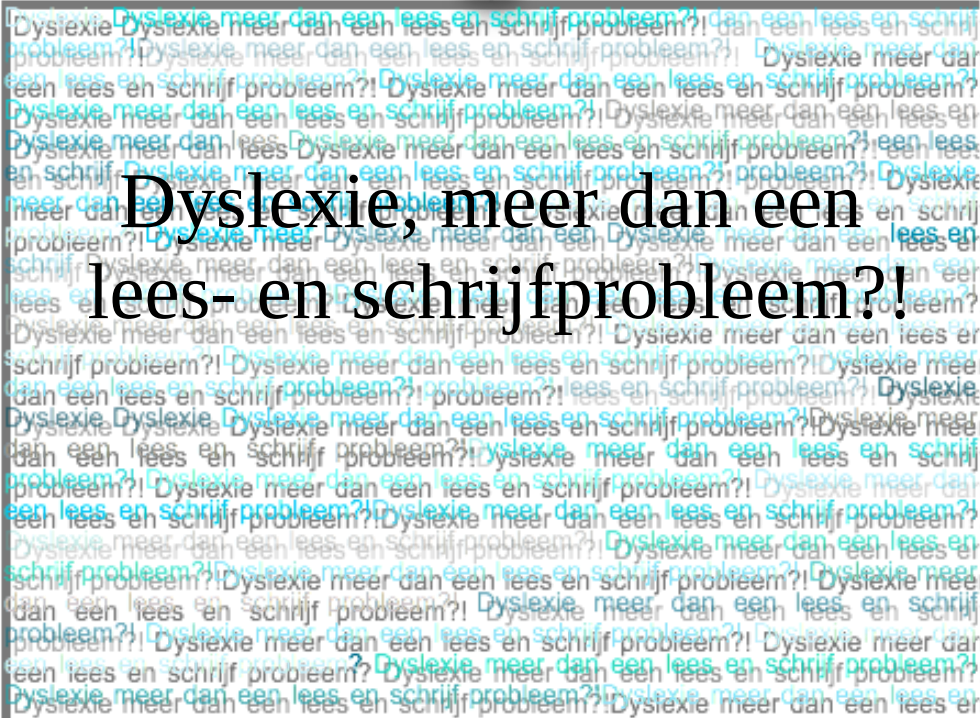




Scriptie begeleider: Krista van Berkel
Scriptie beoordelaar: Mia Scheffers

Voorwoord

Deze scriptie heb ik geschreven als afstudeeropdracht voor de opleiding Psychomotorische therapie. In het onderzoek verdiep ik mij in hoe psychomotorische therapie kan worden toegepast bij kinderen met dyslexie.

Na het lezen van het artikel “ maak mij niet uit” (Laat & Nijland, 2011), waarin een onderzoek wordt beschreven naar het effect van muziektherapie bij kinderen met een lage competentiebeleving door dyslexie, vroeg ik mij direct af hoe psychomotorische therapie kan worden toegepast bij kinderen met dyslexie. Ik ben getriggerd en geïnteresseerd geraakt.

Het onderzoek verliep in het begin moeizaam. Literatuuronderzoek is voor mij altijd een uitdaging geweest, waar ik behoorlijk tegen opzag. Maar door goede begeleiding en feedback heb ik ervaring opgedaan in het opzetten en uitvoeren van een onderzoek en het verwerken en evalueren van onderzoeksgegevens. Ik ben weer een leerproces rijker!

Dit onderzoek is gericht aan psychomotorische therapeuten en studenten van de bachelor opleiding Psychomotorische Therapie. En natuurlijk voor alle geïnteresseerden, die het onderwerp interessant vinden om te lezen.

Graag wil ik Emiel Pluimers, Carolien Huvenaar en Anne Beukens bedanken voor de medewerking aan de enquête en het verdiepende interview. Jullie praktijkervaring is voor dit onderzoek van belangrijke waarde!

Ook wil ik graag Jan Koene bedanken voor de grammaticale verbeteringen en voor het geven van feedback en tips.

Mijn scriptiebegeleider Krista van Berkel wil ik graag bedanken voor de kritische, bruikbare feedback, en het opgang helpen van het proces.

Sylvia Witjes

Mei, 2012

DYSLEXIE

Het is misschien niet te geloven
Maar bij mij dansen de letters voor mijn ogen

Het gaat niet zo goed als bij de rest
Al doe ik voor 200% mijn best

Een 4 voor dictee, ik hoor ze denken; "wat is die Jeroen dom"
Maar twijfelen aan mijn eigen verstand dat is pas echt stom

Ik ben echt niet anders dan een ander kind
Ik ben alleen maar woordenblind

Soms word ik er echt verdrietig van
Het lijkt alsof ik niks van de spellingsregels begrijpen kan

Soms doe ik stoer of vervelend tegen de juf en andere kinderen
Net alsof ik zo mijn verdriet kan verminderen

Want pijn doet het, Geloof me maar
Jullie dictee is af en ik ben weer niet klaar

Een proefwerk zie ik met buikpijn tegemoet
Al doe ik nog zo mijn best, ik weet het gaat niet goed

Ze zeggen dat ik ermee moet leren leven
En me altijd voor 100% zal moeten blijven geven

JEROEN 12 jaar

Bron : Balans Belang nu .78 - juli 2002

Samenvatting

In het gedicht leest men dat dyslexie meer is dan een lees- en schrijfprobleem. Dyslexie is een zeer complexe stoornis waarvan de oorzaak van het ontstaan nog steeds niet bekend is. Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag, is gebruik gemaakt van een literatuuronderzoek en het afnemen van enquête en interviews met drie psychomotorische therapeuten. Doordat de gevolgen van dyslexie invloed hebben op het gedrag kunnen sociaal- emotionele problemen ontstaan zoals faalangst, weinig zelfvertrouwen, boosheid, concentratie problemen, depressie/ depressieve gevoelens.

Niet iedere dyslecticus ontwikkelt sociaal- emotionele problemen, dit is afhankelijk van stress, reacties van de omgeving, sociale vergelijking en de risicofactoren.

De huidige behandeling is vooral gericht op het verbeteren van de lees- en spellingsvaardigheden. De enkele behandelingen die wel gericht zijn op het verminderen van sociaal- emotionele problemen zijn psychomotorische therapeuten niet bij betrokken.

Juist psychomotorische therapie kan door de ervaringsgerichte aanpak, en diverse bewegings- en lichaamsgerichte activiteiten een mooie bijdrage leveren in het verminderen van de sociaal- emotionele problemen.

Door te starten in een individuele therapie en met eventuele doorstart in groepstherapie. De therapeut neemt voornamelijk een volgende attitude aan. De cliënt kan dan zelf keuzes maken en laten zien wat hij of zij kan. De referentiekaders die door de psychomotorische therapeuten in de praktijk worden gebruikt zijn de psychodynamische en het cliënt-centered benadering.

De omgeving succeservaring en onvoorwaardelijke acceptatie spelen bij de behandeling van kinderen met dyslexie een erg belangrijke rol.

Inhoudsopgave

Voorwoord		2
Gedicht		3
Samenvatting		4
Inleiding		6
Hoofdstuk 1	Theoretische kader	7
1.1	Wat is dyslexie?	7
Hoofdstuk 2	Dyslexie en de sociale en emotionele aspecten	8
2.1	Oorzaken van dyslexie	8
2.2	Sociaal- emotionele problemen	8
2.3	Risicofactoren	10
Hoofdstuk 3	De behandelingen	11
Hoofdstuk 4	Wat is psychomotorische therapie?	12
4.1	Psychomotorische therapie	12
Hoofdstuk 5	Methode	14
Hoofdstuk 6	Resultaat	15
6.1	Resultaat enquêtes	15
Hoofdstuk 7	Discussie	17
Hoofdstuk 8	Conclusie	19
Hoofdstuk 9	Aanbeveling	20
Hoofdstuk 10	Literatuur lijst	20
	Bijlagen	
	23	
1) Enquête		23

Inleiding

Jeroen van twaalf ervaart zijn dyslexie duidelijk als een last, iets wat hem verdriet doet. In zijn poging om zijn verdriet te verminderen, doet hij maar stoer of vervelend in de klas. De dyslexie heeft bij Jeroen invloed op zijn zelfbeeld, zijn gedrag en zijn welbevinden. Dyslexie is dus meer dan alleen een lees- en schrijfprobleem.

