

Culturele opvoedingsverschillen

'PMT bij licht verstandelijk gehandicapte Turkse jongeren met problematiek op het gebied van de zelfbeeldontwikkeling'



Student:	Annemieke Elsinga
Begeleider:	Jeannette Verhoeven
School:	Windesheim, afd. Calo
Opleiding:	Bewegingsagogie en psychomotorische therapie
Datum:	10 juni 2008

Voorwoord

Voor u ligt een afstudeerscriptie die tot stand is gekomen aan de hand van een casus van een cliënt die ik heb mogen mee maken tijdens mijn eindstage van de opleiding 'Bewegingagogie en psychomotorische therapie'. Deze stage heb ik gelopen op de afdeling ambulante vaktherapie van stichting 'AveleijnSDT' te Hengelo. In deze stage ben ik begeleid door Mieke Puyman, zij was tevens de begeleider in de behandeling van de cliënt uit de besproken casus. Ik wil haar bedanken voor de inzichten die ze me heeft gegeven in de behandeling van deze cliënt en de ideeën voor vormgeving van een scriptie aan de hand van de cliënt van deze casus. Ook wil ik de dhr. Turactemur bedanken. Hij is werkzaam bij de stichting Pameijer in Rotterdam en is contactpersoon voor de cliënten van buitenlandse afkomst. Hij heeft mij veel kunnen vertellen over de zorg aan de licht verstandelijk gehandicapte Turkse jongere. En heeft mij daarmee ideeën voor deze scriptie gegeven. Tot slot wil ik mijn scriptiebegeleider Jeannette Verhoeven bedanken voor haar hulp in de richting geven aan de scriptie.

Al snel bleek dat het lastig was over dit onderwerp informatie te vinden. Over de psychomotorische therapie aan Turkse cliënten was weinig te vinden. Veel van de literatuur gaat over de allochtonen hulpverlening in het algemeen. Door de kennis over PMT te integreren met de gevonden literatuur is het toch gelukt om een deze scriptie te schrijven.

Zwolle, 26 mei 2008

Annemieke Elsinga

Inleiding

De Nederlandse samenleving kenmerkt zich door de multiculturaliteit. Ook binnen de psychomotorische therapie krijgen we steeds meer te maken met cliënten met een andere dan Nederlandse culturele achtergrond. Om aan te kunnen sluiten bij de cliënt met een andere culturele achtergrond, is het van belang de cliënt vanuit zijn cultuur te begrijpen. Hoe beter je de taal van de cliënt kan verstaan, des te beter kun je hem ook begrijpen en bij hem aansluiten.

Tijdens mijn stage op de afdeling ambulante vaktherapie van stichting AveleijnSDT heb ik een cliënt mogen behandelen met een Turkse achtergrond. Het betrof een cliënt met een licht verstandelijk handicap. Hij is aangemeld voor problematiek op het gebied van zelfbeeldontwikkeling.

Problematiek op het gebied van de zelfbeeldontwikkeling komt veelvuldig voor bij licht verstandelijk gehandicapten. De problematiek zou dus vanuit zijn handicap kunnen worden verklaard. Mijn vermoeden is echter dat ook de manier van opvoeden van invloed is op de zelfbeeldontwikkeling en de zelfbeeldontwikkeling mogelijk geremd wordt in de Turkse cultuur.

Daarnaast vroeg ik mij af hoe ik de cliënt beter zou kunnen begrijpen en bij hem kunnen aansluiten. Er zou toch vanuit de opvoeding een ander wereldbeeld zijn waardoor we elkaar mogelijk verkeerd begrijpen.

Om de Turkse cliënt beter te kunnen begrijpen vanuit zijn cultuur en te kunnen scheiden wat vanuit de handicap komt en wat vanuit de opvoeding is deze scriptie tot stand gekomen. Centraal staat het informatie verstrekken over de culturele opvoedingsachtergrond, waardoor de psychomotorische therapie aan de Turkse licht verstandelijk gehandicapte meer optimaal kan zijn. Vanuit dit doel is de volgende vraag gesteld:

“Welke opvoedingsaspecten uit de Turkse cultuur zijn van belang in de Psychomotorische therapie* aan licht verstandelijk gehandicapte Turkse jongeren van de tweede generatie met problematiek op het gebied van de zelfbeeldontwikkeling?”

* Nader te noemen PMT

Hoofdstukindeling

Om een antwoord te vinden op de hoofdvraag is deze in verschillende deelvragen onderverdeeld die in de verschillende hoofdstukken zullen worden beantwoord. De deelvragen zijn als volgt geformuleerd:

- Hoe verloopt de zelfbeeld ontwikkeling?
- Wat is de rol van de ouders in de zelfbeeldontwikkeling?
- Welke aspecten vinden Turkse ouders belangrijk in de opvoeding?
- Wat is er speciaal aan PMT aan lichtverstandelijk gehandicapte Turkse jongeren?

Door kaders naast de theorie waarin een stukje casus staat, zullen theorie en praktijk met elkaar verbonden worden.

Om de ontwikkeling van het zelfbeeld te kunnen bespreken moet er eerst gekeken worden naar de visie op de zelfbeeldontwikkeling. Letterlijk betekend zelfbeeld: ‘het beeld dat iemand van zichzelf heeft’ (www.vandale.nl). De vraag die deze letterlijke betekenis oproept is: hoe kun je een beeld van jezelf hebben? Om een beeld van jezelf te kunnen hebben moet je in eerste instantie bewustzijn van een ik. Ik ben iemand, ik ben een persoon. Om de zelfbeeldontwikkeling te kunnen bespreken is er gekozen in deze scriptie om te kijken naar hoe de persoonlijkheidsontwikkeling verloopt, om van daaruit iets te kunnen zeggen over hoe de zelfbeeldontwikkeling verloopt.

Over hoe de persoonlijkheidsontwikkeling verloopt zijn meerdere theorieën. In deze scriptie wordt gekeken naar de persoonlijkheidsontwikkeling vanuit de stadiumtheorie van de psycholoog Erikson. Volgens deze theorie doorloopt iedereen een aantal stadia waarbinnen men wordt geconfronteerd met een ontwikkelingstaak binnen een betreffend stadium. Het is een psychosociaal model dat de interactie tussen het kind en zijn omgeving benadrukt. Dit sluit aan bij de vraag, daar het gaat in de hoofdvraag over de invloed van de sociale context, namelijk de opvoeding. Een bijkomende reden is dat een licht verstandelijk gehandicapt persoon vaak in meerdere mate afhankelijk van zijn omgeving en daarmee gevoeliger voor invloeden vanuit de omgeving.

Eerst wordt besproken hoe de zelfbeeldontwikkeling gewoonlijk verloopt. Vervolgens wordt de ontwikkeling van de licht verstandelijk gehandicapte bekeken met daarbij zijn zelfbeeldontwikkeling

In het tweede hoofdstuk zal een casus beschrijving worden gegeven van de cliënt die ik tijdens mijn gehele stage van negen maanden heb mogen behandelen. De casus betreft een Turkse jongen van 16 jaar met een licht verstandelijke handicap. In de beschrijving van de casus en verder in de scriptie zal deze jongen "Omar" worden genoemd. Dit is een fictieve naam.

In het derde hoofdstuk wordt de invloed van de ouders in de zelfbeeldontwikkeling besproken. Daar wordt allereerst gekeken naar de plek van de ouders in de zelfbeeldontwikkeling, om duidelijk te hebben hoeveel invloed zij hebben op de ontwikkeling. Daarna wordt er gekeken naar de opvoedingstaken die volgens het model van Erikson aan de ouders worden toegekend in de persoonlijkheids-, en de zelfbeeldontwikkeling, van zowel de normaal begaafde als de verstandelijke gehandicapte.

Nadat de zelfbeeldontwikkeling, de casus en de rol van de ouders in het algemeen zijn besproken wordt er in hoofdstuk vier een verdiepingsslag gemaakt naar de zelfbeeldontwikkeling van de Turkse (licht verstandelijk gehandicapte) jongere. Deze wordt bekeken vanuit de opvoeding, zoals deze wordt vormgegeven vanuit de Turkse cultuur. Vanuit de informatie uit het eerste en derde hoofdstuk gecombineerd met de opvoeding-aspecten vanuit de Turkse cultuur kan iets gezegd worden over de opvoedingaspecten met betrekking tot de zelfbeeldontwikkeling van de Turkse jongere.

In hoofdstuk vijf zal de PMT aan de licht verstandelijk gehandicapte Turkse jongere worden besproken. Binnen de PMT aan de doelgroep licht verstandelijk gehandicapten wordt veelal gewerkt vanuit het leertheoretische en gedragtheoretische kader. Daarnaast is het ook van belang dat het systeem mee genomen wordt in de behandeling. Aan de ene kant kan het systeem meewerken om de transfer van de zaal naar buiten de zaal te maken voor de cliënt. Daarnaast heeft de licht verstandelijk gehandicapte het systeem vaak nodig om te kunnen functioneren. De therapeut kan vanuit de therapie aanbevelingen aan de het systeem van de cliënt in de begeleiding aan de cliënt.

Tot slot wordt in het zesde hoofdstuk een antwoord gegeven op de hoofdvraag in de vorm van een conclusie. Daarbij zullen ook aanbevelingen worden gegeven naar aanleiding van deze scriptie.

