



Agressief....BOKSEN?!

Over de effectiviteit van verschillende onderdelen van agressieregulatiemethode's bij de behandeling van een Antilliaanse jongen van het Gouvernements Opvoedingsgesticht.

Student: Marijn de Graaf

Scriptiebegeleidster : Sandra Verbeeten

Scriptiebeoordelaar : Paul Hekking

School : Windesheim

Opleiding : Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie

Datum: 20 feb 2008 t/m 25 mei 2009

Samenvatting

C is een jongen van 13 jaar, van Antilliaanse afkomst en hij is zwakbegaafd. Hij is een Antilliaanse jongen, die zich op het G.O.G. problematisch gedraagt. Dit problematische gedrag is vooral een gevolg van zijn agressie. Bij hem is de gedragsstoornis CD gediagnosticeerd (As I 312.81 DSM IV).

In deze scriptie is onderzocht welke onderdelen van PMT-behandelmethoden effectief zijn voor de behandeling van het agressieve gedrag van C. De vraagstelling van deze scriptie is: 'Welke onderdelen van verschillende PMT-methodes zijn effectief voor de behandeling van een Antilliaanse jongen met agressieproblematiek (C).' De PMT-behandelmethoden die hiervoor onderzocht zijn: De methode van Kuin (2000), De methode van Uijting (2004) en de agressiehanteringstherapie van Hornsveld en Van Dam-Baggen(2000).

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat een cognitieve en/of gedragsmatige benadering effectief is gebleken bij de behandeling van agressief gedrag. De methodes van Kuin, Uijting en van Hornsveld en Van Dam-Baggen, werken volgens een cognitieve en gedragsmatige benadering.

Uit deze drie methodes worden verschillende onderdelen geselecteerd voor de behandeling van C. Voor het selecteren van deze onderdelen wordt er gekeken of de verschillende onderdelen goed aansluiten bij de Curaçaose cultuur en of ze goed aansluiten bij de persoonlijke problematiek van C.

De volgende onderdelen worden geselecteerd:

- Huiswerkopdrachten (Kuin en Uijting)
- Het naspelen van concrete voorvallen uit het dagelijks leven (Uijting)
- Waarnemingsoefeningen (Uijting)
- Boksoefeningen (Kuin)
- Evaluatie

Van deze onderdelen zal beschreven worden hoe ze naar voren zijn gekomen tijdens de behandeling van C. De behandeling van C had als doelstelling dat hij na een maand behandelen, minder dan één keer per 14 dagen betrokken zal zijn bij een incident waarbij hij agressief (verbaal of fysiek) gedrag laat zien, tot het einde van de therapie (ongeveer 13 weken).

Deze doelstelling is door C behaald. Hij is de laatste 2 maanden voor het einde van de therapie niet meer betrokken geweest bij een incident. De vraagstelling zal daarom op de volgende manier worden beantwoord:

De volgende onderdelen zijn effectief voor de behandeling van C:

- Huiswerkopdrachten voor de transfer naar het dagelijks leven. Bij beide methodes wordt van huiswerkopdrachten gebruik gemaakt.
- Het naspelen van concrete voorvallen uit het dagelijks leven. Dit onderdeel van therapie komt uit de methode van Uijting.
- Waarnemingsoefeningen uit de methode van Uijting
- Boksoefeningen uit de methode van Kuin.
- Evaluatie als afsluiting van de therapiesessie.

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie die ik heb geschreven in het kader van de afstudeer opdracht van de opleiding Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie (BPT) .

Mijn interesse in het onderwerp van de scriptie komt voort uit de eindstage die ik heb gelopen op het Gouvernements Opvoedingsgesticht (G.O.G.) in Curaçao. Ik kijk met veel plezier terug op de tijd in Curaçao. Het behandelen van Antilliaanse jongeren met gedragsproblemen heeft mij de afgelopen tijd erg aangesproken. Ik heb het erg mooi gevonden om iets te kunnen doen met de gevoelens van onmacht en kwetsbaarheid die achter de 'stoere' jongens schuil gaan.

De volgende mensen wil ik bedanken voor het tot stand komen van deze scriptie. Allereerst wil ik Mevr. N. Pieters bedanken. Zij was mijn begeleider op het G.O.G. Zij heeft mij alle ruimte gegeven om mijn eigen kennis, inzichten, ideeën en ervaringen te gebruiken in de behandeling van de verschillende cliënten die ik onder mijn hoede had.

Verder wil ik mijn begeleidende docente S. Verbeeten bedanken. Zij heeft me begeleid bij het schrijven van mijn scriptie, maar ook tijdens en vooral bij het voorbereiden op mijn verblijf in Curaçao. Mede dankzij haar is het verblijf op Curaçao goed verlopen.

Ik wil allerlaatste mijn stagegenoot J. Wolters bedanken voor de samenwerking, maar ook voor de steun en support die ik van hem heb gekregen tijdens mijn verblijf. Ik heb erg genoten van de tijd die ik met hem heb gehad op Curaçao.

Inhoudsopgave

<u>Samenvatting</u>	2
<u>Voorwoord</u>	3
<u>Inhoudsopgave</u>	4
<u>Inleiding</u>	5
Hoofdstuk 1 Casuïstiek	
1.1 Inleiding	6
1.2 Uit het dossier	6
Hoofdstuk 2 Diagnostiek	
2.1 Inleiding	7
2.2 Classificerende Diagnostiek	7
2.2.1 DSM IV	7
2.2.3 Diathese stressmodel	7
2.3 Hermeneutische diagnostiek	8
2.4 Kritische diagnostiek	9
2.5 Cultuur	10
2.5.1 Het verschil tussen formeel en informeel	10
2.5.2 opvoeding	10
2.5.3 School	10
2.5.4 Bewegen	11
2.5.5 Concluderend	11
2.6 PMT Indicatie	11
Hoofdstuk 3 Theoretische Kaders	
3.1 Inleiding	12
3.2 Referentiekaders	12
3.3 Behaviorisme	12
3.4 Analytische psychologie	13
3.5 Cognitieve psychologie	13
3.6 Cognitieve gedragstherapie	14
Hoofdstuk4: De methodes	
4.1 Inleiding	15
4.2 De methode van Kuin	15
4.2.1 Werkwijze	15
4.2.1 De methode van Kuin m.b.t. C.	16
4.3 De methode van Uijting	17
4.3.1 Werkwijze	17
4.3.2 De methode van Uijting m.b.t. C.	19
4.4 Agressiehanteringstherapie	19
4.4.1 Werkwijze	19
4.4.2 Agressiehanteringstherapie m.b.t. C.	21
4.5 Effectieve onderdelen.	21
Hoofdstuk 5: Conclusie	
5.1 Inleiding	23
5.2 Resultaten	23
5.3 Antwoord op vraagstelling	24
<u>Discussie</u>	25
<u>Aanbevelingen</u>	26
<u>Literatuurlijst</u>	27
Bijlage 1 Gedragstoornis	28

Inleiding

Tijdens mijn stage op het Gouvernements Opvoedingsgesticht (G.O.G) heb ik een jongen (C) in behandeling gehad. C is een jongen die is opgenomen in het G.O.G. omdat hij erg problematisch gedrag vertoonde. C was erg agressief en had snel de neiging om met anderen te gaan vechten. Bij C is zwakbegaafdheid As II V 62.89 en gedragsstoornis As I 312.81 gediagnosticeerd (DSM IV). Ik wist niet goed op welke manier ik C moest behandelen. Ook al zijn er in de loop van de tijd veel methodes binnen de PMT ontwikkeld, voor de behandeling van agressieproblematiek. Er zijn geen methodes ontwikkeld die specifiek gericht zijn, op het behandelen van (zwakbegaafde) Antilliaanse jongeren, zoals C. Ik wilde daarom uitzoeken of ik bepaalde onderdelen van verschillende PMT methodes goed kon gebruiken in de behandeling van C.

Het doel van deze scriptie is om een behandeling op te zetten, die goed aansluit bij de Antilliaanse cultuur en die effectief is voor de behandeling van Antilliaanse jongeren met agressieproblematiek. Dit is een groot doel, waarvoor een grootschalig onderzoek vereist is. In deze scriptie richt ik me om die reden alleen op de behandeling van C. Vervolgens zou er onderzocht kunnen worden of de behandelopzet geschikt zou kunnen zijn voor Antilliaanse jongeren met agressieproblematiek in het algemeen.

De vraagstelling van deze scriptie is: 'Welke onderdelen van verschillende PMT-methodes zijn effectief voor de behandeling van een Antilliaanse jongen met agressieproblematiek (C).'

Agressie definieer ik, zoals dat binnen de psychomotorische therapie van het Centrum voor Klinische Psychotherapie (CKP) lokatie Zuidlaren gedaan wordt. Zij beschouwen agressie als gedrag dat voortkomt uit een samenspel van overlevingsdrang, emoties als boosheid en angst, (ver)oordelende cognities en biologische prikkels. Zij maken onderscheid tussen destructieve agressie en constructieve agressie (Kuipers, 1999). Tijdens mijn stage was er bij de jongeren vaak sprake van constructieve agressie, tijdens een potje voetbal. Deze beleving en passie voor deze sport kon bij hen echter snel omslaan in ruzie (destructieve agressie). Om deze reden heb ik voor deze definitie gekozen.

Om de vraagstelling te beantwoorden, ben ik de literatuur ingedoken, om opheldering te krijgen over verschillende behandelmethodes voor PMT die er bestaan rond agressieproblematiek. Ik ben hierbij op drie behandelmethoden gestuit waarvan ik de effectiviteit heb onderzocht, m.b.t. de behandeling van C. Dit zijn de methode van Kuin (2000), de methode van Uijting (2004) en de methode van Hornsveld en Van Dam-Baggen(2000).

Als eerste zal ik de casus van C beschrijven, zodat u een goed beeld krijgt van C. In hoofdstuk 1 zal u duidelijk worden wat agressiviteit met deze casus te maken heeft. In hoofdstuk 2 zal ik verschillende diagnostische modellen gebruiken en hier via hermeneutische en kritische invalshoek naar kijken. Via deze diagnostiek beschrijf ik wat de behandeldoelen zijn van C in PMT. In dit hoofdstuk behandel ik ook de Antilliaanse cultuur. Ik zal beschrijven op welke manier de Antilliaanse cultuur verschilt van de Nederlandse en wat hiervan de invloed is op de PMT-behandeling. In hoofdstuk 3 zal beschreven worden wat de verschillende referentiekaders zijn van de drie methodes. Er zal duidelijk worden op welke manier deze methodes gedrag, zoals agressie, verklaren en op welke manier zij de cliënt benaderen. In hoofdstuk 4 zal ik vervolgens de methodes beschrijven, waarvan ik de effectiviteit heb onderzocht voor de behandeling van C. Vervolgens zal ik deze methodes koppelen aan de casus van C en beschrijven om welke reden ik verschillende onderdelen geschikt vind in zijn behandeling. Aan de hand hiervan zal ik een behandelopzet maken die in de behandeling van C getest zal gaan worden op hun effectiviteit. Hoofdstuk 5 is de conclusie. Hierin zal ik de resultaten van de behandeling weergeven en antwoord geven op de vraagstelling.

