

Differentiëren in de PMT bij verstoord hechtingsgedrag.

Differentiatetherapie bij LVG kinderen met verstoord hechtingsgedrag.

5 januari 2010

Windesheim, School of Human and Sports

Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie



Student: Ruth Binnendijk

Beoordelaars: Mevr. D. Jol en Dhr. C. Niks

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie die ik ter afronding van de opleiding Psychomotorische Therapie & Bewegingsagogie heb geschreven. Het onderwerp van deze scriptie is op welke wijze ik differentietherapie kan toepassen in de PMT bij licht verstandelijk beperkte kinderen met een verstoord hechtingsgedrag.

Mijn belangstelling voor dit onderwerp werd gewekt, toen ik binnen de therapieën in aanraking kwam met een aantal cliënten met verstoord hechtingsgedrag. Binnen de PMT werd gewerkt aan verschillende thema's. Deze thema's hadden allen te maken met de gevolgen van het verstoord hechtingsgedrag. Ik ben van mening dat het belangrijk is om ook te werken aan het hechtingsgedrag zelf, wat in mijn scriptie voornamelijk naar voren komt in het allemansvriendgedrag, om zo invloed te kunnen uitoefenen op de gevolgen van de problematiek. Vanuit deze redenering kwam ik bij het boek van mevrouw A. Vreugdenhil. Zij is een psychotherapeut die een aantal behandelingen heeft geschreven die gericht is op het verstoord hechtingsgedrag.. De differentietherapie van mevrouw A. Vreugdehil heb ik als richtpunt voor mijn scriptie genomen.

Tijdens het schrijven van deze scriptie heb ik veel steun en begeleiding gekregen. Op stage kreeg ik de ruimte om vragen te stellen over de cliënt die in mijn scriptie een belangrijke rol speelt. Hiervoor wil ik Olfert Molenhuis bedanken en mijn collega's van het PPG waar ik terecht kon met mijn vragen over hechtingsproblematiek bij licht verstandelijk beperkten. In het bijzonder wil ik Dienneke Jol bedanken voor de vele gesprekken die we gevoerd hebben. Ik vond het fijn dat ik met al mijn vragen rondom het tot stand komen van mijn scriptie bij haar terecht kon en zij de tijd nam om elke keer weer een nieuw hoofdstuk door te nemen en mij van feedback te voorzien.

Ruth Binnendijk,
januari 2010

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Inhoudsopgave	3
Inleiding	4
Hoofdstuk 1 Casusbeschrijving	
1.1 Casusomschrijving	5
1.2 Classificerende beschrijving	5
1.3 Kritische beschrijving	6
1.4 Hermeneutische beschrijving	7
1.5 LECS beschrijving	7
Hoofdstuk 2 Hechting en verstoord hechtingsgedrag	
2.1 Inleiding	8
2.2 De ontwikkeling van hechtingstheorieën	8
2.3 Verstoord hechtingsgedrag	9
2.4 Allemansvriendgedrag	10
Hoofdstuk 3 Verstandelijke beperking en hechtingsgedrag	
3.1 Inleiding	11
3.2 Verstandelijke beperking	11
3.3 Hechtingsgedrag bij licht verstandelijke beperkten	11
Hoofdstuk 4 Differentiatietherapie	
4.1 Inleiding	13
4.2 Differentiatietherapie	13
4.3 De fasen van de differentiatietherapie	13
Hoofdstuk 5 Differentiatietherapie en PMT	
5.1 Inleiding	15
5.2 Definitie PMT	15
5.3 PMT bij licht verstandelijke beperkten	15
5.4 Theoretische kaders	16
5.5 Therapeutische attitudes	17
5.6 Differentiatietherapie en psychomotorische therapie	18
5.7 Schema: PMT activiteiten	19
Hoofdstuk 6 Conclusie	
6.1 Inleiding	21
6.2 Conclusie	21
Literatuurlijst	23

Inleiding

Tijdens mijn stage kwam ik in aanraking met JM¹. JM is een jongen met een licht verstandelijke beperking en een verstoord hechtingsgedrag. Toen JM binnenkwam en ik hem voor het eerst zag, wilde ik mij voorstellen door hem een hand te geven. Dit lukte niet omdat hij direct mijn middel greep en mij een knuffel gaf. Op dat moment was ik verbaasd maar tegelijkertijd ook geraakt. Vanaf dit moment werd ik steeds meer gefascineerd door JM. Ik heb besloten om mijn case-study over JM te schrijven waarin zijn gedrag, wat in de literatuur beschreven wordt als allemansvriendgedrag, centraal staat.

Mijn eindstage liep ik dit jaar bij GGZ Drenthe op de Psychiatrische Polikliniek voor Gehandicapten (PPG). De PPG behandelt mensen met een verstandelijke beperking in alle leeftijdscategorieën. Naast de verstandelijke beperking hebben deze mensen psychische problemen en/of gedragsproblemen.

Binnen de PPG heb ik diverse behandelplannen van cliënten gelezen. Zo ook van een aantal cliënten met verstoord hechtingsgedrag. Opvallend in deze behandelplannen is dat de behandelingen vooral gericht zijn op de gevolgen die een verstoord hechtingsgedrag met zich meebrengen zoals het niet kunnen samenspelen, agressieve buien en het niet kunnen tonen van emoties. Het verstoorde hechtingsgedrag zelf wordt in mindere mate behandeld.

Mevrouw A. Thoomes-Vreugdenhil is psychotherapeut en heeft verschillende boeken en artikelen over hechtingsproblematiek geschreven. Daarnaast heeft zij ook drie behandelingen ontwikkeld en één daarvan is de differentiatietherapie waarin het allemansvriendgedrag naar voren komt. In de uitwerking van mijn scriptie wil ik onderzoeken of ik de uitgangspunten van de differentiatietherapie kan gebruiken binnen de psychomotorische therapie.

In mijn scriptie staat de volgende vraagstelling centraal:

“Op welke wijze kan de psychomotorisch therapeut gebruik maken van de methodiek differentiatietherapie, gericht op allemansvriendgedrag, in zijn behandeling bij licht verstandelijke beperkte kinderen met een verstoord hechtingsgedrag.”

In het eerste hoofdstuk van mijn scriptie beschrijf ik de casus van JM waarop mijn scriptie gebaseerd is. JM is een cliënt met een verstoord hechtingsgedrag wat zich voornamelijk uit in allemansvriendgedrag. Het tweede hoofdstuk gaat over hechting en verstoord hechtingsgedrag. In dit hoofdstuk beschrijf ik kort de ontwikkeling van hechtingstheorieën, ga ik in op de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie en beschrijf ik de betekenis van allemansvriendgedrag. In het derde hoofdstuk komt de hechting bij kinderen met een verstandelijke beperking aan bod. Hierin bekijk ik hoe een licht verstandelijke beperking wordt gedefinieerd, hoe is het hechtingsgedrag bij licht verstandelijke beperkten en wat kan psychomotorische therapie bieden bij deze doelgroep. In het vierde hoofdstuk komt de differentiatietherapie van A. Vreugdenhil naar voren. Hierin beschrijf ik de opbouw van deze behandeling. In hoofdstuk vijf geef ik een korte uitleg van wat psychomotorische therapie inhoudt en beschrijf ik hierbij drie theoretische kaders. Vervolgens beschrijf ik hoe de psychomotorische therapeut de uitgangspunten van de differentiatietherapie kan toepassen bij licht verstandelijk beperkten. Als laatste komen mijn conclusies aan bod.

¹ Vanwege privacyredenen zijn de namen van de cliënt en direct betrokkenen gewijzigd.

Hoofdstuk 1 Casusbeschrijving

1.1 Casusomschrijving

JM is een jongen van 11 jaar oud. Hij functioneert op een zwak begaafd niveau. JM is vaak vrolijk en opgewekt. Af en toe heeft JM een dag dat hij van alles wil, maar dat er niets lukt of dat hij iets moet doen wat hij niet wil. Dat uit zich dan in dwars gedrag, zoals schreeuwen, stampvoeten of weglopen uit de situatie. JM woont nu vijf jaar in kindervoorziening 'Ons Huis'. Dit is een leefgroep waar nog zeven kinderen in de leeftijd van 5 tot en met 13 jaar wonen. In deze groep ligt het accent op veiligheid, geborgenheid en een stabiele opvoedingssituatie waarin structuur en continuïteit geboden wordt. JM vertoont op de groep uitdagend en claimend gedrag. Dit uit zich in niet luisteren, de persoon aanhalen alsof het zijn moeder betreft, lachen bij correcties of weglopen als iemand hem roept. Dit gedrag komt nog sterker naar voren wanneer er een nieuwe begeleider komt. JM zoekt regelmatig lichamelijk contact door middel van knuffelen, tegen begeleiders aanhangen of zonder te vragen bij begeleiders op schoot springen. Hierin wordt JM begrensd en afgeremd. JM gaat vijf dagen per week naar het speciaal onderwijs.

