



Slaapverwekkend???

*Mogelijkheden van psychomotorische therapie bij
LVG-jongeren met slaapproblemen*

*Afstudeerscriptie Bewegingsagogie &
psychomotorische therapie*

Gerrie Hettinga

Klas 4BB

Scriptiebegeleider: Jeannette Verhoeven

Scriptiebeoordelaar: Sandra Verbeeten

Juli, 2008

'Slaap is niet een eenvoudige toestand van rust, maar een specifiek verschijnsel met zijn eigen, noodzakelijke functies.'
(Alan J. Hobson)

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie die ik heb geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding bewegingsagogie & psychomotorische therapie aan Hogeschool Windesheim, te Zwolle.

Het uitvoeren van dit onderzoek en het schrijven van dit verslag was niet mogelijk zonder de hulp van een aantal mensen. Ik wil dit voorwoord graag gebruiken om die mensen te bedanken.

Als eerste wil ik mijn scriptiebegeleider Jeannette Verhoeven bedanken voor al haar tijd en energie die ze in mijn scriptie heeft gestoken. Door haar kritische feedback en haar nuttige tips heeft ze me goed op weg geholpen met deze scriptie.

Daarnaast wil ik graag Willy Roodhof en Martijn Hulst bedanken voor het meedenken en vooral voor alle goede adviezen die ze mij gegeven hebben.

Tenslotte wil ik graag Judith Hukema bedanken. Zij was tijdens dit hele proces een goede steun en ze heeft meerdere malen een kritische blik op mijn scriptie geworpen.

Gerrie Hettinga
Zwolle, juli 2008

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Inleiding | 5 |
| Verantwoording vraagstelling | 6 |
| Hoofdstuk 1. Licht verstandelijk gehandicapte jongeren. | 7 |
| 1.1 Wat zijn LVG-jongeren..... | 7 |
| 1.2 Beschrijving van licht verstandelijk gehandicapte jongeren..... | 8 |
| 1.3 Het functioneren van licht verstandelijk gehandicapte jongeren..... | 9 |
| Hoofdstuk 2. Slaapproblemen bij LVG-jongeren | 10 |
| 2.1 Slaapproblemen..... | 10 |
| 2.2 Oorzaken slaapproblemen..... | 11 |
| 2.3 De vicieuze cirkel..... | 13 |
| Hoofdstuk 3. Casus | 14 |
| 3.1 Classificerende diagnostiek | 14 |
| 3.2 Hermeneutische/ kritische diagnostiek | 14 |
| Hoofdstuk 4. Theoretische achtergronden bij psychomotorische therapie bij LVG-jongeren met slaapproblemen..... | 16 |
| 4.1 Wat is psychomotorische therapie | 16 |
| 4.2 Psychomotorische therapie bij LVG-jongeren | 17 |
| 4.3 Theoretische kaders | 17 |
| 4.4 Therapeutische attitude vanuit het theoretisch kader..... | 18 |
| 4.5 Methodiek | 18 |
| Hoofdstuk 5. Psychomotorische therapie bij LVG-jongeren met slaapproblemen | 19 |
| 5.1 Psychomotorische therapie bij LVG-jongeren met slaapproblemen..... | 19 |
| 5.2 Psycho-educatie | 19 |
| 5.3 Lichaamsgericht werken | 20 |
| 5.4 Transfer | 22 |
| Conclusie en aanbevelingen | 23 |
| Conclusie..... | 23 |
| Aanbevelingen..... | 24 |
| Literatuurlijst..... | 25 |
| Bijlagen..... | 26 |

Inleiding

Deze scriptie heeft als onderwerp de mogelijkheden van psychomotorische therapie bij de behandeling van slaapproblematiek van licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Tijdens mijn stage op het orthopedagogisch centrum 'Jan Pieter Heije' ben ik in aanraking gekomen met licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Naast een verstandelijke beperking was er bij deze jongeren sprake van opvoedings- en/of gedragsproblematiek. Veel voorkomende problemen waren ADHD, autisme, hechtingsstoornis en agressieregulatieproblematiek. Voor mij allemaal relatief bekende begrippen. Halverwege mijn stage kreeg ik te maken met een jongere met slaapproblemen. Dit was voor mij minder bekende problematiek.

De slaapproblematiek van één jongere raakte mij dusdanig dat ik er meer over wilde weten. Ik ben literatuur gaan lezen en ik raakte daardoor zo geboeid door dit onderwerp dat ik er voor koos om mijn scriptie hierover te gaan schrijven.

Ik wilde gaan onderzoeken hoe psychomotorische therapie een bijdrage kan leveren aan de behandeling van slaapproblemen bij jongeren met een licht verstandelijke handicap. Hieruit is de volgende vraagstelling ontstaan:

Kan psychomotorische therapie een bijdrage leveren aan de behandeling van slaapproblematiek bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren, en zo ja, welke bijdrage kan dan geleverd worden.

Deze scriptie is als volgt opgebouwd:

In hoofdstuk 1 richt ik mij op licht verstandelijk gehandicapte jongeren in het algemeen. Ik geef antwoord op de vraag: "Wat is de definitie van een licht verstandelijk gehandicapte jongere?"

In hoofdstuk 2 komen de slaapproblemen aan de orde. Hier zal ik de verschillende slaapproblemen benoemen zoals ze voorkomen bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren en de mogelijke oorzaken hiervan.

Vervolgens komt in hoofdstuk 3 een casus als weerspiegeling van de praktijk.

Hoofdstuk 4 gaat over de theoretische achtergronden die horen bij deze vorm van behandeling.