Hoofdstuk1 Casuïstiek

1.1 Inleiding

De cliënt waar het over gaat wordt in deze scriptie 'C' genoemd. C is een Antilliaanse jongen van 13 jaar. Hij spreekt gebrekkig Nederlands. Hij volgt ZMOK onderwijs. Uit psychologisch onderzoek, waarbij de WISC-III gehanteerd is, is naar voren gekomen dat C op zwakbegaafd niveau functioneert (IQ tussen 70 en 80). Om u een duidelijk beeld te geven van C en waarom het nodig is dat hij meer controle over zijn agressie zal moeten krijgen, zal ik nu de casuïstiek beschrijven. Ik doe dit door verschillende stukken uit zijn dossier weer te geven.

1.2 Uit het dossier

Schoolsituatie

Observaties van zijn leerkracht op school, beschreven in het observatie rapport over de periode jan 2007 t/m juni 2007; vermelden het volgende:

Hij heeft contact met iedereen in de klas en gedraagt zich naar behoren tegenover de leerkracht. Hij plaagt soms de andere leerlingen, maar kan er zelf niet tegen.

Opvallend is dat hij heel boos wordt als iets hem niet zint. C maakt van een mug een olifant en is daarna niet voor rede vatbaar. Hij wil vaak tot vechten overgaan. C heeft een grote faalangst. Hij heeft weinig doorzettingsvermogen en vraagt heel vaak om hulp of houdt op met zijn werk als het een beetje moeilijk wordt.

Thuisituatie

Onderstaande is beschreven in de rapportage van Stichting Voogdij Instelling Curacao t.b.v. verzoek tot plaatsing van C in het GOG.:

C woonde in een gezin met 7 kinderen, waarvan 2 dochters en 5 zoons. Twee zonen zijn onder toezicht gesteld, waarvan de jongste uit huis geplaatst is en in Kinderoord Brakkeput verblijft. De beide zonen vertonen allebei problematisch gedrag. De moeder van C heeft gebrekkige pedagogische vaardigheden om de kinderen op een verantwoordelijke manier op te voeden. Zij biedt hun geen structuur aan en reageert vaak emotioneel. Zij is geneigd om over te gaan tot lichamelijke straffen.

Een punt van bezorgdheid is het feit dat de moeder verschillende relaties heeft gehad. Het was voor niemand duidelijk met wie en wat voor een relatie ze met iemand had.

De moeder laat veel over aan de kinderen, met als gevolg dat ze bijv. een onaangename lichaamsgeur hebben. De moeder houdt van haar kinderen maar bezit niet genoeg vaardigheden om de kinderen op een verantwoordelijke manier op te voeden.

C wordt op het G.O.G. niet vaak gebeld door zijn moeder. C zegt vaak tegen de moeder dat hij ergens anders wil gaan wonen. De band wordt verder verstoord, doordat C in de ogen van moeder een stoute jongen is.

C heeft geen contact meer met zijn vader. Er zijn vermoedens, dat C op zeer jonge leeftijd door zijn vader seksueel is misbruikt. Deze vader is nu in Nederland woonachtig. Recentelijk heeft C via enkele kennissen foto's van zijn vader gekregen, waar hij heel blij mee was. C wil heel graag bij zijn vader gaan wonen. Volgens C wil zijn vader erg graag dat hij bij hem gaat wonen, maar mag het niet van zijn moeder. Dit klopt niet, want C heeft op geen enkele manier contact met zijn vader, dus zijn vader kan dat niet tegen hem vertellen hebben.

Hoofdstuk2 Diagnostiek

2.1 Inleiding

Om u te laten zien waarom C een indicatie heeft voor Psychomotorische Therapie, zal ik de casuïstiek van C classificeren via de DSM IV en het Diathese stress model om dit vervolgens te bekijken vanuit de hermeneutische en kritische invalshoek. Vervolgens zal ik verschillende aspecten van de cultuur van Curaçao beschrijven. Dit draagt eraan bij dat u een beter beeld krijgt van de cultuur waarin C is opgegroeid. Het zal u duidelijk worden dat er binnen de psychomotorische therapie rekening gehouden dient te worden met deze culturele factoren, tijdens de behandeling van C.

2.2 Classificerende Diagnostiek

2.2.1 DSM IV

Ik heb de volgende diagnose volgens de DSM IV, van de psycholoog van het GOG gekregen:

As I 312.81 Gedragsstoornis, (conduct disorder) type beginnend in de kindertijd. (Een verdere beschrijving staat in bijlage 1.)

As II V 62.89 Zwakbegaafdheid

As III Geen

As IV Problemen binnen de primaire steungroep; meerdere risicofactoren

Werkproblemen (dreiging werk kwijt te raken)

Financiële problemen (onvoldoende financiën)

Deze laatste twee zijn voor de moeder bepalend, maar men kan zich voorstellen dat de kinderen daar ook onder lijden.

As V "GAF = 71 (huidig)"

2.2.2 Diathese stressmodel

Claudia Emck (1995) beschrijft, dat men vanuit een diathese-stress benadering aan de hand van een profielschets kan komen tot een grondige inventarisatie van diverse aspecten van de patiënt. Verondersteld wordt dat ziekte ontstaat als gevolg van de interactie tussen omgevingsfactoren en persoonlijke factoren. Dat wil zeggen dat er sprake is van een bepaalde predispositie voor het ontwikkelen van een ziekte (de diathese), en dat daarnaast sprake is van belastende, spanningveroorzakende situaties en momenten in het leven (de stress). In het diathese-stressmodel staat de specifieke wijze waarop iemand reageert op de stress uit de omgeving centraal.

Profielschets

Prodromen

- Onrustig gedrag
- Slechte concentratie (niet lang stil zitten)
- Prikkelbaarheid
- Vaak om hulp vragen.
- Snel stoppen wanneer iets niet lukt.

Symptomen

- Stoornissen in impulscontrole, zoals verbale en fysieke agressie.
- Faalangst
- Laag zelfbeeld

Innerlijke spanningsbron

- Moeite met acceptatie feedback.
- Accepteert verlies contact met vader niet.
- Faalangstig
- Kleine spanningsboog

Externe spanningsbron

- Weinig structuur in thuissituatie
- Moeder met weinig pedagogische vaardigheden, reageert emotioneel en is geneigd tot lichamelijk straffen.
- Geen vaderfiguur.
- Moeder met verschillende onduidelijke relaties.
- Moet grote verantwoordelijkheid dragen

Beschermende factoren

Vaardigheden - Goede motivatie - Groot doorzettings vermogen - Sportief - Accepteren van hulp. - Netjes en ordelijke houding	Activiteiten - Breakdance - voetbal	Omgevingsfactoren - Breakdance - Voetbal - Gezinsvoogd die structuur en veiligheid biedt. -
Ontbrekende gewenste vaardigheden - Samen kunnen spelen - Controle over impulsen bij woede. - Communicatie met groepsgenoten	Storend ongewenst gedrag - Pestgedrag - Grappen maken ten koste van anderen. - Grof taalgebruik. - Verbale en fysieke agressie tegen groepsgenoten.	

2.3 Hermeneutische diagnostiek

Vanuit de hermeneutische invalshoek probeert de diagnosticus zicht te krijgen op de aard van de verstoring van de interactie, de dialoog van de deelnemer met zijn omgeving. Die omgeving kan zowel sociaal (medemensen) als materieel (dingen) van aard zijn. De wijze waarop de deelnemer en de omgeving met elkaar omgaan is niet meer adequaat. Vanuit deze invalshoek ziet men in een probleemsituatie niet alleen de deelnemer. De diagnosticus probeert het mislukte interactiepatroon van de deelnemer te begrijpen vanuit de wijze waarop de deelnemer zich verhoudt tot de hem omringende wereld als ook omgekeerd; wat betekent dit mislukken voor de wijze waarop de deelnemer zijn omgeving en zichzelf begrijpt? De diagnosticus probeert de deelnemer te begrijpen in zijn verstoorde dialoog.

De hermeneutische invalshoek speelt een belangrijke rol in de diagnostiek, vooral daar waar er duidelijkheid dient te ontstaan over het gedrag t.o.v. het probleemgedrag van de deelnemer. Vanuit de hermeneutische invalshoek worden het mislukken, de klacht van de deelnemer gezien in de context van de deelnemer. De hermeneutische invalshoek is een procesgeoriënteerde benadering. In feite vallen de diagnostische fase en de behandelfase (voor een deel) samen. (Sietsma, 2003)

C heeft af en toe problemen met zijn groepsgenoten. In zijn thuissituatie kwam het regelmatig voor dat er lichamelijk gestraft werd. Hierdoor is het mogelijk dat het overgaan tot lichamelijk geweld, normaler voor hem is geworden en dat hij hierdoor gemakkelijker dit geweld is gaan gebruiken.

De moeder van C was niet duidelijk over wat er wel en niet kon in het gezin. Hierdoor zou het kunnen zijn dat C de grenzen van wat wel en niet kon, bleef opzoeken. Het contact tussen C en de moeder verslechterde hierdoor.

C kan zijn agressie niet goed controleren. Dit zou voor een deel vanuit zijn genen kunnen komen. Aan zijn vader wordt namelijk getwijfeld of hij gevoelens onder controle heeft weten te houden.

Als C seksueel misbruikt zou zijn door zijn vader, dan zou dit zijn basisgevoel voor veiligheid aangetast kunnen hebben. Hierdoor zou C op een wantrouwende manier in het leven kunnen zijn gaan staan. Het gedrag van anderen kan hij hierdoor sneller op een negatieve manier interpreteren, waardoor hij zich sneller aangevallen of belazerd etc. voelt door de mensen in zijn omgeving. Dit zou zich weer kunnen uiten in agressief gedrag.

Daarnaast zou C door het seksueel misbruik het gevoel van eigenwaarde verloren kunnen hebben. Hij zou een afkeer tegen zichzelf gekregen kunnen hebben. Zijn agressieve gedrag zou verklaart kunnen worden, door uiting van de afkeer die hij tegen zichzelf heeft.

Waarschijnlijk heeft C door zijn lage zelfbeeld soms een gevoel van onmacht in het contact met groepsgenoten. In dit contact wil hij graag dat gevoel van onmacht kwijt raken. Wanneer hij agressief wordt, zal hij waarschijnlijk een gevoel van kracht en macht voelen. Deze gevoelens zal hij als prettig ervaren. Misschien vindt hij het daarom moeilijk om deze gevoelens te bedwingen.

