Psychomotorische therapie en bewegingsagogie
Windesheim Zwolle

Hoe kan ik jou helpen, als jij er zo hard tegen vecht?

Over de mogelijkheden die je hebt als therapeut in de behandeling van kinderen met hechtingsproblematiek

Onderzoeksvraag:

Welke methodieken en attitudes binnen de pmt zijn het meest passend bij een kind met een hechtingsproblematiek binnen verschillende therapeutische doelstellingen?

Ellen Pieffers (s1007971)
Scriptiebegeleidster: Lia van der Maas
Scriptiebeoordelaar: Maurits Uijting

Datum: 16-01-2012

Voorwoord

Daar stond ik dan…
Het ene moment zat Koen bij me op schoot, omdat hij ´verdrietig´was, het andere moment kon ik niets zeggen of ik had een schop of een klap te pakken. De eerste keer dat het gebeurde, stond ik helemaal verbouwereerd, ik wist niet wat me overkwam. Doordat Koen nog geen officiële diagnose had gekregen, vroeg ik me af wat er met dit jongetje was gebeurt voordat hij werd opgenomen. Ik geloof dat ik alle mogelijke attitudes geprobeerd heb, maar dat er niet een was waarvan ik dacht, dit is de goede die Koen nodig heeft om zich op zijn gemak te voelen. Toen hij overgebracht werd vanaf de klinische instelling voor Kind- en Jeugdpsychiatrie, waar ik stage liep, naar het Medisch Kinderdagverblijf (MKD) en ik hem niet meer in behandeling had bleef hij in mijn hoofd. Ik ben in gesprek gegaan met collega´s over hem. Al snel werd mij duidelijk dat Koen hechtingsproblemen had, maar wat ik voor hem had kunnen doen bleef voor mij een hele grote vraag…

Zo is deze scriptie tot stand gekomen. Uit eigen ervaring en onwetendheid.
Doordat ik het idee bleef houden dat ik hem niet datgene geboden heb wat hij nodig had, liet dit jongetje mij (ook na mijn stage) niet los. Altijd is de Kind- en Jeugdpsychiatrie de doelgroep geweest die mij het meest geïntrigeerd heeft. Altijd is dat de doelgroep geweest waar ik altijd naar toe heb willen werken. En weer, door deze casus, is dit gevoel bevestigd. In veel van de informatie die ik heb gelezen over hechtingsproblematiek herkende ik dingen van Koen. Vaak las ik dat kinderen met deze problematiek een aantal kenmerken hebben van de veel beschreven kenmerken. Maar voor mijn gevoel had Koen ze allemaal. Ik heb met veel plezier en interesse deze scriptie gedaan. Wel viel het me op dat er niet veel geschreven in de combinatie PMT en hechtingsproblematiek.

Wat ik vooral geleerd heb met het maken van deze scriptie, is hoe deze kinderen denken. Ik ben ze veel beter gaan begrijpen en dat maakt dat ik nu snap dat deze kinderen handelen uit wantrouwen en onmacht. Niemand durven ze te vertrouwen, doordat ze het grootste gedeelte van hun leven zijn teleurgesteld in dat vertrouwen. Ik ben in gaan zien dat deze kinderen geen ‘bodemloze put’ zijn, maar dat er wel degelijk mogelijkheden zijn in de therapie van deze kinderen. Geduld en vertrouwen zijn belangrijke dingen die je moet kunnen opbrengen wanneer je een behandeling begint met een kind met hechtingsproblematiek.

Ik ben blij met het resultaat. Ik heb een beeld kunnen vormen van verschillende methodieken die mogelijk zijn bij de behandeling van kinderen met hechtingsproblematiek. Ook heb ik een duidelijker beeld gekregen van wat je als therapeut nodig hebt om stevig te staan bij deze moeilijk behandelbare kinderen.

Samenvatting

Kinderen hebben vanaf hun geboorte behoefte aan veiligheid en geborgenheid. Wanneer ze geen vertrouwensband aan kunnen gaan met de moeder, of een verzorger, is er een kans dat het kind hechtingsproblemen krijgt. Het kind ziet de wereld als onveilige plek en kan moeilijk relaties aangaan met mensen. Op oudere leeftijd kan het kind kenmerken gaan laten zien als: Aantrek- en afstootgedrag, manipuleren, agressief, impulsief, geen geweten. In de behandeling van deze kinderen zullen doelen als, vertrouwen (met therapeut en met zichzelf); veiligheid; contact maken; lichaamssignalen herkennen; eigenwaarde leren hebben, belangrijk zijn. Binnen psychomotorische therapie is er veel mogelijk in de behandeling van deze doelen.
De therapeut zal ervoor moeten zorgen dat het kind zich op zijn gemak voelt. Vanaf die basis kan verder gewerkt worden aan andere doelen. Als therapeut is het belangrijk vertrouwen, veiligheid en structuur aan te bieden. Het is anderzijds ook belangrijk dat de therapeut begrijpt hoe deze kinderen denken en in de wereld staan. Zo kan de therapeut empathisch zijn richting de kinderen.
Er zijn verschillende methodieken die leidend kunnen zijn voor de behandeling. Zo is de methodiek van Sherborne gericht op het leren kennen van eigen mogelijkheden en het aangaan van relaties met mensen en zijn er methodieken die zich richten op het leren ervaren van lichaamssignalen en het verdragen van nabijheid.

Inhoudsopgave

	Pagina
Voorwoord	2
Samenvatting	3
Inhoudsopgave	4
Inleiding	5
Theoretisch kader	6
Wat is hechting	6
Veilige en onveilige hechting	7
Invloed van ouders op hechtingsproces	7
Kenmerken hechtingsproblematiek	9
Psychomotorische therapie	10
Methode	11
Resultaten	12
-Hechtingsproblematiek vanuit het kind gezien	12
-Beschreven methodieken, behandelthema's en therapeutische attitudes	14
Methodieken	14
Behandelthema's voortkomende uit verschillende methodieken	15
Therapeutische attitudes	16
Tabel overzicht methodieken, behandelthema en therapeutische attitudes	19
Opvallendheden vanuit de tabel	20
Behandeldoelen	20
Therapeutische attitudes	20
De te gebruiken methodieken/modules	21
-Psychomotorische therapie	22
Discussie	23
Conclusie	24
Aanbevelingen	25
Literatuurlijst	26

Inleiding

De aanleiding voor het doen van dit onderzoek, komt voort uit een casus uit eigen ervaring. Doordat het kind extreem wisselend gedrag vertoonde, bleek het moeilijk de goede attitude te vinden, waaraan het kind het meeste behoefte zou hebben.

> *Koen is een jongen van 6 jaar en is klinisch opgenomen op een instelling voor Kind- en Jeugdpsychiatrie. Hij komt op de instelling voor diagnostisch onderzoek. Hij komt onder andere voor een observatieperiode bij de psychomotorische therapie.*
> *Koen laat veel kenmerken zien, die kunnen duiden op een hechtingsproblematiek. Sterk aantrekken en afstoten, manipulatief en de controle vast willen houden, zijn kenmerken die erg naar voren komen tijdens de sessies.*

De probleemstelling was dan ook dat het lastig was een attitude neer te zetten die op een passende manier aansloot op dit kind met een hechtingsproblematiek. Om het geheel nog concreter te maken, zal ook gezocht worden naar methodieken die aansluiten op de behandeling van de hechtingsproblematiek. Deze zullen worden gekoppeld aan de verschillende doelstellingen met de attitudes. Dit alles met als doel om een duidelijk beeld te krijgen van welke methodieken en attitudes te gebruiken zijn bij kinderen met een hechtingsproblematiek en welke het beste aansluiten bij verschillende doelstellingen binnen de behandeling.

De vraagstelling is:

> Welke methodieken en attitudes binnen de pmt zijn het meest passend bij een kind met een hechtingsproblematiek binnen verschillende therapeutische doelstellingen?

In deze scriptie zal een verbinding worden gezocht tussen kinderen met een hechtingsproblematiek en de psychomotorisch therapeut binnen verschillende therapeutische doelstellingen. Concreet zal gezocht worden naar de combinatie tussen de hulpvraag van het kind en de attitude van de therapeut, binnen verschillende methodieken.
Uiteindelijk zal er een overzicht komen van verschillende doelstellingen, met daarin de mogelijke attitudes van de therapeut en wat deze mogelijk voor reacties kan geven vanuit het kind. Als uitgangspunt voor dit onderzoek zal uit gegaan worden van kinderen in de leeftijd rond die van Koen. Onder het theoretisch kader in dit onderzoek is feitelijk beschreven wat een hechtingsproblematiek inhoudt.
Daarna zal gezocht worden naar passende methodieken met bijbehorende behandelthema's. In combinatie hiermee zullen verschillende therapeutische attitudes mogelijk zijn binnen de behandeling. Er zal een overzicht gemaakt worden, waarin referentiekaders; methodieken; modules; behandeldoelen en therapeutische attitudes samen komen.
Uiteindelijk zullen uit dit overzicht conclusies geformuleerd worden, waarna duidelijk wordt wat het meest passend is binnen de behandeling voor kinderen met hechtingsproblematiek.

