

**Positieve gedragsbeïnvloeding binnen het thema afstand en nabijheid
in de psychomotorische therapie bij kinderen met een onveilige
gehechtheidsrelatie en licht verstandelijke handicap**

See me,
Feel me,
Hear me,
Help me!

**Scriptie bij de opleiding
Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie**

Door: Sabine Devogel, 23 december 2008

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie, waar ik met veel plezier aan heb gewerkt en die ik gemaakt heb naar aanleiding van de verdiepende stage in het vierde jaar van de opleiding Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie.

Voordat u verder leest in deze scriptie, wil ik graag de ruimte nemen om enkele mensen te bedanken. Allereerst wil ik Marion Jongerius bedanken voor de manier van werken binnen de psychomotorische therapie, namelijk het afstemmen en intunen op de cliënt, waarmee zij mij heeft laten kennismaken en waardoor ik erg gefascineerd ben geraakt. Veel geleerd heb ik vanuit de praktijksituaties en de goede gesprekken die we over dit onderwerp hebben gehad.

Daarnaast wil ik Amanda Hanemaaijer bedanken voor de ruimte die ze tijdens mijn stage heeft gegeven om te oefenen met het op de juiste wijze afstemmen op de cliënt. Hierdoor heb ik goede werkrelaties met de cliënten kunnen opbouwen. Dit vond ik prettig en heb dit enorm gewaardeerd.

Ook wil ik Annelee Mataheru bedanken voor haar hulp bij al mijn vragen. Ik vond het fijn dat ik met al mijn vragen rondom het tot stand komen van deze scriptie bij haar terecht kon.

Sabine Devogel,
Raamsdonksveer, 23 december 2008

Inhoudsopgave

Inleiding	Blz.	04
Verantwoording vraagstelling	Blz.	05
<i>Hoe kun je als psychomotorisch therapeut, in de behandeling van licht verstandelijk gehandicapte kinderen van 11 t/m 15 jaar met een onveilige gehechtheidsrelatie binnen een klinische setting, het gedrag bij het thema afstand en nabijheid positief beïnvloeden?</i>		
1. Hechttingsprobleem	Blz.	06
1.1 Hechting		06
1.2 De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie		07
1.3 Typen gehechtheidsrelaties		08
1.4 Kenmerken van een LVG-kind met een onveilige gehechtheidsrelatie		08
2. Onveilige gehechtheid bij licht verstandelijke gehandicapten (LVG)	Blz.	09
2.1 Wat is een licht verstandelijke handicap?		09
2.2 Het functioneren van LVG-kinderen		09
2.3 Onveilige gehechtheid bij LVG-kinderen		10
2.4 LVG-kinderen en Psychomotorische therapie		10
3. Afstand en nabijheid	Blz.	12
3.1 Wat is afstand en nabijheid?		12
3.2 Hoe zie je afstand en nabijheid terug binnen PMT?		12
3.3 Hoe ga je hier als therapeut mee om?		12
4. Therapie; de theorie en de praktijk	Blz.	13
4.1 Therapie, onveilige gehechtheidsrelatie en een licht verstandelijke handicap		13
4.2 Theoretische kaders		13
4.3 Therapeutische attitudes bij een LVG-kind met een onveilige gehechtheidsrelatie		14
4.4 Hoe wordt er binnen PMT gewerkt met LVG-kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie?		15
5. Casus	Blz.	16
5.1 Achtergrondinformatie bij de start van de PMT		16
5.2 Informatie over de PMT		16
5.3 Behaalde resultaten binnen de PMT		16
6. Conclusie	Blz.	19
7. Nawoord	Blz.	22
8. Literatuurlijst	Blz.	23
9. Bijlagen	Blz.	25
9.1 Behoeftehiërarchie van Maslow		25
9.2 Hanteren van tegenoverdracht		25

Inleiding

De titel van deze scriptie luidt: “see me, feel me, hear me, help me!”. Deze titel wijst terug op het onderwerp van mijn scriptie, namelijk positieve gedragsbeïnvloeding binnen het thema afstand en nabijheid.

“See me” duidt op het gezien willen worden, “feel me” duidt op (aan)gevoeld willen worden (niet zozeer fysiek alswel mentaal), “hear me” duidt op gehoord willen worden. Deze aspecten samen maken de hulpvraag/hulpkreet; “help me”.

Belangrijk, maar tegelijkertijd ook heel moeilijk, is het opbouwen van een band tussen therapeut en kind met een onveilige gehechtheidsrelatie. Een band die aanwezig moet zijn tussen de therapeut en cliënt, wil men over kunnen gaan tot een behandeling door middel van positieve gedragsbeïnvloeding binnen het thema afstand en nabijheid.

In deze inleiding wil ik een korte weergave geven over de opbouw van de scriptie waarin de volgende vraagstelling aan de basis ligt:

“Hoe kun je als psychomotorisch therapeut, in de behandeling van licht verstandelijk gehandicapte kinderen van 11 t/m 15 jaar met een onveilige gehechtheidsrelatie binnen een klinische setting, het gedrag bij het thema afstand en nabijheid positief beïnvloeden?”

Het eerste hoofdstuk van deze scriptie gaat over hechtingsstoornissen. Allereerst sta ik stil bij een hechting, de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie en vervolgens behandel ik welke typen gehechtheidsrelaties er zijn.

In het tweede hoofdstuk komt de licht verstandelijke handicap aan bod. Bekeken wordt hoe een licht verstandelijke handicap wordt gedefinieerd en hoe kinderen met een licht verstandelijke handicap functioneren. Ook sta ik stil bij de invloed die een licht verstandelijke handicap kan hebben op het ontstaan van een onveilige gehechtheidsrelatie en wat de psychomotorische therapie kan betekenen bij kinderen met een licht verstandelijke handicap. Vervolgens verdiep ik mij in de theoretische kaders die aan deze behandeling ten grondslag liggen en de therapeutische attitude die hieruit voortvloeit.

In het derde hoofdstuk wordt de afstand en nabijheid belicht, tevens aan de hand van korte situatieschetsen waarin dit gedrag bij cliënten terug is te zien binnen de psychomotorische therapie en hoe je hier als therapeut mee om kan gaan.

In het vierde hoofdstuk wordt de koppeling gemaakt tussen de theorie en de praktijk.

Na vier hoofdzakelijk theoretische hoofdstukken, komt in hoofdstuk vijf een casus aan bod over een cliënt met een onveilige gehechtheidsrelatie en licht verstandelijke handicap die tijdens mijn stage aan bod is gekomen.

Als laatste volgt de conclusie. Hierin wordt een antwoord gegeven op de vraagstelling die in deze scriptie centraal staat.

Voor de leesbaarheid wordt in deze scriptie enkel over personen in de mannelijke vorm gesproken. Wanneer er hij, zijn of hem staat kan ook zij of haar gelezen worden. Tevens elke keer als ik schrijf over ouder of ouders, kan ook verzorger of verzorgers gelezen worden. Hierbij realiseer ik mij terdege dat sommige kinderen niet meer thuis wonen en dat dit consequenties kan hebben voor de hechting in verband met veel wisselende verzorgers.

Veel plezier bij het lezen van deze scriptie

Verantwoording vraagstelling

De vraagstelling die in deze scriptie centraal staat is de volgende;

Hoe kun je als psychomotorisch therapeut, in de behandeling van licht verstandelijk gehandicapte kinderen van 11 t/m 15 jaar met een onveilige gehechtheidsrelatie binnen een klinische setting, het gedrag bij het thema afstand en nabijheid positief beïnvloeden?

Mijn stage in het vierde jaar van de opleiding Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie is geweest bij Stichting Zuidwester, locatie Spijkenisse en Breda. Zuidwester richt zich op het vergroten van het persoonlijke welzijn van mensen met een verstandelijke beperking en op jongeren met sociale en gedragsproblematiek. Zuidwester biedt cliënten op respectvolle wijze zorg, ondersteuning, begeleiding en behandeling binnen een veilige omgeving.

In mijn stage kwamen voornamelijk cliënten met een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen of psychische problematiek aan bod. Vanaf het begin van mijn stage ben ik aanwezig en later actief geweest binnen de psychomotorische therapie van een cliënt met een onveilige gehechtheidsrelatie en een licht verstandelijke handicap. Binnen de behandeling werd gewerkt met interventies gericht op lichaamservaring evenals interventies gericht op het handelen in bewegingssituaties. Er werd altijd gestart met een lichaamsgerichte activiteit. Bij deze lichaamservaring werd de cliënt aangeraakt bij zijn voeten. Deze keuze komt vanuit eerdere ervaringen die de cliënt heeft met Shantala-massages. Door zijn voeten vast te pakken kon de cliënt letterlijk geen kant uit, wat hem rust gaf. Door druk uit te oefenen op zijn voeten lukte het hem beter om, tijdens het werken binnen de therapie, contact te maken met de grond. Tijdens en na deze lichaamsgerichte start was de cliënt rustig, beter in contact met de therapeut(en) en zichzelf dan wanneer deze lichaamsgerichte start niet plaatsvond. De aanraking bracht bepaalde effecten tot stand en ging mij interesseren voor het onderwerp afstand en nabijheid bij de problematiek van een onveilige gehechtheidsrelatie.

In mijn vraagstelling vraag ik mij dan ook af hoe je als psychomotorisch therapeut het gedrag van een cliënt met een onveilige gehechtheidsrelatie positief kunt beïnvloeden binnen het thema afstand en nabijheid. Gekozen is er voor het positief beïnvloeden van het gedrag binnen dit thema omdat de verhouding tussen afstand en nabijheid binnen een onveilige gehechtheidsrelatie verstoord is.

In mijn scriptie wordt er uit gegaan van LVG-kinderen van 11 t/m 15 jaar die in de concreet-operationele fase zitten. In deze fase kan het kind op een objectieve manier volgens algemeen geldende principes de werkelijkheid ordenen en organiseren (Rooijendijk, e.a., 2006).

Vanuit de praktijkervaring binnen mijn stage, is er veel ervaring opgedaan wat afstand en nabijheid is en wat het kan betekenen voor een kind met een onveilige gehechtheidsrelatie en licht verstandelijke handicap. Aan de hand van de bovenstaande vraagstelling zal ik, door middel van literatuur, theorieën en een casus, beschrijven tot wat voor inzicht er is gekomen.

1. Hechtingsprobleem

1.1 Hechting

De Engelse psychiater John Bowlby, grondlegger van de gehechtheidstheorie, benadrukte het belang van interactie tussen moeder en kind om een goede hechting tot stand te laten komen.