Bij het lezen van het artikel “maak mij niet uit” (Laat et al, 2011) werd deze gedachte nog eens bevestigd. In het artikel wordt een onderzoek beschreven naar het effect van muziektherapie bij kinderen met een lage competentiebeleving door dyslexie. Kinderen met dyslexie kunnen naast de primaire leerstoornis vaak ook problemen hebben op het gebied van de sociaal-emotionele ontwikkeling. Sociaal-emotionele problemen manifesteren zich vaak in gedrag, internaliserend of juist in externaliserend gedrag. In het gedicht is te lezen, dat Jeroen stoer en vervelend gedrag gaat vertonen in de klas, externaliserend gedrag. Omdat er overeenkomsten zijn tussen muziektherapie en psychomotorische therapie (PMT), is het interessant om te onderzoeken hoe PMT kan worden toegepast bij dyslectici.

Binnen de PMT wordt met veel verschillende doelgroepen gewerkt, onder andere ook met kinderen, jongeren en volwassenen met psychosociale problemen. Hoewel kinderen met dyslexie dus wel binnen de te behandelen doelgroep vallen, is er geen tot weinig informatie te vinden hoe PMT bij deze doelgroep wordt toegepast. Dit onderzoek heeft daarom de vraagstelling “hoe kan psychomotorische therapie toegepast worden bij kinderen met dyslexie”.

Om antwoord te krijgen op de vraagstelling is het belangrijk om meer te weten over wat dyslexie eigenlijk is. Daarom wordt in het eerste hoofdstuk informatie gegeven over wat dyslexie is en wat de kenmerken zijn. In hoofdstuk twee wordt de oorzaak van dyslexie en de sociaal emotionele aspecten weergegeven, welke invloed dyslexie op gedrag heeft. In de laatste paragraaf van het hoofdstuk worden factoren benoemd die het ontstaan van sociaal- emotionele problemen kunnen versterken (risico factoren).

In hoofdstuk drie worden de behandelingen benoemd die er nu voor kinderen met dyslexie zijn. Daarna wordt er uitleg gegeven over psychomotorische therapie en belangrijke aspecten daarvan. In hoofdstuk vijf wordt de methode beschreven. Vervolgens worden de resultaten van de afgenomen enquêtes en interviews gepresenteerd. In hoofdstuk zeven worden deze resultaten geïnterpreteerd en komen enkele discussiepunten aanbod. Aan het eind volgt de conclusie en de scriptie wordt afgesloten met hoofdstuk negen. Hierin worden een aantal aanbevelingen geschreven door de auteur.

Hoofdstuk 1 Theoretisch kader

1.1 Wat is dyslexie?

Bij het onder de loep nemen van het woord “dyslexie”, valt er al enige betekenis te verlenen. “Dys” betekent in het Latijn: niet goed functioneren, en “lexis” staat voor taal of woorden; samengevoegd vormt dyslexie de betekenis: “niet goed kunnen lezen” (Hendriksen & Hakvoort, 2001).

Onderzoek

Er is jarenlang onderzoek gedaan over wat de definitie van dyslexie is. Door nieuwe ontdekkingen is de definitie meerdere malen veranderd (Boer, 2000). In Nederland wordt vanaf 1995 de volgende beschrijvende definitie gehanteerd, geformuleerd door de Stichting Dyslexie Nederland (SDN, 2008):

Dyslexie is een stoornis die gekenmerkt wordt door hardnekkige problemen met het aanleren en accuraat en/of vlot toepassen van het lezen en/of spellen op woordniveau.

Door verder onderzoek is er tegenwoordig steeds meer kennis en zijn er meer inzichten over wat dyslexie nu precies is, hoe het ontstaat en hoe de problematiek behandeld kan worden. Er zijn al veel theorieën geformuleerd over het ontstaan van dyslexie, maar geen van deze theorieën had voldoende wetenschappelijk bewijs (Boer, 2000; Braams & Loonstra, 2010).

De precieze oorzaak van dyslexie is nog niet achterhaald, maar wel is duidelijk dat dyslexie zich afspeelt in de hersenen en dat er sprake is van een erfelijke factor. Internationaal zijn wetenschappers van mening dat dyslexie het gevolg is van tekorten in de fonologische verwerking van taal door de hersenen. Dit leidt tot problemen met de visuele waarneming, fonologische verwerking en automatiseringsproblemen van woorden. Door de afwijking ontstaan er problemen met het aanleren en toepassen van het lezen en/of spellen bij dyslectici (Braams et al, 2010). Door problemen met automatisering kunnen dyslectici ook moeite hebben met de automatisering van motorische vaardigheden. Naast de motorische problemen hebben dyslectici ook moeite met het verwerken van verbale informatie, het vinden van de juiste woorden om hun gevoel te verwoorden (Steunpunt dyslexie, 2008).

Niet elk lees- en spellingsprobleem wordt direct als dyslexie beschouwd. Om te voorkomen dat iedere persoon met lees- en spellingsproblemen gediagnosticeerd wordt met dyslexie heeft de Stichting Dyslexie Nederland (2008) twee criteria opgesteld.

De twee criteria zijn dat er sprake is van een achterstand en een didactische resistentie. Met achterstand wordt bedoeld dat het vaardigheidsniveau van lezen en/of spelling beduidend onder niveau ligt van wat er van het individu gevraagd mag worden. Een didactische resistentie is er als het probleem in aanleren van het lezen en/of spellen blijft bestaan, ook wanneer voorzien wordt in adequate remediërende instructie en oefeningen. Valt het lees- en spellingsprobleem onder deze twee criteria dan kan men spreken van dyslexie.

Prevalentie

Blomert (2006) heeft een onderzoek gedaan naar de prevalentie van dyslexie bij de Nederlandse basisschoolkinderen. Volgens hem heeft 4 procent van de Nederlandse basisschoolkinderen dyslexie.

Preventie

Het voorkomen van dyslexie is niet mogelijk. Vroegtijdig signaleren van dyslexie is van belang om de juiste maatregelen te nemen. Tijdige onderkenning kan grote achterstanden in het lezen en/of spellen voorkomen, waardoor iemand beter in staat is te leren omgaan met zijn dyslexie én het kan leerkrachten alert maken bij het bieden van voldoende ondersteuning en begeleiding (Hendriksen et al, 2001).

Hoofdstuk 2 Welk verband heeft dyslexie met de sociale en emotionele aspecten?

2.1 Oorzaken van sociaal- emotionele problemen

Dyslexie heeft niet zozeer direct invloed op het gedrag. Het zijn vooral de gevolgen van dyslexie die invloed hebben op het gedrag. Iemand met dyslexie voelt zich door de dyslexie anders en heeft een uitzonderingspositie. Hij of zij wil net zo zijn als ieder ander en “niet buiten de boot vallen” (Braams et al, 2010).

De sociaal-emotionele aspecten zijn een onderdeel van de algehele ontwikkeling van het kind. Het ontwikkelen van emoties, het zelfbeeld, temperament, motivatie en de hechting, spelen allemaal een rol in de sociaal-emotionele ontwikkeling. Soms verloopt de sociaal-emotionele ontwikkeling bij een kind anders dan “normaal”. De ontwikkeling kan vertragen of afwijken van een “normale” ontwikkeling. Mogelijke oorzaken voor deze vertraging of afwijking kunnen zijn: de aanwezigheid van een lichamelijke- of verstandelijke handicap, stoornissen binnen het autistisch spectrum, aandacht stoornissen, externe factoren zoals een verstoorde thuissituatie/opvoedingsstijl (Rigter, 2002). De sociaal- emotionele problemen bij mensen met dyslexie worden veelal veroorzaakt door stress en sociale vergelijking (Braams et al, 2010).

Stress

Voordat dyslexie wordt gediagnosticeerd is er al een hele periode van stress aan vooraf gegaan. In deze periode treden bij de meeste kinderen de eerste sociaal-emotionele problemen op. De reden hiervoor is dat kinderen en jongeren met dyslexie op school dagelijks worden geconfronteerd met hun onvermogen om even vlot te leren als de ander. Dagelijks iets moeten doen wat je niet goed kunt en niet graag doet is vreselijk (Braams et al, 2010). Sommige personen kunnen emotioneel minder aan dan de ander, ze zijn psychisch zwakker en hebben minder weerstand tegen gebeurtenissen van buitenaf (Hellinckx & Ghesquiere, 1999). Reacties op stress kunnen zijn het niet kunnen of willen slapen, nachtmerries, huilbuien, bedplassen, eetproblemen en hoofd- en buikpijn klachten (Verhulst, 2005).

