

Antilliaans-Nederlandse risicojongeren

Van Antilliaan tot Nederlander, met welke richtlijnen moet een psychomotorische therapeut rekening houden in de behandeling met Antilliaanse risicojongeren.

Wisse Veurman

Begeleider: Sandra Verbeeten

Beoordelaar: Dienneke Jol

Windesheim, CALO Psychomotorische therapie

15-01-2012

Antilliaans-Nederlandse risicjongeren

Van Antilliaan tot Nederlander, met welke richtlijnen moet een psychomotorische therapeut rekening houden in de behandeling met Antilliaanse risicjongeren.

Wekelijks komen Antilliaans-Nederlandse jongeren¹ in het nieuws. Meestal is dit geen positief nieuws. Gewelddelicten, bedreigingen, zedendelicten en vernielingen komen vaak voor bij deze risicogroep. De problematiek openbaart zich tot schoolverlaters, werkloosheid, tienermoederschap, criminaliteit en een vaderloze gezinsstructuur (Van Hulst, 2003; Bovenkerk, 2001). Jaarlijks besteedt de Nederlandse overheid miljoenen euro's subsidie om deze problematiek te verbeteren. Al deze kostenslurpende projecten om risicjongeren aan het werk te helpen lopen op weinig uit. In dit artikel kijken we naar de oorzaken van deze problematiek en verkrijgt u meer informatie over hoe de hulpverlening, met name de psychomotorische therapie, beter kan aansluiten bij deze doelgroep.

Hierbij hebben we het over risicjongeren van Antilliaanse bodem die door justitie in de jeugdzorg terecht zijn gekomen. Deze risicjongeren zijn in Nederland in de jeugdcriminaliteit gekomen door de leefwijze en delictenpatroon op Curaçao. Door de slechte economische situatie in de jaren tachtig is deze leefwijze verslechterd, voornamelijk in de volksbuurten. Hierdoor maken vele alleenstaande moeders en kansarme risicjongeren de overstap naar Nederland (Nicis Institute, 2010). Door middel van dit artikel leren we deze doelgroep en zijn leefwereld beter begrijpen.

De vraag die centraal staat in dit artikel is dan ook; Met welke richtlijnen moet een psychomotorische therapeut rekening houden in de behandeling met Antilliaanse risicjongeren? Doormiddel van empirisch onderzoek en literatuurstudie worden er antwoorden gezocht op deze vraag.

Inleiding

Tijdens mijn eindstage bij stichting Brasami op Curaçao ben ik veelvuldig in aanraking gekomen met Antilliaanse risicjongeren. De eerste weken kwam gelijk naar voren dat deze jongeren moeilijk te bereiken zijn. In eerste instantie stonden ze niet open voor onze hulp. Later bleek dat onze hulp niet goed aansloot bij de behoeften van deze groep. Mijn omgang met de Antilliaanse mentaliteit bleek te direct en daarnaast had ik te weinig kennis van de cultuurverschillen tussen Nederland en Curaçao. Door aanbevelingen van ervaringsdeskundigen en door mijn kennis te vergroten over de cultuurverschillen werd het makkelijker om deze doelgroep te bereiken. Door middel van dit artikel wil ik mensen bewust maken van het verleden en cultuurverschillen tussen beide landen. Daarbij geef ik richtlijnen hoe een psychomotorische therapeut kan aansluiten bij deze doelgroep, zodat er een draagkrachtige behandelrelatie kan worden opgebouwd.

De opbouw van dit artikel is als volgt; Allereerst beschrijf ik kort de geschiedenis van de slavernij en de gevolgen van dit gevoelig onderwerp. Dit is een van de redenen dat onze beide culturen botsen en voor de Curaçaoënaar een gevoel van ongelijkheid heeft achtergelaten. Eén van de cultuurverschillen is het opvoedingsverschil tussen een ik- en wij-cultuur. Daarna gaan we verder met de problematiek criminaliteit van Antilliaans-Nederlandse risicjongeren en hoe ze deze criminaliteit rechtvaardigen. Als de mentaliteit van de Antilliaanse risicjongeren duidelijk is, gaan we door met de beschrijving hoe een psychomotorische therapeut kan aansluiten bij de leefwereld van deze doelgroep. Met welke richtlijnen moet hij rekening houden om de behandeling succesvol te laten verlopen. Dit is beschreven door middel van een PMT-module.

¹ In dit artikel spreken we van Antilliaans-Nederlandse jongeren, de meesten problemen zijn afkomstig vanaf Curaçao.

Collectief trauma

Om de cultuur van de Antilliaanse Nederlanders beter te leren begrijpen, is het goed om eerst te kijken naar de geschiedenis van deze bevolkingsgroep. Een geschiedenis die een psychomotorische therapeut zou moeten kennen om de behandeling succesvol te laten verlopen. Onbekendheid hiermee leidt tot een gebrek aan invoelend vermogen, waardoor een vertrouwensrelatie moeizaam tot stand komt. In 1863 is de slavernij afgeschaft, dat is volgend jaar al 150 jaar geleden. Toch zijn de wonden van de slavernij nog steeds voelbaar en is het nog altijd een gevoelig onderwerp. Volgens OCaN² worden de psychische wonden van het slavernijverleden generaties lang doorgegeven. Hier wordt nauwelijks over gepraat, laat staan over gerouwd. Het trauma is nooit verwerkt, omdat er vroeger weinig tot geen slachtofferhulp was. Volgens vele Antillianen heeft het hun karakter gevormd. Gevolg hiervan is dat mensen elkaar sneller gaan wantrouwen en elkaar weinig gunnen. Daarbij proberen mensen elke vorm van kritiek te omzeilen.

In de tijd van de slavernij konden de Antillianen niet tegen gezag ingaan. De slaven werden gedwongen om zich helemaal te geven voor hun werk. Ze moesten Nederlands leren en de Westerse goddienst overnemen. In formele settings zie je nu dan ook vaak bij Antillianen, uit respect, een onderdanige houding. Ze houden zich stil en komen niet voor zichzelf op. Met name tegenover Nederlanders hebben veel Antillianen last van een minderwaardigheidcomplex. Pas buiten de formele setting klagen ze over eventueel onrecht, maar dan is het vaak al te laat (V. Marcha, P. Verweel, 2003). De emancipatie van de Antillianen vereist ook veel meer dan een vel papier met een paar handtekeningen erop. In de praktijk veranderde er niet veel. De manier van denken bleef hetzelfde, waardoor er gedacht werd dat gekleurde mensen geen verantwoordelijkheid konden dragen. Terwijl de slavernij was afgeschaft, bestond deze eigenlijk nog wel. Het gedachtegoed bleef bij zowel de donkere als de blanke bevolking hetzelfde. Dit zie je terug in de geschiedenis. Pas vanaf 1969 kwam er een donkere premier (R. Allen, C. Heijes, V. Marcha, 2003).