Bowlby (van IJzendoorn, 1994) geloofde dat met name een sensitieve houding van de moeder voor de signalen van het kind zorgde voor de totstandkoming van een veilige hechting, zie figuur 1. Een kind voelt zich veilig wanneer het weet dat het bij de ouder terecht kan voor zorg en aandacht. Dit gevoel van “zich veilig voelen” begint al in de baarmoeder. Positieve gevoelens bij een kind ontstaan bijvoorbeeld wanneer de moeder het “leven” gaat voelen en haar buik affectief aanraakt. In deze fase begint de wisselwerking tussen de ouder en het kind (Veldman, 1985). Na de geboorte van het kind, in de eerste maanden, staat verzorging en koestering centraal, waarbij lichamelijk contact essentieel is. Een baby wordt gedragen, gewiegd, vastgehouden, vindt het prettig om geknuffeld te worden en om de borst of de fles te krijgen. Er is een lichamelijke behoefte, waar via het lichaam antwoord op wordt gegeven om te komen tot een veilige hechting.

In het proces van hechten speelt zowel de ouder als de baby een rol. De baby lacht als mama of papa eraan komt en strekt zijn armpjes uit. De moeder of vader reageert hierop door naar het kindje te lachen en gaat praten met een hoge stem. Het baby'tje vindt dit leuk en zal daarom weer vrolijk lachen. Zo is de cirkel rond, ouder en kind belonen elkaar en de eerste stappen naar een goede hechting zijn gemaakt.

Figuur 1.

Volgens Bowlby is gehechtheid: “een affectieve band die een persoon tot stand brengt tussen zichzelf en een specifiek ander – een band die hen over tijd en ruimte met elkaar verbindt”

(Rigter, 2002; pag.176). Broos (2002; pag.50) sluit hier bij aan met zijn visie op hechting: “hechting is de band tussen twee of meerdere mensen, daar waar in een sfeer van veiligheid en vertrouwen een soort wederkerigheid ontstaat”. Van Egmond (1987; pag. 131) spreekt over iets essentieels in het menselijk leven; het vermogen tot tweezaamheid. Onder tweezaamheid verstaat zij: “het onderhouden van een duurzame en wederkerige liefdevolle relatie met de ander”. Een veilige hechting vereist dus wederkerigheid, een actie van zowel de ouder als het kind. Vanuit de existentiële fenomenologie ziet men de mens als een relationeel wezen, als onlosmakelijk verbonden met de omgeving/wereld (Heij, 1989). Zoals een boom voldoende licht, lucht, grond en water nodig heeft om uit te kunnen groeien naar zijn ware aard, zo heeft een mens andere mensen nodig die zijn behoeften bevredigd om zichzelf te kunnen worden (van Attekum, 1997; pag. 22).

Hoe meer basisbehoeften worden bevredigd, hoe eerder de mens tot zelfverwerkelijking komt. Zelfverwerkelijking kan omschreven worden als “het ten volle ontplooien van de eigen persoonlijkheid” (den Boon & Geeraerts, 2005). Maslow leverde een bijdrage aan de ontwikkeling van het humanistische gedachtegoed en onderscheidde een aantal basisbehoeften, zie bijlage 8.1. (van der Molen, 1997). Timmers-Huigens (1992) beschrijft veiligheid als een basisbehoefte die elk mens nodig heeft. Basisveiligheid in de relatie is een belangrijke ervaring daarvoor. Het vormt het fundament van de ontwikkeling van een kind (de Lange, 1991). Sensitiviteit en responsiviteit van de ouder is een belangrijke voorwaarde om basisveiligheid bij het kind te bereiken. Sensitiviteit is het vermogen om zo ontvankelijk mogelijk te zijn voor de signalen van het kind die een lichamelijke of psychische behoefte uitdrukken. Responsiviteit verwijst naar de juiste en directe manier van reageren op de signalen die het kind geeft (Rigter, 2002). Bij het zich gehecht voelen is er sprake van aansluiting: de ouders en het kind geven elkaar over en weer wat ze nodig hebben.

Het bereiken van een veilige gehechtheid wordt gezien als een ontwikkelingsopgave uit de eerste twee levensjaren, maar ook prenatale invloeden en latere ervaringen zijn van invloed op de mate van gehechtheid (Rigter, 2002). De veiligheid en geborgenheid die het kind door de goede gehechtheid voelt, is essentieel bij het positief ontwikkelen van het zelfbeeld en het vermogen om betekenisvolle relaties met anderen aan te gaan. Een veilige hechting vormt de basis voor het kind om te groeien in zijn ontwikkeling. Een kind ervaart door een goede gehechtheid aan zijn ouders een veilige haven in zijn leven die ervoor zorgt dat het kind zich waardevol voelt. Het kind zal het gevoel hebben dat het deel uit maakt van de wereld. De Lange (1991) benadrukt dat een kind zich op het fundament van de basisveiligheid kan ontwikkelen in onder andere emotioneel, sociaal en verstandelijk/intellectueel opzicht.

De Lange (2001; pag. 20) beschrijft het belang van goed antwoord geven op de behoeften van een kind: "niet teveel en niet te weinig, omdat je daarmee gezonde beheersingspatronen helpt te ontwikkelen". Beheersingspatronen groeien wanneer een kind op basis van de ervaren veiligheid met zijn ouder, graag de relatie met de ouder goed wil houden. Het kind wil zich beheersen en zal zich patronen van positief gedrag eigen maken. Door het stellen van grenzen en geven van steun en bevestiging kunnen ouders hieraan bijdragen. Aan de ene kant heeft het kind ruimte nodig om te kunnen exploreren en om zijn eigen wil en wensen te laten zien, aan de andere kant heeft het kind grenzen nodig waardoor die ruimte wordt beperkt. Als dit proces van ruimte geven en grenzen bieden goed verloopt, zal het kind zijn eigen wensen kunnen beheersen. Het heeft geleerd dat het niet alles mag en gaat kiezen voor bepaald gedrag, zie figuur 2 (Penninga – de Lange, 2002).

Thomas van twee en een half vindt het leuk om in de kamer met autootjes heen en weer te rijden. Hij doet dat het liefst op de houten vloer, waar het lekker veel lawaai maakt. Zijn moeder wil dat niet en vertelt Thomas dat hij wel met de auto's op het kleed mag spelen, maar niet op de houten vloer. Thomas gaat met zijn auto's naar het kleed, maar rijdt er prompt weer af. Het is toch veel leuker op de houten vloer! Als hij merkt dat zijn moeder boos wordt, kiest hij er voor toch maar met de autootjes op het kleed te spelen. Hij doet dat omdat hij graag wil dat zijn moeder niet meer boos is; hij wil de relatie met haar goed houden.

Figuur 2.

1.2 De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie

Als een gehechtheidsrelatie gevormd is, kan deze relatie veilig of onveilig zijn. Met de begrippen veiligheid en onveiligheid duiden we de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie aan. Als een kind een gehechtheidsrelatie heeft gevormd, hangt het voor een belangrijk deel van de sensitiviteit van de ouder af of de kwaliteit van de relatie veilig of onveilig zal zijn. Iemand is sensitief als hij in staat is de signalen van het kind waar te nemen, te begrijpen en daar snel en adequaat op weet te reageren. Een kind met een sensitieve ouder leert dat deze beschikbaar is in perioden van stress en een veilige basis biedt voor het kind. Dat betekent dat een kind met een sensitieve ouder een veilige gehechtheidsrelatie kan hebben, maar met de andere, misschien minder sensitieve ouder, een onveilige gehechtheidsrelatie. Veilige gehechtheid is dus een kenmerk van de relatie tussen het kind en de ouder en niet een eigenschap van het kind, zoals bijvoorbeeld het temperament. Het is niet altijd gemakkelijk om sensitief te reageren. Sommige kinderen hebben een moeilijk temperament (driftig, moeilijk in de omgang), andere kinderen zijn extreem verlegen en bang of geven signalen af die moeilijk te begrijpen zijn. Hoewel sensitief reageren op het kind de grootste mogelijke kans biedt dat het zich veilig hecht, is het geen garantie.

Een veilige gehechtheidsrelatie is niet een noodzakelijke voorwaarde voor een psychologisch gezonde ontwikkeling, maar wordt eerder opgevat als een protectieve factor. Van kinderen die een veilige gehechtheidsrelatie hebben weten op te bouwen, is bekend dat zij op latere leeftijd gemakkelijker vriendschappen sluiten en emotioneel stabiel zijn dan kinderen die onveilig gehecht zijn. Onveilig gehechte kinderen hebben geen vertrouwen in de beschikbaarheid van de ouder in periode van stress. Onveilig gehechte kinderen hebben vaak een ouder die insensitief op het gedrag van het kind reageert (Wijnroks e.a., 2006).

Insensitiviteit kan zich op twee manieren uiten. Sommige ouders trekken zich weinig van hun kind aan. Ze worden zo sterk in beslag genomen door hun eigen dingen dat het kind altijd op de tweede plaats komt. Ze reageren vaak niet of erg laat op de signalen van hun kind. Vaak zijn ze onverschillig, ongeïnteresseerd en tonen ze weinig affectie en liefde. De tweede categorie ouders is zeker geïnteresseerd in hun kind, maar wordt snel boos als het kind iets doet dat hen niet bevalt. Deze ouders straffen snel, zijn zeer streng en houden weinig rekening met de behoeften en gevoelens van het kind. Het kind straffen of iets verbieden is niet zonder meer insensitief. Duidelijke regels hanteren en structuur bieden, geeft een kind een gevoel van veiligheid, mits het handhaven van de regels op een sensitieve manier plaatsvindt. Het is niet bepaald sensitief om altijd boos en geïrriteerd te reageren op iedere overtreding van een regel of het kind zelden te belonen als het zich aan de regels houdt. Toch zijn er kinderen die zich veilig hechten, ondanks dat zij ouders hebben die insensitief reageren. Het omgekeerde komt ook voor; kinderen die zich onveilig hechten aan een ouder die zelf sensitief op het kind reageert. Het is belangrijk om te weten dat een veilig gehecht kind *niet* een kind is dat bijvoorbeeld erg van knuffelen houdt, graag op school zit of heel hard gaat huilen als de ouder/verzorger weggaat. Omgekeerd, onveilig gehecht betekent *niet* dat het kind liever alleen speelt dan met de ouder/verzorger, soms niet aangehaald wil worden of helemaal niet gaat huilen als de ouder/verzorger weggaat. Deze gedragingen zeggen niets over de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie (Wijnroks e.a., 2006).

