

Afstudeeropdracht opleiding bewegingsagogie & psychomotorische therapie

‘Wat is de bijdrage van psychomotorische therapie aan de kort durende behandeling van hechtingsproblematiek binnen het observatie en behandelcentrum de Eekwal te Assen?’

Student: Jos de Vries

Studentnummer: s304615

Klas: 4PB

Begeleidend docent: Dienneke Jol

Beoordelend docent: Fred Dijk

Voorwoord

U heeft op dit moment een exemplaar van de afstudeeropdracht van Jos de Vries, ter afronding van de opleiding bewegingsagogie en psychomotorische therapie aan de Christelijke Academie voor Lichamelijke Opvoeding (CALO) onderdeel van Hogeschool Windesheim te Zwolle, in uw handen.

Deze scriptie gaat over psychomotorische therapie en hechtingsproblematiek. Tijdens de eindstage die ik heb gelopen binnen de instelling Vanboeijen te Assen, ben ik in aanraking gekomen met deze problematiek. Ik werd gefascineerd door één cliënt die gedurende een aantal weken verbleef binnen de instelling. Ik wilde meer weten van de problematiek en ben me gaan verdiepen in de theorie. Helaas was het verblijf van de cliënt maar van korte duur en heb ik maar kort met de cliënt kunnen werken. Hierdoor is deze scriptie voornamelijk gebaseerd op literatuur, informatie van deskundigen, persoonlijke ervaringen en mijn persoonlijke mening.

Voor dat u verder gaat met lezen wil ik een aantal mensen bedanken.

Allereerst mijn stageplaats en stagebegeleider van het afgelopen schooljaar, Vanboeijen te Assen met als stagebegeleider Ben Brekhof psychomotorisch therapeut bij Vanboeijen. Orthopedagoog Lenie Huiskamp en het hele team van de Eekwal.

Daarnaast de steun van mijn begeleidend docent, vanuit de Calo te Zwolle, Dienneke Jol.

Inhoudsopgave.

<u>Voorwoord.</u>	Pagina 2
<u>Inhoudsopgave.</u>	Pagina 3
<u>Inleiding.</u>	Pagina 4 - 5
<u>Hoofdstuk 1. Casusbeschrijving cliënt K.</u>	Pagina 6 - 10
<u>Hoofdstuk 2. Wat is en wat doet het observatie en behandelcentrum de Eekwal?</u>	Pagina 11 - 12
<u>Hoofdstuk 3. Wat is psychomotorische therapie?</u>	Pagina 13 - 14
<u>Hoofdstuk 4. Wat is hechtingsproblematiek?</u>	Pagina 15 -
Hoofdstuk 4.1. Wat is veilige en onveilig hechting?	Pagina 16 - 18
Hoofdstuk 4.2. Welk gedrag is opvallend bij hechtingsproblemen?	Pagina 19
Hoofdstuk 4.3. Onveilige hechting met verschillende factoren.	Pagina 20 - 21
Hoofdstuk 4.4. Hechtingsproblematiek en een verstandelijke beperking.	Pagina 22
Hoofdstuk 4.5. Hoe kom je binnen een observatieperiode tot de conclusie dat er sprake is van een hechtingsproblematiek?	Pagina 23 - 24
Hoofdstuk 4.6. Hoe behandel je een hechtingsproblematiek?	Pagina 25 - 27
<u>Hoofdstuk 5. Hechtingsproblematiek & PMT.</u>	
Hoofdstuk 5.1. Wat is de kracht van een PMT behandeling?	Pagina 28
Hoofdstuk 5.1. Welke doelen stel je binnen de PMT voor een cliënt met een hechtingsproblematiek?	Pagina 29
Hoofdstuk 5.2. Waar begin je mee, binnen de PMT, als opzet voor een vervolgtraject binnen een therapeutische setting?	Pagina 30
<u>Hoofdstuk 6. Conclusie.</u>	
Wat is de uiteindelijke rol van de PMT in het traject van een kind met hechtingsproblematiek binnen de observatieperiode van het observatie en behandelcentrum de Eekwal?	Pagina 31 - 32
<u>Hoofdstuk 7. Literatuur.</u>	Pagina 33
<u>Hoofdstuk 7. Bijlagen.</u>	
Hoofdstuk 7.1. Bijlage 1. Observatie verslag cliënt K.	Pagina 34 - 35
Hoofdstuk 7.2. Bijlage 2. DSM beschrijving hechtingsgerelateerde Problematiek	Pagina 36
Hoofdstuk 7.3. Bijlage 3. Een dag op de Eekwal.	Pagina 37

Inleiding.

In de scriptie die nu voor u ligt gaat het over de bijdrage van de psychomotorische therapeut aan de behandeling van licht verstandelijk beperkte kinderen met problemen in de hechting. Tijdens mijn eindstage ben ik mij voor het eerst bewust geworden van het bijzondere gedrag van deze kinderen. Het bijzondere gedrag van deze kinderen maakte mij nieuwsgierig. Hierdoor besloot ik de hechtingsproblematiek als onderwerp van mijn scriptie te nemen.

De hoofdvraag die in de scriptie zal worden behandeld luidt als volgt:

- *Wat is de bijdrage van psychomotorische therapie aan de kort durende behandeling van hechtingsproblematiek binnen het observatie en behandelcentrum de Eekwal te Assen?*

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden heb ik deelvragen opgesteld. De deelvragen worden hieronder kort benoemd en besproken.

Hoofdstuk 1 begint eerst met een casusbeschrijving van één van de cliënten die opviel door zijn gedrag en gediagnosticeerd is met een hechtingsstoornis.

In hoofdstuk 2 zal informatie worden gegeven over de setting waarbinnen de cliënten verblijven. De deelvraag die in hoofdstuk 2 wordt behandeld:

- *Wat is en wat doet het observatie en behandelcentrum de Eekwal?*

Het volgende hoofdstuk, hoofdstuk 3:

- *Wat is PMT?*

In dit hoofdstuk zal kort gedefinieerd worden wat onder PMT verstaan wordt, waarbij de definiëring toegespitst wordt op het werken in de LVG.

In hoofdstuk 4 zal het gaan over hechting. In het hoofdstuk komt veel informatie over hechting, onveilige hechting en de hechtingsproblematiek naar voren. De deelvragen die in dit hoofdstuk aan de orde komen:

- *Wat is hechtingsproblematiek?*
- *Wat is veilige hechting en onveilige hechting?*
- *Onveilige hechting met verschillende factoren.*
- *Hechtingsproblematiek en een verstandelijke beperking.*
- *Hoe kom je binnen de observatieperiode tot de conclusie dat er sprake is van hechtingsproblematiek?*
- *Hoe behandel je hechtingsproblematiek?*

Het volgende hoofdstuk, hoofdstuk 5, beschrijft hoe de psychomotorische therapie een bijdrage kan leveren aan de behandeling van een hechtingsproblematiek.

De deelvragen die in dit hoofdstuk zullen worden behandeld:

- *Welke doelen stel je binnen de PMT?*
- *Waar begin je mee, binnen de PMT, wanneer bekend is dat een kind snel doorverwezen zal worden naar een vervolgtraject?*

Het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 6, bevat de conclusie. Duidelijk wordt waaraan gewerkt kan worden binnen een setting met cliënten die zijn gediagnosticeerd met een hechtingsproblematiek. De hoofdvraag zal hier worden beantwoord.

Hoofdstuk 1. Casusbeschrijving cliënt K.

Om een beeld te krijgen van de persoon die mij erg heeft geïntrigeerd tijdens de stage, behandel ik in Hoofdstuk 1 de casus van cliënt K. In deze casusbeschrijving komt zowel de hermeneutische als classificerende diagnostiek naar voren. Na de casusbeschrijving zal ik de assen van de DSM-IV TR invullen. Aan het einde van het hoofdstuk bekijk ik de casus vanuit de verschillende theoretische kaders, het cliënt-gerichte kader, psychodynamisch kader en het cognitief-gedragstherapeutische kader.

Hoofdstuk 1.1. Casus cliënt K.

Cliënt K is 11 jaar oud, geboren in 1999. Hij is zelf geboren in Nederland, zijn ouders daarentegen zijn van Afrikaanse afkomst. Zij spreken Nederlands maar dit gaat minder vloeiend dan dat cliënt K dit doet. Cliënt K is een getint jongetje met donker kroes haar en bruine ogen. Lichamelijk is hij goed ontwikkeld. Hij vindt sport en spel heel leuk om te doen, hij is erg atletisch aangelegd. Zijn bouw is slank maar niet dun. Hij oogt wat ouder dan hij is door zijn manier van kleden, hij heeft vaak vlotte kleren aan die aan de mode zijn onderworpen. Daarbij loopt hij redelijk stoer en gebruikt moderne straattaal. Een voorbeeld hiervan is 'Dope pata's joh!'

Cliënt K is een levenslustig, actief en ontdeugend jongetje. Hij vindt het prachtig om grapjes uit te halen, waarna hij breed en hardop lacht. Als je individueel werkt met cliënt K dan geniet K van de aandacht en werkt hij goed samen.

Cliënt K heeft een impulsief karakter. Hij kan snel geprikkeld worden wat leidt tot het tonen van frustraties. Deze frustraties uit cliënt K op een agressieve manier, door bijvoorbeeld te gaan schelden en spugen. De verandering van gedrag kan relatief snel gebeuren als het niet naar de zin is van cliënt K.

Cliënt K heeft, naast zijn ouders, twee oudere broers en een jonger zusje.

Cliënt K is in December 2009 opgenomen op de observatieafdeling van Vanboeijen (zie verder hoofdstuk 2).

De reden hiervan is dat het thuis niet meer liep en er aanvaringen waren met zijn ouders.

Daarnaast is hij in aanraking geweest met de politie. Cliënt K ging thuis niet meer naar school omdat hij hier ook niet meer te hanteren was. Hij spijbelde of liep weg na een conflictsituatie.

Hij leefde veel op straat en was veel te vinden met hanggroepjes.

Dit gedrag is de eerste weken op de Eekwal ook te zien. Hij reageert in eerste instantie leuk en sociaal, maar zodra er iets voorvalt, dat hem niet zint of niet zo gaat zoals hij dat wil, dan misdraagt hij zich. Zijn frustraties uit hij op een verbale manier, scheldend en vloekend, al pratend maar ook rappend. Zowel in het Nederlands als in het Engels.

Tijdens zijn frustratiebuien is hij moeilijk te corrigeren of in te perken. Hij kent zijn eigen grenzen dan niet en hij sluit zich als het ware af voor zijn omgeving. Doe je het goed in zijn ogen dan ben je belangrijk voor hem, maar zodra je iets verkeerd doet dan kan hij ook volledig omslaan en je links laten liggen.

Gedurende de andere momenten van de dag is hij wel te instrueren en kan je hem om een dienst vragen, is hij in een goede bui dan kan hij wel regels en kleine corrigerende instructies aan.

Cliënt K is geïnteresseerd in nieuwe dingen en wil van alles weten. Hij vraagt hier veel naar en laat aan je merken dat hij het soms niet snapt.

Belangrijk is te vermelden dat cliënt K een licht verstandelijke beperking heeft. Hierdoor begrijpt hij sommige dingen niet en zijn de dingen in het leven soms lastiger in te vullen. Dit levert natuurlijk de nodige problemen op. Ook thuis wordt hij soms overvraagd. Hij heeft een lichte beperking wat wil zeggen dat zijn IQ onder de 80 is. Op het eerste gezicht zou je dit niet zeggen als je cliënt K ziet, maar je merkt het wel als je hem iets wil leren.

Voordat cliënt K werd aangemeld was er nog geen duidelijk beeld van cliënt K of een diagnose. Elke cliënt die nieuw is wordt door verschillende disciplines geobserveerd, zo ook door de psychomotorische therapeut. Een observatieverslag van de psychomotorische therapie bevindt zich in de bijlage, dit observatieverslag is gebaseerd op de ervaringen tijdens de tweede observatiesessie van cliënt K.

Gedurende de 9 weken dat cliënt K aanwezig was op de Eekwal hebben de verschillende professionals gewerkt aan een diagnose. Uiteindelijk werd geconcludeerd dat de hechtingsproblematiek van cliënt K zo ernstig was dat er sprake was van een hechtingsstoornis (zie hoofdstuk 4)

Omdat deze diagnose is gesteld, is de cliënt in zeer korte tijd overgeplaatst naar een andere instelling, waar intensiever kan worden behandeld.

In bijlage 1 bevindt zich een observatieverslag van cliënt K tijdens de eerste observaties. Hierin staat beschreven wat er tijdens de observatie is gedaan aan activiteiten maar ook enige geschiedenis van de cliënt, die hijzelf heeft verteld tijdens de observatie, en daarnaast staat het gedrag beschreven van cliënt K.

Hoofdstuk 1.2. Cliënt K gediagnosticeerd volgens de DSM-IV TR, 2005.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders.