Sociale vergelijking

Naast stress speelt ook de sociale vergelijking mee bij het ontstaan van sociale en emotionele problemen. Wanneer een kind niet voldoet aan de eisen en verwachtingen, terwijl andere hier automatisch wel aan voldoen, kan dit leiden tot onbegrip en zelfs afwijzing. Ook de dyslectici zelf vergelijken hun prestaties met die van anderen. Leren lezen en schrijven is voor kinderen heel belangrijk. Heel snel heeft het dyslectische kind in de gaten dat het lezen bij hem anders verloopt dan bij zijn klasgenootjes. Bij andere kinderen lijkt het lezen als vanzelf te gaan, terwijl hij nog heel veel moeite heeft met de simpelste woorden (Hendriksen et al, 2001; Braams, 2009, 2010). Al gauw voelt het kind dat hij faalt ten aanzien van de leestaak. Het dyslectische kind voelt zich niet vaardig op het gebied van de leestaak, heeft de neiging ook andere lees- en school gerelateerde taken te vermijden. Het kind kan zich naast het ‘niet vaardig’ ook nog eens ‘dom’ zijn gaan vinden. Het zelfvertrouwen van het kind loopt een behoorlijke deuk op en het snapt niet waarom lezen niet gaat. “Het moet wel aan hemzelf liggen, want zijn klasgenootjes kunnen het wel” (Molema, 2008, p.30; Hendriksen et al, 2001).

2.2 Sociaal- emotionele problemen

Pas de laatste decennia zijn er meer wetenschappelijke onderzoeken naar de relatie tussen dyslexie en sociaal- emotionele problemen gedaan. Uit verschillende onderzoeken en artikelen komen sociaal-emotionele problemen naar voren waar kinderen met dyslexie mee te maken krijgen. Zo kunnen kinderen met dyslexie depressief gedrag / depressieve gevoelens, angstsymptomen, een lage zelfwaardering, en een negatief zelfbeeld ontwikkelen. Of zijn ze gespannen, gefrustreerd of zenuwachtig bij presteren en hebben moeite met in slaap vallen (Boetsch, Green & Pennington, 1996; Braams, 1996; Maughan en Pickles, 1996; Wilcutt & Pennington, 2000, Bosman & Braams, 2005; Ruijsenaars, de Haan, Mijs & Harinck, 2008; IWAL 2008).

Dyslectici worden op school minder bewonderd door klasgenoten en leerkrachten om de geleverde prestaties. Hierdoor krijgen ze minder positieve aandacht. Kinderen met dyslexie ervaren minder succes op school. Ze worden op school continu geconfronteerd met hetgene wat ze niet zo goed

kunnen (Geudens, Baeyens, Schraeyen, Maetens, De Brauwer & Lonck, 2011). Hierdoor lopen kinderen en jongeren met dyslexie een verhoogd risico om (Braams, 2000):

- Onvoldoende zelfvertrouwen op te bouwen of het zelfvertrouwen te verliezen
- Faalangst voor schoolse prestaties te ontwikkelen.
- School te ervaren als een onplezierige en frustrerende omgeving, wat een risico is voor het ontwikkelen van een depressie.

Zelfvertrouwen

Zelfvertrouwen is het gevoel dat de persoon weet dat wat er ook gebeurt in zijn leven, dat hij het wel aankan. Dat hij de moeite waard is, en dat hij er toe doet. Bij het tot stand komen van zelfvertrouwen speelt de opvoeding een belangrijke rol. Elk persoon moet ervaren dat hij/zij geaccepteerd wordt met zijn of haar mogelijkheden en beperkingen, met zijn kwaliteiten en gebreken. Iemand met weinig zelfvertrouwen heeft dit gevoel niet. Hij heeft het idee dat hij niet de moeite waard is, hij is erg onzeker over zijn prestaties en vindt het daarom erg belangrijk wat anderen van hem vinden (Hellinckx et al, 1999).

De mate waarin het zelfvertrouwen wordt aangetast, hangt niet af van de ernst van de dyslexie. Het wordt meer bepaald door de reactie van de omgeving. Door positieve reacties kunnen dyslectici zich begrepen voelen of bij een negatieve reactie kunnen zij zich juist “anders” voelen. Als dit gevoel van anders-zijn jarenlang blijft bestaan, zal de impact op het zelfvertrouwen groter zijn (Hellinckx et al, 1999).

Faalangst

Behalve op leesvakken en spelling, zijn het ook andere vakken waarin dyslectici onder hun kunnen presteren doordat er toch een lees-onderdeel in voorkomt. Hierdoor lopen kinderen met dyslexie meer kans op mislukking (Hellinckx et al, 1999).

Dyslectici hebben de neiging om goede resultaten toe te schrijven aan externe factoren, en slechte prestaties toe te schrijven aan eigen kunnen (externe attributie). Hierdoor behalen ze geen succeservaring (Vries, z.d.; Litiere, 2007; Braams et al, 2010). Dit kan leiden tot faalangst. Faalangst is een vorm van angst die ontstaat als de persoon een prestatie moet leveren die beoordeeld wordt. Deze angst blokkeert het normale denken zodat de prestatie er ernstig onder lijdt of de taak niet wordt uitgevoerd of vermeden (Vos- Hoeven, z.d.). De angst slaat niet zozeer op wat er moet gebeuren, maar wel op de kans of zekerheid dat het zal mislukken. Faalangst belemmert het zelfvertrouwen en is er regelmatig de oorzaak van dat dyslectici minder presteren dan wat zij werkelijk kunnen en regelmatig werk of een studie doen die ruim onder hun intelligentieniveau is (Braams et al, 2010).

Depressie

Bij een deel van kinderen met dyslexie kan de faalangst zelfs uitlopen in een depressieve toestand. Door weinig zelfvertrouwen, externe attributie en faalangstig zijn, ontwikkelt men een negatief denkpatroon. Dit negatief denkpatroon vergroot de kans op depressie op lange termijn. Het verschil tussen depressie en depressieve gevoelens is dat onder depressieve gevoelens een gedrukte stemming, gevoelens van pessimisme, gebrek aan werk- levenslust en zelfvertrouwen wordt verstaan (Vonk & Hosmar, 2009). Een depressie is meer dan een gedrukte stemming, want het belemmert het vermogen van de mensen om “normaal” te functioneren in het dagelijks leven (Nevid, Rathus & Greene, 2008). Voor dyslectici kan het leerprobleem op zich als een stressor beschouwd worden die het sociaal-emotionele welbevinden aantast.

In de hierboven geschreven paragraaf worden de factoren weinig zelfvertrouwen, faalangst, en depressie beschreven. Dit zijn drie sociaal- emotionele problemen die veel voorkomen bij dyslectici als gevolg van de dyslexie. Deze drie sociaal- emotionele problemen worden het vaakst benoemd in de gelezen literatuur en hebben invloed op elkaar. Ze vormen een vicieuze cirkel: weinig vooruitgang leidt tot verlies van zelfvertrouwen, tot verlies aan controle. Verlies van controle (ik wil wel maar ik weet niet hoe) leidt tot gevoelens van hulpeloosheid. Hulpeloosheid leidt tot angst om te falen. Door de faalangst past iemand zich minder goed aan aan de eisen die de taak hem stelt, en dat leidt weer tot minder vooruitgang. Wat weer leidt tot somberheid en mogelijk kan leiden tot depressie (Poleije & Stikkelbroek, 2009).

Soms gaan de gevolgen van dyslexie verder dan sociaal- emotionele problemen en ontwikkelt zich een psychiatrische stoornis. Taal is sturend voor de sociaal- emotionele en cognitieve ontwikkeling. Een taalstoornis kan dus als gevolg hebben dat de sociaal- emotionele en cognitieve ontwikkeling stagneert, waardoor er mogelijk een psychiatrische stoornis kan ontstaan. Kinderen met een taalstoornis ontwikkelen vier en een half keer zo vaak een psychiatrische stoornis dan kinderen zonder taalstoornis (Lieshout, 2006).