De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie blijft meestal ongewijzigd, maar kan ook veranderen; veilig gehechte kinderen kunnen onveilig gehecht raken en onveilig gehechte kinderen kunnen gehecht raken. Als de omstandigheden zich wijzigen, doordat de ouder voor lange tijd wordt opgenomen in het ziekenhuis of doordat de ouder een ernstige crisis (depressie) doormaakt, kan een veilige gehechtheidsrelatie veranderen in een onveilige gehechtheidsrelatie. Als de ouder terug is uit het ziekenhuis of de crisis is overwonnen kan er weer een veilige gehechtheidsrelatie ontstaan. Hechting blijft een rol spelen gedurende het gehele leven, maar naarmate het kind ouder wordt zullen steeds minder situaties als bedreigend worden ervaren en zal de kennis van de beschikbaarheid van de ouder enorm toegenomen zijn, waardoor het gehechtheidsgedrag sneller kan worden afgebouwd. Het gedrag van het kind wordt gevarieerder en flexibeler en het begrijpt steeds meer van de wereld om zich heen. De kinderen van deze tijd pakken hun mobieltje als ze hun moeder nodig hebben wanneer zij niet onmiddellijk beschikbaar is. Het horen van haar stem en weten dat ze op deze manier bereikbaar is, zijn al voldoende om de angstige gevoelens te doen verdwijnen.

1.3 Typen gehechtheidsrelaties

De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie kan worden onderzocht door een situatie na te bootsen waarin een kind stress ervaart. Voor een jong kind is het een stressvolle gebeurtenis wanneer het in een onbekende omgeving wordt gebracht en vervolgens van de ouder wordt gescheiden. Als een kind voor een korte periode is gescheiden van de ouder, dan kunnen we aan de reactie van het kind op de terugkomst van deze persoon zien of het kind een veilige of onveilige gehechtheidsrelatie met hem heeft opgebouwd. Er zijn diverse typen gehechtheidsrelaties, zie figuur 3 (Wijnroks e.a, 2006).

Type A

Angstig-vermijdend gehecht; het kind heeft geen vertrouwen in de beschikbaarheid van de hechtingsfiguur en probeert zo veel mogelijk contact te vermijden, zelfs als het stress ervaart. Het gevoel van veiligheid en geborgenheid wordt zoveel mogelijk bewerkstelligd door aandacht voor gehechtheid te vermijden en gevoelens te neutraliseren.

Type B

Veilig gehecht; het kind heeft vertrouwen in de beschikbaarheid van de hechtingsfiguur in tijden van stress en handhaaft het contact zolang het nog niet gerustgesteld is. Het is goed in staat de gehechtheidsfiguur te gebruiken om een gevoel van veiligheid en geborgenheid te bewerkstelligen.

Type C

Angstig-afwerend/ambivalent gehecht; het kind is onzeker (ambivalent) over de beschikbaarheid van de hechtingsfiguur en is boos en huilt veel, zelfs in de nabijheid van de hechtingsfiguur. Het zoekt soms op een passieve, 'zielige' manier contact. Dit kind is voortdurend bezig met de beschikbaarheid en aanwezigheid van de gehechtheidsfiguur.

Type D

Gedesorganiseerd/gedesoriënteerd gehecht; het kind vertoont geen coherent hechtingspatroon, dat wil zeggen het gehechtheidsgedrag is op cruciale momenten niet te verenigen met één van de georganiseerde gehechtheidstrategieën (veilig, vermijdend, afwerend). Dat kan zich uiten in chaotisch, tegenstrijdig, bizar en angstig gehechtheidsgedrag in de aanwezigheid van de gehechtheidsfiguur.

Figuur 3.

Uit de literatuur komt geen eenduidig beeld naar voren over de ernst en de gevolgen van een onveilige gehechtheidsrelatie. Volgens sommigen is onveilige gehechtheid geen hechtingsprobleem. Onveilige gehechtheid zien zij als een adequate aanpassing van het kind aan een niet-sensitieve ouder. Kinderen die een niet-sensitieve ouder vermijden doen daar goed aan omdat ze weten dat ze toch niet veel goeds van deze ouder kunnen verwachten (Wijnroks e.a, 2006). Anderen zijn van mening dat een onveilige gehechtheidsrelatie juist wel een hechtingsprobleem is (maar géén hechtingsstoornis) en dat behandeling nodig is vanwege de latere aanpassingsproblemen. De behandeling zal gericht moeten zijn op het verhogen van de ouderlijke sensitiviteit en/of op de behandeling van het kind.

1.4 Kenmerken van een LVG-kind met een onveilige gehechtheidsrelatie

Kinderen die een onveilige gehechtheidsrelatie hebben (en daarbij wel of geen licht verstandelijke handicap), vertonen verschillende (gedrags)kenmerken, te weten;

- ze voelen zich van binnen onrustig en onveilig
- ze hebben geen vertrouwen in zichzelf en in de mensen om hen heen
- ze hebben het gevoel nergens bij te horen
- ze hebben het gevoel waardeloos te zijn
- ze hebben gedragspatronen ontwikkeld om zichzelf te handhaven
- ze hebben nooit ervaren zich naar bepaalde regels te gedragen omdat degene die om hen geeft dat fijn vindt. Daardoor hebben zij zich waarden en normen niet eigen gemaakt

(v. Berkel, 2003)

2. Onveilige gehechtheid bij licht verstandelijk gehandicapten

2.1. Wat is een licht verstandelijke handicap?

In de loop van de jaren zijn er voor mensen met een lager IQ verschillende benamingen gebruikt. In de classificerende beschrijving volgens de DSM-IV TR spreekt men van 'zwakzinnigen', zie figuur 4 (Koster van Groos, 2001, pag. 82). Momenteel wordt voor deze doelgroep de term licht verstandelijk gehandicapten (LVG) gebruikt. In deze scriptie, waarin ik mij richt op kinderen van 11 tot en met 15 jaar, maak ik gebruik van de term "LVG-kinderen".

- A) 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 gemiddelde functioneren).
 - B) 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 tenminste twee van de volgende terreinen: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid.
 - C) Begin voor het achttiende levensjaar.

Figuur 4.

Binnen de "zwakzinnigen" is een verdeling in vier groepen gebruikelijk, namelijk: licht, matig, ernstig en diep verstandelijk gehandapt. De mate van de verstandelijke handicap wordt bepaald door het IQ. Tot de categorie van licht verstandelijk gehandicapten behoren mensen met een IQ niveau van 50-55 tot ongeveer 70.

2.2. Het functioneren van LVG-kinderen

Došen (1990) beschrijft vanuit een ontwikkelingsdynamische benadering het functioneren van LVG-kinderen. Een LVG-kind doorloopt in principe dezelfde fasen in zijn cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling als een normaal begaafd kind. Ze ontwikkelen zich echter langzamer en de ontwikkeling stopt eerder, waardoor er een verschil zit in het uiteindelijk bereikte niveau van ontwikkeling. Bij LVG-kinderen komt het vaak voor dat de cognitieve, sociale en emotionele ontwikkeling niet parallel verloopt. De sociaal-emotionele ontwikkeling loopt achter op de cognitieve ontwikkeling. Dit houdt in dat het zich ontwikkelen van het fundament van basisveiligheid ook niet geheel parallel verloopt. Door deze niet evenwichtige ontwikkeling wordt hechting bij LVG-kinderen bemoeilijkt (paragraaf 1.1.) (De Lange, 1991)

Došen (1990) gebruikt een indeling, zie figuur 5, die Piaget (1955) heeft ontwikkeld voor normaal begaafde kinderen. Licht verstandelijk gehandicapten functioneren op een cognitief niveau dat vergelijkbaar is met normaal begaafde kinderen tussen de 7 en 11 jaar. Hiermee zitten ze in de fase van het concreet operationeel denken. Problemen worden opgelost op grond van logisch denken. Volgens deze indeling bereiken zij niet de fase van formele operaties, wat betekent dat ze niet of nauwelijks in staat zijn om symbolisch en abstract te denken en op het eigen denken, voelen en handelen te reflecteren.

DSM-IV TR	IQ	Došen / Piaget	
Licht Verstandelijk Gehandicapten (LVG)	50/55 - 70	Ontwikkelingsleeftijd 7 – 11 jaar	Concreet operationele fase

Figuur 5.

Een LVG-kind is in sociaal-emotioneel opzicht kwetsbaar, omdat hij zich niet volgens een bepaald tempo ontwikkelt. Als de omgeving zich aanpast aan het ontwikkelingstempo van het LVG-kind, waarbij geborgenheid en veiligheid een noodzakelijke voorwaarde is, is de kwetsbaarheid veel minder. Om de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen en in het bijzonder van LVG-kinderen te bevorderen, heeft de opvoeder een hoge mate van sensitiviteit en responsiviteit nodig, zodat de wederkerigheid in de relatie kan ontstaan. Deze responsiviteit en sensitiviteit zijn ook terug te zien in het proces van hechting. Zoals Rigter (2002) beschrijft: 'Responsiviteit bij hechting verwijst naar de juiste en directe manier van reageren op signalen die het kind geeft' (paragraaf 1.1).

2.3. Onveilige gehechtheid bij LVG-kinderen

LVG-kinderen kunnen, door een vertraagde ontwikkeling van de cognitie en sociaal-emotionele ontwikkeling, meer moeite hebben met het maken van contact. Het voltooien van een hechting kan daarom moeizamer verlopen. Hierdoor wordt het voor het kind en de opvoeders een opgave om tot optimale ontwikkeling te komen. Wanneer de beschermingsfactoren, deze zijn tegenovergesteld aan de risicofactoren, die de ouder kan bieden voldoende zijn, kan een veilige hechting tot stand komen. Došen (1990) legt de nadruk op wederzijdse acceptatie waarin veiligheid en geborgenheid centraal staan. Hij stelt een vaste affectieve warme band als voorwaarde om het LVG-kind in zijn verdere sociaal-emotionele groei te stimuleren. Wanneer deze niet aanwezig is, is de kans op emotionele problemen, die zich vaak uiten in gedragsproblemen, groot. Dat je andere mensen nodig hebt om uit te groeien tot een gezond en gelukkig mens is helaas te zien in een hechtingsprobleem. Deze is namelijk ontstaan door een tekort aan positieve wederkerige ervaringen. Scheers & Minderaa (2000) zien een ongunstige omgeving als factor die psychopathologie, dus ook een hechtingsstoornis, bij LVG kinderen veroorzaakt, versterkt of in stand houdt. Dit is terug te koppelen naar de gehechtheidstheorie van John Bowlby (paragraaf 1.1.).