In hoofdstuk 5 komt de daadwerkelijke behandeling aan de orde.

Tot slot zal ik uit al deze informatie een conclusie trekken en aanbevelingen doen.

Ik wens u veel plezier bij het lezen van deze scriptie.

Verantwoording vraagstelling

Mijn eindstage van de opleiding bewegingsagogie & psychomotorische therapie heb ik gelopen op het Jan Pieter Heije centrum in Oosterbeek. Dit is een orthopedagogisch centrum voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren met gedragsproblemen en een achterstand in hun ontwikkeling.

Aan het begin van mijn stage kreeg ik Mark (gefingeerd) in therapie. Zijn hulpvraag was grenzen herkennen en grenzen op een adequate manier aangeven.

Tijdens een gesprek met de persoonlijk begeleider van Mark, kwam naar voren dat Mark slaapproblemen had. Marks groepsleiding wou hem hiervoor medicatie geven, maar omdat zijn moeder tegen het geven van medicatie was, werd er niks aan zijn slaapproblemen gedaan.

Dit verbaasde mij. Slapen is zoiets essentieels. Het is voor iedereen van levensbelang. Een gebrek aan slaap bemoeilijkt het leren en heeft een negatieve invloed op het gedrag. Hoe kunnen ze dat zo naast zich neerleggen?

Nadat ik hier en daar wat rond had gevraagd bleken er op de instelling meer jongeren te zijn met slaapproblemen. Ook in deze gevallen was medicatie de enige vorm van behandeling die werd aangeboden.

Het verbaasde mij dat bij slaapproblemen medicatie de enige behandelvorm is die op deze instelling werd aangeboden.

Door deze casus is mijn interesse in slaapproblemen ontstaan. Het heeft me er toe aangezet mij meer te verdiepen in slaapproblemen bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Ik was benieuwd naar wat voor slaapproblemen er zijn en wat psychomotorische therapie hierbij kan betekenen voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren, omdat ik denk dat er meer gedaan kan worden dan alleen het geven van medicatie.

Deze vragen hebben geleid tot een concrete vraagstelling voor deze scriptie:

Kan psychomotorische therapie een bijdrage leveren aan de behandeling van slaapproblematiek bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren, en zo ja, welke bijdrage kan dan geleverd worden.

Door middel van literatuuronderzoek en mijn ervaring in de praktijk heb ik geprobeerd een zo compleet mogelijk antwoord te geven op deze onderzoeksvraag.

Hoofdstuk 1. Licht verstandelijk gehandicapte jongeren.

1.1 Wat zijn LVG-jongeren

De definitie van 'verstandelijke handicap' is in door de jaren heen veel veranderd. In het begin was het een definitie die enkel gebaseerd was op het intelligentie quotiënt (IQ). Tegenwoordig wordt er in de definitie ook gesproken over adaptief gedrag en behoefte aan ondersteuning. Een laag IQ (lager dan 70/75) is wel een voorwaarde, maar niet voldoende voor de diagnose 'verstandelijke handicap'. Het doel van deze wijziging van de definitie is een goede aansluiting van zorg op de zorgbehoefte.

In de DSM IV TR (Koster van Groos, 2001, pag. 82) luidt de beschrijving van zwakzinnigheid als volgt:

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 verstandelijksignificant 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 jaar.

Daarin is de grens van intellectueel vermogen (IQ) van 70 à 75 aangehouden. Het IQ wordt hierbij gemeten met een intelligentietest. Bij zeer jonge kinderen is een klinische beoordeling nodig.

In de DSM-IV is het niveau van intellectueel functioneren als volgt onderverdeeld:

- Lichte zwakzinnigheid: Niveau IQ 50/55 tot ongeveer 70;
- Matige zwakzinnigheid: Niveau IQ 35/40 tot 50/55;
- Ernstige zwakzinnigheid: Niveau IQ 20/25 tot 35/40;
- Diepe zwakzinnigheid: Niveau IQ lager dan 20/25.
- Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd: Indien er een sterk vermoeden van zwakzinnigheid bestaat, maar de intelligentie van de betrokken niet te testen is met standaard intelligentietest.
(DSM-IV-TR, 2001, p. 82-83)

In mijn scriptie zal ik mij beperken tot jongeren die vallen in de categorie lichte zwakzinnigheid. Ik gebruik echter vanaf nu de term licht verstandelijk gehandicapt (LVG) in plaats van lichte zwakzinnigheid. Hier kies ik voor omdat de term lichte zwakzinnigheid in de praktijk nauwelijks gebruikt wordt.

Deze scriptie gaat over de doelgroep jongeren met een licht verstandelijke handicap. In deze scriptie bedoel ik met jongeren, mensen met de leeftijd tussen de vier en achttien jaar. Ik heb voor deze categorie gekozen omdat de slaapproblematiek van kinderen onder de vier jaar van andere orde is.

1.2 Beschrijving van licht verstandelijk gehandicapte jongeren

Zoals ik al beschreven heb bij de definitie van LVG jongeren is niet alleen een lager IQ een kenmerk van deze doelgroep. Om een vollediger beeld te geven van LVG-jongeren zal ik deze doelgroep omschrijven via het LECS-model. In het LECS model worden lichamelijke, emotionele, cognitieve en sociale kenmerken beschreven. Dit model en het lagere IQ vormen samen een compleet overzicht van de kenmerken van LVG-jongere.

Lichamelijke kenmerken

Bij LVG-jongeren kun je over het algemeen aan de buitenkant niet zien dat ze een verstandelijke handicap hebben. Er zijn geen specifieke uiterlijke kenmerken.