Toen JM binnenkwam en ik JM voor het eerst zag, wilde ik mij voorstellen door hem een hand te geven. Dit lukte niet omdat hij direct mijn middel greep en mij een knuffel gaf.

Maart 2009 is JM gestart met PMT. Binnen PMT zie je dat JM erg op zichzelf is en veel in zijn eigen belevingswereld zit. JM is erg vrij wat betreft het zoeken van lichamelijke nabijheid. Hij doet dit ook bij mensen die onbekend zijn voor JM. JM heeft binnen de therapie veel structuur en duidelijkheid nodig.

Doelstellingen binnen PMT zijn:

- meer inzicht krijgen in het gedrag van JM.
- JM leren om rekening te houden met anderen.
- JM leren omgaan met afstand en nabijheid.
- JM leren samenspelen en -werken.

In deze eerste fase van PMT wordt er gewerkt aan de thema's: leren samenspelen en rekening houden met anderen. Binnen de PMT is het mogelijk om de aanpak meer te richten op het verstoord hechtingsgedrag. Wat bij JM uit in allemansvriendgedrag.

1.2 Classificerende beschrijving

JM is een jongen met een licht verstandelijke beperking en een verstoord hechtingsgedrag. Daarnaast is er bij JM nog sprake van PDD NOS en ADHD. Vanwege de complexiteit van deze problematiek die niet direct aansluit op de in deze scriptie behandelde vraagstelling, wordt dit niet verder behandeld.

In november 2008 is JM getest met de WISC-III². Deze test geeft aanwijzingen over de leermogelijkheden van het kind. JM kwam uit op een Totaal IQ van 57. Verbaal IQ 58, Performa IQ 61. Wanneer je IQ tussen de 50 en 70 is, wordt er gesproken van een licht verstandelijke beperking.

² De Wechsler IQ test is voor kinderen van 6-16 jaar.

Binnen 'Ons Huis' zijn er diverse testen afgenomen bij JM. De conclusie van de orthopedagoog van 'Ons Huis' is:

"JM is een jongen van 11 jaar die functioneert op zwakbegaafd niveau. Bij JM is er sprake van hechtingsproblematiek. Verder is er bij JM sprake van een groot verschil tussen zijn cognitieve ontwikkeling en zijn sociaal-emotionele ontwikkeling. Uit de Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS) komt naar voren dat JM sociaal-emotioneel functioneert op het niveau tussen de 18 en 36 maanden".

De orthopedagoog van het PPG heeft vast gesteld dat JM een reactieve hechtingsstoornis heeft. Het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) geeft hiervan de volgende beschrijving:

Reactieve hechtingsstoornis op vroege kinderleeftijd

- A. Duidelijke gestoorden en niet bij de ontwikkeling passende sociale bindingen in de meeste situaties, beginnend voor het vijfde jaar zoals blijkt uit ofwel 1 ofwel 2:
 - 1. aanhoudend en niet in slagen de aanzet te geven tot of te reageren op de meeste sociale interacties, op een bij de ontwikkeling passende manier zoals blijkt uit buitensporige geremdheid, overmatige waakzaamheid of sterk ambivalente en tegenstrijdige reacties (bijvoorbeeld het kind kan reageren op verzorgers met een mengeling van toenadering, afstand nemen of weigeren getroost te worden of kan verstijfd op de hoede zijn).
 - 2. oppervlakkige hechtungen zoals blijkt uit kritiekloze vriendelijkheid met duidelijk onvermogen om passende selectieve hechtungen te tonen (bijvoorbeeld buitensporig vrijpostig ten opzichte van betrekkelijk vreemden of een gebrek aan selectiviteit in de keuze van de hechtungsfiguren).
- B. De stoornis in criterium A is niet enkel te verklaren door een achterstand in de ontwikkeling (zoals bij zwakzinnigheid) en voldoet niet aan de criteria van een pervasieve ontwikkelingsstoornis.
- C. Pathogene zorg zoals blijkt uit ten minste één van de volgende:
 - 1. aanhoudende veronachtzaming van de basale emotionele behoeften van het kind aan troost, aanmoediging en affectie
 - 2. aanhoudende veronachtzaming van de basale lichamelijke behoeften van het kind
 - 3. herhaald wisselen van de vaste verzorgers hetgeen de vorming van een stabiele hechting verhindert (bijvoorbeeld frequent veranderen van pleegzorg)
- D. Er is reden te veronderstellen dat de zorg in criterium C verantwoordelijk is voor het gestoorde gedrag in criterium A (bijvoorbeeld de stoornissen in criterium A volgden op de pathogene zorg in criterium C).

Kijkend naar het gedrag van JM is vooral de tekst bij A2 herkenbaar. JM zoekt lichamelijk contact bij verschillende personen. Zo kan hij bijvoorbeeld bij bekenden en onbekenden op schoot springen. Hij lijkt hierin geen onderscheid in personen te maken.

1.3 Kritische beschrijving

Bij deze beschrijving gaan we er vanuit dat de omgeving alles bepaalt in de ontwikkeling van het kind.

Beide ouders zijn psychiatrische patiënten bij GGZ Drenthe. JM is zowel in affectief als pedagogisch opzicht ernstig tekort gekomen. Vader en moeder zijn niet eenduidig in de opvoeding. Moeder begrenst JM door hem op te sluiten in zijn kamer. Hierdoor heeft moeder nog enige controle over hem. Moeder houdt geen rekening met JM, zo snijdt zij zichzelf in de polsen in het bijzijn van JM. Vader bezit de opvoedkundige vaardigheden die JM nodig heeft ook niet. Wanneer vader de situatie niet aankan, loopt hij weg.

De kinderrechter heeft in 2004 een ondertoezichtstelling (OTS) uitgesproken. De raad voor de kindbescherming heeft een maatregel verzocht vanwege:

- de onstabiele en zorgelijke opvoedingssituatie
- vrijwillige hulpverlening werd niet langer verantwoord geacht
- JM een kind is met beperkingen die specifieke bemoeienis en zorg vragen.

1.4 Hermeneutische beschrijving

Bij deze beschrijving gaat het vooral om verklaren, uitleggen en begrijpen.

JM werd na een normaal verlopen zwangerschap zes weken te vroeg geboren. Na de geboorte was JM slap, blauw en ademde hij slecht. JM werd direct bij zijn moeder weggehaald. JM heeft drie dagen aan de beademing gelegen en mocht na drie weken na huis. Bij JM werd een motorische ontwikkelingsachterstand geconstateerd toen hij vijf maanden oud was. Vanaf deze leeftijd heeft hij fysiotherapie gevolgd maar zijn ontwikkeling bleef achter. Op driejarige leeftijd werd het gedrag van JM moeilijker. Hij was vaak dwars en liet zich niet corrigeren. Als JM iets wilde dat hem niet lukte werd hij ontzettend boos, maar liet zich niet helpen. Op vierjarige leeftijd ging JM naar een school waar hem gecombineerd onderwijs en zorg wordt aangeboden. JM zit nu nog steeds op dezelfde school. JM heeft in een jaar tijd in verschillende crisistehuizen gewoond en vanaf zijn vijfde jaar woont hij in kinderwoonvoorziening 'Ons Huis'. In deze groep ligt het accent op veiligheid, geborgenheid en een stabiele opvoedingssituatie waarin structuur en continuïteit geboden wordt. Deze punten zijn erg belangrijk voor JM. Tegelijkertijd kan 'Ons Huis' niet de veiligheid, stabiliteit en geborgenheid bieden van een gezin. Binnen 'Ons Huis' heb je altijd te maken met verschillende begeleiders/opvoeders. JM woont nu zes jaar bij dezelfde leefgroep. JM heeft vier keer per jaar contact met zijn vader en op deze dagen gaan ze een dagje uit. Met zijn moeder is regelmatig contact. Zij komt af en toe op de woensdagmiddag op bezoek. Door deze verschillende aspecten is de kans groter dat JM een verstoord hechtingsgedrag ontwikkeld.

1.5 LECS beschrijving

Lichamelijk:

Lichaamsbeeld

JM is een lange jongen met een tenger postuur. Hij heeft donkerblond haar, blauwe ogen en heeft een twinkeling in zijn ogen. JM ziet er verzorgd uit.

Houdingsbeeld

JM loopt rechtop, maakt drukke bewegingen met zijn armen en handen.

Bewegingsbeeld

JM loopt ongecontroleerd met zijn benen, het lijkt alsof hij tijdens het rennen zal struikelen over zijn eigen voeten. Wanneer JM enthousiast is, rent hij 'fladderend' door de zaal.