2.3 Risicofactoren

Niet iedereen met dyslexie ontwikkelt ook sociaal-emotionele problemen. Er zijn enkele factoren die de kans op het ontwikkelen van sociaal- emotionele problemen kunnen vergroten, dit zijn de risicofactoren. De risicofactoren worden onderscheiden op het niveau van het kind en de omgeving (Rigter, 2002).

Voorbeelden van risicofactoren op kindniveau zijn:

- Lage frustratietolerantie, ze kunnen de tegenslagen niet opvangen (Braams et al, 2010)
- Beleving van de dyslexie, iets niet kunnen maar wel graag willen, roept gevoelens op en kan leiden tot conflicten bij het kind (Kager-van Delden, 1999)
- Reactie en omgang van het kind op de leerstoornis. Sommigen reageren boos, schamen zich, voelen zich schuldig, zijn angstig etc. (Hellinckx et al, 1999)
- Emotionele coping, het kind interpreteert dan alleen vanuit deze overtuigende gebeurtenissen en is vooral gericht op informatie die deze overtuiging bestrijdt (Beck, 1999)

Voorbeelden van risicofactoren op omgevingsniveau zijn:

- Late onderkenning van dyslexie (Braams et al, 2010)
- Gebrek aan identificatie mogelijkheden, het anders voelen (Riddick, 1996)
- Onvoldoende sociale steun (Riddick, 1996).
- Negatieve reacties en onbegrip van omgeving op het leerprobleem (Braams, 2000, 2010).
- Ongeschoolde leerkrachten: leerkracht weet te weinig over dyslexie (Braams et al, 2010).
- Geplaagd worden door zwakke lees- en spellingsproblemen (Polije, 2009)

Een positieve en ondersteunende rol van de omgeving zorgt dat de negatieve gevolgen van dyslexie verminderen (Geudens et al, 2011). In sommige gevallen zijn de bijkomende gedragsproblemen niet te voorkomen, hoe goed de omgeving ook probeert. Bij een aantal dyslectici kunnen ernstige gedragsstoornissen voorkomen zonder dat dit kan worden verklaard (Hellinckx et al, 1999).

Hoofdstuk 3 Behandeling

De behandeling die mensen met dyslexie wordt aangeboden, is veelal gericht op het vergroten van de lees- en spellingsvaardigheid, het opheffen of verminderen van de beperking, het omgaan met de beperking en het voorkomen van nadelige gevolgen ervan (Boer, 2000).

De effectieve behandeling bevat de volgende aspecten (Blomert, 2006):

- gaat uit van een specifiek probleem in technisch lezen/spellen van woorden
- gaat uit van een fonologisch taalverwerkingsprobleem
- richt zich afzonderlijk en geïntegreerd op het lezen en spellen
- richt zich op gekoppelde werking van spraakklanken en letters/woorden
- gebruikt specifieke leestraining
- bestaat uit inhoudelijke modules, die planmatig en systematisch zijn opgebouwd
- is voor iedereen hetzelfde, met aandacht voor individuele kenmerken
- wordt met computerondersteuning aangeboden

De basis van deze behandeling is het maken van huiswerk, technische leesoefeningen en het lezen onder begeleiding van een oefenpartner. Deze behandeling wordt altijd individueel gegeven (Boer, 2000; Blomert, 2006).

Door de leesvaardigheid te vergroten, wordt geprobeerd mogelijke emotionele en sociale gevolgen te beperken of te voorkomen. Binnen de behandeling wordt hier niet specifiek aandacht aan besteed, maar het zal een gevolg zijn van de behandeling. Doordat de persoon beter leert lezen, kan hij/zij zich hierdoor vaardiger voelen, waardoor zijn of haar zelfvertrouwen kan toenemen (Stichting Dyslexie Nederland, 2008).

Enkele instanties bieden trainingen om de sociaal- emotionele problemen aan te pakken. Zo worden er onder andere faalangst- en weerbaarheidstraining aangeboden (Regionaal Instituut Ontwikkelingsproblemen & De Viersprong). De faalangst training is voor kinderen van 9 tot 12 jaar die door dyslexie of ADHD faalangst hebben ontwikkeld (brochure RIO, z.d.). De training is gericht op het verminderen van de faalangst. De weerbaarheidstraining is gericht op het vergroten van de sociale weerbaarheid, zelfvertrouwen, assertiviteit én het verminderen van faalangst. Kinderen leren omgaan met pesten en oefenen hun sociale vaardigheden. Als kinderen andere psychische problemen hebben en deze zijn na de reguliere behandeling nog niet verminderd of verdwenen, worden ze doorgestuurd naar een externe psychiater. Bij het geven van deze trainingen, wordt de psychomotorische therapie niet betrokken, maar andere disciplines zoals psycholoog en neuropsycholoog wel (Mol, 2009; brochure RIO, z.d.; brochure De Viersprong, 2011).

Hoofdstuk 4 Wat is Psychomotorische therapie (PMT) ?

4.1 Psychomotorische therapie

Psychomotorische therapie is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag (NVPMT, 2009).

Binnen de PMT wordt aan cliënten de gelegenheid geboden om op zowel gedrags- als belevingsniveau een leer- en ontwikkelingsproces door te maken, waarbij denken, voelen en handelen en de integratie daarvan in relatie tot de problematiek centraal staan. De essentie van PMT is vooral de ervaring. Dit is de basis voor het verder beïnvloeden van gevoelens, gedachten en gedragingen, aansluitend op de hulpvraag van de cliënt (NVPMT 2009).

Indicatie voor Psychomotorische therapie

Men komt in aanmerking voor PMT als de problematiek zich uit in lichamelijke en bewegen, en als het bewegen (het middel) ook de problematiek effectief kan beïnvloeden (Emck, 2011).

Emck onderscheidt vier indicatiegebieden. De indicatie gebieden zijn op te vatten als de kernproblematiek van de cliënt zich uitend in regulatieproblemen, die op het niveau van lichamelijke en bewegen sterk naar voren komen.

De vier regulatieproblemen zijn:

- Regulatie van stemming: bijvoorbeeld een depressie, die zich uit in een trage motoriek en een vlakke expressie.
- Regulatie van angst en spanning: bijvoorbeeld cliënten met spanningsklachten.
- Regulatie van lichamelijke gevoelens: de problematiek uit zich in de lichaamsbeleving.
- Regulatie van prikkels en gedrag: als de problematiek gekenmerkt gaat door chaos en onrust, waarbij de regulatie van prikkels en gedrag een probleem is. De chaos en onrust uit zich direct in het bewegingsgedrag.

Valt een problematiek in te delen in één van deze vier probleemgebieden dan is dat een indicatie voor psychomotorische therapie.

Afhankelijk van de hulpvraag kan psychomotorische therapie individueel, in groepen maar ook in systeem worden aangeboden (Entréa, 2011). Systeembehandeling wordt aangeboden als de directe omgeving van de cliënt problemen ondervindt en invloed heeft op de klachten van de cliënt (Kalisvaart, z.d). Groepstherapie kan een meerwaarde zijn, omdat cliënten dan zien dat er ook anderen zijn met dezelfde problemen; dit kan een geruststellend effect geven. En er ontstaat de mogelijkheid dat cliënten van elkaar kunnen leren. Ook bestaat een groep uit mensen met de zelfde problematiek, die op verschillende wijze last ervaren met verschillend niveau. Een cliënt kan dan ervaren dat het “erger” kan, en kan hier troost uit halen (Hojtink, 2001).

Ervaringsgericht werken

Psychomotorische therapie is vooral een ervaringsgerichte, “doe” therapie. Bij ervaringsgericht werken, biedt de PMT er een arrangement aan op het gebied van bewegen en lichamelijke dat concrete of symbolische parallellen heeft met de probleemervaring van de cliënt en de persoonlijke betekenis die de cliënt daaraan geeft. De therapeut richt het arrangement en de interventies zo in dat de therapeut bij de cliënt een zorgvuldig gedoseerde ontregeling (arousal) opwekt. De therapeut ziet er op toe dat zijn cliënt zich bewust wordt van de betekenis van de ervaringen en leert inzien dat hij de eigenaar is van deze ervaringen. Hierdoor wordt het mogelijk dat de cliënt zijn ervaringen kan bijstellen of nieuwe, betere ervaringen kan creëren. Bij ervaringsgericht werken ligt de focus vooral op het hier en nu (Hekking & Fellingner, 2011).