In deze scriptie ga ik uit van een hechtingsprobleem die is ontstaan door het op de één of andere manier ontbreken van een antwoord op de basisbehoeften van het kind. Het kind voelt zich niet veilig en geborgen, moet zich gaan handhaven. Voor een ouder is het moeilijk om adequaat in te spelen op de behoeften van het LVG-kind, omdat ze anders reageren dan niet verstandelijk gehandicapte kinderen. De ontwikkelingsachterstand is in dit geval een risicofactor voor het ontstaan van een onveilige gehechtheidsrelatie, maar omdat ik van mening ben dat voor het ontwikkelen van een hechtingsprobleem vooral de factoren buiten het kind, de pathogene zorg, een rol spelen, zie ik de licht verstandelijke handicap niet *altijd* de oorzaak van een hechtingsprobleem. Kinderen zonder (licht) verstandelijke handicap kunnen evengoed een hechtingsprobleem ontwikkelen. Mijn mening wordt gesterkt door Bowlby's omschrijving van gehechtheid: 'een affectieve band die een persoon tot stand brengt tussen zichzelf en een specifiek ander – een band die hen over tijd en ruimte met elkaar verbindt' (paragraaf 1.1.).

2.4. LVG-kinderen en Psychomotorische Therapie

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

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

Aangezien LVG-kinderen in tegenstelling tot normaal begaafde leeftijdsgenoten minder inzicht hebben in wat er om hen heen gebeurt, zij concreet denken en hun abstractieniveau minder is ontwikkeld, sluit de PMT, waarin wordt gewerkt vanuit concrete hier en nu situaties, goed bij hen aan. De PMT heeft een non-verbaal karakter, verbaliteit speelt een ondergeschikte rol. De kracht van PMT ligt in het gegeven dat het een ervaringsgerichte manier van werken is. Doordat LVG-kinderen vooral leren in de praktijk, uit ervaring en de PMT hierbij aansluit, is er bij hen eerder sprake van borging in het lichaam (eerder dan wanneer men in de therapie gericht is op cognitieve vaardigheden, omdat de cognitie juist beperkt is bij LVG-kinderen). De modaliteiten die binnen de therapie naar voren komen zijn; 'oefenen', 'ervaren' en 'ontdekken'. De modaliteit 'oefenen' staat voor het leerproces van de cliënt die zich nieuw gedrag moet eigen maken, al oefenend werkt de cliënt aan het vergroten van zijn waarnemingsvermogen, belevingsvermogen en gedragsrepertoire. De modaliteit 'ervaren' staat voor het ervaringsproces waarin de cliënt verschillen gaat ervaren in het doen van diverse gedragsalternatieven. Bij de modaliteit 'ontdekken' staan onverwerkte, verdrongen herinneringen, emoties en intrapsychische conflicten centraal die verwijzen naar trauma's (L. Sietsma, 2001).

Deze 3 modaliteiten zijn terug te koppelen naar het 3-fasenmodel (NVPMT-module, 2006) waarmee is gewerkt binnen de casus (paragraaf 5.2.). Binnen de modaliteiten wordt gebruik gemaakt van aspecten van symbolisch werken van Pesso's werkwijze. Tevens komen de modaliteiten terug binnen de theoretische kaders zoals beschreven in paragraaf 4.2..

3. Afstand en nabijheid

3.1. Wat is afstand en nabijheid

Afstand (distantie) en nabijheid (betrokkenheid) is een allround spanningsveld in de zorgverlening. Om te komen tot het oplossen van problemen is *afstand* noodzakelijk, want afstand geeft overzicht, structuur en controle. Afstand gebruiken we als copingstijl, als reactie op onveilige gehechtheid; het kunnen vermijden van trauma (rationaliseren, fysiek uit de weg gaan, rustperiodes, afwisseling, routine, etc.) en ook het vermijden van (eigen) pijn.

Om te komen tot het creëren en delen van betekenis is *nabijheid* noodzakelijk, nabijheid maakt dat de cliënt zich begrepen voelt, dat er ruimte is voor het ontstaan/delen van beleving/betekenis en het direct handelen van de therapeut. Nabijheid geeft als copingstijl bij onveilige gehechtheid; het confronteren met het trauma door zich te identificeren met het slachtoffer (emotionele kwetsbaarheid voelen, machteloosheid, dadendrang en reddersneiging) (Maes, J., 2006).

3.2. Hoe zie je afstand en nabijheid terug binnen de PMT?

Als psychomotorisch therapeut is de dynamiek van afstand en nabijheid een vertrouwd thema in het dagelijks therapeutisch werk. De cliënt plaatst in de symbolische realiteit betekenisvolle figuren uit zijn of haar actualiteit of verleden in de ruimte van de therapiekamer. Afstand en/of nabijheid van die figuren roepen ervaringen op onder de vorm van lijfelijke impulsen, trillingen, spanningen of nog niet ten volle tot bewustzijn en uitdrukking gekomen gevoelens of gedachtestemmen die kunnen wijzen op ingebakken overlevingsstrategieën. Het symbolisch werken is niet vergelijkbaar met het symbolisch werken volgens Pessio. Dit is niet mogelijk door het beperkte abstracte denkvermogen van de cliënt. Wel worden er kleine uitstapjes gemaakt naar technieken van dit symbolisch werken. We maken mee hoe negatieve rolfiguren soms letterlijk de ruimte worden uitgeklopt en hoe de lijfelijke versmelting wordt gezocht met de ideale moederfiguur. In een structure zie je de voortdurende dynamiek tussen afstand en nabijheid waarbij de gepaste afstand en begrenzing even belangrijk kan zijn als een warme en respectvolle nabijheid. Bij elke menselijke basisbehoefte speelt deze dynamiek een belangrijke rol. Het kind voelt zich ellendig door de tegenstrijdige gevoelens die nabijheid bij hem oproept. Enerzijds wordt nabijheid gewenst, maar door gevoelens van angst, verdriet en boosheid die door vroegere ervaringen veroorzaakt zijn, wordt nabijheid geweerd. Deze ambivalentie, nabijheid wensen en nabijheid weren, staat centraal in deze problematiek. Nabijheid ervaren vraagt om continuïteit, dat is wat kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie vaak gemist hebben door de separaties in hun leven (Thoomes-Vreugdenhil, A., 1999).

3.3. Hoe ga je hier als therapeut mee om

Voor de therapeut is het een dagelijkse opdracht de balans te vinden tussen afstand en nabijheid in de relatie tussen de cliënt en zichzelf. Dit is een boeiende uitdaging, maar soms op het scherpst van de snede, en een weg niet zonder valkuilen. Als therapeut is elke individuele sessie weer de balans bewaken tussen vertrouwde en veilige nabijheid en een gepaste afstand behouden om niet overspoeld te worden of de cliënt te overspoelen. Elke therapie fluctueert tussen deze twee polen. Dat evenwicht speelt niet alleen in elke afzonderlijke sessie, maar ook in onze globale aanpak en houding. De één zal zich als hulpverlener dicht bij de afstandpool, de ander dicht bij de nabijheidpool situeren. Als therapeut merk je dat sommige cliënten ons heel gemakkelijk uit evenwicht brengen en we té dicht komen of juist onaanraakbaar zijn, dat we willen redden of dat we willen doorverwijzen, dat we steeds over tijd gaan en in het weekend stand by blijven. De afstandpool is erg belangrijk, maar slechts één pool en de therapeut houdt zich daar aan vast, soms krampachtig in situaties die niet vragen om efficiëntie en techniek, maar om warme nabijheid, medeleven en empathisch vermogen. Als de andere pool niet wordt ontwikkeld, verliezen therapeuten hun evenwicht of gaan situaties (cliënten) vermijden die het evenwicht bedreigen (Maes, J., 2006).

4. Therapie; de theorie en de praktijk

4.1. Therapie, onveilige gehechtheidsrelatie en een licht verstandelijke handicap

Bij kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie geldt dat naarmate de basisveiligheid groter is, des te groter de kans zal zijn dat de therapie effect heeft (Henkes, M. & Buitenhuis, 1997). Psychomotorische therapie is zeer geschikt omdat het kind dan op symbolische wijze de traumatische ervaring(en) kan herstructureren. Voor het verwerken van traumatische belevingen is een zekere ik-sterkte of basisveiligheid noodzakelijk. Ontbreekt die in het kind of het gezin, dan zal de hulp vooral steunend en ik-versterkend moeten zijn. Hier is het belangrijk om te weten of de traumatische ervaring(en) zijn opgedaan tijdens een veilige hechting of in een veilige situatie zonder hechtingsfiguur. Kinderen die te vroeg, te alleen, te onveilige situaties hebben meegemaakt, hebben vaak een heel afweerpatroon opgebouwd, dat hen in staat gesteld heeft te overleven. Hier moet voorzichtig mee worden omgegaan. Verder is het binnen therapie in deze, maar eigenlijk altijd, belangrijk terug te kijken op hoe de basis (de baby- en kindertijd) is geweest. Verder is het belangrijk om te kijken hoe de contacten met de ouders nu zijn. Is er (enige) binding, dan is het basisvertrouwen minder geschonden. Binnen de relatie met de therapeut kan het kind experimenteren met afstand en nabijheid en zodoende meer vertrouwen ontwikkelen in de relatie met de volwassene. Bolwby ging er oorspronkelijk vanuit dat de moeder de enige veilige hechtingsfiguur is. Dit standpunt bleek onjuist. Een kind kán zich aan meerdere volwassenen hechten mits continuïteit en kwaliteit gewaarborgd zijn (Rigter, 2002). Wanneer er voldoende veiligheid en vertrouwen aanwezig is in de therapeut-cliënt relatie, kan men vanuit afstand naar nabijheid gaan. Vaak is het zo dat kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie zich veilig voelen in de therapiesituatie, maar dat ze nog geen persoonlijke relatie met de therapeut aan kunnen gaan. De therapeut stemt af op de behoeften en gevoelens van het kind, terwijl het kind de therapeut probeert te vertrouwen. Het gaat er om dat het kind zich leert over te geven aan de therapeut, die voldoende vertrouwen biedt om dit mogelijk te maken. Op deze manier kan er wederzijds vertrouwen groeien. Het is ook belangrijk dat de therapeut vertrouwen uitstraalt naar het kind, want dit geeft het kind zelfvertrouwen (Rigter, 2002). In de volgende paragrafen worden theoretische kaders en therapeutische attitudes benoemd om de behandelwijze vanuit de theorie te ondersteunen.