Ik geloof dat psychomotorische therapie (pmt) een prachtig middel is om te gebruiken voor kinderen met hechtingsproblematieken. Doordat er binnen de pmt veel mogelijkheid voor kinderen is om te spelen en vanuit daar te leren, zullen kinderen met affiniteit voor sport en bewegen veel mogelijkheden hebben zich binnen deze behandeling te ontwikkelen.

Dit zal aan het einde van het onderzoek ook nog verder beschreven worden.

Theoretisch kader

Om erachter te komen wat een hechtingsstoornis precies is, is het van belang te weten waar de verschillen zitten in de ontwikkeling van de hechting van een kind. Wanneer is een kind veilig gehecht en wanneer onveilig? Wat merk je aan een kind met hechtingsproblematiek en wanneer kun je spreken van een hechtingsstoornis?

Wat is hechting(Rosie86, 2010)?

Hechting is de positieve emotionele band die zich ontwikkelt tussen een kind en een specifiek individu. Ieder kind heeft vanaf jongs af aan een verlangen naar nabijheid van een of meerdere personen. Vaak is dit een specifiek individu, maar dit kunnen ook meerdere personen zijn. Dit verlangen komt, volgens John Bowlby (Feldman, 2007) door een sterke behoefte aan veiligheid en zekerheid.

Het eerste levensjaar van een kind is het meest cruciaal voor een veilige of onveilige hechting van het kind. Er zijn 4 fasen van hechting.

Fase 1: *0 tot 3 maanden* (F4J, z.d.)
Vlak na de geboorte beginnen kinderen al met reacties als lachen; huilen, geluidjes maken, Deze reacties zijn in deze fase nog niet gericht op 1 persoon.
Fase 2: *3 tot 6 maanden*
Een baby krijgt in deze fase voorkeur voor een specifiek persoon en reageert hier positiever op. Er is alleen nog niet duidelijk welke persoon dit is. Wanneer het kind zich veilig voelt bij een bepaald persoon, kan dit die persoon zijn. Deze personen kunnen dus steeds verschillende zijn.
Fase 3: *6 tot 8 maanden*
De eerste echte tekenen van gehechtheid worden gezien. Het kind doet echt zijn best, door bewegingen en signalen, de aandacht van een specifiek persoon te trekken en deze aandacht ook te behouden. Wanneer deze persoon weggaat, kan ook een heftige scheidingsangst bij het kind worden veroorzaakt.
Fase 4: *vanaf ongeveer 3 jaar*
In deze fase kan het kind zich inleven in de persoon waar het aan gehecht is en kan het hiermee rekening houden. Het kind kan nu doelen bijstellen of uitstellen omdat het een soort besef heeft van de band met deze persoon. Dit besef oefent op een abstracte manier invloed uit op de hechting.

Wanneer je spreekt over een veilige of een onveilige gehechtheid bij een kind is het belangrijk bewust te zijn over dat gehechtheid te maken heeft met de band die het kind met de ouders heeft en tegelijkertijd ook de ouders met het kind. Wanneer dit veilig is, kan een goede hechting plaatsvinden. Is dit niet het geval, zal het kind hoogstwaarschijnlijk een onveilige hechting kennen.

Eenjarige kinderen kunnen in 3 types van gehechtheid ondergebracht worden, namelijk een *veilige hechting; een angstige hechting en een vermijdende hechting*(Herbert, 1999).

Hoe kinderen in hun babytijd ook gehecht zijn, dit heeft altijd invloed op het gedrag dat ze later laten zien.

Veilige en onveilige hechting

Wanneer we spreken over die ene specifieke persoon, waaraan een kind zich in de babytijd het eerst hecht, hebben we het veelal over de moeder van het kind, of degene die de moeder vervangt. Wanneer alles goed gaat, ontstaat er een band tussen moeder en kind. Deze is gebaseerd op onvoorwaardelijke liefde, zelfopoffering en een verzorgende houding. Een kind dat veilig gehecht is aan zijn verzorger, voelt zich daar veilig en zoekt deze persoon op wanneer het kind angstig is of zich vervelend voelt.

John Bowlby (1907-1990) was een Engelse kinderpsychiater en de grondlegger van de hechtingstheorie. Hij onderzocht en beschreef de grote behoefte van kinderen om zich te hechten aan hun ouders. Volgens hem heeft een veilige hechting alles te maken met de kwaliteit van zorg van de verzorger aan het kind. Rond het eerste levensjaar van het kind zal deze duidelijk voorkeur geven aan een persoon om getroost en geknuffeld te worden.

Het kind zal gaan leren dat de verzorger niet constant in de buurt kan blijven en vanaf het derde levensjaar is het niet meer noodzakelijk dat de verzorger in het zicht blijft. Het kind vindt het goed wanneer hij maar weet dat de verzorger beschikbaar is.

Onveilige hechting

Kinderen hebben voor een gezonde ontwikkeling het gevoel van ‘holding environment’ nodig. Ze moeten het lijfelijke gevoel hebben dat ze vastgehouden en gedragen worden. Hierdoor krijgen ze vertrouwen in degene die ze dit gevoel geeft(Nevid, Rathus & Greene, 2006).

Wanneer er na de geboorte van een kind geen vertrouwensband ontstaat tussen moeder of verzorger en kind, kan dit ernstige gevolgen hebben voor de ontwikkeling van het kind. Het kind zal een verhoogde kans hebben zich moeilijk te kunnen hechten aan mensen en relaties aan kunnen gaan. Kinderen die onveilig gehecht zijn, hebben nooit geleerd dat de wereld niet alleen maar een onveilige en onbetrouwbare plek is. Ze hebben nooit geleerd iemand te vertrouwen en dit zullen ze meenemen wanneer ze ouder worden. Onveilige hechting kan later leiden tot leerproblemen, een lage zelfwaardering en moeite met het aangaan van relaties.

Volgens ontwikkelingspsychologe Mary Ainsworth (Feldman, 2007) en haar beschreven theorie over onveilige hechting (de vreemdesituatieprocedure (LeerWiki, 2008)) zijn er 3 te beschrijven types:
Kinderen met een *angstig-vermijdend hechtingspatroon* zoeken geen nabijheid van moeder/verzorger. Wanneer deze het kind achterlaat, lijken deze kinderen niet van streek te raken. Wanneer moeder terugkomt, lijken ze zelfs de moeder te vermijden.

Kinderen met een *angstig-ambivalent hechtingspatroon* vertonen in combinatie positieve en negatieve reacties op hun moeder. Ze proberen haar nabijheid te zoeken, maar slaan en schoppen ook. Kinderen met een *gedesorganiseerd en gedesoriënteerd hechtingspatroon* vertonen inconsistent en vaak tegenstrijdig gedrag. Ze zoeken moeder wel op, maar maken geen contact. De kinderen uit het laatste type zijn het minst veilig gehecht van deze drie types.

Invloed opvoedingsstijlen van ouders op het hechtingsproces

De manier van opvoeden van ouders naar hun kinderen, is erg van invloed voor het gedrag

wat kinderen laten zien. Ouders hebben een grote invloed op de ontwikkeling van hun kind en kunnen een grote rol spelen in het proces van de gehechtheid van het kind.

In een artikel van Rien Verdult (2007), wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende opvoedingsstijlen van ouders die invloed hebben op het hechtingsgedrag van kinderen. In tabel 1 is het verband weergegeven tussen die opvoedingsstijlen en het hechtingsgedrag van kinderen.

Tabel 1 Verband tussen opvoedingsstijl en hechtingsgedrag bij kinderen en volwassenen

Opvoedingsstijl van de ouders	**Hechtingspatroon bij het kind**	**Relatiepatroon bij de volwassene**
Adequate aandacht	**Veilige hechting**	**Autonoom**
Voldoende ondersteuning	Troost en steun zoeken	Gezond evenwicht tussen hechten en
Oog voor frustraties/Ontreddering Stabiliteit Warmte	Exploreren	exploreren, tussen nabijheid en afstand. Reëel beeld van de kindertijd
Onbereikbare ouders	**Onveilige en vermijdende hechting**	**Gereserveerd**
Opdringerig en tegenstrijdig Eerder teveelstimulatie/verwachtingen Controlerend/invasief	geen troost/steun zoeken 'Makkelijk' kind Niet geraakt / onderkoeld	Devalueren of idealiseren van kindertijd Nadruk op emotionele onafhankelijkheid Gevoelens op afstand
Verstikkend	Doorgaan met exploreren Naar buiten gericht	Alleen vertrouwen op eigen kracht
Onberekenbare ouders	**Onveilig ambivalent gehecht**	**Gepreoccupeerd**
Wisselend beschikbaar	Grote ontregeling bij stress	Overaccentueren van de kindertijd
Weinig responsief Weinig betrokkenheid Weinig stimulatie / Weinig steun Weinig sensitief	Vastklampen en boos Moeilijk te troosten Weinig exploreren	Niet loskomen van de kindertijd Zoeken naar geruststelling Bang voor afwijzing Bang voor nabijheid en verlangen naar nabijheid
Onsamenhangende ouders	**gedesorganiseerd gehecht**	**Gedesoriënteerd**
Tegenstrijdige stimulatie Onvoorspelbaar gedrag Angstaanjagend en bizar gedrag Geen veiligheid	Chaotische hechting Wisselende reacties op scheiding	Persoonlijkheidsstoornissen (veelal borderline)

(Verdult, 2007, naar: Van IJzendoorn, Brisch, De Waal)

Onthechting of verstoorde hechting

Bij kinderen die onthecht zijn van hun ouders of verzorgers is het bijna onhaalbaar om van deze kinderen een zelfstandig en vooral gewetensvolle volwassene te maken, ongeacht de behandeling die ze hebben gehad. Veel vaker dan de onthechte problematiek, komt de verstoorde of onveilige hechting bij kinderen voor. Hier is dan schade geweest in het hechtingsproces, maar er zijn hier nog wel mogelijkheden voor hechting.