2.4 Kritische diagnostiek

De kritische invalshoek is ontleend aan de emancipatorische pedagogiek. In feite betreft het een meer sociologische benadering van mensen met een probleem. Vanuit deze visie is met kritisch ten aanzien van omgevingsvariabelen die ontwikkelingsmogelijkheden van mensen blokkeren, die hen onmondig en volzaam maken. In de sociologie is deze benaderingswijze ook bekend als de etiketteringstheorie of het sociale systeemmodel. Iemand die zich geruime tijd anders gedraagt dan de omgeving van hem verwacht, krijgt van die omgeving een stempel, een etiket opgeplakt. Vervolgens leert hij de rol van de stempel te spelen, hij maakt zich de codes en leefregels die hij krijgt opgelegd eigen. Mensen kunnen stuklopen op te hoge verwachtingen van de omgeving, te hoge eisen. Zij internaliseren deze verwachtingen en eisen en schieten tekort deze te realiseren. Vanuit deze visie op het ontstaan van problemen worden we scherp en kritisch gemaakt ten aanzien van ziekmakende factoren in de omgeving, zowel wat betreft het individu als wat betreft de mensheid in het algemeen. We dienen ook scherp en kritisch te zijn ten aanzien van ons eigen verwachtingspatroon ten aanzien van de deelnemer. In hoeverre produceren wij zelf, als component van de samenleving, de problemen die wij vervolgens aan de deelnemer die mislukt toeschrijven? De diagnosticus dient te beseffen dat mensen ziek kunnen worden van te hoge verwachtingen en eisen van het milieu van de deelnemer, of ziek kunnen worden door een niet adequaat hanteren van begrippen als tijd en ruimte. (Sietsma,2003)

C heeft zich altijd anders gedragen dan zijn moeder van hem verwachtte. Het zou goed kunnen dat zijn moeder niet goed rekening heeft weten te houden met zijn zwakbegaafdheid. Zijn moeder zou te hoge verwachtingen van C kunnen hebben gehad. C zou deze hoge verwachtingen kunnen zijn gaan internaliseren en tekort schieten om deze te realiseren. Door herhaald in situaties van mislukken mee te maken, zou hij een negatief zelfbeeld ontwikkeld kunnen hebben. Zijn agressieve gedrag is te verklaren door het uitten van frustraties en de afkeer tegen zichzelf.

Doordat C zich anders heeft gedragen dan zijn moeder van hem verwachtte, ziet zijn moeder hem nu als stoute jongen. De stempel die zijn moeder hem hierbij heeft gegeven heeft de band tussen hen verder verstoord. Hierdoor zou hij zijn moeders verwachtingen minder kunnen zijn gaan respecteren, waardoor zijn gedrag verder verslechterde.

C heeft voorheen veel moeite gehad om te communiceren met zijn groepsgenoten. Door zijn moeilijke gedrag thuis, kan hij het gevoel hebben gehad dat er een stempel op hem is gedrukt. De stempel van het moeilijke en onhandelbare kind. C leerde zich te gedragen naar deze stempel. Door zijn negatieve zelfbeeld denkt C heel snel dat zijn groepsgenoten op een negatieve manier naar hem kijken of over hem praten. Hierdoor accepteert hij minder van zijn groepsgenoten en is hij prikkelbaar.

2.5 Cultuur

Tijdens mijn verblijf in Curaçao heb ik een aantal boeken gelezen over de cultuur van Curaçao. Deze boeken hebben mij een goed beeld gegeven van de cultuur op Curaçao. Zij gaven mij een beter inzicht in het gedrag van de Curaçaoënaars. In dit hoofdstuk zullen belangrijke aspecten van het gedrag van de Curaçaoënaars beschreven worden. De opvoeding speelt hier ook een belangrijke rol.

Deze aspecten worden gekoppeld aan het gedrag van de jongeren van het G.O.G., en aan het gedrag van C. Zo kunnen deze aspecten het gedrag van C en daarmee ook de casus verhelderen.

2.5.1 Het verschil tussen formeel en informeel

Marcha, V. en Verweel, P. (2003), Merkten op dat er een groot verschil in gedrag te zien is bij de Curaçaoënaars, bij formele en informele settings. Curacaoenaars uiten zich niet snel in een formele setting. In deze setting voelen ze zich niet op hun gemak. Ze zullen niet snel kritiek of feedback geven. Ze laten zich niet snel horen in deze settings. Blijkbaar voelen zij zich onveilig in deze situaties.

Bij de jongeren heb ik een verschil in gedrag gezien bij momenten tussen de sessies door en tijdens de sessies. Tijdens de sessies hadden de jongeren een meer afwachtende houding. Zij vertelden mij minder. Het contact voelde wat stroever aan tijdens de sessies.

Tijdens de sessies zullen de jongeren sneller het gevoel hebben dat zij de ondergeschikte zijn. Ze voelen een hiërarchisch verschil tussen zichzelf en de therapeut. Hierdoor nemen zij een afwachtende houding en in veel gevallen zelfs een afhankelijke houding aan. Dit is in contacten buiten de sessies om minder het geval.

2.5.2 Opvoeding

Bij Marcha, V. en Verweel, P. (2003), Maakten de conclusie dat de relatie tussen ouder en kind anders is in Curaçao. In Curaçao wordt er van de kinderen verwacht dat zij hun mond houden. Een kind dat zijn mond houdt, wordt gezien als een gehoorzaam kind. De kinderen zijn dan ook niet gewend om over zichzelf te vertellen tegen een volwassene.

Tijdens de sessies merkte ik dat de houding van de jongeren ontzettend veranderde, wanneer ik ze een vraag stelde waarbij ze uitgenodigd werden om iets over zichzelf te vertellen. Ze werden stil en hun houding werd meer gesloten. Het gaat echter niet alleen om het uitten doormiddel van woorden. In Curaçao wordt het kind erg binnen de grenzen gehouden. De grenzen van de ouder zijn door het kind vaak erg snel bereikt en bij overschrijding moet het kind gestraft worden. Lichamelijke straffen vinden vaak op een lichamelijke manier plaats. Dit is een geaccepteerde manier van straffen in Curaçao. Wat je vaak ziet bij Antilliaanse kinderen is dat ze al heel vroeg beginnen met het vermijden van uitdagingen. Ze zijn bang om de grenzen van hun ouders te testen. Dat betekent dus dat het kind veel minder nieuwsgierig en onderzoekend is. Passiviteit wordt zo bij de kinderen gestimuleerd.

2.5.3 School

Marcha, V. en Verweel, P. (2003) merkten op dat er in Curaçao op de basisschool nooit in groepjes werd gewerkt. Er staat een leraar voor de klas die de stof uitlegt. Hij is de enige die aan het woord is. Hij vertelt de stof en legt uit hoe je de opdracht moet maken. Binnen deze opdracht is weinig tot geen ruimte voor vrijheid. De opdracht moet op een bepaalde manier en als het anders is, dan is het fout. De kinderen moesten dus precies volgens bepaalde regels te werk gaan.

Met deze methode kunnen zij goed leren en het is ook erg gestructureerd. De kinderen krijgen echter weinig kans om zichzelf te laten zien, zoals ze zijn. Hier krijgen ze minder ruimte voor binnen het schoolsysteem vergeleken met het schoolsysteem in NL, waar initiatief van het kind binnen de opdrachten wordt gestimuleerd.

De rol van de leerkracht in Curaçao veranderd langzaam van dictator naar facilitator en adviseur. Het probleem is dat de leerkracht een dictator in de klas blijft, wanneer hem tijdens de opleiding die rol van facilitator niet is aangeleerd.

Ook op latere leeftijd zie je een groot verschil tussen de Antilliaanse studenten en de Nederlandse of Surinaamse studenten. De Nederlandse of Surinaamse studenten zijn in de regel veel mondiger, stellen veel meer vragen en gaan veel meer in discussie.

2.5.4 Bewegen

Binnen de cultuur van Curaçao is bewegen belangrijk. De jongeren op het G.O.G. waren bewegend erg vaardig. Veel jongeren waren erg goed in alle sporten die vaak op het G.O.G. gespeeld werden. Dit waren vooral de sporten voetbal, honkbal en basketbal. Het sporten onder elkaar is erg competitie gericht. Ze willen elkaar graag laten zien hoe goed ze zijn in een bepaalde sport. Winnen is heel erg belangrijk voor de jongeren.

2.5.5 concluderend

Kinderen in Curaçao krijgen dus in hun opvoeding en op school minder de kans om zichzelf te laten zien. Er wordt minder naar ze geluisterd. De kinderen zijn het niet gewend om zichzelf te uiten of om dingen over zichzelf te vertellen. Kinderen gedragen zich naar de verwachting die de ouder of de gezagsdrager heeft, over hoe een kind zich zou moeten gedragen. Volgens de cultuur moeten ze stil zitten en mogen alleen iets zeggen, als ze worden aangesproken. Dat wordt hun al van kleins af aan met de harde hand bijgebracht. De kinderen voelen zich hierdoor niet gewaardeerd. Hun mening wordt niet als belangrijk gezien. Dit schept passiviteit bij de kinderen.

Ook tijdens sessies waren de jongeren passief. Dit was ook het geval bij C. Hij nam geen initiatief. Hij was het niet gewend om dingen over zichzelf te vertellen tegenover een volwassene. Hierbij voelde hij zich erg ongemakkelijk. Veel vragen beantwoordde hij niet.

C voelde zich hierdoor vooral prettig bij een therapiesessie waarbij hij vooral veel kon doen (bewegen) en waarbij hij niet zoveel hoefde te praten. Verbaal contact met hem verliep het prettigst wanneer we over situaties in het hier en nu aan het praten waren. Dit voelde het veiligst voor hem.

2.6 PMT Indicatie:

Bij jongeren in het G.O.G. is het opvallend dat zij veel moeite hebben om zich te uitten. Het valt echter op dat deze jongeren bewegend zeer vaardig zijn. Zij beleven erg veel plezier tijdens het sporten en bewegen. De jongeren van het G.O.G. hebben dan ook geen probleem om zichzelf op een bewegende manier te uitten. Doordat PMT voor een groot gedeelte een non-verbale therapie is, sluit deze therapievorm goed bij hen aan. Daarnaast biedt PMT voor deze jongeren goede mogelijkheden voor het opdoen van waardevolle ervaringen. Voor C is dit ook het geval. PMT is dan ook een goede manier om een ingang bij hem te vinden.