Inhoudsopgave

Verantwoording probleemstelling	6
1. Zelfbeeldontwikkeling	7
1.1 De persoonlijkheidsontwikkeling	7
1.2 De zelfbeeldontwikkeling bij de licht verstandelijk gehandicapte	9
1.2.1 De diagnose	9
1.2.2 Het cognitieve vermogen van de licht verstandelijk gehandicapte	9
1.2.3 Het sociaal- emotionele functioneren van de licht verstandelijk gehandicapte	9
1.2.4 De zelfbeeldontwikkeling	10
2. Casusbeschrijving	12
2.1 De huidige situatie	12
2.2 Hulpvraag	12
2.2.1 Casusbeschrijving vanuit de classificerende diagnostiek	12
2.2.2 Casusbeschrijving vanuit de hermeneutische diagnostiek	13
2.2.3 Casusbeschrijving vanuit de kritische diagnostiek	13
3. Rol van de ouders in de zelfbeeldontwikkeling	14
3.1 Plaats van de verzorgers in de persoonlijkheidsontwikkeling:	14
3.2 Rol van de ouders	14
3.2.1 Rol van de ouders per stadium in de persoonlijkheidsontwikkeling:	14
3.2.2 Rol van de ouders in de zelfbeeldontwikkeling	15
3.3 Rol van de verzorgers in de zelfbeeldontwikkeling bij de licht verstandelijk gehandicapte	15
4. Zelfbeeldontwikkeling van de Turkse jongere in Nederland	16
4.1 Opvoeding van Turkse jongeren	16
4.1.1 Doelen van de opvoeding door Turkse ouders	16
4.1.2 Taken van de ouders voor de Turkse opvoeding	17
4.2 Opvoeding van de licht verstandelijk gehandicapte in Turkse gezinnen	17
4.2.1 Doelen van de opvoeding:	17
4.2.2 Taken van ouders	18
5 PMT bij Turkse jongeren een licht verstandelijke handicap	19
5.1 Wat is psychomotorische therapie?	19
5.2 PMT bij licht verstandelijk gehandicapten	20
5.2.1 Cliëntcontact	20
5.2.2 Rol van de ouders met betrekking tot de therapie	21
5.3 PMT bij Turkse cliënten	22
5.3.1 Cliëntcontact	22
5.3.2 De Turkse ouders met betrekking tot de PMT	22
6. Conclusies & aanbevelingen	24
Literatuur	25

Verantwoording probleemstelling

Over de allochtonen in onze samenleving in het algemeen is al veel geschreven. Ook over de hulpverlening aan de vluchtelingen is steeds meer informatie te vinden. Waar echter nog weinig bekend over is, is de PMT aan de allochtone cliënt van tweede generatie (zij die in Nederland zijn geboren). Naar mijn idee komen er wel steeds meer allochtonen in de hulpverlening terecht. Zo ook binnen de PMT. Het lijkt mij daarom van belang om hier mee informatie over te vinden.

Tijdens het zoeken van literatuur voor deze studie las ik in een van de boeken het volgende: 'vooral bij de hulpverlening aan Turkse en Marokkaanse cliënten zijn er veel problemen in het contact (Eldering, L., Adriani, P. Hamel, M., Vedder, P., 1999). Dit onderstreepte voor mij het belang van deze studie naar de culturele opvoedingsverschillen, toegespitst op de PMT.

Binnen de PMT is het van groot belang aan te sluiten bij de belevingswereld van de cliënt, om zo de cliënt op zijn of haar plek het best te kunnen helpen. Om aan te kunnen sluiten bij een cliënt moet je zijn/haar afkomst begrijpen. Een studie naar de culturele opvoedingsachtergrond helpt hierbij. Wanneer je inzicht hebt op de opvoedingsaspecten heb je al een groot deel van de cultuur te pakken. Immers de cultuur wordt gevormd door de mensen. Zij vinden van belang wat ze vanuit hun opvoeding mee krijgen.

1. Zelfbeeldontwikkeling

- Hoe verloopt de zelfbeeldontwikkeling? -

1.1 De persoonlijkheidsontwikkeling

Er zijn veel verschillende theorieën over de persoonlijkheidsontwikkeling. Zoals in de inleiding staat beschreven is er in deze scriptie gekozen om de persoonlijkheidsontwikkeling te beschrijven vanuit het model van de psycholoog Erikson. In dit model is de persoonlijkheidsontwikkeling beschreven vanuit verschillende stadia.

In elke stadium moet een kind een bepaald ontwikkelingsconflict doorlopen om zich vervolgens verder te kunnen ontwikkelen. De persoonlijkheid wordt voor een groot deel bepaald door hoe de stadia worden doorlopen. De nadruk van dit model ligt op de persoonlijkheidsontwikkeling in interactie met de omgeving.

Genetische aspecten spelen echter ook een rol in de persoonlijkheidsontwikkeling. Een introvert kind zal een bepaalde crisis op een andere manier doorlopen dan een extravert kind (Werff van der, 2000). Hier zal verder geen aandacht aan worden besteed, omdat de hoofdvraag gaat over de rol van de opvoeding, een interactief proces (Bil de & Bil de, 2007).

Hieronder worden de stadia van de persoonlijkheidsontwikkeling besproken. Ook zal ingegaan worden op de zelfbeeldontwikkeling per stadium.

- Stadium 1.

- Basisvertrouwen versus basaal wantrouwen -

- 0-1 jaar

- Persoonlijkheidsontwikkeling

- Een kind ervaart in dit stadium dat er voor hem gezorgd wordt en dat er in de basisbehoefte wordt voorzien. Hiermee ontwikkelt het vertrouwen in de omgeving en in andere mensen. Wanneer een kind dit niet ervaart, ontwikkelt het een basaal wantrouwen tegenover de buitenwereld.

Zelfbeeld

In dit stadium is het kind zich nog niet bewust van een eigen ik. Het heeft het idee dat het één is met de wereld.

- Stadium 2.

- Autonomie versus schaamte en twijfel -

- 1-3 jaar

- Persoonlijkheid

- De ontwikkeling in dit stadium staat in het teken van autonomie verwerven. Het kind toont in deze periode de drang om zelf te mogen beslissen. Hierbij zetten ze (zet het) zich soms af tegen de opvoeders. Als een peuter goed door dit stadium komt ontwikkelt het een gevoel van autonomie en zelfstandigheid. Lukt het niet, dan ontwikkelt de schaamte en twijfel aan eigen kunnen. Het niet goed doorlopen van dit stadium kan komen door een tekort aan basisvertrouwen.

Zelfbeeld

Het kind begint meer onderscheid te maken tussen zichzelf en de ander. Het wordt een meer op zichzelf staand wezen en begint in te zien dat ook ouders eigen individuen zijn. Dit besef wordt gestimuleerd doordat het kind zelf doorheeft dat het iets in werking kan zetten, bijvoorbeeld als het tegen een bal aan tikt. Als gevolg van de tik tegen de bal, gaat de bal rollen. Het kind kan nog niet over zichzelf vertellen, maar kan zichzelf wel herkennen in een spiegel.

- Stadium 3
- Initiatief versus schuldgevoel -

3-6 jaar

Persoonlijkheid

Kinderen in dit stadium hebben te maken met het conflict tussen initiatief nemen en schuldgevoel. Een kind leert initiatieven te nemen. Deze initiatieven kunnen het in conflict brengen met de opvoeders en met andere kinderen. De manier waarop de omgeving reageert op de initiatieven bepaalt hoe het kind deze ontwikkeling doorstaat.

Zelfbeeld

Het kind wordt zich in deze fase meer bewust van de eigen wil, door de confrontatie met de wil van anderen. In deze fase zal een kind meer specifiek over zichzelf kunnen vertellen. Het zal hierbij meer psychologische aspecten gebruiken. Zoals zeggen dat het van voetbal houdt.

- Stadium 4
- Vlijt versus minderwaardigheid –

6-12 jaar

Persoonlijkheid

In dit stadium ontwikkelt het kind op school capaciteit om te werken en de mogelijkheden te ontplooien. Het krijgt erkenning en bevestiging van de kwaliteiten door te laten zien wat het kan en de reactie vanuit de omgeving hierop. Als de eisen die aan het kind worden gesteld niet overeenkomen met de mogelijkheden is er sprake van overvraging aan het kind. De kans is dan groot dat het kind een gevoel van minderwaardigheid ontwikkelt. Een positieve zelfwaardering ontstaat wanneer de eisen van de context aansluiten op het niveau van het kind. Doordat het lukt te antwoorden op de omgeving zal het kind een gevoel van competentie ervaren. Gevoel van competentie werkt mee aan een positief zelfbeeld.

Zelfbeeld

In dit stadium beoordeelt een kind zich op grond van de sociale vergelijking. Het zal bijvoorbeeld kunnen vertellen dat het goed is in voetbal en veel vriendjes heeft, maar dat het niet zo goed is in spelling.

- Stadium 5
- Identiteit versus rolverwarring -

12- 18 jaar

Persoonlijkheid

In dit stadium, de puberteit, is het kind bezig met het ontdekken van de eigen identiteit. Wie ben ik, wat kan ik en wat is mijn plaats in de maatschappij? Een positieve uitkomst van dit ontwikkelingsconflict is een jongere die in staat is keuzes te maken en die een eigen identiteitsgevoel heeft ontwikkeld. Wanneer het de jongere niet goed lukt deze ontwikkelingscrisis door te komen, blijft hij/zij in verwarring over de identiteit en de maatschappelijke rollen.