4.2. Theoretische kaders

Humanistisch mensbeeld

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

Behavioristisch mensbeeld

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

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

Kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie en licht verstandelijke handicap kunnen uit zichzelf minder overzicht bewaren, dus is het belangrijk om hen door structuur in de sessie overzicht en duidelijkheid te bieden. Door de voorspelbaarheid die uit dit alles voortkomt, kan het kind op de therapeut rekenen, gaat het zich veilig voelen en wordt er ruimte gecreëerd om te gaan oefenen. Een stapsgewijze opbouw wat kenmerkend is binnen de gedragstherapeutische benadering staat ook centraal in de behandeling van kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie. De therapeut moet een vertrouwde en veilige relatie hebben met de cliënt wil hij over kunnen gaan op een affectief bevestigend contact. Vanuit de afstand gaat men geleidelijker over naar nabijheid. Binnen de gedragstherapeutische benadering gebeurt alles in het hier en nu en worden de oefeningen concreet aangeboden. Dat is voor LVG-kinderen die weinig inzicht hebben en moeite hebben om situaties met elkaar te kunnen vergelijken een belangrijk aspect en daarom belangrijk binnen het aanbieden van activiteiten in de PMT.

4.3. Therapeutische attitudes bij een LVG-kind met een onveilige gehechtheidsrelatie

In deze paragraaf komen therapeutische attitudes aan bod bekeken vanuit de theoretische kaders, zoals beschreven in paragraaf 4.2. De attitude van de therapeut binnen de behandeling van LVG-kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie komt voort uit zowel de gedragstherapeutische- als cliëntgerichte benadering.

Humanistisch mensbeeld

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

Behavioristisch mensbeeld

Binnen de gedragstherapeutische benadering is aandacht voor het gedrag van de mens door belonen en straffen een belangrijk aspect. Aangezien straffen voor een kind met een onveilige gehechtheidsrelatie over kan komen als "alweer afgewezen worden", moet de therapeut het straffen vermijden. Door negatief gedrag te negeren (in plaats van af te straffen), kan het negatieve gedrag van het kind uitdoven. Wat uit deze gedragstherapeutische benadering onder andere naar voren komt, is de positieve bekrachtiging van het gedrag van een cliënt, wat leidt tot herhaling van dit gedrag. Al test het kind de therapeut uit, wat voorkomt bij kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie, door het kind positief te blijven bekrachtigen wordt er gezorgd voor onvoorwaardelijke waardering. Positief bekrachtigen, belonen en succeservaring laten beleven zijn belangrijke aandachtspunten voor de therapeut. Door positief gedrag te belonen en daarnaast negatief gedrag te negeren, kunnen verkeerde vaardigheden omgezet worden in juiste vaardigheden. In de therapie heeft de therapeut een sturende en structurerende attitude. Hij bepaalt wat er gebeurt vanuit zijn overtuiging wat hij met de behandeling denkt te bereiken. Dit doel is vooraf bepaald.

4.4. Hoe wordt er binnen PMT gewerkt met LVG-kinderen met een onveilige hechting?

Hoe ga je met een kind met een onveilige gehechtheidsrelatie aan de slag...? Kun je de kapotte kern in het onveilig gehechte kind nog enigszins 'repareren'...? Werk je aan die binnenkant en hoop je daarin iets te bereiken bij het kind of kies je ervoor gedragsmatig te gaan werken en de buitenkant, dat het onveilig gehechte kind zo hard nodig heeft, aan te pakken en te versterken...? Of is dat dweilen met de kraan open...? Sommige therapeuten zijn van mening dat er meer grip wordt gekregen op de situatie van het kind, door aan de buitenkant te werken in plaats van aan de binnenkant. Belangrijk is dat je je verwachtingen aanpast en daarbij ook je therapeutische attitude. Je kunt je beter wat minder betrokken voelen en je realiseren dat je van een onthecht kind geen gehecht kind kan maken. Hoe harder je namelijk aan zo'n kind trekt, hoe meer je ze ook weer afstoot. Ze vervloeien weer zo met je dat de relatie weer te beknellend is en het kind zich niet kan en wil ontwikkelen binnen de therapie. Het is belangrijk van te voren een duidelijke doelstelling te maken en daarin de lat niet te hoog te leggen (Molenaar, K., 2005).

5. Casus

Deze casus gaat over een cliënt die binnen mijn stage aan bod is gekomen en die ik 5 maanden lang in de psychomotorische therapie heb meegemaakt. In deze casus noem ik de cliënt 'A.'.

5.1. Achtergrondinformatie

A. is een vrolijke, ondernemende jongen van 12 jaar. Cognitief functioneert A. op zwak niveau en heeft een I.Q. van 73, waarmee hij tot de categorie licht verstandelijk gehandicapten behoort. Spontaan haalt hij dit niveau niet. A. heeft in verband met een forse achterstand op sociaal en emotioneel gebied en voorgeschiedenis, 24 uur begeleiding nodig. A. heeft een zwaar belast verleden. Er is sprake van vroege verwaarlozing, een waarschijnlijk zeer traumatische ervaring op lichamelijk/seksueel gebied op 3 jarige leeftijd en daarna heel veel verschillende leefomgevingen. A. is beïnvloedbaar, eigenwijs en zelfbepalend. Daarnaast vertoont A. claimend gedrag, toont weinig initiatief en is hij onzeker. De ouders van A. zijn gescheiden, na deze scheiding kon A. niet meer thuis wonen. Hij heeft in een crisispleeggezin gewoond. Hierna is A. naar een ander pleeggezin gegaan. Hier ging het echter niet goed met hem en werd gezocht naar een andere woonsituatie. A. heeft tussen zijn laatste pleeggezin en de behandelgroep een tijdje bij zijn vader en diens vriendin gewoond. Hier heeft hij 's nachts last gehad van paniekaanvallen en angsten. Bij A. is geen stabiele hechting tot stand gekomen door verwaarlozing, de persoonlijke omstandigheden van vader en moeder waardoor zij niet voor A. kunnen zorgen, veel wisselingen in opvoeders en geen of gering steunend netwerk van de ouders. Zoals hierboven te lezen bevat A. positieve vaardigheden. Daarnaast zijn er ook negatieve vaardigheden kenmerkend voor A.. Zo heeft hij concentratieproblemen, kan moeilijk stilzitten, is beweeglijk en is zelfbepalend. Achter dit zelfbepalende gedrag zit een onzeker, angstig en zich onveilig voelend kind dat met dit gedrag probeert te 'overleven'. A. doet zijn best om dingen goed te doen, maar faalt regelmatig. Hij weet niet hoe hij anderen moet vertrouwen en nog minder hoe hij vertrouwen in zichzelf moet krijgen. A. zoekt veel fysiek contact (knuffelen) met anderen (zowel kinderen als volwassenen). Hij doet dit zonder te vragen, zonder aankondiging en met een vanzelfsprekendheid dat iemand anders dit ook op prijs stelt.

5.2. Informatie over de PMT

Binnen de psychomotorische therapie stonden de volgende doelen voor A. centraal;

- Creëren van een veilig plekje waar A. zichzelf kan en mag zijn
- Vergroten van A. zijn zelfbeeld door het opdoen van positieve (bewegings)ervaringen
- Vergroten van A. zijn motorische competenties
- A. leren om meer grip te krijgen op zichzelf, zijn handelen en zijn omgeving

De therapeutische behandeling kan opgedeeld worden in grofweg 3 fasen. In fase 1, de afweerfase (modaliteit 'oefenen') staat het IK centraal en is de therapeut als persoon buiten beeld. In de tweede fase, de persoonlijke relatievorming (modaliteit 'ervaren') nemen interactie en contact toe, zowel kwantitatief als kwalitatief. De persoon van zowel de cliënt als therapeut komt meer in beeld. In de derde fase, de transferfase (modaliteit 'ontdekken') worden de geleerde vaardigheden geoefend. Dit 3-fasenmodel is als leidraad overgenomen uit het concept van de module "kijk en luister goed naar mij en heb mij door", geschreven door o.a. Dhr. P. Timmers.

Het belang van een veilige en vertrouwde therapeut-client relatie heb ik in paragraaf 4.1. benoemd. Wanneer deze relatie aanwezig is, kan men vanuit afstand naar nabijheid gaan. Het tempo waarin er vanuit de afstand naar de nabijheid is gegaan, is afgestemd op A.. Geleidelijk aan heeft de therapeut steeds meer initiatief genomen en de keuze gemaakt om bepaalde stappen te zetten.

5.3. Behaalde resultaten binnen de PMT

Toen A. begon met de PMT was het belangrijk dat de begeleiding en aandacht gericht dienden te zijn op structuur, veiligheid, regels en duidelijke afspraken. Er wordt begonnen met een gesprekje op het eigen plekje van A. en gaan we in het tweede deel bewegend aan de slag.

In de beginperiode heeft A. geëxperimenteerd met een aantal "eigen plekjes". Uiteindelijk zit A. op het matras op tafel, met zijn rug tegen een kussen en een handpop (beer) in zijn hand. Opvallend is en blijft zijn innerlijke onrust. A. heeft heel veel moeite om stil te zitten en te luisteren. Tijdens de PMT struikelt en valt A. veel. Hij geeft aan dat dit ook in het dagelijkse leven gebeurt vooral als hij zich druk en onrustig voelt. Na een twintigtal sessies heeft de therapeut tijdens het praatgedeelte, A. zijn voeten licht gemasseerd. Deze keuze komt vanuit eerdere ervaringen die de cliënt heeft met Shantala-

massages. Door zijn voeten vast te pakken kon de cliënt letterlijk geen kant uit, wat hem rust gaf. Door druk uit te oefenen op zijn voeten lukte het hem beter om, tijdens het werken binnen de therapie, contact te maken met de grond. Tijdens en na deze lichaamsgerichte start was de cliënt rustig, beter in contact met de therapeut(en) en zichzelf dan wanneer deze lichaamsgerichte start niet plaatsvond. A. blijft het plezierig vinden om naar individuele PMT te komen. Hij vindt het leuk om dingen te doen en hij geniet van de aandacht. In het therapeutische contact behoudt A. nog afstand. Van verbindingen lijkt nog geen sprake. Gezien zijn voorgeschiedenis is dit logisch. Gaandeweg de therapieën bleek dat A. in staat was om laagdrempelig te reflecteren, aspecten van het symbolisch werken kon hanteren en een laag ontwikkeld abstract denkniveau had. A. behoort tot de doelgroep in de indeling volgens Dôsen (1990, figuur 5), maar is wel in staat om uitstapjes te maken naar aspecten van de werkwijze van Pesso.