Emotionele kenmerken

Omdat er aan de buitenkant niet te zien is dat LVG-jongeren een handicap hebben, worden ze vaak overvraagd. Dit levert veel frustraties op. Deze frustraties worden vaak geuit door ernstige verbale agressie of door automutilatie. Daarnaast vinden LVG jongeren het over het algemeen lastig om hun gevoelens te herkennen en hier betekenis aan te geven

Cognitieve kenmerken

- LVG- jongeren hebben een IQ tussen de 50/55 en 70.
- Leren het beste door veel herhaling en visuele voorbeelden. Ze denken en leren meer situatiespecifiek dan abstract.
- Moeite om oorzaak – gevolg te overzien.
- De taal wordt vaak letterlijk genomen. Hierdoor worden woordgrapjes of dubbele boodschappen vaak niet begrepen.
- Concentratieproblemen.

Sociale kenmerken

Op sociaal gebied lopen LVG-jongeren vaak tegen problemen aan. Deze problemen komen vooral doordat ze door de omgeving vaak overvraagd worden en doordat deze jongeren het vaak lastig vinden om hun eigen, maar ook de grenzen van de ander, te herkennen.

Sociale kenmerken die vaak voorkomen zijn:

- Moeite met het aanpassen aan een ander of aan een nieuwe situatie.
- Moeite met het op een adequate en passende manier contact maken met anderen.
- Daarnaast zie je dat LVG-jongeren vaak uit een pedagogisch minder onderlegd milieu komen. Hierbij zijn de mogelijkheden om tot een goede ontwikkeling te komen niet ideaal.

1.3 Het functioneren van licht verstandelijk gehandicapte jongeren

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 verlopen. De sociaal-emotionele ontwikkeling loopt achter op de cognitieve ontwikkeling.

Došen (1990) gebruikt een indeling die Piaget 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.

Hoofdstuk 2. Slaapproblemen bij LVG-jongeren

2.1 Slaapproblemen

Er is veel literatuur over slaapproblemen en slaapstoornissen. In deze literatuur worden de termen slaapstoornis en slaapprobleem veelvuldig door elkaar gebruikt, en zijn er veel verschillende definities van deze termen te vinden. Ook op de vraag wanneer je bij jongeren van een slaapstoornis mag spreken, heeft de wetenschap nog geen eenduidig antwoord.

Om toch een beeld te geven van de verschillende slaapstoornissen, beschrijf ik hieronder de slaapstoornissen zoals deze staan omschreven in de DMS-IV-TR.

In de DSM worden de slaapstoornissen in twee groepen onderverdeeld, de dyssomnia's en de parasomnia's. Slaapproblemen die betrekking hebben op de hoeveelheid, kwaliteit of timing van de slaap behoren tot de dyssomnia's. Bij parasomnia's treden er abnormale verschijnselen of gedragingen op tijdens de slaap.

Dyssomnia's

- *Primaire insomnia*
De voornaamste klachten zijn moeite met inslapen of doorslapen of niet uitgerust zijn na de slaap, gedurende ten minste één maand.
- *Primaire hypersomnia*
De voornaamste klacht is overmatige slaperigheid gedurende ten minste één maand (of korter indien recidiverend) zoals blijkt uit ofwel verlengde slaapepisodes ofwel bijna dagelijks voorkomende slaapepisodes overdag.
- *Narcolepsie*
Onweerstaanbare aanvallen van een verkwikkende slaap die dagelijks voorkomen gedurende tenminste drie maanden.
- *Slaapgebonden ademhalingsstoornis*
Slaapontregeling, leidend tot overmatige slaperigheid of insomnia, die beschouwd wordt als een gevolg van een slaapgebonden ademhalingsstoornis (bijvoorbeeld obstructie, centraal slaapapneu syndroom of centraal alveolair hypoventilatiesyndroom).
- *Slaapstoornis gebonden aan de circadiane ritmiek*
Een aanhoudend of recidiverend patroon van ontregeling van de slaap dat leidt tot overmatige slaperigheid of insomnia en dat het gevolg is van het niet in overeenstemming zijn van het slaap-waak-ritme dat door de omgeving van betrokkene vereist wordt en zijn of haar circadiane slaap-waak-patroon.
- *Dyssomnia, Niet Anderszins Omschreven*
De categorie 'dyssomnia, niet anderszins omschreven' dient voor de insomnia's, hypersomnia's of slaap-waak stoornissen gebonden aan de circadiane ritmiek die niet voldoen aan de criteria van enige specifieke dyssomnia

Parasomnia's.

- *Nachtmerries*
Herhaaldelijk wakker worden in de belangrijkste slaaperiode of tijdens dutjes, met gedetailleerde herinneringen aan lange en buitengewoon angstaanjagende dromen, doorgaans met bedreiging van het leven, de veiligheid of de eigenwaarde als inhoud. Het ontwaken komt meestal in de tweede helft van de slaaperiode voor.
- *Pavor nocturnus*
Recidiverende episodes van plotseling wakker worden, meestal tijdens het eerste derde deel van de belangrijkste slaaperiode en beginnend met een paniekerige schreeuw.

- *Slaapwandelen*
Recidiverende episodes van uit bed komen tijdens de slaap en rondlopen, meestal tijdens de eerste derde deel van de belangrijkste slaapperiode.
- *Parasomnia, Niet Anderszins Omschreven*
De categorie 'parasomnia, niet anderszins omschreven' dient voor stoornissen die gekenmerkt zijn door abnormaal gedrag of fysiologische gebeurtenissen tijdens de slaap of overgang van slapen naar waken, maar die niet voldoen aan de criteria van een meer specifieke parasomnia.