Zelfbeeld

In deze periode ontstaat een meer abstracter zelfbeeld. Een puber kan bijvoorbeeld vertellen dat hij creatief en intelligent is, maar dat hij niet zo goed kan sporten. (Bil de & Bil de, 2007)

De zelfbeeldontwikkeling verloopt dus samen met de ontwikkelingsstadia. De mate waarin een kind naar zichzelf kan kijken hangt af van hoever het kind is in de persoonlijkheidsontwikkeling. Hoe een kind het zelfbeeld waardeert, positief of negatief,

hangt samen met hoe het kind de stadia doorloopt en van de feedback die het van de ouders krijgt over de persoonlijkheid.

1.2 De zelfbeeldontwikkeling bij de licht verstandelijk gehandicapte

De persoonlijkheidsontwikkeling van de licht verstandelijk gehandicapte verloopt anders dan die van een normaal begaafde persoon. De ontwikkeling verloopt trager en bereikt eerder een plafond (Gemert, & Minderaa, 2000). Om de zelfbeeldontwikkeling vanuit de persoonlijkheidsontwikkeling van de licht verstandelijk gehandicapte te begrijpen wordt er nu eerst gekeken naar hoe een licht verstandelijke handicap zich kenmerkt.

1.2.1 De diagnose

In de DSM-IV valt de licht verstandelijke handicap onder de stoornissen in zuigelingentijd tot adolescentie en wordt gecodeerd op As II. De verstandelijke handicap wordt in de DSM-IV benoemd als zwakzinnigheid.

Onder de zwakzinnigen vallen mensen die: (DSM-IV, 1994, P. 80)

- A. *“Verstandelijk duidelijk onder het gemiddelde functioneren: een IQ van ongeveer 70 of lager bij een individueel toegepaste IQ-test.*
- B. *Gelijktijdig aanwezige tekorten in of beperkingen van het huidige aanpassingsgedrag op ten minste twee van de volgende terreinen: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid*
- C. *Begin voor het achttiende jaar.”*

Zwakzinnigheid wordt in de DSM-IV onderverdeeld in verschillende maten van zwakzinnigheid; (DSM-IV, 1994, P80)

- *“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 tot 25*
- *Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd: Indien er een sterk vermoeden van zwakzinnigheid bestaat, maar de intelligentie van de betrokken niet te testen is met de standaard intelligentietest.”*

1.2.2 Het cognitieve vermogen van de licht verstandelijk gehandicapte

De licht verstandelijk gehandicapte heeft een IQ tussen de 50-55 tot ongeveer 70. Dit IQ wordt gemeten met de WISC-RN, een intelligentie test voor kinderen. Door de vertraagde en mindere cognitieve ontwikkeling lopen verstandelijk gehandicapten verschillende achterstanden op. De verwerkingssnelheid ligt lager, de capaciteit in het werkgeheugen is kleiner en ook het vermogen tot concentratie is kleiner. Hierdoor zijn verstandelijk gehandicapten minder in staat om geleerde dingen toe te passen, ook wanneer een situatie veranderd, is het moeilijk om zich aan te passen. Het gedachte patroon verloopt vaak vanuit rigiditeit en weinig flexibiliteit. (Jochemsen & Berger, 2002; Heijkoop 2003)

1.2.3 Het sociaal- emotionele functioneren van de licht verstandelijk gehandicapte

Door het lage cognitief vermogen is er ook sprake van een sociale ontwikkelingsachterstand. De licht verstandelijk gehandicapte heeft minder zicht op sociale situaties.

Om je te kunnen redden in het sociale verkeer moet je begrijpen wat een ander bedoelt en wat de sociale norm is. Alleen als je dat weet kun je adequaat reageren op een sociale situatie. (Collot d'Escury, 2005).

Doordat de licht verstandelijk gehandicapte dit inzicht mist heeft hij vaak moeite in de sociale omgang. Zo hebben ze weinig vrienden. Ook raken ze vaak onbedoeld verzeild in conflicten of levert het verwarrende situaties op.

Een sprekend voorbeeld hiervan las ik in het boek van Jochemsen en Berger (2002, p.12) *'een licht verstandelijk gehandicapte heeft geleerd om in een huiskamer een onbekende een hand te geven. Bij een etentje in een restaurant herinnert deze persoon de geleerde vaardigheid en trouw als hij is heeft hij in het restaurant iedereen een hand.'*

Naast de moeite om onderscheid te maken tussen de verschillende situaties hebben verstandelijk gehandicapten ook moeite om zich te verplaatsen in de ander. Gevolg hiervan is dat de licht verstandelijk gehandicapte vaak verrast wordt door de reactie of het gedrag van de ander. Daarnaast is het gedrag van de licht verstandelijk gehandicapte hierdoor vaak niet passend, omdat ze de ander en de situatie niet begrijpen. (Collot d'Escury, 2005) Als oplossing in sociale situaties vallen veel licht verstandelijk gehandicapten in agressiviteit, maar nog vaker in een onderdanige oplossing. Ze trekken zich terug en laten zich aan de kant schuiven. Dit is van belang in de zelfbeeldontwikkeling en zal duidelijk worden in het volgende gedeelte.

1.2.4 De zelfbeeldontwikkeling

Ontwikkeling

De persoonlijkheidsontwikkeling is minder ver bij de licht verstandelijk gehandicapte en daarmee dus ook de zelfbeeldontwikkeling. In het model van Verhoef (1994) wordt de ontwikkelingsleeftijd weergegeven op grond van het IQ. Dit geeft gelijk ook een indicatie voor de ontwikkeling van het zelfbeeld:

<i>"Graad van verstandelijke beperking</i>	<i>IQ</i>	<i>Ontwikkelingsleeftijd</i>
<i>Diep verstandelijk gehandicapt</i>	<i>< 20</i>	<i>Tot 2 jaar</i>
<i>Ernstig verstandelijk gehandicapt</i>	<i>20-35</i>	<i>2-4 jaar</i>
<i>Matig verstandelijke gehandicapt</i>	<i>35-50</i>	<i>4-7 jaar</i>
<i>Licht verstandelijk gehandicapte</i>	<i>50-85</i>	<i>7-12 jaar"</i>

De licht verstandelijk gehandicapte kan dus een ontwikkelingsleeftijd van 7-12 jaar bereiken. Het vermogen om naar zichzelf te kijken wat bij deze ontwikkelingsfase past komt overeen met stadium 4: 'vlijt versus minderwaardigheid'. Het kind beoordeelt zichzelf op grond van anderen en kan vertellen hij goed in is en waar hij van houdt. De licht verstandelijk gehandicapte heeft moeite om abstract te denken en heeft moeite om situaties te overzien. Dit uit zich in een mindere mate van het kunnen kijken en reflecteren op zichzelf. (Jochemsen & Berger, 2002)

Negatief zelfbeeld

Veel verstandelijk gehandicapten hebben een laag zelfbeeld. Dit lage zelfbeeld wordt gevoed vanuit het laag cognitieve vermogen en het mindere vermogen aan te sluiten in de sociale context.

Zoals net genoemd trekken veel licht verstandelijk gehandicapten zich terug en laten over zich heen lopen. Hierdoor voelen ze zich vaak niet gehoord. Een gevolg hiervan is dat de licht verstandelijk gehandicapte lui wordt 'als er toch niet naar mij geluisterd wordt hoef ik ook niet meer na te denken'. Door deze houding wordt de verstandelijk gehandicapte niet meer geprikkeld om de kennis en vaardigheden die er wel zijn te ontwikkelen en onderhouden.

Daardoor worden de vaardigheden minder waardoor hij zelfvertrouwen verliest. Weinig zelfvertrouwen heeft vaak een negatief zelfbeeld tot gevolg. (Collot d'Escurry, 2005). Een andere verklaring voor het lage zelfbeeld is dat de eisen die aan de licht verstandelijk gehandicapte worden gesteld vaak te hoog zijn. Doordat aan de buitenkant vaak niet te zien is dat ze een lager verstandelijk vermogen hebben worden ze vaak te hoog ingeschat. Ze krijgen daardoor vragen die niet aansluiten bij hun ontwikkeling (Gemert & Minderaa, 2000). In het 'vlijt versus minderwaardigheid stadium' staat beschreven dat aansluiten bij de ontwikkelingsleeftijd van het kind van groot belang is. Wanneer de vraag niet aansluit op het niveau van het kind en het kind er dus niet goed op kan reageren, wordt het kind overvraagd. Het zal dan geen gevoel van competentie ervaren. Een gevoel van competentie wordt ervaren wanneer de vraag van de context en het antwoord wat het kind er op kan geven in balans zijn. Aan het gevoel van competentie ontleent een kind of hij iets wel of niet kan (Windemuller, Huskens, Grootenboer, Teeuwisse, 1998)

Positief zelfbeeld

Het kan ook positief uitpakken. Kinderen beoordelen hun eigen functioneren onder andere op grond van anderen. Dit gebeurt vanaf het derde ontwikkelingsstadium. Gebleken is dat kinderen die in een omgeving leven (school en wonen) waar ze met kinderen leven met dezelfde problemen ze een positiever zelfbeeld ontwikkelen. Ze vergelijken zichzelf met de anderen die op hetzelfde niveau functioneren. Dit is positief voor het gevoel van competentie. Daarom is het voor het zelfbeeld van groot belang dat een kind onderwijs volgt op zijn of haar eigen niveau (Elias, 2005).

2. Casusbeschrijving

2.1 De huidige situatie

Gezinssituatie

Omar is een verstandelijk beperkte Turkse jongen van 16 jaar. Hij is de oudste in een gezin van 3 kinderen. Na Omar komen 2 zusjes. De oudste is 13 jaar. Ook zij is verstandelijk beperkt en volgt het speciaal onderwijs. Het jongste zusje van Omar is 10. Zij volgt het reguliere basisonderwijs. Omar kan goed opschieten met zijn zusjes.

