



Waar het prikkelt is niet altijd een reactie!

Is sensomotorische integratie een aanvulling is op de huidige manier van werken binnen de psychomotorische therapie voor de lichtverstandelijk gehandicapten van 8-16 jaar met een hypo- of hypersensibiliteit?

Titel: Waar het prikkelt is niet altijd een reactie!

Subtitel: Is sensomotorische integratie een aanvulling op de huidige manier van werken binnen de psychomotorische therapie voor lichtverstandelijk gehandicapten van 8-16 jaar met een hypo- of hypersensibiliteit.

Naam student: Björn Zwanepoel

Naam begeleider: Dienneke Jol

Naam beoordelaar: Pauline Fellingier

School en opleiding: Windesheim Psychomotorische therapie

Datum: 04-07-2012

Voorwoord

Mijn naam is Björn Zwanepoel en ik studeer psychomotorische therapie(PMT) aan christelijke hogeschool Windesheim te Zwolle. De eindstage voor mijn opleiding heb ik bij Vanboeijen locatie Park Diepstroeten gedaan. Dit is een instelling voor mensen met een verstandelijke of meervoudige beperking. Tijdens mijn PMT- stage viel het mij op dat er veel cliënten zijn die zintuiglijk over- of juist ondergevoelig zijn. Door het lezen van diverse artikelen die op stage aanwezig waren, ben ik verder geïnteresseerd geraakt in de theorie achter de sensomotorische integratie. Binnen andere disciplines zoals de ergotherapie en de fysiotherapie wordt sensomotorische integratie methode al jaren gebruikt. In deze scriptie probeer ik duidelijk te krijgen wat sensomotorische integratie is. Verder maak ik duidelijk wat je als psychomotorisch therapeut zou kunnen observeren aan een cliënt met een sensomotorische integratie stoornis. Ik leg een verband tussen SMI (sensomotorische integratie) en de lichaams- en gedragssignalen bij kinderen met een licht verstandelijke beperking die slachtoffer zijn of zijn geweest van mishandeling en misbruik.

Ik wil graag mijn stagebegeleider Ben Brekhof bedanken voor zijn enthousiasme en de tijd waarin wij aan het discussiëren zijn geweest over de sensomotorische integratie theorie. Verder wil ik mijn scriptiebegeleider Dienneke Jol bedanken voor het begeleidende werk en het geven van feedback over mijn scriptie.

Ik wens u veel plezier bij het lezen van mijn scriptie over sensomotorische integratie.
Björn Zwanepoel

Samenvatting

Tijdens mijn eindstage binnen de verstandelijke gehandicaptenzorg voor de opleiding psychomotorische therapie viel het mij op dat er regelmatig problemen waren in de sensomotorische integratie van cliënten. Als er problemen zijn in de sensomotorische integratie van cliënten dan kan er sprake zijn van hypo- of hypersensibiliteit. Om te onderzoeken of sensomotorische therapie een aanvulling kan zijn op de psychomotorische behandeling is er op de verschillende vlakken literatuur verzameld; sensomotorische integratie, psychomotorische therapie, lichtverstandelijk gehandicapte kinderen en over misbruik en mishandeling. Er is gekeken naar de volgende doelgroep; licht verstandelijk gehandicapte kinderen van 8 tot 16 jaar die hypo- of hypersensitief zijn door misbruik en/of mishandeling uit het verleden. Sensomotorische integratie kan een aanvulling zijn voor de psychomotorische therapie bij kinderen van 8-16 jaar die misbruikt of mishandelt zijn. Problemen in de sensomotorische integratie komen regelmatig voor bij verstandelijk gehandicapte kinderen. Ook zie je vaak lichaams- en gedragssignalen die lijken op signalen van een stoornis in de sensomotorische integratie bij kinderen die misbruikt of mishandelt zijn. De psychomotorische therapeut moet leren de cliënt vanuit een ander perspectief te bekijken, te herkennen en te begrijpen. Wanneer de psychomotorische therapeut sensomotorische therapie wil toepassen zal hij/zij eerst de juiste signalen moeten kunnen observeren.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Inhoudsopgave	5
Hoofdstuk 1: Inleiding	6
Hoofdstuk 2: Methode	8
Hoofdstuk 3: Theoretische onderbouwing vanuit de literatuur.	9
3.1 Sensomotorische integratie	9
3.1.1 De prikkelverwerking neurologisch gezien.	9
3.1.2 Wat is sensomotorische integratie?	10
3.1.3 Signalen van een stoornis in de sensomotorische integratie.....	11
3.1.4 Hoe verloopt sensomotorische integratie therapie?	13
3.2 De doelgroep LVG, seksueel misbruik en mishandeling.	14
3.2.1 De doelgroep kinderen van 8 tot 16 jaar met een lichte verstandelijke handicap.	14
3.2.2 Wat is seksueel misbruik en wat zijn de gevolgen bij kinderen met een verstandelijke beperking?	15
3.2.3 Wat is kindermishandeling en wat zijn de gevolgen bij kinderen met een verstandelijke beperking?	17
3.3 Behandelingen.....	18
3.3.1 Psychomotorische behandeling.....	18
3.3.2 Sensomotorische integratie door andere disciplines binnen het werkveld VGZ.	19
Fysiotherapeut	19
Ergotherapeut	20
Hoofdstuk 4: Conclusie.....	21
Hoofdstuk 5: Aanbevelingen	23
Hoofdstuk 6: Discussie	24
Literatuurlijst.....	25
Bijlagen.....	26
Bijlage 1 Resultatenschema.....	26
Bijlage 2 Signaleringslijst sensomotorische integratie problemen	29
Bijlage 3 Signaleringslijst kindermishandeling en misbruik	35
Bijlage 4 Signaleringslijst seksueel misbruik.	44

Hoofdstuk 1: Inleiding

Vanboeijen locatie Park Diepstroeten is een instelling voor mensen met een verstandelijke of meervoudige beperking. Binnen deze instelling zijn er cliënten die tijdens de psychomotorische therapie een ongebruikelijk reactie vertonen op sensorische prikkels. Het lijkt er op dat cliënten de prikkels niet beleven of juist heel sterk. Een aantal cliënten zijn overgevoelig of juist ondergevoelig voor tactiele prikkels, prikkels die via het tastzintuig binnen komen. Dit wordt ook wel hypo- of hypersensibiliteit van het tastzintuig genoemd.

Ben Brekhof, psychomotorisch therapeut bij Vanboeijen (persoonlijke communicatie januari, 2012) gaf aan dat dit kon komen door een probleem in de sensomotorische integratie van de cliënt. De sensomotorische integratie methode wordt al door diverse disciplines binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg gebruikt, zoals de fysiotherapeut en de ergotherapeut (Kranowitz, 2005). Vragen die dan gesteld kunnen worden zijn; waarom wordt de sensomotorische integratie methode niet of nauwelijks gebruikt door de psychomotorisch therapeut? Kan de sensomotorische integratie methode worden gebruikt als aanvulling op de huidige manier van werken binnen de psychomotorische therapie?

De doelgroep kinderen tussen de 8 en 16 jaar oud is bewust gekozen voor deze literatuurstudie omdat er binnen Vanboeijen een observatie en behandelsetting is waar deze leeftijdscategorie sterk vertegenwoordigd is. Binnen de verstandelijke gehandicaptenzorg komt seksueel misbruik vaker voor dan bij normaal begaafde kinderen (Douma, Van den Bergh & Hoekman, 1998). Kinderen die misbruikt of mishandeld zijn vertonen in sommige gevallen gedrag dat vergelijkbaar is met kinderen die een sensomotorische integratie stoornis hebben. In deze scriptie worden lichaams- en gedragssignalen van kinderen die mishandeld en/of misbruikt zijn vergeleken met lichaams- en gedragssignalen die kinderen met een sensorische integratie stoornis vertonen. Zijn hierin verbanden te leggen en kunnen oefeningen die de sensomotorische integratie van kinderen bevorderen gebruikt worden door de psychomotorisch therapeut?

De vraagstelling binnen deze literatuurstudie is:

Op welke manier kan sensomotorische integratie een aanvulling zijn op de psychomotorische therapie behandeling binnen de licht verstandelijk gehandicaptenzorg, bij kinderen van 8 tot 16 jaar die hypo- of hypersensitief zijn door misbruik en/of mishandeling uit het verleden.

De vraagstelling zal beantwoord worden aan de hand van de volgende deelvragen:

- Hoe verloopt de prikkelverwerking neurologisch gezien?
- Wat is sensomotorische integratie?
- Hoe verloopt sensomotorische integratie therapie?
- Wat zijn de signalen van een stoornis in de sensomotorische integratie?
- Hoe kun je de doelgroep kinderen van 8 tot 16 jaar met een lichte verstandelijke beperking beschrijven?
- Wat is seksueel misbruik en wat zijn de gevolgen bij kinderen met een verstandelijke beperking?
- Wat is kindermishandeling en wat zijn de gevolgen bij kinderen met een verstandelijke beperking?
- Hoe ziet de psychomotorische behandeling eruit?
- Op welke manier word sensomotorische integratie gebruikt door andere disciplines binnen het werkveld VGZ?

Leeswijzer:

In hoofdstuk twee kunt u lezen welke methode er is toegepast voor deze literatuurstudie. In hoofdstuk drie de 'Theoretische onderbouwing vanuit de literatuur' worden de deelvragen die op de voorgaande pagina staan uitgewerkt. In Hoofdstuk vier wordt er antwoord gegeven op de vraagstelling van deze literatuurstudie. De aanbevelingen zijn te lezen in hoofdstuk vijf. De discussie van deze literatuurstudie wordt beschreven in hoofdstuk zes.

Hoofdstuk 2: Methode

Om tot beantwoording van de vraagstelling van deze literatuurstudie te komen moest er over vier onderwerpen literatuur gezocht worden. Dit waren: sensomotorische integratie, licht verstandelijk gehandicapten, seksueel misbruik en mishandeling en psychomotorische therapie.

Op mijn stage ben ik in aanraking gekomen met mijn scriptie onderwerp. Vervolgens is er gezocht naar literatuur. Ben Brekhof, mijn stagebegeleider was in het bezit van veel artikelen betreffende sensomotorische integratie. Deze artikelen waren echter niet actueel genoeg en konden daardoor niet gebruikt worden voor deze literatuurstudie. Wel zijn deze artikelen gelezen. Dit hielp om richter te zoeken naar literatuur.

Er is via diverse internet databases gezocht, een voorbeeld hiervan is Seek-Q. Hierop zijn diverse scripties en artikelen gevonden waarin gekeken kon worden naar specifieke literatuur. Door het gebruik van de sneeuwbal methode is er nuttige informatie gevonden die een aanvulling is op deze scriptie. Via "Google Scholar" en "Google Books" is er ook literatuur gevonden. Voorbeelden hiervan zijn twee boeken van Carol Stock Kranowitz. Deze boeken zijn voor deze scriptie zeer waardevol geweest gezien de theorie over de sensomotorische integratie. Ik ben voornamelijk gaan zoeken met zoekmachines zoals "Google" op woorden als "sensorische integratie", "sensomotoriek", "SMI", "sensomotorische integratie". Na meerdere dagen zoeken naar bruikbare literatuur was er voldoende literatuur gevonden om dit onderzoek te gaan starten. De gesprekken met Ben Brekhof zijn erg belangrijk geweest. Tijdens stage zijn er veel discussies gevoerd over wat wel en wat niet sensomotorische integratie is. Door deze discussies en het lezen van boeken over de sensomotorische integratie kon er een beter beeld gevormd over wat sensomotorische integratie is en wat een PMT-er er mee zou kunnen. Als eerst is de vraag gesteld wat is nou sensomotorische integratie? Daarna wat zijn de signalen van een sensomotorische integratie stoornis? Nadat ik hier een duidelijk beeld van heb kregen ben ik verder gaan zoeken naar specifieke informatie over hypo- of hypersensitief zijn voor tactiele prikkels. Bij de boeken die er zijn gebruikt is er vooral gekeken naar de beschrijving van sensomotorische integratie en de lichaams- en gedragssignalen van een probleem binnen de sensomotorische integratie. Vervolgens is er gezocht naar literatuur over het vakgebied van de ergotherapeut en de fysiotherapeut waarin de sensomotorische integratie al wordt toegepast. Hiervoor zijn de beroepsprofielen van beide beroepen gebruikt en de boeken van o.a. Carol Stock Kranowitz. Nadat ik deze informatie heb verwerkt ben ik op zoek gegaan naar literatuur waarin misbruik en mishandeling werden beschreven binnen de verstandelijke gehandicaptenzorg. Vooral over misbruik bij verstandelijk gehandicapten is veel geschreven. Een voorbeeld is het boek 'verstandelijke handicap en seksueel misbruik' van Douma, van den Bergh en Hoekman (1998). Veel literatuur over lichtverstandelijk gehandicapten en seksueel misbruik komt vanuit de mediatheek van Windesheim. Als laatst is er gezocht naar literatuur over de behandeling van de psychomotorische therapeut bij lichtverstandelijk gehandicapten die misbruikt of mishandeld zijn. Nadat deze informatie was verzameld is er gekeken naar de signalen van misbruik en mishandeling bij de beschreven doelgroep en de signalen van een integratie stoornis. Literatuur over seksueel misbruik zonder koppeling naar de doelgroep verstandelijk gehandicapten is niet gebruikt. Dit omdat er voldoende literatuur is over seksueel misbruik in combinatie met de gekozen doelgroep. Door de bovenstaande methode is een antwoord te geven op de vraagstelling van deze scriptie.