Lichaamsgerichte & bewegingsgerichte activiteiten

De psychomotorische therapeut werkt zowel lichaamsgericht als bewegingsgericht. Lichaamsgerichte activiteiten zijn activiteiten die zich meer op het innerlijke richten, op de lichaamsbeleving en emoties. Voorbeelden van lichaamsgerichte activiteiten zijn ontspanningsoefeningen, Pessio- oefeningen (Blom, 1994).

Bewegingsgerichte activiteiten zijn gericht op het interpersoonlijke; in de manier waarop mensen bewegen, geven zij een uiting aan gedachten, gevoelens, stemmingen, wensen. Bewegen wordt gezien als een manier van omgaan met anderen, naast het spreken en waarnemen. Voorbeelden

van bewegingsgerichte activiteiten zijn zaa sportsporten, judo, boksen, trampoline, bewegen op muziek etc. (Blom, 1994).

PMT thema's

Binnen de PMT zijn er zeven thema's waarmee gewerkt wordt. Binnen deze thema's vallen alle psychosociale problemen / doelen (Fellinger, z.d).

De zeven thema's zijn:

- Motorische instrumentele sensibiliteit (M.I.S.), dit betekent de gevoeligheid van iemand voor het materiële, voor de voorwerpen om de cliënt heen.
- Motorische sociale sensibiliteit (M.S.S.), met dit thema wordt de gevoeligheid die iemand heeft voor de sociale context om de cliënt heen bedoeld.
- Ruimte, met ruimte bedoelt men het durven innemen van de ruimte, ruimte delen, het bewegen door de ruimte etc. Ruimte is hierbij een plek, plaats, een speelveld
- Kracht, binnen dit thema wordt gewerkt aan het doseren van kracht, of juist het leveren van kracht.
- Lichaamsbeleving, Hierbij gaat het om hetgeen je aan je lijf kan beleven, voelen waarnemen en betekenis geven, tijdens je bewegen en handelen.
- Vertrouwen, bij dit thema gaat het om vertrouwen in jezelf, vertrouwen in de ander/ het andere.
- Relaxatie, bij relaxatie gaat het om niet, meer of minder ontspannen zijn. Het kunnen ontspannen, en weten wanneer spanning/ ontspanning goed of slecht voor je is.

Bij deze thema's horen geen specifieke bewegingsgerichte of lichaamsgerichte activiteiten. Elke activiteit past in principe bij elk thema. De activiteit kan men passend maken aan het thema door de context, het arrangement en het bewegingsvoorstel aan te passen (Fellinger, z.d).

Referentiekader

Een referentiekader is een visie hoe een therapeut de mens en zijn probleem ziet. Er zijn veel verschillende invalshoeken in de opvatting over de mens en zijn problemen. De belangrijkste benaderingen zijn: de psychoanalytische, cognitief-gedragstherapeutische, cliënt-centered en systeemtheoretische benadering. Ieder referentiekader heeft zijn eigen theorieën en ideeën over de mens en uitgangspunten voor de "juiste" benadering. Deze visies hebben ieder een eigen verklaring waaruit verschillende methodieken en technieken ontwikkeld zijn. Ook komt het voor dat men werkt met meerdere methodes en technieken van verschillende theoretische kaders. Dit wordt eclectisch werken genoemd (Weerman, 2006).

Een psychomotorische therapeut wordt geacht meerdere referentiekaders te kennen en kunnen inzetten om zo op professionele verantwoorde wijze een brede doelgroep te kunnen bedienen (Hekking et al, 2011)

Attitude Psychomotorische therapeut

De attitude van de therapeut heeft invloed op de deelname en daarmee de leerervaringen van de deelnemers. Afhankelijk van de fase van de therapie worden er verschillende attitudes toegepast. De attitudes kun je zien als mogelijke beïnvloedingsstrategieën zoals 'structurend', 'sturend', 'enthousiasmerend', 'volgend', 'uitdagend', confronterend, enz (Uijting, 2009). In de attitude toont de therapeut zijn visie op de cliënt en zijn visie op en handelwijze in het omgaan met zijn wereld. De attitude is een belangrijke basis ingrediënt voor het ervaringsgericht werken. Een specifiek attitude en stappenplan is nodig om een therapeutisch moment te creëren (Hekking & Blink Van den, z.d).

Hoofdstuk 5 De methode

Dit onderzoek is gebaseerd op een literatuuronderzoek en het afnemen van een enquête. Door het houden van een enquête onder psychomotorische therapeuten is de praktijk bij het onderzoek betrokken, en is er meer informatie verkregen hoe psychomotorische therapeuten te werk gaan met deze doelgroep.

Onderzoeksopzet

Het eerste deel van de scriptie bestaat uit een literatuuronderzoek. Door middel van literatuur zijn de deelvragen beantwoord.

Het literatuuronderzoek begon met het zoeken en verzamelen van artikelen en boeken die gerelateerd zijn aan het onderwerp. Er is op diverse plekken naar artikelen en boeken gezocht: databanken van hogescholen, bibliotheken, vaktherapeutische tijdschriften, 't Web en artikelen op internet sites. De zoektermen die zijn gebruikt zijn:

- | | |
|---|------------------------------|
| • Dyslexie | - Dyslexie en gedrag |
| • Dyslexie en sociaal emotionele problemen | - Dyslexie en co morbiditeit |
| • Faalangst, depressie, weinig zelfvertrouwen | - Behandeling van dyslexie |
| • Psychomotorische therapie | - PMT thema's |
| • Ervaringsgerichte therapie | - Behandelstrategie |

Er is gekozen om een enquête af te nemen bij psychomotorische therapeuten, omdat er weinig literatuur is te vinden over hoe psychomotorische therapie wordt toegepast bij kinderen met dyslexie. Om de vraag zo goed mogelijk te kunnen beantwoorden, is er een enquête gehouden onder psychomotorische therapeuten die werkzaam zijn in de kinder- en jeugd psychiatrie, revalidatie, -volwassen psychiatrie of de psychomotorische therapeuten die vrij gevestigd zijn. De keuze om de doelgroep zo breed te laten, komt voort uit de gedachte dat er nog weinig literatuur over dit onderwerp bestaat. Op de PMT info site stonden email adressen van vrijgevestigde psychomotorische therapeuten in Nederland. Ook is er contact gelegd met de NVPMT en is er een oproep geplaatst waarin psychomotorische therapeuten met ervaring met deze doelgroep, gevraagd worden mee te werken aan de enquête. Drie psychomotorische therapeuten met ervaring hebben gereageerd en waren bereid om mee te doen aan de enquête. Vanwege dit geringe aantal, is er voor gekozen om naast de enquête een interview af te nemen bij de psychomotorische therapeuten, zodat er meer kwalitatieve informatie verkregen is, die bijdraagt aan het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

Resultaten

De resultaten van de kwalitatieve informatie uit de enquête en verdiepende interview, zijn in het onderzoek gepresenteerd als een samenvattend verhaal van de gegeven antwoorden door de psychomotorische therapeuten.

De visie van de auteur is gevormd door de gelezen literatuur, de informatie uit de afgenomen enquêtes en eigen ideeën van de auteur over hoe een psychomotorisch therapeut met deze doelgroep te werk zou kunnen gaan.

Opmerking [1]:

Krista84 08-06-12 20:36
Dit had je weggehaald, maar moest er juist in blijven!

Hoofdstuk 6 Resultaten

6.1 resultaten en enquêtes

Uit de enquêtes en verdiepende interviews kwamen de volgende resultaten naar voren:

De drie psychomotorische therapeuten hebben ervaring met het geven van therapie aan kinderen met dyslexie. De leeftijd van de cliënten ligt tussen de zes en twaalf jaar. De sociaal-emotionele problemen waar de kinderen met dyslexie last van ervaren zijn divers namelijk: faalangst, concentratieproblemen en boosheid/frustraties.

De hulpvragen waarmee de cliënten naar de psychomotorische therapie kwamen zijn: het vergroten van zelfvertrouwen, leren omgaan met de boosheid en frustraties en het verbeteren van de concentratie.