DSM-IV TR is een Amerikaans classificerend handboek van psychiatrische stoornissen dat ontwikkeld is voor gebruik in hulpverlening, opleiding en onderzoek. De DSM was noodzakelijk om een eind te maken aan de spraakverwarring in de psychiatrische literatuur. (Koster van Groos, 2005)

De DSM IV TR beschrijft een reactieve hechtingsstoornis op zuigelingenleeftijd of vroege kinderleeftijd. Deze stoornis is ingedeeld bij de ontwikkelingsstoornissen.

- Duidelijk gestoorde 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) Aanhoudender niet in slagen de aanzet te geven tot of te reageren op de meest sociale interacties, of een bij de ontwikkeling passende manier zoals blijkt uit buitensporig 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 hechtingen zoals blijkt uit kritiekloze vriendelijkheid met duidelijk onvermogen passende selectieve hechtingen te tonen (bijvoorbeeld buitensporig vrijpostig ten opzicht van betrekkelijke vreemden of een gebrek aan selectiviteit in de keuze van de hechtingsfiguren)

(Zie bijlage 2 voor de exacte omschrijving overgenomen vanuit de DSM-IV TR, 2005)

Hieronder wordt de diagnose van cliënt K op de verschillende assen, die de DSM-IV gebruikt om duidelijkheid te verschaffen binnen het classificeren.

Op as 1 worden de primaire symptomen beschreven. Op as 2 word(en) de persoonlijkheidsstoornis(sen) beschreven en daarnaast of er sprake is van een verstandelijke beperking. Op as 3 worden de somatische ziekten beschreven. Op as 4 zijn de psychosociale en uitlokkende factoren beschreven.

As 1:

- Primaire symptomatologie: Hechtingsstoornis

As 2:

- Cliënt K is verstandelijk beperkt, IQ van 62
- Trekken van Borderline persoonlijkheidsstoornis, veel zwart/wit reageren

As 3:

- Geen bijzonderheden te benoemen

As 4:**Vroeger:**

- In de kinderjaren veel op zichzelf aangewezen, band met de ouders was niet op vertrouwen gebaseerd
- Door het emigreren, vluchten, van de ouders en ervaringen in het vaderland is de opvoeding verstoord geraakt
- Ouders hebben een andere cultuur dan de Nederlandse, cliënt K bevindt zich tussen deze twee culturen

Heden:

- Verhuizing van thuis naar de Eekwal, uit zijn eigen omgeving weggehaald
- Veel nieuwe mensen om hem heen die hem kunnen verlaten
- Minder vrijheid in het doen en laten van cliënt K
- Verplichtingen, school etc., volgen
- Nieuwe regels, normen en waarden die gelden

Hoofdstuk 1.3. Cliënt K belicht vanuit verschillende theoretische kaders.

In dit hoofdstuk wordt cliënt K belicht vanuit drie theoretische kaders. Als eerste zal ik de cliënt vanuit een cliëntgerichte, cliënt centered, kader benaderen en zijn ontwikkeling volgens deze psychologische stroming beschrijven. Als tweede zal ik dit doen vanuit een psychodynamische kader. Daarin is met name de object relatie theorie, het gaat immers over hechtingsproblematiek, van belang. Als laatste zal ik kort het cognitief-gedragstherapeutisch kader behandelen. Deze theoretische kaders kunnen als leidraad worden gekozen, omdat de manier van werken binnen de psychomotorische therapie sterk beïnvloed zijn door deze denkwegen. Het cliëntgerichte kader komt duidelijk naar voren binnen de begeleiding en behandeling.

B. Brekhof, psychomotorisch therapeut en begeleider van mijn werk met cliënt K bij Vanboeijen, werkt voornamelijk eclecticisch.

Cliënt centered (Cliëntgericht kader)

De onvoorwaardelijke acceptatie is een belangrijke factor binnen de psychologie van het cliëntgerichte kader. Het 'zelf', wat je werkelijk, diep van binnen, 'echt' bent, heeft positieve onvoorwaardelijke acceptatie nodig om zich te kunnen ontwikkelen. Het is niet nodig dat we altijd door iedereen onvoorwaardelijke geaccepteerd worden. Echter is het wel belangrijk dat je in de kindertijd ervaart dat je door je opvoeders geaccepteerd wordt als persoon.

(Weerman, 2006)

Cliënt K heeft een andere opvoeding gehad, zijn ouders konden niet optimaal voor hem zorgen door hun eigen problemen vanuit het verleden, burgeroorlog in land van oorsprong, en door problemen in het heden, een nieuwe cultuur en maatschappij in Nederland die van alles van deze mensen verwacht.

Cliënt K was op zichzelf aangewezen en kreeg niet de gewenste onvoorwaardelijke acceptatie die een kind wel nodig heeft in zijn ontwikkeling. Het gevolg hiervan is, is dat cliënt K geblokkeerd geraakt is en hij niet tot zelfrealisatie is gekomen. Cliënt K is geblokkeerd in zijn ontwikkeling.

Op pagina 134 van het boek, 6 psychologische stromingen en 1 cliënt, staat de behoefte piramide van Maslow. De eerste vier stappen zijn de basisbehoeften, de meest basale behoeften.

De onderste vier behoeften komen voort uit een tekort, het zijn deficiëntiebehoeften.

(Weerman, 2006)

In de behandeling, zoals ook beschreven in hoofdstuk 4.5, is het van belang dat een psychomotorische therapeut de onvoorwaardelijke acceptatie wel aanbied. Door een positieve attitude en de onvoorwaardelijke acceptatie vanuit de therapeut zal er een veilige omgeving worden gecreëerd. De cliënt zal ervaren hoe het voelt om geaccepteerd te worden en een vertrouwensband met de therapeut aangaan. Tijdens de therapieën zal de cliënt meer inzicht krijgen waarin hij is geblokkeerd. Ten allen tijde staat de cliënt centraal.

Cliënt K heeft de basale behoeften niet kunnen bevredigen. Hierdoor heeft cliënt K een hechtingsstoornis ontwikkeld. Waren de behoeften wel bevredigd door de ouders van cliënt K, dan was er waarschijnlijk niets aan de hand geweest met cliënt K. Dan zou cliënt K tot zelf actualisatie komen, ondanks zijn licht verstandelijke beperking.

Psychodynamisch kader

Het psychodynamische kader omvat veel theorieën. Één daarvan is het objectrelatiemodel. Dit model benadrukt het belang van de eerste relaties uit ons leven. Onder een 'objectrelatie' wordt een innerlijke representatie verstaan van de relatie met een belangrijke ander. Met 'object' wordt een persoon bedoeld. (Weerman, 2006)

Het model bespreekt de eerste relaties van het kind met de verzorgers.

Bij cliënt K is de eerste relatie met zijn verzorgers zeer waarschijnlijk niet goed verlopen. De verzorgers van cliënt K zijn waarschijnlijk onbetrouwbaar geweest in de eerste levensjaren, waardoor cliënt K een negatief beeld heeft ontwikkeld van relaties. Zijn innerlijke representatie is waarschijnlijk dat hij geen mens kan vertrouwen. Op deze gedachte past cliënt K zijn gedrag aan. Cliënt K heeft geen grip op het wisselende gedrag van zijn verzorgers, en de situaties daarom heen, kunnen krijgen.

Dit heeft tot gevolg dat zijn separatie-individuatie gebrekkig is verlopen. De separatie-individuatie is van belang bij een kind, het kind moet zich op een veilige manier vastgehouden hebben gevoeld door de verzorger (holding). (Weerman, 2006)

Bij cliënt K is dit niet het geval geweest waardoor hij geen houvast heeft ontwikkeld en zijn basisvertrouwen is beschadigd. Cliënt K blijft zoeken naar duidelijkheid en splitst situaties en personen in helemaal 'goed' of helemaal 'kwaad'. Deze emoties kunnen zeer snel en plotseling omwisselen. Doordat cliënt K niet goed kan omgaan met de wisselvalligheden in het bestaan, krijgt hij problemen in de ontwikkeling van een eigen identiteit en zelfstandigheid.

Tijdens de therapie zal er vooral aandacht worden besteed aan het vertrouwen. De therapeut en de cliënt zullen een relatie aangaan waarin de cliënt zal leren dat niet iedereen hetzelfde is. Dat er ook mensen zijn die wel te vertrouwen zijn.

Behavioristisch kader.

Cliënt K heeft in zijn verleden bepaald gedrag niet aangeleerd of verkeerd aangeleerd gekregen. Dit heeft geleid tot hoe hij nu in de wereld staat. Hij weet op dit moment niet beter en voor hem is hoe het allemaal is de normaalste zaak van de wereld. In zijn ontwikkeling heeft de cliënt niet geleerd om te gaan met stresssituaties. Hij kan zichzelf hierdoor niet gerust stellen, en dat maakt dat de spanning in een nabije relatie niet te verdragen is. Bij de behandeling zal hier rekening mee moeten worden gehouden. In de therapie zal gebruik worden gemaakt van systematische desensitisatie. Stukje bij beetje wordt de cliënt meer blootgesteld aan een hoger stressniveau. Hierdoor leert hij om te gaan met de stress. En ervaart dat er na spanning altijd ontspanning komt.

Voor cliënt K zijn relaties moeilijk te onderhouden. Hij heeft weinig of geen waarden en normen aangeleerd, hoe om te gaan met mensen. Zijn voorbeelden van vroeger, ouders en/of broers, waren niet in staat het goede voorbeeld te geven hoe je liefde aan iemand geeft of er altijd voor die persoon bent.

Dit kan zijn door het klassiek conditioneren, ook wel het reflexmatig associatief leren genoemd. Daarnaast kan het aangeleerd zijn doormiddel van operant conditioneren, consequenties versterken het gedrag of niet. Een derde vorm van leren is model-leren, oftewel imitatieleren (Weerman, 2006)

Cliënt K heeft in zijn opvoeding geen goede normen en waarden meegekregen waardoor hij emotionele problemen heeft ontwikkeld. Dit uit zich door wisselende stemmingen en het alles of niets principe, als persoon ben je goed of fout. Je bent eerst alles voor hem om daarna helemaal niets meer te zijn.

Hoofdstuk 2. Wat is en wat doet het observatie- en behandelcentrum de Eekwal?

In de casusbeschrijving, beschreven in hoofdstuk 1, wordt het observatie en behandelcentrum de Eekwal aangehaald. Om meer duidelijkheid te krijgen over wat dit precies is wijdt dit hoofdstuk over deze tak van de instelling van Vanboeijen te Assen. Er wordt informatie verschaft over de geschiedenis van de instelling en over de gang van zaken in het heden. Deze informatie is nuttig om een beeld te krijgen van de leefomgeving waarin de cliënt tijdens opname heeft verkeerd.

De Eekwal is een observatie- en behandelingscentrum dat deel uit maakt van Vanboeijen.

Vanboeijen is een VGZ-instelling¹ dat in de jaren '50 is opgericht door Hendrik Van Boeijen. De naam die de instelling toen droeg was Hendrik van Boeijenoord, deze naam is veranderd naar Vanboeijen.

Vanboeijen biedt zorg en begeleiding aan mensen met een verstandelijke beperking, dit kan zijn complete zorg maar ook ondersteunend werken en wonen.

Het werkgebied strekt zich voornamelijk over het noorden van Nederland. Vanboeijen startte in de jaren '50 in Assen. Op het terrein is destijds ook het observatiecentrum de Eekwal opgezet.

Een observatie en behandelingscentrum met een werkgebied verspreidt over verschillende provincies. Voor kinderen rond de negen jaar zijn dat: Groningen, Drenthe, Overijssel, Flevoland. Voor jeugdigen en volwassenen: Friesland, Groningen, Drenthe, Overijssel.

De doelgroep die de Eekwal betreft zijn mensen met een ontwikkelingstekort, of een vermoeden daarvan, met een IQ van maximaal 70. Hiernaast kan er sprake zijn van lichamelijke problemen, psychische problemen of gedragsproblemen.

Voor de doelgroep bestaat geen leeftijdsgrens.

Binnen de Eekwal houdt een team dat bestaat uit verschillende medewerkers uit verschillende vakgebieden zich bezig met vragen rond mensen met een verstandelijke beperking. Deze vragen komen voort uit ouders, die alleen kunnen worden beantwoord door een tijdelijke klinische opname.

Het doel van de observatieopname is om de problematiek van de cliënt in kaart te brengen en een antwoord te kunnen geven op de gestelde observatievragen. De ouders kunnen tijdens de observatieperiode nauw betrokken zijn bij het observatieproces.

De werkwijze die wordt toegepast is klinisch. Dit wil zeggen dat het kind of de volwassene drie tot zeven maanden in het observatiecentrum verblijft. Deze tijd is noodzakelijk om een volledig beeld te krijgen van zijn of haar gedrag in verschillende situaties. Er wordt geobserveerd tijdens werk, school, vrije tijd, enz.