Vanuit het werken met het 3-fasenmodel is A. in/tot ontwikkeling gekomen;

Fase 1, de afweergefase

A. geniet van het samen doen van spelletjes. Het liefst verzint hij ze zelf, waarbij hij de regie in handen houdt. Na 9 maanden therapie heeft A. het nog steeds nodig om binnen de aangeboden spelletjes de controle te kunnen behouden. Een mooi voorbeeld van werken met aspecten van symbolisch werken is dat A. 2 verschillende handpoppen (beren) gebruikt om de afstand en nabijheid te regelen ten opzichte van zichzelf en de therapeut. A. hanteert de kleine handpop voor 'kleine A.', en de grote handpop voor 'grote A.'. Hij voelt zich het meest prettig in de rol van 'kleine A.'. Dit is de kleine, lieve maar zeer zeker kwetsbare A. Hier verschuilt hij zich achter wanneer onderwerpen binnen de therapie te dicht bij komen en hij er liever niet over wil praten. De 'grote A.', vertegenwoordigt A. zoals hij zich zou moeten gedragen naar gelang zijn kalenderleeftijd. In de beginperiode verschoot A. zich altijd achter de 'kleine A.'. Naarmate de therapieën verstreken is de therapeut bezig gegaan om A. meer bewust te maken van de voordelen van de 'grote A.'. Als 'grote A.' zal hij meer gewaardeerd worden. Door hem tijdens de therapie te wijzen op zijn gedrag kon hij direct stil staan bij dit gedrag en het voor de situatie aan te passen. Langzamerhand merkte A. op dat het zich gedragen naar de 'grote A.' prettiger aanvoelde en hem meer opleverde.

Fase 2, de persoonlijke relatievorming

Een belangrijk onderdeel in de therapie is A. zijn dagboek. Dit dagboek gebruikt hij om zijn gevoelens en emoties van de dag van zich af te schrijven. Het is opvallend dat A. in het schrijven bij machte is om te vertellen wat hij voelt en denkt. Naast het beschrijven van situaties die hem bang, boos, blij of verdrietig maken (de 4 basisemoties), beschrijft hij ook situaties of gebeurtenissen die hem zenuwachtig maken. Enkele voorbeelden waar A. zoal mee bezig is (geweest);

- In het schrijven is de rol van vader groot. Elke keer weer geeft hij aan dat hij zijn vader lief vindt en dat hij veel van hem houdt. Hij beschrijft de dag voordat vader komt, zenuwachtig te zijn (komt vader wel of komt hij niet). Als vader geweest is geeft hij aan blij en verdrietig te zijn. Blij omdat zijn vader geweest is, en verdrietig omdat hij niet weet wanneer hij weer komt.
- De dag voordat hij zijn beugel kreeg was hij zenuwachtig, daarna trots dat hij niet gehuild had en blij dat B. met hem mee is geweest.
- Over school vertelde hij dat hij vaak gepest werd, hij snapt niet waarom ze dat doen.

Na enkele weken schrijven, bleek dat A. er mee gestopt was en haast niet meer schreef. Achteraf bleek dat A. niet blij was met de opdrachjes die hij van de therapeut kreeg. Dit heeft hij niet kunnen vertellen, dit durfde hij niet. Hierin nam A. letterlijk en figuurlijk afstand van de therapeut. Nadat er is afgesproken dat zijn dagboek echt van hem is en de therapeut zich, over de invulling daarvan niet meer gaat bemoeien, heeft hij de draad weer opgepakt. Zijn schrift is nu vol en hij krijgt een echt dagboek met een slot erop, hier kijkt hij naar uit.

Fase 3, de transferfase

A. is nu ruim 2 jaar individueel in therapie en in de laatste periode kan hij steeds meer van zichzelf laten zien. Dit zowel binnen als buiten zijn 'eigen plekje'. Hij is meer in contact met de therapeut en is zich meer bewust van zijn eigen gedrag. A. is nu in de transferfase gekomen (zie paragraaf 5.2.). Kenmerkend voor het werken met A. en zijn problematiek is regelmatige terugval in contact. Het teruggrijpen op een eerdere fase is goed mogelijk.

Binnen de behandeling wordt er gebruik gemaakt van de Stop-Denk-Doe-methode. De Stop-Denk-Doe methode is een methode waarbij de cliënt leert zichzelf te stoppen, goed te kijken en te luisteren, een plan te maken, een plan uit te voeren, en het plan te evalueren. Voor A. is er een extra stap aan toegevoegd en wel het overleggen. A. was niet/nauwelijks in contact met de therapeut. Hij voelde zich niet veilig, dacht dat de therapeut tegen hem was of boos was. Door te overleggen was A. in contact met de therapeut en werd het duidelijk wat hem bezig hield. Door het herhalen (paragraaf 4.2., Molenaar, K.) van deze methode kon A. in een veilige en vertrouwde omgeving experimenteren met afstand en nabijheid. De grip krijgen op de S-D-O-D (Stop-Denk-Overleg-Doe) methode is moeilijk voor A. Binnen de PMT is A. hier, zeker in het tweede half jaar flink mee bezig geweest. A. geeft aan dat er op school met de stoplichtmethode wordt gewerkt. Overleg met school leek de therapeut dan ook zinvol. Voor wat betreft de S-D-O-D methode, valt het op dat A. het overleggen het moeilijkste vindt. In het contact neigt hij deze stap structureel over te slaan. Binnen de PMT lukt het A. steeds beter om met steun van de therapeut in het spel meer open te staan voor de ander. Dit is echter nog aangeleerd gedrag. Als de setting verandert, lijkt dit gedrag bij A. te vervallen.

6. Conclusie

In dit laatste deel van mijn scriptie wordt een antwoord gegeven op de vraagstelling zo die aan het begin genoemd is: *Hoe kun je als psychomotorisch therapeut, in de behandeling van licht verstandelijk gehandicapte kinderen van 11 t/m 15 jaar met een onveilige gehechtheidsrelatie binnen een klinische setting, het gedrag bij het thema afstand en nabijheid positief beïnvloeden?*

Een kind met een onveilige gehechtheidsrelatie en licht verstandelijke handicap heeft onvoldoende vervulling gehad in zijn basisbehoeften waardoor er iets mist aan zijn fundament. Het kind heeft als het ware geen voedingsbodem om in te wortelen. Door allerlei teleurstellingen en tekortkomingen heeft het kind een angst ontwikkeld voor het aangaan van meer dan oppervlakkige relaties. Dit beïnvloedt het hele leven, omdat het erg moeilijk is om de uitdagingen, waar het leven je voor stelt, aan te gaan als je steeds in angst zit of je afvraagt of je het wel goed doet en of je wel wordt geaccepteerd om wie je bent.

Wanneer iemand niet weet wie hij is, wat hij kan en wat zijn plek is in deze wereld, verkeert hij in grote onrust. Deze onrust zit bij het kind in zijn gevoel, dus in zijn binnenwereld, maar uit zich ook naar buiten toe, in bijvoorbeeld de beweeglijkheid en de moeite stil te blijven zitten. In de PMT kan een kind met een onveilige gehechtheidsrelatie en licht verstandelijke handicap door middel van nabijheid op beide vlakken, zowel lichamelijk als geestelijk, rust geboden worden. Er moet eerst voldoende veiligheid en vertrouwen aanwezig zijn tussen de therapeut en de cliënt voordat men over kan gaan tot nabijheid.

Aan de hand van steekwoorden leg ik mijn therapeutische attitude en mijn werkwijze tijdens de therapie met A voor.

Therapeutische attitude

Empathisch

Ik vond het belangrijk een klimaat te scheppen in de therapieruimte waarin A. zich volledig durfde te geven. Een plek waar hij zich onvoorwaardelijk begrepen en geaccepteerd voelde.

Structurend

Daarbij gaf ik A. wel steeds duidelijk grenzen aan. Ik bood structuur door te benoemen wat er allemaal wel en niet mag in de therapieruimte en een duidelijke scheiding tussen spel en werkelijkheid. Binnen deze attitude maakte ik gebruik van de S-D-O-D methode.

Sturend en inzichtgevend

Wel hield ik in de gaten dat ik als therapeut congruent bleef. Zowel non-verbaal als verbaal zond ik dezelfde boodschap uit. Die congruentie zette ik bewust in. Als doel had ik hierbij het reflecteren van gevoelens op het oog. Dus A. laten voelen dat emoties er mogen zijn en dat het niet goed of fout is deze emoties te voelen. Op deze manier bleef ik transparant voor A., waardoor hij de veiligheid voelde te komen met (al) zijn gevoel. Verder zette ik die congruentie ook in om hem bewust te maken van zijn gedrag en wat dat met mij doet. Dat is toch weer gedragsmatig, het zegt ook iets over hoe andere mensen met dat gedrag zouden omgaan.

Werkwijze

Binnen deze behandeling werkte ik voornamelijk vanuit het humanistisch mensbeeld (cliëntcenterend). Ik vind het belangrijk niet alleen cliëntcenterend te werken maar ook vanuit het hier en nu. En met betrekking tot het laatste aspect, maakte ik tevens gebruik van enkele punten uit het behavioristisch mensbeeld (gedragstherapeutisch).

Mijn eigen werkwijze leidde tot een positief resultaat wat betreft de afstand en nabijheid in de therapieën met A. binnen mijn stage. In de beroepspraktijk blijkt dat er verschillende werkwijzen (psychoanalyse, cliëntcenterend, gedragstherapeutisch) zijn wat betreft de omgang met afstand en nabijheid die net als bij mij, tot een positief resultaat leiden. Mijn therapeutische attitudes en werkwijze hebben een grote bijdrage gevormd wat betreft het slagen van de therapie. De punten die benoemd zijn betreft de werkwijze en interventies, komen veelal overeen met de verschillende werkwijzen en interventies die te vinden is in de theorieboeken (bv. Klinische Psychologie, van der Molen, 1997). De verschillende invalshoeken (hoofdstuk 4) wat betreft de werkwijze leerden me dat er vanuit elke invalshoek kan worden omgegaan met afstand en nabijheid zodat de afstand en nabijheid het proces uiteindelijk niet meer in de weg staat.

Hoe je te werk gaat is afhankelijk van hoe de stabiliteit van het kind is (de basisveiligheid en de huidige woon- en gezinsomstandigheden). Verder is het afhankelijk van in welke fase het kind zich op dat moment bevindt en de doelen die met betrekking tot de therapie gesteld zijn. Voorop staat het ervaren van veiligheid. Het kind moet zich onvoorwaardelijk geaccepteerd voelen. Natuurlijk heb je bij alles wat je doet en zegt je antennes uit staan, waarbij je jezelf constant afvraagt wat de effecten van je interventies (kunnen) zijn, wat de risico's zijn. Je wikt en weegt, je denkt altijd een paar stappen vooruit, maar tegelijkertijd sta je in direct contact met het kind in het hier en nu, ben je voorspelbaar in je reacties en transparant. Met dit alles ben je een stabiele factor voor het kind en op geen enkel moment geef je vanuit jouw positie aanleiding dat het kind zich bedreigd voelt. Daarnaast moet het kind hierbij ook de gelegenheid hebben om de stevigheid van de relatie uit te testen en dus te ervaren dat afstand en nabijheid van het kind geëigend is.