Het is dus van groot belang dat een dergelijke onveilige hechting zo snel mogelijk herkend wordt.

Beschermings- en risicofactoren (Rigter, 2002).

Binnen de opvoeding van ouders aan hun kinderen, zijn er verschillende factoren die

belangrijk zijn voor het gehechtheidproces. Zo zijn er beschermingsfactoren, die ervoor kunnen zorgen dat een kind veilig gehecht raakt. Maar zo zijn er ook risicofactoren die ervoor kunnen zorgen dat het hechtingproces niet goed verloopt en het kind mogelijk hechtingproblemen krijgt.
In tabel 2 is een opsomming gemaakt van de risicofactoren van een kind m.b.t. hechtingsproblemen, op kind-, ouder- en omgevingsniveau.

Tabel 2 Risicofactoren op kind-, ouder- en omgevingsniveau

Risicofactoren op kindniveau	**Risicofactoren op ouders- en gezinsniveau**	**Risicofactoren op omgevingsniveau**
Opvallende lichamelijke gebreken van het kind Ongewenst kind Prematuriteit van het kind Aangeboren stoornissen en/of handicaps Moeilijk temperament van het kind	Eigen geschiedenis bij (een van) de ouders van onveilige hechting Verwaarlozing en/of mishandeling van het kind door de ouders Psychische problematiek bij (een van) de ouders Onverwerkt verdriet bij (een van) de ouders Veel wisselende opvoeders Tienermoeders	Geen of gering steunend netwerk van het gezin of de moeder Slechte woonomgeving en huisvesting Recente migratie of vlucht uit moederland

(Jakop Rigter, 2006)

Kenmerken van hechtingsproblematiek

Er zijn vele symptomen die kunnen wijzen op hechtingsproblematiek. Eerst worden de algemene symptomen benoemd en de meest zichtbare symptomen binnen de PMT zullen kort worden verduidelijkt. Dit zal gebeuren vanuit de eerder beschreven casus.

Symptomen van hechtingsproblematiek

- Oppervlakkig contact, charmeren (onechtheid)
- Weinig tot geen oogcontact
- Geen verschil in hartelijkheid richting bekenden en vreemden. (Enerzijds aantrekken, ander moment afstoten).
  Bij Koen was dit gedrag duidelijk te zien in dat hij het ene moment fysiek agressief gedrag liet zien, gericht op de therapeut of andere kinderen in de zaal. Het andere moment kwam hij letterlijk bij de therapeut op schoot zitten en vroeg, door lichaamstaal, om liefde en aandacht en om geknuffeld te worden.
- Niet in staat liefde te geven of te ontvangen
- Kunnen controle niet loslaten, vaak handelen op slinkse en stiekeme wijze.
- Wreed met dieren
- Chronisch, ziekelijk liegen en manipuleren
  Koen was ontzettend goed in de situatie in de gymzaal naar zijn hand zetten. Wanneer hij een klein beetje vrijheid kreeg in het spel, bijvoorbeeld om iets te bouwen, nam hij de gehele leiding en was de therapeut volledig uit zicht. Tijdens spelletjes verzon hij steeds nieuwe regels, zodat hij steeds zou winnen en de therapeut voortdurend verloor. Hij was niet aan te spreken op eerdere gemaakte regels. "Die waren niet gemaakt".
- Leerachterstanden- en stoornissen
- Impulsief handelen en niet denken in oorzaak en gevolg
  Koen zag geen enkel gevaar in dingen die hij deed. Het leek hem niet te raken wanneer hij

viel of zich bezeerde, hier mocht geen enkele aandacht aan besteed worden. Hij dacht niet na voordat hij iets deed en wat dit voor gevolgen kon hebben voor zichzelf of voor anderen in de zaal.

- Geen geweten
  Het leek Koen in de zaal niets te doen wanneer iemand, de therapeut of een ander kind, zichzelf bezeerde door iets wat hij veroorzaakt had. Ook wanneer hij steeds de regels veranderde, waardoor hij constant won, leek hij niet te begrijpen dat dit vervelend kan zijn wanneer anderen dan dus constant verliezen.
- Slechte relatie met leeftijdgenoten
  Koen kon niet samenspelen met andere kinderen. Doordat hij veel vals speelde en veel loog in spelsituaties, wilden andere kinderen dit ook niet meer. Dit resulteerde bij hem alleen maar in meer manipulatief en negatief speelgedrag.
- Veel bezig met geweld, vuur en bloed
- Stelt voortdurend onzinnige vragen, ratelt onafgebroken door.
- Buitensporig veeleisend en plakkerig gedrag
- Passief-agressief gedrag: Woede uitlokken bij anderen
  Koen was erg goed in het manipuleren van de situatie, maar ook in het manipuleren van mensen. Kinderen tegenover elkaar uitspelen en er vervolgens zelf uitstappen alsof hij er niets mee te maken had.
- Geen controle over impulsen
- Kind lijkt zich uitermate thuis te voelen, ook op nieuwe plekken
- Na agressief gedrag richting leeftijdsgenoten/volwassenen, geen spijtbetuiging of schuldgevoel.
- Externaliseren

<u>Psychomotorische Therapie</u>

Psychomotorische therapie is een behandelingsmethode, voor mensen met een psychische problematiek (NVPMT, 2009). Door middel van beweging en lichaamservaring wordt het gedrag van een cliënt geobserveerd en behandeld. Door het experimenten in het gedrag op het denken, voelen en handelen van de cliënt, zal door middel van lichaamservaring ander gedrag aangeleerd worden.

Door bewegingoefeningen en het bewust worden van de psychische klacht zal de klacht verminderd worden, of geheel verdwijnen. Door de therapeut wordt op methodische wijze gebruik gemaakt van interventies gericht op lichaamsbeweging en het bewegingsgedrag.

Methode

Voor dit onderzoek is alleen maar literatuur uit boeken en van internet gebruikt. Er was veel informatie te vinden over hechtingsproblematiek in het algemeen. Hoe ontstaat hechtingsproblematiek en wat zijn de kenmerken ervan. Doordat dit veelal overeen kwam vanuit verschillende bronnen, kon dit als betrouwbaar worden beschouwd.
Doordat er veel informatie te vinden is over hechtingsproblematiek, is er een duidelijke keuze gemaakt in welke informatie er wel werd opgenomen in dit onderzoek en welke niet werd gebruikt.

De feitelijke informatie vanuit het theoretisch kader is vooral uit de opleidingsboeken gekomen, vanuit de opleiding psychomotorische therapie. Daarnaast zijn er aan klein aantal boeken gebruikt die gericht waren op hechtingsproblematiek in combinatie met kinderen en eventuele behandeling. Deze waren niet specifiek gericht op de behandeling in psychomotorisch therapie, maar hier waren vaak wel gerichte behandeldoelen uit te halen. Deze waren dan ook te gebruiken voor de behandeling binnen psychomotorisch therapie.
De informatie over de methodieken, attitudes en bruikbare modules zijn vooral vanaf internet gekomen. Hierin is goed gekeken naar waar de informatie vandaan kwam. Veel informatie kon gehaald worden van internetsites die specifiek zijn opgericht voor hechtingsproblematiek en instellingen waarin deze problematiek expliciet behandeld werd. Deze informatie is vooral gezocht via www.google.com en zijn de meeste gebruikte zoektermen: *hechtingsproblematiek, behandeling hechtingsproblematiek, psychomotorische therapie en hechtingsproblematiek, therapeutische attitudes, methodieken behandeling hechtingsproblematiek* geweest.

Ook is er contact geweest met meerdere psychomotorisch therapeuten die kinderen behandelen binnen deze problematiek. Deze ervaringsdeskundigen konden vooral veel vertellen vanuit welke basis zij de kinderen behandelen.

Er is bewust naar informatie gezocht vanuit een plan, omdat er ontzettend veel te vinden is over hechtingsproblematiek. Van tevoren is er een plan gemaakt, wat de inhoud moest worden van het onderzoek. Natuurlijk zijn hier tijdens het doen van het onderzoek nog een aantal wijzigingen in aangebracht, maar de basis is blijven staan. Vanuit hier kon gericht gezocht worden naar de goede en specifieke onderzoeksresultaten.

