

Een literatuuronderzoek om meer inzicht te krijgen welke bijdrage PMT kan leveren aan hechtingsproblematiek.

Nooit meer alleen door PMT



Naam student:	Jacqueline van der Pol
Student nummer:	S1044776
Naam begeleider:	Tina Bellemans
Naam beoordelaar:	Mia Scheffers
School en opleiding:	Windesheim, School of Human Movement and Sports
Datum:	05-05-2014
VOE code:	HSK3-AFS-BD13

Voorwoord

Aan veel problematiek binnen de psychiatrie ligt een verstoorde hechting ten grondslag. In de ontwikkelingspsychopathologie gaat men uit van de veronderstelling dat vroegere ervaringen, eerder in het leven, invloed hebben op hoe iemand in het heden functioneert. Een kind moet in elke leeftijdsfase bepaalde opgaven volbrengen. Bij het niet goed beheersen van een bepaalde ontwikkelingsopgave, wordt de kans op latere problemen groter. Het verkrijgen van een veilige gehechtheid is een ontwikkelingsopgave uit de eerste twee levensjaren van het kind.

Doordat ik zelf als baby, onmiddellijk na de geboorte, ter adoptie ben afgestaan heb ik mijn eerste levensjaar doorgebracht in een kinderkuis, hierdoor ben ik in mijn eerste twee levensjaren niet veilig gehecht. Door mijn eigen situatie hecht ik erg veel waarde aan een goede toekomst voor kinderen met hechtingsproblematiek. Door reflectie heb ik geleerd om bewust met de blauwe plekken op mijn ziel om te gaan (Van Heijst, 2005). Nu ben ik in staat hier professioneel mee om te gaan, ik ben in staat mijn professionele distantie te bewaren. Ik heb veel boeken gelezen die mij enorm geïnspireerd hebben, onveilige hechting is een wereldwijd probleem. Mensen kon ik niet vertrouwen, boeken wel. O.a. De boeken van Else Vlug en het boek 'Het zwakke geslacht?' (Meroff, 2004) en 'Meervoudige persoonlijkheden' (Huber, 1997), hebben mij ertoe aangezet om deze opleiding te gaan volgen. Na het lezen van deze boeken was het voor mij onmogelijk om niet in actie te komen. Ze hebben mij tot in het diepst van mijn ziel geraakt. Feiten en cijfers over wereldwijd vrouwenmisbruik, kinderhuwelijken, seksslaven, meisjessoldaten en "eerbare" moorden zijn schokkend. Het heeft alles te maken met hechting. Nu, tijdens de opleiding krijg ik steeds meer kennis en zelfvertrouwen. Dit geeft mij de moed om mijn mond open te doen en op te staan voor kinderen die niet gehoord en gezien worden. Hoe is het mogelijk dat in een beschaafd land als Nederland een kind op gruwelijke wijze misbruikt wordt, zonder dat dit opgemerkt wordt? Ik kan niet alle problemen oplossen, maar wel een begin maken in mijn eigen vak in mijn eigen omgeving. PMT kan een middel zijn om een kind een veilig gevoel te laten ervaren in contact met de ander, zo voelt hij/zij zich niet meer alleen. Al help ik maar één kind, dan is mijn missie geslaagd, want zoals moeder Theresa (1997) het zo mooi verwoord:

“Wij kunnen geen grote dingen doen, slechts kleine dingen met grote liefde!”

Samenvatting

“Nooit meer alleen door PMT” is een onderzoek dat meer inzicht geeft welke bijdrage PMT kan leveren met betrekking tot hechtingsproblematiek. Onopgemerkt hebben veel kinderen te maken met hechtingsproblematiek. Een kind uit dit op zeer uiteenlopende wijze, de secundaire gedragskenmerken of zelfs gedragsproblematiek doen niet vermoeden dat hier hechtingsproblematiek aan ten grondslag ligt. Dit onderzoek geeft een helder overzicht van PMT interventies m.b.t. hechtingsproblematiek, het geeft antwoord op de volgende vraagstelling:

Wat is vanuit de literatuur bekend over de behandeling van hechtingsproblematiek bij kinderen met behulp van PMT of PMT- verwante interventies?

Het blijkt dat PMT een waardevolle bijdrage kan leveren met betrekking tot hechtingsproblematiek. PMT en PMT-verwante interventies kunnen, eventueel binnen een multidisciplinaire setting, ingezet worden voor zowel signalering, diagnosticeren, preventie als behandeling van het kind, indien mogelijk samen met ouders/verzorgers. Door corrigerende ervaringen tijdens de behandeling kan een veilige hechting tot stand komen.

Summary

“Nooit meer alleen door PMT” is a research study which gives insight on the influence which PMT can have on the ability to bond. Many children have problems bonding which go undetected. When a child from this diverse group exhibits secondary behavioral characteristics, or even behavioral problems one does not suspect that these problems fundamentally stem from a problem with bonding. This research gives a clear summary of PMT methods and treatments and answers the following question:

What do we know, from existing literature, about the treatment of bonding problems in children using PMT or PMT associated treatments?

It appears that PMT can offer a valuable contribution in the treatment of bonding problems. PMT and PMT associated treatments can, potentially within a multidisciplinary environment, be used for recognizing the signals, diagnosis, and prevention and treatment of the child, with the involvement of the parents/carers, wherever possible. Through corrective experiences used in treatment, a safe bond can be formed.

Inhoudsopgave

Voorwoord	Pag. 2
Samenvatting	Pag. 3
Inhoudsopgave	Pag. 4
Inleiding	Pag. 5
Theoretisch kader	Pag. 6
Methode	Pag. 8
Resultaten	Pag. 9
Discussie	Pag. 19
Conclusie	Pag. 20
Aanbevelingen	Pag. 21
Literatuurlijst	Pag. 22
Bijlage 1	Pag. 26

Inleiding

De aanleiding van dit onderzoek is dat er vanuit de praktijk blijkt dat er in de (kinder- & jeugd-) psychiatrie en de verstandelijk gehandicaptenzorg vaak het direct zichtbare probleemgedrag behandeld wordt in plaats van de hechtingsproblematiek die hieraan ten grondslag ligt. Het meer direct zichtbaar probleemgedrag zoals ADHD, agressie, weerbaarheid en angst wordt behandeld omdat deze meer direct gevaren en problemen opleveren en meer onderbouwd zijn qua behandeling. Vanuit de praktijk zijn er positieve effecten dat PM(K)T kan bijdragen aan een optimale ontwikkeling van kinderen met hechtingsproblematiek. Het is niet bekend wat PMT daadwerkelijk biedt voor deze doelgroep.

Doel is om vanuit literatuuronderzoek meer inzicht te krijgen welke bijdrage PMT kan leveren met betrekking tot hechtingsproblematiek.

Traumatische en vroegkinderlijke ervaringen/herinneringen zijn moeilijk te verbaliseren; ze bevinden zich ‘im sprachlosen Raum’; geen talige, wel non-verbale symboliek in houding, bewegingsimpulsen, spanning en pijn. Expressie via beweging is soms wel mogelijk (Scheffers & Schreuder, 2005). Therapieën die gericht zijn op cognitie en inzicht, krijgen onvoldoende toegang tot de oudere hersensystemen die centraal staan bij het verwerken van overweldigende stress (Van der Kolk, 2006). Behandeling van hechtingsproblematiek, zonder lichaamsgerichte en bewegingsgerichte interventies is ontoereikend omdat deze niet doordringen tot de amandelkern, waar de onbewuste emotionele herinneringen vanaf (voor) de geboorte opgeslagen worden (Leroy, 2006). Het lijf heeft nooit de intentie van aanraking gevoeld: ik hou van jou, ik bescherm jou, ik ben er onvoorwaardelijk voor jou. Daarom is de onderzoeksvraag als volgt geformuleerd:

Wat is vanuit de literatuur bekend over de behandeling van hechtingsproblematiek bij kinderen met behulp van PMT of PMT- verwante interventies?

Om een antwoord te krijgen op de hoofdvraag van dit onderzoek en verwantschap met PMT aan te tonen zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Is er evidentie voor lichaamsgerichte interventies voor kinderen?
2. Is er evidentie voor bewegingsgerichte interventies voor kinderen?

Voorafgaande aan het daadwerkelijke literatuuronderzoek wordt het theoretisch kader rond hechtingsproblematiek beschreven. Na de methode en de geraadpleegde databanken volgt een overzicht van de gevonden interventies, de evidentie voor de lichaamsgerichte en/of bewegingsgerichte interventies, de doelgroep en het beoogde effect van deze interventies. Dan wordt er een inventarisatie van de belangrijkste overeenkomsten tussen de gevonden behandelmethodes gemaakt. In de conclusie worden de belangrijkste bevindingen kort samengevat en in de discussie wordt duidelijk hoe complex de behandeling van hechtingsproblematiek is en dat PMT nog in de kinderschoenen staat. Tot slot worden er aanbevelingen gedaan voor de behandeling met behulp van PMT interventies en de noodzaak van vervolgonderzoek.

1. Theoretisch kader

1.1. Hechtingsproblematiek.

Er zijn vier verschillende vormen van gehechtheid. De vier verschillende types zijn hieronder in schema weergegeven.

Type A: Angstig vermijndend gehecht	Type B: Veilig gehecht	Type C: Angstig afwerend/ambivalent gehecht	Type D: Gedesorganiseerd gehecht
Geen vertrouwen in de beschikbaarheid van de hechtingsfiguur	Vertrouwen in de beschikbaarheid van de hechtingsfiguur in tijden van stress	Onzeker(ambivalent) over de beschikbaarheid van de hechtingsfiguur Is boos en huult veel, ook in aanwezigheid van de hechtingsfiguur	Geen coherent hechtingspatroon. Het gehechtheidsgedrag is op cruciale momenten niet te verenigen met één van de georganiseerde gehechtheidstrategieën (veilig, vermijndend, afwerend)
Probeer contact te vermijden of schijncontact aan te gaan, zelfs bij stress	Handhaaft contact zolang het nog niet gerustgesteld is	Zoekt soms op een passieve, zielige manier contact	Chaotisch, tegenstrijdig, bizar en angstig gehechtheidsgedrag in de aanwezigheid van de hechtingsfiguur
Veilig gevoel wordt bewerkstelligd door een sterk appel op de gehechtheidsrelatie te vermijden	Hechtingsfiguur wordt gebruikt om veilig gevoel en geborgenheid te bewerkstelligen	Voortdurend bezig met de beschikbaarheid en aanwezigheid van de hechtingsfiguur	

Schema 1. Vormen van gehechtheid (Havermans, Prinsen & Verheule 2012).