C was voor aanvang van de sessies gemiddeld ongeveer twee keer betrokken bij een incident waarbij sprake was van verbale of fysieke agressie. De behandeling van C had om die reden als smart geformuleerde doelstelling:

Met behulp van therapie het probleemgedrag van C dusdanig verminderen, zodat hij na een maand behandelen, minder dan 1x per 14 dagen betrokken zal zijn bij een incident waarbij hij agressief (verbaal of fysiek) gedrag laat zien tot het einde van de therapie (ongeveer 13 weken).

Hoofdstuk 3 Theoretische Kaders

3.1 Inleiding

Om de effectiviteit van de verschillende methodes te onderzoeken wil ik in dit hoofdstuk aandacht besteden aan de verschillende referentiekaders die ten grondslag liggen aan deze methodes. De methode's van Kuin (2000), Uijting(2004) en Hornsveld en Van Dam-Baggen(2000), zijn namelijk allemaal geschreven vanuit een bepaald referentiekader. Dit referentiekader bepaald hoe de verschillende methodes aankijken tegen gedrag en tegen agressie. Het bepaald daarmee ook op welke manier deze methodes de cliënt benaderen.

Van der Ploeg en Scholte (1993) geven aan dat een cognitieve en/of gedragsmatige benadering tot de meeste gewenste resultaten leidt. De uitkomsten van een meta-analyse van Beck en Fernandez (1998) bevestigen deze populariteit voor het behandelen van agressief gedrag. Uijting (2004) verklaart dat vanuit wetenschappelijk onderzoek de cognitieve gedragstherapie het beste effect heeft met betrekking tot het vergroten van het probleemoplossend vermogen van de jongeren in combinatie met het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden van de ouders/verzorgers.

Een cognitieve en/of gedragsmatige benadering blijkt dus de meest geschikte manier voor de behandeling van agressieproblematiek te zijn. In dit hoofdstuk wordt onderzocht of de methodes van Kuin, Uijting en Hornsveld en Van Dam-Baggen, ook volgens de effectieve cognitief gedragsmatige benadering te werk gaan .Vervolgens wordt onderzocht op welke manier ideeën over gedrag en agressie ten grondslag liggen aan deze manier van benaderen.

3.2 Referentiekaders

Kuin(2000) beschrijft in zijn Module Behandeling Impulscontrole Problematiek voor Psychomotorisch Therapeuten dat hij zich niet wil beperken tot 1 referentiekader. In zijn module wil hij elementen in voeren die volgens zijn ervaringen ook daadwerkelijk tot resultaat leiden. Dat maakt het moeilijk om zijn werkwijze onder te brengen in één specifieke stroming binnen de psychologie. Als theoretische kaders noemt Kuin de cognitieve therapie, de gedragstherapie en de directieve therapie. Daarnaast vind hij dat de R.E.T. genoemd moet worden als belangrijke inspiratiebron: het uitdagen van disfunctionele cognities.

Uijting (2004) beschrijft dat de denkkaders van waaruit hij werkt vooral worden gevoed vanuit de directieve therapie. Ideeën en technieken vanuit Rationeel Emotieve Therapie, cognitieve gedragstherapie en Neuro-Linguistisch Programmeren (NLP) worden binnen de Psychomotorische Therapie verwerkt of nemen een op zich staande positie in.

Hornsveld en Van Dam-Baggen(2004) beschrijven niet vanuit welk referentiekader zij werken. Aan het einde van dit hoofdstuk zal ik ze daarom proberen onder te brengen onder een bepaalde psychologische stroming.

3.3 Behaviorisme

De gedragstherapie ziet Kuin(2000) als belangrijkste referentie kader. Vanuit de gedragstherapie wil men ongewenst gedrag verminderen, door de prikkel aan de basis van dit gedrag te koppelen aan ander, constructiever gedrag. Responspreventie en exposure zijn technieken afkomstig van de gedragstherapie, die ook belangrijke ingrediënten zijn in de training van Kuin.

De gedragstherapie heeft zich ontwikkelt in de school van het behaviorisme. Tijdens het behaviorisme keek men op een wetenschappelijke manier tegen gedrag aan. Alleen het waarneembare van het gedrag is te meten. De verlangens, gevoelens en wensen van de mens zijn

niet waarneembaar en werden dus niet als belangrijk gezien. Men verklaarde gedrag vanuit het stimulus-respons model. De stimulus (de prikkel) staat aan de basis van de respons (het waarneembare gedrag). Gedrag zou dus alleen moeten bestaan uit geconditioneerde responsen. Waarnemingen worden volgens behavioristen door ervaringen aangeleerd. Zij zagen de mens als een passief organisme dat reageert op van buitenaf komende prikkels (Van Dok-Mak, 2001).

3.4 Analytische psychologie

Kuin(2000) en Uijting(2004) noemen allebei de directieve therapie als een van de denkkaders waar vanuit zij werken. Bij directieve therapie staat de cliënt centraal(Van Dyck, Van der Velden, & Van der Hart, 1980; Hoogduin, Schaap, & Kladler, 1993; Van der Velden & Van der Hart, 1985).Therapie is er in eerste instantie op gericht om een goede therapeut-client relatie op te bouwen, waarbij aansluiting wordt gezocht bij de verwachtingen van de cliënt. Therapie is gericht op klacht bestrijding. De klacht van de cliënt wordt hierbij in een positieve context geplaatst. In de therapie worden concrete doelen geformuleerd die haalbaar zijn voor de cliënt. Aan de cliënt wordt ook goed duidelijk gemaakt wat deze doelen zijn.

De directieve therapie sluit goed aan bij de analytische psychologie. De grondlegger van de analytische psychologie is Carl Gustav Jung (1875-1961). Jung werkte niet volgens een bepaalde aanpak of methodiek die voor iedereen gold, want volgens hem verschilden de mensen hiervoor teveel van elkaar. Jung vond de relatie tussen hulpgever en hulpvrager erg belangrijk. De interactie tussen deze twee moest een gelijkwaardige interactie zijn. In zijn ogen beschikte de mens zelf over een vermogen dat helend op de psyche werkt. Hij is dus als het ware zijn eigen dokter. De therapeut is ervoor om hem daarin te begeleiden. Jung zag de psyche erg breed en hield zich niet aan een bepaalde methodiek van werken (Van Dok-Mak, 2001).

De directieve therapie is een belangrijke stroming (geweest) binnen de psychotherapie. Het is ontstaan in de jaren '70 van de twintigste eeuw als een reactie op de onbruikbaarheid van de toen heersende therapiestromingen (nog vooral psycho-analytisch en client-centered van inslag) voor de grote groepen mensen met psychische en psychiatrische klachten. Veel van de attitudes, technieken, werkwijzen en ideeën zijn overgenomen en geïntegreerd geraakt in de cognitieve gedragstherapie.

3.5 Cognitieve psychologie

Als laatste noemt Kuin (2000) de cognitieve therapie. Uijting (2004) noemt deze vorm niet, al noemt hij wel samen met Kuin, de Rationeel Emotieve Therapie, wat een vorm is van cognitieve therapie. Cognitieve therapie is door psychiater Aaron T. Beck ontwikkeld in de jaren zestig van de 20^e eeuw. Hij ging ervan uit dat het niet de gebeurtenissen zijn die aan de basis staan van de negatieve gevoelens bij de mens, maar de manier waarop hij deze dingen ziet. De cognitieve therapie is erop gericht om iemands denken in overeenstemming te laten zijn met de reële situatie. Verkeerde denkpatronen, veronderstellingen en verwachtingen worden tijdens deze therapie opgespoord en bijgesteld. Door het deze verandering in de manier van denken ontstaat er een objectievere kijk van de cliënt op eigen gevoelens en waarnemingen en kunnen negatieve gevoelens verdwijnen, waardoor ook het gedrag veranderd.(Van Dok-Mak, 2001)

Als onderdeel van de cognitieve therapie noemt Kuin RET als een belangrijke inspiratiebron. Hierbij doelt hij op disfunctionele cognities die in de Rationele – Emotieve therapie het uitgangspunt van de behandeling vormen.

Rationeel-Emotieve Therapie of Rationeel-Emotieve Gedragstherapie (RET/REGT) is een vorm van psychotherapie waarbij zowel het verstand als het gevoel een belangrijke rol spelen. Het is een deelgebied van cognitieve gedragstherapie.

Albert Ellis ontwikkelde deze therapie, waarbij verstand en gevoel in overeenstemming worden gebracht. Het uitgangspunt is, net als bij de cognitieve therapie, dat de mens zelf voor een groot deel bepaalt hoe zwaar problemen wegen. Volgens Ellis ontstaan problemen vooral door de manier waarop we aankijken tegen de gebeurtenissen die ons overkomen.

Binnen dit kader heeft de PMT tot doel om cliënten van verkeerde gedachten bewust te maken.

3.6 Cognitieve gedragstherapie

De cognitieve gedragstherapie is een vorm van gedragstherapie. Uijting(2004) geeft wel aan dat zijn methode gevoed is van ideeën van de cognitieve gedragstherapie. Kuin (2000) noemt deze vorm niet, maar hij noemt wel de gedragstherapie waar dit een vorm van is. Daarnaast noemt hij ook de cognitieve therapie. Beiden besteden veel aandacht voor de cognitie tijdens de behandeling.

Vanaf de jaren 60 werd er steeds meer getwijfeld aan het uitgangspunt van het behaviorisme, dat cognitieve processen niet meetbaar en derhalve oninteressant zijn (Merckelbach, 1994). De cognitieve psychologie deed haar intrede. Zij lieten zien dat denkprocessen wel degelijk in kaart zijn te brengen m.b.v. laboratoriumtechnieken. Daarnaast lieten ze zien dat abnormaal gedrag nogal eens gepaard gaat met abnormale informatieverwerking. De oorspronkelijke leertheorie kwam wat meer op de achtergrond te staan en er kwam meer aandacht voor de manier van informatieverwerken. Er ontstond een nieuwe vorm van therapie: de cognitieve gedragstherapie. Deze vorm ondersteunt het cognitief psychologische standpunt dat cognitieve processen invloed hebben bij de vorming van gedrag. Het proces tussen stimulus en respons is ook van belang. Het ondersteunt echter ook het gedragstherapeutische standpunt, dat onderzoek naar meetbare gegevens van belang is bij de vorming van een effectieve therapie.

Bij CGT richten de therapeutische technieken zich op het veranderen van de inhoud van irrationele cognities. Daarnaast wordt er ook gewerkt met technieken uit de klassieke gedragstherapie. Echter worden deze technieken nu gebruikt om cognities te veranderen en niet om een prikkel te koppelen aan nieuw (constructiever) gedrag.

