

Beschouwingen vanuit de ontwikkelingspsychologie

- “Jongvolwassenheid” niet standaardiseren tot een periode met leeftijdsgrenzen (bv. 18-25), maar wel zien als een fase in een geïndividualiseerde “**life-spam**”. Deze ontwikkeling verloopt continu en discontinu.
- Belang van de **specifieke socio-culturele, historische context**: bv de consumptiedruk, het ‘instant’ bereikbaar zijn voor elkaar.
- Serieuze stappen in de **socialisatie** (keuzes van studies, beroep, levensstijl,...)
- **Existentiële** thema’s:
 - Meer bewuste reflecties over “het eigen zijn”. De jongvolwassene wil uniek zijn en niet benaderd worden als een object. De jongvolwassene hecht veel belang aan en is bevreesd voor ‘le regard de l’autre’. De jongvolwassene wil niet banaal gevonden worden. Dit “uniek zijn” kan sterk worden afgeschermd o.a. in de relatie cliënt-hulpverlener.
 - Het omgaan met intimiteit (cfr. Milton Erikson). De angst zichzelf te verliezen in de ander, de angst ontgoocheld te zijn over de ander en /of een ontgoocheling te betekenen voor de ander.
 - De “crisis der ervaring” van Guardini: confrontatie tussen wensdroom en realiteit noopt tot compromissen.
- De **identiteitsvorming**
Maurice (neo-Erikson) spreekt liever over vier onderscheiden bouwstenen, waarin waarin heel wat cognitieve en sociale vaardigheden vervat zijn. cfr. ook het begrip “mentaliseren” en het verband met hechtingsproblemen. Past hierbij een groepstherapie voor jongvolwassenen?

Ideeën vanuit de solution-focused benadering die van belang kunnen zijn voor onze doelgroep:

- Visie: niet de persoon is het probleem.
(cfr de gevoeligheid in de identiteitsontwikkeling)
- Meer gericht op oplossingen in plaats van het probleem
- Nadruk op de toekomst van de cliënt met zijn mogelijkheden tegenover nadruk op diagnose en verleden.
- Omgaan met de doelen in de werkrelatie cliënt – hulpverlener:
 - zo benoemd door de cliënt
 - klein en haalbaar in de context van de cliënt (maar toch wel “hard werken” in de beleving van de cliënt)
 - concreet gedrag

- eerder het begin van nieuw gedrag in plaats van het verminderen of vermeerderen van bestaand gedrag
- De cliënt is de expert. De hulpverlener is een beginner (“having a beginners mind”). Deze houding is niet IK-bevestigend.

Standpunten van Scott D. Miller: (The heart and soul of change: what works in therapy)

De focus is volledig gericht op de kwaliteit van de relatie cliënt – hulpverlener tegenover het belang van therapeutische benaderingen.

Wat telt is: in hoeverre scheidt de hulpverlener vertrouwen en geloofwaardigheid?

In welke mate heeft hij/zij aandacht voor de “preferences” van de cliënt (cfr. “waarden”)?

Dit ligt immers gevoelig in het individuatieproces.

cfr. ook de beoordelingsschalen die hij gebruikt:

- de Session Rating Scale: over de gespreksessie zelf
- de Outcome Rating Scale: over de periode tussen de sessies

door John De Meyer

In onze zoektocht naar werkbaartheorieën, ter ondersteuning van onze werking met jongvolwassenen, integreerden wij verschillende werkvormen.

Hieronder een kort overzicht:

Creatieve therapie

Taal is één van de interactiemogelijkheden met cliënten in therapie, maar ze heeft haar beperkingen (denk maar aan anderstaligen, verbaal minder begaafde cliënten, cliënten die zo in zichzelf gekeerd zijn dat ze zich verbaal niet meer kunnen uiten).

Creatieve werkvormen geven andere mogelijkheden om te communiceren (intrapsychisch en omgeving).

Kunstzinnige werkvormen scheppen een symbolische werkelijkheid. Symbolentaal wordt vaak ook als veiliger aanvoeld (omhult en onthult).

Creatieve werkvormen bieden structuur, waarbinnen ruimte voor “vrij spel” ontstaat.

Deze werkvormen doen beroep op het gezonde deel van de cliënten. Onder creatieve werkvormen verstaan we schilderen, tekenen, klei, beweging, sprookjes, collages, ... lichaamsgerichte oefeningen (gronding, relaxatie,...).

Walk-in therapie

(Journal of Systemic Therapies vol 27 no 4 2008 p. 23-39

– Journal of Systemic Therapies vol 27 no 4 2008 p. 5-22)

In onze zoektocht om wachtlijsten te beperken en zoveel mogelijk tegemoet te komen aan de acute vragen van onze cliënten, kwamen we in contact met het concept van brief therapy en walk-in. Nadruk ligt hier op de bereikbaarheid en het bieden van zoveel mogelijk hefboomen binnen de eerste sessie.

Het idee dat therapie persé langdurigheid inhoudt, wordt hier tegengesproken. Men gaat ervan uit dat de meeste verandering bekomen wordt in de eerste sessies. De eerste sessies gaan dan voorbij aan de klassieke intake, informatievergaring.

Doel is het samen zoeken naar wat voor de cliënt het belangrijkste is dat ze willen veranderd zien. In de therapeutische relatie ligt de nadruk ook op de persoonlijke krachten en de hulpbronnen in de omgeving van de cliënt.

Emerging adulthood

(Jeffrey Jensen Arnett – University of Maryland College Park

- A Theory of Development From the Late Teens Through the Twenties)

Emerging adulthood is een begrip dat opgaat voor een cultuur die jongeren een verlengde periode van zelfstandige exploratie toestaat tussen hun late tienerjaren en hun eind twintig (18-25 jaar), verschillend van adolescentie en volwassenheid.

Deze periode wordt gekenmerkt door grote verschillen in demografische status (woont, school, werk, relaties). Men wordt niet tegengehouden door rolverwachtingen (roleless role). De gemeenschappelijke noemer is instabiliteit. Het is pas in de overgang van emerging adult naar jongvolwassenheid dat de verschillen kleiner worden en de instabiliteit minder.

De periode van Emerging adulthood geeft mogelijkheden voor identiteitsexploratie – identiteitsvorming (zie ook Erikson – verlengde adolescentie).

door Denise Dermaut