Hoofdstuk 3: Theoretische onderbouwing vanuit de literatuur.

3.1 Sensomotorische integratie.

3.1.1 De prikkelverwerking neurologisch gezien.

Het zenuwstelsel is samengesteld uit twee onderdelen: het centrale zenuwstelsel en het perifeer zenuwstelsel. Het centraal zenuwstelsel is opgebouwd uit de hersenen en de wervelkolom. Het perifeer zenuwstelsel is opgebouwd uit twee delen: het sensorische deel en het motorische deel (Wilmore & Costill, 2006). Het perifeer zenuwstelsel bevat twee soorten neuronen die de hersenen en het ruggenmerg met de rest van het lichaam verbinden: Dit zijn de sensorische en motorische neuronen. Sensorische neuronen ontvangen impulsen uit sensorische receptoren die zich in onze ogen, oren, huid, spieren, gewrichten en organen bevinden.

Sensorische neuronen in het perifeer zenuwstelsel eindigen in de wervelkolom of in de hersenen. Ze brengen continu informatie naar het centraal zenuwstelsel over de steeds veranderende status van het lichaam. Door het transporteren van deze informatie maken deze neuronen het mogelijk dat de hersenen waarnemen wat er in alle delen van het lichaam en in de directe omgeving gebeurt.

(Wilmore & Costill, 2006).

Sensorische neuronen in het centrale zenuwstelsel transporteren de sensorische input naar de juiste gebieden waarin de informatie kan worden verwerkt. Als het centrale zenuwstelsel de informatie heeft verwerkt, die het heeft ontvangen vanuit de sensorische deel van het perifere zenuwstelsel dan stuurt het centrale zenuwstelsel het motorische deel van het perifere zenuwstelsel aan. In deze aansturing is het duidelijk hoe een persoon moeten reageren op de input die kwam uit het sensorische deel van het zenuwstelsel. Het sensorische en motorische zenuwstelsel moeten met elkaar communiceren. Dit proces word sensomotorische integratie genoemd. (Wilmore & Costill, 2006).

3.1.2 Wat is sensomotorische integratie?

Sensomotorische integratie is het proces waardoor het perifeer zenuwstelsel sensorische input doorgeeft naar het centrale zenuwstelsel. Het centrale zenuwstelsel interpreteert deze informatie en zendt het passende motorisch signaal uit om de gewenste motorische respons te stimuleren. (Wilmore & Costill, 2006).

Sensomotorische integratie plaatst ervaringen en (re)acties in een neurologisch perspectief. Hoe en wat mensen doen hangt samen met of en hoe ze de wereld ervaren en verwerkt hebben. Dit verwerken vindt plaats in het ruggenmerg en de hersenen. Het referentiekader wordt bepaald door de ervaringen van de persoon. Andersom komen ervaringen binnen en worden ze geschakeld op een wijze die afhankelijk is van het referentiekader. Prikkel worden ervaringen als ze waargenomen en verwerkt kunnen worden, plaatsbaar zijn. De sensomotorische integratie gaat er vanuit dat het signaal dat door de sensorische neuronen wordt verstuurd naar het centrale zenuwstelsel normaal is en dat het centrale zenuwstelsel waaronder de hersenen een passende en correcte reactie geven op de prikkel. Waardoor er door het lichaam en de persoon een passende reactie wordt gegeven. Wanneer er problemen zijn in de sensomotorische integratie dan geven de sensorische neuronen een signaal naar het centrale zenuwstelsel, maar dit signaal wordt te sterk of te zwak ervaren nadat deze in de hersenen verwerkt is. Een prikkel die te sterk binnenkomt nadat hij verwerkt is zorgt voor een alarmerende werking. Deze mensen zijn dan overgevoelig voor prikkels. Komt een prikkel te zwak binnen dan kan het zijn dat de prikkel niet wordt opgemerkt of de reactie niet passend is bij de prikkel. Als dit zo is dan zijn mensen ondergevoelig voor zintuiglijke prikkels. Het kan gaan om warme en koude prikkels en/of hard en zacht aangeraakt te worden. Bij sensomotorische integratie problemen is er geen sprake van een hersenbeschadiging of een ziekte maar meer iets wat lijkt op een verteringsprobleem in de hersenen of een verkeersopstopping in de hersenen (Kranowitz, 2005). 'Sensomotorisch' verwijst naar de relatie tussen sensatie (in de zin van gevoel, prikkel) en beweging (Kranowitz, 2007).

Binnen de sensomotorische integratie richt deze literatuurstudie zich voornamelijk op het tastzintuig. Andere zintuigen zijn het vestibulaire zintuig welke vooral belangrijk is voor evenwicht en de positie van het lichaam ten opzichte van de omgeving. En het proprioceptieve zintuig dat vooral informatie geeft over waar lichaamsdelen zich bevinden, hoeveel spierspanning erop staat en wat de lichaamsdelen aan het doen zijn (Kranowitz, 2006). De keuze voor het tastzintuig is gemaakt om twee redenen. Ten eerste om deze literatuurstudie niet te omvangrijk te maken. Sensomotorische integratie is een breed onderwerp. Om toch richting te kunnen geven aan deze literatuurstudie is er voor gekozen om deze te richten op het tastzintuig. En ten tweede omdat ik bij cliënten op stage het vaakst problemen in het tastzintuig constateerde. Dit omdat er binnen therapie toch vaak lichamelijk contact en contact met materialen is. Het tactiele systeem, of tastzintuig, speelt een belangrijke rol bij het bepalen van fysiek, mentaal en emotioneel menselijk gedrag. Ieder van ons heeft van kleins af aan de behoefte aan voortdurende tactiele prikkeling om ons georganiseerd te houden en te kunnen functioneren. Van top tot teen krijgen we tactiele informatie via de zo genaamde receptoren in onze huid. Tastprikkel als lichte aanraking, stevige druk, het rekken van de huid, trillen, bewegingen, temperatuur en pijn activeren die tactiele receptoren. Dit zijn externe prikkels die van buiten ons lichaam komen (Kranowitz, 2005).

Als er problemen zijn met het tactiele systeem dan wordt dit een tactiele stoornis genoemd. Dit houdt in dat de prikkels die via de huid binnenkomen door het centrale zenuwstelsel niet goed worden verwerkt. Een kind met deze stoornis heeft moeite met aanraken en door voorwerpen of mensen aangeraakt te worden (Kranowitz, 2005). Binnen een tactiele stoornis worden verschillende vormen onderscheiden. Op de volgende pagina wordt vermeld welke dit zijn.

3.1.3 Signalen van een stoornis in de sensomotorische integratie.

1. De sensorische vermijder met hyperreactiviteit (tactiele defensiviteit) heeft moeite met passieve aanraking (aangeraakt worden). Hij kan bijvoorbeeld:

- Negatief en emotioneel reageren op lichte aanraking en blijk geven van angst, vijandigheid of agressie. Hij kan zich aan lichte aanraking proberen te onttrekken, en onmiddellijk over de aangeraakt plek beginnen te krabben of wrijven. Als zuigeling heeft hij zich wellicht tegen knuffelen verzet.
- Negatief en emotioneel reageren op een mogelijke lichte aanraking. Hij kan een prikkelbare of angstige indruk maken als anderen erg dichtbij komen, bijvoorbeeld als hij in een rij staat.
- Negatief en emotioneel reageren als hij van achter wordt benaderd of als een aanraking buiten zijn gezichtsveld valt, zoals wanneer iemands voet de zijne onder een deken of onder tafel aanraakt.
- De voorkeur geven aan een omhelzing boven een kus. Misschien snakt hij naar de diepe aanraking die met een omhelzing gepaard gaat, maar probeert hij de irriterende lichte aanhaling van een kus weg te wrijven.

2. Dezelfde sensorische vermijder met hyperreactiviteit heeft ook moeite met actieve aanrakingen. Hij kan:

- Geen kussen willen geven.
- Niet met blote voeten door gras, zand of water willen lopen.
- Ruw met huisdieren omgaan of het contact helemaal vermijden.
- Zich aan een groep onttrekken en zich ertegen verzetten om bij andere kinderen thuis te spelen.

3. De sensorische negerder met hyporeactiviteit kan atypische reacties op passieve en actieve aanraking vertonen. Het kind kan:

- Niet klagen over scherpe steentjes, het hete zand of een pijnlijke teen als hij op blote voeten loopt.
- Aanraking niet opmerken, tenzij deze heel heftig is.
- Weinig reactie vertonen bij pijn van schaafwonden, blauwe plekken of snijwondjes, en misschien zelfs wel een gebroken vinger of sleutelbeen negeren.

4. De prikkelzoeker die sensorische prikkels opzoekt, heeft zowel passief als actief extra testprikkel nodig. Het kind kan:

- Erom vragen gekieteld of over de rug gewreven te worden.
- Behoeftte hebben om alles in zijn onmiddellijk omgeving aan te raken, door bijvoorbeeld tegen anderen aan te botsen en zijn handen langs meubilair en muren te halen. Het kind moet dingen aanraken waarvan andere kinderen weten dat die nog mogen worden aangeraakt.
- Een ononderdrukbare neiging lijken te hebben om blootsvoets over oppervlakken te lopen die andere mensen onaangenaam of pijnlijk vinden.
- Heel erg dicht op anderen gaan staan, en ze vaak aanraken, zelfs als die aanrakingen niet welkom zijn.

5. Het kind dat moeite heeft met tactiele discriminatie, kan:

- Een gebrekkig lichaamsbewustzijn hebben en niet weten waar zijn lichaamsdelen zich bevinden en hoe ze met elkaar in verband staan. Hij kan de indruk wekken geen voeling met zijn handen, voeten en andere lichaamsdelen te hebben, alsof het onbekende aanhangsels zijn.
- Er slonzig uitzien met zijn schoenen verkeerd om, afzakkende sokken, losse veters, gedraaide broeken en niet ingestopt hemd.
- Bang in het donker zijn.
- Liever staan dan zitten, om te maken dat hij visuele controle over zijn omgeving houdt.

6. Het kind met dyspraxie kan:

- Een gebrekkige grofmotorische controle hebben bij hardlopen, klimmen en springen.
- Handschoenen en sokken op een ongebruikelijke manier aantrekken.
- Weinig zelfredzaam zijn en niet op eigen kracht van start gaan, maar iemand anders nodig hebben om op gang te komen.

De bovenstaande selectie van signalen van een integratie stoornis zijn afkomstig uit het boek: *Uit de pas* (Kranowitz, 2005). De overige signalen van een sensomotorische integratie stoornis zijn te vinden in bijlage 2 van deze scriptie.