De conclusie die getrokken kan worden is dat een aantal punten wat betreft de werkwijze van de therapeut heel belangrijk zijn, namelijk;

- *onvoorwaardelijke acceptatie*; acceptatie van al het negatieve gedrag en alle negatieve gevoelens
- *congruent* en *transparant* zijn; consequent blijven en structuur bieden om zo de veiligheid te waarborgen
- *begrip* hebben en blijven houden; voor de afstand en nabijheid, het waarom en waar het vandaan komt
- *benoemen* en *spiegelen*; benoemen wat je ziet, om zo het kind een spiegel voor te houden van zijn gedrag en/of zijn gevoelens
- *het kind en zijn gedrag scheiden*; benoem wat je ziet bij het kind, op deze manier gaat het kind begrijpen/ervaren dat wat het doormaakt begrepen wordt en past bij de problematiek
- laat het kind op elke mogelijke manier merken dat het *er mag zijn*; ondanks zijn negatieve gedrag
- probeer *inventief* te blijven; vindt verschillende manieren om tot het kind door te dringen en je vertrouwen in het kind te laten zien, merken en voelen
- het is belangrijk te *beseffen* en je te *realiseren* dat je aan deze kinderen vaak niet te hoge eisen moet stellen; als therapeut moet je voldoening halen uit kleine dingen die hoop geven voor de toekomst, al kan dit een lang proces zijn
- let op *tegenoverdracht*; vraag jezelf af waarom jij zelf moeite hebt met dat specifieke kind met dat specifieke gedrag (zie bijlage 8.2.).

Deze punten vinden aansluiting op de behoeftehiërarchie van Maslow vanuit het humanistisch mensbeeld (hoofdstuk 4, bijlage 8.1.).

Het werken met het gedrag binnen het thema afstand en nabijheid is lastig. Vaak ben je als therapeut een middel en moet je ook als middel fungeren, net zoals je het medium als middel laat fungeren binnen de therapie. Een goede therapeut is iemand die altijd open blijft staan voor anderen en nieuwe ideeën/ontwikkelingen wat betreft het therapeutisch werken en kritisch blijft op zijn eigen werkwijze. Uiteindelijk is het een kwestie van al die ingrediënten die je hebt als therapeut, het juiste soepje te brouwen, welke het beste past bij dat kind met die problematiek. Vanuit de therapeutische behandeling (behandelmodel) die gehanteerd is, ben ik gaan kijken naar de attitudes die binnen de verschillende fasen naar voren komen.

In fase 1 (de afweerfase) staat het IK centraal en is de therapeut als persoon buiten beeld. Het doel van deze fase is om het kind zich veilig te laten voelen in de therapie situatie. Het kind gaat aan de slag met veiligheid, opdoen van positieve ervaringen, het versterken van gevoel van controle en het ontwikkelen van een IK-bewustzijn. Als therapeut kun je dit gedrag positief beïnvloeden door;

- veel *teruggeven* en *beschrijven* wat er gebeurt op neutrale wijze, veel gebruik maken van de naam van het kind
- starten vanuit veel *structuur* en *duidelijkheid*, overzicht met daarbinnen keuze voor het kind
- uitsluitend gericht op het hier en nu
- zelf als persoon *buiten beeld* blijven, neutraal, de focus ligt op de bewegingssituatie
- te allen tijde *rustig* blijven, *zelfverzekerd* zijn en je niet van je stuk laten brengen, wanneer iemand wegloopt altijd aangeven dat hij de volgende keer weer welkom is om het opnieuw te proberen
- *verantwoordelijkheid nemen* voor dingen die mis gaan, zonder excuus aan te bieden
- *afwachtend* ten aanzien van contact, sensitieve responsiviteit, geven wat het kind vraagt, stoppen wanneer het kind zich afwendt, letterlijk afstand houden

In de tweede fase (de persoonlijke relatievorming) nemen interactie en contact toe, zowel kwantitatief als kwalitatief. De persoon van zowel de cliënt als therapeut komt meer in beeld. Het doel van deze fase is om het kind vaardigheden te leren om adequaat contact te maken en te herstellen en emoties reguleren. Het kind gaat aan de slag met het ontmoeten van de ander, samenwerken, vertrouwen, hulp vragen, psycho-educatie, omgaan met falen en zelfbewustzijn. Als therapeut kun je dit gedrag positief beïnvloeden door;

- meer *in beeld* te komen als persoon, meer initiatief nemen tot contact
- goed *timen* wat het kind op dat moment aan nabijheid aankan
- *niet af te haken* bij persoonlijke aanvallen
- *niet sterk in te gaan* op huilen, zeuren en agressie

In de derde fase (de transferfase) worden de geleerde vaardigheden geoefend. Het doel van deze fase is om het kind sociale vaardigheden te leren en zijn spanningen te reguleren. Het kind gaat aan de slag met ontmoeten van de ander, interactie en psycho-educatie. Als therapeut kun je dit gedrag positief beïnvloeden door;

- bij aanvang veel structuur te bieden en directief aanwezig te zijn om de sessie ontspannen te laten verlopen
- steunfiguur te zijn voor het kind
- zich gaandeweg meer terug te trekken en de regie in handen van het kind te leggen

De hierboven beschreven attitudes kunnen een positieve invloed hebben op het gedrag van een licht verstandelijk gehandicapt kind met een onveilige gehechtheidsrelatie. De onderwerpen die binnen de therapie behandeld worden, staan in het teken van het thema afstand en nabijheid. Doordat het kind kan experimenteren binnen en met het thema afstand en nabijheid, kan het in staat zijn zich veilig te voelen. Wanneer de veiligheid is eigen gemaakt kan het kind gaan ervaren dat het zich op een veilige manier kan hechten aan andere mensen.

7. Nawoord

Na een 'ik heb er zin in', volgde een 'wat een rotklus!', vervolgens beleefde ik er weer plezier aan om er daarna weer tijdelijk het bijltje bij neer te gooien. Een werkproces met ups en downs. Je zou kunnen zeggen dat ik deze scriptie soms op afstand hield, terwijl ik het vervolgens weer in mijn nabijheid nam. Dit heeft in dit geval niet te maken gehad met diepe interne problematiek, maar ik kwam er achter dat het opzetten van een scriptie met meer struikelblokken en strubbelingen gepaard ging dan ik van tevoren dacht.

Het bezig zijn met het thema afstand en nabijheid heb ik als zeer zinvol ervaren en ik heb gemerkt dat dit mij ook buiten het werken aan de scriptie heeft beziggehouden. Ik kwam wederom tot de conclusie dat je een bepaald onderwerp niet zomaar kiest. Ik koos het omdat het onderwerp me boeit, ik het herken, ik er iets mee heb. Ik zie de afstand en nabijheid veel bij mezelf terug in verschillende situaties; bijvoorbeeld tijdens het flirten in een kroeg.

Het zette me steeds weer aan het denken, wat betekent dit gedrag nu in mijn geval? In ieder geval ervoer ik, wat dit betreft, diverse binnenpretjes maar ook binnenkomers tijdens deze periode.

Ik hoop dat therapeuten die deze scriptie onder ogen komen er wat van kunnen opsteken en/of dat ze aan het denken worden gezet wat betreft hun houding en omgang met betrekking tot afstand en nabijheid, in het bijzonder bij kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie.

8. Literatuurlijst

Boeken

Attekum, van, M., 1997, *Aan den lijve - lichaamsgerichte psychotherapie volgens Pesso*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Boon, den, C.A. & Geeraerts, D. (red.), 2005, *Van Dale Groot woordenboek van de Nederlandse taal*. Utrecht: Van Dale Lexicografie.

Broos, D. & Dun, van, K., 1997, *Hou me (niet) vast, hulpverlening en hechtingsstoornis*. Apeldoorn: Garant

Došen, A., 1990, *Psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnigen, een ontwikkelingsdynamische benadering*. Amsterdam: Boom-Meppel.

Eelen P. & Perreijn S., leertheoretische modellen van psychopathologie. In: van der Molen, H.T., Perreijn, S. & van den Hout, M.A. (red.), 1997, *Klinische psychologie - theorieën en psychopathologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Egmond, van, G., 1987, *Bodemloos bestaan – problemen met adoptiekinderen*. Baarn: Ambo.

IJzendoorn, van, M.H., 1994, *Gehechtheid van ouders en kinderen: intergenerationele overdracht van gehechtheid in theorie, (klinisch) onderzoek en gevalsbeschrijvingen*, Houten / Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum

Koster van Groos, G.A.S., 2001, *Beknpte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Lang, G., Humanistische theorieën. In: van der Molen, H.T., Perreijn, S. & van den Hout, M.A. (red.), 1997, *Klinische psychologie - theorieën en psychopathologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Lange, de, G., 1991, *Hechtingsstoornissen, orthopedagogische behandelingsstrategieën*. Assen: Dekker & Van de Vegt.

Rigter, J., 2002, *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Coutinho.

Rooijendijk, L., 2006, *De mens in thema's, en thematische behandeling van de menselijke levensloop*. Soest: Nelissen.

Scheers, T.F.H. & Minderaa, R.B. In: van Gemert, G.H., & Minderaa, R.B., (red.), 2000, *zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*. Assen: Van Gorcum.

Timmers-Huigens, D., 1992, *Van acht tot twaalf, praktische tips voor de opvoeding*. Nijkerk: Intro.

Veldman, F., 1985, *Haptonomie: wetenschap van de affectiviteit*. Utrecht: Erven J. Bijleveld.

Wijnroks, L., 2006, *Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis, het onderkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: Lemma BV

Artikelen:

Broos, D., 2002, *Verbinden en loslaten in het omgaan met ernstig hechtingsgestoorde kinderen*. In: Antenne, juni 2002, pag. 50 - 55

Henkes, M., & Buitenhuis, J., 1997, *Adoptiekinderen: ontwortelt? Buitenlandse adoptiekinderen in de hulpverlening*. In: Vereniging voor speltherapeuten

Heij, P., 1989, *Ik interesseer mij voor bewegende mensen*. In: lichamelijke opvoeding, nummer 7, 1989, pag. 328 - 332

Lange, de, G., 2001, *Ouders weinig emotioneel betrokken op hun kind*. In: Aan de Hand, juni / juli 2001, pag. 20 - 21.

Molenaar, K., 2005, *Therapie en de hechtingsstoornissen*. In: Hou me vast maar raak me niet aan, juni 2005, pag. 22

Nederlandse Vereniging voor Psychomotorisch Therapeuten, 1995, *Beroepsprofiel Psychomotorisch Therapeut*, speciale uitgave Algemene Leden Vergadering, maart 1995.