Tijdens de observatie is een vast team van medewerkers betrokken uit verschillende vakgebieden. Namelijk: Z-verpleegkunde, pedagogiesociaal, pedagogie, psychiatrie, AVGgeneeskunde, psychologie, didactiek, arbeidsbegeleiding, fysiotherapie, logopedie, speltherapie, muziektherapie, bewegingsagogie en PMT.

Naast dit uitgebreide team wordt er samengewerkt met het UMCG in Groningen, het Wilhelmina ziekenhuis in Assen en de universiteit in Leiden.

Op basis van de gewonnen gegevens uit onderzoeken en observaties, verricht door de genoemde disciplines, probeert het team een goed en volledig beeld te krijgen van de cliënt.

¹ VGZ wil zeggen: Verstandelijk Gehandicapten Zorg.

Aan het eind van de observatieperiode wordt er een behandelingsadvies gegeven. Het kan hierbij gaan om opvoedkundige aanwijzingen, een prognose over het verloop van de beperking, de uitslag van lichamelijk onderzoek of specifieke therapie, de beste woonopvang, dagopvang of werkplek of bijvoorbeeld schoolkeuze. Daarna worden de resultaten besproken met de ouders, familie en de personen die beroepshalve met de cliënt te maken hebben.

(Intranet Vanboeijen: Hilvers, 2008)

In bijlage 3 bevindt zich de beschrijving van een dag op de Eekwal. Hierin wordt kort beschreven hoe een dag van een cliënt eruit kan zien.

Hoofdstuk 3. Wat is psychomotorische therapie?

In dit hoofdstuk wordt de term psychomotorische therapie uitgelegd. Ik heb gekozen voor de standaard omschrijving van de vakgroep psychomotorische therapeuten. Ook heb ik gekozen voor de omschrijving die B. Brekhof, psychomotorisch therapeut binnen Vanboeijen, hanteert in de folder psychomotorische therapie van de instelling Vanboeijen.

Deze keuze heb ik gemaakt omdat de psychomotorische therapie door elke therapeut van een andere visie wordt bekeken, zo ook door B. Brekhof. De beschrijving die B. Brekhof hanteert benadert veelal de cliënt gerichte therapie, dit referentiekader is een belangrijke basis voor de behandeling van kinderen met een hechtingsproblematiek.

Psychomotorische therapie door de NVPMT.

Psychomotorische therapie² is het behandelen van mensen met psychische en/of psychosociale problemen door middel van interventies gericht op lichaamservaring en/of het handelen in bewegingssituaties. Het doel van PMT is gedragsverandering tot stand te brengen of tenminste daaraan een bijdrage te leveren en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te verminderen (beroepsprofiel NVPMT, 1995).

PMT is een professionele behandelingsvorm die zich kenmerkt door het construeren en manipuleren van bewegingssituaties/arrangementen in een therapeutische context. De termen construeren en manipuleren hebben te maken met de manier van werken vanuit verschillende theoretische referentiekaders en therapeutische strategieën. Binnen bewegingssituaties/arrangementen gaat het zowel om lichaamsgeoriënteerde als bewegingsgeoriënteerde methodieken. Deze kunnen in dezelfde therapeutische context gecombineerd worden gebruikt. De term therapeutische context staat voor behandeling met betrekking tot psychosociale en psychiatrische problematiek. Binnen de PMT krijgen cliënten door middel van specifieke bewegingssituaties/arrangementen de gelegenheid correctieve emotionele belevingen en leerervaringen op te doen (beroepsprofiel NVPMT, 1995).

Psychomotorische therapie door B. Brekhof.

Psychomotorische therapie is een ervaringsgericht vorm van hulpverlening voor mensen met psychosociale of psychische problemen. Tijdens de PMT wordt gebruik gemaakt van bewegingsactiviteiten en lichamelijke ervaringsvormen. Er wordt een veilige situatie gecreëerd waarbinnen de cliënt kan oefenen en experimenteren met alternatief gedrag. Zo krijgt de cliënt de kans zichzelf en de ander op een andere manier te beleven en zo tot verandering van stemming, inzichten en gedrag te komen.

Psychomotorische therapie kan helpen bij het opheffen, verminderen of het leren omgaan met klachten als gevolg van onder andere:

- negatief zelfbeeld
- grensoverschrijdend gedrag (ten opzichte van anderen)
- niet aan kunnen geven van (eigen) grenzen
- problemen met aanraken en nabijheid, contactproblemen
- ongepaste agressie, impulscontrole problematiek
- seksueel misbruik, mishandeling, verwaarlozing
- gebrek aan vertrouwen in jezelf en de ander
- onvoldoende weerbaarheid, assertiviteit
- *hechtingsproblematiek*
- onderschatting, overschatting, overvraging

² In deze scriptie zal verder de afkorting PMT worden gebruikt.

- gebrekkige of verstoorde lichaamsbeleving
- angst of faalangst
- overmatige spanning
- depressieve klachten
- beperkte ik- ontwikkeling
- emoties niet kunnen uiten
- verstoord realiteitsbesef
- controle dwangmatigheid
- eetproblematiek
- automutilatie

(Brekhof, 2002)

Hoofdstuk 4. Wat is hechtingsproblematiek?

Dit hoofdstuk gaat over veilige en onveilige hechting. Voordat dit aan de orde komt wil ik eerst het verschil tussen een hechtingsstoornis en hechtingsproblematiek uitleggen. Dit is belangrijk voor het begrijpen van mijn scriptie omdat mijn scriptie gaat over de hechtingsproblematiek.

Het verschil tussen een hechtingsstoornis en een hechtingsproblematiek is op papier weergegeven door meerdere auteurs. Twee hiervan zijn A. Thoomes-Vreugdenhil en G. de Lange.

Thoomes Vreugdenhill geeft in haar boek het verschil tussen hechtingsgestoorde en relatiegestoorde kinderen weer.

G. de Lange beschrijft het verschil tussen primair fundamenteel hechtingsgestoorde en secundair fundamenteel hechtingsgestoorde kinderen.

Hechtingsgestoorde kinderen zijn kinderen waarin de beschadiging in de hechting in een vroeg stadium is opgetreden. Zij hebben niet de kans gehad, zijn niet in staat geweest, om een hechtingsrelatie aan te gaan. Kenmerkend voor deze kinderen is dat deze kinderen allemansvriendjes zijn. Het eerste contact is te vertrouwelijk. Meestal fladdert het kind van spel naar spel en is concentratie tot het komen van spel zeer moeilijk. (Thoomes-Vreugdenhill, 2000)

Relatiegestoorde kinderen zijn kinderen die wel tot hechting zijn gekomen. Maar waarbij er een verstoring is geweest in de hechtingsrelatie tijdens het eerste tot derde levensjaar. Deze kinderen zijn teleurgesteld in de hechting. Kenmerkend voor deze kinderen is dat ze erg wantrouwend zijn. De kinderen willen contact maar gaat vaak gepaard met veel angst. Er is sprake van aanklampgedrag. Deze kinderen hebben moeite met de balans vinden in afstand en nabijheid. (Thoomes-Vreugdenhill, 2000)

Primair fundamenteel hechtingsgestoorde kinderen hebben in de eerste levensmaanden niet de basisveiligheid ervaren. Deze basisveiligheid is nodig om een fundament, een bodem te vormen, voor verdere ontwikkeling. Op dit fundament kan een kind zich in emotioneel en affectief opzicht ontwikkelen. Is er iets misgegaan in de ontwikkeling van dit fundament dan ziet met bij het kind dat het bijvoorbeeld uitdagend en agressief gaat gedragen. Ook is de concentratie moeilijk vast te houden. Dit gedrag vertonen ze omdat er geen beheersingspatronen zijn ontwikkeld. (de Lange, 2002)

secundair fundamenteel hechtingsgestoorde kinderen zijn wel in alle veiligheid en geborgenheid gekomen tot gezond gedrag. Er is beheersing en wederkerige betrokkenheid. Deze balans kan echter worden verstoord. Een oorzaak kan zijn dat de hechtingsfiguur plotseling niet meer beschikbaar is. Of het kind vindt in andere gebieden in de ontwikkeling geen aansluiting. Zoals bijvoorbeeld de sociale aansluiting met leeftijdgenoten, of aansluiting op cognitief gebied. Door de verschillende oorzaken kan de bestaande balans verstoord worden dat het basisvertrouwen wordt aangetast. Gevoelens van angst en wantrouwen komen naar boven. Als hier geen adequate aandacht voor is dan kan dat leiden tot fundamentele verstoringen van de aanvankelijke veiligheid en geborgenheid. Het kind kan alle tekenen gaan vertonen van een primair fundamenteel hechtingsgestoord kind. (de Lange, 2002)

De overeenkomst die beide schrijvers hebben is dat ze een tweedeling maken in een vroeg en later stadium waarin problemen in de hechting kunnen ontstaan. Ook beschrijven ze beide dat er in het vroege stadium bepaalde patronen niet zijn aangeleerd waardoor er een vroegtijdig hechtingsprobleem is ontstaan. In de latere fase ontwikkelen de kinderen zich van een eerst veilige hechting naar een onveilige hechting. Beide schrijvers beschrijven dat het kind wordt teleurgesteld en hun balans wordt verstoord.

Een echt duidelijke scheidslijn is moeilijk te trekken. Er is geen criteria wanneer een kind een problematiek of een stoornis heeft. En natuurlijk is elk kind anders. Zie hiervoor ook de factoren die een rol spelen bij het ontwikkelen van een hechtingsproblematiek verderop in dit hoofdstuk.

Binnen de Eekwal te Assen wordt ook een onderscheid tussen een hechtingsproblematiek en een hechtingsstoornis gemaakt.

Gedurende de observatie komt naar voren of het kind een problematiek heeft of een stoornis heeft.

Een stoornis is een zwaardere vorm en zal met intensieve langdurige therapie moeten worden behandeld. (Zie ook de hechtingsgestoorde kinderen bij Thoomes-Vreugdenhill en de primaire fundamentele hechtingsgestoorde kinderen bij de Lange). Aangezien de opnameduur maximaal 9 maand is, geldt bij de Eekwal dat de cliënt zo snel mogelijk naar een gespecialiseerde instelling wordt onder gebracht voor een langdurige behandeling van een aantal jaar.

Een problematiek is minder ernstig van aard. (Zie ook de relatiegestoorde kinderen bij Thoomes-Vreugdenhill en de secundaire fundamentele hechtingsgestoorde kinderen bij de Lange).

In zo'n geval kan een cliënt, binnen de Eekwal, wel behandeld worden.

Hoofdstuk 4.1. Wat is veilige hechting en onveilige hechting?

'De sterke band die een kind met zijn moeder heeft is noodzakelijk voor een normale gezonde ontwikkeling'. (J. Bowlby in Herbert, 1996. Pagina 10)

Elk mens, maar ook elk dier, heeft een innerlijke drijfveer, behoefte, om zich aan andere mensen te hechten. Met deze eigenschap word je geboren, alléén kan je 'niet' overleven. (Dijkstra, 2005)

Een baby vertoont vlak na de geboorte een sterke voorkeur voor het kijken naar gezichten.

Lachende en pratende gezichten zijn voor een baby interessant om naar te kijken. Ze luisteren naar de stem. Een baby ontwikkelt een voorkeur voor de nabijheid van personen die hij of zij kent.

Een baby is het liefst in de buurt van specifieke personen, de hechtingsfiguren. Vaak zijn dit de ouders. Een baby laat dit merken aan de ouder(s)³ door specifiek gedrag te laten zien. Dit wordt gehechtheidsgedrag genoemd. Dat wil zeggen:

- De baby zoekt nabijheid van de hechtingsfiguur, door:
 - Naar de persoon te kijken
 - Naar de persoon toe te kruipen
 - Door de persoon opgetild/aangehaald willen worden
 - Huilen wanneer de hechtingsfiguur (moeder) uit beeld is
 - Alleen getroost worden door de hechtingsfiguur

(Stor & Storsbergen, 2006)

De nabijheid die gezocht wordt door de baby is noodzakelijk in het overleven. De baby zorgt er zo zelf voor dat hij of zij voldoende te eten krijgt maar ook wordt beschermd tegen gevaar. De lichamelijk noodzaak is niet het enige wat van belang is, ook de emotionele overleving is belangrijk. Baby's, maar ook volwassen mensen, zoeken emotionele intimiteit, veiligheid en zekerheid door zich aan andere te hechten. Wie herkent het veilige gevoel, bij een veilige ander, niet tijdens een knuffel. (Herbert 1996)

Gedurende de eerste levensjaren van een baby ontwikkelt zich de hechting met de ouder(s)/verzorger(s). De eerste hechting geschiedt, onder normale omstandigheden, tussen de 6^e en de 12^e maand. Over het algemeen heeft $\frac{2}{3}$ van de baby's zich, na ongeveer een half jaar, gehecht aan zijn of haar moeder. Na anderhalf jaar hebben de meeste kinderen zich tenminste aan één ander persoon gehecht, bijvoorbeeld de vader. Na het tweede levensjaar hebben de meeste kinderen geen voorkeur meer voor de eerste hechtingsfiguur.