Opzet Psychomotorische therapie

Alle psychomotorisch therapeuten kiezen er voor om te beginnen met individuele therapie met daarna eventueel groepstherapie of gezinstherapie.

De frequentie komt bij iedereen overeen, zo geven de therapeuten één keer in de week therapie.

De lengte van de therapie is daarbij verschillend, van 12, 20 tot 30 sessies.

De behandelthema's hebben de overeenkomst bij het thema succeservaring. Naast succeservaring komen bij de behandeling van faalangst ook de thema's vergroten van zelfvertrouwen, keuzes maken, lichaamshouding en weerbaarheid aan bod. Bij het verminderen van boosheid komt ook het thema plannen maken aan bod.

De psychomotorisch therapeuten hebben als voorkeur de volgende attitude toe te passen bij kinderen met dyslexie. Met volgende attitude wordt bedoeld dat de cliënt kan laten zien wat hij of zij kan en zelf de keuzes maakt. Naast de volgende attitude kiest één therapeut ook voor de directieve attitude. Hij kiest voor deze attitude, om de cliënt even stil te zetten in de situatie; anders loopt de cliënt zichzelf voorbij.

De psychomotorisch therapeuten kiezen verschillend voor bewegingsgerichte en lichaamsgerichte activiteiten. Zo wordt er gekozen voor beiden maar ook voor alleen bewegingsgerichte activiteiten. Het argument voor alleen bewegingsgerichte activiteiten is:

“Lichaamsgerichte activiteiten passen niet echt bij deze cliënt. Bij wat oudere cliënten met deze problematiek kan lichaamsgerichte activiteiten wel baat hebben om rust te vinden”.

Referentiekader

De psychomotorisch therapeuten werken zo wel eclecticisch als cliënt-centered. Wanneer een psychomotorisch therapeut kiest voor de eclecticische werkwijze, worden zowel de psychodynamische als de cliënt-centered benadering gebruikt.

Betrekking van omgeving bij de behandeling

De psychomotorisch therapeuten zijn het er over eens dat het betrekken van de omgeving bij deze doelgroep van groot belang is. Zo betrekken alle psychomotorisch therapeuten de ouders bij de behandeling door een overleg in te plannen, het voeren van oudergesprekken en door eventueel het geven van gezinstherapie. Naast de ouders betreft één PMT'er ook de leerkrachten bij de behandeling van de cliënten door het geven van tips hoe ze het kind kunnen helpen en bijstaan.

Resultaat van behandeling

Het resultaat bij de dyslexie cliënten met faalangst is dat ze door succeservaring beter inzicht krijgen in wat ze vooral wel kunnen. Waardoor de cliënten meer zelfvertrouwen krijgen, beter in hun vel zitten. Hierdoor kunnen ze ook beter omgaan met hun dyslexie. De behandeling van de frustratie en boosheid is momenteel nog bezig maar de ouders merken nu al duidelijk verschil. De cliënt komt rustiger over en lijkt minder snel boos of gefrustreerd te raken. Bij het concentratieprobleem is het resultaat dat de concentratie vergroot is, wat voor ouders en leerkracht goed merkbaar was. Voor de therapie zou de cliënt mogelijk blijven zitten op school, nu krijgt de cliënt nog een kans en mocht over na de volgende klas.

Als tips bij het werken met deze doelgroep gaven de psychomotorische therapeuten mee:

- Succeservaring is erg belangrijk, omdat ze al veel negatieve ervaringen hebben meegemaakt.

- Werk vooral aan de stimulatie tussen de twee hersenhelften, door middel van schijfoefeningen met twee handen te gelijk, bewegingen op de grond.
- Laat zien aan je cliënt dat goed of fout, winnen of verliezen binnen de therapie niet bestaat, het is niet van belang!
- Onvoorwaardelijke acceptatie, laat de cliënt ervaren dat wat hij of zij ook doet de therapeut accepteert de cliënt in hoe hij of zij is.

Hoofdstuk 8 Discussie

Interpretatie resultaten

De sociaal emotionele problemen zoals weinig zelfvertrouwen, faalangst, depressie, weinig concentratie, boosheid en frustratie zijn onder te verdelen in de indicatie gebieden: regulatie van stemming, -angst en spanning, - prikkels en gedrag. Hiermee vallen de problematieken dus in drie van de vier probleemgebieden van Emck (2011) wat het een geschikte doelgroep maakt voor psychomotorische therapie. De thema's succeservaring, plannen maken, vergroten van zelfvertrouwen vallen onder het thema vertrouwen. Keuzes maken en weerbaarheid horen bij het thema ruimte, maar weerbaarheid past ook bij het thema motorische sociale sensibeleiteit. Lichaamshouding en het vergroten van concentratie kunnen worden ingedeeld onder het thema lichaamsbeleving (Fellinger, z.d).

Opmerking [2]:

Krista84 08-06-12 20:36
Hoe heb je dat ingedeeld?

Binnen de psychomotorische therapie bij kinderen met dyslexie starten alle therapeuten met individuele therapie. De cliënt kan in de individuele therapie zijn zelfvertrouwen vergroten en ervaren dat hij dingen kan. Hierna volgt bij twee van de drie therapeuten een doorstroom naar groepstherapie. Groepstherapie kan een meerwaarde zijn, omdat de cliënt ziet dat er ook anderen zijn met dezelfde problemen. Dit kan een geruststellend effect geven, en er ontstaat de mogelijkheid dat cliënten van elkaar kunnen leren (Hojtink, 2001).

De psychomotorische therapeuten nemen allen een volgende attitude aan. De cliënt bepaalt dan zelf de keuzes en kan laten zien wat hij of zij kan. Één PMT'er zet soms de directieve attitude in om de cliënt stil te laten staan. De attitude van de therapeut heeft invloed op de deelname, leerervaringen van de cliënt. De attitude is een belangrijke basisingrediënt voor het ervaringsgericht werken (Hekking et al, z.d; Uijting 2009).

In de praktijk wordt door de PMT'ers vanuit de psychodynamische, maar vooral vanuit de cliënt-centered benadering gewerkt. Het betrekken van de omgeving, succeservaring en onvoorwaardelijke acceptatie is belangrijk bij kinderen met dyslexie. Succeservaring is de basis van een positief zelfbeeld (Alblas, 2006). Door onvoorwaardelijke acceptatie laat de therapeut de cliënt ervaren dat wat hij of zij ook doet, hoe hij of zij is, de therapeut accepteert de cliënt. Bij het ontwikkelen van zelfvertrouwen is het van belang dat de cliënt ervaart dat hij de moeite waard is en geaccepteerd wordt met zijn of haar mogelijkheden en beperkingen, met zijn kwaliteiten en gebreken (Hellinckx et al, 1999).

Opmerking [3]:

Krista84 08-06-12 20:36
Dit is te combineren, samen met de één na laatste alinea (K9).

Binnen de therapie kunnen zowel bewegingsgerichte als lichaamsgerichte activiteiten worden gebruikt, al gebruikt één therapeut bij de jongere kinderen uitsluitend bewegingsgerichte technieken. Bij de keuze houdt men rekening met het doel en of het past bij de cliënt. Zo kunnen lichaamsgerichte activiteiten onder andere worden toegepast bij het doel weerbaarheid, om de cliënt te leren een stevige houding aan te nemen. De auteur vindt het van belang om goed te kijken naar wat past bij de cliënt en zijn of haar behoefte. En ervoor te zorgen dat de lichaamsgerichte activiteit aangepast wordt aan de leeftijd van de cliënt. Lichaamsgerichte activiteiten zoals bij Sherborne of Rots en Water kunnen goed worden toegepast.

Opmerking [4]:

Krista84 08-06-12 20:36
kun je een doel noemen waarbij je wel lichaamsgerichte technieken zou gebruiken? En begrijp je waarom er vooral bewegingsgerichte technieken gebruikt worden? Hier kun je ook heel kort je eigen visie laten zien.

De omgeving is bij deze doelgroep erg belangrijk. De omgeving vormt door onvoldoende steun, negatieve reacties, onbegrip of plagen een risicofactor (Riddick, 1996; Polije, 2009; Braams, 2000, 2010). Een positieve en ondersteunende rol van de omgeving zorgt voor vermindering van de gevolgen. Daarom is het van groot belang om de omgeving bij de therapie te betrekken (Geudens et al, 2011). Het betrekken bij de therapie wordt op verschillende manieren gedaan: door het houden van oudergesprekken, overleg en het geven van tips aan ouders en leerkrachten. Als dit niet voldoet, kan men de ouders meenemen in de zaal.