Botsende cultuurverschillen

Het trauma van de Antillianen, de overblijfselen van het slavernijverleden, wordt volgens de Antillianen niet altijd op waarde geschat door de Nederlanders. Het gevoel van ongelijkheid, vooral bij de lagere sociale klasse, wordt vanaf kleins af aan bijgebracht. Bij sommige jongeren leidt dit tot woede, waardoor er een gewelddadige mentaliteit tegenover Nederland ontstaat. Veel Antillianen hebben moeite met de grote verschillen en complexiteit van de Nederlandse cultuur. De samenleving in Nederland met al zijn bureaucratie en regelgeving is voor de Antillianen een grote omslag. Dit zorgt voor onderlinge spanningen en heeft een weerslag op elkaars vertrouwen. Antilliaanse-Nederlanders worden door de Nederlandse overheid en pers vaak als allochtoon bestempeld. Dit leidt tot grote irritatie binnen de Antilliaanse gemeenschap. Een Curaçaoënaar heeft in zijn paspoort gewoon de Nederlandse nationaliteit staan. Ze ervaren discriminatie en missen de erkenning van Nederlanders. Veel Antillianen hebben het gevoel aan hun lot te worden overgelaten en missen steun van de Nederlandse overheid.

Mensen zijn van nature ethnocentrisch. Dat wil zeggen dat je andere culturen beoordeelt en vergelijkt met de normen en waarden die in jouw cultuur van toepassing zijn. Afwijkende gebruiken, houdingen, gewoontes en geloven die je vanuit eigen cultuur niet kent, word snel door mensen bestempeld als raar, primitief of abnormaal. Dit komt ook voor in de gezondheidszorg van Nederland. David Ingleby (2003) zei hierover het volgende; "In de psychologie zijn we er jarenlang van uitgegaan dat één begrippenkader voldoende is om de problemen van alle mensen in kaart te brengen. We dachten dat onze kennis overal en altijd van toepassing was. Helaas is deze opvatting nog steeds heel dominant in de gezondheidszorg". Hoe beter men de vooroordelen kan herkennen en deze kan onderdrukken, hoe beter deze relatie tot stand komt. Er is pas een behandeling mogelijk wanneer men een vertrouwensrelatie heeft opgebouwd (F. Kortmann, 2000).

² OCaN, Stichting Overlegorgaan Caribische Nederlanders, overlegpartner van de Rijksoverheid voor de Antilliaanse en Arubaanse gemeenschap.

Opvoedingsverschillen en risicofactoren

De normen en waarden van Antilliaanse gezinnen verschillen met die van de Nederlandse gezinnen. D. Pinto en A.J. van Ree (1998) schreven hierover het volgende; " In de Nederlandse cultuur staat de ik-cultuur centraal. Nederlanders zijn individualisten. Ze maken hun eigen keuzes en streven naar

zelfwaardering, integriteit en persoonlijk geluk. In de Antilliaanse cultuur staat de wij-cultuur meer centraal (zie tabel 1). Er wordt vanuit de groep gedacht en gehandeld. Door je rol binnen de groep goed te vervullen, krijg je waardering en respect van anderen. Betrokkenheid bij anderen is belangrijker dan bijvoorbeeld vastgestelde tijdschema's. Respect hebben voor je familie en de ouderen is belangrijk" (Pinto, D en A.J. van

Ree,1998). In eigen belang denken wordt door veel Antilianen als onbeschoft ervaren. De meeste Antilianen weten niet goed voor zichzelf op te komen of doen dit niet uit beleefdheid. In moeilijke situaties vluchten mensen uit een wij-cultuur in sociaal wenselijke antwoorden (F. Kortmann, 2006). Als het dan toch moet, gaat dit met veel verbaal en non-verbaal vertoon. Velen hebben het gevoel ongelijk te krijgen en schieten in de verdediging. Daarbij kunnen veel Antilliaanse-Nederlanders niet voldoende Nederlands spreken, dit maakt het uiten van gevoelens vaak extra gecompliceerd. Het tonen van emoties is sowieso vaak ongewoon in deze cultuur (Cuartas, J. Foquz & Huender, S. 1999).

Tabel 1. Bhugra 2001	
Ik-cultuur	Wij-cultuur
Egocentrisch	Sociocentrisch
Kerngezin	Uitgebreide familie met meerdere gezinnen
Sociaal status verworven	Sociale status door geboorte
Zwakke sociale banden	Sterke sociale banden
Kies zelf partner	Geen eigen partnerkeuze
Onafhankelijkheid	Afhankelijk van de groep
Individueel belang	Belang van de groep
Nadruk op vooruitgang	Nadruk op tradities

In Antilliaanse gezinnen is het normaal dat de ouders tegen de kinderen praten in plaats van met, zoals we dat in Nederlandse gezinnen gewend zijn. Dit noemen we een autoritaire opvoedingsstijl. Wanneer een kind zich niet aan de regels houdt, wordt er streng en vaak fysiek opgetreden. De straffen zijn vaak niet consequent of evenredig aan de ernst van het ongewenste gedrag. Streng straffen, maar weinig uitleg over de regels. Met name in gezinnen uit de lagere sociale klassen is gehoorzaamheid van de kinderen belangrijk. Wanneer kinderen ouder worden is er meer ruimte om een eigen mening te vormen. Daarnaast kan het zo zijn dat de ouder een negatieve attitude heeft tegenover het kind. Het gevaar hiervan is dat een kind minder goed een positief zelfbeeld kan ontwikkelen. Kinderen gaan situaties waarin ze pijn krijgen uit de weg. Het gevolg hiervan is dat kinderen minder de grenzen opzoeken en uitdagingen vermijden. Een afwachtende houding wordt aangeleerd (V. Marcha, P.Verweel, 2003). Het tegenovergestelde gebeurt ook. In die situaties laten ouders hun kinderen te vrij en zijn ze de grip volledig kwijt. In zulke gevallen missen de kinderen structuur binnen de opvoeding, waardoor ze ook kunnen ontsporen (WODC, 2008).