³ In mijn scriptie benoem ik vooral de ouder(s), leeswel dat dit ook verzorger(s), of dergelijke kunnen zijn. In ieder geval zal er een vorm van hechting met deze persoon zijn.

Een kind kan zich pas echt gaan hechten tussen de 6^e en 12^e maand omdat daarvoor het cognitieve niveau nog ontoereikend is. Het cognitieve niveau zal rond de negen à twaalf maand moeten zijn voordat een kind daadwerkelijk een hechting ontwikkelt. Voor deze periode is er nog geen sprake van hechting, maar vertonen zij wel gehechtheidsgedrag.

Daarna begint het kind met een gehechtheidsrelatie op te bouwen, mits de hechtingsfiguur een stabiele factor is. (Stor & Storsbergen, 2006)

Een kind ontwikkelt, gedurende de eerste levensjaren, bepaalde verwachtingen over het gedrag van zijn of haar ouder. Deze verwachtingen komen voort uit de ervaringen die een kind opdoet met de personen die nabij zijn.

Er zijn twee soorten verwachtingen belangrijk in de ontwikkeling van de gehechtheidrelatie:

1. Is de hechtingsfiguur beschikbaar?
2. Is de hechtingsfiguur altijd beschikbaar?

Onder normale omstandigheden wordt de ouder langzamerhand voorspelbaar voor het kind. Om een voorbeeld hierbij te noemen, een kind dat zich pijn heeft gedaan wordt tijdens het verdriet getroost door één van de ouders. Door dit voorspelbare gedrag van de ouder, elke keer als het verdriet wordt het getroost, ontwikkelt het kind een gevoel van basisveiligheid. Sensitiviteit van de ouders is de belangrijkste factor bij het ontstaan van een gehechtheidsrelatie. Overigens is de sensitiviteit geen garantie, er zijn ook andere factoren.

Sensitiviteit wil zeggen dat de ouder in staat is om de signalen van het kind waar te nemen, te begrijpen en daarna snel en adequaat te handelen. Hierdoor leert het kind dat de ouder beschikbaar is. En als het vaker voorkomt altijd beschikbaar is. Dit is vooral van belang tijdens periodes waarin het kind stress ervaart. Een stress situatie voor een kind is wanneer de omgeving onbekend is en het daarbij wordt gescheiden van de ouder. (Stor & Storsbergen, 2006)

Er zijn verschillende categorieën van hechting. Door het testen van cliënten in een stresssituatie kan er geconcludeerd worden in welke categorie de cliënt wordt ingedeeld.

Er zijn vier categorieën:

1. Veilig gehecht: Na hereniging met de ouder zullen kinderen binnen een *veilige* gehechtheidsrelatie gedragingen tonen als huilen en/of toenadering zoeken als er behoefte is aan nabijheid van de gehechtheidspersoon. De nabijheid van de ouder zorgt er voor dat het kind snel gerustgesteld wordt. Positieve ervaringen met de ouder hebben het kind geleerd dat de ouder altijd beschikbaar is. Bijvoorbeeld wanneer het zich angstig of verdrietig voelt. De ouders geven het gevoel van veiligheid. Deze reactiewijze wordt ook wel type B genoemd. Veilige gehechte kinderen hebben meestal ouders die sensitief zijn.
2. Onveilig afwerend/ambivalent gehecht: Binnen *onveilige* gehechtheidsrelaties reageren kinderen anders op toenadering van de gehechtheidspersoon. In een aantal gevallen zorgt hereniging met deze persoon niet voor herstel van een gevoel van veiligheid. De gevoelens van deze kinderen zijn tegenstrijdig, omdat zij niet zeker weten of de ouder beschikbaar is. De ouders van deze kinderen zijn namelijk vaak onvoorspelbaar in hun sensitieve gedrag. Deze kinderen zijn er overstuurd wanneer de ouder afwezig is, maar laten zich niet troosten als de ouder is teruggekeerd. Ze zijn passief en ontroostbaar of willen opgetild worden. Maar zodra ze op de arm of schoot zitten willen ze ook weer snel neergezet worden, wat tot een nieuw protest leidt. Dit type wordt afwerend/ambivalent of type C genoemd.
3. Onveilig vermijdend gehecht: Er kunnen zich situaties voordoen waarbij de kinderen na hereniging met de ouder een gevoel van onveiligheid houden. Deze kinderen vermijden de ouder tijdens de hereniging en ondernemen nauwelijks pogingen om toenadering te zoeken. Het lijkt alsof deze kinderen geen enkel vertrouwen hebben in de

beschikbaarheid van de ouder. De ouders van deze kinderen zijn over het algemeen consequent insensitief of afwijzend. Dit type wordt vermijgend of type A genoemd.

4. Gedesorganiseerd of gedesoriënteerd reactiepatroon: Deze kinderen vallen niet in één van de bovenste categorieën en komen in deze restcategorie uit. Deze kinderen lijken tegenstrijdige verwachtingen te hebben over de beschikbaarheid van de ouder of ze zijn bang voor de ouder. Ze laten tegenstrijdig emoties of gedragingen zien. Ze bewegen zich abnormaal, staan opeens stil en lijken zich niet meer te kunnen bewegen (bevriezen of verstarren). Soms lijken zij in de war als de ouder terugkomt en de ouder toenadering zoekt; zij slaan de handen voor de ogen, wiegen heen en weer of wenden het hoofd af terwijl zij naar de ouder lopen of kruipen. Het lijkt alsof de komst van de ouder stress bij het kind eerder verhoogt dan verlaagt. (Herbert, 1996. Pagina 14 & 15)

Kernbegrippen binnen hechting zijn steunzoekend en explorerend gedrag. Bij een veilig gehecht kind bestaat er een zekere balans waardoor het kind enerzijds de wereld durft te ontdekken (exploratie) en anderzijds steun weet te zoeken bij oplopende stress. Het gedrag van het angstig vermijdende gehechte kind kenmerkt zich door te weinig steunzoekend en te veel explorerend initiatief. Bij angstig afwerende/ambivalente kinderen is dit juist andersom.

Hierboven staan de verschillende categorieën binnen hechting. Als de casus wordt vergeleken met de bovenstaande voorkomende categorieën dan is cliënt K een angstig vermijdend gehecht kind. Cliënt K vertoont veel explorerend gedrag. Hij is veel zelf bezig en vraagt weinig om steun. Daarnaast is er weinig vertrouwen in de omgeving, verzorgers en ouders. Er wordt in eerste instantie wel toenadering gezocht, maar dit is alleen functioneel voor cliënt K. Ben je niet meer functioneel voor cliënt K dan raak je uit zijn gezichtsveld en zoekt hij een ander functioneel persoon. Hij zoekt telkens bevestiging van vertrouwen.

Een voorbeeld tijdens een PMT-behandeluur:

Cliënt K werd op zijn plaats gezet door PMT'er. Hij vertoonde gedrag dat niet werd getolereerd. Daarvoor was hij leuk in de omgang met beide PMT'ers. Maar naar dit voorval koos cliënt K de kant van de stagiaire en probeerde de stagiaire voor zich te winnen. Op dat moment was er geen functionele relatie tussen cliënt K en PMT'er. Toen de stagiaire ook de pogingen van cliënt K afwees, om zijn kant te kiezen, waren zowel de PMT'er als de stagiaire fout in zijn ogen.

Cliënt K reageerde fel en boos op beide personen. Hij wilde niet langer in de zaal blijven en begon agressief gedrag te vertonen. Schelden, vloeken en dreigementen. Terug op de Eekwal vertelde cliënt K zijn verhaal aan een verzorger. Hierbij probeerde hij het vertrouwen van deze persoon te winnen.

Hoofdstuk 4.2. Welk gedrag is opvallend bij hechtingsproblemen?

In dit hoofdstuk worden de verschillende gedragingen van een kind met een hechtingsstoornis besproken. In hoofdstuk 4.1 zijn de verschillende soorten hechting al besproken met daarin de gedragingen die bij deze criteria behoren. In dit hoofdstuk worden de gedragingen in twee criteria onderverdeeld.

Het kenmerk van kinderen met een hechtingsproblematiek is een sterk verminderd vermogen om adequaat emotioneel en sociaal te reageren. Hechtingsproblematiek bestrijkt een waaier van gedragsproblemen die veel voorkomen bij kinderen die onvoldoende zorg ontvangen hebben in de eerste levensjaren. Een hechtingsproblematiek is heel complex. (Rygaard, 2005)

Er zijn verschillende soorten eigenschappen die een kind met een hechtingsproblematiek kan laten zien. Deze eigenschappen zijn grofweg in twee criteria ingedeeld.

A. Antisociaal gedrag gedurende de kinderjaren

Binnen het antisociaal gedrag valt:

Intimiderend, impulsief, gewelddadig en agressief gedrag. Het kind leert weinig van sociale ervaringen (zowel straf en beperkingen). Het kind kan een sadistische inslag hebben, of sociaal destructief zijn, andere kinderen of dieren pijn doen, een gebrek aan langdurige schaamte, schuld en spijt tentoonspreiden, en anderen de schuld geven als er op aangesproken wordt. Vecht/vlucht/verstardgedrag (vernielingen verrichten, eindeloze conflicten, koppigheid) is typerend.

B. Niet-kritisch hechtingsgedrag

Het kind kan zich voorbeeldig en 'vol vertrouwen' gedragen naar willekeurige onbekenden. Het kind kan emotioneel geen onderscheid maken tussen bekenden en onbekenden, klampt zich vast. Het kind vertoont onvolwassen hechtingsgedrag (vertoont een patroon van contactgedrag dat normaal is op een leeftijd van 6-12 maanden). De contacten zijn vaak kort en oppervlakkig. Deze willekeurige patronen leiden niet tot blijvend contact. (Rygaard, 2005)

Cliënt K is een cliënt die binnen het tweede kader past. Hij vertoont in het eerste contact voorbeeldig gedrag, stelt zich netjes voor en probeert je meteen te helpen. Tijdens de eerste ontmoeting met cliënt K was dit gedrag aanwezig. Het contact is daarentegen wel oppervlakkig en blijft alleen goed als het in het belang van cliënt K is. Als cliënt K jou als persoon niet meer nodig heeft dan is het contact snel afgebroken.

Een voorbeeld wanneer dit gebeurde was tijdens een sessie dat cliënt K niet deed wat er van hem werd verlangd. Hier werd hij tot een aantal maal op gewezen en bij de derde waarschuwing was het einde sessie. Hierop reageerde cliënt K fel en agressief naar B. Brekhof. Het contact was verbroken en cliënt K zag B. Brekhof alleen maar als fout.

Hoofdstuk 4.3. Onveilige hechting met verschillende factoren.

Er zijn drie belangrijke factoren waardoor een kind het risico loopt om een hechtingsproblematiek te ontwikkelen. In dit hoofdstuk worden de verschillende factoren behandeld. De factoren die aan bod komen zijn: de ouder, daarna het kind zelf en als laatste de omgeving.

De ouder.

Het komt, helaas, voor dat een kind niet de ouder heeft die aan de verwachtingen kan voldoen. Deze kinderen lopen het risico om onveilig gehecht te raken met vervelende gevolgen. Kinderen die onveilig zijn gehecht hebben weinig vertrouwen in de beschikbaarheid van de ouder tijdens een periode van stress. De ouder reageert insensitief op het gedrag van het kind. Dit gedrag kan bij de ouders op twee manieren naar voren komen:

1. Sommige ouders trekken zich weinig van hun kind aan. Het kind komt niet op de eerste plaats. Ze worden te sterk in beslag genomen door hun eigen bezigheden. Er wordt niet of te laat gereageerd op de signalen van het kind. De verzorgers vertonen onverschillig en ongeïnteresseerd gedrag en hebben weinig liefde naar het kind toe.
2. Sommige ouders zijn geïnteresseerd in het kind, maar worden snel boos. Deze ouders straffen snel en zeer streng. Bijvoorbeeld bij iets wat een kind niet mag doen wordt hierop veelvuldig en snel opgetreden, het kind wordt continu bestraft. Er wordt, door de verzorgers, weinig rekening gehouden met de behoeften en de gevoelens van het kind. (Stor & Storsbergen, 2006)

Er kunnen verschillende oorzaken zijn voor de boven genoemde gedragingen van de ouders. Zo kan het zijn dat de ouders zelf niet goed zijn gehecht aan hun ouders, waardoor ze nooit het goede voorbeeld hebben gehad.

Daarnaast kunnen de ouders verschillende privé problemen hebben. Een ouder kan last hebben van emotionele problemen of stress, psychiatrische problemen of een verslavingsproblematiek.

Het kind.

Naast de factor ouders, die een grote rol spelen in de opvoeding van het kind, is het kind zelf ook een factor die invloed heeft op zijn of haar eigen hechting.

Elk kind heeft een ander temperament. Sommige kinderen worden geboren met een heftig temperament. Deze kinderen kunnen het moeilijk maken voor de ouders waardoor de afstemming mis kan lopen.

Een kind kan al vanaf de geboorte medische hulp nodig hebben waardoor de eerste fysieke hechting met de ouder er niet is of moeizaam verloopt. Dit kunnen bijvoorbeeld kinderen zijn die de eerste periode van hun leven in de couveuse hebben gelegen.

Als laatste komt het voor bij sommige kinderen dat er iets mis gaat in de contactuele eigenschappen. Hiermee wordt bedoeld dat een kind vanuit zijn temperament of aanleg afziet van het doen van een emotioneel appèl op de omgeving. Deze kinderen hebben vanuit zich zelf moeite met het aangaan van een hechtingsrelatie. (Rigter, 2002)

De omgeving.

Een derde factor waardoor de hechting mis kan lopen is de omgeving. Zo kan er in de omgeving, tijdens de zwangerschap of eerste levensjaren, veel stress heersen waardoor er een scheefgroei in het contact met het kind kan ontstaan. Langdurige afwezigheid van de hechtingsfiguur kan een aanleiding zijn tot verstoring van het hechtingsproces. De ouder kan moeite hebben met zichzelf totaal beschikbaar stellen voor het kind, bijvoorbeeld doordat het kind niet gewenst is. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen bij hele jonge moeders die nog niet klaar zijn voor het moederschap. De oorzaak ligt dan voornamelijk bij de ouders, maar wordt veroorzaakt door de omgeving. (Rigter, 2002)

De oorzaken zijn kort beschreven, maar wel de meest voorkomende. De belangrijkste oorzaken liggen voornamelijk in de emotionele beschikbaarheid, de sensitiviteit en de responsiviteit van de ouder die door verschillende oorzaken aanwezig of afwezig zijn.

(De factoren die zijn beschreven leiden niet per definitie naar een hechtingsstoornis)

Er zijn natuurlijk altijd uitzonderingen op de regel. Zo kunnen kinderen zich wel hechten aan hun ouder ondanks dat de ouder insensitief gedrag vertoont of hechten kinderen zich niet aan de ouder die juist wel sensitief is.

De kwaliteit van de relatie blijft veelal ongewijzigd tijdens het opgroeien. Maar er zijn mogelijkheden dat deze kunnen veranderen. Zo is er de mogelijkheid dat je als kind veilig gehecht bent opgegroeid, plotseling in een situatie terecht komen dat je onveilig gehecht raakt. Een voorbeeld om dit te verduidelijken: (Stor & Storsbergen, 2006)

De ouders van cliënt K hadden in de eerste levensjaren, van K, met veel stress te maken. De ouders konden een periode niet de volledige aandacht aan de kinderen schenken. Ze waren niet in staat om zich volledig te focussen op de ontwikkeling van hun kinderen.

Doordat de familie moest vluchten uit het land van herkomst, door een burgeroorlog. Deze factoren maakten het voor de ouders niet gemakkelijk en veroorzaakten stress.

Het gevolg is dat cliënt K er grotendeels alleen voor stond.

Hoofdstuk 4.4. Hechtingsproblematiek en een verstandelijke beperking.

In het vorige hoofdstuk zijn de verschillende oorzaken van hechtingsproblematiek beschreven. Ook de verstandelijke beperking van het kind kan een bijdrage leveren aan het ontstaan van een hechtingsproblematiek. Omdat het in mijn scriptie gaat over kinderen met een verstandelijke beperking bespreek ik deze factor in een apart hoofdstuk.

Voor veel ouders is het een schok wanneer ze er achter komen dat hun kind een verstandelijke beperking heeft. Iedereen hoopt immers dat het kind gezond is en niets mankeert.

Na de eerste schok reageren ouders verschillend. Ongeacht of ze in eerste instantie de diagnose van de hand wijzen, het kind afwijzen of zich juist heel liefdevol opstellen. Allemaal hebben ze behoefte aan meer informatie (Herbert, 1996).

Er kan een lange tijd voorbij gaan voordat de ouders gewend zijn aan het idee. En hierdoor het kind pas later accepteren. De eerste tijd zullen de ouders anders kunnen reageren op hun kind. Dit kan voortkomen uit verdriet over het feit dat het hun kind moet overkomen.

Er wordt dan niet op het kind aangesloten. De ouders zullen moeite hebben met sensitief zijn naar het kind toe. Verwerkings- en acceptatieproblemen kunnen het de ouders moeilijk maken sensitief te reageren op het gedrag van het kind (Van Loghum, 2006).

Deze ouderfactoren kunnen een bijdrage leveren aan het ontwikkelen van een hechtingsproblematiek.

Een andere factor is het kind zelf. Het kind wordt geboren met een beperking. Wat betekent dat het een eigen karakter/temperament heeft. Het gevolg kan zijn dat de afstemming van het kind met de ouder mis loopt. Het kind kan afzien van een emotioneel appèl op de omgeving of gaat vanuit zichzelf geen hechtingsrelatie aan.

Een andere oorzaak is dat er iets mis gaat in de eerste fysieke hechting. Het kind heeft vanaf de geboorte medische hulp nodig. Hierdoor kunnen de ouders niet bij hun kind en loopt de fysieke hechting niet zoals het hoort (Rigter, 2002).

De diagnose hechtingsproblematiek bij kinderen met een verstandelijke beperking is moeilijk vast te leggen. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar hechtingsproblemen bij kinderen die verstandelijk beperkt zijn. Het aanbod van literatuur is gering (Van Loghum, 2006).

Hoofdstuk 4.5. Hoe kom je binnen de observatieperiode tot de conclusie dat er sprake is van hechtingsproblematiek?

Voordat de behandeling begint is er een observatieperiode voor elke cliënt. In deze periode wordt er een duidelijk beeld van de cliënt geschetst. Ook wordt er een voorzichtige diagnose gemaakt over de problematiek die de cliënt heeft.

Bij een cliënt met een hechtingsproblematiek is dit van belang om vast te stellen of het gaat om een hechtingsproblematiek, specifieke kwetsbaarheden, ontwikkelingsmogelijkheden of belemmeringen liggen. Daarbij is in de observatie ook belangrijk of een mogelijke PMT behandeling wel bij de specifieke cliënt past.

De eerste observatie is al bij het kennismaken met de cliënt. Hoe komt de cliënt in eerste instantie over, stelt hij/zij zich voor, hoe is de verzorging van de cliënt, etc.

Uit het kennismakingsgesprek zal een eerste onderzoekshypothese naar voren komen. Deze hypothese en de eerste klinische blik zullen tijdens de eerste weken moeten worden onderbouwd met bewijzen (Bijsterbosch e.a. 2010).

De manier waarop binnen de PMT wordt geobserveerd is te vergelijken met het 'diathese-stress-model' van Claudia Emck. Verschillende etiologische theorieën zijn in dit model vervat: biologische, sociale, gedragsmatige en psychodynamische aspecten worden in onderlinge samenhang bekeken. Het model is op te vatten als een metamodel. Vanuit de observaties wordt er een profielschets uitgewerkt. Deze bepaalt welke accenten er in de behandeling gelegd wordt (Emck, 1995).

Binnen de PMT van B. Brekhof wordt er geen gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd observatiemodel. B. Brekhof heeft zijn eigen lijst met observatiepunten samengesteld.

De PMT –observatie, binnen de Eekwal, bestaat uit een bewegingsanamnese met belangrijke zaken die de cliënt verteld. Er wordt geobserveerd op; contactname, stemming, afstand/nabijheid, leiden/volgen, samenwerken, hulp vragen, omgaan met complimenten, grenzen, vertrouwen, etc.

Na de observatiesessies wordt er een soort profielschets gemaakt, zie voor een voorbeeld bijlage 1. Een verschil met een profielschets is dat er meer in verhalende zin de cliënt wordt beschreven. Er worden voorbeelden en uitspraken genotuleerd.

In beide soorten observaties is het van belang dat de geschiedenis van de cliënt wordt nagegaan. Hierbij wordt er gekeken of het gedrag, dat de cliënt vertoont, afhankelijk is van de context. Een belangrijk punt dat wordt geobserveerd is hoe de cliënt zich verhoudt met vreemden. Hierbij wordt er vooral gekeken of de cliënt onderscheid maakt tussen de verzorgers⁴/bekenden of vreemden.

Vastgesteld wordt of het gestoorde gedrag kindgebonden is in interacties met alle betreffende personen, of relatiegebonden is, specifiek bij een bepaalde verzorger (Stor en Storsbergen, 2006).

⁴ De verzorger zal naar verloop van tijd de persoon zijn waarmee de cliënt binnen de Eekwal het meest mee van doen heeft. Deze persoon zal gedurende de tijd dat het kind aanwezig is de hechtingspersoon zijn en moet voldoen aan de waarden die daarbij horen.

Is er na deze observaties de diagnose hechtingsproblematiek vastgesteld dan wordt er een behandeling geïndiceerd binnen de Eekwal. Wordt de cliënt gediagnosticeerd op een hechtingsstoornis dan zal deze zo snel mogelijk worden verwezen naar een instelling waar hij/zij voor een langere periode intensief kan worden behandeld. Zie voor meer uitleg over het verschil tussen hechtingsproblematiek en hechtingsstoornis ook de inleidende paragraaf van hoofdstuk 4.

Tijdens de observatie en behandelperiode, normaliter tussen de negen en de twaalf maand, wordt er voor de cliënt een geschikte plek gezocht. Onderzocht wordt of de cliënt naar huis kan of dat het binnen een andere instelling kan worden geplaatst.

Hoofdstuk 4.6. Hoe wordt een hechtingsproblematiek behandeld?

In dit hoofdstuk staat de behandeling van een hechtingsproblematiek door een psychomotorische therapeut centraal. De informatie hiervan heb ik uit de PMT-module 'PMT bij kinderen en jongeren (8-15) met een licht verstandelijke beperking en een onveilige hechtingsrelatie *"Kijk en luister goed naar mij en heb mij door"*' door H. Bijsterbosch, A. Eijselendoorn, M. van Kemenade, I. de Leeuw, H. sikkel en P. Timmers, 2010.

Naast deze literatuurverwijzing beschrijf ik vanuit mijn eigen ervaringen met cliënt K.

Langere tijd is aangenomen dat hechtingsproblematiek onbehandelbaar zou zijn. Dit is gebaseerd op de gedachte dat er bij hechting sprake is van een narrow window; een korte tijdsperiode waarbinnen de ontwikkelingsstap gemaakt moet worden. Afhankelijk van de auteur en bron zou deze stap, gaan om de eerste zes maand, drie jaar of zeven jaar. (Bijsterbosch e.a., 2010)

In de eerste levensfasen worden er ervaringen opgedaan. Zonder dat hier bewust op kan worden gereageerd. De ervaringen worden opgeslagen in het geheugen. Dit deel van het geheugen is voor ons iets waar we ons nauwelijks bewust van zijn. Het geldt wel als referentiekader. Op een onbewust niveau worden er situaties beoordeeld en kunnen er emotionele reacties worden opgeroepen. Zo ontstaat er een koppeling tussen een context en een emotionele toestandsbeeld met een daaraan gerelateerde handelingsselectie/gedrag.

De basis voor de behandeling van een hechtingsgestoorde cliënt ligt bij het scheppen van een stabiele en eenvoudige omgeving. Als de cliënt niet te veel wordt blootgesteld aan veranderingen, teveel mensen of te weinig structuur, zal de cliënt uit eindelijk tot leren in staat zijn. Als er altijd een object aanwezig is met de vaste bedoeling om het kind te helpen nieuwe ervaringen aan te gaan, zal het kunnen leren (Rygaard, 2005).

Tijdens de therapie is het van belang dat de cliënt leert begrijpen dat zijn reacties oorspronkelijk adequaat waren. Maar dat ze in de huidige situatie niet meer voldoen. De verandering in gedrag zal grotendeels te maken hebben met het veranderen van de reactie.

De therapeut duidelijk aan de cliënt wat er aan de hand is. Er wordt uitleg gegeven over de aard en de gevolgen van een hechtingsproblematiek.

De eerder genoemde stresssituatie zal een situatie vormen waarmee de cliënt moeten leren omgaan. Zodat er ander gedrag gekozen kan worden en hij echt zelf kan kiezen en hij niet primair reageert op basis van patronen die hij heeft aangeleerd.

Naar verloop van tijd zal het geheugen en het referentiekader veranderd kunnen worden (Bijsterbosch e.a., 2010).