De ouders van Omar zijn beide in Turkije geboren. In 1988 zijn ze naar Nederland gekomen. Vader was toen 22, moeder was 21. Een jaar daarop zijn ze getrouwd. Dat de ouders in Turkije zijn geboren en Omar en zijn zusjes in Nederland, betekent dat Omar en zijn zusjes allochtonen van de tweede generatie zijn. Ze zijn Turkse ouders en zijn zelf in Nederland geboren en opgegroeid.

Vader is lange tijd werkloos geweest door een bedrijfsongeval. Daarnaast is hij gokverslaafd. Op dit moment heeft vader hulp van een instelling voor verslavingszorg voor zijn gokproblemen. Ter reïntegratie werkt hij in een groentetuin.

De moeder van Omar is de drijvende kracht in het gezin. Zij werkt om geld te verdienen. Daarnaast is het haar taak om het huishouden draaiende te houden. Hiermee komt er veel druk te staan op moeder.

Vrije tijd

In zijn vrije tijd gaat Omar regelmatig naar zijn opa en oma en oom die in de buurt wonen. Daarnaast heeft hij een aantal Turkse vrienden waar hij mee omgaat. Hij gaat hier mee naar de stad. Ook 's avond hangt hij soms met deze jongens in een kroeg. Dit loopt nooit uit de hand. De vrienden komen ook bij zijn ouders over de vloer. De ouders waarderen deze jongens als positieve vrienden.

Op school

Op de basisschool kon Omar met moeite mee komen. Daarom is hij in groep 4 overgeplaatst naar een basisschool voor speciaal onderwijs. Na deze basisschool is hij naar een school voor praktijk onderwijs gegaan.

Lange tijd verzuimde Omar veel van school. Zijn ouders kregen hem ook niet zo ver dat hij naar school ging. Na verloop van tijd is dit voor de school aanleiding geweest om aangifte te doen bij de raad van kindbescherming. Het gezin is nu onder toezicht gesteld bij een stichting voor gezinsondersteuning.

Op dit moment gaat Omar altijd naar school, ook doet hij nu goed mee op school.

2.2 Hulpvraag

In juli 2007 is Omar door de schoolmaatschappelijk werkster aangemeld bij de PMT. Hij is aangemeld omdat hij onvoldoende aansluiting heeft met medeleerlingen uit de groep. Hij voelt zich niet sociaal aanvaard. Daarnaast heeft hij weinig zicht op eigen functioneren. Dit is van belang om zich verder te kunnen ontwikkelen. Hij heeft hierbij meer ondersteuning nodig dat de school kan bieden. Dit is de reden dat hij aangemeld is bij de PMT.

De hulpvraag wordt hieronder vanuit de drie verschillende invalshoeken van de PMT beschreven.

2.2.1.Casusbeschrijving vanuit de classificerende diagnostiek

De classificerende (ook wel technische) invalshoek geeft duidelijkheid over de technische problemen in de dialoog tussen mens en wereld. Centraal staat de persoon met zijn probleem. Na het benoemen van de technische problemen kan de persoon geclassificeerd

worden volgens een classificatiemodel. Van daaruit kan de behandeling plaatsvinden (Sietsma, 2001).

Omar is onderzocht op zijn cognitieve vermogens. Zijn algehele intellectuele capaciteiten zijn gemeten met de WISC-RN, een intelligentietest voor kinderen. Uit deze test kwam dat hij op een zeer laag niveau functioneert. Hij heeft een totaal IQ heeft van 61, een verbaal IQ van 66 en een perfoomaal IQ van 64.

Hieronder wordt Omar geclassificeerd aan de hand van de DSM-IV. Dit is één van de classificatiemodellen voor de classificatie van cliënten vanuit de technische invalshoek. Het model wordt over de hele wereld gebruikt en in alle disciplines van de zorg.

As	Code	Diagnose
I	313.82	Identiteitsproblemen
II	317	Lichte zwakzinnigheid (IQ 61)
III		Vermoeidheid
IV		Werkloosheid vader, over bescherming door moeder, opvoedingsonbekwaamheid bij ouders, thuis Turkse opvoeding en op school Nederlands opvoeding, ouders hebben financiële problemen
V		GAF = 50 (huidig)

2.2.2 Casusbeschrijving vanuit de hermeneutische diagnostiek

Vanuit de hermeneutische invalshoek gaat de diagnosticus op zoek naar de aard van de verstoring van de interactie tussen mensen en wereld. Centraal staat de persoon in relatie tot zijn omgeving (Sietsma, 2001).

Verstoring tussen Omar en zijn omgeving kan mogelijk verklaard worden vanuit zijn handicap. Voor licht verstandelijk gehandicapten is het moeilijk anderen te begrijpen, door een achterstand in de sociale ontwikkeling. Daarnaast is de verstoring mogelijk ook te verklaren vanuit de cultuurverschillen op school en thuis. Mogelijk voelt hij zich hierdoor niet begrepen op school.

2.2.3 Casusbeschrijving vanuit de kritische diagnostiek

De derde invalshoek is de kritische invalshoek. Vanuit deze invalshoek staat de omgeving van de cliënt centraal, met de factoren die tot problemen kunnen leiden (Sietsma, 2001). Voor verstandelijk beperkten is het moeilijk de wereld in het rappe tempo te volgen. Daardoor vallen ze snel buiten de boot. Dat wat er van hun wordt gevraagd is vaak te veel. Ook hebben de ouders financiële problemen, mogelijk zijn problemen op sociaal gebied een gevolg hiervan. Hij kan er bijvoorbeeld niet volgens de laatste mode bijlopen. Tot slot zijn de ouders opvoed onbekwaam gebleken. Dit is vanzelfsprekend ook van invloed op Omar.

De behandeling

Omar heeft onderhand al bijna een jaar therapie. De behandeldoelen zijn op dit moment:

- *"Herkennen van eigen gevoelens en die van anderen om van daaruit een keus te maken.*
- *Leren naar de gevolgen van een keus te kijken.*
- *Erkennen van eigen mogelijkheden en beperkingen.*
- *Hulp en begeleiding accepteren."*

Er is gebleken dat Omar weinig zicht heeft op zijn eigen functioneren. Hij wil niet accepteren dat hij met bepaalde dingen moeite heeft en dat hij daar hulp voor moet vragen. Gezien zijn beperking is het van belang dat hij leert wat hij kan en wat niet en dat hij leert hulp te vragen.

3. Rol van de ouders in de zelfbeeldontwikkeling

- Wat is de rol van de ouders in de zelfbeeldontwikkeling? -

3.1 Plaats van de verzorgers in de persoonlijkheidsontwikkeling:

Om naar de sociale interactie te kijken, wat in het persoonlijkheidsontwikkelingsmodel van Erikson gebeurt, heeft Bronfenbrenner een model uitgewerkt waarin de verbanden tussen verschillende sociale contexten staan uitgewerkt. Dit model wordt het ecologische model genoemd. Bronfenbrenner heeft de contexten onderverdeeld in de volgende subsystemen: het micro-, meso-, exo-, en macrosysteem. Binnen het microsysteem gaat het over de relaties tussen het kind en zijn directe omgeving. De directe omgeving zijn de ouders, broers en zussen en eventuele andere personen zoals grootouders. Een ander micro systeem is bijvoorbeeld in het geval van Omar de school en de psychomotorische therapie. Met het mesosysteem worden de relaties tussen verschillende microsystemen bedoeld. Deze beïnvloeden elkaar. De psychomotorische therapie heeft invloed op het gedrag van Omar in de thuissituatie en op school. Ook het exo- en macrosysteem hebben invloed op Omar. Het exosysteem zijn de maatschappelijke systemen waar het kind niet meteen deel van uitmaakt, maar die wel het micro- en mesosysteem beïnvloeden. Een voorbeeld hiervan is dat de vader van Omar lange tijd geen werk heeft gehad. Gevolg hiervan kan zijn dat er weinig geld is en Omar geen nieuwe kleren kan krijgen. Tot slot het macrosysteem. Dit systeem slaat op de overkoepelende normen en waarden waarop de andere systemen zijn gebaseerd. Met betrekking tot de opvoeding van Omar is dit dat hij thuis een opvoeding krijgt vanuit Turkse normen en waarden, op school echter wordt hij opgevoed vanuit de Nederlandse normen en waarden. (Rigter, 2002) De opvoeding door de ouders is blijkbaar van grote invloed. Ze staan het meest dicht bij vanuit het microsysteem. Daarnaast wordt via de ouders de invloed van het exo- en macrosysteem doorgegeven.

Binnen de therapie zijn we bezig geweest met het thema samenwerking. We hebben hier de focus gelegd op vertellen wat je bezig houdt en overleggen. Tijdens de behandelbespreking vertelt de moeder van Omar dat hij thuis meer vertelt over wat hem bezig houdt. Op school merken ze dat Omar meer in gaat zien dat ze hem helpen op school in plaats van dat hij tegengewerkt wordt. Er is sprake van een verbeterde samenwerking.

3.2 Rol van de ouders

3.2.1 Rol van de ouders per stadium in de persoonlijkheidsontwikkeling:

Voor de ontwikkeling van het kind vraagt elke fase een andere houding en benadering van de ouders ten opzichte van de kinderen.