Penninga-de Lange, C., 2002, *Gehechtheid - de groeibasis voor je kind*. In: Aan de Hand, oktober 2002, pag. 10 - 12.

Penninga-de Lange, C., 2003, *Hechtingsproblematiek gaat niet altijd gepaard met acting-out- gedrag. Kinderen kunnen ook reageren met heel passief, introvert gedrag*. Dronten.

Sietsma, L., 2001, *Congres Sport en Santé Mentale*, In: Reader Bewegingsagogie en Psychomotorische therapie, 2003-2004.

Internet:

<http://leerlingzorgvo.kennisnet.nl/archief/bijdragen2003/hechtingsstoornissen>

v. Berkel, B., *artikel kennisnet leerlingzorg archief hechtingsstoornissen*, laatst bijgewerkt in juni 2007, geraadpleegd op woensdag 12 november.

<http://www.deknoop.org/> ,

Website opgezet door Stichting de Knoop, ouders van kinderen met een hechtingsstoornis, laatst bijgewerkt in september 2008, geraadpleegd op donderdag 13 november 2008.

<http://psy.cc/5901.php/> ,

Roose, K., *artikel genaamd 'Overdrachtsfenomenen'*, laatst bijgewerkt op 8 september 2004, geraadpleegd op donderdag 13 november 2008.

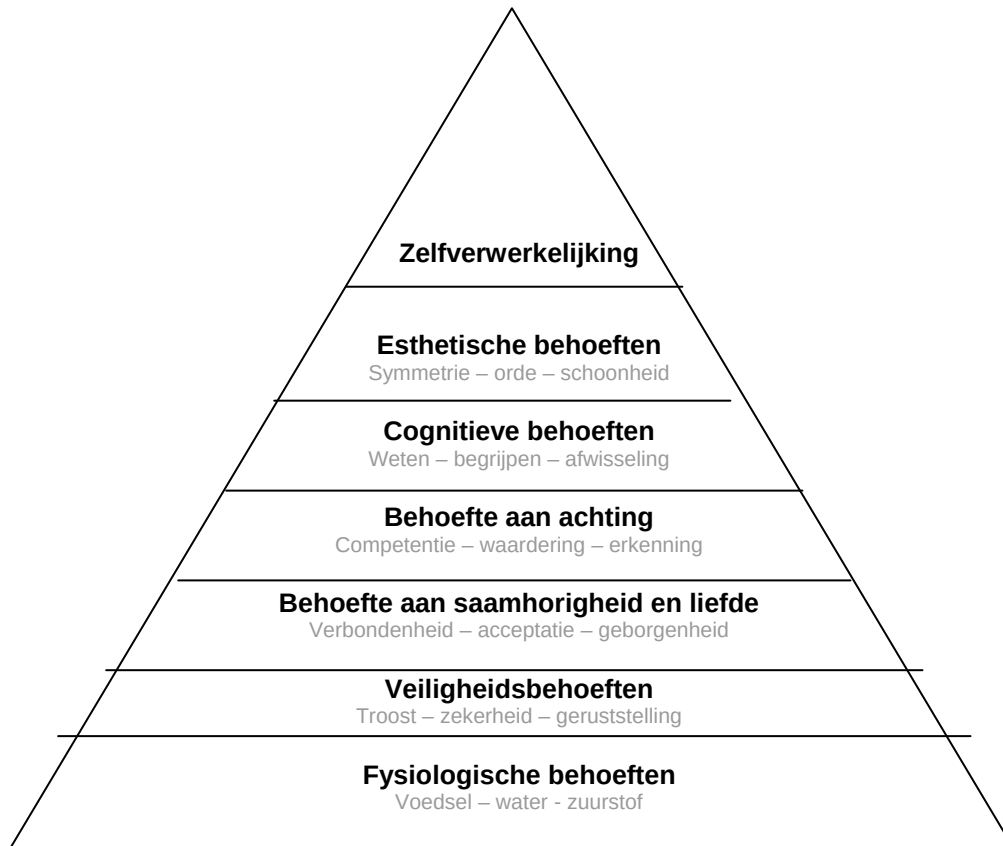
<http://www.uvv.be/uvv5/pub/cante/hulp/pdf/04HULP.PDF> ,

Maes, J., *de hulpverlener: tussen afstand en nabijheid*, laatst bijgewerkt in juni 2006, geraadpleegd op vrijdag 14 november 2008.

9. Bijlagen

9.1. Behoeftehiërarchie van Maslow

De behoeftehiërarchie van Maslow stelt dat de mens zoekt naar de bevrediging van behoeften en dat deze behoeftebevrediging in een bepaalde volgorde plaatsvindt. “Lager-niveau” behoeften moeten eerst worden bevredigd, voordat een “hoger-niveau” behoefte het gedrag activeert en stuurt.



Behoeftes hiërarchie van Maslow (van der Molen, 1997)

9.2. Hanteren van tegenoverdracht

Tegenoverdracht kan zeer storend werken in de therapie. We zijn vaak meer geneigd te handelen vanuit onze behoeften dan door de groeibehoeften van de cliënt zelf. Toch is het ook de behoefte van de therapeut dat het de cliënt beter zou vergaan, zo heb je op lange termijn immers de meeste beroepsbevrediging. Als ons onderbewuste ons inspireert tot gedrag dat minder geschikt is voor de groei van de cliënt, dan is dit een neurotische situatie. Je verkiest, op fantasmatische gronden, een voordeel op korte termijn ten nadele van een voordeel op lange termijn. Het principe van de oplossing is dat je moet proberen je bewust te worden van je werkelijke voordeel.

Vaak is een bewust worden van het feit dat wij bezig zijn voor onszelf voldoende om een reactie van schaamte of uitdaging uit te lokken, waardoor je gemotiveerd wordt een minder egocentrische oplossing te kiezen. Supervisie kan sterk helpen bij dit bewust worden. Verder is een goede kennis van de groeiewegen waarlangs de cliënt zich moet ontwikkelen: de fasen die hij moet doorlopen, de zaken die hij achtereenvolgens moet bewust worden, van belang.

Tegenoverdracht speelt des te meer een rol naarmate ons inzicht in het groeiproces van de cliënt beperkter en vager is. Dit is vaak het geval bij beginnende therapeuten. Want dan hangt alles slechts af van de inspiratie van het ogenblik, en hierbij zijn we natuurlijk erg gevoelig voor het spel van onbewuste tegenoverdrachtsbehoeften.

Je reageert onbewust en onvermijdelijk op de overdracht van de cliënt tegenover je. Als je gevoelig bent voor de gevoelsmatige reactie die zich in je afspeelt, dan kan je dit helpen bij het herkennen van het persoonlijkheidstype, en de soort relationele problematiek van de cliënt. Dit op voorwaarde dat je inzicht hebt in je eigen persoonlijkheidstype, dat wil zeggen je eigen onverwerkte problemen, je eigen neurotische trekken of fantasieën. Heb je bijvoorbeeld sterke autoritaire trekken, dan kun je binnen therapie meegaan met cliënten die neigen tot afhankelijkheid.

Deze tegenoverdrachtsreactie, als spontane reactie op de gedragingen van de cliënt, kunnen aangewend worden als therapeutisch middel, om de cliënt duidelijk te maken wat hij in de omgeving uitlokt aan bijvoorbeeld pijnlijke, vernederende gevoelens. Omgekeerd kunnen de therapeutische gevoelens en reacties die afwijken van wat de omgeving doorgaans doet, de cliënt een nieuwe leerervaring bezorgen. Ook is het veranderen van de tegenoverdracht in de loop van de therapie een mogelijke aanwijzing dat er in het proces van de cliënt een evolutie komt. De cliënt kan gaan proberen bij jou een positieve reactie uit te lokken. Dit kan voor hem een krachtige motivatie tot groei zijn.

Tenslotte leert het fenomeen tegenoverdracht je enorm veel over jezelf, als je daar open voor staat. Het ervaren en duiden van die tegenoverdracht (met behulp van bijvoorbeeld supervisie) kan je helpen bewust te worden van je eigen neurotische manier van functioneren, je eigen onverwerkte problemen, etc.

De tegenoverdrachtsreacties kunnen verschillende concrete vormen aannemen. In de praktijk is het vooral nuttig onderscheid te maken tussen:

- *Onbewuste uitingen van tegenoverdracht*

Daarbij zijn wij ons niet bewust van het ogenblik zelf. Zodra we ons bewust worden van deze onbewuste invloeden, moeten we er werk van maken: bewuster worden, eerdere therapiesituaties opnieuw bekijken, veronderstellen dat de invloed er hoe dan ook aanwezig is en het vervolgens proberen te herkennen, ter sprake brengen in supervisie en fantaseren over alternatieve, betere reacties in dergelijke situaties.

- *Bewuste uitingen van tegenoverdracht*

Deze kunnen we ter sprake brengen met de cliënt, of niet. In het laatste geval kan het zijn dat de cliënt het toch merkt, of niet. Dit is ten eerste afhankelijk van de leeftijd en het niveau van de cliënt. Ook kan het ter sprake brengen meestal alleen in rijpere therapiesituaties. Soms kan het wel in het begin gebeuren, om situaties bijvoorbeeld te deblokken, maar doorgaans komt een dergelijke openheid te bedreigend over voor de cliënt, die verwacht dat hij in de therapie centraal zal staan, en die nog niet kan begrijpen dat het bespreken van de eigen gevoelsmatige reacties van de therapie ook voor hem zeer verrijkend kan zijn. Het kan zijn dat analoge gevoelens waarschijnlijk ook in zijn omgeving plaats vinden, maar dan zonder dat men hem daarover inlicht.

De tegenoverdrachtsreacties niet bespreken, en hopen dat de cliënt ze niet merkt, terwijl hij het toch doet, werkt doorgaans ondermijnend voor het vertrouwen in de therapeut en kan niet lang volgehouden worden. De cliënt beleeft het als een verwerping, of als een vorm van incompetentie. In andere gevallen doorziet de cliënt het niet, maar stimuleert men verkeerde fantasieën bij hem, zoals schuldgevoelens, minderwaardigheidsgevoelens of verliefdheidsgevoelens.

Binnen psychomotorische therapie kun je deze bewuste tegenoverdracht duidelijk maken, door tegenspel te bieden dat hierop gericht is. Dit is natuurlijk afhankelijk van het doel dat je wilt bereiken met deze interventie. Tegenoverdracht kan onmogelijk vermeden worden. Het is er gewoon altijd. Je kunt alleen proberen je er zoveel mogelijk van bewust te zijn zodat je het tijdig kunt doorzien en corrigeren