Psychomotorische therapie is een meerwaarde voor kinderen met dyslexie, omdat het een ervaringsgerichte therapie is. Hierdoor ligt de nadruk niet op het verbale aspect. Dyslectici kunnen moeite hebben met het verwerken van verbale informatie, en het vinden van de juiste woorden om hun gevoel te verwoorden. Wel kunnen motorische problemen, door moeite met de automatisering van motorische vaardigheden, samen gaan met dyslexie (Steunpunt dyslexie). Dit vormt naar de

ideeën van de auteur geen belemmering voor de PMT omdat motorische vaardigheden binnen de therapie niet van groot belang zijn. De therapeut zorgt dat de activiteit op het juiste niveau wordt aangeboden zodat de cliënt in de ervaring komt.

Kritische kijk op het onderzoek en resultaten

In het literatuuronderzoek en de enquêtes komen verschillende sociaal- emotionele problemen naar voren. Een mogelijke oorzaak hiervan kan zijn dat er maar een beperkt aantal respondenten hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Door de beperkte reacties op de enquête is er ook een beperkt beeld neergezet van de praktijk. Mogelijk zijn andere sociaal- emotionele problemen, waarmee kinderen met dyslexie naar psychomotorische therapie komen, niet benoemd.

De behandeling van kinderen met dyslexie, afhankelijk van de sociaal- emotionele problemen, lijkt niet heel veel te verschillen van andere doelgroepen zoals kinderen met depressie, faalangst, laag zelfbeeld of ADHD. Die visie van de auteur is dat kinderen met dyslexie aan kunnen sluiten bij kinderen met andere problematieken. Men verliest dan wel het geruststellend effect bij ontdekking dat er meer cliënten zijn met hetzelfde probleem. Het is van belang om bij kinderen met dyslexie extra aandacht te besteden aan: betrekken van omgeving, succeservaring en onvoorwaardelijke acceptatie.

Zowel in de literatuur als in de enquête komt naar voren dat alleen de gevolgen (de sociaal- emotionele problemen) van dyslexie worden behandeld en er eigenlijk geen aandacht wordt besteed aan de oorzaak; stress en sociale vergelijking. De mening van de auteur is dat juist ook de oorzaak van dyslexie behandeld moet worden. Zodat de cliënt beter met stress en sociale vergelijking leert omgaan. Als de cliënt dit beter kan, wordt de kans verkleind op terugval in oud gedrag.

In de enquête benoemt één psychomotorisch therapeut dat zij werkt aan de stimulatie tussen de twee hersenhelften. Zij gaat uit van de theorie dat dyslexie ontstaat door slechte samenwerking tussen beide hersenhelften. Uitgaande van deze theorie zou PMT door motorische oefeningen het neurologische probleem kunnen verminderen, een hele andere invalshoek. De precieze oorzaak van dyslexie is echter nog niet achterhaald. Er zijn dan ook vele theorieën geformuleerd over het ontstaan van dyslexie (Boer, 2000; Braams et al, 2010). Hierdoor ontstaan er verschillende visies, ideeën over hoe PMT kan worden toegepast bij deze doelgroep. Men moet de ontwikkeling dus goed in de gaten blijven houden.

Hoofdstuk 9 Conclusie

Door het literatuuronderzoek en het afnemen van de enquêtes is het mogelijk geworden om de onderzoeksvraag “hoe kan psychomotorische therapie worden toegepast bij kinderen met dyslexie?” te beantwoorden.

Psychomotorische therapie kan bij kinderen met dyslexie worden toegepast door het behandelen van de sociaal- emotionele problemen zoals faalangst, boosheid, verbeteren van concentratie, depressie/depressieve gevoelens en weinig zelfvertrouwen. Deze sociaal- emotionele problemen kunnen door middel van de ervaringsgerichte psychomotorische therapie worden behandeld, met de thema's motorische sociale sensibiliteit, ruimte, lichaamsbeleving en vertrouwen. Tijdens de therapie kan de psychomotorisch therapeut het beste een volgende attitude aannemen en soms directief zijn. De voorkeur gaat uit om met individuele therapie te starten en door te stromen naar groepstherapie of met het gezin de zaal in. De psychomotorische therapeuten gaan voornamelijk cliënt-centered te werk. Er kan zowel met bewegingsgerichte als lichaamsgerichte activiteiten worden gewerkt. Bij de keuze houdt men rekening met het doel en of het past bij de cliënt. De omgeving speelt bij deze doelgroep een belangrijke rol en kan op verschillende manieren worden betrokken bij de behandeling door, oudergesprekken, overleg, gezinstherapie, en tips te geven aan ouders en leerkrachten. Naast de omgeving is succeservaring en onvoorwaardelijke acceptatie bij de behandeling van kinderen met dyslexie erg belangrijk.

Hoofdstuk 10 Aanbeveling

Naar aanleiding van dit onderzoek kan er worden aanbevolen om meer onderzoek te doen naar hoe psychomotorische therapeuten te werk gaan met kinderen met dyslexie. Hierin gaat de voorkeur uit om een enquête te houden waar meer reacties uit voortkomen. Zodat er een beter en nauwkeuriger beeld kan worden geformuleerd van de behandeling van kinderen met dyslexie, maar ook over behandeling bij andere leeftijdscategorieën.

Het onderzoek wat nu is gedaan kan door psychomotorische therapeuten of studenten van de opleiding voor psychomotorische therapie, worden gebruikt als globale richtlijnen hoe men als psychomotorische therapeut te werk kan gaan met kinderen met dyslexie.

Een psychomotorische therapeut of student die aan de slag gaat met de doelgroep kinderen met dyslexie, wordt geadviseerd om in te lezen in wat dyslexie is en inhoudt. Zodat je als therapeut beter aansluit bij de cliënt en de cliënt kan begrijpen. Hierdoor voelt de cliënt zich beter gehoord, gezien en begrepen. Een eventueel vervolg zou een effectonderzoek kunnen zijn; of de aangeboden psychomotorische therapie volgens de wijze zoals in dit onderzoek beschreven is, het gewenste effect heeft.

De behandeling van kinderen met dyslexie komt, afhankelijk van de sociaal- emotionele problemen, op vele vlakken overeen met de behandeling kinderen met bijvoorbeeld depressie, faalangst, laag zelfbeeld of ADHD. Kinderen met dyslexie kunnen daarom goed samen werken met kinderen met andere problematieken in groepstherapie. Wel wordt geadviseerd om bewust te zijn dat het geruststellend effect bij de ontdekking dat er meer cliënten zijn met dezelfde problemen dan wegvalt.

Binnen het literatuuronderzoek en de afgenomen enquête komt naar voren dat alleen de gevolgen, de sociaal- emotionele problemen, van dyslexie worden behandeld en er eigenlijk geen aandacht wordt besteed aan de oorzaak; stress en sociale vergelijking. Geadviseerd wordt om bij diagnose van dyslexie bij een kind te starten met een prevalentie behandeling die gericht is op het leren omgaan met stress en sociale vergelijking. Waardoor mogelijke sociaal- emotionele problemen als gevolg van de dyslexie worden verminderd of voorkomen.

De precieze oorzaak van dyslexie is nog niet achterhaald. Er zijn dan ook vele theorieën geformuleerd over het ontstaan van dyslexie (Boer, 2000; Braams et al, 2010). Onder andere ook de theorie dat dyslexie ontstaat door slechte samenwerking tussen beide hersenhelften. Hierdoor ontstaan er verschillende visies, ideeën over hoe PMT kan worden toegepast bij deze doelgroep. Geadviseerd wordt om goed op de hoogte te blijven van de wetenschappelijke ontwikkeling over dyslexie. En om meer onderzoek te doen naar de effectiviteit van de aangeboden behandeling.