2.2 Oorzaken slaapproblemen

In de literatuur is een verscheidenheid aan oorzaken van slaapproblemen te vinden. Ik richt me hier specifiek op de oorzaken zoals deze voorkomen bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren

Net zoals bij normaal begaafde leeftijdsgenoten zijn ook bij licht verstandelijk gehandicapten goede slaapgewoonten en een goede slaaphygiëne bij uitstek de maatregelen om slaapklasten te voorkomen. Met een goede slaaphygiëne worden de situaties en handelingen bedoeld, die een ononderbroken en efficiënte slaap bevorderen. Een goede 'slaapomgeving' is van cruciaal belang. Om goed te kunnen slapen moet je je veilig en geborgen voelen in je slaapomgeving.

Voor LVG-jongeren, een doelgroep die veel baat heeft bij structuur en regelmaat, betekent dit dat ze zoveel mogelijk op vaste tijden naar bed zouden moeten gaan en gewekt moeten worden.

Dit is een belangrijk aandachtspunt bij jongeren die intramurale zorg krijgen. Op woongroepen zie je vaak terug dat het tijdstip van slapengaan niet of onvoldoende is afgestemd op de individuele slaapbehoeften van de bewoners.

Bij het bespreken van de oorzaken kun je de slaapstoornissen globaal in vier groepen verdelen:

1. Bij stoornissen met het in- en doorslapen, kan er onderscheid worden gemaakt tussen verstoring door interne factoren en externe factoren.
De *interne factoren* zijn psychologisch of lichamelijk van aard. Je moet hierbij denken aan de volgende oorzaken:
 - *Eenzaamheid*
Er zijn veel levensgebeurtenissen die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van slaapproblemen. De levensgebeurtenissen zorgen voor eenzaamheid en maken het soms moeilijk om alleen dingen te ondernemen. Toch is het voor een goede nachtrust belangrijk om actief te blijven.
LVG jongeren vallen vaak net buiten de boot wat betreft verenigingen en clubs. Ze kunnen vaak niet mee draaien met de reguliere verenigingen, maar ze voelen zich over het algemeen ook niet thuis in de verschillende verenigingen speciaal voor verstandelijk gehandicapte mensen.
 - *Pijn*
Pijn is een belangrijke oorzaak van slaapproblemen. Pijn kan er voor zorgen dat inslapen moeilijker wordt en dat men 's nachts moeilijk kan doorslapen
 - *Depressiviteit*
Depressiviteit is een milde vorm van depressie. Bij depressiviteit is er sprake van een algemeen gevoel van malaise. Depressiviteit en slaapproblemen versterken elkaar. Enerzijds kan depressiviteit een oorzaak zijn van slaapproblemen. Anderzijds versterkt het gebrek aan slaap de neerslachtigheid van de depressiviteit.

- *Angst*
Angst voor de duisternis, angst voor inbrekers of angst voor monsters. Allemaal bekende angsten die jongeren kunnen weerhouden om ontspannen te kunnen slapen. Deze angsten kunnen zorgen voor verhoogde hartslag, gespannen spieren, versnelde ademhaling en zorgelijke gedachtes. Zowel lichamelijk als geestelijk raken de jongeren geactiveerd door angst. Angst belemmert de slaap, omdat slaap alleen kan optreden als we lichamelijk en geestelijk ontspannen zijn.
- *Frustratie*
LVG-jongeren worden doorgaans vaak overvraagd. Dit levert veel frustraties op, waar sommige jongeren niet goed mee om weten te gaan. Als er niks met deze frustraties gedaan worden, zou dit kunnen leiden tot slaapproblemen

Met *externe factoren* word bedoeld:

- Lawaai
 - Ploegendiensten
 - Voeding
2. Bij slaapproblemen die te maken hebben met te veel slapen (narcolepsie, slaapaneu) is er altijd sprake van een lichamelijke oorzaak.
 3. Bij stoornissen in het slaap-waak-ritme is er een verstoring van de biologische klok. Dit kan zowel een interne als externe oorzaak hebben.
Bij *interne factoren* gaat het om een vertraagde- of een vervroegde-slaapfasesyndroom. Bij het vertraagde-slaapfasesyndroom ligt het gebruikelijke tijdstip van inslapen uren later dan het gewenste inslaapmoment, waardoor de jongere 's ochtends moeilijk wakker is. Bij een vervroegde-slaapfasesyndroom is het omgekeerde het geval: het gebruikelijke moment van inslapen ligt uren vroeger dan het gewenste inslaapmoment. *Externe factoren* zijn een onregelmatige levenswijze, ploegendiensten, jetlags.
 4. Slaapproblemen die tijdens de slaap optreden, zoals nachtmerries, slaapwandelen en pravor nocturnus, hebben voornamelijk lichamelijke oorzaken.
Er wordt aangenomen dat pravor nocturnus te maken heeft met het rijpingsproces van de hersenen. Wanneer de hersenen en het slaappatroon van de jeugdige gerijpt zijn, gaan de angsten vanzelf over. Echter stress en moeheid kunnen pravor nocturnus versterken.
Nachtmerries hebben zowel lichamelijke als psychische oorzaken. Een lichamelijke oorzaak is bijvoorbeeld hoge koorts. Bij psychologische redenen kun je denken aan trauma of stress.