Van Hornsveld en Van Dam-Baggen(2000) beschrijven niet vanuit welke denkkader de agressiehanteringstherapie is ontwikkeld. Vanuit de beschrijving van de agressietherapie die in een volgend hoofdstuk nog zal verschijnen, concludeer ik alvast dat de agressiehanteringstherapie vooral vanuit een cognitief gedragstherapeutische invalshoek te werk gaat. Vooral tijdens de woedebeheersingsmodule, de module moreel redeneren en tijdens de zelfregulatievaardigheden staat de cognitie van de patiënten op de voorgrond. Bij de module sociale vaardigheden is gericht op het oefenen van vaardigheden. Dit is vooral een gedragsmatige manier van werken.

Ook de methodes van Kuin en Uijting werken volgens een cognitieve en gedragsmatige benadering. Hieruit kan geconcludeerd worden dat al deze methodes een bewezen effectieve manier van benaderen hebben op het gebied van het behandelen van agressief gedrag.

Hoofdstuk4: De methodes

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de drie methodes beschreven die in de scriptie worden onderzocht op de effectiviteit ervan bij C. Er zal steeds eerst een beschrijving worden gegeven van de methode. vervolgens zal deze methode gekoppeld worden aan de casus van C. Er zal uitgelegd worden om welke reden verschillende onderdelen van de methode, juist wel of juist niet, geschikt zijn voor de behandeling van C. Deze redenen kunnen betrekking hebben op de cultuur van Curaçao of op de persoonlijke problematiek van C. Van de geselecteerde geschikte onderdelen uit deze drie methodes zal vervolgens een behandelopzet gemaakt worden die gebruikt zal worden voor de behandeling van C.

4.2 De methode van Kuin

4.2.1 Werkwijze

De methode van Kuin(2000)wordt gekenmerkt door een vrij strakke en gedisciplineerde aanpak van problemen bij de impulsregulatie, waarbij vooral boksen tegen een bokszak als werkvorm wordt gebruikt. Door middel van het gecontroleerd op de bokszak slaan en de aanvulling met gedragstherapeutische, cognitieve en directieve technieken, wordt geprobeerd de cliënt te leren om onder stress toch de zelfcontrole te bewaren. Voor de transfer van de sessies naar het alle dagelijks leven, worden naar aanleiding van de gebeurtenissen in de sessies huiswerkopdrachten geformuleerd, waarin monitoringopdrachten en gedragsexperimenten centraal staan.

Kuin (2005) maakt bij de impulsregulatie problematiek onderscheid in 2 soorten gedrag:

1. De cliënten hebben moeite om impulsen los te laten. Deze cliënten hebben bijvoorbeeld moeite hun boosheid en ongenoegen te ervaren en direct te uiten.
2. De cliënten hebben moeite om hun impulsen te reguleren en in te dammen. Deze problematiek is van toepassing bij de casus van C. De opgave is hier 'in te dammen' wat te los zit.

In de sessies worden de belevingsaspecten met de betekenisverlening op de achtergrond geplaatst.

Kuin (2005) beschrijft zijn werkwijze als een sterk gestructureerde individuele methode die het best te omschrijven is als 'training.' Kuin (2005) beschrijft het volgende:

Kern van de methode is het oefenen om tijdens een stressvolle situatie de controle te behouden. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van het slaan tegen een bokszak. De cliënt leert te signaleren wanneer de spanning tijdens het boksen zover oploopt dat er een impulsdoorbraak dreigt. Hij leert vervolgens actiestrategieën (afleiden, ontspannen e.d.) toepassen om de spanning te verlagen.

Eerst worden de triggers die tot impulscontroleverlies leiden opgespoord en worden de manieren waarop impulscontroleverlies zich voordoet geïnventariseerd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van monitoringsopdrachten. In volgende sessies worden de succesvolle strategieën bekrachtigd en alternatieve strategieën geoefend. Door middel van huiswerkopdrachten wordt de transfer naar de privé- en werksituatie bewerkstelligd.

Voor aanvang van de sessies is de therapieruimte in tweeën verdeelt. Er is een werkruimte, waarin wordt geslagen en er is een 'neutrale' ruimte. Hier wordt de spanning omlaag gebracht. Aan de muur hangt een flip-over waarop een grote thermometer in de vorm van een lichaam is getekend.

Onderaan staat een 0 (=minimale spanning), bovenaan 100 (=maximale spanning). Gedurende de sessie wordt de cliënt met tussenpozen naar diens spanningsniveau gevraagd en wordt dit aangetekend.

De cliënt wordt gevraagd dagelijks alle spanningsverhogende situaties systematisch in kaart te brengen met behulp van een logboek. De cliënt brengt triggers in kaart: situaties waarin controle verlies optreedt worden geïnventariseerd en minutieus geanalyseerd op triggers, concreet gedrag, gedachten en gevoelens.

4.2.2 De methode van Kuin met betrekking tot C.

De methode van Kuin is erg geschikt voor C, door de duidelijke structuur en begrenzing die aanwezig is binnen die methode. De verdeling van de therapieruimte in twee gedeelten, geeft veel structuur. Structuur en begrenzing kunnen belangrijk zijn voor C. Door zijn zwakbegaafdheid zou hij zich onveilig kunnen voelen op momenten dat hij niet goed weet wat er van hem gevraagd wordt. Structuur geeft duidelijkheid en daarmee ook veiligheid.

Het boksarrangement is een goede mogelijkheid om spanning bij C op te wekken. Antilliaanse jongens, waaronder C, vinden het heerlijk om te bewegen. Boksen is een sport die bij hen erg tot de verbeelding spreekt. Doordat bewegen erg belangrijk is in de Antilliaanse cultuur, staat de tv vaak op Eurosport. Deze zender zendt vaak vechtsporten uit. Boksen roept bij de Antilliaanse jongens, bij introductie al een bepaalde mate van bewegingsdrang op. Om die reden is het belangrijk om C te blijven benadrukken, dat de oefening bedoelt is om de impulsen die dit arrangement bij hem oproept, beter onder controle te krijgen. Het gevaar bestaat dat hij op gaat in het plezier dat de activiteit biedt en voorbij gaat aan de eigenlijke reden van de activiteit.

Het omlaag brengen van de spanning in de 'neutrale' ruimte middels ontspanningsoefeningen en het gebruik van een spanningsmeter is voor C, een erg gestructureerde manier om meer bewust te worden van spanningssignalen in zijn lichaam. Daarnaast geeft het hem een goede mogelijkheid om te oefenen om de spanning sneller omlaag te brengen.

Het woord 'spanning' is echter niet duidelijk voor C. Ik heb tijdens therapie gekozen voor het woord 'agressie,' omdat dit meer in overeenstemming is met de doelstelling, waarvoor C naar therapie komt. Door de taalbarrière en door zijn zwakbegaafdheid, is spanning een onduidelijk begrip voor hem. Agressie definieer ik, zoals dat binnen de psychomotorische therapie van het Centrum voor Klinische Psychotherapie (CKP) locatie Zuidlaren gedaan wordt. Zij beschouwen agressie als gedrag dat voortkomt uit een samenspel van overlevingsdrang, emoties als boosheid en angst, (ver)oordelende cognities en biologische prikkels. Zij maken onderscheid tussen destructieve agressie en constructieve agressie (Kuipers, 1999). Aan C moet duidelijk gemaakt worden dat binnen therapie met het woord agressie, de drang om te bewegen bedoelt wordt. Tijdens het 'afkoelen' in de neutrale ruimte kan hem goed bewust worden gemaakt van deze bewegingsdrang (zoals: op en neer blijven huppen, gespannen arm, schouder en borstspieren. Handen die onnodig in een vuist gebald blijven).

De monitoringsopdrachten om triggers op te sporen, die leiden tot impulscontroleverlies vind ik erg geschikt voor C. Om agressie voor te blijven moet hij zich bewust worden van de momenten, waarbij hij de controle dreigt te verliezen. Wanneer hij hier bewust van is, kan hij andere strategieën toepassen om deze impulscontroleverlies te voorkomen. De monitoringsopdrachten kunnen uitstekend verwerkt worden in het huiswerk, die hij zal moeten maken met zijn begeleider. In de volgende sessies kan er op het gemaakte huiswerk worden ingegaan.

4.3 De methode van Uijting.

4.3.1 Werkwijze

Uijting (2004) beschrijft een behandelopzet, dat ontwikkeld is, binnen de residentiële zorg voor jongeren met een licht verstandelijke handicap, Groot-Emaus te Ermelo (tegenwoordig 'kwadrant', RVE Emaus). Het programma is ontwikkeld om probleemgedrag bij jongeren met een licht verstandelijke handicap te voorkomen.

De door Uijting beschreven behandelopzet gaat ervan uit dat overtuigingen en criteria van de individuele jongeren een grote rol spelen bij de vorming van de subjectieve ervaring van deze jongeren. De overtuigingen en criteria die een jongere heeft bepalen voor een groot deel wat er van de omgeving bij deze jongere binnenkomt en hoe de jongere de prikkels ervaart.

De behandelopzet wil het gedrag van de jongeren verbeteren, via het beïnvloeden van de (veelal verminderde/vervormde) waarneming.

Uijting richt zich in de praktijk vooral op 'problem-solving skills' training, waarbij de probleemoplossende vaardigheden bij de jongere worden vergroot. Bij deze training gaat hij vooral in op het thema 'waarneming'. Er wordt zowel individueel als groepsgewijs gewerkt aan de problematiek. Individueel gaat hij vooral aan de slag met onderwerpen die in de eerste contacten als probleem-lastveroorzakers zijn gevonden. Wat op individueel niveau verder gebeurt als het gaat om verandering in het omgaan met agressie, is vergelijkbaar met de thema's die in de zogenaamde 'agressiegroep' aan de orde komen.

De thema's die in de agressiegroep naar voren komen zijn:

1. Ik word boos als..
2. Wat doe ik als ik boos word?
3. Wat voel ik bij mijzelf (lijfelijk) als ik boos word?
4. Hoe kan ik opkomende boosheid in een eerder stadium voelen aankomen?
5. Wat kan ik er dan mee doen? (alternatieven voor bv. 'oppotten' inclusief gecontroleerde ontladingsmomenten)
6. Hoe zou ik het anders willen oplossen (eventueel verankeren van ander gedrag)?
7. Concrete voorvallen uit het dagelijks leven worden nagespeeld, geanalyseerd en opnieuw gespeeld met meer adequatere oplossingen.
8. (Vooruit) denken en vervolgens handelen.

Belangrijke onderwerpen die gedurende het hele verloop (zowel individueel als groepsgewijs) van de behandeling naar voren komen zijn:

9. Irrationele gedachten, 'denkfouten' en/of verhinderende overtuigingen worden ter discussie gesteld.
10. waarneming (visueel, auditief, tactiel en kinesthetisch) en de invloed daarvan op het voelen, denken, handelen. Tevens de waarneming m.b.t. de interpretatie van het waargenomen.