Emotioneel:

Wanneer iets niet lukt of anders loopt dan hij verwacht, wordt JM snel boos op het materiaal. JM lacht vaak tijdens de oefeningen en zoekt op zulke momenten veel lichamelijk contact met iedereen. JM heeft een emotionele leeftijd van rond de twee jaar. Hier is sprake van een beginnende identiteitsontwikkeling, maar hij is vooral nog afhankelijk van, voor hem, belangrijke andere personen.

Cognitief:

JM heeft een licht verstandelijke beperking. Met een Totaal IQ van 57 (WISC-III). JM denkt veel in de ik-vorm, dit past bij zijn sociale-emotionele ontwikkeling.

Sociaal:

JM vertoont dominant gedrag. Dit uit zich in het willen bepalen van de (spel)regels. Binnen de therapie betreft JM anderen niet in zijn spel.

Hoofdstuk 2 Hechting en verstoord hechtingsgedrag

2.1 Inleiding

Ieder kind wordt geboren met het vermogen om relaties aan te gaan met zijn opvoeders. De baby beschikt over vaardigheden om het contact met de ouders uit te lokken en vast te houden. De ouder reageert op deze signalen door contact te bieden. Ieder kind heeft de instinctieve drang om zich aan zijn opvoeders te hechten. Hierdoor ontstaat een band tussen opvoeders en kind. Het ontwikkelen van deze band wordt gehechtheid genoemd. Deze ontwikkeling begint kort na de geboorte en blijft zich voortzetten gedurende de eerste twee tot drie jaar.

Gehechtheid uit zich op de volgende manieren: (Bowlby, 1996)

- Baby's zullen zich richten tot personen met wie ze een gehechtheidrelatie hebben als ze getroost moeten worden of honger hebben.
- Baby's worden gemakkelijker gekalmeerd door verzorgers aan wie zij zich gehecht hebben.
- Baby's vertonen weinig angst voor deze vertrouwde verzorgers.

Aan het einde van het hoofdstuk wordt het allemansvriendgedrag beschreven en hoe deze in uiting komt bij kinderen met verstoord hechtingsgedrag.

2.2 De ontwikkeling van hechtingstheorieën

De eerste studies over het hechtingsproces zijn afkomstig van de dierenpsycholoog Lorenz. Hij zag hechting als een belangrijk evolutionair principe in dienst van de instandhouding van de soort (Lorenz, 1993). Een pas geboren jong is zo hulpeloos dat als het eenmaal zijn beschermende moeder is kwijtgeraakt het geen enkele kans heeft om te overleven. Slechts bij enkele apensoorten wordt een jong dat zijn moeder kwijt is, verzorgd door andere moederdieren. Het is dus van levensbelang dat een jong onmiddellijk na de geboorte er van wordt doordrongen wie zijn moeder is en wie hij moet volgen, dit proces wordt imprinting genoemd. De eigenschappen waar het jong zijn moeder aan herkend kunnen per soort verschillend zijn. Een jong kan zijn moeder bijvoorbeeld herkennen aan haar harige vacht of hoe zij beweegt.

Eén van de pioniers die onderzoek heeft verricht omtrent hechting is John Bowlby (in van IJzendoorn, 1994). Hij benadert hechting vanuit ethologisch standpunt. John Bowlby benadrukte het belang van interactie tussen moeder en kind om een goede hechting tot stand te laten komen.

Bowlby blijft dicht in de buurt van de dierenpsychologie. Hij gaat er vanuit dat een baby zich maar aan één volwassene kan hechten, relaties met anderen komen pas later tot stand en worden afgeleid van de relatie met de moederfiguur.

Bowlby geloofde dat met name een sensitieve houding van de moeder voor de signalen van het kind zorgde voor de totstandkoming van een veilige hechting. Een kind voelt zich veilig wanneer het weet dat het bij de ouder terecht kan voor zorg en aandacht. Dit gevoel van "zich veilig voelen" begint al in de baarmoeder. Positieve gevoelens bij een kind ontstaan bijvoorbeeld wanneer de moeder het "leven" gaat voelen en haar buik affectief aanraakt. In deze fase begint de wisselwerking tussen de ouder en het kind (Veldman, 1985). Na de geboorte van het kind staat in de eerste maanden verzorging en koestering centraal, waarbij lichamelijk contact essentieel is. Een baby wordt gedragen, gewiegd, vastgehouden, vindt het prettig om geknuffeld te worden en om de borst of de fles te krijgen. Er is een lichamelijke behoefte, waar via het lichaam antwoord op wordt gegeven om te komen tot een veilige hechting. Bowlby stelde dat deze primaire verzorgingsrelaties even noodzakelijk zijn als het verstrekken van voedsel, verzorging en structuur.

2.3 Verstoord hechtingsgedrag

Een kind met een verstoord hechtingsgedrag reageert anders op verlies of verstoring van een relatie, bijvoorbeeld met woede, verdriet, huilbuien, angst en opstandig gedrag. Een verstoorde hechting kan veroorzaakt worden door een opgelopen trauma, waardoor een hechtingsbeschadiging ontstaat: een blijvend patroon van angstige en/of vervormde hechtingsgedragingen dat de mogelijkheden van het kind verstoort om bevredigende relaties met anderen aan te gaan. In eerste instantie gaat dat om de relatie met zijn ouders, later breidt dit zich uit tot alle relaties, zowel de vriendschappelijke als de meer intieme. Dit kan veroorzaakt worden doordat het kind zijn ouder(s) verliest, door dood, een ernstige ziekte of (dreiging van) zelfmoord. Ook kan veel stress door hereniging met een ouder na een langdurige afwezigheid iets zijn waar veel getraumatiseerde kinderen mee te maken krijgen. Hereniging kan een reële bedreiging vormen voor een kind dat bijvoorbeeld misbruikt is door de ouder. Ook het niet beschikbaar zijn van de ouders kan een oorzaak zijn van een verstoorde hechting.

Thoomes-Vreugdenhil (2006) spreekt in haar boek 'Behandeling van hechtingsproblemen' over hechtingsgestoord en relationeel gestoord. De gehechtheidswijze bij:

1. hechtingsgestoord is het niet-gehecht zijn. Het kind heeft geen gelegenheid gehad zich te hechten, het maakt geen onderscheid tussen volwassenen. Het kind vermijdt gehechtheid, dat is het gedrag dat geconstateerd wordt en waarom de gehechtheidswijze bij deze problematiek vermijgend gehecht genoemd wordt.
2. Bij relationele gestoordheid is er wel sprake van gehecht zijn, maar de gehechtheid is afgebroken. De hechtingsfiguren hebben geen continuïteit kunnen bieden het kind is hierdoor teleurgesteld in de gehechtheid. Het kind weert gehechtheid af maar verlangt er tevens naar. Het gedrag laat daarmee een ambivalente gehechtheidswijze zien.

In een poging een alternatief te vinden om gehechtheidsproblematiek te kunnen indelen (anders dan de DSM IV), geeft Zeanah (2000) de volgende indeling.

- 1: non-attachment: het kind maakt geen onderscheid tussen volwassenen.
- 2: secure-basestoornis: het kind heeft een ernstig gestoorde relatie met een speciale verzorger.
- 3: afgebroken gehechtheidsrelatie: het kind reageert op het verlies van een gehechtheidspersoon.

Met als uitgangspunt de gegeven indeling van gehechtingsgedrag (Zeanah & Boris) wordt per subtype aangegeven wat de verschijnselen zijn.

Non-attachment kan zich uiten als:

teruggetrokken gedrag, waarbij het troost zoeken, affectie tonen, vertrouwen op hulp beperkt is. Ongedifferentieerd sociaal gedrag, allemansvriendgedrag.

Secure-basestoornis kan zich uiten als:

gedrag dat kenmerkt wordt door aanklampen en geremdheid, het kind gaat niet op onderzoek uit maar klampt zich vast aan de verzorger. Gedrag waarin een grote mate van alertheid en meegaandheid te constateren valt. Het kind is gericht op de verzorger om te voorkomen dat deze ontstemd raakt, het lijkt bang te zijn voor de gehechtheidspersoon.

Afgebroken gehechtheidsrelatie kan als verschijnsel geven:

gedrag waarmee het kind reageert op het verlies van een gehechtheidspersoon: opeenvolgend protest, wanhoop en afstandelijkheid.

Een vaste begeleider en een stagiaire (het is haar tweede stagedag) zijn op de groep van JM aanwezig. JM vraagt aan stagiaire: "Mieke wil je me helpen met poepen".