- Stadium 1:

In dit stadium is een sensitieve en responsieve interactie van de ouders van belang. Het kind moet verzorgd worden door de ouder en moet ervaren dat de ouder dit ook doet. Wanneer de ouders de subtiele signalen van hun kind opmerken en hierop kunnen reageren, zal dit het kind veiligheid geven en zorgen voor een veilige hechting.

- Stadium 2:

In dit stadium is het van belang dat de ouders het kind ruimte geven om te experimenteren, maar ook discipline bijbrengen. Wanneer ouders te veel rigide optreden kan het kind onzeker worden en gaan twijfelen aan eigen kunnen.

- Stadium 3:
De taak van de ouders is in dit stadium ruimte geven voor het initiatief van het kind en het waarderen van schoolprestaties. Het kind moet de ruimte krijgen zijn mening te geven en zich veilig te voelen bij de ouder.
- Stadium 4:
Van groot belang is het afstemmen van de eisen aan het kind op de mogelijkheden van het kind
- Stadium 5:
Het kind heeft in dit stadium de emotionele steun nodig van de ouders en tegelijk ruimte om te experimenteren (Bil de & Bil de, 2007; Rigter, 2002)

Samengevat zijn er de volgende opvoedingstaken te noemen: verzorging, sensitief en responsief zijn aan de kinderen, voor een veilige basis. Ruimte geven om te exploreren en experimenteren. Disciplineren, om structuur te bieden (Bil de & Bil de, 2007).

3.2.2 Rol van de ouders in de zelfbeeldontwikkeling

De ouders spelen een grote rol in de persoonlijkheidsontwikkeling van een kind en daarmee dus ook in de zelfbeeldontwikkeling van het kind.

Deels wordt het zelfbeeld door het kind beoordeeld op gevoel van competentie. (Windemuller et al, 1998). Ouders kunnen helpen in het ervaren van gevoel van competentie, wanneer zij het kind op de juiste manier kunnen ondersteunen in een bepaalde levensfase. Dit vergt van de ouders veel sensitiviteit en responsiviteit. Als dit er te weinig is en een kind mag bijvoorbeeld weinig uitproberen van de ouders in de 'autonomie versus schaamte' fase krijgt het kind het idee dat het niks kan. Dit zorgt voor onzekerheid en twijfel over eigen kunnen. Tegelijk wordt het zelfbeeld beïnvloed door de feedback vanuit de omgeving van met name de ouders. Dat wat een kind terugkrijgt uit de omgeving vormt voor een deel zijn zelfbeeld. Wanneer een ouder zegt dat het goed kan schrijven, zal het kind voor zichzelf bedenken 'ik ben iemand die goed kan schrijven'. (Bil de & Bil de, 2007)

3.3 Rol van de verzorgers in de zelfbeeldontwikkeling bij de licht verstandelijk gehandicapte

Ook bij licht verstandelijk gehandicapten is het van groot belang dat het kind veilig kan hechten. Ook, of misschien wel juist, een licht verstandelijk gehandicapt kind heeft een veilige basis nodig waarop het terug kan vallen wanneer het de wereld aan het ontdekken is. Een licht verstandelijk gehandicapt kind heeft meer ondersteuning nodig vanuit de omgeving om te kunnen exploreren en experimenteren. Van de verzorgers vraagt dit om nog meer sensitiviteit en responsiviteit op het niveau van het kind om zo op een adequate manier in te kunnen spelen op de behoefte van het kind. Wanneer dit niet gebeurt wordt het kind overvraagd, omdat het overzicht verliest en zal het, wanneer dit vaak gebeurt een negatief zelfbeeld ontwikkelen. Het kind krijgt niet de ervaring ergens competent in te zijn, wat een negatieve weerslag heeft op het zelfbeeld (Gemert, Minderaa, 2000).

Opvoedingstaken van de ouders blijven hetzelfde. Echter structurering en afbakening zijn van nog groter belang. Daar een licht verstandelijk gehandicapt kind hier zelf meer moeite mee heeft dan andere kinderen (Bil de & Bil de, 2007).

4. Zelfbeeldontwikkeling van de Turkse jongere in Nederland

- Welke aspecten vinden Turkse ouders belangrijk in de opvoeding?-

4.1 Opvoeding van Turkse jongeren

4.1.1 Doelen van de opvoeding door Turkse ouders

De Turkse opvoeding wordt gevormd vanuit een zogenaamde wij-cultuur. In deze cultuur is het van groot belang dat je lid bent van de groep. Deze groep bepaalt voor een groot deel de begrippen van goed en kwaad en wat de juiste houding en gedragingen zijn in het leven. Vanuit deze aspecten van de wij-cultuur wordt de opvoeding vorm gegeven (GGnet, 2006).

Turkse ouders stellen over het algemeen de volgende doelen aan de opvoeding van hun kinderen; opleiding en succes, de conformistische doelen, sociale doelen en de meer op autonomie gerichte doelen (Nijsten, 1998).

Opleiding en succes.

Dit doel wordt als meest belangrijk wordt gezien. Voornamelijk moeders vinden de opleiding en het maatschappelijke succes belangrijk. Vaders vinden voornamelijk het nuttig zijn voor de maatschappij belangrijk. Een argument hiervoor is dat wanneer er een goede opleiding is er ook zicht is op een goede baan met een goed inkomen. De kinderen kunnen dan, wanneer de ouders niet meer voor zichzelf kunnen zorgen, voor hun ouders zorgen. Ook voor meisjes is een goede opleiding en een baan van belang. Dit vergoot de kans op de huwelijksmarkt.

Conformistische doelen

Het tweede opvoedingsdoel zijn de conformistische doelen. Letterlijk betekent conformistisch: 'geneigd zich te schikken naar heersende opvattingen' (www.vandale.nl). De doelen die hier voor de Turkse gemeenschap onder vallen zijn doelen die te maken hebben met respect voor ouders en ouderen, goede manieren, ouders gehoorzamen, de eer van de familie hooghouden en schaamte hebben of bescheiden zijn. Deze doelen worden door zowel de vaders als de moeders belangrijk gevonden.

Sociale doelen

Sociale doelen zijn voor veel ouders na de bovengenoemde doelen ook van belang. Aspecten binnen de sociale doelen zijn eerlijk en betrouwbaar zijn, liefhebben en warm zijn, en goed met anderen om kunnen gaan. Dit is echter wel van minder belang dan opleiding en succes.

Het drie jaar jongere zusje van Omar heeft moeite om mee te komen op school. Wel is het een sociaal meisje dat oog heeft voor haar omgeving. De ouders van Omar hebben hier weinig oog voor. Ze zouden graag willen dat hun dochter beter kon leren.

Op autonomie gerichte doelen

Als laatste wordt door een aantal ouders de meer op autonomie gerichte doelen genoemd. Deze zijn opgedeeld in belangrijk en minder belangrijk. Zaken als in staat zijn voor jezelf te zorgen en niet afhankelijk zijn van anderen worden als belangrijk beschouwd. Verantwoordelijkheidsgevoel hebben, een eigen mening hebben en daarvoor uitkomen en zelfvertrouwen hebben zijn doelen die als weinig belangrijk worden beschouwd in de Turkse opvoeding (Nijsten, 1998).

Centraal in de Turkse opvoeding staat dus succes in de maatschappij en je schikken naar regels. Ouders beschouwen de opvoeding dan ook als afgerond wanneer een kind weet wat goed en wat kwaad is.

Ter vergelijking: De Nederlandse cultuur is een ik -cultuur. In deze cultuur staat de individualiteit centraal in plaats van de groep. De mens moet een eigen ik ontwikkelen en daarbij ook een eigen kijk op goed en kwaad. Vanuit deze cultuur hechten ouders andere belangen aan de opvoeding. In Nederland wordt autonomie als belangrijkste doel gezien, gevolgd door sociaal gevoel, conformiteit en prestatie (Nijsten, 1998). Nederlandse ouders hechten dus veel waarde aan de autonomie. Turkse ouders hechten hier waarde aan, maar dit komt pas op een latere plaats.

4.1.2 Taken van de ouders voor de Turkse opvoeding

Ook op de opvoedingstaken hebben Turkse ouders hun eigen kijk. Vanuit het persoonlijkheidsontwikkelingsmodel staan de taken genoemd: verzorging, sensitief en responsief zijn aan de kinderen, voor een veilige basis. Ruimte geven om te exploreren en experimenteren. Disciplineren, om structuur te bieden (Bil de & Bil de, 2007). In het onderzoek van Nijsten (1998) worden deze taken aan de ouders voorgelegd, met de vraag wat zij als hun taken zien. De Turkse ouders vullen de takenlijst zelf nog aan met 'het kind uitleg geven en informeren over goed en kwaad en kostwinning'. De twee taken die als belangrijkste worden gezien door de Turkse ouders zijn: ondersteuning/ verzorging, uitleg geven over goed en kwaad.

Ondersteuning/verzorging

Als belangrijkste taak noemen zowel de vaders als de moeders de ondersteuning. Onder ondersteuning wordt hier verstaan warmte en liefde geven en genegenheid tonen, aandacht aan de kinderen schenken, tijd aan ze besteden en ze bezighouden.

Ook wordt er de emotionele opvoeding mee bedoeld zoals het openstaan voor de kinderen en luisteren naar hun verhalen. Hierin komt de verzorging, sensitiviteit en responsiviteit naar voren die van groot belang zijn in de eerste fase.

Uitleg geven over goed en kwaad

Naast het bieden van ondersteuning wordt als belangrijk genoemd de taken die aansluiten bij de conformistische doelen; uitleg geven over goed en kwaad, voorbereiden op de toekomst, zorgen dat ze een goede opleiding krijgen en het kind fatsoen bijbrengen.