3.1.4 Hoe verloopt sensomotorische integratie therapie?

Sensomotorische therapie is een behandelmethode voor kinderen die problemen hebben met het verwerken van zintuiglijke prikkels. De therapie kan toegepast worden bij zeer uiteenlopende aandoeningen of problemen, zoals leerproblemen, gedragsproblemen, angststoornissen, autisme, hemiplegie en whiplash. (Röst & Horowitz, 2004). Een sensomotorische integratie behandeling kan een kind helpen al zijn zintuigen te laten samenwerken. Als een kind actief aan betekenisvolle activiteiten deelneemt die prikkels bieden met de intensiteit, duur en kwaliteit waar het centrale zenuwstelsel van de cliënt baat bij heeft dan zal de cliënt beter gaan reageren op prikkels. Adaptief gedrag leidt tot een betere sensorische integratie. Het resultaat is dat waarnemingen, leerprocessen, bedrevenheid en zelfvertrouwen kunnen toenemen. Behandeling helpt het kind vaardigheden te ontwikkelen om in sociale situaties goed te reageren (Kranowitz, 2005). Uit onderzoek (Wuang, Wang & Huang, 2009) blijkt dat een sensomotorische integratie therapie ervoor zorgt dat er positieve veranderingen optreden in fijne motoriek, grove motoriek, coördinatie en het sensomotorisch functioneren bij kinderen met een verstandelijke beperking. Op sensomotorische integratie gerichte materialen vormen de basis van de therapie. Er zijn verschillende soorten schommels, hangmatten, tunnels, grote ballen en trampolines te gebruiken voor het bevorderen van de sensomotorische integratie van het kind. Als de hersenen van het kind door sensomotorische integratie behandeling informatie beter gaan koppelen, combineren en integreren (verwerken) is het kind beter in staat om een adaptieve respons te geven op prikkels. (Röst & Horowitz, 2004).

3.2 De doelgroep LVG, seksueel misbruik en mishandeling.

3.2.1 De doelgroep kinderen van 8 tot 16 jaar met een lichte verstandelijke handicap.

Ongeveer 1 procent van de gehele populatie lijdt aan zwakzinnigheid, een belemmering van de ontwikkeling van het cognitieve en sociale functioneren. Ongeveer 85 procent van de zwakzinnigen heeft een licht verstandelijke beperking (Nevid, Rathus & Greene, 2008). Van de cliënten uit deze doelgroep is van buitenaf niet meteen zichtbaar of ze een cognitieve handicap hebben. Bewegingsvaardigheden zijn eventueel in orde, er is meestal geen sprake van motorische zichtbare problematiek. Op het gebied van cognitie is er daarentegen wel degelijk sprake van een handicap; er kunnen beperkingen zijn in inzicht, overzicht en gewetensfunctie. Deze beperkingen komen vooral tot uiting in het sociale verkeer (Hekking & Fellingier, 2011).

In de DSM IV (APA, 2010) wordt de doelgroep licht verstandelijk gehandicapt als volgt omschreven: *Verstandelijk duidelijk onder het gemiddelde functioneren: een IQ van ongeveer 70 of lager bij een individueel toegepaste IQ-test . (Bij zeer jonge kinderen op basis van een inschatting van een verstandelijk significant onder het gemiddeld functioneren).*

Gelijktijdig aanwezige tekorten in of beperkingen van het huidige aanpassingsgedrag (dat wil zeggen of betrokkene er in slaagt te voldoen aan de standaarden die bij zijn of haar leeftijd verwacht kunnen worden binnen zijn of haar culturele achtergrond) op ten minste twee van de volgende terreinen: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruik maken van gemeenschappelijke voorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk , ontspanning, gezondheid en veiligheid.

Het kind kan met speciale scholing praktische vaardigheden en functioneel lezen en rekenen leren tot het niveau van groep 5 tot 8. Kan tot sociale conformiteit worden begeleidt (Nevid, Rathus & Greene, 2008). Lichtverstandelijk gehandicapte kinderen hebben veelal problemen en beperkingen op cognitief en sociaal emotioneel gebied. Ook hebben zij een verhoogd risico op psychiatrische problematiek en seksueel misbruik (Morfouace, M. in J. de Lange (red), 2010).

Oorzaken van een verstandelijke beperking:

De oorzaken van zwakzinnigheid zijn onder andere biologische factoren, psychosociale factoren of een combinatie hiervan. Biologische oorzaken zijn bijvoorbeeld chromosomale en genetische aandoeningen, infectieziekten en alcoholgebruik van de moeder tijdens de zwangerschap (FAS Kinderen). Voorbeelden van psychosociale oorzaken zijn blootstelling aan een verarmde thuisomgeving, die wordt gekenmerkt door het gebrek aan intellectueel stimulerende activiteiten tijdens de jeugd (Nevid, Rathus & Greene, 2008).

3.2.2 Wat is seksueel misbruik en wat zijn de gevolgen bij kinderen met een verstandelijke beperking?

Seksueel misbruik bij kinderen omvat alle seksuele aanrakingen van een volwassene bij een kind. Hieronder vallen: het kussen met seksuele bedoelingen, het aanraken van borsten en geslachtsorganen en het met de penis binnendringen van de mond, vagina of anus. Ook het binnendringen van de vagina of anus met een voorwerp valt onder seksueel misbruik. Hier wordt voor de duidelijkheid aan toegevoegd dat het hierbij gaat om handelingen tegen de zin van het kind in. Hierbij gaat het ook om lichamelijk of relationeel overwicht, de emotionele druk of wanneer het kind het niet kan weigeren door dwang en geweld. Dit laatste is ook belangrijk bij seksuele handelingen tussen kinderen om te spreken van seksueel misbruik. Bij een volwassen dader is er altijd sprake van lichamelijk en relationeel overwicht (Wolzak, 2009). Resultaten van het onderzoek door Kenniscentrum Rutgers WPF & MOVISIE, Kennis en aanpak van sociale vraagstukken (2011) laat zien dat van de mensen met een verstandelijke beperking naar eigen zeggen 61% van de vrouwen en 23% van de mannen ooit seksueel misbruik heeft meegemaakt, variërend van op een kwetsende manier aangeraakt worden tot verkrachting. Ouders/verwanten en professionals melden aanzienlijk lagere percentages, maar zij zijn vaak niet op de hoogte. Vrouwen zijn vaker dan mannen slachtoffer van seksueel misbruik. Omdat elk onderzoek naar seksueel misbruik een andere definitie gebruikt van seksueel misbruik lopen de prevalentie cijfers uiteen. Bijvoorbeeld in (Douma, Van den Bergh & Hoekman, 1998) worden 8% tot 58% van de verstandelijk gehandicapten in hun leven geconfronteerd met seksueel misbruik. 25% van de meisjes en 20% van de jongens zouden voor hun 18^{de} levensjaar te maken krijgen met seksueel misbruik ook hierover verschillen de prevalentie cijfers i.v.m. met de definitie van seksueel misbruik.

Vrouwen met een verstandelijke beperking wijzen relatief vaak partners aan als plegers, en onbekenden. Mannen noemen het vaakst onbekenden en mede cliënten. Bij de mannen gaat het ook vaak om familieleden. Groepsleiders, persoonlijk begeleiders of iemand anders die in de instelling werkt, worden door 6% van de vrouwen en 4% van de mannen met een verstandelijke beperking die seksueel geweld hebben meegemaakt genoemd, professionals noemen dat minder vaak. Ouders/verwanten melden dat 12% van de vrouwen seksueel is misbruikt door iemand die in de instelling werkt. De taxichauffeur wordt door tussen de 3 en 6% van alle respondenten die seksueel geweld hebben meegemaakt genoemd (Rutgers WPF & MOVISIE, 2011).

Bij een kwart van de vrouwen met een verstandelijke beperking heeft het seksueel geweld zich in de woonvoorziening afgespeeld. Voor mannen met een verstandelijke beperking is dit percentage 8%. Er zijn verschillende (mogelijke) gevolgen van seksueel misbruik bij mensen met een verstandelijke handicap. Wanneer een verstandelijk gehandicapte één of meer lichaams- en gedragsignalen (bijlage 4) vertoont, kan dit wijzen op seksueel misbruik. Niet elk slachtoffer vertoont de zelfde signalen. (Douma, Van den Bergh & Hoekman, 1998).

Lichamelijke en sociaal emotionele gevolgen.

Kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt, hebben vaak het idee dat zij geen zeggenschap hebben over het eigen lichaam, waardoor aanraken en aangeraakt worden op een negatieve wijze wordt ervaren. Doordat de met seksueel misbruik gepaard gaande angst vaak een verhoogde stress met zich meebrengt, is het lichaam veelal voortdurend paraat om te reageren op gevaar, ook als dit niet concreet aanwezig is. Het trauma zit dan vaak ook juist in het lichaam en uit zich veelal in een fysieke reactie of beleving (Morfouace, M. in J. de Lange (red), 2010). De slachtoffers van seksueel misbruik hebben problemen met lichamelijke aanraking. Zij zijn aangeraakt zonder dat zij daarvoor toestemming hebben gegeven. Dit kan in dagelijkse (verzorgings) situaties tot problemen lijden. Men dient de lichaamsbeleving van het misbruikte kind aandacht te geven. Deze lichaamsbeleving is vaak negatief van aard. Door positieve lichaamservaringen kan het lichaamsbeeld een meer positievere wending krijgen. (Douma, Van den Bergh & Hoekman, 1998) Een deel van de cliënten ervaart

aanraking als erg bedreigend terwijl er ook cliënten zijn die juist opzoek zijn naar aanraking en daardoor claimend en/of uitdagend gedrag vertonen.

In de bijlage 4 van deze scriptie zijn de lichaams- en gedragsignalen van seksueel misbruik uit het boek: *Verstandelijke beperking en seksueel misbruik* (Douma, Van den Bergh & Hoekman, 1998) te lezen.

3.2.3 Wat is kindermishandeling en wat zijn de gevolgen bij kinderen met een verstandelijke beperking?

“Kindermishandeling is elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel” (Meuwese & Blaak, 2005). Uit literatuur kan er geen bewijs gevonden worden dat kinderen met een licht verstandelijke beperking vaker te maken hebben met mishandeling dan een kind met een gemiddeld IQ. Een gezin waarin ouders een laag opleidingsniveau hebben is wel een risicofactor voor het kind om te maken te krijgen met mishandeling. Het risico op kindermishandeling is ruim acht keer groter in gezinnen met zeer laag opgeleide ouders (Leiden Attachment Research Program & TNO, 2011). Er is sprake van lichamelijk mishandeling als de ouder geweld tegen het kind gebruikt in de vorm van slaan, schoppen, bijten, knijpen, krabben, het toebrengen van brandwonden, laten vallen, en dergelijke (Wolzak, 2009).

Lichamelijke en sociaal emotionele gevolgen.

Een kind dat wordt mishandeld is in zijn gedrag vaak schrikachtig, angstig of overdreven waakzaam. Die angst kan verder blijken bij een onverwachte lichamelijke aanrakingen, of bij jonge kinderen als het kind wordt opgepakt. Lichamelijk geweld en seksueel misbruik gaan vaak in meer of mindere mate gepaard met psychische mishandeling. Mishandeling verstoort de ontwikkeling van het kind die verstoring kan leiden tot gedrag waarbij het kind apathisch kan reageren op prikkels zoals het niet uiten van lichamelijke pijn (Wolzak, 2009). Een sensorische integratie stoornis kan ontstaan door postnatale omstandigheden zoals overmatige stimulering, bijvoorbeeld door kindermishandeling maar ook door te weinig stimulering van het kind kan een integratie stoornis ontstaan (Kranowitz, 2005).

In bijlage 3 staat een uitgebreide lijst van lichaams- en gedragsignalen bij kinderen die mishandeld zijn. Deze zijn afkomstig uit het boek: *Kindermishandeling: signaleren en handelen* (Wolzak, 2009).

Seksueel misbruik is dat ook kindermishandeling?

Als je kijkt naar de definitie van kindermishandeling dan staat er ook bedreigende of gewelddadige interactie van seksuele aard. Hieruit kan geconcludeerd worden dat seksueel misbruik bij kinderen ook valt onder kindermishandeling. In dit hoofdstuk koppel ik ze los om ook te kunnen kijken naar de verschillen in lichamelijke en sociaal emotionele gevolgen. De prevalentie van seksueel misbruik en mishandeling. In sommige gevallen zijn lichaams- en gedragssignalen echter moeilijk te onderscheiden. Ook reageert ieder kind anders op kindermishandeling. De beschreven signalen hoeven dus niet allemaal zichtbaar te zijn. Het zijn signalen die kunnen duiden op seksueel misbruik of lichamelijk mishandeling. In bijlage 3 en 4 zijn lichaams- en gedragssignalen van mishandeling en seksueel misbruik uitgeschreven.

3.3 Behandelingen.

3.3.1 Psychomotorische behandeling.

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

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. Psychomotorische therapie kan individueel en groepsgericht worden aangeboden (Brekhof, 2007). “Het doel van de PMT behandeling is het wegnemen of in ieder geval verminderen van de problematiek waarvan de cliënt last heeft” (NVPMT, 2009).

Binnen de PMT behandeling van kinderen die te maken hebben gehad met seksueel misbruik wordt vaak de Horizon-methode gebruikt, deze is vooral geschikt voor kinderen van 4 -12 jaar oud. Andere methode's zijn 'Baas over eigen lijf' en 'Deurtje open, deurtje dicht'. Deze methodes zijn ontwikkeld voor cliënten van 15 tot 40 jaar oud, om cliënten zelfbewuster en weerbaarder te laten worden in het omgaan met zichzelf en anderen in situaties van (dreigend) seksueel misbruik. De psychomotorische interventies binnen de Horizon-methode bieden mogelijkheden om het kind nieuwe (bewegings) ervaringen op te laten doen. Door gevoelens (lijfelijk) te leren herkennen en erkennen en er op een adequate wijze mee om te gaan, ervaart het kind weer controle over eigen gevoelens en gedrag. Hierdoor krijgt het opnieuw vertrouwen in eigen (fysieke) mogelijkheden, in het eigen lichaam en in een eigen mening. De elementen uit de psychomotorische therapie binnen de Horizon-methode sluiten goed aan bij de lichtverstandelijk gehandicapte (LVG) kinderen, omdat bij deze kinderen het bewegen vaak sterker ontwikkeld is dan de verstandelijke ontwikkeling. Binnen de Horizon-methode wordt er bij lichtverstandelijk gehandicapten een voorkeur gegeven voor een individuele behandeling ten opzicht van een groepsbehandeling. Dit wordt aangeraden vanwege de grotere kwetsbaarheid voor secundaire traumatisering. Zij hebben namelijk meer moeite met het onderscheid maken tussen het verhaal van 'de ander' en dat van zichzelf. Na een individuele behandeling wordt regelmatig een groepsbehandeling gericht op weerstand aangeboden (ter preventie van herhaling van seksueel misbruik). Wanneer het seksueel misbruik nog niet is gestopt geldt dit als contra-indicatie voor de psychomotorische behandeling (Morfouace, M. in J. de Lange (red), 2010). PMT behandelingen m.b.t. seksueel misbruik binnen de lichtverstandelijke gehandicaptenzorg zijn vaak gericht op assertiviteit, zelfvertrouwen, zelfbewustzijn en het vergroten van weerbaarheid. Als de cliënt een erg groot trauma heeft opgelopen door het misbruik wordt er soms voor gekozen om eerste te starten met een Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) voordat de cliënt door de psychomotorisch therapeut wordt behandeld (Morfouace, M. in J. de Lange (red), 2010). EMDR is een behandelmethode om nare ervaringen en trauma's te verwerken.

Voorbeeld 'leuk en niet leuk aanraken' binnen de methode 'baas over eigen lijf': Er wordt stil gestaan bij de vraag wie het kind wel en niet mag aanraken en waar. Tevens wordt het onderscheid gemaakt tussen mensen die je vertrouwd, kennissen en onbekenden. Ook wordt er aandacht besteed aan de vraag wat het kind kan doen als het toch tegen zijn wil wordt aangeraakt.

3.3.2 Sensomotorische integratie door andere disciplines binnen het werkveld VGZ.

Fysiotherapeut

Fysiotherapie is een paramedisch beroep dat gewijd is aan het verbeteren van iemand zijn lichamelijke vermogens. De fysiotherapeut legt de bewegings (on)mogelijkheden van de cliënt vast. Hij onderzoekt op welke wijze het bewegen plaatsvindt om te analyseren waarom de patiënt juist op deze manier beweegt. In de analyse zoekt de fysiotherapeut naar oorzakelijke en beïnvloedbare factoren. Het doel van de behandeling is het optimaliseren van het bewegen van de patiënt uitgaande van zijn vermogens en binnen de mogelijkheden die er zijn (Koninklijk Nederlands genootschap voor fysiotherapie, 2005). Bij therapie komen activiteiten aan de orde die bedoeld zijn om de spiercontrole en motorische coördinatie van een kind te verbeteren, met name van zijn grote spieren. Een fysiotherapeut helpt het kind, soms met middelen als massage, een bubbelbad of ultrageluid, zijn spier voor te bereiden op bewuste bewegingen en om beter de prikkels te verwerken d.m.v druk/tast oefeningen. Sommige fysiotherapeuten hebben een bijscholing gedaan op het gebied van de theorie van sensorische integratie (Kranowitz, 2005). De fysiotherapeut richt zich bij sensomotorische integratie vooral op kinderen, de bedoeling is dat kinderen op een speelse manier anders gaat reageren op de prikkels. De fysiotherapeut voor cliënten met een verstandelijke handicap werkt anders dan een 'gewone' fysiotherapeut. Hij kijkt niet alleen naar de cliënt, maar ook naar zijn omgeving. Daarnaast is hij gespecialiseerd in het adviseren van hulpmiddelen zoals rolstoelen, aangepaste fietsen, aangepaste schoenen en loophulpen.

Voor een kind bestaat de fysiotherapie uit: verbeteren motorische coördinatie en spiercontrole, met namen die van de grote spieren ter verbetering van het kunnen aansturen van de spieren (Kranowitz, 2007).

Voorbeeld van een activiteit die een fysiotherapeut kan aanbieden: De fysiotherapeut gebruikt muziektherapie terwijl het kind al springend en spelend werkt aan een goede motoriek.

Ergotherapeut

Ergotherapeut is een paramedisch hulpverlener die een opleiding heeft afgerond, waarin onderwerpen als anatomie, kinesiologie (bewegingsleer), orthopedie, psychiatrie, neurologie en mens- en maatschappijwetenschappen aan de orde komen (Kranowitz, 2005). Ergotherapie is een beroep dat zich inzet om de gezondheid en het welzijn van mensen te bevorderen met als aangrijpingspunt het mogelijk maken van het dagelijks handelen. De ergotherapie richt zich over het algemeen genomen op het handelen van de cliënt in relatie tot de omstandigheden waarin het handelen plaatsvindt. Het handelen is het uitvoeren van een doelgerichte activiteit die betekenis heeft voor het individu en samengesteld is uit vaardigheden en waarden. Er zijn drie handelingsgebieden te onderscheiden: wonen/zorgen, werken/leren en vrije tijd/spel. Een ergotherapeut richt zich vooral op het handelen en koppelt dit naar een handelingsgebied. Een ergotherapeut zal dus binnen de sensomotoriek zich veel specifiekere kunnen richten op doelen die een koppeling maken naar een handelingsgebied. Een ergotherapeut zal meer kijken naar hoe de activiteiten binnen een sensomotoriek programma zo functioneel mogelijk kunnen zijn voor het desbetreffende kind. De ergotherapeut kan individueel of in een groep werken. Ergotherapie vindt bij voorkeur plaats in de eigen omgeving, in de natuurlijke context van de persoon, organisatie of populatie met een dreigend of potentieel handelingsprobleem (Hartingsveldt van, Logister-troost & kinébanian, 2010). Onder leiding van een ergotherapeut doet een kind actief informatie op uit bewegingen en aanrakingen, en dat op een speelse, betekenisvolle en natuurlijk manier, die zijn hersenen in staat stelt deze fundamentele neurale boodschappen te moduleren. Het kind reageert gunstig op sensorische integratie behandeling, omdat zijn zenuwstelsel plooibaar is (Kranowitz, 2005).

Voor een kind bestaat de ergotherapie uit: schommelen, klimmen, springen, knopen dichtmaken, tekenen en schrijven om de sensomotorische integratie te bevorderen (Kranowitz 2007).

Voorbeeld van een activiteit die een ergotherapeut kan bieden: Om tactiele defensiviteit te verminderen: Armen en benen met sponsen en lapjes met uiteenlopende texturen inwrijven.

Hoofdstuk 4: Conclusie

Als er gekeken wordt naar de percentages die gevonden zijn in literatuur over seksueel misbruik dat voorkomt bij de doelgroep verstandelijke gehandicapten, dan zijn deze erg hoog, namelijk 61 procent van de vrouwen en 23 procent bij de mannen (Rutgers WPF & MOVISIE, 2011). Dit houdt in dat psychomotorische therapeuten in het werkveld veelvuldig in aanraking kunnen komen met cliënten die te maken hebben gehad met seksueel misbruik. De gevolgen van seksueel misbruik bij verstandelijk gehandicapten zijn groot. Als er gekeken wordt naar lichaams- en gedragssignalen (bijlage 4) dan zien we een aantal indicatoren die vergelijkbaar zijn met mensen die een stoornis hebben in hun sensomotorische integratie. Bij kinderen die mishandeld zijn zien we ook vergelijkbare signalen (bijlage 3). Een voorbeeld hiervan is dat er bij de gedragssignalen van mishandeling het volgende signaal zichtbaar is: toont geen gevoelens van pijn. Als dit vanuit de sensomotorische integratie zou worden verklaard dan komt de prikkel van de pijn wel binnen maar de reactie op de pijn prikkel is niet passend. De sensorische negeerder met hyporeactiviteit vertoont min of meer het zelfde gedrag als een kind dat mishandeld wordt of is geweest. De sensorische vermijder met hyperreactiviteit vertoont daarin tegen vergelijkbaar gedrag als bij kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt. Een voorbeeld hiervan is dat de sensorische vermijder met hyperreactiviteit negatief en emotioneel kan reageren op een mogelijke lichte aanraking. De cliënt kan een prikkelbare of angstige indruk maken als anderen erg dichtbij komen, bijvoorbeeld als de cliënt in een rij staat. Een persoon met een verleden met seksueel misbruik heeft mogelijk ook een afkeer van lichamelijk contact. Waar deze sterk emotioneel op kan reageren. Seksueel misbruik is een vorm van mishandeling. Hierdoor is het lastig om onderscheid te maken tussen seksueel misbruik en mishandeling omdat ze vaak ook weer overeenkomsten vertonen als je kijkt naar de lichaams- en gedragssignalen die deze cliënten vertonen.

Sensomotorische integratie therapie heeft een bewezen effect op de sensomotorische integratie bij cliënten met een verstandelijke beperking (Wuang et al., 2009). Cliënten die behandeld zijn door middel van sensomotorische integratie therapie beschikken over o.a. meer zelfvertrouwen en zijn beter in staat om een adaptieve respons te geven op prikkels. Op het moment dat een cliënt over meer zelfvertrouwen beschikt is het weerbaarder maken van de cliënt een volgende stap in de behandeling. Binnen behandelmethodes zoals de 'Horizon-methode' en 'Baas over eigen lijf' wordt er vaak gewerkt aan weerbaarheid. Een cliënt weerbaarder maken gaat beter op het moment dat een cliënt over meer zelfvertrouwen beschikt. Sensomotorische integratie therapie kan bijdrage aan meer zelfvertrouwen en een beter lichaamsbewustzijn en zou daarom mede een aanvulling zijn op de behandeling van een psychomotorisch therapeut bij kinderen die mishandeld of misbruikt zijn.

Gekeken naar het hoge percentage van seksueel geweld binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg dan kan er vanuit worden gegaan dat er binnen Vanboeijen ook diverse cliënten in behandeling zijn geweest die op een of andere manier te maken hebben gehad met seksueel misbruik of mishandeling op welke manier dan ook. Bij de cliënten die nu een psychomotorische behandeling krijgen wordt er geobserveerd of er mogelijk problemen zijn in de sensomotorische integratie van de cliënt. Reageert hij passend op aanraking in bijvoorbeeld contact sporten als basketbal en voetbal. Ook in stoei & vecht oefenvormen kan geobserveerd worden naar de reactie van de cliënt op aanraking. In de observatie kan er ook geobserveerd worden of de cliënt prikkels opzoekt of juist vermijdt. Wanneer de cliënt ongebruikelijk reageert op prikkels die hij via zijn tastzintuig binnen krijgt, dan kan de psychomotorisch therapeut met de theorie van de sensomotorische therapie er achter komen of er sprake is van een stoornis in de sensomotorische integratie. Het arrangement tijdens de therapie kan hierop worden aangepast.

Hieronder word antwoord gegeven op de vraagstelling, de vraagstelling is:

Op welke manier kan sensomotorische integratie een aanvulling zijn op de psychomotorische therapie behandeling binnen de licht verstandelijk gehandicaptenzorg, bij kinderen van 8 tot 16 jaar die hypo- of hypersensitief zijn door misbruik en/of mishandeling uit het verleden.

Sensomotorische integratie verklaart gedrag vanuit een neurologisch perspectief. De psychomotorisch therapeut heeft hierdoor de mogelijkheid om als het ware door een neurologische bril te kijken. Hierdoor worden de problemen in de sensomotorische integratie voor de psychomotorisch therapeut te herkennen, begrijpen en te verklaren. Ik ben van mening dat inzicht in de sensomotorische integratie van de cliënt belangrijk is voor psychomotorisch therapeuten binnen de verstandelijk gehandicapten zorg omdat er vaak sprake is van een stoornis in de sensomotorische integratie, die soms ontstaan vanuit een trauma uit het verleden zoals misbruik en mishandeling. Doordat de psychomotorisch therapeut kennis heeft over sensomotorische integratie kan hij deze kennis gebruiken bij het signaleren van problemen in de sensomotorische integratie. En kan hij deze kennis gebruiken om passende oefeningen aan te bieden om de sensomotorische integratie te bevorderen waardoor de cliënt in staat is om een passende reactie te geven op prikkels zonder dat de cliënt deze prikkels ervaart als alarmerend of niet of nauwelijks opmerkt. De psychomotorisch therapeut kan door de sensomotorische integratie therapie volgens een andere methode werken aan bijvoorbeeld het zelfvertrouwen en het lichaamsbewustzijn van cliënten.

Hoofdstuk 5: Aanbevelingen

Als ik kijk naar de sensomotorische integratie dat zou ik aanbevelen om een observatie model of checklist te ontwikkelen aan de hand van de signalen van misbruik en mishandeling die gekoppeld kunnen worden aan een stoornis in de sensomotorische integratie. Dit zou waardevol zijn omdat uit onderzoek blijkt dat misbruik en seksueel geweld vaak voorkomt in de verstandelijk gehandicapten zorg. Als er signalen zijn van een sensomotorische integratie stoornis bij een cliënt, dan zou er gekeken moeten worden of er eventueel sprake is van mishandeling of seksueel misbruik. Lang niet alle stoornissen in de sensomotorische integratie komen door mishandeling of seksueel misbruik er kunnen vele oorzaken zijn. Door een observatie model of checklist te ontwikkelen om signalen van misbruik en mishandeling te koppelen aan een stoornis in de sensomotorische integratie zou dit in de praktijk beter toepasbaar worden.

Een stoornis in de sensomotorische integratie kan er ook voor zorgen dat psychische problemen ontstaan. Er kan dan een vicieuze cirkel ontstaan. Dit zou een goed onderwerp kunnen zijn voor een eventuele vervolgstudie. In hoeverre heeft een sensomotorische integratie stoornis invloed op het psychisch functioneren van de cliënt?

De oefeningen om de sensomotorische integratie te bevorderen zijn veelal gemaakt voor en door ergotherapeuten en de fysiotherapeuten. Het ontwikkelen en beschrijven van oefeningen die door een PMT-er gemaakt en gebruikt kunnen worden zou een mooie praktijkopdracht kunnen zijn om de sensomotorische integratie te integreren in de psychomotorische therapie.

Hoofdstuk 6: Discussie

De sensomotorische integratie methode wordt al vele jaren gebruikt binnen de ergotherapie en de fysiotherapie. Uit onderzoek blijkt dat de sensomotorische integratie van kinderen met een verstandelijke beperking verbeterd wordt door de sensomotorische integratie therapie (Wuang et al., 2009) die hoofdzakelijk wordt uitgevoerd door fysiotherapeuten en ergotherapeuten. Veel literatuur is ook geschreven vanuit de visie van een ergotherapeut en/of fysiotherapeut. Over sensomotorische integratie en psychomotorische therapie heb ik geen bruikbare literatuur kunnen vinden voor deze literatuurstudie. In de literatuur zijn lichaams- en gedragssignalen van een sensomotorische integratie stoornis ook beschreven vanuit de observatie van een ergotherapeut en/of fysiotherapeut. Hierdoor is de link naar de psychomotorische therapie moeilijker te leggen.

Als ik kijk naar de hoeveelheid literatuur die ik gevonden heb met betrekking tot sensomotorische integratie dan denk ik dat ik een goed beeld heb gekregen van wat sensomotorische integratie is en wat de problemen zijn die voorkomen als er problemen zijn met de sensomotorische integratie. Mijn vraagstelling is voor mijn gevoel te breed geworden. Waardoor ik onvoldoende tijd en richting had om de specifieke onderdelen verdiepend te onderzoeken. Hiermee doel ik op de onderwerpen die in de vraagstelling staan. Sensomotorische integratie is veel breder dan dat ik van te voren had ingeschat. Ik heb mij verdiept in het tastzintuig maar sensomotorische integratie is veel breder dan alleen het tastzintuig, het gaat over alle zintuigen waarmee je in contact staat met de wereld. Ook over misbruik en mishandeling alleen is al een scriptie te schrijven. Door de grootte van de onderwerpen heb ik niet alle items kunnen onderzoeken, dit kan de validiteit van mijn scriptie beïnvloeden. Ik heb persoonlijk veel van geleerd van deze literatuurstudie en zal de sensomotorische integratie in de toekomst ook gaan implementeren.

Ik ben van mening dat je als psychomotorisch therapeut meer te bieden hebt als je start met een sensomotorische therapie bij kinderen die te maken hebben gehad met seksueel misbruik en mishandeling bij de doelgroep verstandelijk gehandicapten dan een fysiotherapeut of ergotherapeut. Juist omdat de psychomotorisch therapeut ook kennis heeft van psychische problemen die voorkomen bij dergelijke trauma's. Als de cliënt enkel een probleem heeft in de sensomotorische integratie zonder dat er psychische problematiek is. Dan zou ik als psychomotorisch therapeut de cliënt niet behandelen maar hem doorverwijzen naar een fysiotherapeut. Omdat een fysiotherapeut voornamelijk werkt aan het bevorderen van de sensomotorische integratie zodat de lichamelijke vermogens van de cliënt vergroot worden. De kans is groot dat problemen in de sensomotorische integratie toch ook psychische problemen op leveren. De sensomotorische integratie therapie kan als aanvulling dienen op bestaande behandelingen binnen de psychomotorische therapie maar zal niet ingezet kunnen worden als behandeling op zich omdat naast de integratie problemen ook psychische problemen aanwezig kunnen zijn die door middel van andere methodes behandeld moeten worden. De ergotherapeut gebruikt de sensomotorische integratie therapie voor het oplossen van problemen bij dagelijkse activiteiten van cliënten. De ergotherapeut zal de sensomotorische therapie voornamelijk gebruiken om de coördinatie van de cliënt te bevorderen en de cliënt te helpen bij het kunnen plaatsen en herkennen van prikkels doormiddel van bijvoorbeeld tast en druk oefeningen. Als psychomotorisch therapeut zal ik de sensomotorische integratie therapie gebruiken als aanvulling op bestaande behandelmethodes binnen de psychomotorische therapie.

Literatuurlijst

Omschrijving	Referentie	Verwijzing
Boek	American Psychiatric Association. (2010). <i>Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM IV-TR</i> . Pearson.	(APA, 2010)
Brochure	Brekhof, B. (2007) <i>Psychomotorische therapie</i> . Assen	(Brekhof, 2007)
Boek	Douma, J., Bergh, P. van den & Hoekman, J. (1998). <i>Verstandelijke handicap en seksueel misbruik</i> . Rotterdam: Lemniscaat.	(Douma, Van den Bergh & Hoekman, 1998)
Boek	Hekking, P. & Fellingier P. (2011). <i>Psychomotorische therapie een inleiding</i> . Amsterdam: Boom.	(Hekking & Fellingier, 2011)
Beroepsprofiel	Koninklijk Nederlands genootschap voor fysiotherapie. (2005). <i>Het beroepsprofiel van de fysiotherapeut</i> . Amersfoort :De Gans	1 ^{ste} (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, (2005). Volgende verwijzing; (KNGF, 2005)
Beroepsprofiel	Hartingsveldt van M., Logister-Proost, I & Kinébanian, A. (2010). <i>Beroepsprofiel Ergotherapeut</i> . Den Haag: Boom	(Hartingsveldt van, Logister-troost & kinébanian, 2010)
Boek	Kranowitz, C.S. (2005). <i>Uit de pas</i> . Amsterdam: Nieuwezijds.	(Kranowitz, 2005)
Boek	Kranowitz, C.S. (2006). <i>Met plezier uit de pas</i> . Amsterdam: Nieuwezijds.	(Kranowitz, 2007)
Onderzoek	Leiden Attachment Research Program & TNO (2011). <i>De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen</i> . Leiden: Alink, A. IJendoorn van, R. Bakermans-Kranenburg, M. Pannebakker, F. Vogels, T. & Euser, S.	(Leiden Attachment Research Program & TNO, 2011)
Boek	Meuwese, S. & Blaak, M. (2005). <i>Handboek internationaal jeugdrecht</i> . Nijmegen: Ars Acqui Libri.	(Meuwese & Blaak, 2005)
Boek	Morfouace, M. <i>Behandeling van seksueel misbruik van kinderen met een verstandelijke handicap</i> . Lange, J de (red). (2010). <i>Psychomotorische therapie Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ</i> . Amsterdam: Boom.	(Morfouace, M. in J. de Lange (red), 2010)
Boek	Nevid, J.S. Rathus, S.A. & Greene, B. (2008). <i>Psychiatrie een inleiding</i> . Amsterdam: Pearson Education Benelux BV.	(Nevid, Rathus & Greene, 2008)
Beroepsprofiel	Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (2009). <i>Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut</i> . Amsterdam: eigen uitgave.	(NVPMT, 2009)
Boek	Röst, C. & Horowitz, L. (2004). <i>Help, een druk kind!</i> . Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.	(Röst & Horowitz, 2004)
Onderzoeksartikel	Kenniscentrum Rutgers WPF & MOVISIE, Kennis en aanpak van sociale vraagstukken. (2011). <i>Beperkt weerbaar</i> . Utrecht: Berlo van, W. Haas de, S. Oosten van, N. Dijk van, L. Brants, L. Tonnon, S. & Storms, O.	1 ^{ste} (Kenniscentrum Rutgers WPF & MOVISIE, Kennis en aanpak van sociale vraagstukken, 2011) Volgende verwijzing; (Rutgers WPF & MOVISIE, 2011)
Onderzoeksartikel	Wuang, Y. Wang, C., & Huang, M. (2009). <i>Prospective study of the effect of sensory integration, neurodevelopmental treatment, and perceptual-motor therapy on the sensorimotor performance in children with mild mental retardation</i> . American Journal of Occupational Therapy, 63.	1 ^{ste} (Wuang, Wang & Huang, 2009) Volgende verwijzing; (Wuang et al., 2009)
Boek	Wilmore, J. H. & Costill, D.L. (2006). <i>Inspannings- en sportfysiologie</i> . Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.	(Wilmore & Costill, 2006)
Boek	Wolzak, A. (2009). <i>Kindermishandeling: signaleren en handelen: Basisinformatie voor mensen die werken met kinderen</i> . Amsterdam: SWP	(Wolzak, 2009)

Bijlagen

Bijlage 1 Resultatenschema

Hieronder heb ik mijn literatuur inclusief de resultaten in een schema verwerkt:

Literatuur	Resultaten	Algemeen
American Psychiatric Association. (2010). <i>Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM IV-TR</i>. Pearson. Boek.	In de DSM-IV worden zeer veel ziektebeelden en psychiatrische problemen omschreven en welke specifieke kenmerken bij deze problematiek horen. Hierin stond informatie over de definitie van een verstandelijke beperking de definitie is verwerkt in hoofdstuk 2.5.	Diagnostische handleiding voor psychiatrische problematieken
Douma, J., Bergh, P. van den & Hoekman, J. (1998). <i>Verstandelijke handicap en seksueel misbruik</i>. Rotterdam: Lemniscaat. Boek.	In dit boek worden de prevalentie en signalen, van seksueel misbruik binnen de doelgroep verstandelijk gehandicapten beschreven. Een lijst met lichaams- en gedragssignalen van seksueel misbruik zijn te vinden in bijlage 3 van deze scriptie.	Verstandelijke handicap en seksueel misbruik
Hekking, P. & Fellingier P. (2011). <i>Psychomotorische therapie een inleiding</i>. Amsterdam: Boom. Boek.	Dit boek geeft een beknopte inleiding in de psychomotorische therapie. Er is beschreven wat PMT is en hieruit is beschreven welke psychomotorische interventies en strategieën er worden gebruikt tijdens PMT. Deze literatuur heb ik gebruikt om mijn doelgroep beschrijving te verduidelijken.	Psychomotorische therapie
Koninklijk Nederlands genootschap voor fysiotherapie. (2005) <i>Het beroepsprofiel van de fysiotherapeut</i>. Amersfoort: De Gans. Beroepsprofiel.	In het beroepsprofiel wordt omschreven wat het vak van een fysiotherapeut inhoudt en hoe deze wordt gepositioneerd. En aan welke regels en eisen de fysiotherapeut moet voldoen. Deze informatie is gebruikt in hoofdstuk 2.9 om de fysiotherapie behandeling te beschrijven.	Fysiotherapie
Kranowitz, C.S. (2005). <i>Uit de pas</i>. Amsterdam: Nieuwezijds. Boek.	Uit de pas is een boek waarin op een duidelijke manier wordt beschreven wat sensomotorische integratie is en op welke verschillende gebieden je problemen kunt signaleren in de sensomotorische integratie van kinderen. In bijlage 2 van deze scriptie staan lichaams- en gedragssignalen die kunnen voorkomen bij problemen in de sensomotorische integratie.	Sensomotorische integratie
Kranowitz, C.S. (2007). <i>Met plezier uit de pas</i>. Amsterdam: Nieuwezijds. Boek.	Na een korte herhaling van sensomotorische integratie zoals deze al eerder is beschreven in het boek: Uit de pas. Gaat dit boek in op passende en zinvolle oefeningen en behandelingen om de sensomotorische integratie te	Sensomotorische integratie, integratie bevorderende oefeningen.