Resultaten

Hechtingsproblematiek vanuit het kind gezien

Om erachter te komen waar een kind met een hechtingsproblematiek binnen psychomotorische therapie het meest behoefte aan heeft, qua attitude van de therapeut en de te gebruiken methodieken, is het noodzakelijk te weten waar een kind met deze problematiek eigenlijk om vraagt in zijn gedrag. In het gedrag van een kind met hechtingsproblemen zijn veel duidelijk herkenbare symptomen te zien. Een van de meest zichtbare is het aantrek- en afstootgedrag. Twee compleet verschillende beelden. Wat wil een kind dat dit gedrag laat zien?

Daarom zal eerst aandacht besteedt worden aan welke informatie er is over wat er in het hoofd van een kind met een hechtingsproblematiek omgaat.

Wat een kind met een hechtingsproblematiek vooral gemist heeft in het verleden, is het vertrouwen en de veiligheid bij mensen en in de wereld (Jongsma, z.d.). Het heeft nooit het gevoel gehad mensen te kunnen vertrouwen. De wereld werd alleen maar gezien als onveilige plek, waarin het kind moet zien te overleven. Deze kinderen groeien op in onzekerheid en angst. Ze hebben het idee dat ze in deze harde en wrede wereld moeten zien te overleven, ook al gaat dit ten koste van zichzelf of anderen.

Kinderen met een hechtingsproblematiek kunnen bewust gemeen en kwetsend overkomen richting andere kinderen, maar ook tegen volwassenen. Dit kan een overlevingsmechanisme zijn die ze hebben ontwikkeld, om de controle te houden in de situatie waarin ze zich bevinden.

Wanneer je als therapeut probeert contact te maken met een kind, kan het gebeuren dat het kind je volledig afstoot. Het wil niets met je te maken hebben. Dit is echter gedrag dat voortkomt uit angst. Op het moment dat het kind zich aan jou gaat hechten, weet het ook dat het vroeg of laat ook weer zal moeten onthechten. Het idee van onthechten wordt direct geassocieerd aan pijn en verdriet. Om dat niet te hoeven meemaken, blijft het kind afstandelijk van jou als therapeut. Het kind beschermt zichzelf al om niet de kans te lopen dat het verder beschadigd zal worden. Het zal zich blijven afstoten totdat het zelf de controle weer heeft.

Op veel plekken waar informatie te vinden is over hechtingsproblematiek, wordt steeds teruggepakt naar één reden waarom kinderen met een hechtingsproblematiek verzorgers of hulpverleners zo uittesten in hun gedrag: Ze zijn aan het testen of de ouder/verzorger wel genoeg van het kind houdt, ondanks het gedrag dat het laat zien. Wanneer de ouder boos wordt, ziet het kind dit als een zoveelste bevestiging van afwijzing. Het krijgt het idee dat het alles verkeerd doet. Maar wanneer de ouder lief en geduldig reageert, zal het kind steeds verder gaan in zijn gedrag om dezelfde reactie te krijgen en de volwassene te blijven uittesten.

> *Dit was bij Koen ook erg goed te zien. Hij testte de therapeut ontzettend uit in steeds zijn grenzen te verleggen. Wanneer de therapeut op een strenge manier reageerde, werd Koen boos en liep hij vaak de zaal uit. Hij riep dan dat hij nooit meer wilde komen en terug zou gaan naar de groep. Wanneer de therapeut dan naar hem toe ging in de kleedkamer, was het vaak zo dat hij alweer op de weg terug was naar de zaal om te checken of de therapeut wel achter hem aan kwam. Wanneer de therapeut geduldig en steunend op zijn gedrag reageerde, ging hij alsmaar een stapje verder in zijn gedrag waardoor het leek alsof het allemaal niets uitmaakte.*

Kinderen met een hechtingsproblematiek hebben het vertrouwen nodig dat iemand van ze houdt. Ze gaan erg ver in het krijgen van deze bevestiging. Wanneer ze dit niet krijgen en ze worden afgewezen, wordt hun gevoel van wantrouwen en onveiligheid alleen maar sterker.

Als therapeut zijnde is het belangrijk juist wel een relatie op te bouwen met deze kinderen. Deze relatie moet gaan over wederzijds vertrouwen, respect en veiligheid. Pas dan gaat het kind leren dat er ook mensen zijn die wel te vertrouwen zijn.

Beschreven methodieken, behandelthema's en therapeutische attitudes

Methodieken

- Methodiek van Sherborne (van de Gruiter, 2006)

Deze methodiek is ontwikkeld door Veronica Sherborne. Deze is voortgekomen uit de gehechtheidtheorie van John Bowlby. Zij heeft een bewegingspedagogiek ontwikkeld die zich vooral richt op de vrijheid en zelfstandigheid binnen de eigen grenzen en mogelijkheden van de cliënt. Er wordt gezocht naar wat een kind zelf kan. Het kind kan pas groeien naar de vrijheid en zelfstandig wanneer deze:

1. Het vertrouwen heeft in zijn eigen lichaam
2. De mogelijkheid heeft relaties aan te gaan met mensen

Veronica Sherborne legt een koppeling tussen de fysieke, emotionele en sociale ontwikkeling van het kind. Binnen psychomotorische therapie kunnen deze 2 behandeldoelen, goed nagestreefd worden. Daarom is de methodiek van Veronica Sherborne er één die gebruikt kan worden binnen PMT in de behandeling van kinderen met hechtingsproblematiek.
Naast dat deze methodiek goed te gebruiken is binnen de behandeling, is het ook erg belangrijk dat de therapeut de goede attitude gebruikt binnen de behandeling.
Binnen deze behandeldoelen, waarin het kind wordt blootgesteld aan wie het zelf is en op zoek moet gaan naar zijn eigen mogelijkheden en daarnaast moet leren relaties met anderen aan te gaan, moet de therapeut veel geduld en vertrouwen geven aan het kind. Het kind moet zich op zijn gemak voelen en het idee hebben dat hij er mag zijn.

- Methodiek van de oplossingsgerichte therapie (Therapiehulp.nl (2006)

Deze methodiek is ontwikkeld vanuit het psychodynamisch referentiekader. Gedrag wordt binnen dit kader gezien als een zware innerlijke nood (De Walhoeve, z.d.). Er wordt duidelijkheid en begrip gezocht in hetgeen het kind als trauma te verwerken heeft gekregen. De oplossingsgerichte therapie richt zich, in tegenstelling tot de meeste andere therapieën, niet op de probleemanalyse van de cliënt, maar op de oplossingen en de mogelijkheden. De cliënt wordt vanaf het begin van de therapie aangemoedigd om zich een beeld te maken van een situatie waarin het probleem opgelost is. Er vanuit gaande dat de cliënt de oplossing onbewust al in zich heeft. De cliënt kiest zelf zijn doelen. De enige momenten dat naar het verleden wordt gekeken zijn de successen die de cliënt heeft behaald. Om deze methodiek te gebruiken binnen de hechtingsproblematiek, is het van belang heel secuur te werk te gaan. Alleen maar kijken naar mogelijkheden voor het kind, is een mooi streven om naar toe te werken.

- De methodiek van de ervaringsgerichte therapie (Postural Integration, 2006)

Net als de oplossingsgerichte therapie, is deze ervaringsgerichte therapie ook voortgekomen uit het psychodynamische referentiekader. Binnen de ervaringsgerichte therapie, gaat het erom dat alles er mag zijn. Dat emoties, gedachten en gevoelens er allemaal mogen zijn. Het gaat om ervaren. Wanneer er binnen deze therapie een veilige basis is, kun je als cliënt onderzoeken wat er in je leeft, wat bepaalde situaties met je doen en of je dit bij jezelf herkent. Binnen de hechtingsproblematiek is het belangrijk dat kinderen weten dat alles wat ze denken en voelen er mag zijn en dat ze daarmee niet worden uitgelachen of afgekeurd. Verder kunnen ze leren bepaalde gevoelens en emoties te herkennen en hier uiteindelijk adequaat iets mee te doen.

- Methodiek van de differentiatietherapie *(Thoomes, D. z.d.)*

Deze methodiek is ontwikkeld vanuit de cliëntgerichte therapie en is onderdeel van de psychotherapie.
Deze vorm van therapie is speciaal ontwikkeld voor kinderen die hechtingsgestoord zijn (Thoomes-Vreugdenhil, 2006). Deze kinderen worden als 'allemansvriendjes' gezien en kunnen geen relaties aangaan. Het maakt niet uit welke volwassene er bij ze blijft. Wanneer ze iets willen, kunnen ze dat aan iedere volwassene vragen en bij iedere volwassene op schoot gaan zitten. Iedere volwassene is in het leven van dit kind inwisselbaar.
Deze methodiek gaat uit van de theorie dat differentiëren in relaties met mensen vooraf gaat aan het aan iemand kunnen hechten.
Wat er binnen deze therapie behandeld wordt, is het leren differentiëren in bepaalde relaties. Het kind moet zich bewust worden dat met iedere persoon je weer een ander soort relatie aan hoort te gaan en dat dat ook mag. Dit is bij kinderen met een hechtingproblematiek een ontzettend lange weg, waar veel geduld voor nodig is.

- Methodiek van de fasetherapie (Thoomes, D. z.d.)

Net als de differentiatietherapie is ook de fasetherapie ontwikkeld vanuit de cliëntgerichte therapie en is deze ook onderdeel van de psychotherapie.
Deze vorm van therapie is gericht op kinderen die onderontwikkeld zijn in het vormen van relaties. Anders dan de kinderen binnen de differentiatietherapie, zijn deze kinderen geen 'allemansvriendjes', ze konden zelf spelen en differentiëren. Deze kinderen houden juist afstand van personen. Het grootste probleem van deze kinderen is het niet kunnen verdragen van nabijheid van anderen. Ze willen wel contact, maar hun angst is te groot om daadwerkelijk het contact aan te gaan.
Deze vorm van therapie richt zich op nabijheid en het negatieve zelfbeeld van kinderen met hechtingsproblematiek. Er wordt uitgegaan van dat iedere leeftijdsfase van het kind, eigen nabijheidniveaus heeft.
Heel belangrijk bij deze manier van behandeling is het geen dwang uitoefenen op het kind. Deze therapie wordt pas ingezet wanneer het kind daaraan toe is. Heel belangrijk is alle respect te hebben voor het kind.
Deze twee laatst genoemde methodieken, de differentiatietherapie en de fasetherapie, worden niet genoemd in de literatuur in combinatie met psychomotorische therapie. Wel kunnen hier wezenlijk zaken uit gebruikt woorden binnen de psychomotorische therapie.

<u>Behandelthema's voortkomend uit de verschillende methodieken</u>

Nu voor een gedeelte duidelijk is geworden waar een kind met hechtingsproblematiek behoefte aan heeft en welke mogelijke methodieken te gebruiken zijn binnen deze behandeling, kunnen er therapeutische behandelthema's worden geformuleerd. Natuurlijk is de problematiek per kind verschillend en zullen er binnen ieder thema per cliënt persoonlijke en specifieke behandeldoelen geformuleerd moeten worden.
De doelen hieronder zullen veralgemeniseerd worden, voor het algemene beeld van hechtingsproblematiek.
Overal waar iets te lezen is over de behandeling van kinderen met hechtingsproblematieken, staat het thema 'vertrouwen' centraal. Het kind heeft nooit iemand leren vertrouwen. Er zijn een heleboel aspecten die aangepakt kunnen worden in de behandeling van deze kinderen,

maar daarin begint alles bij vertrouwen. Wederzijds vertrouwen, respect en eerlijkheid (Marlis, 2009).

Het kind moet weten dat een therapeut te vertrouwen is en dat het niet de zoveelste persoon is die het kind gaat afwijzen. Een kind met deze problematiek is zo kwetsbaar dat het overal iets negatiefs achter ziet. Daarom is het ontzettend belangrijk dat de basis van de behandeling een zeer veilige basis is en dat deze vanaf het begin af aan geboden wordt. Hierdoor zal het kind zich langzaamaan emotioneel steeds veiliger gaan voelen en zal het leren te praten over persoonlijke zaken, als ouders en thuis.

Vanuit de beschreven methodieken is vertrouwen en veiligheid ook een heel belangrijk thema. Daarnaast zijn er nog een aantal thema's die duidelijk naar voren komen, namelijk:

- Veiligheid en vertrouwen staan bovenaan in de behandeling.
- Stimulering van persoonlijke ontwikkeling en het leren kennen van eigen mogelijkheden.
- Basisveiligheid creëren van eigen lichaam. (Lichaamssignalen herkennen)
- Zelfvertrouwen ontwikkelen.
- Verhoogde arousel verdragen en de spanning reguleren die hiermee gepaard gaat.
- Ontwikkelen van nieuwe schemata voor nieuwe adequate en variabele copingmechanismen.
- Differentiëren in het contact met anderen.
- Nabijheid van anderen verdragen.
- Het aanleren van sociale vaardigheden en het adequaat contact kunnen aangaan met leeftijdsgenoten en volwassenen.

Belangrijk is, tijdens de behandeling, dat het kind 'bepaalt' in welke snelheid deze thema's aan bod komen. Het kind geeft aan, door middel van zijn gedrag, wanneer deze toe is aan een nieuw thema. Bovenstaande thema's kunnen allemaal afzonderlijk ingezet worden binnen psychomotorische therapie.

Nu de verschillende belangrijke thema's bekend zijn, binnen deze problematiek, zullen we deze later koppelen aan de verschillende methodieken en attitudes die ingezet kunnen worden binnen deze behandeling.

<u>Therapeutische attitudes</u> (Knosten & Peters, 2002)
Er zijn een heleboel verschillende therapeutische attitudes. Het is noodzakelijk voor een psychomotorisch therapeut te kunnen differentiëren in verschillende attitudes en deze op maat aan te passen aan de cliënt.

Welke attitude een therapeut in welke situatie inzet, ligt aan de cliënt en zijn persoonlijke behandeldoel(en). Afhankelijk van de problematiek en waar de cliënt behoefte aan heeft, kiest de therapeut de meest passende attitude.

Hieronder zullen verschillende attitudes beschreven worden die belangrijk zijn binnen de psychomotorische therapie en ook belangrijk kunnen zijn tijdens de behandeling van kinderen met hechtingsproblematiek. Later zal de koppeling gemaakt worden naar welke attitudes passend zijn bij verschillende methodieken en de daarbij horende behandeldoelen, binnen de behandeling van kinderen met een hechtingsproblematiek.

Structurerende attitude

De therapeut zorgt ervoor dat de cliënt weet wat er van hem verwacht wordt. Duidelijkheid en structuur in de therapie zijn hierin erg noodzakelijk, maar wel met keuzevrijheid voor het kind. Als therapeut geef je het kind structuur, maar door zijn keuzevrijheid zal het kind een gevoel van controle hebben.

> *Koen was tijdens de therapiesessies constant bezig de controle te houden op de situatie. De eerste keer overviel mij dit echt. Ik wist niet wat ik ermee moest. Wanneer we bijvoorbeeld een hindernisbaan gingen maken, wilde hij al het materiaal gebruiken wat er was. Hij zag mij helemaal niet meer staan en bleef maar materiaal pakken. Ik had vooral in mijn hoofd dat ik heel bewust dingen tegen hem moest zeggen. Op een gegeven moment heb ik hem heel neutraal, maar wel heel duidelijk gezegd dat hij nog twee materialen mocht pakken en dat ik daarna het materiaalhok op slot ging doen. Dit ging toen goed, ook al vond hij het wel jammer. Ik bevestigde hem in zijn gevoel dat het ook jammer was, maar dat we ook nog tijd nodig hadden om te spelen en dat we al die spullen aan het einde ook weer moesten opruimen. Dit was goed voor hem en liet deze situatie verder los.*

Leidende attitude

De therapeut zorgt ervoor dat de cliënt hem makkelijk kan volgen. Dat deze zich niet verantwoordelijk voelt voor wat hij eventueel moet doen. De therapeut houdt hierin duidelijk de touwtjes in handen en bepaald wat er gebeurt. Dit echter niet op een directieve manier, maar gericht op de cliënt, zodat deze zich op zijn gemak voelt.

Zorgende attitude

De therapeut laat in zijn houding merken dat hij zorgt voor de cliënt. In veiligheid, maar ook in vertrouwen in een gesprek. Binnen de hechtingsproblematiek is het wel erg belangrijk om je als hulpverlener niet emotioneel te binden aan deze kinderen. Het is belangrijk je bewust te zijn van dit verschil.

> *Ik heb als therapeut heel duidelijk gemerkt bij Koen dat hij heel erg gevoelig was voor meningen van mij. Ik moest me continu bewust zijn van wat en hoe ik dingen zei. Op het moment dat ik zei, dat ik niet wilde dat hij iets deed, bedacht ik me later pas dat dat weer een bevestiging voor hem betekende dat hij niets goed deed en dat hij daarom weer agressief werd. Ik moest steeds dingen op een manier zeggen dat ik het 'probleem' bij mezelf hield. 'Ik heb het te moeilijk gemaakt en dat moet ik niet meer doen' of 'ik zou het niet fijn vinden wanneer jij je pijn doet, dus doe je voorzichtig?'.*

Steunende en betrokken attitude

De therapeut luistert en heeft geen oordeel over wat er gezegd of gedaan wordt. Hij is oprecht geïnteresseerd in wat de cliënt verteld en heeft gedaan. Dit zal langzaamaan een band van vertrouwen en veiligheid brengen. Vooral door als therapeut oprecht te zijn en te laten merken dat de cliënt mag zijn wie hij is.

Directieve attitude

De therapeut is duidelijk en streng in wat er gaat gebeuren. Er moet duidelijk zijn dat de therapeut de leiding heeft en niet de cliënt. Het zal de cliënt duidelijk zijn wat er van hem verwacht wordt en zal zelf weinig in te brengen hebben in de sessie.

Veilig en betrouwbare attitude

De therapeut zorgt ervoor dat de cliënt zich op zijn gemak voelt en zich vertrouwd voelt in de behandelingssituatie. Door vaak zinnetjes te gebruiken als: 'Het komt wel goed' en 'Heb maar vertrouwen', zal dit het kind ook helpen vertrouwen te krijgen in de situatie.

Terughoudende en afwachtende attitude
De therapeut kan bewust een stap terug doen, om de cliënt bijvoorbeeld meer initiatief te laten tonen. De therapeut wacht af wat dit met de cliënt doet en kan daarop dan weer verder intervigneren met een attitude.

Binnen de hechtingsproblematiek kan deze attitude ook betekenen dat het belangrijk is het kind de snelheid van de therapie te laten bepalen. Er mag geen gevoel van dwang zijn bij het kind. Het kind bepaalt wanneer hij ergens wel of niet aan toe is.

Empathische attitude
De therapeut doet zijn best zich in te leven in de cliënt. Hierdoor zal de cliënt zich begrepen en geloofd voelen.

> *Ik merkte dat ik het heel moeilijk vond geduld te houden met Koen. In zijn wisselende gedrag in het aantrekken en afstoten, wist ik me echt geen raad. Op het moment dat ik me meer ging verdiepen in de problematiek van Koen, zijn hechtingsproblematiek, begreep ik hem meer en snapte dat hij constant handelde vanuit een onvermogen. De keren dat hij daarna bij mij in de zaal kwam, had ik veel meer geduld en kon ik zijn gedrag steeds beter lezen en plaatsen. Natuurlijk bleef het moeilijk dit jongetje te behandelen, maar uit een stuk begrip en empathie kreeg ik alleen al het gevoel dat er nog veel kon gebeuren binnen de therapie.*

Confronterende attitude
De therapeut kan de cliënt zowel positief als negatief confronteren met zijn gedrag en hier ook het goede moment voor uitkiezen.

Relativerende attitude
De therapeut zet doelbewust methodes in om de cliënt te helpen relativeren. Denk hierbij aan luchtigheid, humor en dergelijke. Het in het hier en nu blijven het kind ook stimuleren dit te blijven doen.

Responsieve attitude
De therapeut leest wat de behoefte is van het kind en doet hier zodanig een interventie op dat het kind wordt gezien en bevestigd in zijn behoefte. Het kind hoeft hier niet per se verbaal om iets te vragen, maar dit kan al duidelijk worden door lichaamstaal.

Binnen de hechtingsproblematiek moet je als therapeut deze attitude heel bewust gebruiken. Het kind mag niet het idee hebben dat hij de therapeut om zijn vinger kan winden en dat hij alles maar krijgt wat hij wil. Het gaat hier juist om de lichaamssignalen die het kind misschien zelf wel niet bewust merkt.

Neutrale attitude
Met deze attitude wordt bedoeld dat de therapeut niet emotioneel op het kind moet reageren. Het kind heeft vaak grote praatjes, waar veel niet van klopt. Wel reageren, maar niet emotioneel.

Tabel 3 Overzicht van methodieken, behandeldoelen en therapeutische attitudes

Theoretisch referentiekader	Methodiek	Module	Behandelingsdoel(en)	Therapeutische attitudes
John Bowlby	Sherborne (Van: Kerngroep Sherborne z.d.)		- Door beweging de persoonlijke ontwikkeling stimuleren - Zelfvertrouwen ontwikkelen. - Basisveiligheid creëren van eigen lichaam - Vertrouwen en veiligheid ontwikkelen en ervaren in relatie met anderen.	- Zorgend - Leidend - Steunend - Betrouwbaar en veiligheid biedend - Responsief
Neuropsychologisch referentiekader		'Kijk en luister goed naar mij, en heb mij door'. (van: Irma de Leeuw, Marjon van Kemenade e.a.)	-Ontkoppeling van reflexmatig gedrag, wanneer normaliter niet zo gereageerd hoeft te worden. - Kind leert verhoogde arousel te verdragen en dat dit niet hoeft te leiden tot het stoppen van een relatie/contact. - Doelgericht werken aan het ontwikkelen van nieuwe schemata waardoor meer adequate en variabele copingmechanismen wordt gemaakt. - Met minder weerstand in de therapie aanwezig blijven - Met aandacht en beleving bij activiteit zijn - Beter leren omgaan met stress en spanning leren reguleren	**Start therapie** - Neutraal, niet emotioneel betrokken zijn - Structurerend - Continuïteit aanbieden - Betrouwbaar en veiligheid biedend - Leidend **Verder in de therapie** - Directief - Steunend - Betrouwbaar en veiligheid biedend **Bij afsluiting therapie** - Afwachtend / meer afstand van de cliënt - Steunend
Cliëntgerichte/psychotherapeutisch referentiekader	Differentiatietherapie Fasetherapie (Van: Thoomes, D. 2006)		*Differentiatietherapie:* - Gericht zijn op het 'allemansvriendje' zijn - Leren differentiëren in het hechten aan verschillende mensen *Fasetherapie* - Nabijheid leren verdragen - Kind leert dat iedere leeftijdsfase een eigen nabijheidniveau kent.	*Differentiatietherapie:* - Vertrouwen en veiligheid - Continuïteit aanbieden *Fasetherapie:* - Geen dwang opleggen - Betrouwbaar en veiligheid biedend
Psychodynamisch referentiekader Cliënt-centered / Rogeriaanse theorie	Ervaringsgericht (Van: Postural Integrations) Oplossingsgericht (Van: Therapiehulp.nl 2006) Competentiegericht	Zorgmodule PMT (Van 'Stichting Entreà')	-Cliënt kan ontspannen en heeft een reëel beeld van eigen mogelijkheden - Cliënt herkend emoties en kan er adequaat mee omgaan - Cliënt heeft voldoende zelfvertrouwen en is weerbaar - Cliënt heeft controle over zijn gedrag en heeft voldoende conflictoplossend vermogen. - Cliënt kan adequaat contact leggen met leeftijdsgenoten en volwassenen en heeft voldoende adequate sociale vaardigheden.	- Vertrouwen en veiligheid - Betrouwbaar - Empathisch - Onvoorwaardelijke acceptatie voor cliënt

Opvallendheden vanuit de tabel
In tabel 3 staat alle informatie dat eerder in dit onderzoek is beschreven, gekoppeld. Hieronder zullen de opvallendheden uit het overzicht beschreven worden. Ook zijn in het overzicht twee modules genoemd, die zijn ontwikkeld voor de behandeling van kinderen met hechtingsproblematiek binnen psychomotorische therapie.
Deze twee modules zullen hier verder niet beschreven worden. Dit is in het overzicht meegenomen, omdat uit die modules veel noodzakelijke therapeutische attitudes zijn gehaald en het dus wel belangrijke informatie was.

Behandeldoelen
Gezien de vele behandeldoelen die worden beschreven in de verschillende methodieken en modules kan gezegd worden dat 'hechtingproblematiek' in het algemeen een hele brede doelgroep is. Iedere cliënt heeft persoonlijke en specifieke behandeldoelen nodig. Duidelijk is dat er heel veel behandeld kan worden, mits er goed geobserveerd wordt wat het individu nodig heeft.

Wat binnen de behandeldoelen opvalt, is dat er veel doelen gericht zijn op contact met anderen. Het leren dat contact aangaan, of afscheid nemen niet direct gekoppeld hoeft te worden aan pijn en verdriet. Verder wordt er in alle methodieken en modules veel aandacht gegeven aan zelfvertrouwen en vertrouwen in eigen lichaam en mogelijkheden.
Wat ook opvallend is, is dat bij de behandeling van deze kinderen, er gewerkt wordt aan de kinderen zelf. Het persoonlijke deel, een stuk cognitie en veiligheid en controle voor henzelf. Maar dat er ook veel aandacht uit gaat naar de kinderen in combinatie met familie, andere volwassenen en leeftijdsgenoten. Doordat deze kinderen vaak in strijd zijn met andere mensen, moeten ze leren dit contact op een adequate manier aan te gaan.

Alle behandeldoelen hebben als leidend doel, het kind zich weer veilig te laten voelen in deze wereld en met mensen om zich heen.

Attitudes
Allereerst, dit is niet zozeer te zien in het overzicht, vergt de behandeling van kinderen met deze problematiek ontzettend veel geduld en doorzettingsvermogen. Op veel plekken waar je leest over de behandeling van deze kinderen, wordt beschreven over therapeuten die zich regelmatig afvragen waarvoor ze de behandeling nog door laten lopen. Het lijkt alsof deze kinderen niets leren en een 'bodemloze put' zijn. Ze zijn niet te sturen en lijken zich alleen maar af te zetten tegen de therapeut die probeert veiligheid en vertrouwen te bieden. Als therapeut is het belangrijk dus van tevoren bewust te zijn, waarom je de behandeling start en wat je ermee wilt bereiken. Het is belangrijk een duidelijk doel te hebben, waar je met het kind heen wil.
Wat er steeds terugkomt in therapeutische attitudes die belangrijk zijn binnen bepaalde methodieken, is het vertrouwen en veiligheid bieden aan het kind. Maar daarbij wordt ook regelmatig gesproken over het 'niet emotioneel betrokken' raken bij het kind. Dus op een bewuste, professionele afstand zijn van het kind.

De attitudes die nog meer vaak worden genoemd, is het leidend zijn, steunend zijn en op zijn tijd ook directief en afwachtend.
De hoofdvraag van dit onderzoek vraagt om de meest passende attitudes binnen

verschillende therapeutische doelstellingen. Wat opvallend is, is dat er niet gericht attitudes genoemd worden binnen specifieke doelstellingen. De attitudes worden vooral genoemd binnen bepaalde methodieken/modules en alleen binnen de module 'Kijk en luister goed naar mij, en begrijp mij', gericht op verschillende fases van de behandeling.
Belangrijk is vooral erg bewust te zijn wanneer welke houding het meest gepast is. Dit is per cliënt verschillend. Het is belangrijk alle attitudes die worden genoemd te onthouden en mogelijk afzonderlijk van elkaar te gebruiken.

Wat mooi beschreven word in de module 'Kijk en luister goed naar mij, en heb mij door', is dat er een duidelijk verschil wordt aangegeven in attitudes per fase van de behandeling. Daarin is een duidelijk verschil gemaakt in wanneer welke attitude het meest passend is. Maar ook hier is de attitude die het vertrouwen en de veiligheid van het kind waarborgt overkoepelend. Omdat dit een module is die is geschreven vanuit een duidelijke theorie en vanuit pure ervaring binnen de psychomotorische therapie, lijkt dit een erg goede en betrouwbare module. Op dit moment wordt er onderzoek gedaan naar de resultaten van deze module, hier kan dus nog weinig over gezegd worden.

De te gebruiken methodieken/modules
Er zijn in het overzicht verschillende methodieken genoemd die te gebruiken zijn in de behandeling van kinderen met hechtingsproblematiek.

Daaruit blijkt dat binnen psychomotorische therapie, veel afgeleid wordt van verschillende methodieken. Er is niet een methodiek die puur gericht is op psychomotorische therapie. Deze vorm van therapie gebruikt verschillende aspecten uit meerdere methodieken.

Wat opvallend is dat de module 'Kijk en luister naar mij, en begrijp mij', niet afgeleid is van een bepaalde methodiek, maar dat deze module wel duidelijk een manier van werken heeft. Deze is voortgekomen uit de theorie dat hechtingsproblematiek te verhalen is op de ontwikkeling in de hersenen en dat er duidelijk nog verandering mogelijk is in dat proces. Deze module is puur gericht op de behandeling met psychomotorische therapie. Dat maakt deze module extra interessant, ook omdat er gericht verwezen wordt naar belangrijke attitudes in de verschillende fases van de behandeling.

Hechtingsproblematiek en psychomotorische therapie (NVPMT, 2009)

Naast psychomotorische therapie zijn er meerdere mogelijkheden voor de behandeling van kinderen met hechtingsproblematiek. Om te bepalen welke vorm van behandeling het meest passend is, is het belangrijk te kijken naar wat het kind nodig heeft en waar het kind affiniteit mee heeft. Wanneer het affiniteit heeft met beweging en het leuk vindt is psychomotorische therapie een goede mogelijkheid om het kind te behandelen. Maar wanneer een kind hier totaal geen affiniteit mee heeft, heeft het minder zin om een behandeling binnen de psychomotorische therapie aan te bieden, maar heeft misschien een behandeling in de muziek- creatieve- of beeldende therapie meer effect.

Waarom psychomotorische therapie een goede manier zou zijn een kind met hechtingsproblematiek te behandelen, kan uitgelegd worden door middel van het beroepsprofiel van de psychomotorisch therapeut (NVPMT, 2009):

Om te beginnen hebben de meeste kinderen vanuit hun intuïtie de behoefte om te spelen, om bezig te zijn. Binnen de psychomotorische therapie kan er op spelenderwijs gewerkt worden aan de behandeldoelen van het kind. Er kan gewerkt worden aan de behandeldoelen, soms zonder dat de kinderen dat bewust door hebben. Dit kan helemaal bij kinderen met een hechtingsproblematiek in het begin van de behandeling een voordeel zijn. Omdat er veel verschillende soorten van hechtingsproblematiek zijn, zijn er ook veel behandeldoelen die aangepakt kunnen worden. Binnen de psychomotorische therapie zijn er veel mogelijkheden tot behandeling vanuit verschillende werkvormen, methodieken en strategieën. Hierdoor kan altijd op zoek worden gegaan naar de beste vorm van behandeling en kan deze op maat voor ieder kind aangeboden worden. De therapeut is capabel om de methodieken, strategieën en werkvormen, door middel van interventies, zo aan te passen dat ze passend zijn voor ieder individu.
In dit onderzoek is regelmatig naar voren gekomen dat kinderen met hechtingsproblematiek hun lichaam moeten leren kennen en het leren ervaren van lichaamssignalen en de daarbij horende emoties. De lichaamsbeleving van de cliënt is een van de belangrijkste doelen waarin de psychomotorische therapie aandacht aan wordt besteed.

Als belangrijkste uitgangspunt van de psychomotorische therapie wordt genoemd dat deze uitgaat van het relationeel bewegingsconcept(NVPMT, 2009). Hierin wordt uitgegaan van dat ieder mens onlosmakelijk verbonden is met zijn omgeving. De doelen hierbij liggen op het gebied van het ‘betekenisvol handelen’ en niet op het verbeteren van fysiek functioneren. Daarnaast is er nog een belangrijk uitgangspunt dat wordt aangehangen binnen de psychomotorische therapie, namelijk het biopsychosociale model. Hierin wordt aandacht gegeven aan biologische, psychologische en sociale systeem van het kind. Deze subsystemen kunnen ook apart behandeld worden.

Binnen de hechtingsproblematiek is ‘ervaren’ ontzettend belangrijk. Het ervaren dat liefde niet per se pijn hoeft te doen. Het ervaren dat er ook mensen zijn die te vertrouwen zijn en veiligheid kunnen bieden. Ervaren dat de wereld niet alleen maar bedreiging en angst met zich mee brengt. Doordat psychotherapeutische contexten zo aangepast worden dat kinderen die ervaringen ook daadwerkelijk op kunnen doen, kan deze behandeling erg waardevol zijn voor de kinderen.

Discussie

De modules die in het onderzoek genoemd worden, zijn niet precies gemaakt voor de doelgroep van dit onderzoek. De module 'Kijk en luister goed naar mij en zie mij staan', is gemaakt voor kinderen tussen de 8 en 15 jaar met een licht verstandelijke beperking.
Dit onderzoek is vooral gericht op de leeftijd die hier net onderligt, rond de 6 jaar. Dit zijn wel kinderen met een 'normaal' IQ. Ik ga er vanuit dat de behandeldoelen en attitudes niet anders zullen zijn bij kinderen met een verstandelijke beperking, maar dat er mogelijk wat wijzigingen aangebracht zouden moeten worden voor binnen de therapie. Doordat deze module niet precies gericht is op de doelgroep voor mijn onderzoek, kunnen er wel vragen ontstaan over de mogelijkheid van gebruik binnen de doelgroep van dit onderzoek en zou dit toch niet aansluiten op mijn onderzoek. Ik hoop dat er in de nabije toekomst meer modules ontwikkeld worden voor de behandeling van deze problematiek. Meerdere modules voor meer verschillende doelgroepen binnen de hechtingsproblematiek. Juist PMT kan zeer waardevol zijn voor deze problematiek, door spelenderwijs deze kinderen te leren over zichzelf en over de wereld om hen heen.
Doordat er weinig specifieke modules geschreven zijn, specifiek voor deze problematiek, is er breed gezocht naar mogelijk te gebruiken methodieken en is er gezocht naar behandeldoelen die gesteld kunnen worden binnen deze methodieken, waaruit mogelijk in de toekomst modules uit geschreven kunnen worden. Maar doordat er op dit moment nog weinig kant en klare modules te vinden zijn, zijn er veel verbanden gelegd die nog niet onderlegd zijn. Hierdoor kan getwijfeld worden aan de resultaten die geboekt zullen worden bij het gebruik van deze methodieken binnen de behandeling van hechtingsproblematiek.

De gevonden methodieken van de differentiatietherapie en de fasetherapie zijn nergens te vinden in combinatie met psychomotorische therapie. Wel zijn dit methodieken die veel gebruikt worden binnen de hechtingsproblematiek. Het verband met PMT is dus nog niet gelegd. Wel kunnen uit deze methodieken belangrijke aspecten gehaald worden die gebruikt kunnen worden binnen de PMT. Zoals het omgaan met nabijheid en het differentiëren in contact met mensen. Doordat de doelen binnen deze methodiek mooi aansluiten binnen PMT, zou ik zeker een aanbeveling willen doen om hier in de toekomst onderzoek naar te laten doen.
Er zijn een heleboel therapeutische attitudes. Deze zijn alleen niet gevonden gericht op bepaalde behandeldoelen. In maar één module is gericht gepraat over noodzakelijke attitudes. Dit ging alleen niet over specifieke doelstellingen, maar meer over de fase van de therapie. De attitudes worden vooral genoemd over hechtingsproblematiek in het algemeen. Hierdoor kunnen vragen worden gesteld over de bewijzen waardoor die specifieke attitudes daarbij passen, omdat er maar op een plek duidelijkheid over is gekomen. Wel zou ik een aanbeveling willen doen op nog meer onderzoek naar deze mogelijke attitudes in verschillende fases van de therapie, om dit nog verder te kunnen onderbouwen.

Conclusie

Er zijn verschillende methodieken die gebruikte kunnen worden in de behandeling van kinderen met een hechtingsproblematiek. Wanneer gekeken wordt naar wat de behandeldoelen zijn van deze kinderen, kan gezocht worden naar de methodiek die daar een bijdrage aan kan leveren.
De methodieken die zijn gevonden, die gebruikt worden bij hechtingsproblematiek zijn:

- De methodiek van Sherborne
- Ervaringsgerichte methodiek
- Oplossingsgerichte methodiek
- Competentiegerichte methodiek
- Differentiatietherapie
- Fasetherapie

Er worden binnen de meeste methodieken en modules geen specifieke attitudes gegeven voor bepaalde behandeldoelen. Wel wordt er veel geschreven over belangrijke attitudes die passend zijn binnen de hechtingsproblematiek in het algemeen. Het is belangrijk als therapeut bewust te zijn van welke attitude je gebruikt en goed observeert of het resultaat bij de cliënt datgene is wat je wilt bereiken in de therapie.

Er is één module die duidelijk beschrijft dat er wel degelijk verschil zit in attitude in verschillende fases van de therapie. Dit gaat alleen om de fases: start van de therapie, verder in de therapie en bij de afsluiting van de therapie. Omdat deze module specifiek is beschreven vanuit het neuropsychologisch referentiekader en vanuit eigen ervaring van 6 psychomotorisch therapeuten, kan deze als betrouwbaar worden beschouwd. Deze module beschrijft de fases en de attitudes als volgt:

Start van de therapie: Neutraal (niet emotioneel betrokken raken), Structurerend, Betrouwbaar en veiligheid biedend, leidend, continuïteit aanbieden.

Verder in de therapie: Directief, steunend, betrouwbaar en veiligheid biedend.

Afsluiting van de therapie: Steunend, Afwachtend (meer afstand van de cliënt)

Overal, in elke methodiek en module, staat de attitude van vertrouwen en veiligheid bieden aan de cliënt. Dit is wat het kind met hechtingsproblematiek het meest mist en dus behoefte aan heeft.

Aanbevelingen

Het doel van dit onderzoek was, uit te zoeken welke methodieken en therapeutische attitudes er mogelijk waren in de behandeling van kinderen met hechtingsproblematiek. Opvallend is dat er weinig methodieken zijn die speciaal gericht zijn op hechtingsproblematiek en die in combinatie zijn met psychomotorische therapie. Wel zijn er een aantal methodieken gevonden die gebruikt worden bij andere behandelingen binnen deze problematiek.
De manier waarop hier gewerkt wordt, vanuit een bepaalde methodiek, kan ook zeker gebruikt worden binnen de psychomotorische therapie.

Eerst zal ik een of meerdere aanbevelingen doen met betrekking tot de methodieken en daarna met betrekking tot de therapeutische attitudes.

Als eerst zou ik de methodiek van Veronica Sherborne aanbevelen. Binnen deze methodiek wordt veel gewerkt aan het ervaren van lichaamssignalen en daar betekenis aan geven. Daarnaast gaat het over het aangaan van relaties met anderen, hierin is contact maken dus van groot belang. Dit zijn aspecten uit de methodiek die erg goed gebruikt kunnen worden binnen de psychomotorische therapie.
Daarnaast zou ik de ervaringsgerichte therapie willen aanbevelen. Doordat deze methodiek als belangrijk aspect heeft dat alles wat je denkt, voelt en ervaart er mag zijn, dat je daardoor niet anders of minder wordt, sluit dat mooi aan bij de doelen van een kind met hechtingsproblematiek. Binnen psychomotorische therapie wordt er ook veel gewerkt binnen lichaamservaringen en het betekenis geven hiervan. Het is goed voor een kind met deze problematiek om lichaamssignalen te leren ervaren en te leren hier op een adequate manier mee om te gaan.

Er zijn een heleboel therapeutische attitudes die je in kunt zetten binnen de behandeling van kinderen met hechtingsproblematiek. Ik ben ervan overtuigd dat met stip bovenaan staat het bieden van vertrouwen en veiligheid aan het kind. Het kind moet zich op zijn gemak voelen en moet het idee hebben dat het gezien en gehoord wordt. Wanneer de therapeut empathisch en geduldig is, ondanks het ‘niet te vatten gedrag’ van het kind, heeft het kind niet weer het idee alles fout te doen. Hierin is het wel noodzakelijk dat er structuur wordt geboden binnen de therapie, waardoor het kind weet waar hij aan toe is. Dit zorgt voor veiligheid en rust bij het kind. Ik ben ervan overtuigd dat alleen vanuit deze basis de behandeling van het kind kan slagen.
Daarnaast is het belangrijk niet emotioneel betrokken te raken bij het kind. Dit kind heeft geleerd om mensen niet te vertrouwen. Wanneer het kind het idee krijgt dat je het zielig vindt of medelijden hebt, zal dit erg zwaar zijn voor het kind en zal dit de behandeling niet ten goede komen. Het kind kan het idee krijgen dat jij hem ook niet aan kan. Het is daarom belangrijk neutraal, maar liefdevol en betrokken te blijven bij het kind.
Als laatste zou ik graag de attitude van het structureren benoemen. De leiding houden met een stukje keuzevrijheid voor het kind, zodat deze het idee heeft de leiding te hebben. Hierin moet de therapeut wel een duidelijke grens leggen.

Literatuurlijst

American Psychiatic Association, (2001). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR.* Washington DC and London UK: Uitgeverij Pearson.

Feldman, S., (2007). *Ontwikkelingspsychologie.* Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Rosie86. (2010) *Bowlby en het belang van gehechtheid. Verkregen op 27 oktober, 2011 van* http://wetenschap.infonu.nl/onderzoek/61534-bowlby-en-het-belang-van-gehechtheid.html

Jongsma, N. (z.d.) *Het lichaam als bondgenoot.* Verkregen op 27 oktober, 2011 van http://www.pesso.nl/artikelen/jongsma-tieleman_het_lichaam_als.htm

Herbert, M., (1999). *Hechting. Intro-opvoedingsondersteuning.* Baarn: Uitgeverij Intro.

Hoogsteder, M. en De Vriese, S., (2004) *Hechting en loyaliteit.* Amsterdam: Uitgeverij SWP.

F4J. (z.d.) http://www.f4j.be/diversen/061203_Wat_is_hechting_Een_kort_overzicht.html

Govaerts, J.M., (2007) *Hechtingsproblemen in gezinnen. Integratie van de hechtingstheorie in het systeemtherapeutische model.* Houten: Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.

LeerWiki (2008) *De gehechtheidstheorie: De relatie tussen ouders en hun kinderen.* Verkregen op 27 oktober, 2011 van http://www.leerwiki.nl/De_gehechtheidstheorie:_de_relatie_tussen_ouders_en_hun_kinderen#.E2.80.9CVreemde_Situatie.E2.80.9D-procedure

Nevid, J.S., Rathus, S.A. & Greene, B., (2008). *Psychiatrie. Een inleiding.* Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Rigter, J., (2002). *Ontwikkelingspsychopathologie. Bij kinderen en jeugdigen.* Bussum: Uitgeverij Coutinho

Instituur van der Stam, (z.d.) Verkrgen op 28 november, 2011 van http://www.vdstam.nl/CM/PAG000003991/Hechting.html

Verdult, R. (z.d.) Hechting: Risico of bescherming. Verkregen op 4 november, 2011 van http://www.stroeckenverdult.be/site/upload/docs/HECHTING%20EN%20HECHTINGSSTOORNISSEN.pdf

Marlis, orthopedagogisch praktijk (z.d.) verkregen op 28 november, 2011 van http://gedragsproblemen-kinderen.info/Tips_hechtingsstoornis.htm (Marlis, orthopedagogisch praktijk) Nieuwetijdskinderen organisatie Nederland (z.d.) Verkregen op 28 november, 2011 van http://www.platovisit.nl/ntk/hechting.html

Kerngroep Sherborne, (z.d.) verkregen op 20 december, 2011 van http://sherbornenl.wordpress.com/

De Walhoeve, (z.d.) verkregen op 24 december, 2011 van http://www.dewalhoeve.be/home.php?categoryno=3&itemno=21

NVPMT (2009) Beroepscode en profiel Psychomotorische therapie. Verkregen op 24 december, 2011 van http://www.nvpmt.nl/component/option,com_phocadownload/Itemid,97/id,7/view,file/

Konsten, L. & Peters, M. (2002) *Terug naar de toekomst. De bijdragen aan het tweedaags symposium.* Een uitgave van Studiecommissie NVPMT.

Thoomes, D. (z.d.) Verkregen op 24 december, 2011 van http://www.hechtingsproblemen.nl/behandelvormen.html

Postural Integrations (2006) Verkregen op 11 januari, 2012 van http://www.nvpit.nl/cms/pages/therapie/ervarings-en-lichaamsgerichte-therapie-in-het-algemeen.php

Therapiehulp (2006) Verkregen op 12 januari, 2012 van http://www.therapiehulp.nl/therapie/psychotherapie/oplossingsgerichte-therapie

De Leeuw, I. & van Kemenade, M. (2010) *Module Psychomotorische Therapie. Kijk en luister goed naar mij, en heb mij door.*

Entréa(2011) *Zorgmodule Psychomotorische Therapie.*