De grote nadruk op de conformistische doelen kan de exploratie en het experimenteren van het kind belemmeren. Er zijn maar enkele deelnemende ouders aan het onderzoek die het als hun opvoedingstaak zien dat de kinderen zelfstandig worden.

4.2 Opvoeding van de licht verstandelijk gehandicapte in Turkse gezinnen

4.2.1 Doelen van de opvoeding:

Uit de literatuur blijkt dat de doelen die voor ouders van Turkse (licht) verstandelijk gehandicapte kinderen van belang zijn, weinig afwijken van de doelen die ze aan de kinderen zonder verstandelijke handicap stellen. Ook bij deze groep hechten de ouders veel waarde aan de conformistische doelen. Ze willen dat een kind zich lief en rustig gedraagt. Opvallend hieraan is dat juist op het gebied van zelfstandigheid niets wordt verwacht. In Nederland wordt van kinderen verwacht dat ze luisteren als moeder zegt dat ze zich bijvoorbeeld zelf moeten aankleden. In de Turkse opvoeding wordt dit niet gestimuleerd. Als een kind het niet wil, dan hoeft het niet, dan doet de moeder dit voor hem of haar. Dit geldt ook in de opvoeding aan normaal begaafde kinderen.

Bij deze groep is ook de cognitieve ontwikkeling van belang. De ouders zien wel in dat deze kinderen zich minder zullen ontwikkelen, desondanks vinden ze de cognitieve ontwikkeling wel erg belangrijk. De ouders doen hier zelf niet veel aan. Zo zijn er bijvoorbeeld in de gezinnen weinig boeken aanwezig. De verantwoordelijkheid van de cognitieve ontwikkeling leggen de ouders vaak neer bij de scholen en/of dagopvang. (Eldering, Adriani, Hamel & Vedder, 1999)

4.2.2 Taken van ouders

Ook op dit vlak is er weinig verschil te zien tussen de opvoeding van de normaal begaafde Turkse jongere en verstandelijk gehandicapte jongere. De ouders zien het ook bij deze groep als hun taak om ondersteuning te geven. De Turkse ouders hebben een koesterende en positieve relatie met de kinderen.

In sommige gezinnen gaat de zorg voor de verstandelijke gehandicapten voor op de zorg van de andere kinderen. Er wordt voornamelijk gezorgd voor de kinderen, omdat ze zielig zouden zijn.

Deze grote mate van zorg kan de persoonlijkheidsontwikkeling van het kind in de weg staan. Ze worden hier lui van, want ze worden niet geprikkeld om iets te doen. Daarnaast kunnen ze op deze manier ook geen gevoel van competentie ervaren, wat van belang is voor een positieve zelfbeeldontwikkeling.

Ook bij deze kinderen zien de ouders de taken die horen bij de conformistische doelen van groot belang. (Eldering et al, 1999)

De moeder van Omar koopt zijn buskaart. De therapeuten geven aan dat hij dit op zijn leeftijd best zelf kan doen. Moeder ziet het als haar taak om dit voor haar kind te regelen. Ze neemt een stukje eigen verantwoordelijkheid Omar weg.

5 PMT bij Turkse jongeren met een licht verstandelijke handicap

- Wat is er speciaal aan PMT aan lichtverstandelijk gehandicapte Turkse jongeren?-

In het voorgaande gedeelte is de zelfbeeldontwikkeling besproken en de Turkse cultuur. In dit hoofdstuk dat gaat over de laatste deelvraag wordt de PMT aan de licht verstandelijk gehandicapte Turkse jongere besproken. Om zo een verbinding te kunnen maken naar de PMT. Allereerst wordt gekeken naar wat PMT is. Vervolgens wordt er gekeken naar de PMT aan de licht verstandelijk gehandicapte en tot slot naar de PMT aan de Turkse jongeren.

5.1 Wat is psychomotorische therapie?

'PMT is het behandelen van mensen met psychische problemen, door middel van interventies gericht op lichaamsservaring en/of het handelen in bewegingssituaties. Het doel van PMT is gedragsverandering tot stand te brengen of tenminste daaraan een bijdrage te leveren en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te veranderen.' (beroepsprofiel NVPMT, 1995)

PMT onderscheidt zichzelf van andere therapeutische disciplines in het gebruik van de activiteiten. De activiteiten komen uit bewegingssituaties. Hierbij valt te denken aan sport en spel, aan dansen en turnen. De andere activiteiten zijn lichaamsgeoriënteerd. Hier valt te denken aan ontspanningsoefeningen, body en sensory-awareness en persoonlijk-psychomotorische therapie. De activiteiten zijn op zich niet van intrinsieke waarde. De manier waarop de therapeut de activiteit aanbiedt, de betekenis die de cliënt aan de activiteit geeft en de interventies van de therapeut zorgen voor intrinsieke waarde. De manier waarop de activiteiten worden aangeboden is afhankelijk van de behandelstrategie. Binnen de PMT is er een drietal strategieën te onderscheiden; leren (oefenen), ervaren (structureren) en ontdekken.

Leren

Deze naam staat voor het leerproces van de cliënt die zich nieuw gedrag eigen moet maken. De term wijst naar de leertheorie die er aan ten grondslag ligt. Binnen de strategie leren reikt de therapeut een duidelijke structuur aan waarbinnen de cliënt kan oefenen met het geconfronteerd worden met lichaamsservaring en bewegingssituaties. De cliënt vergroot hiermee zijn waarneming-, belevingsvermogen en het gedragsrepertoire. Het doel is dat de cliënt contact krijgt en in contact blijft met het eigen lichaam en/of de omgeving.

Omar is er van overtuigd dat hij alleen van veraf de bal in de basket kan gooien. De therapeut heeft gezien dat dit niet waar is. Omar gooit vaker raak van dichtbij. Naast deze aanname in bewegingssituaties heeft Omar wel vaker aannames, om hem te leren dat zijn aannames niet altijd kloppen wordt er een activiteit neergezet waarbij Omar 5 keer van dichtbij mag gooien en 5 keer van veraf. Van dichtbij gooit Omar 3 keer raak. Van veraf lukt het hem maar een keer. Omar geeft toe dat hij misschien toch geen gelijk had.

Ervaren

Deze strategie staat voor het ervaringsproces waarin de cliënt verschillen gaat ervaren in het experimenteren met verschillende gedragsalternatieven en de effecten van deze gedragalternatieven. De alternatieven hebben aspecten van het denken, handelen en voelen van de cliënt in zich. De therapeut biedt globale structuren aan waarbinnen de cliënt kan experimenteren met gedragsalternatieven. Ten grondslag aan deze strategie ligt de humanistische psychologie. Van belang hierbij is dat de therapeut positief op de cliënt reageert en hem vol empathie benadert.

Omar heeft moeite met doorzetten. Wanneer hij iets niet meer leuk vindt gaat hij rondlopen of gaat aan de kant zitten en uit contact met de omgeving. Als Omar straks aan het werk gaat, moet hij hebben geleerd dat hij niet bij alles waar hij geen zin in heeft of wat niet lukt stopt. Daarom zijn we bezig geweest met het thema 'doen gewoon omdat het moet'. Als activiteit is er gekozen voor bal lopen op een grote harde bal. De eerste sessie dat we hier mee bezig zijn, geeft Omar het snel op en gaat aan de kant zitten. De therapeut geeft hem terug wat hij doet en wat het bij de therapeut oproept; irritatie. Na een aantal keer te hebben geoefend lukt het Omar om de opdracht te volbrengen. Hij laat weten dat hij het niet leuk vindt maar blijft hierbij in contact en rondt de opdracht netjes af. De therapeut complimenteert hem dat hij zo goed heeft doorgezet.

Ontdekken:

Binnen het ontdekken staan onverwerkte, verdrongen herinneringen, emoties en intrapsychische conflicten centraal. In deze strategie krijgt de cliënt de mogelijkheid om deze conflicten te ontdekken en erover te praten, te leren benoemen en te plaatsen. De therapeut helpt de cliënt bij het bewust worden van zijn afweer en/of overlevingsstrategieën in sociale verbanden. Ten grondslag aan deze strategie liggen de ideeën van de psychoanalyse. De stroming die kijkt naar hoe dingen vanuit vroeger zijn gevormd.

Door zijn licht verstandelijke beperking wordt Omar vaak overvraagd. Wanneer dit gebeurt gaat Omar uit contact en loopt weg. Binnen de therapie maken we hem bewust van wat er bij anderen gebeurt als je wegloopt en wat je anders zou kunnen doen, namelijk hulpvragen.

De drie behandelstrategieën zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Aan het begin van een behandelplan wordt er gekozen voor een strategie, afhankelijk van de problematiek en de hulpvraag. In de behandeling ligt de nadruk op deze strategie. Na verloop van tijd kan er gekozen worden voor een nieuwe strategie, afhankelijk van het proces waar de cliënt in zit. (beroepsprofiel NVPMT, 1995; Sietsma, 2001)

5.2 PMT bij licht verstandelijk gehandicapten

5.2.1 Cliëntcontact

Door het vaak laag verbale vermogen van de licht verstandelijk gehandicapte en het non-verbale karakter van de PMT is de PMT een succesvolle therapie voor licht verstandelijk gehandicapten (Sietsma, L.W., 1994). Wel dient er rekening gehouden te worden met het niveau van de cliënt om aan te kunnen sluiten bij de belevingwereld en de mogelijkheid tot leren van de cliënt om zo de cliënt niet te overvragen, iets wat veel gebeurt bij licht verstandelijk gehandicapten.