	bevorderen. Deze oefeningen zijn geschreven vanuit de behandelwijze van een ergotherapeut.	
Leiden Attachment Research Program & TNO (2011). <i>De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen</i>. Leiden: Alink, A. IJzendoorn van, R. Bakermans-Kranenburg, M. Pannebakker, F. Vogels, T. & Euser, S. Onderzoek.	In deze prevalentie studie word gekeken naar hoe vaak kindermishandeling voorkomt. En wat de risicofactoren zijn. Uit de studie blijkt bijvoorbeeld dat kinderen met verstandelijk beperkte ouders procentueel gezien meer kans hebben om mishandeld te worden. kindermishandeling en de daadwerkelijke aantalen van kindermishandeling.	Kindermishandeling
Hartingsveldt van M., Logister-Proost, I. & Kinébanian, A. (2010). <i>Beroepsprofiel Ergotherapeut. Den haag: Boom. Beroepsprofiel</i>.	In het beroepsprofiel wordt omschreven wat het vak van een ergotherapeut inhoud en hoe deze wordt gepositioneerd. En aan welke regels en eisen de ergotherapeut moet voldoen. Deze informatie is gebruikt in hoofdstuk 2.9 om de ergotherapie behandeling te beschrijven.	Ergotherapie
Meuwese, S. & Blaak, M. (2005). <i>Handboek internationaal jeugdrecht</i>. Nijmegen: Ars Acqui Libri. Boek.	In dit boek stond de definitie van kindermishandeling. Deze is gebruikt in hoofdstuk 2.7 van deze scriptie. Verder staan in dit boek alle internationale rechten van kind. Ook wet en regelgeving komen aan de orde.	Internationaal jeugdrecht
Morfouace, M. <i>Behandeling van seksueel misbruik van kinderen met een verstandelijke handicap</i>. Lange, J de (red). (2010). <i>Psychomotorische therapie Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ</i>. Amsterdam: Boom. Boek.	In dit boek word een psychomotorische behandelingsmethode voor seksueel misbruikte kinderen uitgelegd. Dit is bijvoorbeeld: de Horzon-methode in hoofdstuk 2.8 word deze methode verder uitgelegd.	Psychomotorische therapie en behandeling voor seksueel misbruik
Nevid, J.S. Rathus, S.A. & Greene,B. (2008). <i>Psychiatrie een inleiding</i>. Amsterdam: Pearson Education Benelux BV. Boek.	Dit boek geeft inzicht in psychiatrische problematieke en ziektebeelden. In hoofdstuk 6 word een deel geschreven over zwakzinnigheid. Deze beschrijving word in hoofdstuk 2.5 gebruikt voor de beschrijving van de doelgroep die in deze literatuurstudie word gebruikt.	Psychopathologie
Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (2009). <i>Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut</i>. Amsterdam: eigen uitgave. Beroepsprofiel.	In het beroepsprofiel wordt omschreven wat het vak van een psychomotorisch therapeut inhoud en hoe deze wordt gepositioneerd. En aan welke regels en eisen de psychomotorisch therapeut moet voldoen. Deze informatie is gebruikt in hoofdstuk 2.8 om de psychomotorische therapie behandeling te beschrijven.	Beroepsprofiel psychomotorische therapie

Röst, C. & Horowitz, L. (2004). <i>Help, een druk kind!</i>. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg. Boek.	In dit boek word een ontwikkeling van een kind beschreven op het gebied van sensomotorische integratie. Dit met als doel om inzicht te geven in de gedraging van drukke kinderen. Dit boek is ook gebruikt om de sensomotorische therapie te beschrijven, dit is te lezen in hoofdstuk 2.4 van deze literatuurstudie.	Sensomotorische integratie
Kenniscentrum Rutgers WPF & MOVISIE, Kennis en aanpak van sociale vraagstukken. (2011). <i>Beperkt weerbaar</i>. Utrecht: Berlo van, W. Haas de, S. Oosten van, N. Dijk van, L. Brants, L. Tonnon, S. & Storms, O. Onderzoeksartikel.	In dit onderzoeksartikel word onderzoek gedaan naar de kwetsbaarheid van mensen met een beperking. Hoe vaak komt seksueel getint geweld voor bij mensen met een verstandelijke beperking . Dit gebeurde in opdracht van Ministerie van <i>Volksgesondheid, Welzijn en Sport</i> . In hoofdstuk 2.6 van deze literatuurstudie zijn de uitkomsten van dit onderzoek verwerkt om een beeld te geven over hoe vaak seksueel misbruik voorkomt binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg.	Seksueel getint geweld onder mensen met een beperking
Wuang, Y. Wang, C., & Huang, M. (2009). <i>Prospective study of the effect of sensory integration, neurodevelopmental treatment, and perceptual-motor therapy on the sensorimotor performance in children with mild mental retardation</i>. American Journal of Occupational Therapy, 63. Onderzoek	Dit is een quasi-experimentele studie die kijkt naar het effect van sensorische integratie (SI) therapie op kinderen met een lichte verstandelijke beperking. De uitkomst van deze studie is te lezen in hoofdstuk 2.4 van deze scriptie.	Effectiviteit van sensomotorische integratie bij verstandelijk gehandicapten
Wilmore, J. H. & Costill, D.L. (2006). <i>Inspannings- en sportfysiologie</i>. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg. Boek.	In dit boek word de prikkel verwerking neurologisch beschreven. Van de prikkel tot aan de reactie. Dit is te lezen in hoofdstuk 2.1 van deze literatuurstudie.	Neurologische prikkel verwerking
Wolzak, A. (2009). <i>Kindermishandeling: signaleren en handelen: Basisinformatie voor mensen die werken met kinderen</i>. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Boek.	Dit boek gaat in op het signaleren van kinderen die thuis of op andere plaatsen mishandeld worden. In dit boek worden alle vormen van kindermishandeling beschreven inclusief de daarbij horende lichaams- en gedragssignalen.	Kindermishandeling

Bijlage 2 Signaleringslijst sensomotorische integratie problemen

Kenmerken van een tactiele stoornis

De sensorische vermijder met hyperreactiviteit (tactiele defensiviteit) heeft moeite met passieve aanraking (aangeraakt worden). Hij kan bijvoorbeeld:

- Negatief en emotioneel reageren op lichte aanraking en blijk geven van angst, vijandigheid of agressie. Hij kan zich aan lichte aanraking proberen te onttrekken, en onmiddellijk over de aangeraakt plek beginnen te krabben of wrijven. Als zuigeling heeft hij zich wellicht tegen knuffelen verzet.
- Negatief en emotioneel reageren op een mogelijke lichte aanraking. Hij kan een prikkelbare of angstige indruk maken als anderen erg dichtbij komen, bijvoorbeeld als hij in een rij staat.
- Negatief en emotioneel reageren als hij van achter wordt benaderd of als een aanraking buiten zijn gezichtsveld valt, zoals wanneer iemands voet de zijne onder een deken of onder tafel aanraakt.
- Een vecht-of-vlucht-reactie vertonen als zijn gezicht wordt aangeraakt, zoals wanneer hij wordt gewassen.
- Negatief reageren als de haren op zijn lichaam (armen, benen, nek, gezicht, rug, enzovoorts) tegen de richting in worden gestreken. Een bries – zelfs een licht briesje – kan hem al ‘de haren te berge doen rijzen’.
- Een vecht-of-vlucht-reactie vertonen als zijn haar wordt geborsteld, geknipt of gewassen, of als hij een aai over zijn bol krijgt.
- Overstuur raken als het regent, erg waait of als er muggen zijn.
- Overmatig gevoelig voor kietelen zijn.
- Overreageren op een pijntje en bijvoorbeeld geweldig stennis schoppen bij een schaafwondje of een splinter. Hij praat dagen later nog over het gebeurde. Hij kan een hypochonder zijn en op dezelfde manier reageren op andere prikkels, zo kan een regendruppel op zijn huid dezelfde reactie oplopen als een droom.
- Zich hevig verzetten tegen aanraking door een kapper, tandarts, verpleegkundige of kinderarts.
- Gedrag vertonen dat koppig star, inflexibel, dwars, verbaal of fysiek dwingend of anderszins moeilijk is, zonder dat daar een aanleiding voor is, terwijl het in feite een aversieve reactie op tastprikkel is.
- Vriendelijk en hartelijk gebaren afwijzen, vooral als die niet van een ouder of ander vertrouwd persoon afkomstig zijn. Het kind wijst wellicht elke aanraking af, zolang die niet afkomstig is van zijn moeder (of belangrijkste verzorger).
- Afgeleid, onoplettend en onrustig worden als rust en concentratie zijn vereist.
- De voorkeur geven aan een omhelzing boven een kus. Misschien snakt hij naar de diepe aanraking die met een omhelzing gepaard gaat, maar probeert hij de irriterende lichte aanhaling van een kus weg te wijven.
- Zich verzetten tegen het afknippen van zijn nagels.
- Een hekel aan verrassingen hebben.

Dezelfde sensorische vermijder met hyperreactiviteit heeft ook moeite met actieve aanrakingen.**Hij kan:**

- Weigeren zijn tanden te poetsen
- Een moeilijk eter zijn, die aan bepaald texturen de voorkeur geeft, zoals knapperig of juist heel zacht. Het kind kan een hekel hebben aan eten waar onverwachte brikken in zitten, zoals tomatensaus of groentesoep, of aan plakkerig dingen als rijst en glazuur.
- Erg warme of koude gerechten weigeren te eten.
- Geen kussen willen geven.
- Zich tegen baden verzetten of erop staan dat het badwater heel heet of juist heel koud is.
- Zijn handen tot vuisten ballen om tastprikkelers te vermijden
- Overmatig pietluttig zijn en het kleinste vlekje onmiddellijk van zijn handen wassen.
- Niet met blote voeten door gras, zand of water willen lopen.
- Op zijn tenen lopen om zo min mogelijk contact met de grond te maken.
- Moeilijk doen over kleren, zoals stijve nieuwe kleren, ruwe oppervlakken, boordjes, cols, riemen, elastiek in de taille, petten en sjaals.
- Moeilijk doen over schoeisel en zomen van sokken. Soms weigert hij sokken te dragen en hij kan over veters klagen. Hij kan erop staan om zelfs op koude, natte dagen in de winter sandalen te dragen of op warme zomerdagen stevige laarzen.
- Liever korte mouwen en shorts dragen en weigeren een pet of wanten te dragen, zelfs in de winter, om te vermijden dat hij kleren langs zijn huid voelt wrijven.
- Liever lange mouwen en broeken dragen en per se een pet en wanten willen dragen, zelfs al is het zomer, om te voorkomen dat zijn huid aan de buitenlucht wordt blootgesteld.
- Vermijden bepaalde texturen en oppervlakken aan te raken, zoals bepaalde stoffen, dekens, vloerkleden of gezette dieren.
- Voortdurend bepaalde oppervlakken en texturen willen aanraken die geruststellende tastprikkelers opleveren, zoals een lievelingsdekentje.
- Zich onttrekken aan tekenen, biologie, muziek en fysieke activiteiten, om tastprikkelers te vermijden.
- Zich aan spelletjes met zand, vingerverf, plaksel, lijm, modder en klei onttrekken, en bij het vooruitzicht alleen al in tranen uitbarsten.
- Stilstaan of tegen de richting in gaan bij groepsactiviteiten als bewegingspelletjes, en voorduren anderen in de gaten houden.
- Ruw met huisdieren omgaan of het contact helemaal vermijden.
- Altijd met een stok, een speeltje of ander handwapen rondlopen.
- In sociaal acceptabele termen verklaren waarom hij tastprikkelers vermijdt zoals: 'Ik mag van mijn moeder geen vieze handen krijgen', of: 'Ik ben allergisch voor aardappelpuree'.
- Zich aan een groep onttrekken en zich ertegen verzetten om bij andere kinderen thuis te spelen.
- Problemen hebben met het aangaan van een hartelijke relatie met anderen. Omdat hij problemen heeft in sociale situaties, kan hij een eenling worden met weinig vrienden.

De sensorische negeerder met hyporeactiviteit kan atypische reacties op passieve en actieve aanraking vertonen. Het kind kan:

- Aanraking niet opmerken, tenzij deze heel heftig is.
- Niet in de gaten hebben dat hij viezigheid op zijn gezicht heeft, met name rond zijn mond en neus, zoals kruimels rond zijn mond of een loopneus.
- Niet merken dat zijn haar in de war is of dat er zand in zit.
- Niet opmerken dat zijn kleren slordig zitten of dat zijn mouwen of sokken nat zijn.
- Geen hitte of kou opmerken of verandering in temperatuur binnen of buiten; vaak houdt hij zijn jas aan, ook als is hij aan het zweten of hij trekt geen jas aan terwijl hij rilt van de kou.
- Weinig reactie vertonen bij pijn van schaafwonden, blauwe plekken of snijwondjes, en misschien zelfs wel een gebroken vinger of sleutelbeen negeren.
- Niet klagen over scherpe steentjes, het hete zand of een pijnlijke teen als hij op blote voeten loopt.
- Niet reageren op pittig, gepeperd, zuur of heet eten, of dat soort eten juist erg lekker vinden.
- Er niets van merken als het waait, regent of als er veel muggen zijn.
- Niet beseffen dat hij iets heeft laten vallen.
- Niet van zijn plaats komen als er op hem geleund of tegen hem aangeduwd wordt.
- Geen aanvechting hebben om speelgoed en materialen aan te raken en te verkennen die andere kinderen juist aantrekkelijk vinden.
- Intensieve tastprikkel nodig hebben om bij de wereld om hem heen betrokken te raken, maar er niet actief op uit zijn.
- Huisdieren of speelgenootjes pijn doen tijdens spelletjes, zonder dat hij daar spijt van lijkt te hebben, en niet in staat zijn om de pijn van anderen te begrijpen.

De prikkelzoeker die sensorische prikkels opzoekt, heeft zowel passief als actief extra testprikkel nodig. Het kind kan:

- Enorm vragen gekieteld of over zijn rug gewreven te worden.
- Van getril houden of andere bewegingen die een sterke sensorische terugkoppeling opleveren.
- Behoeftte hebben om alles in zijn onmiddellijk omgeving aan te raken, door bijvoorbeeld tegen anderen aan te botsen en zijn handen langs meubilair en muren te halen. Het kind moet dingen aanraken waarvan andere kinderen weten dat die nog niet mogen worden aangeraakt.
- Met bepaalde texturen over armen en benen wrijven om een lichte tastinput te krijgen.
- Een overmatige neiging hebben om over zijn eigen huid te wrijven of er zelfs in te bijten.
- Voorduren zijn haar rond zijn vingers draaien.
- Vaak zijn schoenen en sokken uitdoen.
- Een ononderdrukbare neiging lijken te hebben om blootsvoets over oppervlakken te lopen die andere mensen onaangenaam of pijnlijk vinden.
- Bepaalde ervaringen opzoeken waarbij hij vies wordt, en dat vaak voor lange periodes.
- Het voorkeur geven aan hoge of juiste extra lage temperatuur voor zijn kamer of het badwater.
- Een hoge tolerantie hebben voor benauwd zomerweer of ijzige winterkou.
- Op zijn eten aanvallen en zijn mond volproppen.
- De voorkeur geven aan heet, ijskoud, extra pittig of juist mierzoet voedsel
- Zijn mond gebruiken om voorwerpen te onderzoeken, zelfs als hij ouder dan twee is. (De mond levert heftigere informatie op dan de handen).
- Heel erg dicht op andere gaan staan, en ze vaak aanraken, zelfs als die aanrakingen niet welkom zijn.

Het kind dat moeite heeft met tactiele discriminatie, kan:

- Een gebrekkig lichaamsbewustzijn hebben en niet weten waar zijn lichaamsdelen zich bevinden en hoe ze met elkaar in verband staan. Hij kan de indruk wekken geen voeling met zijn handen, voeten en andere lichaamsdelen te hebben, alsof het onbekende aanhangsels zijn.
- Moeite hebben om zonder te kijken te bepalen welk lichaamsdeel wordt aangeraakt.
- Moeite hebben om zijn armen en handen, benen en voeten in de juiste stand te houden om zich te kunnen aankleden.
- Niet in staat zijn om alleen met aanraken vertrouwde voorwerpen te herkennen, en extra informatie nodig hebben van bijvoorbeeld zijn ogen om voorwerpen uit zijn zak, een doos of een bureau te kunnen pakken
- Geen onderscheid kunnen maken tussen vergelijkbare voorwerpen die hij gebruikt, zoals een krijtje en een markeerstift.
- Er slonzig uitzien met zijn schoenen verkeerd om, afzakkende sokken, losse veters, gedraaide broeken en niet ingestopt hemd.
- Actieve tastervaringen proberen te vermijden, zoals het oppakken van speelgoed, materialen en gereedschappen die anderen aantrekkelijk vinden.
- Moeite hebben met onderscheiden van fysiek eigenschappen van voorwerpen, zoals hun textuur, vorm, afmeting, temperatuur of dichtheid.
- Bang in het donker zijn.
- Liever staan dan zitten, om te maken dat hij visuele controle over zijn omgeving houdt.
- In de klas de pias uithangen.
- Een beperkt voorstellingsvermogen hebben.
- Een beperkte woordenschat hebben vanwege zijn gebrek aan ervaring met tastprikkelers.

Het kind met dyspraxie kan:

- Problemen hebben met het bedenken, organiseren en uitvoeren van activiteiten die een opeenvolging van bewegingen vereisen, zoals knippen, plakken, kleuren, het bijeen brengen van stukjes voor een collage of de ingrediënten voor een recept, nagellak opbrengen, enzovoort. Zowel nieuwe als bekende activiteiten kunnen problemen opleveren.
- Een gebrekkige grofmotorische controle hebben bij hardlopen, klimmen en springen.
- Een gebrekkige oog-handcoördinatie hebben.
- Visuele signalen nodig hebben om bepaalde motorische taken uit te voeren die andere kinderen blindelings kunnen doen, zoals het dichtritsen, knopen en losknopen van kledingstukken.
- Handschoenen en sokken op een ongebruikelijke manier aantrekken.
- Een gebrekkige fijnmotorische controle over zijn vingers hebben voor het uitvoeren van fijnere manuele taken zoals het vasthouden en gebruiken van eetgerei en dingen die in de klas worden gebruikt, zoals krijtjes, scharen, nietmachines en perforators.
- Worstelen met schrijven, tekenen, het invullen van werkbladen enzovoort.
- Een gebrekkige fijnmotorische controle over zijn tenen hebben, voor het blootsvoets of met slippers lopen.
- Een gebrekkige fijnmotorische controle hebben over zijn mondspieren voor zuigen, slikken, kauwen en spreken.
- Een slordige eter zijn.
- Weinig zelfredzaam zijn en niet op eigen kracht van start gaan, maar iemand anders nodig hebben om op gang te komen.

Bron : (Kranowitz, 2005).

Bijlage 3 Signaleringslijst kindermishandeling en misbruik .

Signalen van mishandeling bij kinderen van 0-4 jaar

Lichamelijk welzijn

- blauwe plekken, brandwonden, botbreuken, snij-, krab- en bijtwonden
- groeiachterstand
- voedingsproblemen
- ernstige luieruitslag
- slecht onderhouden gebit
- kind stinkt, heeft regelmatig smerige kleren aan
- oververmoeid
- vaak ziek
- ziektes herstellen slecht
- kind is hongerig
- achterblijvende motoriek
- niet zindelijk op een leeftijd dat het hoort

Gedrag van het kind

- weinig spontaan
- passief, lusteloos, weinig interesse in spel
- apathisch, toont geen gevoelens of pijn
- in zichzelf gekeerd, leeft in fantasiewereld
- labiel
- erg nerveus
- hyperactief
- negatief zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen, faalangst
- negatief lichaamsbeeld
- agressief, vernielzuchtig

Tegenover andere kinderen

- agressief
- speelt weinig met andere kinderen
- wantrouwend
- niet geliefd bij andere kinderen

Tegenover ouders

- angstig, schrikachtig, waakzaam
- meegaand, volgzaam
- gedraagt zich in het bijzijn van ouders anders dan zonder ouders

Tegenover andere volwassenen

- angst om zich uit te kleden
- angst voor lichamelijk onderzoek
- verstijft bij lichamelijk contact
- angstig, schrikachtig, waakzaam
- meegaand, volgzaam
- agressief
- overdreven aanhankelijk
- wantrouwend

- vermijdt oogcontact

Overig

- plotselinge gedragsverandering
- gedraagt zich niet naar zijn leeftijd
- taal- en spraakstoornissen

Gedrag van de ouder

- onverschillig over het welzijn van het kind
- laat zich regelmatig negatief uit over het kind
- troost het kind niet
- geeft aan het niet meer aan te kunnen
- is verslaafd
- is ernstig (psychisch) ziek
- kleedt het kind te warm of te koud aan
- zegt regelmatig afspraken af
- vergeet preventieve inentingen
- houdt het kind vaak thuis van school
- heeft irreële verwachtingen van het kind
- zet het kind onder druk om te presteren

Gezinssituatie

- samengaan van stressvolle omstandigheden, zoals slechte huisvesting, financiële problemen en - relatieproblemen
- sociaal isolement
- alleenstaand ouder
- partnermishandeling
- gezin verhuist regelmatig
- slechte algehele hygiëne

Signalen specifiek voor seksueel misbruik bij kinderen van 0-4 jaar

Lichamelijk welzijn

- verwondingen aan de geslachtsorganen
- vaginale infecties en afscheiding
- jeuk bij vagina of anus
- pijn in bovenbenen
- pijn bij lopen of zitten
- problemen bij het plassen
- urineweginfecties
- seksueel overdraagbare aandoeningen

Gedrag van het kind

- drukt benen tegen elkaar bij lopen op oppakken
- afkeer van lichamelijk contact
- maakt afwezige indruk bij lichamelijk onderzoek
- extreem seksueel gekleurd gedrag en taalgebruik

Signalen van mishandeling bij kinderen van 4-12 jaar**Lichamelijk welzijn**

- blauwe plekken, brandwonden, botbreuken, snij-, krab- en bijtwonden
- groeiachterstand
- te dik
- slecht onderhouden gebit
- regelmatig buikpijn, hoofdpijn of flauwvallen
- kind stinkt, heeft regelmatig smerige kleren aan
- oververmoeid
- vaak ziek
- ziektes herstellen slecht
- kind is hongerig
- eetstoornissen
- achterblijvende motoriek
- niet zindelijk op een leeftijd dat het hoort

Gedrag van het kind

- timide, depressief
- weinig spontaan
- passief, lusteloos, weinig interesse in spel
- apathisch, toont geen gevoelens of pijn
- in zichzelf gekeerd, leeft in fantasiewereld
- labiel
- erg nerveus
- hyperactief
- negatief zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen, faalangst
- negatief lichaamsbeeld
- agressief, vernielzuchtig
- overmatige masturbatie

Tegenover andere kinderen

- agressief
- speelt weinig met andere kinderen
- wantrouwend
- niet geliefd bij andere kinderen

Tegenover ouders

- angstig, schrikachtig, waakzaam
- meegaand, volgzaam
- gedraagt zich in het bijzijn van ouders anders dan zonder ouders

Tegenover andere volwassenen

- angst om zich uit te kleden
- angst voor lichamelijk onderzoek
- verstijft bij lichamelijk contact
- angstig, schrikachtig, waakzaam
- meegaand, volgzaam
- agressief
- overdreven aanhankelijk