2.3 De vicieuze cirkel

Als laatste is het belangrijk op te merken dat ‘moeilijke slapers’, ongeacht de oorzaak of doelgroep, vaak in een vicieuze cirkel terecht komen. Aanvankelijk was er waarschijnlijk een duidelijke aanleiding voor de slaapproblemen, maar gaandeweg is de aanleiding weg of hebben de emotionele problemen hun scherpe kanten verloren, maar toch blijft de slaapprobleem bestaan.



Figuur 1 Vicieuze cirkel van slapeloosheid.

Het slechte slapen roept gevoelens van angst en frustratie op: “Als ik nu niet slaap, kan ik me morgen niet goed concentreren”. Dit piekeren en malen, ook wel psychologische overactiviteit genoemd, leidt tot lichamelijke spanning en fysiologische overactiviteit (versnelde hartslag en snellere ademhaling). Dit leidt vaak tot verkeerde slaapgewoontes zoals extra lang op bed blijven liggen, overdag gaan slapen of het gebruik van alcohol of slaappillen. Deze verkeerde gedragingen houden het slechte slapen in stand, waardoor de cirkel rond is.

Hoofdstuk 3. Casus

Vanaf het begin van mijn stage heb ik Mark (gefingeerd) in therapie gehad. Mark heeft zelf bij de groepsleiding aangegeven dat hij graag therapie wou hebben. Hij vond het, zoals hij zelf zei, vervelend dat hij niet met andere leeftijdsgenoten kon samenspelen.

Mark had de volgende behandeldoelen binnen de PMT:

- Het bewust worden en leren hanteren van lichaamssignalen.
- Bewust worden en kenbaar maken van grenzen, wensen en meningen.

In de volgende paragrafen zal ik deze casus nader toelichten.

3.1 Classificerende diagnostiek

Classificatie volgens DSM-IV-TR:

As I: Autistische stoornis (??)

AS II: Lichte zwakzinnigheid

AS III: -

As IV: Problemen in de primaire steungroep.

As V: GAF-score 45

In oktober is een psychologisch onderzoek gedaan bij Mark. Dit waren de uitkomsten van dat onderzoek:

Totaal IQ: 65

Verbaal IQ: 65

Performaal: 68

3.2 Hermeneutische/ kritische diagnostiek

Mark is een jongen van 10 jaar. Hij ziet er conform zijn kalenderleeftijd uit. Mark woont op dit moment drie jaar op het orthopedagogisch centrum Jan Pieter Heije.

De ouders van Mark zijn vijf jaar geleden gescheiden. Na de scheiding heeft de moeder van Mark de volledige zorg van Mark op zich genomen. Moeder vond dat de vader geen recht meer had om zijn zoon te zien. Hierin heeft Mark zelf geen inbreng gehad. Vader heeft zelf echter op geen enkele manier contact gezocht.

Moeder heeft na de scheiding veel wisselende relaties gehad. De meeste relaties hebben allemaal een korte periode bij moeder in huis gewoond.

Mark heeft één zusje en twee stiefbroertjes. De band die Mark met zijn zusje heeft is zichtbaar beter dan de band met zijn stiefbroers.

Moeder is zwakbegaafd en mede daardoor kon ze snel na de scheiding de opvoeding van Mark niet meer alleen aan. Het gezin komt vanaf dat moment met allerlei hulpverleningsinstanties in aanraking. Al snel blijkt dat, ook met hulp, moeder niet in staat is om Mark een goede opvoeding te geven. Mark wordt daarom in 2005 uit huis geplaatst en komt op Jan Pieter Heije wonen.

Mark oogt als een verlegen en onzekere jongen. Als hij in situaties komt waar hij de mensen nog niet (goed) kent, zou hij het liefst ergens in een hoekje wegkruipen. Hij zegt op zulke momenten erg weinig en observeert des te meer.

In één op één situaties laat Mark meer van zichzelf zien. Hij praat volop over dingen die hij leuk vindt. Hij zal echter nooit uit zichzelf vertellen hoe het echt met hem gaat en je hoort hem ook niet spontaan praten over zijn thuissituatie. Als je hier naar vraagt krijg je een kort antwoord.

Mark is een onzekere jongen die veel duidelijkheid en structuur nodig heeft. Als Mark die duidelijkheid niet krijgt, creëert hij die voor zichzelf. Dit uit zich vaak in boos weglopen. Mark doet nauwelijks mee aan groepsactiviteiten en hij lijkt hier ook weinig plezier aan te beleven. Hij speelt af en toe met een vriendje, maar het liefst vermaakt hij zich alleen op zijn kamer.

Naar aanleiding van enkele gesprekken die ik met de persoonlijk begeleider van Mark heb gehad, kwamen de slaapproblemen van Mark aan het licht.

Mark heeft veel moeite met inslapen. Hij gaat altijd rond 20.30u naar bed. Mark geeft aan dat hij het niet erg vindt om naar bed te gaan, maar hij valt gewoon niet in slaap. Als de groepsleiding rond 23.30u bij Mark komt kijken is Mark nog steeds wakker. Volgens eigen zeggen valt hij pas tegen één uur 's nachts in slaap.

De groepsleiding heeft geprobeerd Mark later naar bed te laten gaan, maar ook dan duurde het enkele uren voordat Mark insliep.

Het gevolg van het late inslapen is dat Mark 's ochtends erg moeilijk wakker wordt. Hij moet een paar keer gewekt worden en is niet vooruit te branden.

Hoofdstuk 4. Theoretische achtergronden bij psychomotorische therapie bij LVG-jongeren met slaapproblemen

4.1 Wat is 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.

PMT wordt ingedeeld bij de non-verbale therapieën, wat inhoudt dat PMT voornamelijk doe-gerichte interventietechnieken gebruikt.