De term hechtingsproblematiek verwijst naar de verschillende problemen die kunnen optreden als de fase van hechting tussen ouder en kind niet of niet goed verlopen is. De termen hechtingsproblematiek, hechtingsstoornis en onveilige gehechtheid worden in de literatuur door elkaar gebruikt. In dit onderzoek wordt type A, C en D bedoeld wanneer er gesproken wordt over hechtingsproblematiek.

Bij mensen die nooit veilig gehecht zijn, blijft het verlangen om te hechten bestaan, volgens Bowlby (1969) is een gehechtheidsrelatie een noodzaak om zelfvertrouwen en zekerheid te ontwikkelen en intieme relaties te onderhouden. Het verlangen naar een veilige hechting blijft bestaan (Wijnands, 2012).

Kinderen met hechtingsproblematiek hebben voortdurend te maken met angstgevoelens. Angst is een gezonde, zelfs noodzakelijke emotie om zich te kunnen handhaven, om te kunnen leven (Berk, 2001; Damasio, 2004). Berk (2001) beschrijft angst echter ook als de meest ziekmakende factor als deze verdrongen wordt.

Damasio (2004) maakt een onderscheid tussen emoties en gevoelens. Emotie is waar te nemen in lichamelijke veranderingen. Gevoel is een koppeling van de lichaamssignalen met herinneringen op basis van ervaring en de bewustwording daarvan. Lichaamssignalen gaan vooraf aan bewuste emoties (Perquin, 2004). De bewuste emotie is een samenspel tussen hogere hersencentra en het limbische systeem. Vanuit het limbische systeem worden emoties in de prefrontale cortex bewust en worden bewuste geïntegreerde keuzes gemaakt over het handelen. Steeds wanneer we lichaamssignalen waarnemen, verbinden deze zich met vroegere lichamelijke sensaties en ervaringen. Deze ervaringen liggen vast in het lange termijn geheugen, inclusief het emotionele geheugen gelegen in de hersenstam, met name de amygdala en de hippocampus. De hippocampus slaat de bewuste herinneringen in expliciete beelden op vanaf het tweede levensjaar. De amandelkern slaat al vanaf de geboorte (en daarvoor) impliciete onbewuste emotionele herinneringen op. Het is juist vanuit deze

amandelkern dat emotionele reacties in gedrag tot uiting komen, waar het kind geen bewuste controle over heeft (Berk, 2001; Kok, 2004).

1.2. Psychomotorische therapie (PMT)

Psychomotorische therapie is gebaseerd op het gegeven dat mensen een onlosmakelijke fysieke relatie hebben met de wereld om hen heen. De mens laat zichzelf (en ook zijn problemen) zien door de wijze waarop hij dingen doet en laat (Hekking en Fellingier, 2011). Het doel van de therapie is het wegnemen of in ieder geval verminderen van de psychosociale problematiek waarvan de cliënt last heeft (De Lange, 2010). De psychomotorische therapeut bezit vaardigheden om met evidence-based observatiemethoden te observeren, hij kan gebruik maken van functionele aanraking, hij herkent lichaamstaal, hij is in staat sensitief responsief te reageren en heeft bewegingsgerichte en lichaamgerichte interventies tot zijn beschikking. PMT is geschikt voor alle doelgroepen, ook voor (licht) verstandelijk beperkte jongeren en blinde kinderen, doelgroepen waarbij veel hechtingsproblematiek voorkomt. Sport en spel sluiten goed aan bij de belevingswereld van kinderen.

1.3 Mogelijke gevolgen van hechtingsproblematiek

Aan veel problematiek ligt een verstoorde hechting ten grondslag. Dit kan niet zomaar omgedraaid worden: niet alle kinderen met psychosociale problemen hebben hechtingsproblematiek.

Rond het eerste levensjaar begint de gewetensontwikkeling. Kinderen worden niet geboren met een geweten, maar met de mogelijkheid om een geweten te ontwikkelen. Doordat het kind een hechtingsband krijgt met zijn vaste verzorger, wordt het voor hem steeds belangrijker om te kijken wat diegene vindt om zijn gedrag daarop af te stemmen (Havermans, Prinsen & Verheule, 2012).

Voorwaarde voor het op gang komen van de gewetensontwikkeling bij kinderen is dus een wederkerige gehechtheidsrelatie met een vaste voorspelbare volwassene. Als er nooit iemand naar het kind heeft geluisterd, kan er geen gewetensontwikkeling op gang komen. Bowlby (1969) concludeerde dat een langdurig afwezige band tussen moeder en kind in de eerste drie levensjaren leidt tot een onomkeerbaar negatief effect op het kind. Uit nader onderzoek blijkt echter dat herstel van hechting wel mogelijk is in de kindertijd en zelfs in de volwassen leeftijd. (Van IJzendoorn, 1994, Thoomes-Vreugdenhill, 2006, Sterkenburg & Schuengel, 2010).

Vroege verwaarlozing/grensoverschrijding dragen bij aan hechtingsproblematiek, hierdoor is het risico op seksueel misbruik en mishandeling groter en kunnen gedragsproblemen en angststoornissen ontstaan (Bakermans-Kranenburg, Cyr, Euser & van IJzendoorn 2010). Hechtingsproblematiek kan ook ontstaan als ouders van het kind zich op een voor hem onvoorspelbare manier gedragen en reageren. Het kind hecht zich wel omdat zijn ouders voor hem zorgen, maar het voelt zich in die relatie niet veilig. Kinderen die onveilig gehecht zijn komen uit een omgeving waarin de ouders niet in staat zijn gebleken om adequaat op het kind te reageren. Dit kunnen bijvoorbeeld depressieve, verslaafde of zwakbegaafde ouders zijn, maar ook overbelaste ouders. Ook wanneer de ouders nog onverwerkte trauma's hebben, blijken ze niet in staat om voldoende basisveiligheid te creëren. Helaas komt het maar al te vaak voor dat deze groep ouders zelf hun kinderen traumatiseren door mishandeling, verwaarlozing, krenking en misbruik (Prinsen, Havermans & Verheule, 2012). Expertise en hulp van buitenaf is van belang.

1.4 'Level of evidence' bij dit onderzoek

Niet alle gevonden literatuur is gelijkwaardig. Kwalitatief goede onderzoeken met een hoge 'level of evidence' zijn weinig vatbaar voor vertekening. Minder goede onderzoeken hebben een lagere 'level of evidence'. Er worden verschillende termen gebruikt om 'levels' toe te kennen, in dit onderzoek wordt de indeling gehanteerd zoals die beschreven staat op de website van het Trimbos instituut.

A1: Systematische reviews, minstens twee onderzoeken A2

A2: Gerandomiseerd en gecontroleerd, vergelijkend onderzoek (RCT)

B: Vergelijkend onderzoek

C: Niet vergelijkend onderzoek

D: Mening van deskundigen

2. Methode

Design

Dit is een literatuuronderzoek naar lichaamsgerichte en bewegingsgerichte interventies voor de behandeling van hechtingsproblematiek bij kinderen.

Databanken

De volgende databanken en websites zijn geraadpleegd:

1. Het Nederlands Jeugd Instituut (NJI)
2. Springerlink
3. Google Scholar
4. HBO kennisbank
5. Het Trimbos instituut

Naast de databanken zijn ervaren collega's en docenten gevraagd naar beschreven behandelmethodes, interventies en literatuur.

Zoektermen

In de periode van januari 2004 tot januari 2014 werd gezocht met de zoektermen: Hechting en PMT, hechting en Psychomotorische therapie, hechting en Psychomot*, hechting en bewegingsgericht, hechting en ervaringsgericht, hechting en lichaamsgericht, hechting en spel, hechting en Psychomotorische kindertherapie, hechting en PMKT, hechting en dans.

Procedure

Er is eerst geselecteerd op titel, vervolgens op samenvatting. Relevante artikelen en boeken zijn gelezen en de hoofdzaken zijn in schema gezet, hiermee zijn de soorten interventies, de auteurs, de doelgroepen en de evedentie overzichtelijk in beeld gebracht.

Selectiecriteria

Er is nagestreefd dat elk artikel of boek voor gebruik in dit onderzoek voldoet aan de volgende selectiecriteria:

- PM(K)T behandeling voor kinderen met hechtingsproblematiek, waaronder kinderen met een verstandelijke beperking.
- Psychotherapie voor kinderen met als raakvlak lichaamsgerichte, ervaringsgerichte en bewegingsgerichte interventies voor hechtingsproblematiek.
- Artikelen en tijdschriften, verschenen in de periode 1 januari 2004 tot januari 2014.

Exclusie criterium:

- Behandeling van volwassenen.

3. Resultaten

Het geheel van 35 PMT en PMT-verwante interventies is weergegeven in onderstaand schema.

Nederlands Jeugd Instituut

	<i>Interventie/ raakvlak PMT</i>	<i>Doelgroep</i>	<i>Effect/evidentie</i>
Schuengel & Sterkenburg, 2008.	Integratieve therapie voor Gehechtheid Gedrag (ITGG). Lichaams- en bewegingsgericht. Afstand/nabijheid, lichamelijk contact, exploratie, in leefomgeving van het kind, gedragstherapie.	Kinderen van 9 maanden tot 18 jaar en hun ouders met meervoudige problematiek: ernstige verstandelijke (en/of visuele) beperking en ernstige problemen met gehechtheid en gedrag.	a) Een klinisch relevante vermindering van gedragsproblemen en voor het eerst of opnieuw opbouwen van een gehechtheidsrelatie. b) C
Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007.	Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). Lichaamsgericht. Speltherapeut traint vanachter een oneway screen in een spelkamer de ouders in de omgang met het kind. De therapeut coacht de ouders met behulp van een oormicrofoonje.	Kinderen van 2-7 jaar met gedragsproblemen met hun ouders.	a) De sensitiviteit van ouders voor hun kinderen vergroot, hierdoor ontstaat een blijvend effect. b) C

HBO kennisbank

	<i>Interventie/raakvlak PMT</i>	<i>Doelgroep</i>	<i>Effect/evidentie</i>
Binnendijk, 2010.	Differentiatie therapie met zowel lichaamsgerichte als bewegingsgerichte interventies. Grenzen aangeven, omgaan met materiaal, omgaan met elkaar, emoties, tast/voelen, samen zijn, samen werken.	Kinderen met hechtingsproblematiek en een verstandelijke beperking.	a) Bachelor Thesis Cliënt doet corrigerende ervaringen op in relaties, hechtingsproblematiek verminderd. b) D
Bijsterbosch, De Leeuw, Eijssendoorn, Van Kemenade, Sikkkel, & Timmers, 2009	PMT module: Kijk en luister goed naar mij en heb mij door. Lichaamsgericht en bewegingsgericht.	Kinderen van 8-15 jaar met hechtingsproblematiek en een verstandelijke beperking.	a) PMT Module, Master thesis. Cliënt doet corrigerende ervaringen op in relaties,, hechtingsproblematiek verminderd. b) C
Verbruggen, 2010.	Stimulering van spel: Doen alsof. Lichaamsgericht.	Kinderen van 7-12 jaar met een epileptische aan doening..	a) Bachelor Thesis. Signalering van hechtingsproblematiek door onderzoek gedrag. b) D
Wijnolds, 2012.	Drama met lichaamsgerichte interventies Emotieregulatie, voelen, uiten, samenwerken, contact therapeut.	Kinderen die onvoldoende basisveiligheid ervaren hebben.	a) Bachelor Thesis. Belichaming. ontstaat door contact en emotiebeleving wordt bevorderd. b) D
Boers, 2007	Holding. Lichaamsgericht, kind aanraken en vasthouden.	Kinderen van 3-12 jaar, waaronder kinderen die misbruikt en verwaarloosd zijn.	a) Bachelor Thesis. Cliënt ervaart en leert accepteren dat het zich aan moeder kan toevertrouwen, het leert voelen van geborgenheid en veiligheid ervaren en leert voelen dat het door moeder geleid en geliefd wordt. b) D

Google scholar

	<i>Interventie/raakvlak PMT</i>	<i>Doelgroep</i>	<i>Effect/evidentie</i>
Thunnissen, & Muste, 2002	Schema therapie van Jeffrey Young met als onderdeel PMT. Bewegingsgericht.	Kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek.	a) Cliënt krijgt zicht op zijn patronen en de uitingsvormen daarvan om vervolgens, met behulp van een breed scala aan technieken en methoden, tot verandering te komen. b) C

Veneberg, 2010.	PMT voor LVG. Lichaamsgericht en bewegingsgericht. Spelvormen, steun durven vragen, verdedigen van je territorium, grenzen tekenen, speelkwartier, voelen van het eigen lichaam.	LVG kinderen met hechtingsproblematiek	a) Master Thesis. Cliënt vergroot zelfvertrouwen en leert grenzen aan te geven. Er wordt een koppeling gemaakt tussen denken, voelen en handelen. b) D
Hellendoorn, & Van Berckelaer- Onnes, 2012.	Lichaamsgericht. Spel en symbolisch aangaan van de confrontatie.	Kinderen met hechtingsproblematiek.	a) Cliënt leert persoonlijke problematiek uiten en verkrijgt toegang tot het onbewuste b) C
Van der Heijden, 2006.	Lichaams- en bewegingsgericht. Een wezenlijke ontmoeting met de therapeut.	Kinderen met hechtingsproblematiek	a) Bachelor Thesis. Cliënt ervaart liefde en leert omgaan met emoties, dit heeft een helende werking, cliënt wordt geholpen bij het verwerken van zijn problemen. b) D
Juffer, & Van Tuyll, 2010.	Bewegingsgericht Spelenderwijs adoptiegeschiedenis in beeld brengen.	Adoptie- en pleegkinderen.	a) Het onderwerp adoptie wordt bespreekbaar gemaakt en cliënt probeert zoveel mogelijk te weten komen over de periode vóór de adoptie b) C
Struik, 2009	Lichaamsgericht en bewegingsgerichte fasenbehandeling. Fase 2: Stabilisering: symptoomreductie. Sport binnen dagstructuur. Fase 3: Diagnostiek en psycho-educatie (gezinsPMT) Fase 4: Traumaverwerking: vaardig- heden ontwikkelen met angst in je lijf.	Vroegkinderlijk, chronisch getraumatiseerde kinderen waarbij bovendien de problematiek van het kind sterk verweven is met ouderschapsproblematiek en/of met persoonlijkheids- problematiek van de ouder(s).	a) De voorlopige resultaten wijzen erop dat de klinische fasenbehandeling een succesvol behandelprogramma is. Ouders en kinderen noemen afname van klachten, toename van competenties en tevredenheid over de behandeling. In de afgelopen 5 jaar is 69% van de kinderen (N=27, waarvan 5 drop- outs). b) C
De Baat, 2011	Alles Kidzzz. Een individuele sociaal cognitieve training op maat m.b.v. lichaams- en bewegingsgerichte interventies.	Kinderen tussen de 9 en de 12 jaar, met een verhoogde mate van externaliserend probleemgedrag op de basisschool.	a) Het interne werkmodel wordt veranderd. b) C
Roland, 2012	Bewegingsgericht. Post traumatisch spel Bij jonge kinderen is trauma eerder terug te zien in gedrag dan verbaal. Terugval in gedrag en vaardigheden. Observatie d.m.v. LECS.	Jonge kinderen, met trauma's.	a) Signalering en verwerking van trauma. Als er voldoende draagkracht is, werkt cliënt aan goede hechting, pas daarna wordt trauma verwerkt. b) C
De Lange, 2005.	Bewegingsgericht. Signalering d.m.v. observaties in bewegingssituaties.	Kinderen en jongeren in de ambulante en residentiële hulpverlening.	a) Aandacht voor onbegrip hechtingsproblematiek en signalering van hechtingsproblematiek bij kinderen en jeugdigen (bijv. weigerend ik, overmatig computeren en masturberen. b) D

Springerlink

	Interventie/raakvlak PMT	Doelgroep	Effect/evidentie
Baljon, 2007.	Lichaams- en bewegingsgericht. Pretherapie van Prouty Spiegelen van wat er bij het kind waargenomen wordt en aandachtig bewegen.	Kinderen waarbij door angst de stress te hoog is om helder te kunnen denken. Bij zeer sterke vervreemding van eigen ervaren.	a) Het Lichaamsbewustzijn cliënt bevordert en cliënt is beter in staat om lichaamssignalen waar te nemen. Dit als voorbereiding op therapie om hechtingsproblematiek te behandelen.. b) C
Leroy, 2006.	Bewegingsgericht. Speltherapie, naast het probleemgedrag wordt gezinscontext en geschiedenis worden in beeld gebracht.	Kinderen met probleemgedrag als secundair gedragskenmerk van hechtingsproblematiek.	a) Ruimdenkende diagnostisering die het etiketten plakken overstijgen. De interne wereld van cliënt op creatieve, lustvolle, ontspannen wijze ontsluiten, zodat cliënt gehoord en gezien wordt in de diepste zelfbeleving. Destructieve kinderlijke ervaringen ontgiften (van pijnlijke lading ontdoen). b) D

Maaskant., & Reinders, 2012	Advies voor zowel lichaams- als bewegingsgerichte therapie. Sensitieve therapeutische behandeling.	Pleegkinderen die nog geen hechtingsrelatie aangegaan zijn.	a) Een zeer uitvoerig boek met advies over behandeling van hechtingsproblematiek. b) D
Prins, 2012	Lichaams- en bewegingsgericht. Padden en spel	Kinderen met gedragsproblemen, mogelijk door hechtingsproblematiek.	a) Cliënt wordt tijd en ruimte geboden om af te koelen en afleiding te zoeken zodat er makkelijker over gevoelens gepraat kan worden. b) D
Blokhuis, & Van der Poel, 2009.	Lichaams- en bewegingsgericht. Spel en spelbegeleiding.	Kinderen, specifieke aandacht voor kinderen met een verstandelijke beperking.	a) Door het gedoceerd en herhaald aanbieden van de interventies en visuele ondersteunen wordt het . werkgeheugen van cliënt gecorrigeerd. Cliënt krijgt hulp bij het bedenken van adequate oplossingen.. b) C
De Koning & Collin, 2007.	Lichaams- en bewegingsgericht. PCIT Parent Child Interaction Therapie. Speltherapeut /creatieve therapeut/psychomotorische therapeut traint de ouders door middel van de “acht stappen dans”.	Verstandelijk beperkte kinderen van 2-7 jaar met gedragsproblemen, samen met ouders. Gedragsproblemen komen voort uit een onvoldoende veilige hechting met hun ouders.	a) Doordat de sensitiviteit van ouders voor hun kinderen te vergroot, ontstaat er een blijvend effect b) C
Delpeut, 2007.	Lichaamsgericht. Emotion Focussed Therapy (EFT) d.m.v. Dans	Onderliggende emoties verhelderen. Circulaire interactiepatronen benoemen en hierdoor elkaar beter leren begrijpen.	a) Cliënt ervaart tijdens de dans dat de ander emotioneel beschikbaar is. Onderliggende emoties verhelderen en door circulaire interactiepatronen te benoemen begrijpt men elkaar beter. b) D
Callod ‘d Escury, 2007.	Lichaams- en bewegingsgericht. Protectieve factoren van Hirschi (1969) versterken door middel van psycho-educatie binnen de (PMT) therapie. Zoeken van hulp in spannende/dreigende situaties.	LVB jongeren met hechtingsproblematiek en hun ouders, zij pikken hechtingssignalen niet goed op.	a) Signaleren van hechtingsproblematiek en noodzaak van behandeling inzien. b) D

Collega's Praktijk “Bijzonder” Nunspeet.

	<i>Interventie/raakvlak PMT</i>	<i>Doel doelgroep</i>	<i>Effect/evidentie</i>
Havemans, Prinsen, & Verheule, 2012, Vaessen 2006, Balk, 2012	Lichaams- en bewegingsgericht. PMKT, er wordt een individueel behandelplan opgesteld, gebaseerd op de bouwstenen van Truus Bakker (Havemans, Prinsen, & Verheule, 2012), de theorie van Vaessen (2006) en de Sherborne methode (Balk, 2012).	Kinderen en jongeren (met hun ouders).	a) Indien mogelijk gericht op herstel hechtingsband ouder-kind, dit is het meest effectief omdat het proces voortzet na de behandeling. Ouders blijven sensitief en responsief. b) D

Collega's 's Heeren Loo

	<i>Interventie/raakvlak PMT</i>	<i>Doel doelgroep</i>	<i>Effect/evidentie</i>
Speltherapeut	Lichaams- en bewegingsgericht. Speltherapeut maakt individueel behandelplan, sluit aan bij cliënt. Een levenslijn is vast onderdeel van de therapie.	LVG met hechtingsproblematiek.	a) Door het maken van een levenslijn, krijgt cliënt zicht op wat er in het verleden gebeurd is en hoe dit van invloed is op het hier en nu. b) D

Docenten Windesheim

	<i>Interventie/raakvlak PMT</i>	<i>Doel doelgroep</i>	<i>Effect/evidentie</i>
Bosman, Heiligers, & Van Veen-Graafstal, 2012.	Emerging Body Language (EBL) Pré verbale communicatie. EBL laat 5 opeenvolgende Interactiestructuren ontstaan, die analoog lopen aan hoe deze in de eerste 5 levensjaren ontstaan. Deze Interactiestructuren zijn als volgt benoemd: A- Afstemming B- Beurtwisseling C- Uitwisseling D- Speldialoog E- Taak/thema	Doelgroep: Vooral kinderen en volwassenen die met taal moeilijk te bereiken zijn (bv. mensen met autisme) of mensen bij wie de taal niet passend is bij hun gedrag. Doel: Handvatten aanbieden om interactiestructuren die niet ontstaan zijn in de eerste vijf levensjaren van een kind alsnog vorm te geven.	a) Master thesis. EBL is een methodiek die is voortgekomen uit ruim 30 jaar internationaal praktijkonderzoek naar spontane lichaamstaal in multiculturele kinderopvang en beeldende therapie in diverse situaties. Er worden handvatten aangeboden om interactiestructuren uit de eerste vijf levensjaren van een kind alsnog vorm te geven. b) C
Balk, 2012	Lichaams- en bewegingsgericht. Sherborne bewegingsagogiek.	Kind (met hun ouder)	a) Door het versterken van het zelfvertrouwen van het kind en hechtingsband tussen ouder/verzorger en kind. Het kind wordt zich bewust van eigen lichaam. c) C
Van den Blink, 1988.	GezinsPMT	Kinderen met ouder(s) en verzorger(s)	A) Gebaseerd op effectief bewezen en/of Evidence based theorie en systeemtheorie b) D

Trimbos instituut

	<i>Interventie/raakvlak PMT</i>	<i>Doel doelgroep</i>	<i>Effect/evidentie</i>
Romijn, De Graaf, & De Jonge, 2010.	Lichaams- en bewegingsgericht. Er zijn geen multidisciplinaire richtlijnen voor mensen met hechtingsproblematiek Een onveilige hechting is een mediator tussen ouderlijke psychopathologie en sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen. Trimbos adviseert "Stepped care".	Kinderen van opvoeders met psychiatrische problematiek (KOPP) en Kinderen van verslaafde ouders (KVO).	Gestructureerd signaleren van KOPP en KVO kinderen, mogelijk te herkennen aan verstoord hechtingsgedrag. Signalering d.m.v. LECS in bewegingssituaties b) D

Tijdschrift voor vaktherapie en tijdschrift voor kindertherapie

	<i>Interventie/raakvlak PMT</i>	<i>Doel doelgroep</i>	<i>Effect/evidentie</i>
Dekker-Van der Sande, & Janssen, 2010.	Bewegingsgericht. Onderzoek/observatie hechtingsgedrag door middel van ASCT ofwel Story Stem en intake kinder (psycho)therapie, waaronder een spelobservatie.	Kinderen met het vermoeden van hechtingsproblematiek.	a) Snelle screening van (mal) adaptief hechtingsgedrag b) D
Emck, & Van de Kamp, 2008.	Bewegingsgericht. Observatie van bewegingsgedrag.	Kinderen	a) Door observatie in bewegingssituatie. diagnostische informatie verkrijgen over verhoogd niveau van waakzaamheid volgens neurofysiologische theorie van angstregulatie (=indicatie hechtingsproblematiek).Bewegingsachterstand duidt opvallend vaak op angst. b) C
Hoeven, Van der Zomervrucht, & Emck, 2006.	Bewegingsgericht. Observatie motorische ontwikkeling en grof motorische vaardigheid, lichamelijke fitheid en spelgedrag.	Kinderen	a) Diagnostische informatie verkrijgen over angst (kan duiden op hechtingsstoornis). b) C
Mertens, E. 2007.	Lichaams- en bewegingsgericht. Rots en water binnen PMT bij traumapatiënten.	Kinderen met een trauma	a) Verhogen alg. weerstand door verhogen lichaamsbewustzijn en lichaamsbesef, bevorderen van de sociale interactie en communicatieve vaardigheden b) D
Sabben, 2013	Bewegingsgericht Danstherapie.	Ouder & kind met hechtingsproblemen.	a) Bachelor thesis. b) D

3.1 Evidentie

Opvallend is, dat er geen systematisch review (level A1) en gerandomiseerd, gecontroleerd, vergelijkend onderzoek (level A2) en zelfs geen vergelijkend onderzoek (level B) gevonden is. Er zijn 16 niet vergelijkende onderzoeken gevonden (level C) en 19 onderzoeken waarvan de mening van deskundigen beschreven wordt (level D).

Level A1	0 x	Systematisch review
Level A2	0 x	Gerandomiseerd en gecontroleerd vergelijkend onderzoek
Level B	0 x	Vergelijkend onderzoek
Level C	16 x	Niet vergelijkend onderzoek
Level D	19 x	Mening van deskundigen

Onderzoek naar behandeling van hechtingsproblematiek door middel van bewegingsgerichte en/of lichaamsgerichte interventies staat nog in de kinderschoenen. Daarnaast is de doelgroep in de praktijk vaak nog niet onderkend, maar wel van belang om oog voor te hebben want een onderzoek van Winkelman (van der Neut, 2008) geeft aan dat door goede behandeling het generationeel overdragen van misbruik, verwaarlozing en mishandeling verminderen, zodat hechtingsproblemen minder aan de orde zullen zijn.

3.2 Interventies

Specifiek op PMT gebied zijn acht interventies gevonden, daarom is breed gezocht naar interventies die raakvlak hebben met PMT. Van de acht PMT interventies zijn er slechts drie op level C niveau. Hieruit blijkt dat PMT nog onontgonnen gebied is.

Lichaamsgerichte interventies	6 x
Bewegingsgerichte interventies	8 x
Combinatie lichaams- en bewegingsgericht	21 x
Specifiek PMT	8 x

Het beoogde effect van de behandeling, is passend binnen PMT. Onderstaande effecten zijn toepasbaar bij het formuleren van een doelstelling voor een PMT behandelplan.

Belichaming	5 x
Bevorderen emotiebeleving	6 x
Toegang onbewuste geheugen	4 x
Signalering hechtingsgedrag	10 x
Herkennen patronen	6 x
Gedragsverandering	4 x
Adoptie bespreekbaar maken	1 x
Opbouwen gehechtheidsrelatie	9 x
Vergroten sensitiviteit	6 x
Corrigerende ervaringen (intern en extern)	4 x
Toename competenties	1 x
Vergroten zelfvertrouwen	2 x
Grenzen aangeven	1 x
Verwerking problemen	2 x

PMT kan een waardevolle bijdrage leveren bij het signaleren van hechtingsgedrag. Het is goed om de wijsheid van het lichaam te gebruiken, het lichaam liegt niet (Levine, 2011).

3.3 Comorbiditeit

In de gevonden literatuur zijn 9 onderzoeken specifiek gericht op hechtingsproblematiek, in andere literatuur is hechtingsproblematiek een gevolg van of een combinatie met de volgende problematiek:

(Licht) verstandelijk beperkte kinderen (VGZ en LVB)	9 x
Blind	1 x
Gedragsproblemen	7 x
Epilepsie	1 x
Onvoldoende basisveiligheid	1x
Angst	2 x
Misbruik/verwaarlozing	6 x
Adoptie	1x
Autisme	1x

In de gevonden literatuur zijn veel overeenkomsten te vinden voor de behandeling van hechtingsproblematiek. Onderstaande overeenkomsten zijn belangrijk bij het opstellen van een PMT behandelplan voor kinderen met hechtingsproblematiek. Hierbij is het level of evidence meegenomen. Een aanbeveling of conclusie uit een niet vergelijkend (level C) onderzoek weegt zwaarder dan de mening van een deskundige (level D).

3.4 Voorwaarde: stabiele thuissituatie en sterk sociaal netwerk

Om te starten met de behandeling is het belangrijk dat het kind een stabiele thuissituatie heeft. Het kind moet verzekerd zijn van een veilige en stabiele plek. Het is belangrijk dat de omgeving op de hoogte is van de problematiek en de juiste aanpak, zodat men hierop in kan spelen. Vaak ligt er een gevoel van verdriet en eenzaamheid achter de agressie en terugtrekken. Ben je er voor mij als ik je nodig heb? Het basale, het liefelijk voelen heeft het kind gemist. Het kind heeft ook de lichamelijke bevestiging nodig. Emotioneel bevindt het kind zich in een eerdere ontwikkelingsfase, het is belangrijk om ook qua lichaamsbeleving hierbij aan te sluiten.

3.5 Voorwaarde: Hechtingsfiguur beschikbaar

Een tweede voorwaarde is dat er een hechtingsfiguur beschikbaar moet zijn, waarmee het kind positieve interacties kan aangaan.