Om op een juiste manier aan te kunnen sluiten wordt er vaak gewerkt van het biopsychosociaal model, wat vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie komt (Windemuller et al, 1998). Vanuit dit model wordt het functioneren van de cliënt bekeken vanuit drie verschillende hoeken.

De biologische aspecten

Bij de biologische aspecten wordt gekeken naar het lichamelijk functioneren van de cliënt. Binnen de PMT ben je veel bezig met bewegingsactiviteiten daarom is het van belang te weten wat een cliënt wel of niet aankan. Ook kan een cliënt psychisch ongemak ondervinden naar aanleiding van een motorische achterstand. Hij/zij heeft bijvoorbeeld door moeilijk lopen, nooit met de andere kinderen op straat spelletjes kunnen spelen en voelt zich daardoor buitengesloten.

De psychologische aspecten

Dit staat voor het psychische welbevinden van de cliënt en de cognitieve mogelijkheden. Binnen de therapie moet er worden aangesloten op het cognitieve vermogen van de cliënt, wanneer dit niet gebeurd liggen ondervragen en overvraging op de loer.

De sociale aspecten.

Vanuit deze hoek wordt informatie gegeven over de omgeving van de cliënt. Het gezin, vrienden, school, werk enz. oftewel de omgeving op micro niveau.

Strategieën

In de PMT aan licht verstandelijk gehandicapten wordt veelal gewerkt vanuit de strategie leren. Voor de doelgroep is het moeilijk om de transfer te maken. Zo is het ook lastig dat wanneer je in een bepaalde situaties leert voor jezelf op te komen, dit ook op een andere plek te kunnen doen. In de therapie wordt daarom veel aandacht besteed aan het leren in verschillende situaties. Voor veiligheid en vertrouwen is het daarom de taak van de therapeut veel structuur aan te bieden waarbinnen de cliënt kan leren. Naast de strategie leren wordt er ook gewerkt vanuit de strategieën ervaren en ontdekken. Binnen het ervaren kan de cliënt experimenteren met gedragalternatieven. Bijvoorbeeld oefenen met Nee-zeggen. Hij kan dan ervaren dat het een ander dan niet persé boos hoeft te worden. Van belang is dat dit door de therapeut wordt gestructureerd waardoor de veiligheid wordt gewaarborgd. De strategie ontdekken wordt ook wel gebruikt. Bij het kijken naar conflicten vanuit vroeger moet er echter voor gewaakt worden dat de cliënt overspoeld wordt en daardoor blijft hangen in vroeger. Vaak is het beter te kijken naar hoe het nu is en te leren en te ervaren om in het hier en nu je staande te houden.

Praktische aanpassingen

Windemuller et al (1998, p99) beschrijft de volgende handeling die het werken met de licht verstandelijk gehandicapte tot gevolg heeft:

- “Vanuit de cognitieve ontwikkeling:
 - o Eenvoudig taalgebruik;
 - o Het visueel maken van voorstellen of opdrachten omdat het, zich een voorstelling kunnen maken en het overzicht in ruimte en/of tijd vaak beperkt is;
 - o Voorzichtig zijn met het appelleren op het abstraherend- en reflecterende vermogen, dit is vaak beperkt;
 - o Grote voorspelbaarheid inbouwen.
- Vanuit de sociaal-emotionele ontwikkeling:
 - o Niet bij voorbaat uitgaan van de kalenderleeftijd, maar aansluiten bij het niveau wat de cliënt in de omgang en in de keuze van de activiteit aangeeft.
- Vanuit de biologische lichamelijke ontwikkeling:
 - o Het aandachtspunt is hier vaak de motoriek, de motorische ontwikkeling.”

Om Omar zicht te laten krijgen op wat hij fijn vindt en wat niet oefenen we dit aan de hand van het ja en het nee gevoel om het visueel te maken zetten we een lijn op het bord die loopt van ja naar nee. In het midden tussen ja en nee zit een tussenin gevoel. We doen een activiteit waarna hij op de lijn een kruisje zet of hij er een ja gevoel van krijgt of een nee gevoel.

5.2.2 Rol van de ouders met betrekking tot de therapie

De therapie moet vormgegeven worden vanuit alledaagsheid, eenvoud en consequentheid om het voor de licht verstandelijk gehandicapte overzichtelijk te houden. Een belangrijk onderdeel hiervan is het contact met de ouders en de andere microsystemen voor de integratie binnen de leefomgeving van de licht verstandelijk gehandicapte.

Aan de ene kant kunnen de ouders meedenken over het behandelplan, zij zijn immers degenen die de cliënt dagelijks meemaken en kunnen vaak beter dan de cliënt verwoorden waar de cliënt tegenaan loopt. Voor de therapeut geeft dit een meer volledig beeld.

Daarnaast maakt de omgeving de transfer voor de cliënt ook duidelijk. Als de omgeving weet waar aan gewerkt wordt kan ze hier ook mee aan het werk in de thuissituaties. Ze kan

oefening gaan doen waardoor de transfer duidelijker wordt en waardoor de ontwikkeling wordt gestimuleerd. Ook kan er vanuit de PMT omgangsadvies worden gegeven aan de ouders. Veel ouders overvragen bijvoorbeeld hun kind. Vanuit de PMT kunnen er tips over omgangsvormen worden gegeven om overvraging te verminderen. Tot slot werkt dit ook mee aan de verwerking van de ouders van het feit dat ze een gehandicapt kind hebben. (Windemuller et al, 1998; Gemert, & Minderaa, 2000)

In de behandelbespreking wordt aan de andere micro systemen (moeder en school) nog eens benadrukt dat overvraging op de loer ligt bij Omar. Doordat hij erg gesloten is, is het lastig te peilen wat hij begrijpt en wat hij niet begrijpt.

5.3 PMT bij Turkse cliënten

5.3.1 Cliëntcontact

Opbouw vertrouwensband

De Nederlandse therapeut is vaak Westers georiënteerd. Dit houdt in 'werken onder grote tijdsdruk'. Vanuit deze druk wil de therapeut graag snel het diepe in gaan in de behandeling. In veel culturen, waaronder de Turkse cultuur is het echter ongepast om gelijk met de deur in huis te vallen en direct met vertrouwelijke/persoonlijke dingen aan de slag te gaan. Dit cultuurverschil werkt vaak tegen in het opbouwen van een vertrouwelijke relatie tussen cliënt en therapeut. De vertrouwensband is echter wel van groot belang in een therapeutische relatie. Je gaat immers niet je moeite delen met iemand die je niet vertrouwt.

Om een goede band op te kunnen bouwen moet de therapeut eerst beginnen met gesprekken met een weinig beladen onderwerp. Als de vertrouwensband er dan is kan er dieper worden gegaan (Jong de & Berg van den, 1996; GGNet, 2006).

Taal probleem

Veel Turkse cliënten worden 2-talig opgevoed. Aan de ene kant wordt van hen de beheersing van de Nederlandse taal verwacht, op school en/of op het werk. Aan de andere kant wordt in veel gezinnen Turks gesproken. Gevolg hiervan is dat ze beide talen niet goed

Omar en zijn zusjes hebben alle drie moeite met de Nederlandse taal. In het gezin wordt voornamelijk Turks gepraat. De gebrekkige woordenschat zorgt onder andere voor een ruis op de lijn tussen de therapeut en Omar. Soms begrijpen zij elkaar verkeerd. Dit is ook weer van negatieve invloed op de vertrouwensband. Omar voelt zich niet altijd begrepen.

onder de knie hebben, waardoor er snel een ruis op de lijn kan ontstaan tussen therapeut en cliënt. Voor de therapeut is het daarom van belang na te vragen of de cliënt begrijpt wat er wordt bedoeld. Hierbij is het van belang een open vraag te stellen. "Wat heb je begrepen van deze vraag?" in plaats van "heb je deze vraag begrepen?". Ook het gebruik van non-verbale communicatie werkt vaak goed. (GGNet, 2006) Daarnaast is de gevoelstaal vaak anders. Voor bepaalde gevoelens worden andere woorden gebruikt. Ook op dit vlak is het van groot belang dat de therapeut navraagt wat de cliënt bedoelt als hij zijn gevoel aanduidt. Alleen op deze manier kunnen de cliënt en de therapeut elkaar leren verstaan en kan er een optimale therapeutische relatie worden aangegaan. (Jong de & Berg van den, 1996)

5.3.2 De Turkse ouders met betrekking tot de PMT

Hulpvragen

Veel Turkse hulpvragers zijn passief in het vragen om hulp. Dit begint al bij de aanmelding bij de hulpverlening aan de cliënt. Dit gebeurt vaak niet door de ouders zelf, maar door de

andere microsystemen, zoals de school. Ouders zijn zelf niet pro-actief in het zoeken naar hulp. Als de hulpverlening dan eenmaal tot stand is gekomen verwacht de Turkse hulpvrager het van de hulpverlener. Zowel de cliënt zelf als ouders.

In de (gehandicapten) zorg in Nederland wordt een actieve houding van de cliënt gevraagd. De cliënt heeft zelf keuzemogelijkheid over de zorg die hij of zij wil ontvangen. De licht verstandelijk gehandicapte heeft hierbij hulp nodig van het sociale netwerk en eventueel het sociale vangnet. Dit sociale vangnet wordt echter pas in werking gezet wanneer het sociale netwerk tekort schiet en om hulp gaat vragen. (Eldering et al, 1999)

Hiermee stuiten we dus op een knelpunt. Het Nederlandse zorgstelsel vraagt om een pro-actieve houding van het sociale netwerk. Het sociale netwerk van de Turkse licht verstandelijk gehandicapte is echter passief richting de hulpverlening. Van de zorgverleners vraagt dit om een actievere houding naar de allochtonen toe.