2.4 Allemansvriendgedrag

Bij hechtingsgestoordheid kenmerkt het gedrag zich door het niet beklijven van zowel regels als zorg voor de omgeving en zorg voor relaties. Dit betekent in gedragstermen: allemansvriend zijn, inwisselbaarheid van volwassenen en onverschilligheid voor mensen, kleding en voorwerpen. Allemansvriend zijn betekent dat in de benadering van mensen, zowel vreemden als bekenden, geen grenzen gehanteerd worden. Het kind loopt naar een vreemde volwassene toe en vraagt wat het op dat moment nodig heeft. Het kind gaat tegen de vreemde aan staan, klimt op schoot, pakt zijn hand, al naar gelang zijn behoefte. Bij bekenden (groepsleiding, pleegouders) wordt dit verschijnsel ervaren als grensoverschrijdend in de vorm van kleverigheid: voortdurend tegen de groepsleiding aanleunen, aan hen zitten en hen verbaal vasthouden met vragen. Dit gedrag laat het kind zien als het iets nodig heeft. Moet het iets doen in de taaksfeer, dan negeert het de groepsleiding, loopt zonder herkenningsteken langs hen heen en hoort niets. Hart de Ruyter (1963) typeert dit gedrag als 'allemansvrienden als ze verwend worden, allemansvijanden als ze gefrustreerd worden'. Het 'allemansvriend zijn' is te begrijpen als aangeleerd gedrag van een kind dat heeft ervaren dat er geen specifieke volwassene beschikbaar is, waardoor het kind 'het' zo veel mogelijk zelf moet doen en zo nodig, gebruik moet maken van een willekeurige volwassene.

Als tweede verschijnsel is het inwisselbaar zijn van de volwassene voor het kind. Soms lijkt het of er een band tussen groepsleider en kind ontstaan is, maar als de groepsleider na een aantal dagen terugkomt, is het kind gericht op een andere collega. Het kind heeft een volwassene nodig en is afhankelijk van de zorg van een volwassene om te kunnen leven en wendt zich tot wie er is. Inwisselbaar zijn is evenals het allemansvriend zijn te begrijpen als onbekend zijn met de ervaring dat er een volwassene is voor wie je als kind belangrijk bent, die voor je zorgt en je geeft wat je nodig hebt. De volwassene die een kind dat geeft, is voor het kind uniek, dus niet inwisselbaar.

Hoofdstuk 3 Verstandelijke beperking en hechtingsgedrag.

3.1 Inleiding

Er is tot nog toe weinig onderzoek gedaan naar de hechting van kinderen met een verstandelijke beperking. De vraag of deze kinderen een even grote kans hebben op het ontwikkelen van een veilige gehechtheidsrelatie is dus nog niet eenduidig te beantwoorden. In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe je het hechtingsgedrag bij verstandelijke beperkten eventueel kunt verklaren.

3.2 Verstandelijke beperking

Er is een trend om niet meer te spreken van gradaties in verstandelijk onvermogen, maar in het niveau van ontwikkeling. Men deelt de verschillende vormen op in niveaus van ondersteuning. Van geen of lichte tot volledige ondersteuning, dit om het gevoel van eigenwaarde en de eigenheid van de persoon beter te kunnen beschermen.

Het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) maakt onderscheid tussen milde, middelmatige, zware en zeer zware retardatie:

- Milde retardatie (lichte verstandelijke beperking). 75% van de mensen met een verstandelijke beperking behoort tot deze groep. Het gaat om mensen met een intelligentiequotiënt (IQ) van 50 tot 70. Deze vorm werd voorheen ook wel debiliteit of debilitas genoemd.
- Middelmatige retardatie (matige verstandelijk beperking) komt voor bij 18% van de verstandelijk beperkte personen, waarbij het gaat om mensen met een IQ van 35 tot 50 (imbeciliteit, of imbecilias).
- Zware retardatie (ernstige verstandelijke beperking) houdt in dat er, behalve een IQ van 20 tot 35, ook een minimaal communicatief gedrag, een zwakke motorische ontwikkeling en behoefte aan constante supervisie is. Zo'n 7% van de gevallen valt in deze subcategorie.
- Diepe retardatie (diepe verstandelijke beperking) komt slechts voor in 1% van de gevallen en duidt op een IQ van minder dan 20. Mensen die hieraan lijden, hebben behoefte aan een structurerende omgeving, zintuiglijke stimulering en voortdurend toezicht. Slechts in uitzonderlijke gevallen is er (minimale) spraak.

JM heeft een IQ van 57, dit houdt in dat hij een milde retardatie heeft, een licht verstandelijke beperking.

3.3 Hechtingsgedrag bij licht verstandelijk beperkten

Uit een aantal onderzoeken blijkt dat veel van de licht verstandelijke beperkten een gedesorganiseerd reactiepatroon van gehechtheid laten zien. Het kind vertoont geen coherent hechtingspatroon, dat wil zeggen, het gehechtheidsgedrag is op cruciale momenten niet te verenigen met één van de georganiseerde gehechtheidstrategieën (veilig, vermijdend, afwerend). Dat kan zich uiten in chaotisch, tegenstrijdig, bizar en angstig gehechtheidsgedrag in de aanwezigheid van de hechtingsfiguur.

De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie bij verstandelijk beperkten.

Als een gehechtheidsrelatie gevormd is, kan deze relatie veilig of onveilig zijn. Met de begrippen veiligheid en onveiligheid duiden we de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie aan. Als een kind een gehechtheidsrelatie heeft gevormd, hangt het voor een belangrijk deel van de sensitiviteit van de ouder af of de kwaliteit van de relatie veilig of onveilig zal zijn. Iemand is sensitief als hij in staat is de signalen van het kind waar te nemen, te begrijpen en daar snel en adequaat op weet te reageren. Een kind met een sensitieve ouder leert dat deze beschikbaar is in perioden van stress en een veilige

basis biedt voor het kind. Dat betekent dat een kind met een sensitieve ouder een veilige gehechtheidsrelatie kan hebben, maar met de andere, misschien minder sensitieve ouder, een onveilige gehechtheidsrelatie. Veilige gehechtheid is dus een kenmerk van de relatie tussen het kind en de ouder en niet een eigenschap van het kind, zoals bijvoorbeeld het temperament. Het is niet altijd gemakkelijk om sensitief te reageren. Sommige kinderen hebben een moeilijk temperament (driftig, moeilijk in de omgang), andere kinderen zijn extreem verlegen en bang of geven signalen af die moeilijk te begrijpen zijn. Hoewel sensitief reageren op het kind de grootst mogelijke kans biedt dat het zich veilig hecht, is het geen garantie.

Van kinderen die een veilige gehechtheidsrelatie hebben weten op te bouwen, is bekend dat zij op latere leeftijd gemakkelijker vriendschappen sluiten en emotioneel stabiel zijn dan kinderen die onveilig gehecht zijn (Wijnroks e.a, 2006).

JM was een baby die weinig bewoog, zijn lichaam was slap en hij huilde zelden. Ouders van JM konden hem de hele dag alleen en zonder aandacht in de box laten liggen.

Kinderen met een verstandelijke beperking zouden door hun beperkte denkcapaciteit meer moeite kunnen hebben om meer complexe verwachtingen over het gedrag van hun ouders of verzorgers op te bouwen. Het is niet ondenkbaar dat dit soort kinderen door hun cognitieve beperkingen alleen maar verwachtingen over het gedrag van anderen kunnen opbouwen als de ouder/verzorger iedere keer op exact dezelfde wijze reageert. De meeste ouders/verzorgers zullen echter iedere keer weer net even anders reageren.

Een verklaring die nog nauwelijks is onderzocht bij kinderen met een verstandelijke beperking, is dat de oorzaak van een gedesorganiseerde gehechtheid gezocht moet worden in de kwaliteit van de opvoeder- kind interactie, met name de sensitiviteit van de ouder (zie ook Juffer, Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2005). Het is mogelijk dat ouders van deze kinderen te maken hebben met gevoelens van onverwerkt verlies, omdat deze ouders, zoals Janssen, Schuengel & Stolk (2002) suggereren, er niet in slagen hun voorstelling van een gezond kind in overeenstemming te brengen met de realiteit van het ouderschap van een kind met een stoornis of beperking. Ouders zijn hierdoor tijdelijk of permanent onvoldoende beschikbaar voor hun kind en de sensitiviteit ontbreekt om adequaat te reageren op hun kind. Een ander belangrijk punt is dat de hechtingssignalen die deze kinderen vertonen dermate complex en tegenstrijdig kunnen zijn, dat zij voor iedereen lastig te interpreteren zijn. De meeste ouders/verzorgers zullen problemen ondervinden bij het interpreteren van deze signalen, zelfs als vaststaat dat zij voldoende sensitiviteit vertonen in de opvoeding van hun andere, gezonde en normaal begaafde kinderen. (Wijnroks, 2004)

Ouders van JM hebben onvoldoende affectieve band opgebouwd vanwege hun psychische problemen. Zij waren niet in staat om adequaat te reageren op de behoeften van JM.