Het signaleren van lichaamssignalen, als graadmeter voor oplopende spanning, het ervaren van de mogelijkheden om assertief in plaats van agressief te reageren of bijvoorbeeld uit de situatie te stappen en dan al dan niet om hulp te vragen komt in de behandeling als steeds terugkerend onderwerp naar voren.

Uijting maakt gebruik van een spanningsthermometer om de door de jongere ervaren signalen te verwerken. Op deze manier wordt er nagegaan hoe de spanning is op verschillende momenten bij de jongere. De spanningsthermometer wordt zowel in de groep al individueel gehanteerd.

Daarnaast wordt er een kosten-baten analyse gemaakt van het nieuwe gedrag. Hierbij moeten de baten van het nieuwe gedrag duidelijk door de therapeut worden neergezet. Doel hiervan is dat de jongere steeds meer zicht krijgt hoe hij met zijn agressie omgaat en hoe hij hier mee om wil gaan. Elke jongere krijgt een therapiemapje waarin hij zijn huiswerkopdrachten maakt. Op deze manier is de begeleiding rondom de jongere op de hoogte van wat er in de therapie gebeurt.

Een greep uit een groot arsenaal van werkvormen die Uijting veel gebruikt en die allen het zich bewegen en/of de lichamelijke ervaring als aangrijpingspunt hebben Uijting (2004) :

Controlled-approach oefeningen:

Grenzen onderzoeken door een ander op signaal te laten naderen (externe waarneming) en te laten stoppen (interne waarneming). Ook wordt helder om welke reden een jongere zijn grenzen aangeeft. (cognitief, op gevoel, sociaal wenselijk, op basis van angst.. enz.) Er zijn veel verschillende variaties mogelijk bij deze oefening.

Sport- en spelvormen met en/of tegen elkaar:

In het spel leren de jongeren om hun grenzen aan te geven, door aan te geven wanneer er regels gemaakt moeten worden, of wanneer ze worden overtreden. Daarnaast kan het spelen jongeren bewust maken van oplopende irritaties. Het voorstellen, maken en hanteren van regels zijn oplossingsstrategieën om oplopende irritaties te voorkomen. Op deze manier kan de therapeut koppelingen maken naar het dagelijkse leven.

Boksvormen of zwaardvechten:

De mogelijkheid fysiek pijn gedaan te worden en pijn te kunnen doen is bij jongeren vaak een extra trigger om snel te reageren. Door zich in vergelijkbare situaties in de zaal te leren beheersen, grenzen aangeven, enzovoort, geeft een jongere extra steun om dit buiten de zaal op dezelfde manier te doen. Het tijdig uit de boksruimte stappen kan na verloop van tijd als goede strategie gezien worden i.p.v. als iets wat je absoluut niet moet doen, omdat je dan laf bent. (denkfouten en verhinderende overtuigingen)

Bewegingsopdrachten:

Blind de ringenhaak en een hoepel vinden in de zaal en dan (nog steeds blind) de hoepel om de basket hangen. Een oefening, waarbij een jongere oplopende frustratie kan ervaren, deze leert te signaleren en er adequaat mee om te gaan.

Waarnemingsoefeningen (intern en extern):

11. Het blind begeleiden van elkaar waarbij een stok als verbindingsmiddel tussen de vingers geklemd wordt. Genoodzaakt is om goed te 'luisteren' naar elkaar.
12. De therapeut speelt met zijn expressie, van de jongeren wordt gevraagd daar op te letten, te interpreteren en er adequaat mee om te gaan.
13. Het voelen van de spanning in je lijf tijdens het lopen op een bank.
14. Tijdens de verschillende bewegingssituaties wordt regelmatig het spel stopgezet en worden de jongeren gevraagd om bij zichzelf na te gaan wat ze gevoelsmatig ervaren.
15. Met behulp van zogenaamde emoticons (afbeeldingen van gezichtjes die verschillende emoties voorstellen), worden de jongeren gevraagd om woorden die met boosheid te maken hebben bij de verschillende gezichtjes neer te leggen.

4.3.2 De methode van Uijting met betrekking tot C.

C is een zwakbegaafde Antilliaanse jongen van 13 jaar. De doelgroep waar de methode van Uijting zich op richt zijn lichtverstandelijk gehandicapte jongeren met agressieproblematiek. Dit is een doelgroep die beter bij C aansluit, dan de doelgroep van de methode van Kuin. De methode van Kuin is met name geschreven voor impulscontrole problematiek als gevolg van persoonlijkheidsproblematiek uit cluster B van de DSM IV.

Kinderen met een gedragsstoornis blijken een slecht ontwikkelde persoonswaarneming te hebben (Rigter, 2002). De methode van Uijting, besteedt daar meer aandacht aan dan de methode van Kuin.

Bij de methode van Uijting vindt de behandeling zowel op individueel niveau plaats als in groepsniveau. Groepstherapie van kinderen met gedragsstoornissen blijkt contraproductief te werken. De problemen van deze kinderen kunnen hierdoor verergeren. Blijkbaar leren ze de verkeerde dingen van elkaar tijdens groepstherapie (Rigter, 2002).

Het individuele onderdeel van de methode van Uijting zie ik als erg geschikt voor C. Bij het individuele onderdeel wordt er ingegaan op probleem-last veroorzakers. C is een gemotiveerde jongen die graag snel resultaat wil zien. Door direct op de probleem-last veroorzakers in te gaan wordt hij gemotiveerd om actief mee te denken en te doen. Tijdens het behandelen van de probleem-last veroorzakers kan er goed op de waarneming van C worden ingegaan. Waarom veroorzaken deze situaties problemen en last? Welke overtuigingen en waarnemingen liggen hieraan ten grondslag? Anders dan Uijting richt ik me tijdens dit onderdeel vooral op het hier en nu. Uijting(2004) kijkt tijdens de hypothese vorming mede naar situaties en ervaringen die de ontwikkeling verstoord hebben als het gaat om een adequate manier van omgaan met agressie. Ik zal dit niet doen, omdat C door zijn opvoeding binnen de Curaçaose cultuur niet gewend is om over zulke onderwerpen te spreken. Hij zal zich niet veilig voelen om zich op deze manier te uiten tegenover een volwassene.

Van de verschillende thema's die Uijting beschrijft zijn belangrijke thema's om agressief gedrag te leren voorkomen. De thema's 3,4 en 5 komen uitgebreider aan bod bij de methode van Kuin. De methode van Kuin richt zich namelijk vooral op de impulscontrole.

Thema 7 is een erg geschikt thema voor C. Het naspelen van voorvallen uit het dagelijks leven is erg concreet. Het analyseren van deze voorvallen en het naspelen met een meer adequatere oplossing kan erg veel verduidelijking geven voor C. Tijdens het analyseren kan er ook op alle andere thema's ingegaan worden. Daarnaast kan er uitgezocht worden welke irrationele gedachten en fouten in de waarneming ten grondslag lagen aan verschillende voorvallen. Er kan een kosten-baten analyse gemaakt worden, voor het nieuwe gedrag ten opzichte van het oude.

4.4 Agressiehanteringstherapie

4.4.1 Werkwijze

Hornsveld en Van Dam-Baggen (2000) ontwikkelden op basis van wetenschappelijke kennis en jarenlange ervaring in de (forensische) psychiatrie een behandeling voor agressieve jongens en mannen gebaseerd op de principes van de aggression Replacement Training (ART) van Arnold P. Goldstein. De naam van de behandeling is: 'Held zonder geweld.' Dit als respons op de indruk die in de media wordt gewekt, dat plegers van gewelddadige delicten zich eerder held dan dader voelen en dat agressief gedrag voor de daders vaak meer positieve dan negatieve gevolgen hebben. Onder deskundigen wordt de methode agressiehanteringstherapie (AHT) genoemd.

Agressiehanteringstherapie is een behandeling die vijftien wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur en drie terugkombijeenkomsten omvat en die bedoeld is voor jongens en mannen met agressieproblematiek. De behandeling wordt gegeven aan groepen van vijf tot acht deelnemers. De opzet van agressiehanteringstherapie is als volgt (Hornsveld, 2004):

- 1 Woedebeheersing (week 1 tot en met 5): Herkennen van en adequaat omgaan met gevoelens als irritatie, boosheid, woede of agressie.
- 2 Sociale vaardigheden (week 6 tot en met 10): Verbeteren of uitbreiden van relevante sociale vaardigheden.

- 3 Moreel redeneren (week 11 tot en met 15): Kennisnemen van gangbare waarden en normen en leren oplossen van morele problemen.
- 4 Zelfregulatievaardigheden (week 6 tot en met 15): Veranderen van inadequaat aspiratieniveau, zichzelf bekrachtigen voor bereikte resultaten en programma's.
- 5 Terugkombijeenkomsten (bijvoorbeeld week 20, 25 en 30): evalueren en rapporteren.

Voor het volgen van de behandeling wordt er gebruik gemaakt van een draaiboek, waarin (huiswerk) opdrachten vermeld staan voor de deelnemers. Ook moet er een huiswerkmap bijgehouden worden door de deelnemers.

In de woedebeheersingsmodule wordt gebruikt gemaakt van de vijf G's: gebeurtenis, gedachte, gevoel, gedrag en gevolg. In de eerste twee bijeenkomsten wordt er ingegaan op de eerste 2 G's. Gebeurtenis (observatie) en gedachte (interpretatie). Hierbij wordt veel aandacht besteed aan het onderscheid tussen observaties en interpretaties. Er wordt geoefend op het bedenken van alternatieve interpretaties. In de derde bijeenkomst wordt de derde G, gevoel behandeld. Er worden manieren geïnventariseerd om lichamelijke spanning te verlagen. Vervolgens komen gevoel en gevolg komen aan bod op de vierde en vijfde bijeenkomst.

De module Sociale vaardigheden bestaat uit een vereenvoudigde versie van de werkwijze van Van Dam-Baggen en Kraaimaat (1979,2000) Als voorbereiding op deze module dienen de deelnemers te kiezen uit een twaalfstal sociale vaardigheden. In de zesde tot en met de tiende bijeenkomst worden de vijf belangrijkste (door de groep gekozen) sociale vaardigheden geoefend. In de bijeenkomsten wordt gewerkt met een vijfpuntsschaal om spanning aan te geven. De vaardigheden worden steeds geoefend in situaties die oplopend steeds meer spanning veroorzaken bij de deelnemers. De deelnemers hebben deze situaties voorafgaand aan de bijeenkomst zelf bedacht. Voorafgaand aan het oefenen worden de doelen voor en criteria van die vaardigheid geïnventariseerd. Vervolgens krijgen de deelnemers een hand-out met mogelijke doelen en criteria.