Die doe-gerichte interventietechnieken liggen op het gebied van beweging en lichaamservaring. Bij beweging kun je denken aan oefensituaties uit de sport en het bewegingsonderwijs. Bij lichaamservaring gaat het om het concentreren op de ervaring en beleving van het eigen lichaam. Hierbij kun je onder andere denken aan ontspanningsoefeningen, ademhalingsoefeningen, sensory-awareness, bio-energetica etc. Binnen psychomotorische therapie wordt gekeken hoe men met zichzelf, met anderen, met de opdrachten en met het materiaal omgaat.

Het doel van de psychomotorische therapie, zoals die geformuleerd is door de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT), luidt:

"Het tot stand brengen van een gedragsverandering of tenminste een bijdrage te leveren daaraan en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te verminderen." (Basisreader BA-PMT 2004)

De School of Human Movements and Sports omschrijft het doel als :

"Het beïnvloeden van het bewegingsgedrag en/- of de lichaamservaring van de deelnemer met het oog op het tot stand brengen van gedragsveranderingen ten einde integratiemogelijkheden in sociale verbanden te bevorderen." (Basisreader BA-PMT 2004)

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 eenzelfde therapeutische context gecombineerd worden gebruikt. De term therapeutische context staat voor behandeling met betrekking tot psychosociale en psychiatrische problematiek.

De psychomotorische therapie biedt een veilige plek om te experimenteren met ander gedrag. Daarnaast worden er tijdens PMT ook vaak nieuwe ervaringen opgedaan op het gebied van voelen en denken.

PMT is een behandelvorm die geschikt is voor alle leeftijdscategorieën: kinderen, adolescenten, volwassenen en ouderen.

Enkele werkvelden zijn: psychiatrie (psychiatrische ziekenhuizen, dagbehandelingcentra, kinder- en jeugdpsychiatrie etc.), verstandelijk gehandicaptenzorg, psychogeriatric (ouderen), revalidatie, forensische psychiatrie (binnen gevangenis) en verslavingszorg.

4.2 Psychomotorische therapie bij LVG-jongeren

Één van de kenmerken van LVG-jongeren is dat zij, in tegenstelling tot normaal begaafde leeftijdsgenoten, minder inzicht hebben in hun eigen problematiek en in wat er om hen heen gebeurt. Ze denken concreet; hun abstractieniveau is niet of nauwelijks ontwikkeld. PMT sluit hier naadloos bij aan, omdat PMT een therapie vorm is waar gewerkt wordt vanuit concrete situaties, in het hier en nu. Daarnaast sluit PMT goed aan bij deze doelgroep omdat PMT werkt met doe-gerichte interventietechnieken en dus een non-verbaal karakter heeft.

De kracht van PMT ligt in het gegeven dat het een ervaringsgerichte manier van werken is. Doordat LVG-kinderen vooral leren in de praktijk en vanuit ervaringen en de PMT hierbij aansluit, is er bij hen eerder (eerder dan wanneer men in de therapie gericht is op cognitieve vaardigheden) sprake van borging in het lichaam.

4.3 Theoretische kaders

Gedragstherapeutisch kader.

De gedragstherapeutische benadering wordt ook wel het 'behaviorisme' genoemd. Het gaat er vanuit dat gedrag aangeleerd wordt door bepaalde leerprocessen. Belangrijk uitgangspunt van de benadering is dat niet alleen 'normaal' gedrag aangeleerd wordt. Ook 'abnormaal' gedrag ontstaat en blijft bestaan door diezelfde leerprocessen. (Eelen & Perreijn, 1997). Hierbij staat het mens als lerend wezen centraal.

Men gaat ervan uit dat elk gedrag aan te leren of af te leren is, als je maar weet hoe je dit moet aanpakken. De mens wordt gezien als een meetbaar wezen.

De gedragstherapeutische benadering is oefengericht. Het 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. Als therapeut probeer je de optimale stimulus te geven, zodat je de cliënt de juiste vaardigheden aanleert. Hierbij ligt veel verantwoordelijkheid bij de therapeut.

Er zijn veel aspecten van het behaviorisme die belangrijk zijn bij het behandelen van licht verstandelijk gehandicapte jongeren met slaapproblematiek.

Bij het behaviorisme staat de klacht centraal en richt de therapeut zich enkel op de symptomen. Dit komt overeen met de manier van behandelen zoals ik hem omschrijf in hoofdstuk 5.3

Een ander aspect is het inslijpen en oefenen van een ervaring of bepaald gedrag door herhaling. Dit aspect van de gedragstherapeutische benadering staat centraal binnen deze scriptie. Door middel van het veelvuldig herhalen van ontspanningsoefeningen lever je een bijdrage aan het verminderen van de klachten bij de LVG-jongeren.

Tevens zorgt die herhaling voor voorspelbaarheid, iets waar de LVG-jongeren over het algemeen veel behoefte aan hebben.

Het behaviorisme richt zich enkel op het hier en nu en er wordt geoefend met concrete oefeningen en activiteiten. Ook dit is een belangrijk aspect vanuit het behaviorisme omdat LVG-jongeren moeite hebben om situaties met elkaar te vergelijken.

4.4 Therapeutische attitude vanuit het theoretisch kader.

De attitude van de psychomotorisch therapeut bij de behandeling van LVG-ers met slaapproblemen komt voort uit de hierboven beschreven gedragstherapeutische kader. Als therapeut ben je met name sturend en structurerend aanwezig. Vooral het aanbieden van structuur is erg belangrijk bij het behandelen van LVG-jongeren. Zij zijn namelijk zelf niet tot nauwelijks in staat om zelf die structuur te creëren.