- wantrouwend
- vermijdt oogcontact

Overig

- plotselinge gedragsverandering
- gedraagt zich niet naar zijn leeftijd
- slechte leerprestaties
- rondhangen na schooltijd
- taal- en spraakstoornissen

Gedrag van de ouder

- onverschillig over het welzijn van het kind
- laat zich regelmatig negatief uit over het kind
- troost het kind niet
- geeft aan het niet meer aan te kunnen
- is verslaafd
- is ernstig (psychisch) ziek
- kleedt het kind te warm of te koud aan
- zegt regelmatig afspraken af
- vergeet preventieve inentingen
- houdt het kind vaak thuis van school
- heeft irreële verwachtingen van het kind
- zet het kind onder druk om te presteren

Gezinssituatie

- samengaan van stressvolle omstandigheden, zoals slechte huisvesting, financiële problemen en relatieproblemen
- sociaal isolement
- alleenstaande ouder
- partnermishandeling
- gezin verhuist regelmatig
- slechte algehele hygiëne

Signalen specifiek voor seksueel misbruik bij kinderen van 4-12 jaar

Lichamelijk welzijn

- verwondingen aan de geslachtsorganen
- vaginale infecties en afscheiding
- jeuk bij vagina of anus
- pijn in bovenbenen
- pijn bij lopen of zitten
- problemen bij het plassen
- urineweginfecties
- seksueel overdraagbare aandoeningen

Gedrag van het kind

- drukt benen tegen elkaar bij lopen op oppakken
- afkeer van lichamelijk contact
- maakt afwezige indruk bij lichamelijk onderzoek
- extreem seksueel gekleurd gedrag en taalgebruik
- zoekt seksuele toenadering tot volwassenen

Signalen van mishandeling bij jongeren van 12-18 jaar**Lichamelijk welzijn**

- blauwe plekken, brandwonden, botbreuken, snij-, krab- en bijtwonden
- te dik
- slecht onderhouden gebit
- regelmatig buikpijn, hoofdpijn of flauwvallen
- stinkt, heeft regelmatig smerige kleren aan
- oververmoeid
- vaak ziek
- ziektes herstellen slecht
- hongerig
- eetstoornissen
- achterblijvende motoriek

Gedrag van de jongere

- timide, depressief
- weinig spontaan
- passief, lusteloos
- apathisch, toont geen gevoelens of pijn
- in zichzelf gekeerd, leeft in fantasiewereld
- labiel
- erg nerveus
- hyperactief
- negatief zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen, faalangst
- negatief lichaamsbeeld
- agressief, vernielzuchtig
- overmatige masturbatie

Tegenover andere jongeren

- agressief
- gaat weinig om met andere jongeren
- vluchtige vriendschappen
- wantrouwend
- niet geliefd bij andere jongeren

Tegenover ouders

- angstig, schrikachtig, waakzaam
- meegaand, volgzaam
- gedraagt zich in het bijzijn van ouders anders dan zonder ouders
- agressief

Tegenover andere volwassenen

- angst om zich uit te kleden
- angst voor lichamelijk onderzoek
- verstijft bij lichamelijk contact
- angstig, schrikachtig, waakzaam
- meegaand, volgzaam
- agressief
- overdreven aanhankelijk

- wantrouwend
- vermijdt oogcontact

Overig

- plotselinge gedragsverandering
- gedraagt zich niet naar zijn leeftijd
- slechte leerprestaties
- rondhangen na schooltijd
- taal- en spraakstoornissen
- alcohol- en drugsmisbruik
- weglopen
- crimineel gedrag

Gedrag van de ouder

- onverschillig over het welzijn van zijn/haar kind
- laat zich regelmatig negatief uit over zijn/haar kind
- troost zijn/haar kind niet
- geeft aan het niet meer aan te kunnen
- is verslaafd
- is ernstig (psychisch) ziek
- zegt regelmatig afspraken af
- vergeet preventieve inentingen
- houdt zijn/haar kind vaak thuis van school
- heeft irreële verwachtingen van zijn/haar kind
- zet zijn/haar kind onder druk om te presteren

Gezinssituatie

- samengaan van stressvolle omstandigheden, zoals slechte huisvesting, financiële problemen en relatieproblemen
- sociaal isolement
- alleenstaande ouder
- partnermishandeling
- gezin verhuist regelmatig
- slechte algehele hygiëne

Signalen specifiek voor seksueel misbruik bij jongeren van 12-18 jaar

Lichamelijk welzijn

- verwondingen aan de geslachtsorganen
- vaginale infecties en afscheiding
- jeuk bij vagina of anus
- pijn in bovenbenen
- pijn bij lopen of zitten
- problemen bij het plassen
- urineweginfecties
- seksueel overdraagbare aandoeningen
- (angst voor) zwangerschap

Gedrag van het kind

- drukt benen tegen elkaar bij lopen
- afkeer van lichamelijk contact
- maakt afwezige indruk bij lichamelijk onderzoek
- extreem seksueel gekleurd gedrag en taalgebruik
- veel wisselende seksuele contacten met leeftijdsgenoten
- zoekt seksuele toenadering tot volwassenen
- prostitutie

Bron: (Wolzak, 2009)

Bijlage 4 Signaleringslijst seksueel misbruik.

Inhoudelijke verwijzende (klinische) signalen:

1. verwondingen, zwellingen, bloeditstoringen aan of rond de genitaliën
2. verwondingen, bloeditstoringen aan borsten, billen, onderbuik of (binnenzijde van) bovenbenen
3. Vreemde voorwerpen in genitale, rectale of urethrale openingen
4. Abnormale verwijdingen van urethrale, vaginale of rectale openingen
5. Sperma in de vagina (met name op jonge leeftijd) of het rectum
6. Ziekten die door seksueel contact (kunnen worden overgebracht: geslachtsziekten, herpes, aids, candida, trichomonas (met name op jonge leeftijd)
7. Zwangerschappen, met name op jonge leeftijd
8. Veelvuldige blaasontstekingen
9. Urineweg infecties
10. Vaginale infecties en afscheiding
11. (Bloed) vlekken op kleding

Inhoudelijk verwijzende psychosomatische gedragssignalen:

1. Pijn in de onderbuik
2. Pijn in de bovenbenen

Inhoudelijke verwijzende gedragssignalen:

1. Zinspelingen op seksuele activiteiten
2. Herhaaldelijke en niet bij de leeftijd/ontwikkeling/verstandelijk vermogens passende spelletje met leeftijdsgenoten, speelgoed of zichzelf
3. Excessieve masturbatie
4. Seksueel agressief gedrag ten opzichte van anderen
5. Gedetailleerd en niet bij de leeftijd/ontwikkeling/verstandelijke vermogens passende kennis van seksueel gedrag (speciaal bij jonge kinderen en verstandelijk gehandicapten)
6. Excessieve belangstelling voor seksuele zaken
7. Sterk seksueel wervend gedrag ten opzichte van mannen of volwassenen in het algemeen als belangrijkste vorm van contact maken
8. Veel losse seksuele contacten (promiscuïteit)
9. Herhaaldelijk slachtoffer zijn van (seksueel) geweld
10. Buitengewone angst voor mannen (in het geval van een mannelijke pleger)
11. Angst voor aanraken/lichamelijk contact
12. Zichzelf vies vinden (ruiken)
13. Niet ruiken zoals kleine kinderen ruiken (alleen bij jonge kinderen)
14. Negatief lichaamsbeeld (speciaal bij jonge kinderen)
15. Stijf of niet durven bewegen (speciaal bij jonge kinderen)
16. Niet durven uitkleden
17. Niet op de rug durven liggen, speciaal bij jonge kinderen
18. Op de buik willen slapen
19. Hevige schrik bij het aanraken van de bovenbenen, billen en buik
20. Boos zijn op of zich schamen voor hun lichaam
21. Vertonen geen spontaan bewegingsspel
22. Spreiden hun benen niet bij het optillen of afspringen
23. Tijdens het lopen worden de billen en bovenbenen stijf tegen elkaar gehouden
24. Jongentjes hebben een te grote kennis over seksualiteit
25. Jongentjes laten vaak hun geslachtsdelen zien
26. Jongetjes zoeken (in tegenstelling tot meisjes) abnormaal vaak lichamelijk contact

27. Niet passende kleding stijl
28. Gevoelens van vernedering
29. Kwaadheid
30. Angst voor seks
31. Angst voor het verwisselen van een luier bij jonge kinderen (0-2 jaar)
32. Angst of paniek reactie bij het aanraken van de genitaliën of anus, waarbij geen andere, voor de hand liggende, verklaring aanwezig is
33. Masturbatie met (speelgoed) objecten in de vagina of het rectum
34. Het uitspelen van orale seks, anale en vaginale geslachtsgemeenschap of van wederzijdse masturbatie
35. Veel losse seksuele contacten

Specifieke signalen:

Deze signalen verwijzen naar niet-kinderlijke ervaringen met seksualiteit. De komen vaak voor bij seksueel misbruikte kinderen. Deze moeten, zeker in combinatie, aanleiding geven tot een vermoeden van seksueel misbruik.

Specifieke (psycho)somatische signalen:

1. Pseudo-volwassen gedrag
2. Negatief zelfbeeld (gevoelens van minderwaardigheid)
3. Schuld- en schaamtegevoelens
4. Splitsing van gevoel en verstand
5. Niet durven genieten
6. Gebrek aan vertrouwen, met name ten opzichte van mensen die voor het kind belangrijk zijn
7. Niet deelnemen aan school- en sociale activiteiten
8. Plotselinge terugval in schoolprestaties
9. Van huis weglopen
10. Depressie(ve gevoelens)
11. Zelfverwonding
12. Zelfmoordgevoelens en zelfmoord(pogingen)
13. Prostitutie
14. Mishandelen/martelen van andere kinderen/mensen of dieren
15. Sterke afhankelijkheid van het slachtoffer ten opzichte van de pleger
16. Slachtoffer is bang, gespannen, wanneer een specifieke medewerker dienst heeft, of telkens wanneer hij/zij met een specifieke medewerker te maken krijgt, bijvoorbeeld taxichauffeur, fysiotherapeut.

Algemene signalen**Algemene (psycho)somatische signalen:**

1. Slaapproblemen (slapeloosheid, nachtmerries)
2. Ademhalingsproblemen (hoge, benauwde ademhaling, luchthappen, hyperventilatie (met o.a. tintelen en kramp in de handen), astma)
3. Acute hysterische symptomen (bijv. verlamming, gevoelloosheid, niet kunnen praten, zien of horen)
4. Hoofdpijn
5. Blaas- en/of urinewegproblemen
6. Huidaandoeningen (eczeem, jeuk, haaruitval)
7. Hernia
8. Eetproblemen (te veel/te weinig eten)
9. Problemen met plassen, met ontlasting, bedplassen, broekpoepen.
10. Houderige motoriek en geen plezier in bewegen
11. Braken, hoofdpijn, buikpijn

Algemene gedragssignalen:

1. Extreem meegaand gedrag
2. Acting-out, agressief gedrag
3. Angsten en fobieën
4. Zindelijkheidsproblemen (enuresis en encopresis)
5. Kleverig gedrag
6. Regressief gedrag
7. Plotselinge veranderingen in interpersoonlijke relaties
8. Sterke en/of snelle stemmingsveranderingen
9. Teruggetrokkenheid
10. Hyperactiviteit
11. Spraakproblemen en taalverwervingsstoornissen
12. Concentratieproblemen op school
13. Spijbelen
14. Vroeg op school komen en laat weggaan en weinig of nooit aanwezig zijn
15. Weinig of slechte relaties met leeftijdsgenoten of onvermogen om vrienden te maken
16. Over grote hoeveelheden geld en/of speelgoed beschikken
17. Verslaving (bijv. aan alcohol, drugs, t.v. kijken)
18. Zeer veel problemen tijdens adolescentie
19. Seksuele problemen
20. Huwelijk (of gaan samenwonen) op jonge leeftijd
21. Gevoelig voor macht
22. Delinquent gedrag
23. Spelen niet graag met andere kinderen en zijn ook niet erg verliefd
24. Misbruikte jongetjes hebben vaker ongelukjes dan niet-misbruikte jongetjes
25. Het kind past zich te veel aan aan de behoefte van de ouders, bij incest
26. Het kind vertoont extremen in gedrag, van stil tot agressief

Bron: (Douma, Van den Bergh & Hoekman, 1998)