Een manier om te werken aan een versterking van de adequate opvattingen is psycho-educatie⁵. Het resultaat hiervan is dat de kans op een negatieve primaire waardering van de stresssituaties afneemt. Gedurende het proces wordt er gewerkt naar een situatie waarin de cliënt dirigent is over zijn reacties. Het is van belang dat elke verzorger of therapeut een veilige context creëert. De therapeut draagt zorg voor de beheersing van eventuele bedreigende variabelen. Belangrijk is dat bij het kind het vluchtmechanisme, fight flight en fright, niet of nauwelijks wordt opgeroepen. Van belang is dat de therapeut een positieve attitude aanneemt, bedreigende conflicten vermijdt en altijd een steunende houding aan blijft houden.

Zodoende wordt er voorzichtig een begin gemaakt in de ontwikkeling van een nieuw aangepast referentiekader (Bijsterbosch e.a., 2010).

⁵ Psycho-educatie is een methodiek in de hulpverlening aan mensen met een langdurige beperking of handicap en verwijst naar een reeks educatieve of opvoedkundige interventies om mensen te leren omgaan met hun beperkingen door kennis erover, vaardigheden in de omgang en zelfvertrouwen in de verwerking.

Bij de behandeling van een hechtingsstoornis zal er veel gebruik gemaakt worden van exposure in vivo⁶. Zoals al eerder is beschreven heeft een persoon met een hechtingsstoornis vaak het gevoel in een stresssituatie terecht te komen. Doormiddel van systematische desensitisatie⁷ wordt getracht aanpassingen in het stressniveau te bewerkstelligen. Stukje bij beetje zal de persoon blootgesteld worden aan een hoger stressniveau waarna het beoogde resultaat gewenning is. Daarnaast worden er nieuwe ervaringen opgedaan, bijvoorbeeld dat na de top van de spanning vanzelf weer ontspanning ontstaat. Tijdens deze fase kan er gewerkt worden aan de transfer naar het dagelijkse leven, maar ook kunnen er voorbeelden van moeilijk gedrag van het kind in het dagelijkse leven worden besproken.

Exposure in vivo en systematische desensitisatie zijn vormen die binnen de PMT-therapie naar voren komen. Tijdens een therapie kan er ervaringsgericht aan de stress situatie gewerkt worden. Doormiddel van stressoproepende activiteiten kan de cliënt bloot worden gesteld aan het ervaren van stress en daarop adequaat leren te reageren. Hierbij is het van belang dat de cliënt zelf zijn grenzen aan durft te geven, maar deze ook leert ontdekken. Door spelenderwijs activiteiten met de cliënt aan te gaan zal er verandering bij de cliënt optreden. De combinatie ervaringsgericht werken en psychotherapie zal de cliënt andere reacties aan leren.

Het is belangrijk dat de therapie gaat over het bestaansrecht van de problematiek en het kunnen verdragen dat dit open en bloot op tafel komt.

Als de persoon voldoende stress kan verdragen kan er een stap worden gemaakt naar het (moeilijke) gedrag van de persoon. Het is van belang te denken in termen van nieuw aan te leren gedrag, vergroten van het handelingsrepertoire en het vormen van nieuwe schema's ofwel geautomatiseerde handelingsalternatieven (hulp of verduidelijking vragen, adequaat feedback geven, troost zoeken, grenzen stellen, etc.)

De nieuwe schema's die goed verankerd zijn aan een context kunnen zorg dragen voor een meer gedifferentieerd reageren op situaties, ook al zijn ze dynamisch van aard. Door nieuwe routines in te slijpen, wordt eraan gewerkt dat de betrokkene zich in sociaal opzicht beter weet te handhaven en zich ontwikkelt naar een persoon die zich competent weet op te stellen (Bijsterbosch e.a. 2010).

Het belangrijkste waar aan gewerkt wordt is het vertrouwen en wantrouwen van de cliënt. door eerdere gedane ervaringen wantrouwt de cliënt iedereen. Dit is voor de cliënt normaal gedrag, een overlevingsmechanisme om staande te blijven in de wereld en zich goed te voelen.

Elke behandelaar, verzorger of omstander die direct met de cliënt te maken heeft, zal de cliënt positief benaderen en hem accepteren, alleen zijn gedrag afkeuren (Rygaard, 2005).

Voor cliënt K is dit punt, tijdens zijn opname, belangrijk. Cliënt K heeft is in zijn verleden niet vaak geaccepteerd of positief benaderd door zijn omgeving. Doordat hij vaak storend gedrag vertoonde, gebeurde dit. Om zijn behandeling in goede banen te laten leiden zal iedereen met de neus in de zelfde richting moeten staan. Door het ongewenste gedrag af te keuren, maar niet de persoon.

⁶ Exposure in vivo: stap voor stap blootgesteld aan situaties die beangstigend maken. Ook wel blootstelling genoemd. Bij gedragstherapie wordt deze vorm veelvuldig gebruikt.

⁷ Systematische desensitisatie heet de techniek waarmee de gedragstherapeut de patiënt afleert bang te zijn voor beangstigende situaties.

De behandeling van een cliënt kan via 4 fases verlopen. Deze 4 fases zijn aanwezig in een behandeling door een PMT'er. Fase 1 en 4 zijn de fases die altijd worden doorlopen. De tussenfases kunnen door bijvoorbeeld een verkorte opname niet altijd aan bod komen.

De eerste fase staat in het teken van *het kunnen zijn in de situatie*. Deze fase is meestal individueel, als dit teveel angst of weerstand oplevert kan de overweging worden gemaakt deze in een groepje te doen om daarna de stap naar individueel te maken. De therapeut is in deze fase op de achtergrond. Binnen deze therapiesituatie zal er goed af worden gestemd op wat de cliënt aan kan. Er wordt geprobeerd de basisspanning te minimaliseren. Het resultaat is dat de cliënt geen weerstand meer hoeft te hebben. Deze fase zal vooral in het thema staan van ontmoeten. Ontmoeten van de cliënt met de therapeut, het materiaal, de zaal, welke mogelijkheden zijn er in de zaal en wat vind de cliënt leuk om te doen.

Tijdens de tweede fase wordt er individueel gewerkt. In deze fase neemt de interactie en het contact toe. Daarmee gepaard neemt de spanning toe, zowel kwantitatief en kwalitatief. De therapeut en de persoon(en) die tijdens de behandeling een rol spelen komen meer in beeld. De cliënt wordt blootgesteld aan de beginnende stress en hij leert hiermee omgaan. In deze fase zal er een begin gemaakt worden met het veranderen van het gedrag dat de cliënt vertoont. Ervaringsgerichte activiteiten zullen de belangrijkste activiteiten zijn in deze fase. Wat de PMT speciaal maakt is dat er in de zaal veel differentiatiemogelijkheden zijn.

De derde fase is een fase waarin een groep een belangrijke rol speelt. In deze fase zullen er vaardigheden worden geoefend die belangrijk zijn naar leeftijdsgenoten, lotgenoten maar ook het gezin of verzorgers. Dit kan geoefend worden in de therapie en later toegepast worden buiten de therapie. Of al met een groep in de therapie worden geoefend. In deze fase kunnen ook de ouders/verzorgers een belangrijke rol gaan spelen.

In de laatste fase staat het *afscheid nemen centraal*. Dit is een lastig item voor mensen met een hechtingsproblematiek. Een goed afscheid waarbij de cliënt goed betrokken is, geeft vervangende corrigerende ervaringen voor het gevoel van weggestuurd te worden. Deze fase sluit je niet af. Gedurende de behandeling zal er voortdurend terug gegrepen worden op de eerdere fases.

Het proces zal niet vanzelf op gang komen door het doen van activiteiten die aan de verschillende fases gekoppeld zijn. De wijze van aanbieden, de attitude en de betekenis die de cliënt er aan verleent zullen voornamelijk het proces op gang houden (Bijsterbosch e.a. 2010).

Hoofdstuk 5. Hechtingsproblematiek en PMT.

Hoofdstuk 5 gaat over de bijdrage van de PMT bij de behandeling van een hechtingsproblematiek. Deel 1 maakt duidelijk waarom de PMT een belangrijke bijdrage kan leveren bij de behandeling van een hechtingsproblematiek.

In het tweede deel worden de doelen besproken waaraan kan worden gewerkt. Niet elke doel zal worden aangepakt omdat de problematiek per individu kan verschillen.

In hoofdstuk 5.3 wordt er beschreven waaraan je in een korte observatie en behandelperiode aan kan werken binnen de PMT. En waar rekening mee moet worden gehouden binnen deze korte periode van opname.

Hoofdstuk 5.1. Wat is de kracht van een PMT behandeling?

PMT is een therapievorm waarin cliënten leren hun lichaam en zintuigen te ervaren en te gebruiken. Het zelfvertrouwen van de cliënten wordt vergroot door het leren omgaan met het eigen lichaam. De cliënten leren omgaan met angst- en stressreacties en hoe deze zijn te voorkomen. Er wordt een situatie geschapen waarin de cliënt vertrouwt raakt met de context (beroepsprofiel NVPMT, 1995). (Zie hoofdstuk 3 voor een uitgebreide uitleg van de PMT)

In tegenstelling tot normaal begaafde leeftijdsgenoten hebben LVG-kinderen minder inzicht in wat er om hen heen gebeurt. Zij denken concreter en hun abstractieniveau is minder ontwikkeld. De PMT sluit goed bij deze kinderen aan omdat er voornamelijk wordt gewerkt vanuit concrete hier en nu situaties.

De PMT heeft een non-verbaal karakter. Verbaliteit speelt bij deze doelgroep een ondergeschikte rol. De kracht van de PMT ligt in het gegeven dat het een ervaringsgerichte manier van werken is. De cliënten leren vooral in de praktijk, uit ervaringen waarbij de PMT aansluit. Hierdoor is er eerder sprake van opslag in het geheugen. Eerder dan wanneer men in de therapie gericht is op cognitieve vaardigheden. De cognitieve vaardigheden zijn minder goed ontwikkeld bij LVG cliënten.

Een voordeel van PMT is dat de aansluiting met de cliënt makkelijker te vinden is binnen sport en spel. Het brengt plezier met zich mee voor veel kinderen om bewegend bezig te zijn. Hierdoor is de eerste stap al gemaakt in het in contact komen met de cliënt.

De modaliteiten die binnen de therapie naar voren komen zijn oefenen, ervaren en ontdekken. De modaliteit oefenen staat voor het leerproces van de cliënt die zich nieuw gedrag moet eigen maken, al oefenend werkt de cliënt aan het vergroten van zijn waarnemingsvermogen, belevingsvermogen en gedragsrepertoire. De modaliteit ervaren staat voor het ervaringsproces waarin de cliënt verschillen gaat ervaren in het doen van diverse gedragsalternatieven. Bij de modaliteit ontdekken staan onverwerkte, verdrongen herinneringen, emoties en intrapsychische conflicten centraal die verwijzen naar trauma's (L. Sietsma, 2001).

Hoofdstuk 5.2. Welke doelen stel je binnen de PMT voor een cliënt met een hechtingsproblematiek?

Binnen de problematiek van hechting zijn er verscheidene doelen die een PMT(er), al dan niet in overleg met een multidisciplinair team, kan opstellen voor een cliënt met een hechtingsproblematiek. Uit deze doelen is er één die het meest voor de hand liggend, maar ook het meest belangrijk is. Het *vertrouwen – wantrouwen*, in de ouder(s), verzorger(s), behandelaar, therapeut of persoon die in meer of mindere mate met de cliënt te maken heeft. Vertrouwen zal binnen de behandeling het hoofddoel zijn en bij elke behandeling in acht worden genomen. *Vertrouwen – wantrouwen* zal als een rode draad door de behandeling heen vloeien. Naast dit hoofddoel zijn er verscheidene subdoelen die van belang kunnen zijn. Dit kan per individu verschillen. (Bijsterbosch, 2010)

Hoofddoel;

- vertrouwen krijgen in mensen en vertrouwen in jezelf,

De subdoelen die binnen de PMT aanbod kunnen komen zijn;

- ervaren van veiligheid,
- ervaren van succes bij het eigen handelen,
- ervaren van positieve ervaringen samen,
- versterken van het ik-bewustzijn,
- vervangen van disfunctioneel gedrag en toename van copingvaardigheden,
- reguleren van spanning en emoties,
- verbeteren van de omgang (met leeftijdsgenoten, verzorgers, etc.),
- verminderen van angsten,
- ervaren dat je grenzen kan verleggen,
- controle ervaren over de situatie, materialen, eigen lichaam,
- hulp vragen en ontvangen,
- herkennen en kunnen plaatsen van eigen gedrag/gevoel/gedachten,
- overleggen en samenwerken, kritiek geven en ontvangen, complimenten geven en ontvangen,
- aangeven van eigen behoefte en grenzen inclusief het verdedigen van grenzen,
- omgaan met verlies/falen,
- oplossen en afsluiten van conflicten,
- leren omgaan met afscheid en de moeite daarvan,
- ervaren van spanning – ontspanning.