Verklaring van de passieve houding

Zoals eerder genoemd kenmerkt de Turkse cultuur zich als een wij-cultuur. De Turkse gemeenschap in Nederland is erg hecht met elkaar. Wanneer er hulp nodig is wordt dit bij elkaar gevraagd. Als er hulp buiten de groep wordt gezocht is dit vaak een belediging voor de groep. Dit heeft mogelijk tot gevolg dat de hulpvrager verstoten wordt uit de gemeenschap. Een Turkse hulpvrager denkt dus eerst wel even na voordat hij hulp vraagt bij een Nederlandse instantie.

Doordat de Turkse hulpvrager veelal in de eigen kring blijft en weinig contacten heeft buiten de Turkse gemeenschap wordt de integratie tegengewerkt. Ook op het punt van het Nederlandse zorgstelsel. Doordat er geen contacten zijn buiten de Turkse gemeenschap blijft het zorgstelsel vaak onduidelijk. Er is weinig overzicht, lange wachtlijsten en er zijn problemen met vergoedingen, doordat het niet duidelijk is hoe er mee omgegaan moet worden. Deze onduidelijkheid ontmoedigt het zoeken naar hulp.

Tot slot speelt ook het referentiekader van de ouders op de handicap mee in het niet zoeken naar hulp. Veel Turkse ouders zijn islamitisch. Zij bekijken de handicap vanuit hun islamitische referentiekader. Een belangrijk onderdeel hierin is dat de Allah de loop van de gebeurtenissen bepaalt en dat de mens zich hieraan heeft te onderwerpen. (Islam betekent letterlijk 'onderwerping aan de wil van Allah' (Eldering et al, 1999, P76). Vanuit deze kijk zijn Turkse ouders veel meer bezig met hoe ze kunnen leven met de problemen dan met hoe ze deze kunnen oplossen. Het oplossingsgerichte systeem in Nederland is daarmee in schril contrast met de levensovertuiging. (Eldering et al, 1999; Nijsten, 1998).

6. Conclusies & aanbevelingen

In deze conclusie zal een antwoord worden gegeven op de hoofdvraag, zoals deze in de inleiding is gesteld

“Welke opvoedingsaspecten uit de Turkse cultuur zijn van belang in de Psychomotorische therapie* aan licht verstandelijk gehandicapte Turkse jongeren van de tweede generatie met problematiek op het gebied van de zelfbeeldontwikkeling?”

Daarnaast zullen aan de conclusies ook aanbevelingen worden verbonden.

Opvoedingscultuur

In voorgaande hoofdstukken hebben we kunnen zien dat de Turkse opvoeding wordt gevormd vanuit een wij-cultuur. Een cultuur waarbinnen men is gericht op het onderdeel zijn van de groep.

Voor de opvoeding heeft dit de volgende gevolgen: Er is weinig aandacht voor persoonlijke ontwikkeling. De op autonomie gerichte doelen zijn van ondergeschikt belang. De Turkse ouders vinden opleiding en succes en je gedragen naar de regels het meest belangrijk. Binnen de Nederlandse cultuur hebben we te maken met een ik-cultuur. De ontwikkeling van een persoonlijkheid is van groot belang. Ook binnen de therapie zien we dit terug. Kijken naar jezelf, ervaren wat je zelf belangrijk en fijn vindt.

Voor de therapie vraagt dit enige aanpassing ten opzicht van therapie aan de in een ik-cultuur opgevoede cliënt.

Aanpassingen m.b.t. de cliënt zelf

Wanneer een Turkse cliënt binnen de therapie bezig gaat met het ontwikkelen van een eigen autonomie en je geeft hem hier veel ruimte voor is de kans groot dat hij overspoelt door zijn gevoelens en ervaring en daar geen raad mee weet. Hij is immers niet gewend hier ruimte voor te krijgen. De therapeut moet in dit geval veel structuur bieden. Een duidelijke structuur waarbinnen de cliënt de ruimte krijgt om te experimenteren.

Daarnaast is de Turkse cliënt niet gewend om over zichzelf te praten. Binnen de cultuur wordt hier weinig tot geen aandacht aan geschonken. Wanneer je als therapeut zoals wij gewend zijn zo snel mogelijk het diepe ingaat, zal de cliënt dichtslaan en zal er geen vertrouwensband ontstaan. Aan het opbouwen van een vertrouwensband dient meer tijd te worden besteed.

Tot slot kan ook de taal voor een barrière zorgen. Veel Turkse jongeren worden 2-talig opgevoed, wat maakt dat ze beide talen vaak niet voldoende beheersen. Hierdoor kunnen er misverstanden ontstaan tussen therapeut en cliënt. Aanpassingen die je hierbij kunt doen zijn dingen uittekenen en/of opschrijven en navragen of de cliënt begrijpt wat je bedoelt

Aanpassingen m.b.t het contact met de ouders

Zoals in deze scriptie staat beschreven is het contact met de ouders van de licht verstandelijk gehandicapte cliënt van belang om de transfer zo duidelijk mogelijk te maken. Bij de therapie aan de Turkse licht verstandelijk gehandicapte jongere vraagt ook dit aspect om aanpassingen.

De drempel tot hulpvragen is voor de Turkse ouders vaak hoog. Hulp wordt vanuit de Turkse gemeenschap geregeld. Wanneer je hulp zoekt buiten de gemeenschap is dit een belediging voor de groep. De Turkse ouder moet dus al een drempel over wanneer hij hulp vraagt. Om de Turkse cliënt in therapie te houden dient er afstemming plaats te vinden tussen ouder en therapeut. Het initiatief tot deze afstemming ligt bij de therapeut, ouders zullen hier zelf geen initiatief toe nemen. Wanneer het contact er is zal de therapeut voorzichtig te werk moeten gaan en in het achterhoofd moeten houden dat persoonlijkheidsontwikkeling niet van belang is in de Turkse cultuur. Wanneer hier de nadruk te veel op komt te liggen zal de Turkse ouder zijn kind niet meer in therapie willen hebben, ze zien het nut hier niet van in.

Literatuur

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic en statistical manual: 4th edition*, Washington DC:APA

Bellaart, H. (2004) *Jeugdzorg en allochtone cliënten* [electronic version] handboek jeugdzorg

Beroepsprofiel NVPMT (1995) maart : *Beroepsprofiel psychomotorische therapie*

Bil de, M. & Bil de, P. (2007), *Praktijkgericht ontwikkelingspsychologie*, Soest: Nelissen

Collot d'Escury, A. (2005) *Sociale vaardigheden in perspectief. Kunnen LVG jongeren perspectief nemen?* [electronic version] onderzoek en praktijk, 2, 33-38

Deelstra, J.H. (1998), *Therapie voor licht verstandelijk gehandicapte slachtoffers van seksueel misbruik*, *Bewegen en Hulpverlening*, 15, 139-167

Eldering, L., Adriani, P., Hamel, M., Vedder, P. (1999), *Verstandelijk gehandicapte kinderen in Turkse en Marokkaanse gezinnen*, Assen: van Gorcum & Comp. B.V.

Elias, C. (2005) *De ontwikkeling van competentiebeleving in kinderen met lichte verstandelijke beperkingen* [electronic version] onderzoek en praktijk, 2, 39-42

GGNet (2006), *cursus interculturele hulpverlening*,

Gemert van, G.H., Minderaa, R.B. (2000), *Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*, Assen: van Gorcum & Comp. B.V.

Heijkoop, J. (2003) *Vastgelopen: anders kijken naar begeleiding van mensen met een verstandelijke handicap met ernstige gedragsproblemen*, Soest: uitgeverij Nelissen

Jochemsen, T. & Berger M. (2002), *Families First voor licht verstandelijk gehandicapten: richtlijnen en technieken voor het werken met de gezinnen*, Utrecht: NIZW uitgeverij

Jong de, J. & Berg van den, M. (1996), *Transculturele psychiatrie & psychotherapie: handboek voor hulpverlening en beleid*, Lisse: Swets&Zeitlinger B.V.

Nijsten C. (1998), *opvoeding in Turkse gezinnen in Nederland*, Assen: van Gorcum & Comp. B.V.

Rigter, J. (2002), *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*, Bussum: Couthino B.V.

Sietsma, L.W. (1994) *Zorg voor verstandelijke gehandicapten. Aanvraagnota van de opleiding bewegingsagogie en psychomotorische therapie*, november

Sietsma, L.W. (2001) *Kader voor diagnostiek: een aanzet, interne publicatie*, BPT /Calo, Zwolle, 2001

Sietsma, L.W. (2001) *Sport en psychiatrie, publicatie Congres Sport en Santé Menatle*, Luik (2001)

Werff van der, J.J. (2000), *Persoonlijkheidsontwikkeling*, Bussum: Couthino B.V.

Windemuller, S., Huskens, B.E.B.M., Grootenboer, J., Teeuwisse, J.M. (1998), *psychotherapie bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren*, Assen: van Gorcum & Comp. B.V.

Zevenbergen, H. (2004) *Veel culturen één zorg: begeleiding van mensen met een verstandelijke handicap uit een andere cultuur*, Soest: uitgeverij Nelissen