In de module Moreel redeneren wordt er gedurende vijf bijeenkomsten over morele probleemsituaties gediscussieerd. Ook krijgen de deelnemers de opdracht om een moreel probleem op te lossen en daarvan een verslag te maken voor in de huiswerkmap.

In de tweede en de derde module komt het onderdeel zelfregulatievaardigheden aan bod. Dit onderdeel is eveneens ontleend aan Van Dam-Baggen en Kraaimaat (1979, 2000). Deelnemers worden bewust gemaakt van te hoge of te vage eisen die zij zichzelf stellen. Er wordt hen geleerd om deze eisen bij te stellen. Ten slotte oefenen ze met het maken van een programma voor het aanleren van nieuw gedrag. Van het volgen van dit programma maken de deelnemers een verslag voor in de huiswerkmap. Hierbij worden ze gestimuleerd om zichzelf te bekrachtigen als het beoogde doel bereikt is, of anders hun gestelde eisen te verlagen en de situatie opnieuw te oefenen.

In de eerste terugkom bijeenkomst doen de deelnemers verslag van het volgen van hun programma's en rapporteren ze over de manier waarop zij zijn bezig geweest met het toepassen van de sociale vaardigheden. Ook wordt er een probleemsituatie besproken zoals ook tijdens de module moreel redeneren gedaan is.

In de tweede terugkom bijeenkomst mogen de deelnemers geslaagde of minder geslaagde situaties inbrengen in de groep. Hierna wordt 'Held zonder geweld' geëvalueerd aan de hand van achttien uitspraken over elementen van de therapie, de eigen inzet van de deelnemers en de bereikte resultaten.

Tijdens de derde terugkombijeenkomst wordt 'Held zonder geweld' afgesloten. De deelnemers geven aan in hoeverre ze het geleerde nog in het dagelijks leven toepassen. Als allerlaatste wordt het conceptverslag aan de verwijzer besproken, waarin melding wordt gemaakt van de vorderingen die elke deelnemer heeft gemaakt, zijn feitelijke aanwezigheid en de kwaliteit van zijn huiswerk. Aan de deelnemers wordt een certificaat uitgereikt als bewijs van deelname.

4.4.2 Agressiehanteringstherapie met betrekking tot C.

Hornsveld en Van Dam-Baggen zien zelfs zwakbegaafdheid als contra-indicatie voor hun methode (Hornsveld, 2004). De methode van Hornsveld en Van Dam-baggen vraagt te veel van de cognitieve vermogens van C. Daarnaast maakt de agressiehanteringstherapie gebruik van een draaiboek. Deze is geschreven in het Nederlands en is om deze reden door de taalbarrière moeilijk te gebruiken tijdens de behandeling van C.

In de agressiehanteringstherapie zit een module sociale vaardigheidstraining verwerkt. Dit is een onderdeel dat niet zo specifiek in de methodes van Uijting en Kuin naar voren komt. Sociale vaardigheidstraining is een geschikte training voor de jongeren van het G.O.G. Sociale vaardigheden kunnen bij de jongeren onderlinge irritaties verminderen. Op het G.O.G. krijgen de jongeren sociale vaardigheidstraining van sociaal pedagogische hulpverleners. Binnen het PMT programma heb ik om deze reden besloten om me daar minder op te richten.

4.5 Effectieve onderdelen.

Van de verschillende methodes zijn hierboven verschillende onderdelen beschreven die ik geschikt achtte voor de behandeling van C. In dit hoofdstuk zal ik de behandel opzet beschrijven voor de behandeling van C. Er zal duidelijk worden op welke manier deze verschillende onderdelen tijdens de behandeling van C naar voren zijn gekomen.

1. Huiswerk bespreken.

Het maken en bespreken van huiswerk is in alle drie de methodes een onderdeel om de transfer naar het dagelijkse leven te bewerkstelligen. De huiswerkopdrachten die C tijdens zijn behandeling heeft gemaakt zijn monitoringsopdrachten gericht op probleem-last veroorzakers(Uijting) oftewel triggers tot het verliezen van de impulscontrole(Kuin).

Door middel van de huiswerkopdrachten heeft C gereflecteerd op zijn eigen gedrag met betrekking tot onderwerpen zoals boosheid en agressie. Het bespreken van het huiswerk heeft als doel dat C opnieuw op deze onderwerpen gaat reflecteren. Wanneer wordt ik boos? Wat voel ik dan? Wat doe ik op zulke momenten? Ben ik hier tevreden mee? Zou ik het anders willen doen? Op welke manier dan? Er kan op de thema's 1t/m10 van de methode van Uijting ingegaan worden.

Daarnaast heeft het huiswerk tot doel om denkfouten en irrationele gedachten van C op te sporen. Ook wordt er aandacht besteed aan zijn waarneming. Hoe heeft hij probleem-last veroorzakende momenten ervaren? Wat was precies de reden dat hij boos werd?

2. Het naspelen van concrete voorvallen uit het dagelijkse leven (rollenspelen).

Tijdens de rollenspellen worden de in het huiswerk besproken probleem-last veroorzakende momenten nagespeeld, geanalyseerd en opnieuw gespeeld met meer adequatere oplossingen. Daarbij oefende C om zich assertief in plaats van agressief op te stellen. Samen met C werd een kosten-baten analyse gemaakt van het nieuwe gedrag ten opzichte van het oude. De thema's 1 t/m 10 van de methode van Uijting komen aan de orde.

3. Waarnemingsoefeningen.

Uijting(2004) beschrijft enkele waarnemingsoefeningen in zijn methode. Hierop zijn vele variaties mogelijk. C heeft tijdens therapie veel van deze of andere oefeningen gedaan. Het doel hiervan is om

zijn persoonswaarneming beter te ontwikkelen en om te leren het gedrag van anderen correct te interpreteren.

4. Boksoefeningen

Boksen in de boksruijnte. Het doel van de boksoefeningen die gedaan worden is om te leren impulsen te controleren. Tijdens de verschillende oefeningen moet C het grootste gedeelte van de stoten gecontroleerd stoten. Op enkele momenten mag C, zich volledig geven. Het doel is dan om de daarna komende stoten weer te kunnen controleren.

Ontladen wordt gedaan in de neutrale ruimte. Het ontladen heeft als doel om C bewuster te maken van spanningssignalen in het lichaam. Er wordt gebruik gemaakt van een agressiometer in plaats van een spanningsmeter. Daarnaast wordt er gezocht naar mogelijkheden om de agressie zo snel mogelijk naar beneden te halen, d.m.v. afleiding, ademhaling- en ontspanningsoefeningen.

5. Evaluatie

Elke sessie wordt afgesloten met een evaluatie. Wat vond C van de sessie, wat is volgens hem het belangrijkste wat hij heeft geleerd? Vervolgens wordt er aan C huiswerk meegegeven. Het huiswerk gaat verder over de onderwerpen die tijdens de sessie naar voren zijn gekomen. C moet dit huiswerk maken met begeleiding en de volgende keer meenemen. Tijdens de volgende sessie wordt dit huiswerk besproken.

Hoofdstuk 5 Conclusie

5.1 Inleiding

In deze conclusie wordt antwoord gegeven op de vraag: ‘welke onderdelen van verschillende PMT-methodes zijn effectief voor de behandeling van een Antilliaanse jongen(C) met agressieproblematiek?’

Om deze vraag te beantwoorden nemen we eerst een terugblik op de voorgaande hoofdstukken. In deze hoofdstukken is gebleken dat een cognitieve en/of gedragsmatige manier van benaderen effectief is voor het behandelen van agressief gedrag. De methode van Kuin, Uijting en Hornsveld en Van Dam-Baggen hebben alle drie een cognitieve en gedragsmatige manier van benaderen.

Uit de drie methodes is een selectie gemaakt van onderdelen die in mijn ogen geschikt waren voor C. Dit waren de onderdelen:

- huiswerkopdrachten
- Het naspelen van concrete voorvallen uit het dagelijkse leven (rollenspelen).
- Waarnemingsoefeningen
- Boksoefeningen
- Elke sessie werd afgesloten met een evaluatie.

Van deze onderdelen achtte ik dat ze effectief zouden zijn voor de behandeling van het agressieve gedrag van C. Ook is er beschreven op welke manier deze onderdelen in de behandeling naar voren zijn gekomen. Hierbij is rekening gehouden met culturele factoren en met zijn persoonlijke problematiek.

5.2 Resultaat

Tijdens de behandeling van C heb ik een sterke verandering in zijn gedrag gezien.

- Tijdens de boksoefeningen kreeg C steeds meer controle over zijn agressie. Hij voerde de verschillende boksoefeningen met steeds meer controle uit.
- Na het boksen lukte het hem steeds sneller om de spanning te laten dalen. Hij raakte zich meer bewust van de verschillende spanningssignalen in zijn lichaam. Hij straalde meer rust uit. Hij bleef rustig op beide benen staan. De tonus van zijn armen, borst, schouders en nek daalde aanzienlijk. Zijn ademhaling kreeg hij sneller onder controle.
- Tijdens de rollenspellen kwam C steeds zekerder over. Hij gebruikte zijn houding, gezichtsexpressie, stemgebruik steeds adequater tijdens het oplossen van de situaties.
- C raakte zich steeds meer bewust van de denkfouten die hij maakte. (zoals: als ik wegloop ben ik een watje.)

Zijn begeleidster op de groep omschreef zijn gedragsverandering als ‘een verminderde behoefte om te gaan vechten.’

Concreet bewijs voor de effectiviteit van deze onderdelen is er ook. C was voor aanvang van de sessies gemiddeld ongeveer twee keer betrokken bij een incident waarbij sprake was van verbale of fysieke agressie. De behandeling van C had om die reden als doelstelling:

Met behulp van therapie het probleemgedrag van C dusdanig verminderen, zodat hij na een maand volgen van de therapie, minder dan één keer per 14 dagen, tot het einde van de therapie (ongeveer 13 weken), betrokken zal zijn bij een incident waarbij hij agressief (verbaal of fysiek) gedrag laat zien.

Deze doelstelling is behaald. C is de laatste 2 maanden van de behandeling niet meer betrokken geweest bij een dergelijk incident.

5.3 Antwoord op vraagstelling

De volgende onderdelen zijn effectief voor de behandeling van C:

- Huiswerkopdrachten voor de transfer naar het dagelijks leven. Bij beide methodes wordt van huiswerkopdrachten gebruik gemaakt.
- Het naspelen van concrete voorvallen uit het dagelijks leven. Dit onderdeel van therapie komt uit de methode van Uijting.
- Waarnemingsoefeningen uit de methode van Uijting
- Boksoefeningen uit de methode van Kuin.
- Evaluatie als afsluiting van de therapiesessie.