De doelen hebben allemaal betrekking op en hun eigen toevoeging aan het versterken van het gehechtheidsgedrag van de cliënt. Een cliënt wordt gedurende de behandeling geprikkeld in het opdoen van nieuwe ervaringen. Het begrijpen van de gevolgen wat er aan de hand is. Leren van verdragen van stress en het vergroten van het handelingsrepertoire. Een cliënt leert nieuwe patronen inslijpen zodat er een nieuw/veranderd referentiekader is ontwikkeld die adequaat op situaties reageert. (Bijsterbosch, 2010) (Zie voor de behandeling hoofdstuk 4.5)

Hoofdstuk 5.3. Waar begin je mee, binnen de PMT, als opzet voor een vervolgtraject binnen een therapeutische setting?

Het hoofddoel binnen een therapeutisch traject van een cliënt met een hechtingsproblematiek is het herstellen van zijn vertrouwen en wantrouwen in mensen. Door de opvoeding of ervaringen in het verleden heeft de cliënt weinig vertrouwen of geen vertrouwen in ouders, verzorgers of andere mensen. De cliënt is op zichzelf aangewezen. (Bijsterbosch e.a, 2010)

De verzorger of vertrouwenspersoon vanuit de Eekwal zal de belangrijkste rol spelen in het aanleren van nieuw gedrag. De vertrouwenspersoon zal de cliënt begeleiden. Het gedrag wat de cliënt vertoont zal worden afgekeurd maar de persoon zelf niet.

Gedrag dat afgekeurd wordt is ongewenst gedrag. Bijvoorbeeld:

Een cliënt vertoont weinig impulscontrole, is gefrustreerd, toont agressief gedrag, is snel boos, is dwingend/dominerend/controlerend in zijn doen en laten, eist/dwingt/claimt dingen, is manipulatief in zijn gedrag naar anderen, liegt naar anderen. Daarnaast kan het juist zijn dat de cliënt teveel aanklampt aan één persoon, heel afhankelijk is, passief en lusteloos is, heel erg wantrouwend is, teruggetrokken in zijn gedrag is en het onvermogen heeft om een relatie vorm te geven (Rygaard, 2005) (Zie hoofdstuk 4.2).

Na de observatieperiode wordt de cliënt uitvoerig besproken binnen het multidisciplinair team. Er wordt gekeken welke hulp de cliënt kan gebruiken. Zie hoofdstuk 5.1 waarom de PMT vaak wordt ingezet bij de doelgroep die centraal staat.

De duur van de behandeling is afhankelijk van hoe snel een cliënt verandert. Of hoelang de cliënt verblijft op de Eekwal. Wordt er een behandeling geïndiceerd dan wordt deze aangevraagd bij de PMT'er.

De behandeling kent vier fases.

De eerste fase zal gaan om de ontmoeting met de cliënt. Dit gebeurt al tijdens de eerste ontmoeting wanneer de cliënt ter observatie naar de PMT komt. Dit is de basis voor de relatie die er met de cliënt ontstaat. Hierin laat je als therapeut al zien aan de cliënt wie je bent en waar de grenzen liggen, belangrijk is hierbij dat je de cliënt laat wennen aan de omgeving en aan de therapeut. Gedurende de eerste sessies zal er nog weinig aandacht worden besteed aan de relatie met de therapeut, maar zal alleen het zijn en bezig zijn in de zaal centraal staan.

Na een aantal sessies, dit hangt van de cliënt af, zal de relatie steeds meer centraler komen te staan. Tijdens deze sessies zal er een begin worden gemaakt met het leren om te gaan van stresssituaties. Het geleerde uit de tweede fase zal in de derde fase in praktijk moeten worden gebracht. De cliënt zal in contact en samen zijn met andere cliënten de stresssituaties ook ervaren en daartoe handelen zoals dit is veranderd en geleerd in fase 2.

De cliënt heeft een ernstig verstoord intern werkmodel van relaties. Belangrijk zullen de positieve interacties naar de cliënt zijn. (Bijsterbosch e.a, 2010)

De laatste fase is het afscheid nemen, de zwaarste fase voor een kind met een hechtingsproblematiek. Er zal lang naar een afscheid toe moeten worden gewerkt om verval in het oude referentiekader te doen verminderen. Gedurende het proces van de 4 fases zal er vaak terug moeten worden gegrepen op een eerdere fase. (Bijsterbosch e.a. 2010)

Voor de PMT binnen de Eekwal zal dus de belangrijkste stap zijn met de cliënt om het basisvertrouwen terug te winnen. Hierbij is het leren vertrouwen op de therapeut in eerste instantie het belangrijkste, waarna er een stap kan worden gemaakt naar het samenwerken met de therapeut. Uiteindelijk is het doel om de cliënt om te leren gaan met de stresssituaties en hier adequaat op kan reageren.

Als de cliënt een vervolgtherapie krijgt binnen een andere therapeutische setting is het belangrijk om te zorgen voor een goede overdracht naar de volgende therapeut.

Hoofdstuk 6. Conclusie. Wat is de bijdrage van psychomotorische therapie aan de kort durende behandeling van hechtingsproblematiek binnen het observatie en behandelcentrum de Eekwal te Assen?

In tegenstelling tot normaal begaafde leeftijdsgenoten hebben LVG-kinderen minder inzicht in wat er om hen heen gebeurt. Zij denken concreter en hun abstractieniveau is minder ontwikkeld. De PMT sluit goed bij deze kinderen aan omdat er voornamelijk wordt gewerkt vanuit concrete hier en nu situaties.

De PMT heeft een non-verbaal karakter. Verbaliteit speelt bij deze doelgroep een ondergeschikte rol. De kracht van de PMT ligt in het gegeven dat het een ervaringsgerichte manier van werken is. De cliënten (LVG) leren vooral in de praktijk, uit ervaringen waarbij de PMT aansluit. Hierdoor is er eerder sprake van opslag in het geheugen. Eerder dan wanneer men in de therapie gericht is op cognitieve vaardigheden. De cognitieve vaardigheden zijn minder goed ontwikkeld bij LVG cliënten.

De modaliteiten die binnen de therapie naar voren komen zijn oefenen, ervaren en ontdekken. De modaliteit oefenen staat voor het leerproces van de cliënt die zich nieuw gedrag moet eigen maken, al oefenend werkt de cliënt aan het vergroten van zijn waarnemingsvermogen, belevingsvermogen en gedragsrepertoire. De modaliteit ervaren staat voor het ervaringsproces waarin de cliënt verschillen gaat ervaren in het doen van diverse gedragsalternatieven. (L. Sietsma, 2001).

De bijdrage van de PMT aan de kortdurende opname is doormiddel van ervarings- en oefen-gerichte activiteiten het referentiekader van de cliënt aan te passen. Zodat de cliënt in stresssituaties adequaat kan reageren en gedrag kan laten zien dat meer gewenst is dan hij voorheen deed. Door nauw samen te werken met het multidisciplinair team en duidelijk doelen op te stellen kan de PMT al in de praktijk aan de slag met de cliënt. Door het ervaringsgericht werken in de praktijk is er een snellere borging in het lichaam. Dit in tegenstelling waarneer je met cliënten bezig gaat met alleen de psychotherapie.

Samenvatting.

Wat is een hechtingsstoornis en het verschil met een hechtingsproblematiek?

Een hechtingsstoornis is een stoornis die niet binnen een korte tijd te behandelen is. Deze stoornis zit diep in een persoon verankerd. De persoon weet niet anders.

Is de stoornis al vanaf de geboorte gevoed dan is er sprake van een persoonlijkheids‘probleem’.

Is er op latere leeftijd een probleem in de hechting ontwikkeld dan spreekt men van een hechtingsproblematiek. In deze scriptie gaat het om de hechtingsproblematiek.

Het onderscheid is belangrijk omdat een hechtingsstoornis een langdurig behandeling nodig heeft. En bij een hechtingsproblematiek zou een kortere behandeling volstaan.

Dit hangt altijd af van de persoon en de cliënt die je voor je hebt.

Thoomes-Vreugdenhil (2000) legt het verschil uit aan de hand van hechtingsgestoorde kinderen en relatiegestoorde kinderen. De hechtingsgestoorde kinderen zijn de kinderen met een persoonlijkheidsprobleem. De relatiegestoorde kinderen zijn de kinderen met een problematiek.

Ook *de Lange* (2002) legt het verschil uit aan de hand van primair fundamenteel hechtingsgestoord en secundair fundamenteel hechtingsgestoord. De primaire soort is de hechtingsstoornis. (Zie voor een uitgebreidere uitleg hoofdstuk 4.)

De Eekwal erkent ook het verschil tussen een stoornis en een problematiek. De Eekwal is een onderdeel van Vanboeijen te Assen, een observatie- en behandelcentrum voor kinderen/jeugdigen met een verstandelijke beperking. De periode die een cliënt normaliter verblijft bij de Eekwal verschilt van 9 tot 12 maand (Hilvers, 2008).

Dit zal bij de meeste gevallen van zowel de hechtingsstoornis als de hechtingsproblematiek te kort zijn voor een volledige behandeling.

Voor een cliënt die binnenkomt en gediagnosticeerd wordt met een hechtingsstoornis zal zeer spoedig een andere plek worden gezocht waar deze intensief en langdurig behandeld kan worden. Een cliënt die wordt gediagnosticeerd met een hechtingsproblematiek zal wel in het traject blijven van de aantal maanden en zal er een behandelplan op worden gesteld. In samenwerking met alle disciplines. Hierbij zal ook de PMT een rol spelen die van belang is in de ontwikkeling van een nieuw referentiekader.

Wat is PMT?

PMT is een therapievorm waarin cliënten leren hun lichaam en zintuigen te ervaren en te gebruiken. Het zelfvertrouwen van de cliënten wordt vergroot door het leren omgaan met het eigen lichaam. De cliënten leren omgaan met angst- en stressreacties en hoe deze zijn te voorkomen (beroepsprofiel NVPMT, 1995). (Hoofdstuk 3 beschrijft de PMT uitgebreider)

Hoe kan de behandeling er uit komen te zien?

Gedurende de behandeling binnen de PMT zal het hoofddoel voor de cliënt het herwinnen van vertrouwen in zichzelf maar nog belangrijker de balans terug te winnen tussen het vertrouwen en wantrouwen van mensen om hem heen. Binnen de PMT zal veel aan het vertrouwen worden gewerkt.

De ervaringen die worden opgedaan tijdens de PMT en het geleerde tijdens de therapiesessies zullen worden gerapporteerd waarna de begeleiding dit met de cliënt in praktijk zullen brengen (Bijsterbosch e.a. 2010).

Hoofdstuk 5.2 beschrijft naast dit hoofddoel mogelijk subdoelen die tijdens de therapie behandeld kunnen worden. Het hoofddoel met de daaraan gelinkte subdoelen zullen vooral ervarend worden behandeld. Het ervarend leren zal verlopen in 4 fases. De ontmoetingsfase is de eerste fase. In fase twee komt de interactie van de therapeut naar de cliënt aanbod. In fase 3 is de interactie naar groepsgenoten het hoofdthema. En als laatste de afscheidsfase.

Tijdens deze fases zal het hoofddoel vertrouwen – wantrouwen altijd in het achterhoofd mee worden genomen. De cliënt zal uiteindelijk om kunnen gaan met onverwachte situaties die stress kunnen oproepen. De cliënt zal daar adequaat op kunnen reageren. Hij heeft een nieuw referentiekader ontwikkeld en weet met aangeleerd gedrag te reageren op situaties.

Ook is het belangrijk dat de cliënt heeft leren vertrouwen op zichzelf en in mensen om hem heen. Dat niet alle mensen gelijk zijn en niet te vertrouwen kunnen zijn (Bijsterbosch e.a. 2010).

Literatuur:

- Koster van Goor, G.A.S. (2005) *Beknopte handleiding bij de Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, American psychiatric association, Harcourt Publishers, 2^e druk 2002, tweede oplage 2005.*
Washington: American Psychiatric Association.
- Weerman, A. (2006) *Zes psychologische stromingen en één cliënt.*
Soest: Nelissen.
- Rigter J. (2002) *Ontwikkelingspathologie bij kinderen en jeugdigen.*
Bussem: Couthinho.
- Dijkstra, P. (2005) *Omgaan met hechtingsproblemen.*
Houten : Bohn Stafleu van Loghum.
- Thoomes-Vreugdenhill, A. (2000) *Relationeel gestoord en hechtingsgestoord, onderscheid in verwaarlozingsproblematiek. Differentiatie en fasetherapie, behandelwijze voor verwaarlozingsproblematiek.*
Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lange, de, G. (1991) *Hechtingsstoornissen, orthopedagogische behandelingsstrategieën.*
Assen: Dekker & Van de Vegt.
- Herbert, M. (1999) *Hechting.*
Baarn: Intro.
- Rygaard, N. P. (2007) *Hechtingsstoornissen : praktijkgericht therapiehandboek voor ernstige hechtingsstoornissen bij kinderen.*
Amsterdam: SWP
- Brekhof, B. (2002) *Folder psychomotorische therapie Vanboeijen.*
Assen: Intranet Vanboeijen.
- Hilvers A. (2008) *Beschrijving Eekwal te Assen.*
Assen: Intranet Vanboeijen.
- Stor, P & Storsbergen, H. (2006) *Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis. Het onderkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking.*
Utrecht: Lemma.
- Sietsma, L. (2001) *Congres Sport en Santé Mentale, In: Reader Bewegingsagogie en Psychomotorische therapie, 2003-2004.*
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorisch Therapeuten, 1995, Beroepsprofiel Psychomotorisch Therapeut, speciale uitgave Algemene Leden Vergadering, maart 1995

Module:

- Psychomotorische therapie module, Januari 2010. *PMT bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking en een onveilige hechtingsrelatie "kijk en luister goed naar mij en heb mij door"*. H. Bijsterbosch, A. Eijselendoorn, M. van Kemenade, I. de Leeuw, H. Sikkel & P. Timmers.

Internetbronnen:

- <http://www.socialtools.nl/component/content/article/138-hechtingsproblematiek/320-hechtingsproblematiek.html>
- Intranet Vanboeijen

Bijlage 1.

Clïënt K Observatie pmt Psychomotorisch therapeut: J. de Vries

Clïënt K opgehaald van de Eekwal. Hij wist de afspraak nog wel, maar wilde toch niet mee. Hij wou liever naar school. Zijn eigen zin wil hij graag doordrijven. Iets in zijn kop is moeilijk te veranderen, lijkt het.

Maar na een poosje ging hij toch mee. Op de fiets zei hij wat gefrustreerd: ik blijf tot kwart over. In de zaal werd dit half 2, en uiteindelijk bleef hij tot half 3.

In het begin was Clïënt K wat nukkig en tegendraads. Hij wilde niet veel en ging overal tegenin.

Toch koos hij voor tennis. Op motorisch gebied zie je bij Clïënt K dat hij, in vergelijking met leeftijdgenoten, een stabiele beweging is. In tennis was hij erg vaardig en sloeg veel ballen raak. Soms waren de ballen wat ongecontroleerd en hard. Maar qua niveau was hij goed.

Wat opviel was dat hij niet snapte waarom hij sommige ballen niet goed slaat, of niet zo aankomen als hij had bedoeld. Hij zei dit zelf een paar keer, wat geïrriteerd, tijdens het tennissen. 'Waarom komt hij nu daar?'. We geven aan dat het een lastig spelletje is.

Het volgende wat Clïënt K ging doen was in de rolstoel een parcours afleggen. Voordat we hieraan begonnen zei hij: 'waar slaat dit op?' Het volgen van de route is geen probleem voor Clïënt K. De 2^{de} keer lette hij niet op, wat hij zelf ook na het fout te hebben nagedaan aangaf, maar wanneer hij wel oplet lukt dit goed. Hij onthoudt het te volgen paadje goed, het is een vrij eenvoudige opdracht voor hem.

Tussen de onderdelen door lijkt Clïënt K erg snel afgeleid door dingen. Hij wil dan weten wat iets is, en als dit niet wordt uitgelegd roept hij door tot je het zegt. Nieuwsgierig naar bepaalde dingen in de zaal of aantekeningen op het white bord.

Clïënt K kiest voor het stoeien. Hij heeft inmiddels zelf het papier op schoot en kruist af wat we al hebben gedaan. Hij wil met Jos stoeien. Tijdens het stoeien gaat Clïënt K lang door, hij wil en moet een keer winnen. Hij snapt niet dat hij steeds verliest, pas als we naast elkaar staan ziet hij in dat ik misschien toch wat groter en sterker ben dan hem. Clïënt K is wel sterk als hij vol ervoor gaat. Maar wanneer hij al een klein beetje doorheeft dat hij aan het verliezen is geeft hij ook snel op. Op het laatst fluistert hij een deal in mijn oor. Of ik hem wil laten winnen.

Na het stoeien is de bui van Clïënt K het omgekeerde. Hij is vrolijk, lacht en maakt lol. Een positieve ontwikkeling in zijn doen en laten. Hij is veel opener dan voor het stoeien, en het tegendraadse is helemaal weg. Hierdoor werd het contact met hem ook beter en opener. Hij was in voor grapjes en was veel beter te bereiken dan in het begin.

Hij komt weer in de rolstoel naar ons toe om het volgende te kiezen. Hij is nieuwsgierig naar een plaatje. Het plaatje dat hij kiest is liggen op de wasmachine (vertrouwen op de ander). Samen met Ben haalt hij de grote rol op en durft er in te zitten om over de kop te gaan. Voor en achterover. Op de rol is hij wel wat angstig in het begin, maar doet het wel (vertrouwen in Ben, of drang om zich te bewijzen, of laat hij het gebeuren). Later durft Clïënt K veel meer, heeft vertrouwen gekregen in Ben, en doet zelfs op voorstellen van een paar trucjes. Maar vraagt wel herhaaldelijk of het vertrouwd is.

Na dit onderdeel pakt hij het blad: 'We gaan alles afmaken!!!' op een positieve en enthousiaste manier. Heel verschil met de tegendraadse insteek in het begin.

Blind sturen van elkaar. Hij weet aan te geven dat dit met vertrouwen te maken heeft. Is een pientere opmerking, maar hiervoor hebben we ook het over vertrouwen gehad op de grote rol.

Hier hebben we uitleg bij gegeven. Maar toch ziet hij dat dit onderdeel met vertrouwen te maken heeft.

Voordat we beginnen moet de bril worden gehaald, deze ligt in het kantoor. Hij zegt netjes dankjewel tegen Jan die de deur voor hem openhoudt. Vriendelijk en aardig tegen onbekenden. Tijdens het gestuurd worden valt op dat Cliënt K voorzichtig loopt, en het spannend vindt. Dit zag ik aan zijn mond, half open met een zenuwachtige glimlach. Het achteruit lopen was voor Cliënt K ook spannend, en keek hij een paar keer achterom uit automatisme. In hoeverre dit vertrouwen op Ben is of weer het gewoon doen en het laten gebeuren is de vraag. Maar houd ook zelf zijn veiligheid in de gaten. Hij 'durft' blind in de wasmachine over de kop.

Hij begeleid Ben hierna, en zegt zelf het makkelijker te vinden wanneer hij de handen vast mag houden in plaats van alleen de vingertoppen tegen elkaar aan. Hierin is hij minder voorzichtig en rustig. Hij gaat in een redelijk snel tempo de zaal door, en naar mijn gevoel was het af en toe maar meeslepen van Ben zonder er mee bezig te zijn dat hij ergens tegen aan kon lopen.

Qua motoriek beschreef ik al dat hij goed in elkaar steekt. Het Alt. Kinese. Is voor Cliënt K dan ook geen probleem. Tijdens het doen kijkt hij wel een beetje vreemd naar ons met een blik van: wat doen jullie nu?

Werpen van ringen. Hij wil dit zittend in de rolstoel doen, waardoor hij minder bewegingsruimte heeft. Toch lukt het hem aardig. Het gooien is wat minder, maar het vangen lukt goed. Hij kan met 2 handen, en armen de ringen vangen. Wat binnen dit onderdeel opvalt is dat hij snel kleine pijntjes heeft. De ring met stekels pijn vind doen, of onprettig. Een ring die op zijn vingers land is ook snel met een 'au' reactie gevangen.

Tijdens het klimmen hebben we Cliënt K gefilmd. Het roept in het begin meteen wat op bij hem. Stoere praat doet hem als persoon naar voren komen. Maar eenmaal in de wand is dit snel weg en is er een angst. Letterlijk 'eng' benoemd hij het. We filmen zijn 'angstzweet' wanneer hij in de wand hangt. Toch klimt hij steeds hoger, tot het hem overmand. Gillend en veel bewegend wil hij naar beneden. Te hoog geklommen dan dat hij aan kan. Hij schreeuwt een aantal maal of Ben hem goed vast heeft en dat hij niet naar beneden kan vallen.

Aan het eind geeft hij trots weer dat hij hoog was gekomen. Glimlachend en stralend. En vind het klimmen 'chill' en 'relaxed'. Dit is anders dan we zien als hij klimt, dan is het bang.

De videobeelden bekijkt Cliënt K aandachtig, bijna met open mond.

Conclusie:

Na het stoeien laat Cliënt K zijn goede en vooral gezellige kant zien. Hij lacht veel een grote glimlach op zijn mond. Groot verschil met hoe hij binnenkwam. Het feit dat hij tijdens het doen echt om kwart over 2 weg wou, deed hem niet veel meer toen het al half 3 was. Tijdens het klimmen aan het eind keek hij nog even op de klok, en zag dat het tijd was maar hij ging gewoon door.

Over het algemeen is Cliënt K niet bang voor lichamelijk contact. Hij stoeit vrij en tijdens het begeleiden van Ben legt hij een arm om zijn schouder voor meer steun.

Wat mij opvalt is dat hij enge/spannende dingen laat gebeuren of vertrouwd op de ander of zichzelf wil bewijzen. Vb klimmen, op de rol, blind sturen. Geeft niet aan het niet te willen of te willen stoppen. In hoeverre hij zijn angst erkend is onduidelijk. Gedurende de activiteiten die spannend zijn vraag K wel of het vertrouwd is. Hij wil duidelijk zijn veiligheid in eigen hand houden.

Over het algemeen vind K bewegen plezierig, maar wanneer hij iets anders in zijn hoofd heeft is hij moeilijk mee te krijgen en wil hij nogal geïrriteerd en agressie reageren.

Bijlage 2: DSM beschrijving hechtingsgerelateerde problematiek.

De DSM IV kent niet de benaming hechtingsproblematiek. De DSM benoemt hechtingsgerelateerde problematiek als: 313.89 reactieve hechtingsstoornis op zuigelingenleeftijd of vroege kinderleeftijd.

A: duidelijk gestoorde en niet bij de ontwikkeling passende sociale bindingen in de meeste situaties, beginnend voor het vijfde jaar zoals blijkt uit ofwel (1) ofwel (2)

(3) Aanhoudender niet in slagen de aanzette geven tot of te reageren op de meest sociale interacties, of een bij de ontwikkeling passende manier zoals blijkt uit buitensporig 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)

(4) Oppervlakkige hechtingen zoals blijkt uit kritiekloze vriendelijkheid met duidelijk onvermogen passende selectieve hechtingen te tonen (bijvoorbeeld buitensporig vrijpostig ten opzicht van betrouwbare vreemden of een gebrek aan selectiviteit in de keuze van de hechtingsfiguren)

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 verzorger hetgeen de vorming van de stabiele hechting hindert (bijvoorbeeld frequent veranderen van pleegzorg)

D: er is reden tot veronderstelling 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).

Specificeer type:

Geremde type: indien criterium A1 het beeld overheerst.

Ontremde type: indien criterium A2 het beeld overheerst.

(Koster van Groos, 2001)

Bijlage 3: Een dag op de Eekwal.

Een dag op de Eekwal

Een dag op de Eekwal begint 's ochtends rond acht uur met een gezamenlijk ontbijt. Daarna begint iedereen aan een individueel programma dat kan bestaan uit onderzoeken, school of dagbesteding. 's Middags wordt er samen gegeten en daarna gaat iedereen weer naar school of dagbesteding. Tijdens de schooluren wordt er naast observatie van didactische mogelijkheden en vaardigheden (zoals lezen, rekenen en schrijven) vooral veel aandacht besteed aan het opdoen van positieve ervaringen. De individuele schoolprogramma's worden dus aangepast aan de behoeften en mogelijkheden van het kind. Dit geldt ook voor dagbesteding: er wordt gekeken naar de mogelijkheden en interesses van de cliënt, en hoe deze op elkaar kunnen worden afgestemd.

Na de gezamenlijke avondmaaltijd is er tijd voor individuele of groepsactiviteiten (bijvoorbeeld wandelen, fietsen of zwemmen) samen met de groepsleiders. Daarna is het tijd om naar bed te gaan. Hoe laat dat is, wordt samen met de cliënt en de wettelijk vertegenwoordiger bepaald.

Ook onderzoeken door bijvoorbeeld de AVG-arts, de psycholoog en de psychiater zijn onderdeel van het programma van de cliënten.

De onderzoeken vinden plaats op doordeweekse dagen. De weekenden en schoolvakanties worden gebruikt voor activiteiten buiten de Eekwal, zoals winkelen, fietsen en bezoek aan de kinderboerderij. We zoeken hierbij steeds naar activiteiten die ons kunnen helpen een antwoord te geven op de observatievraag: de vraag die u ons gesteld hebt. Een keer in de veertien dagen mag de cliënt een weekend naar huis. Natuurlijk zijn we erg geïnteresseerd hoe deze weekenden verlopen. De groepsleiding is verantwoordelijk voor de contacten met 'thuis' én eerste aanspreekpunt.