Van San (2007) concludeert het volgende; "Het gebruik van fysiek geweld wordt geaccepteerd om problemen mee op te lossen. Deze negatieve attitude komt voort uit stress of zorgen. Relatief veel Antilliaanse gezinnen leven in armoede en hebben financiële problemen. Een oorzaak van deze problemen is de afwezigheid van de vader (één ouderschap). Met financiële problemen wordt ook de opvoeding zwaarder voor een alleenstaande moeder. Veel tienermoeders moeten vanwege de zorg voor hun kind(eren) voortijdig hun school verlaten. Hierdoor zijn ze vaak afhankelijk van subsidies, waardoor ze schulden kunnen krijgen".

Van Hulst (1997,2003)schrijft; "Het gevaar van tienermoeders is dat de vrouwen gebrek hebben aan sociale cohesie. Ze raken sneller in sociaal isolement en missen ondersteuning van hun omgeving. Deze groep raakt hierdoor sneller in de problemen, omdat ze de preventie missen van opvoedingsondersteuning in hun omgeving".

Waar het in Nederland gewoon is dat beide seksen gelijk zijn, is er in de Antilliaanse cultuur veel verscheidenheid. Meisjes worden meer beschermd door gezinsleden, moeten meehelpen in het huishouden en zorgen voor nakomelingen. Ze leren beter omgaan met geld, want later moeten ze financieel onafhankelijk zijn van een man. Jongens krijgen daarentegen nauwelijks verantwoordelijkheid in het gezin en worden meer aan hun lot overgelaten. Zij moeten zorgen voor

een inkomen en de bescherming van het gezin, maar omdat ze nooit geleerd hebben hoe je met geld om moet gaan, kunnen ze die rol vaak niet vertolken. Vedder (1998) en van San (1997) schrijven dat dit juist het 'stoere' gedrag van de jongens stimuleert. Het gemis van een rolmodel kan delinquent gedrag vergroten op latere leeftijd.

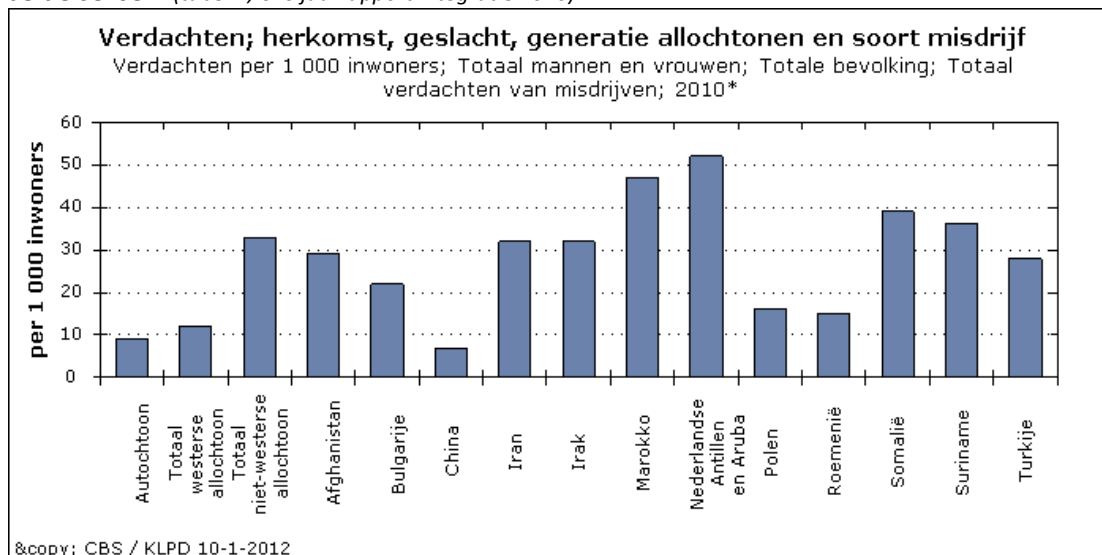
Als therapeut zijnde is het in eerste instantie belangrijk om rekening te houden met het lage zelfbeeld van de meeste risicojongeren. Deze jongeren zullen eerst afwachtend reageren. Het is dus van belang dat de therapie laagdrempelig en bevorderend is voor het vergroten van het zelfvertrouwen. Daarbij moet het aanbod passen bij hun belevingswereld en uitdagend zijn. Activiteiten of sporten die een deelnemer goed kan, vergroot het zelfvertrouwen.

Migratiemotieven

Midden jaren tachtig maken steeds meer Curaçaoënaars de oversteek naar Nederland. De werkloosheid³ was erg sterk toegenomen op Curaçao en het toerisme nam af. Voornamelijk mensen uit de lagere sociaal economische klasse probeerden hun geluk te beproeven in Nederland. In de hoop op een positieverbetering. Het ontbreekt deze groep echter aan diploma's en ze spreken de Nederlandse taal onvoldoende. Velen hebben daarnaast weinig kennis van de Nederlandse samenleving. Hierdoor heerst er veel jeugdwerkloosheid. Nu nog zijn de Antilliaans-Nederlandse jongeren de grootste gemeenschap met een Wajong-uitkering⁴ (CBS, 2010). Het ongelukkige was dat de Nederlandse arbeidsmarkt op dat moment ongunstig was. Dit maakten het voor de nieuwe, relatief laagopgeleide, migranten lastig om werk te vinden.

Problematiek criminaliteit van Antilliaans-Nederlandse risicojongeren

Het overgrote deel van de Antilliaanse gemeenschap in Nederland is een geslaagde groep. Een groep die goed meedraait in de Nederlandse maatschappij. Daaronder zit een grote groep met problematische jongeren (zie tabel 2, CBS jaarrapport integratie, 2010). De problematiek openbaart zich tot schoolverlaters, werkloosheid, tienermoederschap, criminaliteit en een vaderloze gezinsstructuur (Van Hulst, 2003; Bovenkerk, 2001). Opvallend is dat Antilliaans-Nederlandse risicojongeren ver boven andere groeperingen in Nederland uitsteken binnen de misdaadcijfers van het centraal bureau voor de statistiek (CBS). Vijf maal zoveel als Nederlandse jongeren. Dit geldt voor beide seksen. (tabel 2, CBS jaarrapport integratie 2010)



³ Vanwege de overname van de Shell raffinaderij.

⁴ Jonggehandicapten en studenten die op jonge leeftijd arbeidsongeschikt raken, krijgen via de Wet Wajong ondersteuning bij het vinden van werk bij een reguliere werkgever. Als ze door hun beperking niet genoeg geld kunnen verdienen om in hun eigen levensonderhoud te voorzien, krijgen zij een (aanvullende) uitkering (www.rijksoverheid.nl).

We spreken in dit artikel dus over Antilliaanse risicjongeren. De definitie van het woord risicjongeren is; Risicjongeren zijn jongeren die problemen hebben op tenminste twee van de vier onderdelen betreffende de leefgebieden school/werk, gezin en vrije tijd enerzijds en gedragstoornissen anderzijds, en daarmee samenhangend risicogedrag vertonen, maar waarvan verondersteld wordt dat zij door middel van interventie het risicogedrag kunnen beheersen en weer een positief toekomstperspectief hebben. (H.J. Nicolai, T. Niemeijer, 2002)

Vanuit het slavernijverleden hebben sommige jongeren het gevoel van uitsluiting en ongelijkheid in Nederland. Hierdoor heerst er nog steeds woede onder hen. Sommige mensen hebben het gevoel dat ze dit verplicht zijn tegenover hun voorouders. Ze worden zowel slachtoffer als een dader (Glenn Helberg, OCaN spreker). Vanuit deze achterstand rechtvaardigen ze hun criminele daden (Van San, 1998, Van Hulst, 2003).

Ook vanuit hun omgeving, zoals familie en vrienden, wordt misdaad gerechtvaardigd, afgeschoven of ontkend. Dit om geen gezichtsverlies te lijden of om de familie eer te verdedigen. Veel jongeren groeien op in achterstandswijken. Ze leven daar veelal op straat en komen gemakkelijk in aanraking met criminaliteit. Er heerst in sommige groepen een sterk eergevoel. Om meer status en respect te krijgen wordt er veel geweld binnen de groep gelegitimeerd. Het is normaal om voor elkaar op te komen, desnoods met veel agressie en geweld. De jongeren zijn erg loyaal naar de groep toe (Van San, 2007).

Guadeloupe (liveincuracao, 2010) stelt; "Het slavernijverleden zou niet zo'n grote rol mogen spelen. Wees trots op je verleden en afkomst. Zorg ervoor dat je de geschiedenis en cultuur goed kent. Vanuit deze rol kom je geen stap verder. Pas dan kan een individu kiezen om als individu verder te gaan en zijn eigen leven leiden. Niet vanuit een slachtofferrol, maar omdat hij trots is op zijn verleden. Men moet inzien dat iedereen slaaf of slavenhouder had kunnen zijn. Mensen zijn nu eenmaal vredelievend, maar soms ook wreed".

Onbegrip hulpvragende

Veel Antilliaans-Nederlandse risicjongeren hebben al de nodige ervaring met instellingen en hulpverleners. Vaak hebben ze hier slechte ervaringen mee en is er een hoge uitval. Ze voelen zich onbegrepen en achtergesteld. Dit kan komen doordat ze zich in het Nederlands niet goed kunnen uitdrukken of niet weten hoe ze voor zichzelf op moeten komen. De instellingen verwijten ze van motivatieproblemen en de cliënten worden dan als moeilijk bestempeld. De jongeren kunnen het vertrouwen in de hulpgever verliezen.

In de Nederlandse hulpverlening zijn we gewend dat cliënten motivatie tonen door zelf aan te geven wat er mis is. Er wordt meestal zelf meegedacht in oplossingen. In de Antilliaanse cultuur verwachten mensen dat hulpverleners met oplossingen komen. Zij hebben er immers voor geleerd. Ze hebben weinig vertrouwen in een hulpgever die beslissingen aan de cliënt overlaat. De therapietrouw kan hierdoor behoorlijk dalen. Er heerst wederzijds onbegrip.

Problemen in de zorg komen onder ander voort uit miscommunicatie en cultuurverschillen tussen de hulpgever en hulpvragende. Allereerst hebben ze te maken met een taalbarrière. Veel laagopgeleide Antilliaanse-Nederlanders spreken slecht Nederlands. Daarnaast zouden de meesten Antilliaans-Nederlandse jongeren in eerste instantie terughoudend kunnen reageren op vragen over persoonlijke problemen. Een aanzienlijk deel zou zelfs achterdochtig kunnen reageren. Van huis uit hebben ze meestal niet geleerd om problemen met vreemden te bespreken wat bij Nederlanders wel het geval is. Problemen worden opgekropt of in sommige gevallen met familieleden of goede vrienden besproken. Voor Antilliaans-Nederlandse jongeren is het niet netjes om met hun problemen anderen lastig te vallen. In eerste instantie doorvragen, directheid of confronteren worden door Antillianen vaak als onbeschoft en zakelijk ervaren. In Nederland is doorvragen juist een teken van

waardering en belangstelling tonen. Terwijl het in de Antilliaanse cultuur wordt ervaren als ongepaste nieuwsgierigheid (Cuartas, J. (Foquz) & Huender, S. 1999).

Door de cultuurverschillen hebben Antilliaans-Nederlanders een andere benadering van de problematiek, omdat ze uitgaan van andere normen en waarden. Hierdoor hebben ze bij hun vraag andere doelen voor ogen dan de hulpverleners. Ze hopen op bijvoorbeeld een uitgebreid lichamelijk onderzoek en medicatie, terwijl de behandelaar een psychologische benadering voor ogen had (A.J. Struijs, 2000, J. Messing, 2003).

Opbouwen van een draagkrachtige behandelrelatie

Een psychomotorische therapeut zou zijn kennis van de leefwereld van anderen mensen moeten vergroten om onbegrip bij de hulpvragende tegen te gaan. Dit kun je op twee manieren doen. Eerste manier is je kennis vergroten door middel van algemene informatiebronnen, zoals boeken, internet, televisie enzovoort. Valkuil hierbij is dat de cultuur teveel gezien wordt als vaste eigenschap. De tweede manier is dat de therapeut zelf de cliënt en diens omgeving gebruikt als informatiebron. Door expliciet te vragen naar cultuurverschillen en gebruiken krijg je waarschijnlijk het gewenste antwoord. Daarbij krijgt de cliënt het gevoel dat de therapeut diens cultuur respecteert (F. Kortmann, 2006).

Probeer persoonlijk contact te houden door regelmatig naar hun algemene gesteldheid te vragen. Vervolgens praat je over oppervlakkige zaken. Hierdoor toont men interesse en belangstelling. In Nederland is het niet ongewoon om gelijk met de deur in huis te vallen. Directe vragen naar de problemen wordt in de Westerse wereld normaal gevonden.

Evenzeer is het nuttig om de rol van gelijkwaardigheid aan te nemen. Hierdoor kan de cliënt eerder wat over zichzelf gaan vertellen. Zorg eerst voor goed contact, voordat men dieper ingaat op de problematiek. Nu hoor ik u denken, dit is toch bij iedere cliënt zo? Dat klopt. Alleen bij een niet-westerse doelgroep is het veelal gebruikelijk eerst een aantal algemene vragen te stellen, voordat er gevraagd wordt naar het specifieke doel. Bijkomend voordeel hiervan is dat de therapeut hierdoor eerst wat achtergrond informatie verkrijgt, waardoor diegene meer empathisch op de cliënt kan reageren. Hierdoor is de spanning al wat meer verlaagd en kan de behandelaar overgaan tot de eigenlijke anamnese. Onderwerpen die gevoelig liggen, kan de psychomotorische therapeut dus beter niet op rechtstreekse wijze benaderen. Breng dit dus op een indirecte manier (F. Kortmann, 2006). Het opbouwen van een draagkrachtige behandelrelatie begint bij het opbouwen en vergroten van een vertrouwensrelatie. Initiatief ligt bij de hulpvrager om over problemen te spreken.

Een vertrouwensrelatie wordt ook sterker wanneer de cliënt meer kennis verkrijgt over de zorgverlening van een psychomotorische therapeut. Voorlichting over de verwachtingen van de therapeut zijn kant, draagt bij aan de therapietrouw. De verwachtingen van de cliënt dienen ook duidelijk te zijn. Verschillen daarin dienen bespreekbaar gemaakt te worden, zodat ze overbrugd kunnen worden. Waardoor het voor beide partijen aanvaardbaar wordt om de behandeling te starten (F. Kortmann, 2006).

Aansluiting psychomotorische therapie

Psychomotorische therapie is bij uitstek geschikt om te werken aan behandeldoelen op non-verbale wijze. Deze beïnvloedingsmethode is ook geschikt voor mensen die moeite hebben of vastlopen bij verbale therapievormen. Geef indien nodig de therapie een andere naam, zoals training. Dit klinkt minder zwaar voor de meesten jongeren. Als men de therapie aanbiedt als vorm van training, biedt dit veiligheid voor de jongeren om over de denkbeeldige drempel heen te stappen. De deelnemer moet perspectief aangeboden worden (E. van der Meijden, 2004). Aan de hand van een module geef ik richtlijnen voor een psychomotorische therapeut om beter aan te sluiten bij Antilliaans-Nederlandse risicjongeren.

Psychomotorische therapie module; Problematiek Antilliaans-Nederlandse risicojongeren

A. Inleiding

Deze module is geschreven voor Antilliaans-Nederlandse risicojongeren. Hierbij hebben we het over risicojongeren van Antilliaanse bodem die door justitie in de jeugdzorg terecht zijn gekomen. De leeftijd van deze jongeren ligt tussen de 12 en 25 jaar. De module is ontwikkeld, zodat een psychomotorische therapeut beter kan aansluiten bij deze doelgroep. Het geeft samen met dit artikel richtlijnen om de behandeling succesvol te laten verlopen.

B. De doelgroep

Deze module is ontwikkeld voor Antilliaans-Nederlandse risicojongeren. Het gaat hier om jongeren die problemen hebben op tenminste twee van de vier onderdelen betreffende de leefgebieden school/werk, gezin en vrije tijd enerzijds en gedragstoornissen anderzijds, en daarmee samenhangend risicogedrag vertonen. Door dit risicogedrag zijn ze in aanraking gekomen met de jeugdhulpverlening. Gezamenlijk doel is het vergroten van een toekomstvisie en terugkeer in het arbeidsproces of ander leefgebied.

C. Indicaties en contra-indicaties

Indicatie: zie doelgroep.

Contra-indicatie:

- Te gevaarlijk gedrag.
- Geen affiniteit met bewegen.
- Niet gemotiveerd genoeg om hulp te vragen of aan te nemen.
- Geen overeenstemming over behandel noodzaak en behandelregels.

Op basis van gelijkwaardigheid en met wederzijds respect zouden beide partijen tot een overeenstemming moeten komen tot een behandeldoel. Het is een kwestie van geven en nemen. In de transculturele psychiatrie doet de psychomotorische therapeut er goed aan om meer te geven dan te nemen. Hulpverleners hebben echter ook hun grenzen. Ze kunnen niet altijd aan de verwachtingen en wensen van hun cliënten tegemoet komen. Denk hierbij aan vaste therapietijden (F. Kortmann, 2006).

D. Randvoorwaarden

- Er wordt gewerkt met een vaste therapeut.
- De therapeut dient voldoende informatie te hebben van de cliënt.
- De therapeut moet vertrouwd zijn met de cultuur van de cliënt. De psychomotorische therapeut kan zijn eigen normen en waarden relativeren. Dit kan een moeilijke opgave zijn. Dit betekent afstand doen van eigen normen en waarden waarmee hij vertrouwd en opgegroeid is. Alleen dan ontstaat er ruimte voor een werkbare behandelrelatie. Hierdoor creëert de therapeut een open houding en gelijkwaardigheid naar de cliënt toe.
- De psychomotorische therapeut heeft niet teveel last van opgelegde tijdsdruk. Er moet tijd worden uitgetrokken voor het opbouwen van vertrouwen. Vanwege cultuurverschillen kunnen cliënt en therapeut zich bij het aangaan van een behandelrelatie angstig en onzeker voelen (F. Kortmann, 1991).
- De cliënt is bereid om te improviseren en om de mogelijkheden van deze therapievorm in te zien (H.Örücü, 1996).

E. Intake

De Intake wordt individueel afgenomen door een psychomotorische therapeut.

- Er wordt eerst gesproken over cultuurverschillen en er wordt gevraagd naar verwachtingen van de cliënt. Wat zijn de verschillen en welke normen en waarden zijn voor beide belangrijk?

- Voorlichting geven over psychomotorische therapie, zodat de cliënt duidelijkheid krijgt over de regels van de therapie en instelling. De deelnemer en therapeut maken samen werkafspraken.
- Het doornemen van de randvoorwaarden.
- Informeren naar bewegings- en lichaamservaringen van de cliënt. Mogelijke beperkingen doornemen.
- In kaart brengen van de sociale omgeving van de deelnemer.
- Gezamenlijk de problematiek doornemen. Dit zou kunnen verschillen door de cultuurverschillen in normen en waarden.
- Probleem- en klachteninventarisatie van de cliënt.
- Besluit om wel of niet deel te nemen aan de module.
- Als de problematiek voor beide partijen overeen komt en duidelijk in kaart is gebracht, kunnen er gezamenlijk individuele doelen worden opgesteld.

De intake bestaat uit minimaal twee sessies. De cliënt krijgt bedenktijd voor zijn beslissing aan deelname. Ook hoeft de psychomotorische therapeut dan niet direct naar problemen te vragen. Dit wordt in de Antilliaanse cultuur als onbeschoft ervaren.

In de tweede fase formuleert de psychomotorische therapeut een algemene en vakspecifieke diagnose en stelt vervolgens een behandelplan op (beroepsprofiel NVPMT, 2009). Het opstellen van een behandelplan geeft de deelnemer vertrouwen in het vakmanschap van de therapeut en geeft hoop op een goede afloop (E. van der Meijden, 2004).

F. Doelen

1. *Algemene doel;* Toekomstvisie vergroten en perspectief geven.
2. *Specifieke doelen;*
 - Bewust maken van eigen kwaliteiten
 - Zelfoplossend vermogen vergroten
 - Eigen verantwoordelijkheid vergroten
 - Bevorderen positief zelfbeeld
 - Schaamtegevoelens verminderen
 - Ongewenst en gevaarlijk gedrag kunnen beheersen.

Door te werken aan deze behandeldoelen zal de deelnemer meer inzicht verkrijgen in zijn eigen handelen voor en na de opname. Daarbij krijgt de deelnemer meer besef en instrumenten mee die nodig zijn om zich beter te handhaven in de Nederlandse maatschappij. Het is ook een noodzaak om samen met de deelnemer een realistische toekomstvisie te realiseren om een plaats in de samenleving te verwerven. De focus hierbij ligt op het bieden van kansen op het gebied van onderwijs en werken (Nicis Institute, 2010).

G. Referentiekader

Er wordt gewerkt op basis van verschillende theorieën.

- Oefengerichte therapie. Deze strategie is bedoeld voor het ontwikkelen en oefenen gericht op lichaambewustzijn.
- Ervaringsgerichte therapie. Kenmerkend voor deze therapie is het focussen op hier en nu situaties. De cliënt ervaart nieuwe positieve ervaringen, waardoor hij nieuw en alternatieven voor gedrag leert (P.J.A.M. Hekking, M.J. van den Blink, 2005). Hierdoor kan succeservaringen opgedaan worden, waardoor het zelfbeeld positief vergroot wordt en inzicht krijgt in zijn eigen kunnen.
- Cognitieve gedragstherapie. Cliënten leren dat er verschillende manieren zijn om naar de werkelijkheid te kijken. De therapeut geeft uitleg over het verschil tussen observaties en interpretaties (A. van Dam, C. van Tilburg, 2007). Er wordt stilgestaan bij schaamtegevoelens

en agressief gedrag. Dit kun je verminderen door het leren van verschillende manieren om naar de werkelijkheid te kijken.

- Systeemtheorie. Er wordt niet alleen gekeken naar individuele problemen, maar ook naar de omgeving die er mee te maken heeft. De omgeving heeft invloed op de individuele problematiek en andersom. De cliënt krijgt inzicht in alle elementen van zijn omgeving.

H. Behandeling

1. *Bewegingssituaties/ arrangementen (I. van wijk)*

- Spelvormen als voetbal, basketbal, volleybal etc.
Voor de doelstelling bevorderen positief zelfbeeld en bewust maken van eigen kwaliteiten.
- Themawerk gericht op grenzen. Denk hierbij aan circuit, stoeivorm of regels bedenken bij een activiteit.
Voor de doelstelling ongewenst en gevaarlijk gedrag beheersen.
- Oefeningen met competitieduels, zoals wedstrijden en duels.
Met name de doelstellingen, vergroten positief zelfbeeld en bewust maken van eigen kunnen. De andere doelen kunnen hier ook gemakkelijk naar voren komen.
- Interactie activiteiten om het zelfoplossend vermogen te vergroten. Perso oefeningen en contactoefeningen en non verbale oefeningen.
- Themawerk gericht op assertiviteit en verantwoordelijkheid. Dit is voor de doelstelling eigen verantwoordelijkheid nemen en overleggen.

2. *Behandelstrategieën en interventies*

De therapie is voornamelijk gericht op oefengericht en ervaringsgerichte strategie met conflictgerichte elementen. Therapeutische interventies zijn:

- Geven van opdrachten
- Succes ervaringen genereren
- Feedback en bekrachtiging
- Cognitieve herstructurering
- Psycho-educatie
- Uitnodigen tot gedragsexperimenten
- Interactie stimuleren
- Geven van verantwoordelijkheid

3. *Therapeut*

Er wordt in deze setting gekozen voor één therapeut. Dit is overzichtelijker en maakt het eenvoudiger om als vertrouwenspersoon op te treden. Het maakt niet uit of de therapeut een man of vrouw is.

4. *Therapeutische attitude*

De psychomotorische therapeut zorgt ervoor dat hij gelijkwaardig is. Zonder daarbij zijn autoriteit volledig te verliezen. Vooroordelen dient men te onderdrukken, om gedrag van een andere cultuur te kunnen begrijpen. Gedrag dat van de Westerse normen en waarden afwijkt, mag niet worden afgedaan als minderwaardig of primitief. Hoe beter men dit kan begrijpen, hoe beter de behandelrelatie. De therapeut is een vertrouwenspersoon voor de deelnemer. In het begin is het belangrijk vooral een structurerend houding aan te nemen. Dit zorgt voor duidelijkheid en veiligheid voor de deelnemer, zodat er ruimte is om hun vertrouwen terug te winnen.

In tweede instantie is het stimuleren. Dit met name in de interactie en dialoog met de therapeut of eventuele groepsgenoten. In deze fase neem je als therapeut voorbeeldfunctie. Sta open voor kritiek en stimuleer initiatieven die de deelnemers nemen.

5. *Groep of individueel*

In eerste instantie individueel werken. Dit zorgt ervoor dat de toegang tot Antilliaans-Nederlandse jongeren laagdrempelige zal zijn. De persoonsgebonden hulpverlening versnelt het vergroten van de vertrouwensband. Het spreken over persoonlijke zaken wordt voor de cliënt eenvoudiger. Korte lijnen en individueel maatwerk werkt het best (Nicis Institute, 2010).

Halverwege kan er gekozen worden voor groepstherapie. Voorkeur is een homogene groep, qua afkomst, cultuur, religie, taal en voorgeschiedenis. Er is mogelijkheid van wederzijdse herkenning en erkenning. Cliënten kunnen hierdoor steun ervaren. Ze kunnen van elkaar leren hoe ze moeilijke situaties kunnen overwinnen (H. Rohlof, T. Haans, 2005).

6. *Fasering*

De eerste fase is bedoeld voor het creëren van veiligheid en structuur. De therapeut geeft uitleg over de sessie en aan welke doelen er centraal staan. De tweede fase is bedoeld voor het ervaren en oefenen van verschillende werkvormen. In de laatste fase wordt er gewerkt aan nieuwe vormen van gedrag.

7. *Opbouw sessies*

- Korte terugblik op vorige sessie.
- Inleiding voor thema van de sessie. Transparant zijn over de doelen en interventies.
- Werkvormen en indien nodig met korte evaluatiemomenten.
- Oefenen en ervaren
- Eventueel een cognitieve herstructurering door de therapeut.
- Eindevaluatie

I. Organisatie

15 sessies waarvan 2 intakegesprekken en 1 eindgesprek. Duur van een sessie is 90 minuten. Een tot twee maal per week. Elk specifiek doel wordt verspreidt over twee sessies. Indien nodig kan de cliënt langer doorgaan, zodat de behaalde resultaten er beter inslijpen. Cliënt dient na zijn therapie begeleid te worden bij zijn toekomstvisie, zoals hulp bij school, werkstage of bij een baan.

J. Evaluatie

De evaluatie is een tevredenheidsonderzoek. Er wordt gevraagd naar de waardering van cliënten van de behandeling. Deze vragen gaan onder andere over de therapeut, module en behandeldoelen.

K. Algemene randvoorwaarden

Zie hiervoor de basisberoepscode in het beroepsprofiel van de NVPMT(2009). Daarnaast is het belangrijk dat de psychomotorische therapeut op de hoogte is van de cultuurverschillen. Hij staat open voor andere culturen en gewoontes en kan zijn vooroordelen onderdrukken. De psychomotorische therapeut heeft een open houding.

L. Valkuilen en oplossingen

- Te weinig kennis van de culturele achtergronden. Doe meer kennis op door middel van een ervaringsdeskundige, internet, boeken etc.
- De psychomotorische therapeut is niet bewust genoeg van zijn eigen vooroordelen en zijn neiging tot ethnocentrisme (F.Kortmann, 2006).
- Te snel confronterend zijn. Bouw eerst een vertrouwensrelatie op.
- De cliënt acht de therapie niet zinvol. De therapeut moet zijn professionele kennis en deskundigheid op een zodanige manier inzetten of verpakken dat de behandeling in de ogen van de cliënt wel acceptabel en professioneel is. Dit doet de therapeut door een uitgebreide voorlichting te geven over de behandeling van de cliënt.(F. Kortmann,2006).

- Wanneer er spanningen of dreigende conflicten in de therapierelatie opmerkt vanwege culturele verschillen, maak deze bespreekbaar. Beide partijen dienen de gelegenheid te krijgen hun inzichten toe te lichten (F. Kortmann, 2000).

Conclusie en aanbevelingen

Als we kijken naar de onderzoeksvraag “Met welke richtlijnen moet een psychomotorische therapeut rekening houden in de behandeling met Antilliaanse risicjongeren?” kunnen we concluderen dat een belangrijke richtlijn voor een Nederlandse psychomotorische therapie is het investeren in een vertrouwensrelatie en te verdiepen in de Antilliaanse cultuur. Een vertrouwensrelatie kan pas tot stand komen wanneer een hulpverlener zijn cultuurverbonden vooroordelen kan onderdrukken. Hoe beter de hulpverlener zich kan inleven in de normen en waarden van de cliënt, hoe sneller er een draagkrachtige behandelrelatie kan ontwikkelen. Een goede psychomotorische therapeut zorgt ervoor dat zijn eigen normen en waarden kan aanpassen en rekening kan houden met de andere cultuur. De psychomotorische therapeut zorgt voor gelijkwaardigheid met de Antilliaans-Nederlandse jongeren, zodat de hulpvragende zich niet minderwaardig zal voelen. Door een structurerende houding zorg je voor veiligheid. Hierdoor zou de deelnemer eerder open staan om gevoelens te delen met de psychomotorische therapeut. Toon belangstelling en interesse, maar wees voorzichtig met teveel doorvragen. Dit is in een opbouwende vertrouwensrelatie niet gepast binnen de Antilliaanse cultuur.

Een vertrouwensrelatie wordt ook beter wanneer een psychomotorisch therapeut transparant en duidelijk is over de verwachtingen van zijn kant. Ook de verwachtingen van de deelnemer dienen helder te zijn. Verschillen moeten bespreekbaar worden gemaakt, zodat ze aangepast of overbrugd kunnen worden. Belangrijke behandeldoelen zijn bewust maken van eigen kwaliteiten, zelfoplossend vermogen vergroten, eigen verantwoordelijkheid vergroten, bevorderen positief zelfbeeld, schaamtegevoelens verminderen en toekomstvisie vergroten of perspectief geven. Om deze doelstellingen te bereiken volgt de psychomotorische therapeut een module met richtlijnen om te werken met Antilliaans-Nederlandse risicjongeren.

Een belangrijke aanbeveling bij deze doelgroep is een vroege signalering en het in de gaten houden van gezinnen waar waarschijnlijk problemen gaan voordoen. Een belangrijk aandachtspunt is gezinshulp door Bureau Jeugdzorg en gemeenten (Ncis Institute, 2010). Er zou al op basisscholen gekeken moeten worden naar kinderen die zich in de gevarenzone bevinden. Door middel van intensief contact met leerkrachten dient dit in kaart gebracht te worden.

Literatuur

- Allen, R. M., Heijes, C. & Marcha, V. (2003). *Emancipatie & acceptatie. Curaçao en Curaçaoënaars. Beeldvorming en identiteit honderdveertig jaar na de slavernij*. Amsterdam: uitgeverij SWP
- Bovenkerk, F. (2001). *Misdaadprofielen*. Amsterdam: Meulenhoff p. 26.
- Bhugra, D., Bhui, K. (2001). *Cross-cultural psychiatry. A practical guide*. London: Arnold.
- Centraal Bureau van Statistiek (CBS). <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/home/default.htm>
- Cuartas, J. (Foquz) & Huender, S. (1999). *Na Kaminda. Op weg. Handboek Antilliaanse en Arubaanse jongeren*. Amsterdam: Elsevier, p. 29-50.
- Dam, A. van, Tilburg, C. van (2007). *Psychotherapie in praktijk. Groepsgedragstherapie bij agressie. Gevalsbeschrijvingen uit de behandelkamer*. Houten: Bohn stafleu van Loghem
- Distelbrink, M. & Pels, T. (2008). *Aandachtspunten voor preventie van marginalisering van Antillianen*. Den Haag: WODC, Ministerie van Veiligheid en Justitie
- Guadeloupe, F. (2009). *Lezing van Guadeloupe*. <http://liveincuracao.com/index.php?p=events&id=3193>
- Helberg, G. (2007). *Change the mind-set: ter bestrijding van bijzondere armoede en sociale uitsluiting onder Antillianen en Arubanen*. OCn adviesrapport.
- Hattum, M. van & Hutschemaekers, G. (2000). *In beweging. De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Hulst, H. van, (1997). *Morgen bloeit het diabaas. De Antilliaanse volksklasse in de Nederlandse samenleving*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Hulst, H. van, (2003). *Geen snelle recepten: Gezichtspunten en bouwstenen voor een andere aanpak van Antilliaanse jongere*. Amsterdam: Aksant.
- Hekking, P.J.A.M. & Blink, M.J. van den, (2005). *Ervaringsgerichte psychomotorische therapie met jeugdigen*.
- Kook, H. & Vedder, P. (1998). *Moederwensen. Opvoedingsdoelen en opvoedingsstijlen van Antilliaanse moeders in Nederland*. Utrecht: FORUM, Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling.
- Kortmann, F. (2000). *Interculturele behandeling. Gevangen in normen en waarden*. Artikel in boek; Graste, J. & Bauduin, D. *Waardenvol werk: ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*. Assen: Uitgeverij Van Gorcum, p. 249-259.
- Kortmann, F. (2000). *Beschouwingen over paternalisme en autonomie in de psychiatrie*. Tijdschrift Psychiatrie 2000; 42: 319-26
- Kortmann, F. (2006). *Transculturele psychiatrie. Van praktijk naar theorie*. Assen: Uitgeverij Van Gorcum, p 29, 30, 78-80, 128.
- Marcha, V. & Verweel, P. (2003). *De cultuur van angst. Paradoxe ketenen van angst en zwijgen op Curaçao*. Amsterdam: uitgeverij SWP p. 36, 63, 75.
- Meijden, E. (2004). *Baas boven baas*. NVPMT, p. 166-171.
- Messing, J. (2003). *De andere stem. Cliënten aan bod*. *Interculturalisatie krant*. GGZ Nederland.
- Nicis Institute schrijft in opdracht voor Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. (2010). *Antilliaans-Nederlandse risicjongeren en de subcultuur van geweld. Wegwijzer voor en door gemeenten*. Den Haag p. 5-36
- Nicolai, H. J. & Niemeijer, T. (2002). *Risicjeugd in de stad. Aard, omvang en aanpak van risicjongeren in de stad Groningen*. Groningen: Intraval.
- NVPMT beroepsprofiel. (2009). Beroepsprofiel Psychomotorische Therapeut.
- Ostiana, G. D. (2007). *Antilliaanse risicjongeren in Nederland. De rol van opvoeding bij meervoudige problematiek*. Amsterdam: Faculteit der maatschappij- en gedragswetenschappen p. 11-19.
- Pinto, D. & Ree, A. J. van, (1998). *Samen verder, ontwikkeling van participatiebeleid, achtergrondinformatie*. Houten, Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rohlof, H. & Haans, T. (2005). *Groepstherapie met vluchtelingen. Transculturele praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- San, M. van, (1998). *Stelen en steken. Delinquent gedrag van Curaçaose jongens in Nederland*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- San, M. van, (2007). *Verslaafd aan een flitsende levensstijl. Criminaliteit van Antilliaanse Rotterdammers*. Rotterdam: RISBO p. 7-14, 112-150, 176
- Sietsma, L. W. (1994). *Maatschappelijke relevantie bewegingsagogie en PMT*. Zwolle: aanvraagnota opleiding bewegingsagogie/ psychomotorische therapie.
- Struijs, A. J. (2000). *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg. Achtergrondstudie*. Zoetermeer: Trimbos-instituut en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Taskforce Antilliaanse Nederlanders. (2008). *Antilliaanse probleemgroepen in Nederland. Een oplosbaar maatschappelijk vraagstuk*. Den Haag: Rijksoverheid p. 14-16, 41-59.
- Prof. dr. D. Ingleby (2003). *Interview Gezondheidszorg vaak etnocentrisch*. http://www.art1.nl/artikel/1869-Gezondheidszorg_vaa_k_etnocentrisch

Informatie over de auteur

Wisse Veurman is een student aan de opleiding Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie van hogeschool Windesheim te Zwolle. In het laatste jaar heeft hij een eindstage gelopen bij Brasami. Een verslavingsinstelling op Curaçao. De voornaamste doelgroepen waren de jeugdafdeling Hamaka en de resocialisatieafdeling van Brasami. Momenteel is Wisse Veurman werkzaam op een Thomashuis in Sint Nicolaasga. Dit is een zorgboerderij voor verstandelijke gehandicapten.

Samenvatting

In dit artikel kijken we naar de richtlijnen die een psychomotorische therapeut zou moeten volgen om beter te kunnen aansluiten bij de cultuurverschillen tussen Westerse Nederlanders en Antilliaans-Nederlandse jongeren. De geschiedenis van deze doelgroep dient de therapeut te kennen. Veel Antillianen hebben nog steeds het gevoel van ongelijkheid tegenover Nederlanders. Deze ongelijkheid zorgt voor woede onder de Antilliaanse bevolking. Met name onder de arme gemeenschap uit de volksbuurten op Curaçao. Door deze achterstand wordt criminaliteit gerechtvaardigd. Als deze doelgroep in Nederland in de jeugdzorg belanden, loopt dit vaak uit op een teleurstelling. Een goede psychomotorische therapeut zorgt ervoor dat zijn eigen normen en waarden kan aanpassen en rekening kan houden met de andere cultuur. De psychomotorische therapeut zorgt voor gelijkwaardigheid met de Antilliaans-Nederlandse jongeren, zodat de hulpvragende zich niet minderwaardig zal voelen. Een transparante houding en een duidelijke uitleg over de therapie zorgt voor een betere aansluiting.