Ik heb het vermoeden dat deze onderdelen ook effectief zouden kunnen zijn voor andere Antilliaanse jongeren met agressieproblematiek. Ook al is deze behandelopzet gestructureerd neergezet. Naar mijn idee is er genoeg ruimte over om hierbinnen te variëren om aansluiting te vinden met verschillende Antilliaanse jongeren met agressieproblematiek.

Discussie

Deze scriptie had als doel om te onderzoeken wat effectieve onderdelen zijn van verschillende PMT-behandelmethoden voor de behandeling van een Antilliaanse jongen (C) met agressieproblematiek. Om deze vraag te beantwoorden heb ik drie methodes onderzocht. De methode van Kuin, Uijting en van Hornsveld en van Dam-Baggen. Deze methodes werken allemaal volgens een cognitieve en gedragsmatige benadering. Er zijn echter nog meer methodes die binnen deze scriptie buiten beschouwing zijn gebleven. Methodes die eventueel volgens een heel andere benadering gewerkt zouden kunnen hebben. Het zou zo kunnen zijn dat deze methodes ook effectieve onderdelen bevatten voor de behandeling. Toch denk ik dat het effect van de meeste van deze eventuele onderdelen, voor een groot deel verklaard zouden kunnen worden door de overeenkomstige manieren van interveniëren met de methodes die in deze scriptie zijn beschreven. Zelfs als de methodes volgens een hele andere benadering werken dan volgens de cognitief-gedragsmatige. Toch moet er gezegd worden, dat er in deze scriptie geen uitsluiting wordt gegeven van eventuele andere onderdelen van andere PMT-methodes, die ook effectief kunnen zijn.

In deze scriptie is de conclusie getrokken dat de geselecteerde onderdelen van de behandeling van C effectief zijn, omdat het agressieve gedrag van C was verminderd. Er zouden echter ook hele andere factoren (zoals omgevingsfactoren) aanleiding hebben kunnen geven tot het verminderen van deze agressie. Om hier uitsluitel van te geven, zouden er twee dezelfde Antilliaanse jongens behandeld moeten worden, waarvan nummer één wel de beschreven behandelopzet zou volgen en nummer 2 niet. Dit is natuurlijk niet mogelijk. Toch is het agressieve gedrag van C in een korte tijd zo veel verminderd, dat het naar mijn mening moeilijk is, om deze gedragsverandering te verklaren, zonder de invloed van de beschreven psychomotorisch therapeutische behandeling.

De geselecteerde onderdelen worden allemaal toegepast bij de behandeling van C. Hierdoor is het effect van de verschillende onderdelen op het gedrag van C moeilijk te verklaren. Het zou zo kunnen zijn dat één onderdeel bijna geen effect had op het gedrag van C en een ander onderdeel juist heel veel. Tijdens het toepassen van de verschillende onderdelen heb ik echter gemerkt dat zijn deelname tijdens de afzonderlijke onderdelen op een positieve manier veranderde. Ik ga er daarom vanuit dat de gedragsverandering van C te verklaren is door het gezamenlijke effect van de afzonderlijke onderdelen.

Aanbevelingen

Er zijn nog geen PMT-methodes ontwikkeld voor de behandeling van agressieproblematiek van Antilliaanse jongeren. De cultuur van Curaçao verschilt erg van de Nederlandse cultuur. De in Nederland ontwikkelde methodes hoeven daarom niet effectief te zijn in de cultuur van Curaçao

In de scriptie wordt vermeld dat de ontwikkelde behandelopzet waarschijnlijk ook effectief zou kunnen zijn voor andere Antilliaanse jongeren met agressieproblematiek. Om dit te bewijzen zou er echter een groter onderzoek moeten plaatsvinden. Het bewijs dat deze onderdelen effect hebben gehad bij één Antilliaanse jongen is niet genoeg. Ik wil daarom aanbevelen dat er uitgebreider onderzoek plaatsvindt naar de cultuur van Curaçao en hoe agressieproblematiek het best is te behandelen bij jongeren met deze culturele achtergrond.

Literatuurlijst

- Allen, R.M., Heijes, C en Marcha, V. (2003). *Emancipatie en acceptatie, Curaçao en Curaçaoënaars*. Amsterdam: Uitgeverij SWP
- American Psychiatric Association. DSM IV TR (2001). Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Dok-Mak, I, van(2001). *Hart en Ziel*. Hoenderloo: Uitgeverij Novapres.
- Dyck, R. van, Velden, K. van der, en Hart, O. van der(1980). Een indeling van directieve interventies. *Directieve therapie*, 2, 17-25
- Emck, C. (1995). Het diathese-stressmodel: een basis voor psychomotorische therapie bij borderline problematiek. *Bewegen en Hulpverlening*, 12, 105-120
- Hornsveld, R.H.J.(2004) *Held zonder geweld, behandeling van agressief gedrag*. Amsterdam: Boom
- Hornsveld, R.H.J., en Dam-Baggen, C.M.J. van (2000). *Agressiehanteringstherapie: draaiboek en werkmap*. Rijswijk (ZH): Uitgegeven in eigen beheer.
- Klomp, M. (1995). Residentiële behandeling van jongeren met agressief gedrag. *tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 34,1995
- Kuin, F. M.B.(1996). Voorspelbaar boksen: een manier om volgens procesgerichte therapiebeginselen een agressiedysregulatie te behandelen. *Bewegen en hulpverlening*, 13, 53-65
- Kuin, F.M.B.(2000). Module behandeling impulscontrole-problematiek voor psychomotorisch therapeuten (herziene versie). Utrecht: NVPMT
- Kuin, F. M.B.(2005). Op tijd stoppen. behandeling van impulscontroleproblematiek bij cluster B-persoonlijkheidsstoornissen en dissociatieve stoornissen. *Psychomotorische Therapie in de praktijk*.3, 43-63
- Kuipers, G., D. Bloemkok en K. Das (1999). *Eindrapport van de werkgroep agressieregulatie* (interne notitie). Forensisch Psychiatrische Kliniek, GGZ Drente.
- Marcha, V. en Verweel, P.(2003). *De cultuur van angst*. Amsterdam: Uitgeverij SWP
- Merckelbach, H(1994). Van leren naar informatieverwerking. *Handboek Klinische Psychologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ploeg, J.D. van der, en Scholte, E.M.(1993). Agressieve jeugdigen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 32, 566-574.
- Rigter, J.(2002). *Ontwikkelings-psychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Uitgeverij Coutino.
- Uijting, M. (2004). Behandeling van 'agressieproblemen', Probleem gedrag bij jongeren met een Licht Verstandelijke Handicap. RVE Emaus: Ermelo
- Beck, R. en Fernandez, E.(1998). Cognitive-behavioural therapy in the treatment of anger: a meta-analysis. *Cognitive Therapy*, 22, 63-74.
- Sietsma, L.(2003) *G 041. Diagnostiek, indicatie en behandeling(reader)*. Zwolle: Windesheim

Bijlage 1

Gedragstoornis

In de DSM-IV worden twee gedragsstoornissen onderscheiden: de oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD) en de antisociale gedragsstoornis (CD). Bij beide stoornissen zijn er vele symptomen, waarvan het kind er enkele moet hebben om deze stoornis vastgesteld te kunnen krijgen (Rigter 2002). Alle kinderen kunnen symptomen van gedragsstoornissen vertonen, maar alleen als verschillende symptomen tegelijkertijd, vaak en langdurig voorkomen spreekt men van een gedragsstoornis. Kinderen met gedragsstoornissen onderscheiden de volgende gebieden:

- Onkundig in het remmen van gedrag.
- Verminderd gevoel van schaamte en schuld.
- Verminderd ontwikkelde persoonswaarneming.
- Verminderd inlevingsgevoel.
- Lager niveau van morele rijpheid.

Bij C is de antisociale gedragsstoornis geconstateerd (CD). Dit wordt als de ergste vorm van de 2 gedragsstoornissen gezien. De stoornis uit zich rond een jaar of 9 en begint later dan de ODD variant. In tegenstelling tot ODD vertonen kinderen met CD, het storende gedrag in meer omgevingen dan alleen in het gezin of op school. De stoornis is pervasiever.

Criteria anti-sociale gedragsstoornis (DSM-IV):

- A Een zich herhalend en aanhoudend gedragspatroon waarbij de grondrechten van anderen of belangrijke bij de leeftijd horende sociale normen of regels worden overtreden, zoals blijkt uit de aanwezigheid gedurende de laatste twaalf maanden van drie of meer van de volgende criteria, met ten minste de laatste zes maanden één criterium aanwezig:

Agressie gericht op mensen en dieren

- 1 pest, bedreigt of intimideert vaak anderen
- 2 begint vaak vechtpartijen
- 3 heeft een 'wapen' gebruikt dat anderen ernstig lichamelijk letsel kan toebrengen (bijvoorbeeld een knuppel, kei, gebroken fles, mes, vuurwapen)
- 4 heeft mensen mishandeld
- 5 heeft dieren mishandeld
- 6 heeft in direct contact een slachtoffer bestolen (bijvoorbeeld iemand van achteren neerslaan, tasjesroof, afpersing, gewapende overval)
- 7 Heeft iemand tot seksueel contact gedwongen

Vernieling van eigendom

- 8 heeft opzettelijk brand gesticht met de bedoeling ernstige schade te veroorzaken
- 9 heeft opzettelijk eigendommen van anderen vernield (anders dan door brandstichting)

Leugenachtigheid of diefstal

- 10 heeft ingebroken in iemands huis, gebouw of auto
- 11 liegt vaak om goederen of gunsten van anderen te krijgen om verplichtingen uit de weg te gaan (bijvoorbeeld oplichting)
- 12 Heeft zonder direct contact met het slachtoffer voorwerpen van waarde gestolen (bijvoorbeeld winkeldiefstal maar zonder in te breken, valsheid in geschrifte)

Ernstige schending van regels

- 13 blijft vaak, ondanks het verbod van ouders, 's nachts van huis weg, beginnend voor het dertiende jaar.

- 14 Is ten minste tweemaal van huis weggelopen en 's nachts weggebleven (of eenmaal gedurende een langere periode zonder terug te keren)
- 15 Spijbelt vaak, beginnend voor het dertiende jaar

- B De gedragsstoornis veroorzaakt in significante mate beperkingen in het sociale, school- of beroepsmatige functioneren.
- C Indien de betrokkene achttien jaar of ouder is en niet wordt voldaan aan de criteria van een antisociale persoonlijkheid.

Bij C is type 312.81 geconstateerd (DSM-IV).

312.18 **gedragsstoornis, type beginnend in de kindertijd:** het begin van ten minste één criterium, karakteristiek voor een gedragsstoornis, ligt voor het tiende jaar.