De therapeut bepaalt wat er tijdens de therapie gedaan wordt. De therapeut kauwt alles als het ware voor. Vanuit gedragstherapeutisch kader is belangrijk dat je stapsgewijs te werk gaat. Je bouwt je activiteiten op van eenvoudige naar complexere situaties.

4.5 Methodiek

In de psychomotorische therapie wordt gebruik gemaakt van twee methodieken: de lichaamsgerichte methodiek en de bewegingsgerichte methodiek.

De lichaamsgerichte methodieken hebben als uitgangspunt het feit dat het bewegen en lichamelijke altijd samenhangen met het totale functioneren van de persoon, zijn heden, zijn verleden en zijn relatie met zijn omgeving (*reader lichaamsgeoriënteerde methodieken 2004-2005*). Binnen het lichaamsgericht werken wordt het lichaam als aangrijpingspunt gebruikt.

Voor deze scriptie heb ik me uitsluitend gericht op de lichaamsgerichte methodiek.

Hoofdstuk 5. Psychomotorische therapie bij LVG-jongeren met slaapproblemen

5.1 Psychomotorische therapie bij LVG-jongeren met slaapproblemen

Bij de behandeling van slaapproblemen is het belangrijk om eerst na te gaan wat de achterliggende oorzaak is. De psychische oorzaken als eenzaamheid, angst en depressiviteit zijn thema's waar je als PMT-er goed mee aan het werk kan. Het voert voor deze scriptie echter te ver om me te richten op de behandeling van de oorzaken. In deze scriptie richt ik mij vooral op het slaapprobleem zelf, waarmee ik niet wil zeggen dat het behandelen van de oorzaak niet noodzakelijk is. In tegendeel: het werken aan de oorzaak is juist zeer belangrijk. Bij behandeling van slaapproblemen is het wenselijk om een splitsing te maken. Enerzijds moet je als PMT-er werken aan de oorzaken. Bijvoorbeeld als de oorzaken psychisch van aard zijn. Anderzijds is het ook erg belangrijk dat je als psychomotorisch therapeut werkt aan de symptomen, dus het slapen op zich. In deze scriptie zal ik mij vooral richten op de behandeling van de symptomen.

De jongere wil graag behandeld worden voor, onder andere, zijn slaapprobleem. Wanneer men eerst werkt aan de symptomen heeft dat een belangrijk voordeel boven het eerst werken aan de oorzaken. Door eerst te gaan werken aan de symptomen, dus aan het gebrek aan slaap, zorg je ervoor dat het slaapprobleem van de jongere afneemt. De jongere krijgt weer voldoende slaap en krijgt hierdoor weer energie en kracht om te vechten tegen de achterliggende oorzaken van het slaapprobleem.

Als PMT-er kun je de vicieuze cirkel die ik beschreven heb in paragraaf 2.3 (blz.13) op 3 plaatsen door breken. De enige plek waar je hem niet kunt door breken is op het slecht slapen zelf. Slapen is niet ondergeschikt aan je wil en daarom kun je niemand dwingen om in slaap te vallen.

Als je als PMT-er enkel gaat werken aan de symptomen kun je de cirkel op twee punten doorbreken. Namelijk bij verkeerde slaapgewoonten/leefwijze en op het vlak van lichamelijke spanning.

5.2 Psycho-educatie

Op het gebied van verkeerde slaapgewoontes/leefwijze kun je als psychomotorisch therapeut de jongere psycho-educatie geven. Hierbij valt te denken aan het bespreken van goede slaaphygiëne, wat slaapproblemen zijn en hoe ze ontstaan. Door met de jongere te bespreken wat slaap is en wat goede slaapgewoontes zijn, kun je werken aan een goede slaapstijl van de jongere.

Het is hierbij belangrijk om op te merken dat de informatie die je wilt geven helder en concreet moet zijn. Zoals ik heb omschreven in Hoofdstuk 1.2, leren LVG-jongeren het beste door concrete voorbeelden en veel herhaling. Je moet zorgen dat je verbale communicatie aansluit op het taalniveau van de jongeren. Daarnaast moet er ook gewaakt worden voor het feit dat je de jongere niet overlaadt met informatie.

Uit onderzoek is gebleken dat licht verstandelijk gehandicapten op het gebied van fonetische informatieverwerking meer problemen hebben dan normaal begaafden. Bij LVG-ers wordt de informatie minder makkelijk opgeslagen.

5.3 Lichaamsgericht werken

Door middel van lichaamsgericht werken kun je als PMT-er goed inspelen op de lichamelijke spanning van een LVG-jongere. Ontspanning is een belangrijke voorwaarde voor slaap. Met een verhoogde spiertonus of een verhoogde hartslag is het moeilijk om in- en door te slapen. Lichamelijke spanning uit zich op twee manieren: spanning in de spieren en spanning in het autonome zenuwstelsel.

Als de LVG-jongere last heeft van hoge spierspanning tijdens het inslapen is het belangrijk dat de jongere ervaart dat hij zelf de beheersing over zijn spieren heeft. Zo kan hij leren dat hij ook bewust zijn spieren kan ontspannen. Er bestaan verschillende spierontspanningstechnieken; ontspanningsmethodieken waarbij geoefend wordt met het bewust aanspannen en ontspannen van de spieren.

Er zijn verschillende manieren om deze methodieken in te delen. Ten eerste kan er onderscheid gemaakt worden in directe en indirecte ontspanningsoefeningen.