Een belangrijk aandachtspunt hierbij is dat de therapeut de positieve en sterke kanten van de hechtingsfiguur (ouder/verzorger) benadrukt, zodat zij vertrouwen krijgt in de behandelaar en zichzelf. Dit zal het doorzettingsvermogen vergroten tijdens frustrerende momenten. Kinderhulp heeft een slecht imago door gebrek aan vertrouwen in de jeugdzorg. Het is belangrijk om het sociale vangnet te betrekken bij de PMT behandeling, bijvoorbeeld door psycho-educatie en de ervaring op te laten doen dat zij daadwerkelijk invloed kunnen uitoefenen op het gedrag van het kind.

3.6 Multidisciplinair/samenwerking ouders

Het geleerde binnen de therapie moet thuis voortgezet worden. Reactieve en proactieve agressie vanuit negatieve sociale ervaringen met de omgeving beïnvloeden de sociaal-cognitieve database, de sociale ervaringen met de omgeving en de sociale schema's over zichzelf (zelfbeeld) en over anderen.

Kinderen die reactief en proactief gedrag vertonen, kunnen een laag of juist een onrealistisch hoog zelfbeeld ontwikkelen en hebben een verstoord systeem van sociale informatieverwerking. Door hun agressieve of ambivalente gedrag in sociale situaties en de verwerpende reactie hierop vanuit de omgeving blijft deze cyclus in stand, via een transactionele interactie tussen kind en omgeving (De Castro, Brendgen, van Boxtel, Vitaro, & Schaepers, 2007). Het is belangrijk rekening te houden met

de loyaliteit van het kind. Loyaliteit naar beide ouders, maar ook naar pleeg/adoptie ouders. Maak het onderwerp loyaliteit bespreekbaar.

3.7 Sensitief, responsief en empathisch

Hechting vindt plaats binnen een context van gezichtsuitdrukking, intonatie, fysiologische verandering, beginnende actie, houding en bewegingstempo. In het begin impliceert elke verandering een stressor. De hechtingsfiguur moet zó reageren dat het kind zich weer prettig gaat voelen. Het ontstaan van hechting is een voortdurend proces.

Wanneer ouders insensitief reageren voelt het kind zich onbegrepen en/of angstig. Wat ben je kwijtgeraakt? Belangrijk is dat de therapeut let op het verloren deel en een positie inneemt van een respectvolle vertaler. Het gaat dan om het omzetten van haat en boosheid in de gevoelens/emoties van de verwonde liefde. De onmogelijke eis laten benoemen, niet als eis, maar als verlangen. Bij mensen die niet veilig gehecht zijn, bestaat het verlangen om te hechten, het is noodzaak om te overleven. Een veilige haven. In de EFT therapie wordt verbinding gelegd tussen de primaire emoties angst en boosheid als reactie op een situatie en secundaire emoties zoals depressief worden die de primaire emoties overschaduwden. De primaire emoties zijn gerelateerd aan hechting.

3.8 Behandeling in fasen

In principe moeten ontwikkelingsfasen (opnieuw) doorlopen worden en op langere termijn wordt er een nieuwe identiteit gevormd. Er worden corrigerende ervaringen opgedaan in iedere ontwikkelingsfase, met bijvoorbeeld de bouwstenen van Truus Bakker als leidraad. Veel literatuur die gebruikt wordt door PM(K)T-ers, is gebaseerd op deze bouwstenen.

Ook de methodiek Emerging Body Language (EBL) is een gefaseerd therapieproces gericht op het herstellen van verstoorde hechting en communicatie. Vijf interactiestructuren moeten gerealiseerd worden, namelijk: afstemming, beurtwisseling, uitwisseling, speldialoog en taak/thema. Deze structuren vormen de basis van de EBL methodiek. De therapie is meer dan een training, waarin het gedrag aangeleerd en opgelegd wordt. Het kind zal minder afhankelijk van de therapeut en de context blijven. Een belangrijk kenmerk van de therapie is, dat de therapeut waarde vrij het gedrag van de cliënt beoordeelt. Hiermee wordt bedoeld dat er geen enkel label wordt gehangen aan het type gedrag dat de cliënt vertoont. Kortom: er wordt geen norm gehangen aan gedragsuitingen.

Struik (2009), beschrijft een fasenbehandeling, De Koning & Collin, (2007) spreekt over een “acht stappen dans”, de danstherapie (Sabben, 2013) werkt in fasen en Baljon (2007) benoemt zelfs voor zeer ernstig getraumatiseerde kinderen pretherapie als eerste fase van PMT behandeling.

3.9 Langdurig

Een therapie in fasen is een langdurig proces. Omdat hechting een ontwikkelingstaak van de eerste levensjaren is, is het zeer ingrijpend. Het interne werkmodel is vervormd door de negatieve ervaringen die opgeslagen zijn in de amandelkern. Langdurige behandeling is kostbaar en lijkt geheel in te gaan tegen de huidige trend zo kort en goedkoop mogelijk te behandelen. Maar de behandeling van vroegkinderlijke problematiek kan een preventief effect hebben op het ontwikkelen van persoonlijkheidsproblematiek op latere leeftijd. Daarom is dat de investering, hoe kostbaar en intensief ook, in alle opzichten de moeite waard (Struik, 2002).

3.10 Dwang, holding en doorwerken van het trauma

Door het NJI wordt gewaarschuwd tegen dwang, rebirthing-therapie en regressie. Dit kan zelfs gevaarlijk zijn. Het staat ook haaks op de sensitieve, responsieve houding in de gevonden literatuur. Leren mentaliseren is wel van belang. Traumatische herinneringen integreren tot een herinnering die geen heftige emoties meer oproept en waar een levensles uit geleerd is.

3.11 Disciplineren/grenzen

Grenzeloos gedrag begrenzen en eigen grenzen aan leren geven. Wanneer de therapeut zichzelf te veel laat leiden door zijn eigen verlangen naar grenzeloze genegenheid, grenzeloze zorg, of grenzeloos geven, is het raadzaam voor hem om grenzen te gaan stellen aan zijn eigen genegenheid. Hij zal moeten leren beter bij zichzelf te blijven en zijn verlangen in toom te houden, want "echte wederkerige liefde veronderstelt mensen die over zichzelf beschikken en die kunnen geven zonder hun identiteit te verliezen" (Nouwen, 2004).

3.12 Vertrouwen

Als een kind in zijn vroege jeugd wordt verwaarloosd, krijgt het de dwingende behoefte om voor iemand bijzonder te zijn, bij voorkeur in een relatie met twee personen. Binnen de therapie wordt dit zichtbaar door het uittesten van de therapeut. Bijvoorbeeld: Belachelijk maken, voor schut zetten en in absurde situaties brengen. Ze proberen de intuïtieve kant of de spontanere kant van de therapeut te exploreren. Spontane reacties als test wie de therapeut werkelijk is, ze prikken dwars door de aangeleerde maniertjes en theoretisch gefundeerde aanpak. Het is een fundamentele behoefte van het kind om zich gehoord en gezien voelen in de diepste zelfbeleving. " Alleen met het hart kun je goed zien. Het wezenlijke is voor de ogen onzichtbaar" (de Saint-Exupery, 1943).

3.13 Veiligheid

Herhaling en structuur bieden het kind veiligheid. Door de separaties in hun leven, ervaren ze de nabijheid van hechtingsfiguur als onveilig. Er is sprake van ambivalentie, nabijheid wensen maar tegelijkertijd weren. Nabijheid durven ervaren vraagt om continuïteit, dat is wat een kind met hechtingsproblematiek vaak gemist heeft (Thoomes-Vreugdenhil, 1999). Door herhalen en inslijpen van de nieuwe ervaring wordt deze voorspelbaar en voorspelbaarheid zorgt voor de veiligheid die (opnieuw) tot stand gebracht moet worden (Molenaar, 2005). Joke Bos zegt in Nieuwenhuis en de Haan (2010) dat de therapeut bij deze doelgroep eerst werkt aan veiligheid, daarna aan verandering. In een veilige sport/spelsituatie met een "doen-alsof" karakter kan een kind zijn emoties lichamelijk herkennen, eigen maken en er mee om gaan zonder consequenties.

Om te kunnen exploreren en verdere stappen te ondernemen heeft het kind veiligheid nodig. De mate waarin het kind angstig is, is casu quo vervreemd van eigen ervaren. Bij zeer sterke vervreemding is het nodig om daar eerst aandacht te besteden. Het actief zijn, vermindert het gevoel van onmacht.

3.14 Congruentie en echtheid

Hechting vindt plaats binnen een context van gezichtsuitdrukking, houding, intonatie, fysiologische veranderingen, bewegingstempo en beginnende actie. Aanvankelijk impliceert elke verandering een stressor. De opvoeder moet zodanig reageren dat het arousal niveau bij het kind daalt en het kind zich weer prettig gaat voelen. Het ontstaan van hechting is een voortdurend proces.

De wezenlijke ontmoeting waar ieder mens in het diepste van zijn wezen naar verlangt, is de behoefte aan vereniging, zoals beschreven door Fromm (1965).

De liefdeskruik van het kind wordt gerepareerd en gevuld. De mate waarin de therapeut zijn eigen blokkades heeft opgeruimd en zichzelf lief heeft, bepaalt hoe zuiver en onvoorwaardelijk zijn liefde is. Leijssen, 2001 zegt:

"Zuiver en ethisch handelen komt van binnenuit, morele waarden: integriteit, respect en verantwoordelijkheid die de therapeut zich eigen gemaakt heeft. Ons bestaan is een lijfelijk bestaan, het kind met hechtingsproblematiek heeft het nodig om aangeraakt te worden, het is een levensbehoefte. Ter voorkoming van seksueel misbruik hebben beroepsethische codes terecht een verbod gelegd op seksueel contact, maar men heeft daar vergaande conclusie aan verbonden dat alle aanrakingen te weren zijn. Tussen die extremen ligt een bijzonder gevarieerd programma van communicatievormen, die een meer doordachte aanpak verdienen dan een "alles of niets" standpunt.

3.14 Niet te hoge eisen/succeservaringen

Succeservaringen vergroten het (zelf)vertrouwen. Dit maakt het makkelijker om de therapie vol te houden. Door de analoge expressie van de cliënt in het spel te observeren kan de therapeut ontdekken welke persoonlijke behoeften de cliënt heeft, waar de cliënt aan toe is en hoe ver je als therapeut mag gaan. De therapeut kan vervolgens aan deze behoeften voldoen en voor een gedeelte een persoonlijk gemis opvullen. Hierdoor ontstaat niet alleen veiligheid en vertrouwen, maar ontstaan er ook succeservaringen. Analoge expressie wil zeggen: de cliënt vult de gespeelde rol in met zijn eigen psyche en zijn eigen lichaam.

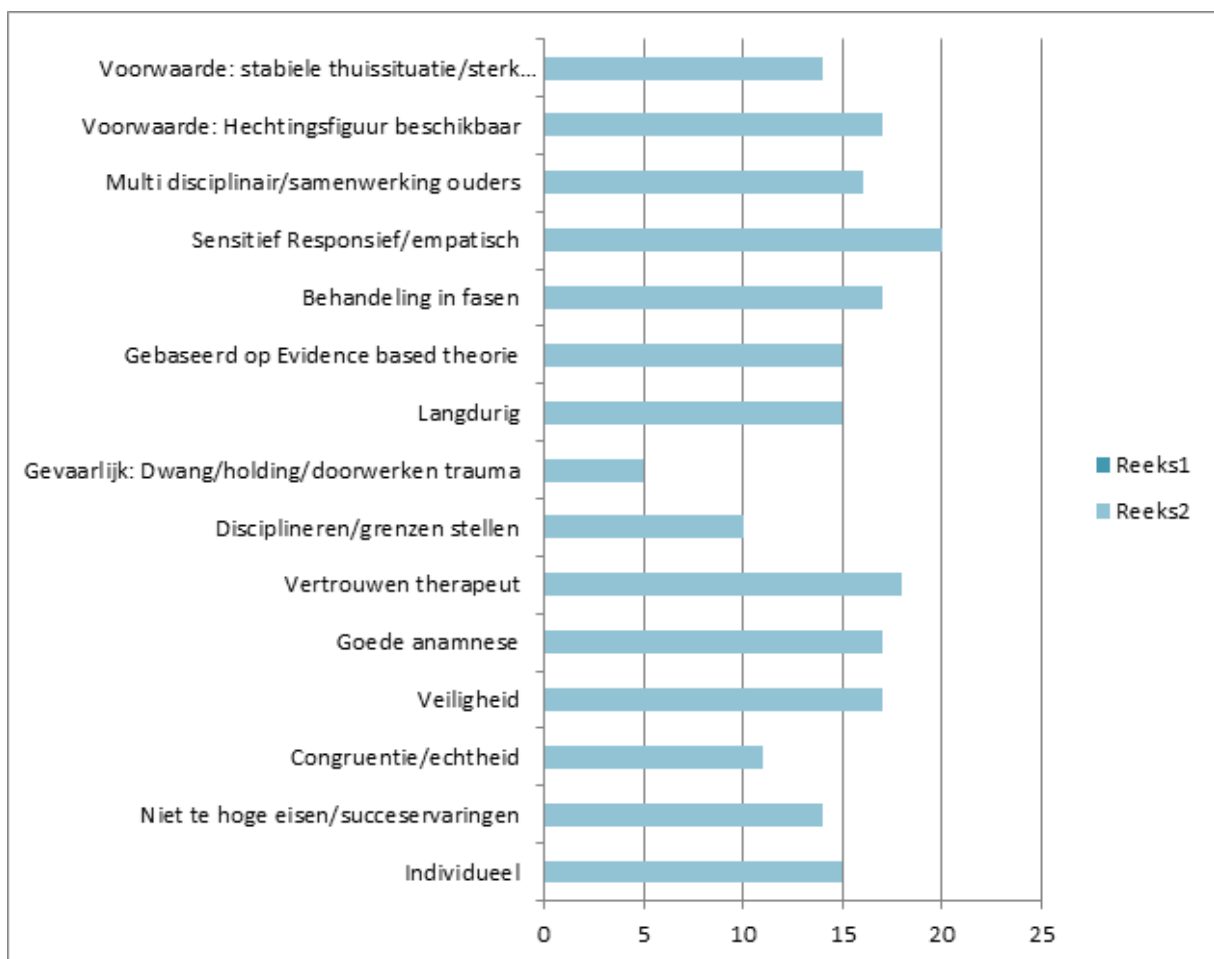
3.15 Risicofactoren

Risicofactoren/verhoogd risico om hechtingsproblematiek te krijgen:

- Ouders zelf hechtingsproblematiek, geen goed voorbeeld gehad
- Privé problemen ouders
- Ziekenhuisopname/couveuse
- Blindheid
- Psychische problematiek ouders
- Verslaving ouders (drugs, gamen, alcohol, seks)
- Verwaarlozing
- Adoptie/pleegkinderen
- Autisme
- Verstandelijke beperking
- Plotseling verdwijnen hechtingsfiguur (scheiding/dood)
- Depressie hechtingsfiguur
- Ongewenste zwangerschap

Het kind komt tot belichaming. Bij kinderen met hechtingsproblematiek is het nodig om te stimuleren dat het lichaam mee gaat doen, mee gaat beleven. Ze denken te veel en voelen te weinig. Het kind heeft dit nooit geleerd van ouders, overlevingsmechanismen (vluchten, vechten, verstijven) ontstaan en gevoelens worden verbannen naar het onderbewuste. De behoeften en gevoelens blijven bestaan en worden opgeslagen in het lichaam. De beleving en belichaming zorgen ervoor dat het kind de situatie gevoelsmatig gaat ervaren en in de emotiebeleving komt. Via het lichaam worden gevoelens en behoeften aangesproken, er worden nieuwe ervaringen opgedaan. Deze ervaringen zouden eigenlijk al plaats gevonden moeten hebben tijdens de babyfase. Herstel is een langdurig proces en vraagt om behandelaars met een lange adem. De negatieve ervaringen die opgeslagen zijn in het impliciete (onbewuste) geheugen kunnen door middel van PMT gecorrigeerd worden, oude schemata worden vervangen door nieuwe en opgeslagen in het impliciete geheugen (Bijsterbosch, Eijssendoorn, Van Kemenade, De Leeuw, Sikkels & Timmers, 2009).

De psychomotorische therapeut kan individueel en groepsgericht werken, systeemgericht, contextueel, cliëntgericht, psychodynamisch en gedragstherapeutisch. PMT is een goede optie; zelfs het kind dat onvoldoende woorden tot zijn beschikking heeft om problemen duidelijk te maken kan adequate hulp geboden worden.



Figuur 1 Overeenkomsten in literatuur

In figuur 1 is in één overzicht te zien wat vanuit de literatuur belangrijk gevonden wordt bij het opstellen van een PMT behandelplan voor kinderen met hechtingsproblematiek.

Discussie

Dit onderzoek geeft een overzicht van PMT en PMT-verwante behandelmethodes, gebaseerd op recente hechtingstheorie. Er zijn weinig specifieke PMT interventies beschikbaar, dus is er breed gezocht. Het heeft invloed dat dit onderwerp, gelinkt aan PMT, nog onontgonnen gebied is. Ook voor hulpverleners is dit onderwerp vaak nog een blinde vlek. De onderliggende hechtingsproblemen zijn wel van belang om in de spotlights te zetten want een onderzoek van Winkelman (Van der Neut, 2008) geeft aan dat door goede behandeling het generationeel overdragen van misbruik, verwaarlozing en mishandeling kan verminderen, dus hechtingsproblemen minder aan de orde zullen zijn.

Door de onervarenheid van onderzoeker binnen het uitwerken van een literatuurstudie in het kader van het afronden van de opleiding PMT/BA, zal waarschijnlijk minder bedrevenheid in het selecteren en verwerken van de gegevens merkbaar zijn.

Emerging Body Language (EBL), gebaseerd op de dynamische systeemtheorie (Padula & Arbib, 1974). Veel toegepaste behandelingen zijn gebaseerd op de sociale leertheorie en hanteren bekrachtigings- en beloningsprincipes. Hierbij speelt extrinsieke motivatie een rol en het vervolgens internaliseren van aangeleerd gedrag. EBL gaat uit van de omgekeerde beweging, dit kan verwarring oproepen in onze cognitief ingestelde maatschappij. Deze methode doet een beroep op de intrinsieke motivatie. Vanuit een ‘prettig samen zijn’ ontstaat intern de wens om te leren en ontstaat intern ook nieuw gedrag. De relatie opvoeder-cliënt wordt hiermee het belangrijkste instrument in de behandeling.

Alleen de Nederlandse databanken zijn geraadpleegd. Nederland is vooruitstrevend en toonaangevend m.b.t. hechtingsproblematiek. Voor onderzoeken uit andere landen wordt regelmatig Nederlandse literatuur geraadpleegd. Nederlandse deskundigen zijn wereldwijd betrokken bij voorkomen en behandelen van hechtingsproblematiek (Marinus van IJendoorn, Professor of Child and Family Studies, Bernard van Leer Foundation).

Conclusie

Onderzoek naar behandeling van hechtingsproblematiek van kinderen door middel van PMT of PMT-gerelateerde interventies staat nog in de kinderschoenen. Er is weinig specifiek PMT behandelplan, daarom is er breed gezocht. Er zijn voldoende lichaams- en bewegingsgerichte interventies gevonden om een specifiek PMT behandelplan voor kinderen met hechtingsproblematiek op te stellen. Het beoogde effect van alle gevonden literatuur is toepasbaar als doelstelling en werkpunt voor een PMT behandelplan. Bij het opstellen van een behandelplan zijn de volgende zaken die gevonden zijn in de literatuur richtinggevend:

1. PMT kan ingezet worden als hulpmiddel bij signalering:

Observatie van grof motorische vaardigheid, lichamelijke fitheid en spelgedrag is een instrument om angst op te sporen (Emck & van de Kamp, 2008). Een veilig gevoel verwijst naar een veilige gehechtheid, angst kan wijzen op hechtingsproblematiek. Binnen sport en spelsituaties, vertoont het kind emotionele reacties vanuit de amandelkern, daarom is het lichaam een prachtig observatie instrument, het kind heeft geen bewuste controle over deze reacties (Berk, 2001; Kok, 2004). Het lichaam liegt niet (Levine, 2011).

2. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat bewegings- en lichaamsgerichte interventies een toegevoegde waarde hebben omdat het mogelijk is om zonder gevaar, op speelse wijze toegang te krijgen tot het emotionele geheugen, gelegen in de hersenstam (Groothoff; Jamin; de Beer, 2009). Dit is niet toegankelijk door cognitie. Effectieve behandeling kan niet zonder bewegingsgerichte en/of lichaamsgerichte interventies omdat de negatieve ervaringen die opgeslagen zijn in het impliciete (onbewuste) geheugen vervangen moeten worden. Door middel van PMT of PMT-gerelateerde interventies is het mogelijk oude schemata te vervangen door nieuwe, deze worden opgeslagen in het impliciete geheugen, de 'fight', 'fright' of 'flight' reactie geremd kan worden (Bijsterbosch, Eijssendoorn, Van Kemenade, De Leeuw, Sikkels & Timmers, 2009). Steeds wanneer we lichaamssignalen waarnemen, verbinden deze zich met vroegere lichamelijke sensaties en ervaringen. Deze ervaringen liggen vast in het lange termijn geheugen, inclusief het emotionele geheugen gelegen in de hersenstam, met name de amygdala en de hippocampus. De hippocampus slaat de bewuste herinneringen in expliciete beelden op vanaf het tweede levensjaar. De amandelkern slaat al vanaf de geboorte (en daarvoor) impliciete onbewuste emotionele herinneringen op. Het is juist vanuit deze amandelkern dat emotionele reacties in gedrag tot uiting komen, waar het kind geen bewuste controle over heeft (Berk, 2001, & Kok, 2004). Zowel bij speltherapie, EBL als Sherborne en de PMT module, vormt dit uitgangspunt van de behandeling.

3. Zowel Sherborne als EBL, biedt lichaams- en bewegingsgerichte interventies die binnen PMT hanteerbaar zijn. Deze methodes doen een beroep op het aangeboren vermogen om 'samen met de ander te zijn'. Binnen EBL en Sherborne is relatie opvoeder-cliënt het belangrijkste instrument in de behandeling, bij Sherborne heeft de relatie met leeftijdgenoten nog een toegevoegde waarde. Behandeling die ingezet wordt om de relatie opvoeder-cliënt te bevorderen heeft langdurig effect omdat het proces van opvoeden positief beïnvloed wordt blijkt uit PCIT Parent Child Interaction Therapy.

4. Uit de resultaten blijkt dat sensitiviteit en responsiviteit de belangrijkste ingrediënten van de behandeling zijn. Psychomotorische therapeuten worden opgeleid om eclectisch te kunnen werken (vanuit verschillende referentiekaders). Bovendien werkt de psychomotorisch therapeut vanuit de hulpvraag van de cliënt (en zijn ouders). Dit vormt een uitstekende basis voor sensitiviteit en responsiviteit. Hierdoor kan de psychomotorisch therapeut zelfs aansluiten bij de visie van elke school/instelling.

Aanbevelingen

Hechtingsproblematiek wordt niet opgelost in een behandeling van een aantal weken, het is een langdurig proces. Het is zinvol om een PMT module op te stellen, die op effectiviteit wordt getest om deze kwetsbare kinderen met hechtingsproblematiek de meest effectieve behandeling te kunnen bieden. Dit geeft een helder overzicht voor verzekeringsmaatschappijen en zij kunnen experts de opdracht geven om kostenbesparing op de lange termijn te berekenen.

Het Trimbos instituut pleit voor stepped-care programma. Dit is een programma dat kinderen signaleert met structurele aandacht voor Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problematiek (KOPP) en Kinderen van Verslaafde Ouders (KVO). Dit is één van de risicogroepen voor hechtingsproblematiek. Deze groep kinderen wordt onvoldoende gesignaleerd. PMT kan ook hier een waardevolle bijdrage leveren door het lichaamsgeheugen aan te spreken. Een Psychomotorische therapie met expertise op het gebied van hechting aanbieden op basisscholen, kan helpen bij de signalering van KOPP en KVO kinderen. Op deze manier worden alle kinderen bereikt, ook alle andere risicogroepen. Dit sluit aan bij de nieuwe ontwikkelingen binnen de politiek; de zorg moet vanuit de gemeente geregeld worden. De behandeling van vroegkinderlijke problematiek kan een preventief effect hebben op het ontwikkelen van persoonlijkheidsproblematiek op latere leeftijd. Dat is de investering, hoe kostbaar en intensief ook, in alle opzichten de moeite waard (Struik, 2002). Problemen vroegtijdig signaleren, ouders direct ondersteuning en psycho-educatie bieden en helpen bij het vergroten van een sociaal netwerk. Het kind kan zo jong mogelijk corrigerende ervaringen opdoen, de schade blijft beperkt en intergenerationele problematiek kan doorbroken worden (Groeneboer, 2007).

Literatuur

- Arbib, M. A., & Padulo, L. (1974). *System Theory*. Philadelphia: Saunders.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, R. (2010). *Gehechtheid en trauma*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Cyr, C., Euser, E. M., & Van IJzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A serie of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22, 87-108.
- Balk, R. (2012). *Sherborne Bewegingspedagogiek*. Sint Niklaas: Abimo uitgeverij.
- Bauduin, D., & Kanne M. L. (2009). *Tijd voor reflectie*. Amsterdam: SWP.
- Berk, T. (2001). *Korte psychodynamische therapie*. Amsterdam: Boom.
- Blokhuis, A., & Van der Poel, L. (2009). *Wat je speelt ben je zelf: Methodisch werken met spel*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Boers, N. (2007). *Hou me vast en laat me los: Begeleiding van kinderen met hechtingsproblemen bij Stichting Lava-Team* (Bachelor thesis). Verkregen op <http://www.hbokennisbank.nl>
- Bögels, S., Muris, P., & Van Brakel, A. (2001). Gedragsinhibitie als risicofactor voor het ontwikkelen van angststoornissen bij kinderen: Een overzicht. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 56, 57-68.
- Bosman, A. M. T., Heiligers, C., & Van Veen-Graafstal, S. (2012). *Onderzoek naar de methodiek Emerging Body Language* (Master thesis). Universiteit Nijmegen.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss. Vol.1: *Attachment*. New York: BasicBooks/ Londen: Pimlico.
- Bowlby, J. (1988). A secure base. *Clinical applications of attachment theory*. Londen: Routledge.
- Bijsterbosch, H., Eijselendoorn, A., Van Kemenade, M., De Leeuw, I., Sikkels, H., & Timmers, P. (2009). *PMT bij kinderen en jongeren (8-15 jaar) met een licht verstandelijke beperking en een onveilige hechtingsrelatie: Kijk en luister goed naar mij en heb mij door*. Verkregen op 05-11-2013 van <http://www.cordaan.nl>
- Binnendijk, R. (2010). *Differentiëren in de PMT bij verstoord hechtingsgedrag: Differentiatietherapie bij LVG kinderen met verstoord hechtingsgedrag* (Bachelor thesis). Verkregen op <http://www.hbokennisbank.nl>
- Callod 'd Escury, A. M. (2007). Lopen jongeren met een licht verstandelijke beperking meer kans om in aanraking te komen met justitie? *Kind en adolescent*, 28, 128-137.
- Damasio, A. (2004). *Het gelijk van Spinoza: Vreugde, verdriet en het voelende brein*. Amsterdam: Wereldsbibliotheek.
- De Baat, M. (2011). *Wat werkt bij jeugdigen met gedragsproblemen?* Verkregen op <http://www.nji.nl>
- De Castro, O. B., Brendgen, M., Van Boxtel, H., Vitaro, F., & Schaevers, L. (2007). Accept me or else: Disputed overestimation of social competence predicts increases in proactive aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 165-178.
- De Koning, N. D., & Collin, P. J. L. (2007). The treatment of children and adolescents with a psychiatric disorder and mental retardation. *Kind en Adolescent*, 28 (3), 215-229.
- De Lange, G. (2005). *Relatiegestoorde kinderen*. Assen: Uitgeverij Van Gorcum.
- De Lange, J. (2010). *Psychomotorische therapie: Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ (Red.)*, Inleiding, p. XIII. Amsterdam: Uitgeverij Boon.
- Delpeut, H. (2007). The good enough couple. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 33, 242-245.
- Dekker-Van der Sande, F., & Janssen, C. G. C. (2010). *Signalen van verstoord gehechtheidsgedrag: Best practice voor het diagnosticeren van gehechtheidsproblemen bij kinderen/jongeren met een visuele en/of licht verstandelijke beperking*. Den Haag: Uitgeverij Lemma.
- Emck, C., & Van de Kamp, M. (2008). Te bang om te bewegen? *Tijdschrift voor vaktherapie*, 1, 19-25.
- Ince, D. (2009). *Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline*. Verkregen op 07-11-2013 van <http://www.nji.nl/jeugdinterventies>
- Fromm, E. (1956). *Liefhebben, een kunst, een kunde*. Utrecht: Erven J. Bijleveld.

- Groothoff, E. A. H., Jamin, H. J. G. M., & de Beer, E. *Spel in psychotherapie* (pp 85-87). Uitgeverij Van Gorcum, 2009.
- Groeneboer, H. (2007). *Samengesteld*. Gorinchem: Koinonia Uitgeverij.
- Havemans, A., Prinsen, B., & Verheule, C. (2012). *Gehechtheid in beeld*. Amsterdam: Uitgeverij SPW.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of Delinquency*. Berkeley: University of California Press.
- Hoeven, M., Van der Zomervrucht, I., & Emck, C. (2006). Onhandig, maar wat nog meer? *Tijdschrift voor vaktherapie*, 3, 28-36.
- Huber, M. (1997). *Meervoudige persoonlijkheden*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Juffer, F. (2010). *Beslissingen over kinderen in problematische opvoedingssituaties*. Verkregen op 14-12-2013 van <http://www.rechtspraak.nl>.
- Juffer, F., & Van Tuyl, L. A. C. (2010). Adoptiekinderen. In G. A. Bakker (Red.), *Kinderen en Adolescenten: Problemen en risicosituaties (deel 6)*. Gezin (pp 127-147). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kaasenbrood, A., de Niet, B., & Tiemens, B. (2010). *Evidence-based werken in de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Klaus, M., & Klaus, P. (2005). *Je wonderbaarlijke baby: Wat een pasgeboren kind al kan*. Amsterdam: Thoeis.
- Klein, R. G. (2004). Anxiety Disorders. In M. Rutter, E. Taylor, & L. Hersov (Red.), *Child and adolescent Psychiatry: Modern approaches*. London: Blackwell Science.
- Kok, A. (2004). *Het hiërarchisch brein: Een inleiding tot de cognitieve wetenschap*. Assen: Van Gorcum.
- Leroy, C. (2006). Spelenderwijs: Spel en speelsheid in de psychoanalytische ruimte. In: *Tijdschrift voor psychotherapie*, 32, 89-92.
- Levine, P. A. (2011). *De stem van je lichaam*. Haarlem: Altamira.
- Leijssen, M. (2001). *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 3, 195-217.
- Leijssen, M. (2000). In J. Gaste, & D. Bauduin (Red.), *Waardenvol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg: Het ethos van de hulpverlener* (pp 78-93). Assen: Van Gorcum.
- Maaskant, A., & Reinders, A. (2012). Behandeling van gedragsproblemen bij pleegkinderen. *Jeugd en Co*, 6, 8-9.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment: Theory and Research. *Monographs of the Society of Child Development*, 59, 66-104.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Stange Situation. In: M. Geenbergh, D. Cicchetti, & E. Cummings (Red.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Meroff, D. (2004). *Het zwakke geslacht? Emmeloord: Operatie Mobilisatie*.
- Mertens, E. (2007). Rots en Water binnen PMT. bij traumapatiënten. In J. Simons (Red.), *Actuele themata uit de Psychomotorische Therapie* (pp 155-167). Leuven/Voorburg: Acco.
- Molenaar, K. (2005). *Hou me vast maar raak me niet aan* (Bachelor thesis). Verkregen op 22-02-2014 van <http://www.studentenonderzoek.com>
- Nicolai, N.J. (2004). Diagnostiek van gehechtheid en reflectieve functie. In: E. H. M. Eurelings-Bontekoe & W. M. Snellen (Red.), *Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek*. Lisse: Swets Zeitlinger.
- Nikken, P. (2009). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'ouder-baby interventie'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Verkregen op <http://www.nji.nl>
- Nouwen, H. (2004). *Binnen geroepen*. Tiel: Lannoo.
- Perquin, L. (2004). *Pesso Therapy (PBSP): A neurobiological founded, body and resource oriented approach to psychotherapy*. München: CIP Medien.
- Perry, B. (2014). *Het kinderbrein*. KRO Brandpunt [Televisie Uitzending] 13-04-2014, 22.35 uur.

- Prins, E. (2012). *Als je boos was, was er een afkoelplek* (Bachelor thesis). Verkregen op <http://www.springerlink.com>
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113.
- Roland, S. (2012). Trauma bij jonge kinderen 1. *Van klein tot groot: De ontwikkeling van het jonge kind*, 5, 149.
- Romijn, G., De Graaf, I., & De Jonge, M. (2011). *Literatuurstudie over verhoogde risicogroepen onder kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen: Kwetsbare kinderen*. Verkregen op 08-03-2014 van <http://www.trimbos.nl>
- Royalty-Plichting, N., Hellendoorn, J., & Van Berckelaer-Onnes, I. (2012). *Speciaal spel voor speciale kinderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Sabben, K. (2013). De verbinding verbroken. Danstherapie met ouder en kind bij Hechtingsproblemen. In: *Tijdschrift voor vaktherapie*, 9, 29-36.
- Saint-Exupery, A. (1943). *Le Petit Prince*. New York: Reynal & Hitchcock.
- Scheffers, W. J., & Schreuder, B. J. N. (2005). Seksespecifieke hulpverlening bij seksueel geweld: De focale mannengroep. In J. de Lange (Red.), *Een vak apart: Artikelen over psychomotorische therapie*. Utrecht: 't Web-Netwerk rondom Bewegen.
- Schuengel, C., Venmans, J., Van IJzendoorn, R., & Zegers, M. (2006). *Gehechtheidstrategieën van zeer problematische jongeren: Onderzoek, diagnostiek en methodiek*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Schuengel, C., & Sterkenburg P. S. (2010). Integratieve therapie voor gehechtheid en gedrag. Psychotherapie voor kinderen met een visuele en ernstig verstandelijke beperking. *Bulletin van de Vereniging voor kinder- & jeugdpsychotherapie*, 37 (1/2), 24-38. Verkregen op 20-11-2013 van <http://www.nji.nl>
- Sluijter, M. (2005). Aanraken: Een levensbehoefte. *Tactiele contacten in de opvang en op school*. Amsterdam: SWP.
- Struik, A. (2002). *Fasenbehandeling: Kind en adolescent praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Struik, A. (2009). Klinische fasenbehandeling van vroegkinderlijke traumatisering bij kinderen en ouders. *Kind & Adolescent Praktijk*, 8 (1), 10-19.
- Theresa, Moeder. (1997). *Haar leven en werk in woord en beeld*. Utrecht: Servire.
- Thunissen, M., & Muste, E. H. (2002). *Tijdschrift voor psychotherapie*, 28, 122-138.
- Toomes-Vreugdenhil, A. (2006). *Behandeling van hechtingsproblemen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and Triple P-Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology*, 35 (3), 475-495. Verkregen op 20-11-2013 van <http://www.nji.nl>
- Verheugt-Pleiter, A., & Zevalkink, J. (2005). Gehechtheidsverhalen van een Floddertje en een mevrouw Helderder: Theoretische vragen bij de diagnostiek van regulatiestoornissen. In M. G. J. Schmeets & A.P. Schut (Red.), *Affectregulatie bij kinderen* (pp.73-91).
- Vaessen, G. (2006). *Als hechten moeilijk is*. Apeldoorn: Garant
- Van den Blink, M. J. (1988). Psychomotorische gezinstherapie: Een bericht uit de praktijk. *Bewegen en Hulpverlening*, 5, 76-81.
- Van der Hoeven, M., Zomervrucht, I., & Emck, C. (2006). Onhandig, maar wat nog meer? *Tijdschrift voor vaktherapie*, 3, 28-36.
- Van der Kolk, B.A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 277-293.
- Van der Neut, D. (2008). Mishandelde kinderen mag je niet opgeven. *Psychologie magazine*, 5, 68-70.
- Van Heijst, J. E. J. M. (2005). *Menslievende zorg: Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Kok.
- Van Veen-Graafstal, S., Heijligers, C., & Bosman, A. M. T. (2010). *Een orthopedagogisch expertisecentrum*. Boxtel: Radboud Universiteit Nijmegen.

- Van IJzendoorn, M. H. (1994). *Gehechtheid van ouders en kinderen: Intergenerationele overdracht van gehechtheid in theorie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van IJzendoorn, M. H., Van Tavecchio, L. W. C., Goossens, F. A., & Vergeer, M. M. (1988). *Opvoeden in geborgenheid: Een kritische analyse van Bowlby's attachmenttheorie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Verbruggen, K. (2010). *Als ik een plek heb om te staan, kan ik de aarde bewegen: Een inventariserend onderzoek binnen Stichting Epilepsie Instellingen Nederland (SEIN): Hoe is binnen dramatherapie te zien dat er bij een kind mogelijk sprake is van hechtingsproblematiek?* (Bachelor thesis). Verkregen op <http://www.hbokennisbank.nl>
- Vlug, E. (2009). *Weid mijn lammeren*. Hoornaar: Gideon.
- Vlug, E. (1992). *Een handvol kinderen*. Hoornaar: Gideon.
- Wijnolds, C. P. B. E. (2012). *Het leven beleefd beleven* (Bachelor thesis). Verkregen op <http://www.hbokennisbank.nl>

Bijlage 1 Uitzending KRO Brandpunt

Perry (2014) geeft aan dat het van belang is om als hulpverlener oog te hebben voor kinderen, omdat onze maatschappij steeds meer druk op kinderen en hun ouders legt. Bruce Perry is een autoriteit in Amerika, kinderpsycholoog en hersenwetenschapper en legt uit dat warm menselijk contact een positieve invloed heeft op de ontwikkeling van hersenen van jonge kinderen. Het snelgroeibende brein zuigt enorm veel ervaringen op, zowel positief als negatief. Volwassenen maken per dag honderden neuronen aan, in het brein van een foetus worden er 20.000 per seconde aangelegd. Biljoenen synaptische verbindingen in de eerste zes maanden. We leven in een tijd dat we wetenschappelijk enorm veel weten over kinderen, maar we doen er niets mee. Wanneer een kind in eigen omgeving een vervelende situatie meemaakt, wordt het bang. Het stressmechanisme wordt overbelast en overactief wanneer dit te vaak en in een onvoorspelbaar patroon voor komt. Dit heeft invloed op alle delen van de hersenen. Op termijn wordt het kind vatbaar voor psychische, cognitieve en sociaal-emotionele problemen. Als volwassenen opgaan in hun werk, geen tijd en aandacht voor het kind hebben, wordt er een honger naar contact gecreëerd. Contact met volwassenen is essentieel voor het kinderbrein. Onze moderne maatschappij is ingericht op verwaarlozing. De westerse wereld is steeds meer opgedeeld: Eigen huis, eigen kamer, eigen tv en eigen computer. Door voortschrijdende technologie hebben kinderen 0,25^e deel van het aantal menselijke interacties van wat biologisch noodzakelijk is. Menselijke aanraking is net zo belangrijk voor de ontwikkeling van de hersenen als calorieën. Het opvoeden is uitbesteed, overvolle crèches, mega klassen, drukke kinderagenda's en werkende ouders. Opvallend is dat de meest succesvolle mensen een andere opvoedstijl hebben gehad, met veel menselijke relaties. Succes komt niet dankzij de extra lessen op school. Iemand moet het kind liefgehad hebben, anders is het kind niet in staat om zelf lief te hebben. Het kind verlangt naar onverdeelde aandacht: Tv uit, samen spelen, luisteren, huidcontact maken, telefoon en computer uit. Hersenen zoeken gezonde contacten. 90% van de hersenen wordt voor het vierde jaar gevormd. Een kind kan zich niet optimaal ontwikkelen, zonder dat het met onvoorwaardelijke liefde wordt gevoed.

Als eigen ouders hiertoe niet in staat zijn door de meest uiteenlopende omstandigheden, kan een psychomotorisch therapeut door middel van PMT en PMT-gerelateerde interventies een uitkomst bieden.