Hoofdstuk 4 Differentiatietherapie

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de differentiatietherapie van Thoomes-Vreugdenhil beschreven, waarin alle fasen van deze therapie naar voren komen.

4.2 Differentiatietherapie

Deze therapie is ontwikkeld voor de behandeling van jonge kinderen (tot vijf jaar) in het kindertehuis. Bij behandelingen voor hechtingsproblemen is een onderscheid gemaakt tussen hechtingsgestoord en relationeel gestoord gedrag, dit gedrag heeft geleid tot verschillende behandelingsvormen. Lange tijd werden deze kinderen benoemd als verwaarloosd. Voor hen was weinig hoop op een duurzame relatie, niet op korte termijn en later ook niet. Een behandeling die hen zou willen helpen relaties aan te kunnen gaan en relaties te kunnen onderhouden zou zich moeten richten op ontwikkeling van gehechtheidsgedrag.

Jos Hendrickx³ noemde het begrip differentiëren. Differentiëren is de kern van de behandeling geworden en wel om het volgende.

In de ontwikkeling van een kind komt het differentiëren na het hechten. Eerst zijn er de ouders die er zijn voor het kind, ze zijn de specifieke personen voor het kind, de gehechtheidspersonen. Het kind onderscheidt vader/moeder van anderen die vreemd voor hem zijn; daarmee differentieert het tussen personen. Het differentiëren tussen personen is verbonden met gehechtheid. Tevens wordt door het differentiëren en daarmee door gehechtheid de wereld van het kind begrensd.

Door deze begrenzing leert het kind, onder andere, differentiëren tussen de verschillende volwassenen en ervaart het geborgenheid.

Deze begrenzing en differentiatie, en daarmee geborgenheid, heeft het kind met gehechtheidsproblematiek niet of niet voldoende ervaren. Zijn wereld is daarmee onbegrensd. Er is geen specifieke volwassene die de verantwoordelijkheid en de zorg voor zijn leven duurzaam op zich neemt. Het hechtingsgestoorde kind leert zichzelf te redden, dit wordt ook wel overlevingsgedrag genoemd. In zijn gedrag komt dat tot uiting in het 'gebruiken' van volwassenen, in het allemansvriend zijn.

Het kind moet eerst ervaren hebben wat differentiëren is voordat het zelf kan gaan differentiëren.

4.3 De fasen van de differentiatietherapie

De behandeling richt zich op de ontwikkeling van gehechtheidsgedrag, waaronder we verstaan: zich richten op (nabijheid zoeken van) een specifieke volwassene.

Het gedrag van het hechtingsgestoorde kind is getypeerd als allemansvriendgedrag. In dit gedrag zien we het niet-differentiëren: het kind differentieert niet tussen de verschillende volwassenen. Maar zorgen dat het kind zich richt op één of meerdere specifieke volwassenen vraagt om een ommekeer in het kind. Het kind heeft dit niet geleerd, en heeft de mogelijkheden om te onderscheiden niet in zijn 'pakket'(werkmodel; van IJzendoorn, 1994) zitten.

In de psychotherapeutische behandeling gaat het differentiatieproces van start. Dit gebeurt door middel van:

³ Jos Hendrickx was tijdens zijn leven een bekend gezinstherapeut en hoofdredacteur van het Handboek Gezinstherapie.

1. De eetfase: differentiatie op de tong.

In de kamer waar de behandeling plaatsvindt liggen verschillende etenswaren van verschillende substantie: hard, zacht, knapperig, smeltend.

De begrenzing ligt in deze fase ten eerste in de begrensde situatie: gedekte tafel, samen eten. Verder gelden de begrenzing van de behandelkamer, zoals de tijdsduur van de sessie, het omgaan met materiaal, het omgaan met elkaar.

Tijdens het eten verwoordt de therapeut wat er gegeten wordt. De gedachte hierachter is dat in de ontwikkeling van het kind het onderscheiden van voorwerpen door baby's via de mond wordt ervaren.

Vanaf het begin staat de differentiatie in dienst van de relatie. De therapeut verwoordt gedragingen zonder emoties, als een feit. Gaandeweg de sessies toont de therapeut steeds iets meer emoties.

2. Differentiatie van het gevoel: deze fase loopt door het hele proces heen.

In de eetfase wordt hier al een begin mee gemaakt. Verschillende gevoelens zoals leuk, vervelend, vrolijk worden kort aangestipt. Gaandeweg wordt hier steeds meer nadruk op gelegd en worden er steeds meer gevoelens benoemt.

3. De zorgfase:

Differentiëren in het samen doen, hierbij horen leuke dingen en noodzakelijke dingen, bijvoorbeeld de afwas. In het samen doen, zit een belangrijk aspect namelijk: samen zorg dragen voor 'onze' spullen.

4. Differentiatie van het gevoel in de handen: sensopathisch spel met water en zand (Vermeer, 1968).

Deze fase volgt op de eetfase en is een vervolg van wat concrete differentiatie genoemd kan worden, het is tastbaar. De begrenzing ligt hierbij vooral in de regel dat het zand in de zandbak en het water in de waterbak blijft en de modder in de 'natte zandbak'. De begrenzing is eveneens concreet, net zoals in de eetfase. Het kind moet de differentiatie overnemen. In de leefgroep/het gezin wordt de differentiatie zoals die in de psychotherapie is begonnen, overgenomen. De onderscheiding in het dagelijks leven worden zo veel mogelijk verwoord.

In de differentiatie therapie leert het kind differentiëren en gaat dan ook onderscheid maken tussen personen. Als dat gebeurt is het gehechtheidproces gestart.

Het leren differentiëren is een proces, door steeds de verschillen te verwoorden in smaak, gevoel etc. wordt een beroep gedaan op de cognitieve functie. En op deze manier worden de structuren van de werkelijkheid onderkend en is de wereld van het kind begrensd.

Hoofdstuk 5 Differentiatietherapie en PMT

5.1 Inleiding

Om duidelijk te krijgen wat PMT is, begin ik dit hoofdstuk met een definitie. Daarna zullen drie theoretische kaders en therapeutische attitudes benoemd worden om de behandelwijze vanuit de theorie te ondersteunen. Vervolgens beschrijf ik op welke manier ik de differentiatietherapie kan integreren in de PMT.

5.2 Definitie PMT

Een definitie van PMT volgens de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT website):

"Het tot stand brengen van een gedragsverandering of tenminste een bijdrage te leveren daaraan en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te verminderen". De psychomotorische therapie biedt een veilige plek om te experimenteren met ander gedrag. Ook kunnen nieuwe ervaringen op het gebied van voelen en denken opgedaan worden. Tijdens de psychomotorische therapie "krijgt men de gelegenheid om leerervaringen en correctieve emotionele belevingen op te doen".

De therapeut beïnvloedt de deelnemer, zodat de deelnemer in staat wordt gesteld om aan zijn problemen te werken, met als doel dat de deelnemer met zijn problematiek kan omgaan of dat het geen probleem meer vormt. De therapeut zorgt dat de deelnemer zich veilig voelt en "aan het werk" kan gaan.

5.3 PMT bij licht verstandelijk beperkten

Psychomotorische therapie wordt steeds meer toegepast bij cliënten met een verstandelijke beperking, die 'vastlopen' in relatie met hun omgeving. Aangezien licht verstandelijk beperkte kinderen in tegenstelling tot normaal begaafde leeftijdsgenoten minder inzicht hebben in wat er om hen heen gebeurt, zij concreet denken en hun abstractieniveau minder is ontwikkeld, sluit de PMT, waarin wordt gewerkt vanuit concrete hier en nu situaties, goed bij hen aan. De PMT heeft een non-verbaal karakter. De kracht van PMT ligt in het gegeven dat het een ervaringsgerichte manier van werken is. Doordat licht verstandelijk beperkte kinderen vooral leren vanuit ervaringen in de praktijk, en de PMT hierbij aansluit, is er bij hen eerder sprake van borging in het lichaam dan wanneer men in de therapie gericht is op cognitieve vaardigheden. Dit omdat de cognitie juist beperkt is bij licht verstandelijk beperkte kinderen.

De modaliteiten die in de therapie naar voren komen zijn; 'oefenen', 'ervaren' en 'ontdekken'. De oefengerichte-functionele strategie is gericht op stabilisering en op het ontwikkelen en/of herstellen van de functies van het lichaam. Hiervan is bijvoorbeeld sprake bij een aanbod gericht op spanningsregulatie. Meestal vindt een dergelijk aanbod gestructureerd, trainingsachtig plaats. Ook fitness- en sportactiviteiten, gericht op functionele aspecten als beweeglijkheid, lenigheid, uithoudingsvermogen, kracht, maar tevens lichaamsbewustwording, ademhalingstraining, en sterk gedragsgeoriënteerde trainingen maken deel uit van deze strategie.