Hoofdstuk 11 Literatuurlijst

- Boer, J. de (2000). *Dyslexie: Definiëring, Diagnostiek, Behandeling, Predictie En Preventie*. Amsterdam: SWP
- Bosman, A.M.T., & Braams, T. (2005). Depressie en angst bij basisschoolleerlingen met dyslexie. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 44, 213-223.
- Blom, L.M. (1994) Het samenspel van gezintherapie en psychomotorische therapie. *Samenspel, Jr.6*, no.3,159-172.
- Blomert, L (2006). Protocol Dyslexie Diagnostiek & Behandeling 2006. Verkregen op 9, juni, 2012 van [://www.dyslexieroute.nl/docs/PDF058%20Protocol%20Dyslexie%20Diagnostiek%20&%20Behandeling.pdf](http://www.dyslexieroute.nl/docs/PDF058%20Protocol%20Dyslexie%20Diagnostiek%20&%20Behandeling.pdf)
- Braams, T. (1998). Dyslexie of nie(t). *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 37, 317-322.
- Braams, T. (1996). *Dyslexie, een complex taalprobleem*. Amsterdam: Boom
- Braams, T. (2009). *Kinderen met dyslexie*. Amsterdam: Boom.
- Braams, T. & Loonstra, J. (2010). *Omgaan met dyslexie. Sociale en emotionele aspecten*. Apeldoorn: Garant
- Braams, T. (2000). Stemningsstoornissen bij kinderen en jongeren. Kinderen met leerproblemen vormen een risicogroep. *Tijdschrift voor Remedial Teaching*, 2, 22-29.
- Emck, C. (2001). Ik ben te oud om slechts te spelen.. Over indicatiestelling voor vaktherapie, PMT in het bijzonder. *'t WEB*, nr.4, 6-16.
- Entréa. (2011). Samenvatting zorgmodule Psychomotorische Therapie (PMT). Verkregen op 25, mei, 2012 van www.entrea.nl/ufc/file2/entrea_sites/frans2/7a394776768d66310fca99213b33f185/pu/sv_psychomotorische_therapie.pdf
- Fellinger, P. (z.d.). Bewegingsthema's (PMT- thema's) een toelichting. Module BA-PMT Windesheim.
- Geudens, A. Baeyens, D. Schraeyen, K. Maetens, K. De Brauwer, J. & Lonck, M. (2011). *Jongvolwassenen met dyslexie. Diagnostiek en begeleiding in wetenschap en praktijk*. Leuven/ Amersfoort: Acco.
- Hellinckx, W, & Ghesquiere, P. (1999). *Als leren pijn doet.. Opvoeden van kinderen met een leerstoornis*. Leuven: Acco.
- Hekking, P. & Fellinger, P. (2011). *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Amsterdam: Boom.
- Hekking, P.J.A.M. & Blink, M.J, Van den (z.d). *Ervaringsgerichte psychomotorische therapie met jeugdigen*. Artikel in Psychomotorische therapie in de praktijk. J. Lange (2005) Nijmegen; Cure en care.
- Hendriksen, J.G.M., & Hakvoort F.J. (2001). Dyslexie. Geraadpleegd op 13, maart, 2012 van <http://assortiment.bsl.nl/files/4bd56ab5-5274-4fa5-9769-4329c776d97c/proefhoofdstukdyslexie.pdf>
- Hojtink, T.A.E. (2001). *De kracht van groepen. Normen en rollen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum
- Laat, A., & Nijland, L. (2011). "Maakt mij niet uit". Een studie naar het effect van muziektherapie bij kinderen met lage competentie beleving door dyslexie. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4, 3-10.
- Lange, A. (2006) *Gedragsverandering in gezinnen. Cognitieve gedrags en systeem therapie*. Amstelveen: Martinus Nijhoff.
- Lieshout, M.(2006). In woorden verstikt en verstrikt: Taalstoornis en Psychische ziekte, *Psy*, nr. 1, 30-33.
- Litiere, M. (2007). *Ik kan dat niet! zegt mijn kind. Omgaan met faalangst bij kinderen*. Tiel: Lannoo nv.

Kalisvaart, H. (z.d.). *Mijn lichaam zegt me (n)iets, psychomotorische therapie bij cliënten met ernstige psychosomatische klachten*. In L. Lange, Psychomotorische therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz.(pp-53-69). Amsterdam: Boom.

Mol, M. de (2009). Bij polikliniek Dyslexie De Viersprong ook aandacht voor bijkomende problematiek. Vooral kijken naar wat goed gaat. *Balans magazine*,34-37.

Molema, E.(2008). *Jesse heeft dyslexie; handreiking voor gesprekken met kinderen over dyslexie*. Heerenveen: Jongbloed.

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

NVPMT, (2009). Beroepsprofiel psychomotorische therapeut. Geraadpleegd op 3, april, 2012, van http://www.nvpmt.nl/component/option.com_phocadownload/Itemid.97/id.7/view.file/.

Poleij, C., & Stikkelbroek, Y. (2009). *Dyslexie de baas!. Aanpak van psychosociale problemen van jongeren met dyslexie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Regionaal Instituut Ontwikkelingsproblemen. (z.d.). Faalangstraining "Je bibbers de baas". Geraadpleegd 9, april, 2012, via http://www.riozorg.nl/images/stories/pdf_bestanden/faalangst-rio-folder.pdf.

Rigter, J. (2002). *Ontwikkelings- psychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Coutinho.

Ruijsenaars, A.J.J.M., de Haan, C. Mijs, L.I.M. & Harinck, F.J.H. (2008). Dyslexie bij volwassenen: meer dan problemen met lezen, *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 47, 135-145.

Stichting Dylsexie Nederland, (2008). Diagnose en behandeling van dyslexie, brochure van de Stichting Dyslexie Nederland (SDN), Geraadpleegd op 14, februari, 2012, van <http://www.stichtingdyslexienederland.nl/media/183/sdnbrochure2008.pdf>

Tijms, J. (2008). *Kinderen liggen wakker van dyslexie- Rapport van een inventariserend onderzoek naar sociaal- emotionele problemen bij kinderen met dyslexie*. Amsterdam: IWAL- instituten dyslexie.

Uijting, M. (2009). *Handout didactische en methodische handvatten BGM 1*, Reader Windesheim.

Verhulst, J. (2005). *Stress onder controle*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Viersprong, de (2011). brochure behandeling: Polikliniek Dyslexie Plus, Geraadpleegd op 23, april, 2012, van http://www.deviersprong.nl/files/Behandelingen/Brochure_dyslexie_DEF.pdf.

Vonk, J. & Hosmar, A. (2009). *Emotionele ontwikkeling bij mensen met een beperking. Een denk- en handelingskader voor de praktijk*. Leuven/Den Haag: Acco.

Vos- Hoeven, T. van der, (z.d.). Angst om te falen. Geraadpleegd op 25, mei, 2012, van http://www.orthoconsult.nl/upload_images/2011-03-142011.03-angst-om-te-falen.pdf.

Vries, J. de (z.d.). Faalangst bij leerproblemen. Geraadpleegd op 25, mei, 2012, van <http://www.faalangst.nl/artikelen/artikel08.html>.

Weerman, A.(2006). *Zes psychologische stromingen. En één cliënt*. Soest: Nelissen.

Bijlage 1 Enquête

Onderstaande vragenlijst gaat over het aanbieden van PMT aan de doelgroep kinderen, jongeren en volwassenen met dyslexie.

Vragen over de cliënt:

1. Met welke leeftijdscategorie heeft u ervaring met het geven van PMT: kinderen tot 12 jaar, jongeren of volwassenen.
2. Met welke sociaal- emotionele problemen komen cliënten bij de PMT?
3. Wat zijn de hulpvragen waaraan cliënten werken binnen de PMT?

Vragen over de therapie:

4. Kunt u meer vertellen over de opzet van de PMT. Denk daarbij aan de volgende punten:
 - Individuele of groepstherapie; aantal cliënten
 - Alleen cliënten met dyslexie, of ook andere stoornissen
 - Onder leiding van één PMT' er of een collega/andere behandeldiscipline er bij
 - Lengte en frequentie van de therapie
 - Behandelde thema's
 - Therapeutische attitude
5. Kunt u meer vertellen over de resultaten van het behandelen van psychosociale problemen met behulp van PMT bij cliënten met dyslexie
6. Wat zijn factoren om rekening mee te houden als PMT' er met het werken met deze doelgroep?
7. Nog eventuele andere opmerkingen omtrent cliënten met dyslexie en PMT, of dit onderzoek: