Het doel van deze casestudie is, om het therapeutisch-proces en het ontwikkelingsproces van de cliënt theoretisch te onderbouwen. De stoplichtmethode als trainingsmethode wordt daarbij ook verder uitgelicht. Aan de hand van een interessante casus werden er vragen opgeroepen.

Deze vragen worden ook beantwoord in het vervolg van deze casestudie.

Verder wil ik het algemeen PMT doel nastreven met de zelf ontwikkelde methode:

Psychomotorische therapie is het behandelen van mensen met psychische problemen door middel van interventies gericht op lichaamservaring en/of het handelen in bewegingssituaties. Het doel van PMT is gedragsverandering teweegbrengen of ten minste daaraan een bijdrage te leveren en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te veranderen (Sietsma, 2002).

2. Methode

Bij het ontwikkelen van deze casestudie is er gebruik gemaakt van de “stoplichtmethode”, op de manier die omschreven is door Kendall en Braswell (1993). Dit is een methode om zelfcontrole te vergroten. De “stoplichtmethode” is te koppelen aan cognitieve gedragstherapie, waarbij het draait om de klachten van de cliënt.

Daarnaast is er bij het aanbieden van de PMT sessies gewerkt volgens de PMT modaliteiten: ‘ontdekken, oefenen en ervaren’ (Drs. Luuk W. Sietsma, 2006).

2.1 Methodiek

Het stoplicht, met de lichten groen, oranje en rood, wordt als visueel object gebruikt om een bepaalde stemming of keuze aan te geven. De kleuren van het stoplicht betekenen het volgende: rood wordt gezien als grensoverschrijdend gedrag, oranje als alarmgedrag en groen als het goed hanteerbare gedrag. Voor iedere cliënt kunnen de betekenissen bij de kleuren anders verwoord zijn. De essentie van het stoplicht blijft daarbij hetzelfde. De belangrijkste kleur van het stoplicht is eigenlijk oranje. Hierbij ben je namelijk uit je comfortzone, maar je signaleert je gevoelens voordat het misgaat. Je hebt daarbij nog de mogelijkheid om gas terug te nemen, voordat het doorslaat in grensoverschrijdend gedrag. Dit alles gebeurt in kleine stappen, waarbij het reflectiemoment je van feedback voorziet op je ervaringen. Op deze manier kom je erachter wat je goed hebt gedaan, of wat je de volgende keer anders kunt doen (Kendall & Braswell, 1993). Zoals in paragraaf 1.2 is besproken is de “Stoplichtmethode” een methode waarbij interventie- en reflectiemomenten goed inpasbaar zijn. Dit is van belang voor licht verstandelijk gehandicapten, zoals de casus B., die zich bevindt in de ontwikkelingsfase van een kleuter. Binnen deze ontwikkelingsfase is het ervaren en oefenen heel belangrijk. Het oefenen en ervaren wordt in paragraaf 2.2 verder besproken.

De herhaling moet echter niet gaan vervelen. Psychomotorische therapie kan daar, zoals ook in paragraaf 1.2 staat omschreven, met de “stoplichtmethode” goed bij aansluiten. De variatie en uitdaging zijn namelijk te realiseren door middel van het aanbieden van verschillende activiteiten met hetzelfde doel, in het geval van mijn casus B. is dit; ter vermindering van zijn boosheid. Je moet over het algemeen iets vaker oefenen, om er vervolgens vaardiger in te worden.

Het stoplicht is ook een attribuut dat de transfer tussen verschillende contexten vereenvoudigt. De casus heeft het stoplicht zelf ingevuld en is er daardoor ook zelf goed mee bekend. Er is binnen de therapie veel geoefend en het stappenplan dat hoort bij de verschillende kleuren van het stoplicht is ook duidelijk voor de cliënt. In paragraaf 2.2 worden de andere contexten genoemd die van belang zijn voor de casus.

Tevens zijn ook een aantal aspecten uit de methode “Ho, tot hier en niet verder...!” (Kool, 2005), gebruikt tijdens de behandeling. Deze methode is een training in de psychosociale weerbaarheid voor kinderen van 7 tot 12 jaar en hun ouders.

Deze methodes als trainingsmethodes bij de casus zijn te vinden in hoofdstuk 3.

2.2 PMT Modaliteiten

Binnen de psychomotorische therapie zijn er drie verschillende modaliteiten die ingezet kunnen worden als behandelstrategieën. De drie modaliteiten, samen met de theoretische onderbouwing, zullen hieronder worden omschreven. Aan de hand daarvan wordt er besproken welke modaliteit(en) het beste passen bij de casus. Het is afhankelijk van de hulpvraag en van de

problematiek welke strategie of strategieën de therapeut kiest voor de behandeling. Het is niet zo dat deze behandeling dan ook een vaststaand iets is, de strategieën kunnen namelijk tussentijds nog gewijzigd worden. De reden dat een therapeut hiervoor kan kiezen is om met de ontwikkeling van de cliënt mee te gaan, of omdat het op dat moment beter past bij het ontwikkelingsproces.

Hieronder volgt een weergave van de modaliteiten van Sietsma (2006):

Oefenen (behavioristische/ cognitieve benadering)

- Wordt gedaan in het hier en nu. De interventies gaan daar op in. Conditioneren is hierbij van belang.
- De therapeut biedt duidelijke structuren aan binnen de sessies. Binnen deze oefensituatie wordt een cliënt geconfronteerd met lichaamservaring(s)- en bewegingssituaties. Oefenend werkt de cliënt aan het vergroten van het waarnemings- en of belevingsvermogen en het gedragsrepertoire.
- Het doel dat centraal staat binnen deze strategie is dat de cliënt in contact komt en blijft met de omgeving en of zijn lichaam. Zo kan de cliënt om leren gaan met psychiatrische en of psychosociale problematiek. De structuren die worden aangeboden worden door de cliënt geïnternaliseerd.
- De therapeut moet structuur en veiligheid bieden binnen de therapeutische context waarbinnen er geoefend wordt.

De modaliteit oefenen is geregeld teruggekomen tijdens de sessies met B.

De structuur en veiligheid werden door de therapeut geboden, al lag de keuze voor een activiteit bij de cliënt. De ontwikkelingsfase waar B. zich in bevindt is de kleuterfase. Door de keuze voor de activiteit aan hem te laten, werd geprobeerd de veiligheid van de context te vergroten.

B. werd steeds vaardiger in het oefenen met het uiten van zijn emoties. Hij kwam zowel negatieve als positieve ervaringen tegen, maar kreeg de ruimte om te leren wat er anders kon en hoe dit anders kon. Het stoplicht sloot hier goed op aan, omdat het zorgde voor een visuele en vaste structuur binnen de therapie.

Ervaren (humanistische benadering)

Bij deze strategie wordt gekeken naar het hier en nu, en daar.

- Deze strategie leert de cliënt om te experimenteren met gedragsalternatieven en leert de effecten van deze alternatieven op zijn gedrag, dit in relatie tot zijn omgeving. Daarbij komen de aspecten denken, voelen en handelen waar therapeuten veel mee werken naar voren. Deze drie aspecten zijn niet apart te zien maar ze zijn in elkaar verweven. Wanneer iemand een prikkel ervaart, voelt hij iets. Daar gaat hij vervolgens over nadenken, waardoor er vervolgens gehandeld kan worden. De taak van de therapeut is om veiligheid en uitdaging te bieden zodat de cliënt gaat experimenteren met gedrag. Dit gedrag leert de cliënt zelf te structureren. Dit moet de cliënt vervolgens zelf buiten de PMT zaal gaan toepassen. Het accent ligt hier dus op het zelf leren structureren.

Binnen de ontwikkelingsfase, de kleuterfase, waar B. zich in bevindt, speelt experimenteren een grote rol. Deze benadering was dan ook vanaf het begin af aan de insteek van de sessies.

De modaliteit ervaren is heel handig bij het aanleren van andere gedragingen die de cliënt niet

kent, maar wel nodig heeft om te leren omgaan met zijn problemen.

B. heeft een beperkte woordenschat en heeft een beperkt reflectievermogen. Daardoor kreeg hij alle ruimte om te ervaren wat er met hem gebeurde. Binnen een veilige context was dat voor hem ook een stuk makkelijker. De reflectiemomenten met het stoplicht erbij zorgden er bij hem voor dat hij steeds duidelijker aan kon geven wat er met hem gebeurde, al deed hij dit wel in zijn eigen woorden. Toch is het op sommige momenten voor hem moeilijk gebleken om het juiste moment van stoppen uit te kiezen. Hij was dan door een activiteit, bijvoorbeeld voetbal, zo boos geworden over de manier waarop het ging, dat hij van woede de bal de hele zaal door trapte. Hierbij lette hij er dan niet op wat of wie er in de zaal stond. Op dat moment werd de activiteit gestopt. Er werd een reflectiemoment ingelast om te kijken wat er bij B. aan de hand was. Vervolgens werd er nagegaan waar dit door kwam en werd er naar een passende oplossing gezocht.

Tijdens de therapiesessies ging het op een gegeven moment heel goed. B. gaf aan dat het op de leefgroep en op school soms wat minder goed ging. Vandaar dat er in overleg met B. ook op de leefgroep en op school met het stoplicht gewerkt ging worden. Zodat er voor hem een duidelijke structuur ontstond en hij werd geholpen bij het leren.

Ontdekken (psychodynamische benadering)

- In deze strategie komen onverwerkte en verdrongen gebeurtenissen, emoties en interne conflicten centraal te staan die verwijzen naar een trauma. Deze strategie is in het hier en vroeger. De cliënt krijgt in deze strategie de mogelijkheid om deze vroegere gebeurtenissen opnieuw te ontdekken. De cliënt gaat leren ontdekken, uiten en benoemen wat er gebeurd is. Doordat hij dit kan zou hij de gebeurtenis een geïntegreerde plaats kunnen geven in zijn leven. De therapeut moet de cliënt mede helpen bewustmaken van zijn afweer- of overlevingsstrategieën in zijn sociale verband (inadequate gedrag in dit sociale verband).

Voor B. is het door zijn ontwikkelingsachterstand moeilijk om met het thema “ontdekken” bezig te zijn. Zijn moeite is namelijk niet ontstaan door een trauma of conflict uit het verleden. Bepaalde aspecten uit het thema zijn op een inzichtgevende manier teruggekomen. Hieronder staat er een voorbeeld van de manier waarop de aspecten uit het thema “ontdekken” binnen de therapie teruggekomen.

B. vertelde in de sessies wat er mis was gegaan op school of op de leefgroep. Deze situaties werden binnen de therapie besproken of nagespeeld. Een voorbeeld hiervan is dat hij ruzie had gekregen op de leefgroep, omdat de andere groepsgenoten niet meer met hem wilden voetballen. Hij vond de andere kinderen maar stom en werd boos op ze omdat ze niet meer meededen. Wat uiteindelijk leidde tot een conflict. Achteraf bleek dat hij de regels bepaalde en dat alles moest gaan zoals hij het wilde hebben. De veel jongere groepsgenoten vonden het niet meer leuk en waren er daarom mee gestopt. Binnen de therapie hebben we deze situatie uitvoerig besproken en werd hij geholpen met het uitzoeken van het moment waarop het fout ging. Wat ging er aan vooraf en wat gebeurde er? Met een beetje hulp van de therapeut en een situatie in de zaal, waarbij de rollen omgedraaid werden, kwam hij erachter waar het fout ging. Hij vond dat er samen meer overlegd moest worden, over welk spel en welke regels, want het spel was niet leuk. Hij gaf ook aan, tijdens het reflectiemoment, dat hij in “oranje” zat. De middelste kleur van het stoplicht. Door dit terug te koppelen naar de situatie op de leefgroep, zag hij in waar het fout ging.

Dit was maar één voorbeeld van een situatie maar zo waren er veel meer.

Af en toe moet er nog wel voor hem gesignaleerd worden, maar vervolgens weet hij de stappen zelf te doorlopen.

Kapstok PMT

Actie Deelnemer	Actie therapeut	Doelen in termen
Oefenen/leren/ doen	Structureren Sturen leiden	Mobiliseren (re-) activeren (re-) habiliteren Leren om..
Ervaren/beleven/ experimenteren	Uitlokken, creëren, Uitlokken tot	Ervaren dat.. Compenseren/ uitproberen van..
Ontdekken/beleven/ ontwikkelen/benoemen	Creëren/spiegelen/ confronteren	inzicht krijgen in conflict oplossen, integreren van.. relabelen

Kapstok PMT modaliteiten (Sietsma, 2006)

3. De Psychomotorisch therapiesessies

Door deze theoretische achtergronden op de aspecten mee te nemen binnen de therapie, is er een behandelplan opgesteld. Er is voor gekozen om cognitieve gedragstherapie aan te bieden. Dit omdat een gedragsmatige aanpak goed past bij het doel van de “stoplichtmethode” (Kendall & braswell, 1993) namelijk, de zelfcontrole vergroten. Bij mijn casus B. is dat gericht op het verminderen van zijn boosheid, wat zich uit in verbaal- en non- verbaal agressief gedrag. De cognitieve gedragstherapie is een vorm van therapie die gericht is op de klachten van de cliënt. Een gedragsmatige aanpak is een handige aanpak bij het werken met licht verstandelijk gehandicapten, omdat deze doelgroep vaak onbewust emoties of een bepaalde drang ervaart. Ze nemen vaak hun gevoelens niet op een correcte manier waar en begrijpen het vaak ook niet, daarnaast is het verwoorden meestal ook vrij lastig. Een andere kijk op een situatie kan het beeld van de cliënt veranderen. Negatieve gedachten die voortvloeien uit deze onbewuste emoties en/ of een bepaalde drang kunnen dan als positief worden ervaren. Dit kan dan leiden tot een gedragsverandering.

Het visuele stoplicht met de bijbehorende kleuren en daarnaast zijn vaste structuren en veiligheid, pas daardoor prima in het geheel.

Een aantal aspecten uit de weerbaarheidstraining “Ho, tot hier en niet verder” (Kool, 2005) hebben ook een rol gespeeld binnen de therapieën. In deze training gaat het erom dat kinderen mogelijke negatieve ervaringen met een open vizier gaan benaderen en hun kijk op het geheel zo breed mogelijk te houden. Op deze manier kunnen ook de positieve ervaringen geconstateerd worden. Centraal staat daarin het vertrouwen op jezelf en het afstemmen van je gedrag en gevoel met de omgeving. Dit is eigenlijk ook wat de casus B. moet leren. In deze training wordt gebruik gemaakt van cognitieve gedragstechnieken die gericht zijn op het ervaren in de praktijk. Daardoor sluit het goed aan bij de “stoplichtmethode”.

Verder zijn we tot de conclusie gekomen dat het van groot belang is om de cliënt veel herhaling te bieden binnen de sessies, door middel van verschillende activiteiten met hetzelfde doel.

Het behandelplan is opgebouwd rondom de hulpvraag van de casus. De casus had daarbij ook de vrijheid voor de keuze van activiteiten. Dit maakte wel dat er een beroep werd gedaan op het aanpassingsvermogen van de therapeut. Het doel van de sessie was namelijk vooraf wel besproken

en duidelijk, maar op welke manier daaraan werd gewerkt bleef een vraag. Dit omdat de activiteitenkeuze bij de cliënt lag, de reden hiervoor staat in paragraaf 2.2 beschreven. Ter plekke moest alles om de activiteit heen worden gebouwd, zodat er doelgericht gewerkt werd. Zoals eerder in paragraaf 1.2 is omschreven, staat het stoplicht van B. en daarbij ook een uitleg over de werking in bijlage 3.

In bijlage 4 staan een aantal verslagen van bepaalde sessies uitgewerkt. Deze verslagen beginnen al bij binnenkomst van een sessie en ze eindigen ook bij het verlaten van de sessie.

4. Hoofd- en deelvragen

De vraagstelling van deze casestudie is:

Hoe kan de "stoplichtmethode" ter vermindering van boosheid, dat zich uit in verbaal en non-verbaal agressief gedrag, bij LVG jongeren met een achterstand in de sociaal-emotionele ontwikkeling binnen de PMT als trainingsmethode gebruikt worden?

Het heeft temaken met allerlei losstaande onderdelen die gecombineerd zijn tot één geheel. Deze onderdelen zijn terug te vinden in de deelvragen.

4.1 Antwoord op de deelvragen

Een licht verstandelijke handicap;

Als therapeut moet je weten wat een licht verstandelijke handicap inhoud om te kunnen zorgen voor een passend behandelplan. Om een goed antwoord te krijgen op de hoofdvraag, zijn er eerst antwoorden nodig op de deelvraag.

- **Wat is een licht verstandelijke handicap?**

Een licht verstandelijke handicap is geen ziekte, maar het is een ontwikkelingsstoornis. Deze ontwikkelingsstoornis is vooral gericht op de cognitieve ontwikkeling van een persoon. Gedragsproblemen die hieruit voortkomen, zijn niet alleen te wijten aan het cognitieve aspect. Het heeft namelijk ook temaken met een achterstand in de emotionele, sociale, seksuele, religieuze en morele aspecten. Mensen met een verstandelijke handicap verschillen niet kwalitatief, maar kwantitatief in de ontwikkeling van een normaal begaafd persoon (Došen, 2007).

Het is een stoornis die terug te zien is in het IQ van een persoon. Dit is namelijk lager dan bij normaal begaafde mensen. Het IQ van een licht verstandelijke gehandicapt persoon ligt tussen de 50-70.

- **Wanneer krijgt iemand deze diagnose toegewezen?**

De diagnose licht verstandelijk gehandicapt is een diagnose die wordt bepaald aan de hand van het IQ van een persoon. Vanuit de DSM-IV-TR (2000) wordt een verstandelijke handicap, ook wel omschreven als zwakzinnigheid ofwel mental retardation)

gediagnosticeerd aan de hand van drie criteria, namelijk:

- beperking in het intellectuele functioneren (op psychometrische test IQ lager dan 70);
- beperking in het adaptieve gedrag (beperkte conceptuele, sociale en praktische vaardigheden);
- ontstaan in de ontwikkelingsleeftijd (voor de leeftijd van 18 jaar).

Voldoet een persoon aan al deze criteria, dan kan hij/zij ingedeeld worden op basis van de mate van ernst die het niveau van de verstandelijke beperking weergeeft (DSM-IV-TR,2007):

- Lichte zwakzinnigheid:
Niveau IQ 50-55 tot ongeveer 70
- Matige zwakzinnigheid:
Niveau IQ 35-40 tot 50-55
- Ernstige zwakzinnigheid:
Niveau IQ 20-25 tot 35-40
- Diepe zwakzinnigheid:
Niveau IQ lager dan 20 of 25

Zoals hierboven te zien is in het schema, wordt het licht verstandelijke gehandicapt niveau gekoppeld aan een IQ van 50-55 tot ongeveer 70.

B. is 15 jaar en heeft een IQ tussen de 66 en 71, zoals terug te zien is in het psychologisch onderzoek in bijlage 1. Doordat hij zijn emoties niet goed kon signaleren, ontstonden er conflicten binnen sociale contexten. Kijkend naar de drie criteria en de uitkomsten bij casus B. ,functioneert hij dus op het niveau van lichte zwakzinnigheid.

Sociaal- emotionele ontwikkeling;

Rekening houden met de sociaal- emotionele ontwikkeling van een persoon is van groot belang tijdens het aanbieden van de PMT. Hierdoor weet je als therapeut namelijk op welk niveau een persoon functioneert en hoe deze persoon is ingesteld. De manier van leren van de cliënt is hieruit te herleiden.

- Wat houdt sociaal- emotionele ontwikkeling, en een achterstand hierin, in?

Sociaal- emotionele ontwikkeling gaat over de ontwikkeling op sociaal vlak, de omgang met anderen en de omgeving, maar ook over ontwikkeling op emotioneel vlak, de ontwikkeling van het waarnemen van emoties en het uiten hiervan. De ontwikkelingsfasen waar in deze casestudie vanuit worden gegaan, zijn de ontwikkelingsfasen die Došen beschrijft (Došen,2007).

Deze ontwikkelingsfasen moeten worden doorlopen om jongvolwassene te worden. Jongeren met een achterstand in deze ontwikkelingen bouwen vaak hun persoonlijkheid langs meerdere wegen dan normaal uit. De overgang van de ene ontwikkelingsfase naar de andere verloopt ook vaak trager (Vonk & Hosmar, 2009). Soms stopt de ontwikkeling ook in een bepaalde fase. Het vervolg van de ontwikkeling is dan teveel gevraagd van het niveau van een persoon. Dit is dan ook belangrijk voor het aanbieden van therapie, zo kun je namelijk alles aanpassen tot het niveau van de cliënt. Dat maakt het begrijpelijk en maakt de kans op gedragsverandering groter.

Kijkend naar de casus heeft B. zit hij qua IQ op ongeveer 70 en qua ontwikkeling momenteel in de kleuterfase. Toch is hij al 15 jaar oud. Zijn ontwikkeling verloopt trager dan bij normaal begaafde personen. De therapie moest daardoor op een laagdrempelig niveau worden aangeboden, om zo overvraging bij B. te voorkomen. Zijn moeite zit vooral in het waarnemen en uiten van zijn boosheid. Daaruit voortvloeiend ontstaat zijn verbale- en non-verbale agressieve gedrag.

De stoplichtmethode;

Dit is de methode, omschreven door Kendall en Braswell (1993), die centraal stond binnen de therapie met de cliënt B. Het doel van hun manier van werken is om de zelfcontrole bij de cliënt vergroten. Voor B. had deze methode als doel: zijn boosheid te verminderen, waardoor zijn verbale- en non-verbale agressie ten opzichte van anderen afneemt. Het op tijd aanvoelen van je emoties en op het juiste moment kunnen stoppen, waren belangrijke aspecten binnen de therapie. Wanneer je het niet signaleert, ben je vaak al te laat. Dit kan ervoor zorgen dat je de controle kwijtraakt en je jezelf in moeilijkheden brengt. Het draait dus om de zelfcontrole. Is de zelfcontrole op een correcte manier aanwezig, dan zal het gedrag daarop worden aangepast.

- Wat houdt de stoplichtmethode in?

De stoplichtmethode is een methode die gebruikt wordt om zelfcontrole te vergroten. Het model van het stoplicht, met de lichten groen, oranje, rood, wordt gebruikt om een bepaalde stemming of keuze aan te geven. Bij groen licht, gaat het goed. Dat moet je proberen zo te houden.

Wordt het licht oranje, dan voelt de cliënt zich onzeker, gespannen, geïrriteerd, bozig, angstig etc. Dit betekent ook stoppen nu het nog kan en eerst even rustig proberen na te denken.

Bij rood licht is de cliënt de controle kwijt. Nu moet je hulp gaan halen. Je moet direct stoppen, niet meer gaan zitten om na te denken. Je moet direct hulp inschakelen.

Oranje de belangrijkste kleur. Dat is de kleur waarbij een persoon moet signaleren en op tijd moet stoppen, om te zorgen dat het niet doorslaat naar het rode licht. Juist moet de cliënt terug zien te komen naar het groene licht.

Deze methode kan op verschillende momenten een rol spelen, bijvoorbeeld binnen een vorm van agressiepiramide. Daarnaast wordt een stoplicht als reflectiemodel gebruikt om bepaald gedrag in kaart te brengen: rood geldt als grensoverschrijdend gedrag, oranje als alarmgedrag en groen als het goed hanteerbare gedrag (Kendall & Braswell, 1993). Het stoplicht kan ook als interventiemodel worden ingezet, doordat er door bepaalde observaties of reflecties iets veranderd moet worden.

B. is een bijna volwassen persoon, ook qua uiterlijk, die op vele facetten functioneert op kleuterleeftijd. Dit zorgt voor een disharmonisch profiel, het lijkt een volwassene, maar hij is het niet. Het is daarom ook niet meer dan logisch dat het signaleren en/of het uiten van zijn emoties voor hem vaak moeilijk is.

Onderbouwing van de therapie;

Om een doel te behalen, moet je ook de weg er naartoe kunnen toelichten. Waarom zijn er bepaalde keuzes gemaakt en waarom juist deze keuzes? Bij de onderstaande deelvragen volgt daar een antwoord op.

- Welke therapeutische benadering is geschikt voor een licht verstandelijk gehandicapte jongere met een achterstand in de sociaal- emotionele ontwikkeling?

Onder therapeutische benadering wordt het type therapie verstaan en welke attitude en houding een therapeut het beste kan aannemen tijdens het werken met deze doelgroep.

Zoals eerder is omschreven bevindt B. zich in de kleuterfase, van de ontwikkelingsfasen. Daarbij is het van belang om ervaringen op te doen, om zo tot leren te komen.

Er is gekozen voor een gedragsmatige aanpak, vanuit de cognitieve gedragstherapie, waarbij ervaringen opdoen in het hier- en- nu een belangrijke rol speelt.

Feuerstein e.a. (1993) noemen het een gemedieerde leerervaring die aan drie voorwaarden moet voldoen (Kool, 2005):

- Intentionaliteit en wederkerigheid
- Transfer (generaliseren)
- Zingeving

In paragraaf 1.2 worden de richtlijnen van de therapie besproken. Er moet een duidelijk doel voor ogen zijn. Daarnaast moet er rekening gehouden worden met de transfer die gemaakt moet worden naar, in dit geval, de leefgroep en school. De motivatie van de jongere speelt daarbij ook een grote rol. Is de wil om iets te leren niet aanwezig, dan gaat het vaak heel moeizaam.

- **Welke PMT strategieën zijn het meest geschikt voor een licht verstandelijk gehandicapte jongere met een achterstand in de sociaal- emotionele ontwikkeling?**

In hoofdstuk 2 van deze casestudie worden methoden omschreven waaronder de PMT modaliteiten oefenen, ervaren en ontdekken die als strategie worden gebruikt in een PMT sessie. Hieronder wordt besproken welke modaliteiten het best passen bij de doelgroep licht verstandelijk gehandicapte jongeren met een achterstand in de sociaal- emotionele ontwikkeling.

- Oefenen

Deze Strategie heeft een cognitieve en gestructureerde aanpak waarin de cliënt leert omgaan met zijn stoornis en/of problematiek. In paragraaf 1.1 staat een uitleg over een licht verstandelijke beperking. Dit is een cognitieve beperking met mogelijke ontwikkelingsproblematiek binnen allerlei andere aspecten. Daarom is dit ook niet de meest logische oplossing als strategie van waaruit gewerkt wordt.

- Ervaren

Deze strategie leert de cliënt experimenteren met gedragsalternatieven en effecten van deze alternatieven op zijn gedrag, in relatie tot zijn omgeving. Hierin komen de aspecten denken, voelen en handelen naar voren. Hierbij ga je een jongere met (verbale) agressieregulatie problematiek en een achterstand in de sociaal- emotionele ontwikkeling laten ervaren hoe het is om ander type gedrag te proberen. Daarbij wordt de jongere andere vaardigheden en gedragingen aangeleerd zodat de cliënt zijn gedrag kan leren afstemmen binnen andere situaties. Hoe leert de cliënt hoe hij zich moet gedragen? Dit kan bijvoorbeeld door het ervaren van zijn eigen gedrag, door de therapeut op de cliënt toe te laten passen. Hierbij wordt gekeken wat dit doet met de cliënt. Zo wordt de cliënt aangeleerd wat wel of niet gepast gedrag is. Deze strategie is goed passend bij de doelgroep.

- Ontdekken

De strategie ontdekken was moeilijk toepasbaar bij de casus. Een cliënt die zich bevindt in de ontwikkelingsfase, kleuterfase, is aan het afstemmen tussen realiteit en fantasie. Vandaar dat het terughalen van onverwerkte of verdrongen emoties kan leiden tot verhalen waarbij de realiteit vervaagd. Dit bevordert de voortgang van de therapie niet (Vonk & Hosmar, 2009). Wel zijn er voorbeelden van situaties naar voren gekomen bij de cliënt, ook terug te vinden in bijvoorbeeld paragraaf 2.2, die besproken en behandeld zijn. Af en toe is er daardoor inzichtgevend gewerkt binnen dit thema.

De therapie van de jongere is gericht op het teweegbrengen van gedragsveranderingen. Het doel is om zijn boosheid te verminderen, waardoor zijn verbale- en non-verbale agressie ten opzichte van anderen afneemt. De jongere beter leren omgaan met zijn moeite, waardoor hij beter kan functioneren in de maatschappij. Om te evalueren hoe het bij mijn casus B. is gegaan met het toepassen van de stoplichtmethode binnen zijn therapie, zijn hieronder een aantal vragen uitgewerkt.

Wat zijn positieve gedragsveranderingen rond het leren omgaan met mijn boosheid, geuit in verbale en non-verbale agressie;

- **Welke klachten zijn er voordat de PMT gestart is?**

De maanden voordat de therapie gestart is had de cliënt last van explosieve reacties op correcties van groepsbegeleiding en groepsgenoten. Zijn boosheid reageerde hij af op deze personen of op spullen. Door zijn impulsiviteit komt hij snel dominant en dreigend over. Er zijn deze maanden ook een aantal incidenten geweest waarbij B. overspoeld raakte door zijn frustraties. Deze kon hij alleen maar uiten in boosheid en naar buitengerichte agressie. Hij voelt zich onmachtig en geeft aan dat hij graag hulp wil om zijn frustraties en spanningen op een rustige manier te kunnen aangeven, zodat hij om hulp kan vragen.

- **Welke klachten zijn verbeterd/verminderd na afronding van de PMT?**

B. heeft na afsluiting van de therapie, minder last van zijn frustraties. De frustraties zijn er wel maar hij heeft ze veel vaker onder controle. Daarnaast is het aantal incidenten flink afgenomen. Wanneer de groepsgenoten om hem heen druk zijn en fel reageren op een situatie, kiest hij ervoor om een rustige plek op te zoeken. Daarbij reageert hij ook niet verder op de situatie.

Af en toe zijn er natuurlijk nog wel een aantal moeilijke momenten voor B. Dan gaat het even niet zoals het hoort. Als groepsbegeleiding of zijn juf op school bij hem op tijd deze spanningen signaleren, kan hij zelf vervolgens als nog het stappenplan doorlopen en rustig worden.

- **Wat is het verschil tussen de klachten voor en na PMT?**

B. is vele malen rustiger geworden in zijn gedrag. Ook reageert hij zijn boosheid bijna niet meer op een verbale- of non-verbale agressieve manier af. Hij probeert oplossingen te zoeken en zijn spanning op tijd te melden. Lukt dit hem niet zelf, dan moet iemand om hem heen zijn spanningen signaleren.

Doordat er op school en op zijn leefgroep nu ook met het stoplicht wordt gewerkt, is er veel meer structuur voor hem. Dit maakt hem rustiger. In bijlage 5 staat het eindverslag van de therapie.

4.2 antwoord op de hoofdvraag

Hoe kan de "stoplichtmethode" ter vermindering van boosheid, dat zich uit in verbaal en non-verbaal agressief gedrag, bij LVG jongeren met een achterstand in de sociaal-emotionele ontwikkeling binnen de PMT als trainingsmethode gebruikt worden?

De therapie had betrekking op een licht verstandelijk gehandicapte jongere met een achterstand in de sociaal- emotionele ontwikkeling. Hij had moeite met het verminderen van zijn boosheid, wat zich uitte in verbaal- en non verbaal agressief gedrag.

Aangezien de casus een jongere is die functioneert op een kleuterniveau, moet de methode heel

laagdrempelig worden ingezet binnen de therapie.

Zoals uit mijn deelvragen blijkt, is de “stoplichtmethode” een methode die gebruik kan worden ten behoeve van het werken aan de zelfcontrole. Wanneer deze methode op een trainingsgerichte manier, met een gedragstherapeutische aanpak, wordt ingezet tijdens de therapie, dan wordt het ervaren en het leren makkelijker. Herhaling, veiligheid en structuur zijn heel belangrijk gebleken voor de doelgroep. Het stoplicht is daarbij een visueel handvat om te gebruiken.

Het is een methode die veel interventie- en reflectiemomenten biedt. Dit gaf de casus de mogelijkheid om veel ervaringen op te doen, zowel in verschillende activiteiten als in zijn gevoelens. Hierdoor kan de casus tot leren komen en dat is belangrijk kijkend naar zijn ontwikkelingsfase.

Het stoplicht zorgt ook voor een makkelijke transfer tussen verschillende contexten, zoals in hoofdstuk 2 kort wordt genoemd, omdat de cliënt er zelf goed mee bekend is.

De “stoplichtmethode” is goed uit te voeren binnen de Psychomotorische therapie. De Psychomotorische therapie biedt namelijk, zoals eerder in paragraaf 1.2 is besproken, met veel verschillende activiteiten, de mogelijkheid om met dezelfde doelen, de herhaling te laten plaatsvinden.

5. Conclusie

Deze conclusie is alleen gericht op de therapie die is aangeboden aan de casus.

De Psychomotorische therapie zal moeten worden aangeboden op een laagdrempelig niveau, passend bij de ontwikkelingsfase waarin de casus zich bevindt. Het is van belang om binnen de therapie veel herhaling te laten plaatsvinden. Je moet over het algemeen iets vaker oefenen, om er vervolgens vaardiger in te worden. Dit maakt de “stoplichtmethode”, door middel van psychomotorische therapie, een goede trainingsmethode. Psychomotorische therapie biedt namelijk de mogelijkheid of veel te ervaren en, om met dezelfde doelen binnen verschillende activiteiten, veel te herhalen. Het stoplicht zorgt hierbij voor de vaste structuur. Ook zorgt het stoplicht ervoor dat er interventiemomenten en reflectiemomenten ingepast kunnen worden.

Kijkende naar het verschil aan klachten van de casus B. voor en na de Psychomotorisch therapie, is er een duidelijk vermindering van zijn boosheid te constateren. Het aantal incidenten is verminderd en de casus weet vaak wat er op welk moment van hem verwacht wordt. Af en toe ziet hij het zelf toch even niet in, dit is ook deels te wijten aan zijn ontwikkelingsniveau, maar wanneer er tijdig voor de casus wordt gesignaleerd kan hij zijn stappenplan verder zelf goed doorlopen. Het stoplicht ter vermindering van zijn boosheid, wat geuit werd in verbale- en non-verbale agressie heeft voor hem voor veiligheid en een duidelijke structuur gezorgd. Daarnaast is gebleken dat het visuele aspect, namelijk zijn eigen stoplicht op de plekken waar het nodig is, ervoor zorgt dat hij zich beter raad weet met zijn frustraties.

6. Discussie en aanbeveling

Binnen dit hoofdstuk zal er worden gereflecteerd op de methode, de PMT sessies en de conclusies. Aan de hand van de conclusie en daarmee de discussie zullen daarna aanbevelingen gedaan worden voor de stoplichtmethode als trainingsmethode.

6.1 Discussie

Uit de conclusie is gekomen dat er weldegelijk een afname van het aantal klachten is te zien. De jongere met (verbale) agressieproblematiek en een achterstand in de sociaal- emotionele ontwikkeling heeft weldegelijk baat gehad bij de stoplichtmethode als trainingsmethode tijdens de PMT.

Ter discussie staat wel of de methode deze gedragsveranderingen teweeg heeft gebracht of dat er ook in de omgeving andere factoren een rol hebben gespeeld bij de gedragsverandering. Dit zou

bijvoorbeeld kunnen zijn dat de ontwikkelingsfase is veranderd of dat de effecten van groepsgenoten op de casus anders zijn geweest. Daarmee is in deze casestudie geen rekening gehouden. Hiervoor zou er bijvoorbeeld een vragenlijst opgesteld kunnen worden over de leefomgeving van mijn casus B.

De methode die gebruikt is in deze casestudie past bij de doelgroep waaraan de therapie is aangeboden. De modaliteiten ervaren en oefenen sluiten aan bij de werkwijze van licht verstandelijk gehandicapte jongeren problemen met het uiten van hun boosheid, die leidt tot verbaal- en non-verbaal agressief gedrag, en een achterstand in de sociaal- emotionele ontwikkeling. Dit staat omschreven in paragraaf 2.2.

Deze methode is een rode draad bij het opbouwen en sluit goed aan bij het veilig en rustig begeleiden van een leerproces.

Daarnaast valt de betrouwbaarheid van deze conclusie te betwijfelen omdat deze methode op één casus is toegepast. De stoplichtmethode als trainingsmethode zou vaker uitgevoerd moeten worden, binnen deze doelgroep, wil deze als betrouwbaar kunnen worden genoemd.

6.2 Aanbeveling

Naar aanleiding van deze casestudie en het uitvoeren van de therapiesessie staan hieronder aanbevelingen die te maken hebben met het verbeteren van de stoplichtmethode als trainingsmethode voor de gekozen doelgroep.

- De methode testen op meerdere casussen om zo een nog beter betrouwbare conclusie te kunnen maken. Op de casus in deze casestudie heeft de methode een positief effect gehad, maar het is nog niet duidelijk of dit ook op andere casussen binnen dezelfde doelgroep een positief effect heeft.
- Een huiswerkboekje maken. Hierdoor is er voor de doelgroep een nog betere transfer mogelijk naar andere contexten. Deze is niet opgenomen in de casestudie en de therapieën. Toch zou het een passende aanvulling kunnen zijn op de trainingsmethode.

Literatuurlijst

DSM -IV(2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DSM-IV-TR (2007) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

Prof. Dr.A. Došen (2007) tweede druk. *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Koninklijke Van Gorcum BV.

P.C. Kendall and L. Braswell (1993) second edition. *Cognitive- behavioral therapy for impulsive children*. Guilford Press, Guilford Publications Inc., New York

Drs. Luuk W. Sietsma (februari 2006) reader G006, 2^e leerjaar. *Strategieën PMT, kapstok*.

J. Vond, A. Hosmar (2009) eerste druk. *Emotionele ontwikkeling bij mensen met een beperking. Een denk- en handelingskader voor de praktijk*. Acco Nederland. Tevens geraadpleegd op World Wide Web: <http://www.emotionele-ontwikkeling.nl/>

J. Kool (2005) derde druk. *Ho, tot hier en niet verder..! Een training in psychosociale weerbaarheid voor kinderen van 7 tot 12 jaar en hun ouders*. Acco Leuven/ Voorburg.

Geraadpleegd op World Wide Web: <http://www.pearson-nl.com/producten/161-wisc-iii-nl-wechsler-intelligence-scale-for-children-iii.html>

(Najaar 2010). *Tijdschrift 'Onderzoek & Praktijk*. Jaargang 8, nummer 2.

Psychologisch onderzoek van casus B. (In verband met privacy, alleen de pagina's die gebruikt zijn in de casestudie)

J. Koene, N. Telgenkamp (juni 2010) *Eindverslag PMT B*.

Pagina's uit het psychologisch onderzoek van B.

Spraak en taal: B praat met een normaal stemvolume, maar af en toe binnensmonds, waardoor de testleider om herhalingen moet vragen. B kan zijn gedachtes voldoende onder woorden brengen en zijn verhaal is meestal goed te volgen voor een buitenstaander. Hij praat het merendeel in eenvoudig opgebouwde zinnen die grammaticaal kloppend zijn. Zijn taalbegrip is voldoende om de instructies te kunnen begrijpen.

Aandacht en concentratie: B heeft bij de onderdelen waar hij zich langere tijd op moet concentreren wat moeite om zijn aandacht bij zijn werk te houden. Bij voldoende aangeboden structuur lukt hem dit redelijk. B laat zich niet afleiden door omgevingsgeluiden, maar intern zien we regelmatig de aandacht wegglijden.

Testresultaten WISC-III¹

Subtesten verbaal	SS	Mentale leeftijd	Subtesten perfoormaal	SS	Mentale leeftijd
Informatie	3	9.2 Jaar	Onvolledige Tekeningen	8	11.6 Jaar
Overeenkomsten	4	8.10 Jaar	Substitutie	5	9.10 Jaar
Rekenen	3	7.10 Jaar	Plaatjes Ordenen	4	7.6 Jaar
Woordkennis	5	10.6 Jaar	Blokpatronen	6	10.2 Jaar
Begrijpen	7	11.2 Jaar	Figuur Leggen	6	10.2 Jaar
Cijferreeksen	1	<6.2 Jaar	Symbool Vergelijken	5	9.10 Jaar
			Doolhoven	7	9.2 Jaar

SS=Standardscore: 1-2=zeer slecht; 3-4=erg zwak; 5-6=zwak; 7-8=zwakgemidd; 9-10-11=gemidd; 12-13 ruim gemidd; 14-15=goed; 16-17=zeer goed; 18-19=uitstekend

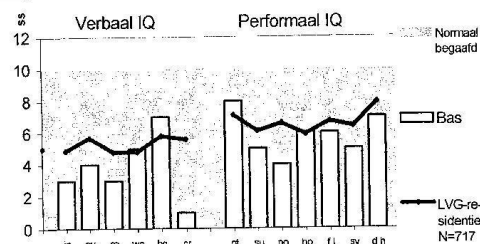
VB ± IQ 69 (1.9%) PO ± IQ 74 (4%) VS ± IQ 72 (3%) F3.IQ ('leerpotentieel' Wisc-m) ± IQ 57 (0.2%) VK (Wisc-m) ± IQ 63 (0.7%)

Betekenis van bovenstaande afkortingen:

VB. = verbaal begrip; PO = perceptuele organisatie; VS = verwerkingssnelheid; F3.IQ = leerpotentieel uit de oude Wisc-m; VK = verworven kennis (Wisc-m).

Grafiek:

Het prestatieoverzicht per subtest WISC-III van B ten opzichte van normaal begaafden en de doelgroep licht verstandelijk gehandicapten.



Eerdere intelligentieonderzoeken

26-02-2002 WPPSI: TIQ 71, VIQ 77, PIQ 70

24-05-2005 WISC-RN: TIQ 72, VIQ 75, PIQ 75

06-03-2006 Jan Pieter Heije WISC-III: TIQ 67, VIQ 59, PIQ 82

07-03-2008 Jan Pieter Heije WISC-III: TIQ 65, VIQ 58, PIQ 78

Overig testmateriaal

De 15 Woorden Test van Rey, een test voor de diagnostiek van auditieve geheugenstoornissen daarop behaalt B een voldoende score (50% en voor de LVG-populatie 93%). Er is sprake van een voldoende leercurve voor auditief aangeboden materiaal (10,11,10,9,11). De directe auditieve buffer is nu uitstekend (10 eenheden, i.t.t. WISC cijfers ss=1). Er is wel een matige systematiek in de manier van opslaan en B maakt wat dubbelfouten, maar de recall na 15 minuten is goed (75%) en afgezet tegen de LVG-populatie is deze uitstekend (97%). De herkenning uit een reeks van 30 is eveneens goed (0 fouten). B vindt deze test leuk, maakt gebruik van zijn associatieve vermogens en het lijkt erop dat bij interesse hij veel beter presteert dan bij voor hem zinloos materiaal (Cijferreeksen). Dit alles betekent dat het auditieve geheugen voor het gesprokene of voor woorden voldoende intact is en eenmaal opgeslagen materiaal beklijft ook goed in tijd. M.a.w. het ligt niet zozeer aan de "oren" of aan de auditieve imput, maar eerder aan zijn stemming of interesse.

De **menstekening** waaruit volgens **Goodenough** een bepaald (emotioneel) ontwikkelingsniveau kan worden afgelezen, levert een score van 10;3 jaar op. Dit komt overeen met een een IQ-equivalent van ± 72 (rand licht verstandelijk gehandicapt en zwakbegaafd niveau).

1) Voor nadere nuancering t.a.v. intelligentiemetingen bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen (LVG-ers) zie de Handleiding en Verantwoording WISC-III van D. Wechsler uit 2005, hoofdstuk 4 en ook onderzoek van Pesch & Ponsioen (De Psycholoog, Jaargang 39, feb. 2004, nr. 2).

Naar aanleiding van de kwalitatieve analyse van de ZALC, functioneert B in het **impulsieve stadium (E2)**. B scoort hoger dan 2% en lager dan 95% van zijn leeftijdgenoten. De piek van dit stadium ligt rond de 8 à 9 jaar. Dit stadium wordt gekenmerkt door een combinatie van impulsiviteit, kwetsbaarheid, afhankelijkheid en volgzzaamheid. Impulsiviteit staat op de voorgrond: men geeft gauw toe aan agressieve impulsen zowel van zichzelf als van anderen, maar ook aan empathische impulsen. Agressie wordt vooral getoond in reactie op frustraties en kritiek, en kan variëren van ongeremde boosheid tot het agressief bejegenen van anderen. De angst om zelf agressief bejegend te worden is eveneens aanwezig en hierbij geldt dat men geen zelfstandig verweer heeft en daarmee geneigd is bescherming te zoeken. Van anderen wordt zowel verwacht dat zij meteen tegemoet komen aan de eigen verlangens, alsook dat men door die ander in bescherming wordt genomen. De impulsiviteit komt niet alleen tot uitdrukking in negatieve impulsen, zoals agressie en negeren van regels, maar ook in positieve impulsen, zoals het te hulp schieten van mensen in nood. De impulsieve persoon gaat direct over tot actie of verwacht dat anderen direct ingrijpen.

Samenvatting

In vergelijking met de leeftijdsgroep 14-jarigen behaalt B op de **WISC-III** een intelligentie die op een licht verstandelijk gehandicapt niveau ligt. Voor meer detail:

Intelligentie	IQ-score	% =	t.o.v. leeftijdgenoten	95% betrouwbaarheid
Totaal IQ	66	1%	Met een betrouwbaarheidsinterval op 95% van T.IQ: 61 – 75	
Verbaal IQ	66	1%	Met een betrouwbaarheidsinterval op 95% van V.IQ: 61 – 76	
Performaal IQ	71	3%	Met een betrouwbaarheidsinterval op 95% van P.IQ: 65 – 85	
Normaal begaafd: IQ van 86-115 Zwakbegaafdheid: IQ van 71-85 Licht verstandelijke handicap: IQ van 50/55-70				

De intelligentie van B is de afgelopen jaren redelijk op peil gebleven. De verschillen tussen de verbale en performale intelligentie worden minder en het zwakst (op rand matig verstandelijk gehandicapt niveau) is het leervermogen. Eerder bleek steeds dat het auditieve geheugen voor cijfers erg zwak was en nu is er een andere auditieve geheugentest afgenomen. B vindt deze test leuk, maakt gebruik van associaties en laat een leeftijdsadequaat auditief geheugen voor woorden zien. Het lijkt erop dat hij bij interesse veel beter functioneert dan doorgaans, met andere woorden het ligt niet zozeer aan de auditieve verwerking, maar eerder aan stemming of interesse. Soms duidt dit op pervasieve problematiek, maar bij B lijkt dit meer te liggen aan een *lust-onlust* bepaald functioneren. Dit laatste mogelijk als gevolg van veel basisonveiligheid en opvoedingsverlegenheid. B blijft imponeren als een impulsieve en naïeve knaap die vrijwel constant individuele structuur, bescherming en controle behoeft. In een individuele testsituatie functioneert hij weliswaar nog redelijk, maar helaas is er weinig intrinsieke motivatie om te presteren of te ontwikkelen. Er is weinig ontwikkelingsdrang en slechts opgelegd is er sprake van een zekere motivatie om zich in te spannen. De ergste onrust of ADHD was de vorige testafname (2008) verdwenen en ook nu zien we bij een aanspreken op laag - welhaast matig verstandelijk gehandicapt - niveau een voldoende aanpassing. Naast zijn beperkte intellect heeft B ook weinig inzichten in zijn problemen of onmogelijkheden. Hij is sterk veldafhankelijk en laat zich voortdurend leiden door prikkels uit de omgeving of impulsen vanbinnen uit en er is amper een innerlijke structuur om gedrag in te tomen. Bij gebrek aan structuur en bescherming gaat B ADHD-gedrag vertonen of dan loopt hij verloren rond. Hij laat niet alleen op intellectueel maar meer nog op sociaal-emotioneel gebied een *growing into deficit* zien. B moet voortdurend aan de hand worden genomen en heeft de nabijheid van volwassenen hard nodig om zich te kunnen redden in zijn leefwereldje en zeker in de maatschappij. Zonder dat wordt B overvraagd, kortom qua algemeen functioneren lijkt B steeds meer af te glijden richting Cluster-III-onderwijs en de zwakzinnigenzorg.

Iris de Bont,
Psychodiagnostisch werker

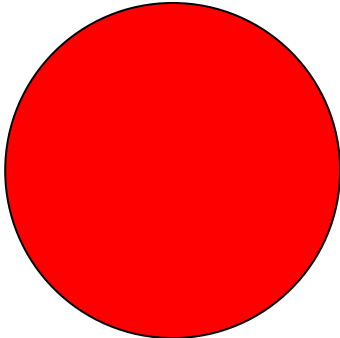
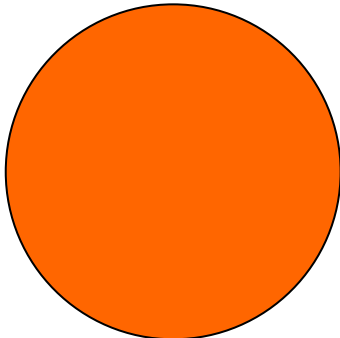
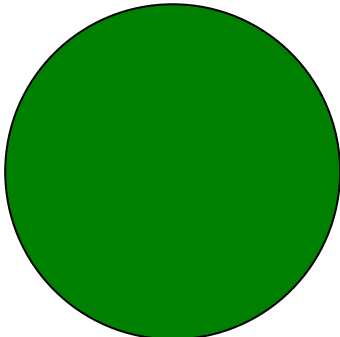
Wim Pesch,
Gezondheidszorgpsycholoog

Hieronder staan de ontwikkelingsfasen omschreven (Došen, 2007):

- Fase 1; de homeostase, van 0 tot 6 maanden.
Een baby reageert primair op lust en onlust. In deze fase worden dus basale emotionele behoeften gekoppeld aan de regulatie van fysiologische behoeften, de integratie van sensorische prikkels, de structuur van plaats, tijd, personen en activiteiten, de constantheid in de omgeving en de stimulatie van gehechtheidsgedrag.
- Fase 2; de eerste socialisatie en gehechtheidfase, van 6 tot 18 maanden.
Het kind begint steeds meer te ontdekken, dit gebeurt doormiddel van 'trail and error'. In deze fase zijn de basale emotionele behoeften gericht op lichamelijk contact, hechttingspersoon, gehechtheid, veiligheid, sociale stimulatie en omgang met materiaal.
- Fase 3; de eerste individualisatiefase of peuterfase, van 18 tot 36 maanden.
Dit wordt ook wel de peuterfase genoemd. Het kind ontdekt in deze fase zijn eigen wil, vecht voor autonomie en is bang om die te verliezen, wil het zelf doen, en zegt veel 'nee'. In deze fase wordt men ook zindelijk. In deze fase zijn de basale emotionele behoeften gericht op afstand in contact, bevestiging van een bepaalde graag van autonomie en beloning van sociaal gedrag.
- Fase 4; de eerste identificatiefase, van 3 tot 7 jaar.
Dit wordt ook wel de kleuterfase genoemd. In deze fase kunnen kinderen steeds wat langer van hun verzorgers gescheiden zijn, mits dit in een vertrouwde omgeving gebeurt. In deze fase zijn de basale emotionele behoeften gericht op de aanwezigheid van een identificatiefiguur, het ervaren van sociale acceptatie en sociale competentie.
- Fase 5; de realiteitsfase, van 7 tot 12 jaar.
Deze fase wordt ook wel de schoolkindfase genoemd. Het schoolkind is vooral op het verstandelijk vlak actief. In deze fase zijn de basale emotionele behoeften gericht op erkenning van de eigen prestaties, volwaardigheid, productiviteit en creativiteit in het omgaan met de materiële wereld en vaste regels in sociaal gedrag, ook wel 'gouden omgangsregels' genoemd.
- Fase 6; de tweede socialisatiefase, van 12 tot 17 jaar.
Deze fase wordt ook wel de puberteit genoemd. Dit is een stormachtige periode waarbinnen veel lichamelijke en psychische veranderingen plaatsvinden.
- Fase 7; de tweede individualisatie, van 17 tot 25 jaar.
Dit wordt ook wel de adolescentie genoemd. Binnen deze fase krijgt een persoon temaken met toenemende eigen verantwoordelijkheden. De persoon staat praktisch, verstandelijk en gevoelsmatig op eigen benen.

Stoplicht van B.

Hoe voel ik me?Dan is het dus:Wat moet ik doen?

Boos		Plekje zoeken om rustig te worden (kleedkamer, eigen kamer of uit de klas op de gang).
Bijna boos		Naar juf of naar groepsleiding toe om te praten. Anders even een rondje lopen.
Blij		Blij zijn en blij blijven.

Uitleg stoplicht van B.:

B. heeft het stoplicht samen met mij ingevuld. Alleen de kleuren stonden op papier. Voor de rest heeft hij de verschillende onderdelen zelf een naam gegeven zoals: blij, bijna boos en boos.

Oranje is de belangrijkste kleur die ertussen zit. Dat is het moment dat er namelijk wat gebeurd in jezelf. In dat gedeelte is het voor B. van belang dat hij doorheeft dat er iets mis gaat. Ik heb met hem afgesproken dat wanneer hij merkt dat hij boos begint te worden, en dus in het oranje zit, hij 1x waarschuwt richting de persoon die het bij hem oproept. Werkt dit niet, is het de bedoeling dat hij het gaat melden bij iemand van de groepsleiding.

Therapie 16-3-'10

B. kwam vrolijk binnen bij de therapie. Hij zocht gelijk contact. Vandaag heb ik B. laten kiezen wat we gingen doen in de zaal. Hij koos voor voetbal. We hebben 2 goaltjes neergezet, in de vorm van een matje. De spelregels waren als volgt: niet over de middenlijn schieten/goeien en de winnaar is degene die als eerste 5x heeft gescoord.

Ik ben vervolgens heel hard gaan schieten/goeien, met de foamballen, om te proberen B/ een beetje boos te krijgen. Natuurlijk kon hij het ook niet winnen en maakte ik steeds opmerkingen tussendoor naar B. Ook dit was onderdeel voor het een "beetje boos" maken van B. Steeds wanneer ik hard schoot, lachte hij het weg, maar deinsde hij ook terug. Dit was voor mij teken dat er wat bij hem gebeurde.

Het eerste potje verloor hij. We hebben het stoplicht erbij gepakt en gaf aan toch wel in "oranje" te zitten. Ik heb met hem besproken waar dit door kwam. Hij antwoordde met: "jij schoot heel hard" en "Jij plaagt mij steeds". Vervolgens heb ik hem gevraagd wat we hier aan konden doen. De regels moesten aangepast worden. Dit hebben we gedaan. Ik mocht niet meer zo hard schieten en mocht ook niet meer plagen/ geen opmerkingen maken.

Het tweede potje verloor B. ook, maar nu zat hij wel in "groen". Hij vertelde dat hij zijn best had gedaan. Ik heb hem complimenten gegeven voor de aanpassingen die hij had gedaan om het voor zichzelf weer "groen" te krijgen.

Daarna heb ik ook nog met hem besproken, dat je op een rustige manier kunt overleggen met anderen om regels aan te passen. Dit zodat hij niet door kan schieten naar "rood", maar eerder terug gaat naar "groen".

Therapie 23-3-'10

B. kwam ook deze week vrolijk binnen. Hij had zelfs extra aandacht aan zijn haar besteedt, alvorens hij vanuit het zwembad naar therapie kwam. Dat moest hij ook even vertellen.

Daarna heb ik het er even met B. over gehad hoe het op school ging met zijn stoplicht. Hij vertelde dat zijn stoplicht uitgeprint op zijn tafel was geplakt en dat hij er naar keek al hij boos begon te worden. Dit hielp hem wel. Hij was nog niet 1x boos geworden de afgelopen week.

Als eerste activiteit heb ik hem in de zaal met 10 kleine blokken een toren laten bouwen. Het was de bedoeling dat de hij de blokken rechtop zou stapelen en wanneer de stapel tussendoor viel, moest hij hem opnieuw bouwen. De toren met de kleine blokken bleek geen probleem.

Vervolgens heb ik 10 grote blokken gepakt, die natuurlijk niet recht zijn, om een toren mee te gaan bouwen. De regels waren hetzelfde. Dit lukte hem de eerste paar keren niet, daardoor begon hij boos te worden. Hij kleurde rood en zette de blokken niet meer rustig op elkaar. Hij kwam daardoor dus in "oranje". Op dat moment heb ik de activiteit gestaakt. Ik heb met hem besproken wat er gebeurde en ik heb hem gevraagd wat een oplossing zou kunnen zijn om weer naar "groen" te komen. Hij wilde graag 1 blok plat op de grond, want 9 blokken op elkaar kon dan makkelijker. Dit heb ik hem laten proberen. Ook dit lukte niet. Kort daarna kwam hij in "rood", hij werd namelijk boos. De toren viel steeds om. Hij gooide de blokken door de hele zaal en we hebben het stoplicht er gelijk bij gepakt. Ik heb hem gevraagd wat er nu moest gebeuren. Hij zei direct "even 5 minuten pauze". Deze heb ik hem laten houden. Ik kon hierdoor merken dat hij het stoplicht begreep en dit ook toe kan passen. Het signaleren lukte hem dan nog wel niet op tijd, maar wanneer ik het voor

hem deed kon hij zelf het stappenplan vervolgen.

Hij kwam weer terug in “groen”. Toen heeft hij het nog een keer geprobeerd en het lukte. Natuurlijk was dit voor hem een grote succeservaring.

Als laatste oefening heb ik hem 3 hoepels gegeven. 2 Hoepels moest hij schuin tegen elkaar aanzetten en de 3^e moest hij er omheen leggen. Hij heeft het in totaal 3x geprobeerd, zonder naar “oranje” of “rood” te schieten en bij de 3^e keer lukte het. Zo kon hij met een positief gevoel, “groen”, ook afsluiten.

Therapie 7-4-‘10

Deze week kwam B. op een andere dag voor therapie. Daarnaast waren er nog 2 studenten aanwezig bij de therapie om een dagje mee te kijken.

Jan heeft dit keer de therapie met B. overgenomen, omdat ik op dat tijdstip een andere therapie had staan.

Therapie 13-4-‘10

Vandaag kwam B. vrolijk binnen, hij had weer even zijn haar goed gedaan voor de therapie.

Daarnaast vertelde hij dat hij “stage” op school had verdiend. Dit was te danken aan zijn goede gedrag. Hij heeft het veel over de “stage” gehad tijdens therapie en is er echt vol van.

In de zaal zijn we in eerste instantie gaan tennissen. Ezelen tegen de muur, dat was de activiteit. Dit keer had ik als therapeut de activiteit een keer gekozen. Hij had hier veel moeite mee, motorisch is hij qua tennis niet zo vaardig. Dit wist ik van te voren. Daarom heb ik het geprobeerd in te zetten om hem in “oranje” te krijgen.

Dit lukte en hij gaf aan dat het veel te moeilijk was, hij zat ook in oranje. Het belangrijkste is dat hij dit keer zelf had gesignaleerd dat zijn kleur “oranje” werd.

Ik vroeg aan hem hoe hij terug kon komen in groen. B. gaf aan dat hij wel graag gewoon even wou overspelen. Dit werkte. Hij gaf zelfstandig aan weer in groen te zitten.

We hebben dezelfde activiteit nog een keer geprobeerd, ook dit keer kwam hij in oranje terecht. Hij is even op de bank gaan zitten en heeft een andere activiteit bedacht. Niet alle activiteiten liggen qua niveau binnen zijn bereik. Toch heb ik hem meegegeven alles in ieder geval eerst te gaan ervaren. Daarna kun je dan besluiten om eventueel de activiteit te staken. Dit was voor hem de manier om terug te komen naar groen.

Voetballen werd onze 2^e activiteit. Hij had bij Maarten(gymleraar), in de gymles, een spelletje gedaan en deze wou hij nu ook graag doen. Ik heb hem het spelletje aan mij laten uitleggen, zodat we konden starten.

Vanaf het moment dat we dit spelletje hebben gespeeld, was hij niet meer in oranje te krijgen. Dit is een goed teken.

Extra:

Ik heb na de therapie een mailtje gestuurd naar de groep. Dit heb ik gedaan omdat B. aangaf dat hij op de groep veel moeite had met zijn boosheid. Zijn stoplicht was daar voor hem ook niet in beeld. Dit maakt het voor hem moeilijker. Daarom heb ik het mailtje in het algemeen naar de groep gestuurd, met in de bijlage de uitleg over het stoplicht. Hopelijk kan er zo ook op de groep extra aandacht aan besteed worden.

Eindverslag PMT – B.

B. werd dec. 2009 aangemeld door Neeltje. B. heeft eerder zowel beeldende creatieve therapie als PMT gehad. De laatste tijd is er sprake van een negatieve ontwikkeling in het functioneren van B.

Dat uit zich dan in druk gedrag, boos reageren op correcties van groepsleiding en zijn boosheid o.a. afreageren op zijn eigen spullen.

B. wil wel graag geholpen worden om te leren zijn spanningen en frustraties eerder en op een rustige manier aan te geven, zodat hij om hulp kan vragen en deze ook kan accepteren.

In de vergadering van het therapieteam van 28.01.10 wordt de aanvraag besproken. We vragen ons af, in hoeverre training in de groep en de klas een alternatief zou zijn, en of B. – gezien zijn niveau - niet in de huidige (school-) situatie overvraagd wordt. Jan gaat overleggen met Neeltje.

In overleg is besloten B. toch in PMT individueel te gaan begeleiden.

Na de voorjaarsvakantie (22.02.10) is de begeleiding gestart.

Nicole heeft voornamelijk met B. gewerkt. Ze koos voor de stoplichtmethode, vanwege de zeer beperkte woordenschat van B. Door een echt stoplicht uit te printen met een korte “uitleg” bij elke kleur: “hoe voel ik me?”, “bij welke kleur past dat”, “wat moet ik doen?”. B. koos zelf de woorden die bij elke kleur pasten: blij – bijna boos – boos.

Het stoplicht werd in kleur uitgeprint en geplastificeerd en bij elke sessie meegenomen de zaal in en in een klemlijst duidelijk zichtbaar opgehangen. B. was zichtbaar trots op het resultaat en vroeg bij de eerstvolgende sessie of hij het aan de juf mocht laten zien. Er werd een nieuw exemplaar gemaakt dat mee ging naar de klas, ook de leefgroep kreeg na verloop van tijd een “stoplicht”, omdat B. aangaf dat hij op de groep veel moeite had met zijn boosheid.

Op school ging het zo goed, dat B. een “stageplaats” verdiende.

In het werken werd steeds zoveel mogelijk aangesloten bij de keus van B. voor een activiteit. Door hem te laten verliezen, uit te dagen en dergelijke, is het B. af en toe flink moeilijk gemaakt.

Op momenten dat hij het duidelijk niet naar zijn zin had c.q. echt boos werd, werd het stoplicht erbij gepakt en samen met B. bekeken wat er gebeuren moest. Dat ging in de PMT steeds beter, B. kreeg in de gaten dat er iets met hem gebeurt (bv. groeiende irritatie) en dat hij daar dan iets mee moet doen.

De begeleiding van B. werd na afloop van de stage van Nicole (22.06.10) afgebouwd met een gesprek in de leefgroep, B. heeft nu dus zijn “therapie-stoplicht” op zijn kamer, de groepsleiding heeft er zelf eentje.

Vanuit PMT is daarbij het belang aangegeven van het tijdig door de groepsleiding signaleren dat er iets in het gedrag van B. verandert (wordt bv. druk of kortaf), en dan het “stoplicht” erbij te pakken om samen met B. even de situatie door te nemen voordat deze uit de hand loopt.

De stoplicht-methode is dus een goede keus geweest omdat het een makkelijk en duidelijk vormgegeven hulpmiddel is bij een jongen die een erg beperkte woordenschat heeft, wel gemotiveerd is om iets aan zijn gedrag te veranderen (minder snel boos worden) en zich goed begeleidbaar opstelt. Samenwerking c.q. afstemmen met school en leefgroep en daarbij dezelfde methode en werkwijze hanteren zorgt voor een goede structuur waarbinnen nieuw gedrag ook blijvend “geoefend” kan worden.

Nicole Telgenkamp – stagiaire PMT

Jan Koene