De ervaringsgerichte-stimulerende strategie is primair gericht op het aanbieden van concreet-lichamelijke nieuwe of alternatieve ervaringen en daarmee op het uitbreiden van mogelijkheden en het gedragsrepertoire. Het ontwikkelen van of herontdekken van (bewegings) mogelijkheden kan ook onderdeel van deze strategie zijn en daarmee bevat deze strategie dus elementen van identiteitsversterking, zelfontplooiing en persoonlijkheidontwikkeling.

Te denken valt aan het werken met contextmanipulatie binnen bewegingssituaties, bewegingsimprovisatie en bewegingsexpressie, Sensory Awareness.

5.4 Theoretische kaders

In deze paragrafen worden theoretische kaders en attitudes benoemd om de behandelwijze vanuit de theorie te ondersteunen.

Humanistische benadering

Deze benadering wordt ook wel “clientcentered” (Rogers, 1969) genoemd om de centrale betekenis van de cliënt als uniek individu te benadrukken. Binnen de cliëntgerichte benadering, staat de belevingswereld van de cliënt centraal. Rogers gaat ervan uit dat de mens van nature goed is en dat die zich onder normale omstandigheden ontwikkelt tot een sociaal wezen met een groot vermogen tot zelfverwerkelijking (Lang, 1997). Als de persoon opgroeit en verder groeit in een omgeving met goede menselijke relaties, gekenmerkt door veel onvoorwaardelijke positieve waardering, kan zelfverwerkelijking worden bereikt. Een kind zal in een omgeving waarin het wordt geaccepteerd zoals het is, positieve zelfwaardering ontwikkelen. De mens wordt gezien als een relationeel wezen, mens en wereld zijn voortdurend met elkaar in interactie. Wanneer deze onvoorwaardelijke acceptatie ontbreekt, raakt het kind geleidelijk aan vervreemd van zichzelf en komt de mogelijkheid tot zelfverwerkelijking in gedrang. Een kind met een onveilige gehechtheidsrelatie en een licht verstandelijke beperking is een uniek en relationeel wezen dat niet tot zelfverwerkelijking is gekomen. In de PMT kan het kind met een onveilige gehechtheidsrelatie en een licht verstandelijke beperking positieve ervaringen opdoen in interactie met anderen en zich van daar uit verder ontwikkelen. In de behandeling staat de interactie tussen de cliënt en de therapeut centraal. Vanuit de cliëntgerichte benadering wordt gestreefd naar autonomie. Afhankelijk van de mate van de beperking zal een kind met een licht verstandelijke beperking nooit helemaal autonoom kunnen functioneren. Het zal altijd voor een deel begeleiding en ondersteuning nodig hebben. Binnen deze benadering kan er ‘geoefend’ en ‘ervaren’ worden (modaliteiten PMT).

Behavioristische benadering

Deze stroming wordt ook wel de gedragstherapeutische benadering genoemd. Elk gedrag zou te herleiden zijn tot een combinatie van eenvoudige gedragselementen die zijn aangeleerd (Eelen & Perreijn, 1997). Centraal in deze benadering staat de mens als lerend wezen. Men gaat ervan uit dat elk gedrag zowel aan als af te leren is. Belangrijk om te weten is hoe dit aangepakt dient te worden. De mens wordt gezien als een meetbaar wezen. Zij is in hokjes te stoppen, zij is classificeerbaar. De gedragstherapeutische benadering is oefengericht en gaat ervan uit dat de wereld, door een bepaalde stimulus, invloed heeft op menselijk gedrag.

Bij ziek gedrag heeft de mens de goede vaardigheden niet geleerd. Hij heeft niet de goede stimulus gekregen. Door als therapeut de optimale stimulus te geven, kan er geprobeerd worden de respons optimaal te krijgen. Hiervoor ligt veel verantwoording bij de therapeut. Er zijn veel kenmerkende aspecten voor de gedragstherapeutische benadering die ook belangrijk zijn bij het behandelen van kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie en licht verstandelijke beperking. Dit is bijvoorbeeld het oefenen en inslijpen van een ervaring of bepaald gedrag door herhaling. Oefenen is de PMT-strategie die binnen deze benadering centraal staat. Herhaling zorgt ook voor voorspelbaarheid en voorspelbaarheid zorgt voor veiligheid die zo belangrijk is om (opnieuw) tot stand te brengen bij het kind met een onveilige gehechtheidsrelatie (Molenaar, K., 2005). Structureren is een aspect binnen de gedragstherapeutische benadering en is erg belangrijk voor zowel een kind met een onveilige gehechtheidsrelatie als een licht verstandelijk beperkt kind, omdat het net als herhaling ook zorgt voor voorspelbaarheid en veiligheid.

Kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie en licht verstandelijke beperking kunnen uit zichzelf minder overzicht bewaren, dus is het belangrijk om hen doormiddel van structuur in de sessie overzicht en duidelijkheid te bieden. Door de voorspelbaarheid die uit dit alles voortkomt, kan het kind op de therapeut rekenen, gaat het zich veilig voelen en wordt er ruimte gecreëerd om te gaan oefenen. Een stapsgewijze opbouw wat kenmerkend is binnen de gedragstherapeutische benadering staat ook centraal in de behandeling van kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie. De

therapeut moet een vertrouwde en veilige relatie hebben met de cliënt wil hij over kunnen gaan op een affectief bevestigend contact. Binnen de gedragstherapeutische benadering gebeurt alles in het hier en nu en worden de oefeningen concreet aangeboden. Dat is voor licht verstandelijke beperkte kinderen die weinig inzicht hebben en moeite hebben om situaties met elkaar te kunnen vergelijken een belangrijk aspect en daarom belangrijk binnen het aanbieden van activiteiten in de PMT.

Psychodynamische benadering:

De psychodynamische benaderingen vormen de oudste psychotherapeutische benaderingen. Zij stammen af van de theorie van Freud. De verschillende vormen van psychodynamische therapie hebben een aantal overeenkomsten: Ze gaan ervan uit dat de patiënten vaak niet weten waarom ze iets doen, dat onbewuste gevoelens en wensen een rol spelen, dat ze moeilijke en angstwekkende gevoelens hebben weggestopt of dat ze er juist door overspoeld worden. Binnen de behandeling van kinderen met een verstandelijke beperking, is het niet mogelijk om inzichtgevend te werken. Binnen de psychodynamische benadering is het objectrelatiemodel ontwikkeld. Het objectrelatiemodel benadrukt het belang van de eerste relaties uit ons leven. Het legt minder de nadruk op innerlijke driften. Theorieën vanuit dit model zijn ontwikkeld naar de vroegkinderlijke emotionele gehechtheid. Onder een 'objectrelatie' wordt een innerlijke representatie (beeld) verstaan van de relatie met een belangrijke ander (De Wolf, 2002). Met 'object' wordt een persoon bedoeld. Het innerlijk beeld geeft de manier weer waarop deze relatie beleefd is.

De eerste relaties, meestal met de ouders, hebben veel invloed op de manier waarop we later in het leven staan. Ze zijn verinnerlijkt en vormen in die zin een soort blauwdrukken, oftewel schema's, over hoe relaties in elkaar zitten. Deze schema's of innerlijke representaties, ook wel aangeduid als innerlijke objecten (ouders), weerspiegelen de wijze waarop het kind zijn omgeving heeft beleefd. Als je een moeder hebt gehad die onbetrouwbaar was, is de kans groot dat je beeld van relaties en de verwachtingen die je daarvan hebt, negatief zijn.

De therapieën vanuit de objectrelatietheorieën richten zich meestal op andersoortige problematiek dan de klassieke psychoanalytische therapieën. Het gaat hier om verstoorde separatie-individuatieproblematiek, waarbij de ik-opbouw verstoord is.

5.5 Therapeutische attitudes

De drie therapeutische attitudes die hieronder beschreven worden komen vanuit de theoretische kaders, zoals beschreven in paragraaf 5.4.

Humanistisch benadering

Binnen de behandeling van het kind met een onveilige gehechtheidsrelatie en licht verstandelijke beperking, is het belangrijk dat de therapeut empatisch is. Dat betekent dat hij zich moet kunnen inleven in de belevingswereld van de cliënt. Hij moet de cliënt ook laten merken dat hij diens gedachten en gevoelens meebeleeft alsof ze van hemzelf zijn (Rogers, 1957). Hiernaast dient hij onvoorwaardelijk waarderend en oprecht te zijn in het contact met de cliënt (Lang, 1997). Door de houding van de therapeut ervaart de cliënt dat hij zichzelf kan en mag zijn. De cliënt merkt dat hij wordt geaccepteerd door de ander. Hij wordt gewaardeerd als persoon: "Jij bent goed, je GEDRAG is niet acceptabel".

Behavioristisch benadering

Binnen de gedragstherapeutische benadering is aandacht voor het gedrag van de mens door belonen en straffen een belangrijk aspect. Aangezien straffen voor een kind met een onveilige gehechtheidsrelatie over kan komen als "alweer afgewezen worden", moet de therapeut het straffen vermijden. Door negatief gedrag te negeren (in plaats van af te straffen), kan het negatieve gedrag van het kind uitdoven. Wat in deze gedragstherapeutische benadering onder andere naar voren komt, is de positieve bekrachtiging van het gedrag van een cliënt, wat leidt tot herhaling van dit gedrag. Al probeert het kind de therapeut uit, wat voorkomt bij kinderen met een onveilige

gehechtheidsrelatie. Door het kind positief te blijven bekrachtigen wordt er gezorgd voor onvoorwaardelijke waardering. Positief bekrachtigen, belonen en succeservaring laten beleven zijn belangrijke aandachtspunten voor de therapeut. Door positief gedrag te belonen en daarnaast negatief gedrag te negeren, kunnen verkeerde vaardigheden omgezet worden in juiste vaardigheden. In de therapie heeft de therapeut een sturende en structurerende attitude.

Psychodynamische benadering

De attitude van de therapeut is bij de meer steunende benadering actiever en minder neutraal dan bij de openleggende vormen van therapie. De therapeut vult iets aan wat de patiënt heeft moeten ontberen. Belangrijke attitudepunten zijn: steunen, structureren, benoemen, angsten van patiënten kunnen opvangen en verdragen, veilige omgeving bieden om te leren en het innerlijke van de patiënt op een bevestigende manier kunnen spiegelen.

5.6 Differentiatietherapie en psychomotorische therapie.

Voordat de eerste fase start, wordt er begonnen met een kennismakingsperiode. Deze periode heeft als doel het reguleren van gedrag. Dat wat geleerd wordt zijn regels die de organisatie van het samenleven regelen. Voorbeelden: met speelgoed sla je een ander kind niet. Bij deze fase horen straffen en belonen, zoals in de behavioristische benadering. De straffen volgen zo veel mogelijk direct op het gebeuren en zijn van korte duur, bijvoorbeeld enkele minuten op een stoel zitten. De beloningen zijn niet-materieel, bijvoorbeeld een koestering of een waardierend woord. De gedachte hierbij is dat het in de behandeling om relatievorming gaat (humanistisch mensbeeld), en dat is een niet-materiële zaak. Hechtingsgestoorde kinderen zijn vanuit hun overlevingsgedrag op materiële zaken gericht.

Binnen de differentiatietherapie vindt de kennismakingsperiode en de eerste fase thuis of op de groep van de cliënt plaats. Binnen de PMT wordt de therapie meestal gegeven in een zaal waar ruimte en materialen zijn om te bewegen. Wanneer de eerste keer gelijk in de zaal zal plaatsvinden zijn er tegelijk veel veranderingen, de belangrijkste zijn nieuwe ruimte, omgeving en onbekende therapeut. Om deze veranderingen wat te minimaliseren is het belangrijk dat de therapeut de eerste drie tot vijf keer (hangt af van de behoefte van de cliënt) thuis bij de cliënt komt. In deze periode kan de therapeut invoegen in het 'wereldje' van de cliënt, door bijvoorbeeld samen te gaan spelen met het speelgoed van de cliënt, samen televisie te kijken, samen een computerspelletje te spelen of iets anders wat de cliënt leuk vindt om te doen. Na drie tot vijf weken, komt de cliënt naar de zaal om daar de therapie voort te zetten. Wanneer de cliënt dit prettig vindt mag ouder of een begeleider mee de zaal in.

De eerste fase van de differentiatietherapie is de eetfase, binnen de PMT is het niet geschikt om elke week in de zaal een diner voor te bereiden. Ten eerste zullen de meeste instellingen geen keuken en dergelijke tot zijn beschikking hebben. Ten tweede is eten niet gerelateerd aan bewegen of lichaamsgericht werk. Deze fase kan binnen de PMT dus niet plaatsvinden. In deze eerste fase komen wel verschillende punten naar voren die de therapeut kan gebruiken als thema's binnen de PMT, zoals: grenzen en begrenzen, omgaan met materiaal en omgang met elkaar. Binnen de therapie is het belangrijk dat de therapeut constant verwoordt welke gedragingen hij ziet bij de cliënt. Deze gedragingen worden eerst verwoordt zonder emoties als een feit en gaandeweg toont de therapeut steeds iets meer emoties.

In de tweede fase, de differentiatie van het gevoel. Dit punt heeft in de eetfase zijn begin gemaakt. In deze fase kan de therapeut steeds meer emoties noemen, zoals verdriet, boosheid, eenzaam voelen. Deze fase loopt door het hele proces heen. Binnen de PMT zal de therapeut steeds meer emoties benoemen tijdens de activiteiten.

JM zei lachend tegen mij toen we samen over de bank moesten lopen, dat ik te dik ben. Ik gaf aan dat ik dit niet leuk vindt en hier verdrietig van wordt als hij dit zegt.

De zorgfase is de derde fase van de differentiëtherapie. Deze fase komt terug in het hele behandelingsproces. Deze fase is ook een belangrijk thema binnen de PMT. De punten die in deze fase belangrijk zijn, kunnen als thema's in de PMT gebruikt worden. De thema's zijn: Samen zorgdragen voor het opbouwen en afbreken van de materialen, samen zijn en samenwerken.

JM wil niet helpen opruimen, hij wil in het klimrek klimmen en rent naar het klimrek en begint met klimmen. Ik vertel aan JM dat ik het alleen niet kan en dat ik het niet leuk vindt om alles zelf op te ruimen. Dan komt JM me helpen met het opruimen van de materialen.

De vierde fase is de differentiatie van het gevoel in de handen. Deze fase komt na de eetfase. Het leren differentiëren is een proces, door steeds de verschillen te verwoorden in gevoel, emoties en ook het tastbaar voelen met de handen. Bij het tastbaar voelen wordt een beroep gedaan op de cognitieve functie, dit is belangrijk om de wereld van het kind te begrenzen.

JM mag met zijn handen onder een kleedje voelen zonder te kijken, onder dit kleedje liggen verschillende sport- en spel materialen. JM mag beschrijven wat hij met zijn handen voelt wanneer JM één materiaal vastheeft. JM heeft een egelbal in zijn handen, hij beschrijft dit als koud, rond en prikkelend. Wanneer ik vraag of dit wel of niet fijn is, geeft JM dat dit geen fijne bal is. Hij legt hem snel weer neer.

5.7 Schema: PMT activiteiten

Hieronder heb ik een schema gemaakt. In de eerste kolom zijn de fasen van de differentiëtherapie af te lezen. In de tweede kolom staan de thema's die ik gekoppeld heb aan deze fasen. In de derde kolom heb ik voorbeelden van PMT activiteiten beschreven die bij deze thema's passen en waarin de belangrijkste punten van de differentiëtherapie naar voren komen.

Fase van de differentiëtherapie	PMT thema's	Voorbeelden van PMT activiteiten
1: De eetfase	- Grenzen aangeven - Omgaan met materiaal - Omgang met elkaar.	De therapeut maakt met de cliënt (omgang met elkaar) een tent in de zaal van de materialen die in de zaal liggen (omgaan met materiaal). De grenzen worden aangegeven dat alleen gebruik gemaakt mag worden van de materialen die in de zaal liggen en niet ook nog de materialen die in de toestellenhok liggen.
2: Differentiatie van het gevoel	-Emoties benoemen tijdens de activiteiten. - Emoties kennen en herkennen.	Blokjesvoetbal, hockey en trampoline springen. Binnen de activiteiten benoemt de therapeut steeds een emoties, zoals bijvoorbeeld dat de therapeut ervan baalt dat ze verloren heeft, heel blij is dat ze een punt scoort of dat ze het spannend vindt om voor de eerste keer op de trampoline te springen.

3: De zorgfase	- Samen opbouwen en afbreken - Samen zijn - Samenwerken.	De therapeut en de cliënt (samen zijn) hebben 3 matjes en nog wat klein materiaal zoals shuttle, tennisballen en pittenzakjes. Samen moeten ze naar de overkant van de zaal (samenwerken), maar ze mogen niet op de grond komen. De cliënt helpt de therapeut om de materialen te pakken en na de activiteit weer op te bergen.
4: Differentiatie van het gevoel in de handen	- Tastbaar voelen	Cliënt mag met zijn handen onder een kleedje voelen en beschrijven welke materialen hij voelt en differentiëren in bijvoorbeeld hard - zacht, warm – koud, glad – ruw.

Een groot verschil tussen de differentietherapie en de PMT is dat er binnen de differentietherapie er elke dag samen wordt gegeten, dit betekend dat de band tussen de cliënt en de therapeut sneller zal groeien. Door het intensieve contact is het mogelijk dat er sneller vooruitgang wordt geboekt. Binnen de PMT is er het maximale contact van twee keer per week. Dit kan een nadeel zijn. Dit betekend niet dat het onmogelijk is om de cliënt te leren differentiëren en het allemansvriendgedrag te doen afnemen.

Hoofdstuk 6 Conclusie

6.1 Inleiding

Binnen de PMT wordt vaak aan de gevolgen van het verstoord hechtingsgedrag gewerkt. In mijn scriptie heb ik juist gekeken naar een mogelijke behandeling van het verstoord hechtingsgedrag zelf. In mijn scriptie heb ik me gericht op het allemansvriendgedrag bij kinderen met verstoord hechtingsgedrag. Mevrouw A. Vreugdenhil heeft voor dit gedrag de differentiatetherapie ontwikkeld. In dit hoofdstuk beschrijf ik de conclusies die ik naar aanleiding van mijn vraagstelling heb getrokken.

6.2 Conclusie

De vraagstelling die in mijn scriptie centraal staat is:

“Op welke wijze kan de psychomotorisch therapeut gebruik maken van de methodiek differentiatetherapie, gericht op allemansvriendgedrag, in zijn behandeling bij licht verstandelijke beperkte kinderen met een verstoord hechtingsgedrag.”

In verschillende boeken lees je theorieën over hechting en verstoord hechting. Zo zijn er veel verschillende ‘vormen’ van verstoord hechtingsgedrag. In mijn scriptie gaat het over allemansvriendgedrag. Wanneer kinderen in de babytijd niet in staat zijn om zich te hechten aan één of meerdere hechtingsfiguren kan er verstoord hechtingsgedrag ontstaan, wat zich onder andere kan uiten in allemansvriendgedrag. Om te overleven leert het kind zichzelf aan om alle volwassenen te gebruiken.

Bij licht verstandelijke beperkte kinderen zie je vaak een verstoord hechtingsgedrag. Wat de reden hiervan kan zijn is nog onbekend en hier is nog weinig onderzoek naar gedaan, maar er zijn wel verschillende componenten die er mee te maken kunnen hebben. Om een goede hechtingsrelatie tussen hechtingsfiguur en kind te krijgen is het belangrijk om sensitief te reageren op het gedrag van het kind. Dit houdt in dat de hechtingsfiguur snel en adequaat weet te reageren op de signalen van het kind. Wanneer het kind verstandelijk beperkt is, is de kans groter dat het kind signalen geeft die moeilijk te begrijpen zijn. Zo zie je bij JM dat de ouders niet de kwaliteiten hadden om sensitief te reageren op de behoeften van JM. Dit heeft mogelijk te maken met de psychische problemen van beide ouders.

PMT is een therapie die goed aansluit bij verstandelijk beperkten. De thema’s die binnen de PMT aan bod komen zijn oefen- en ervaringsgericht. Dit sluit nauw aan bij de differentiatetherapie. Door te oefenen leer je binnen de differentiatetherapie te differentiëren in smaak, gevoel, sensorische tastbaarheid, emoties en uiteindelijk ook in mensen. De differentiatetherapie van mevrouw A. Vreugdenhil is niet geschreven voor kinderen met een licht verstandelijke beperking. Toch hoeft de verstandelijke beperking geen belemmering te zijn om deze therapie te kunnen volgen, aangezien het binnen de PMT thema’s gaat om het ervaren en het herhalen. Daarom denk ik dat het mogelijk is dat het differentiëren van volwassenen zal integreren bij deze doelgroep. Het is wel mogelijk dat het wat meer tijd kost bij kinderen met een licht verstandelijke beperking omdat zij meer moeite hebben met leren en hierin meer ondersteuning nodig hebben van de therapeut.

De differentiatetherapie bestaat uit vier fasen. Deze vier fasen kunnen niet zonder aanpassingen gebruikt worden binnen de psychomotorische therapie. Als concreet antwoord op de vraagstelling heb ik in paragraaf 5.6. een schema uitgewerkt. De belangrijkste aspecten van de verschillende fasen heb ik terug laten komen in de PMT thema’s die beschreven staan in dit schema.

In de eerste fase zijn dat: grenzen aangeven, omgaan met materiaal en omgang met elkaar.

In de tweede fase zijn dat: emoties kennen en herkennen.

In de derde fase zijn dat: samen zijn, samenwerken en samen opbouwen en opruimen.

Mogelijk kan er binnen de PMT, de kern van de differentietherapie (het differentiëren in mensen) niet gehaald worden. De voornaamste reden hiervan is de minder intensieve relatie. Er is binnen de PMT geen dagelijks contact met de cliënt mogelijk omdat er vanuit een ambulante setting wordt gewerkt. Wanneer de kern niet gehaald wordt is de therapie geen verspilde moeite of tijd. De thema's die hierboven staan beschreven bij de verschillende fasen zijn doelen op zich en kunnen ook los van het differentiëren behaald worden.

In mijn scriptie heb ik onderzocht hoe de differentietherapie gebruikt kan worden binnen de PMT. Ik heb dit niet ten uitvoer gebracht, aangezien het hier gaat om een jarenlang proces. Dit betekent dat ik ook geen uitspraken kan doen over eventuele resultaten.

Literatuurlijst

Boeken

- Thoomes-Vreugdenhil, J.C.A. (red.) (2006). Behandeling van hechtingsproblemen.
- Broos, D. & Dun, van, K., 1997, Hou me (niet) vast, hulpverlening en hechtingsstoornis. Apeldoorn: Garant
- Reycken W. van der & Deth R. van (2004), Psychiatrie, van diagnose tot behandeling, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Egmond, van, G., 1987, Bodemloos bestaan – problemen met adoptiekinderen. Baarn: Ambo.
- IJzendoorn, van, M.H., 1994, Gehechtheid van ouders en kinderen: intergenerationele overdracht van gehechtheid in theorie, (klinisch) onderzoek en gevalsbeschrijvingen, Houten en Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum
- Koster van Groos, G.A.S., 2001, Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Lang, G., Humanistische theorieën. In: van der Molen, H.T., Perreijn, S. & van den Hout, M.A. (red.), 1997, Klinische psychologie - theorieën en psychopathologie. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Lange, de, G., 1991, Hechtingsstoornissen, orthopedagogische behandelingsstrategieën. Assen: Dekker & Van de Vegt.
- Wijnroks, L., 2006, Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis, het onderkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking. Utrecht: Lemma BV
- NVPMT. (2008). Beroepsprofiel
- Thoomes-Vreugdenhil, J.C.A. (2000). Relationeel gestoord en hechtingsgestoord: een onderscheid in verwaarlozingsproblematiek. *Kinder & Jeugd Psychotherapie*, 27, 3, 6-20.
- IJzendoorn, R. van, Zegers, M., Schuengel, C., Venmans, J.: Onderzoek, diagnostiek en methodiek bij de gehechtheidsstrategieën van zeer problematische jongeren.
- Hofs, N. & Kooiman, L. (1999). Vasthoudtherapie of holding bij kinderen met hechtingsproblemen. *O'Dokter*. Augustus, 8-9.
- Lange, G. de. (2002). Relatiegestoorde kinderen. Twee opvoedingsstijlen bij hechtingsstoornissen. Assen: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum.

Literatuur reader

- IJzendoorn, M.H. (2001). Gehechtheid en therapie: Mentale representaties van gehechtheid in psychotherapie en interventies. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 39, pp. 182-197.
- Broos, D., 2002, Verbinden en loslaten in het omgaan met ernstig hechtingsgestoorde kinderen. In: *Antenne*, juni 2002, pag. 50 - 55
- Henkes, M., & Buitenhuis, J., 1997, Adoptiekinderen: ontwortelt? Buitenlandse adoptiekinderen in de hulpverlening. In: *Vereniging voor speltherapeuten*
- Zeanah, C.H. & Boris, N.W. (2000). Disturbances and disorders of attachment in early childhood. In C.H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pag. 353-368). New York: The Guilford Press.

Internet

- <http://leerlingzorgvo.kennisnet.nl/archief/bijdragen2003/hechtingsstoornissen> v. Berkel, B., artikel kennisnet leerlingzorg archief hechtingsstoornissen, laatst bijgewerkt in juni 2007.
- <http://www.deknoop.org/>
Website opgezet door Stichting de Knoop, ouders van kinderen met een hechtingsstoornis, laatst bijgewerkt in september 2008.