Indirecte spierontspanningsoefeningen

Bij indirecte spierontspanningsoefeningen geldt ontspanning door inspanning. Door middel van lichaamsbewegingen die overeenkomsten vertonen met vluchten of vluchten kun je spierspanning weg nemen of in ieder geval verminderen. Deze techniek werkt goed bij stressvermindering, maar is minder geschikt om te gebruiken ter bevordering van de slaap.

Directe spierontspanningsoefeningen

Directe spierontspanningsoefeningen zijn daarentegen erg geschikt bij het behandelen van slaapproblemen.

John R. Harvey ('Ontspannen kun je leren') omschrijft vier technieken waarbij geoefend wordt met directe spierontspanningsoefeningen:

1. *Systematische spanning-ontspannings techniek*
Bij deze techniek draait het om het selectief spannen en loslaten van verschillende spieren. Je leert je bewust te worden van het gevoel van ontspannen en gespannen spieren.
2. *Differentiële ontspanning*
Bij differentiële ontspanning gaat het om het activeren van de spieren aan één kant van het lichaam, terwijl de spieren aan de andere kant van het lichaam ontspannen en slap blijven. Door je te concentreren op het verschil tussen de actieve en passieve spieren, word je je meer bewust van het verschil tussen spanning en ontspanning.
3. *Geleide ontspanning*
Geleide ontspanning is een subtielere spierontspanningsmethode. Het richt zich minder op het fysiek spannen en ontspannen van de spieren en gebruikt een meer mentaal gerichte benadering.
4. *Roterend bewustzijn*
Bij deze techniek breng je je bewustzijn naar bepaalde punten van je lichaam. Omdat spierverspanning het gevolg is van een gebrek aan bewustzijn, treedt de ontspanning spontaan op wanneer je je met je volledige bewustzijn op die bepaalde spier concentreert.

Bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren zullen de bovenste twee technieken over het algemeen het beste resultaat opleveren. In tegenstelling tot de onderste twee, worden bij de bovenste twee methodes veel gebruik gemaakt van concrete en heldere aanwijzingen. Een aanpak die beter past bij de behandeling van een LVG-jongere.

Voor kinderen zijn er speciale directe spierontspanningsoefeningen ontwikkeld, waarbij meer ingespeeld wordt op de fantasie van de kinderen. Enkele voorbeelden van deze oefeningen zijn terug te vinden in de bijlagen.

Naast spanning van de spieren kan spanning binnen het autonome zenuwstelsel het inslapen en doorslapen vermoeilijken. Het autonome zenuwstelsel controleert en coördineert alle 'automatische' functies van het lichaam zoals hartslag, spijsvertering of ademhaling. Ondanks dat het gaat om automatische en onbewuste functies kun je wel degelijk dit deel van het zenuwstelsel zelf laten ontspannen. Door het autonome zenuwstelsel op een effectieve manier te laten ontspannen kun je ervoor zorgen dat je hartslag vermindert en je ademhaling rustiger wordt. Bij het ontspannen van het autonome zenuwstelsel kun je, net als bij het ontspannen van de spieren, gebruik maken van directe en indirecte methodes.

Indirecte ontspanningstechnieken

Er bestaan twee soorten indirecte ontspanningstechnieken voor het ontspannen van het autonome zenuwstelsel.

1. *Lichaamsbeweging*

Dit komt overeen met de lichaamsbeweging ter bevordering van de spierontspanning en is in mindere mate geschikt voor slaapproblematiek.

2. *Visualisatie*

Bij visualisatie wordt er gewerkt vanuit een samenwerking tussen de emotionele en mentale hersencentra die het autonome zenuwstelsel beïnvloeden. Door het visualiseren van een plezierig beeld, creëer je een aangename emotionele toestand die leidt tot een herstel van het autonome evenwicht.

Beide indirecte ontspanningstechnieken zijn minder geschikt voor de behandeling van slaapproblematiek van LVG- jongeren. Ontspannen door lichaamsbeleving is zoals ik al beschreven heb, meer bedoeld voor mensen die aan het eind van de dag de spanning van zich af willen bewegen.

Bij visualisatie krijgt de jongere allemaal subjectieve aanwijzingen. Het is voor een licht verstandelijk gehandicapte moeilijk om te werken met zulke aanwijzingen. Zij zijn veel meer gebaad bij directe, concrete aanwijzingen.

Directe ontspanningstechnieken

John R. Harvey (ontspannen kun je leren) omschrijft drie technieken waarbij geoefend wordt met directe spierontspanningsoefeningen.

1. *Ademhalingsoefeningen*

Door middel een regelmatige, vloeiende buikademhaling kun je de autonome spanning verminderen. Er bestaan veel verschillende methodes om hier mee te oefenen.

2. *Autogene ontspanning*

Autogene training is een ontspanningsmethode waarbij men zich richt op het kalmeren van het autonome zenuwstelsel. Door het herhalen van speciaal geformuleerde gedachtes ervaar je zwaarte en warmte van het lichaam, waardoor een gevoel van ontspanning optreedt.

3. *Roterend bewustzijn*

Naast de roterend bewustzijnstechniek voor het ontspannen van de spieren, bestaat er ook een roterend bewustzijnstechniek voor het autonome gebied. Hierbij breng je je bewustzijn naar een aantal punten in het lichaam die verband houden met het functioneren van het autonome zenuwstelsel.

De eerste twee genoemde technieken sluiten het beste aan bij de doelgroep van licht verstandelijk gehandicapten. Bij deze twee technieken wordt er gewerkt met concrete opdrachten.

5.4 Transfer

Met transfer wordt de overdracht bedoeld van wat de cliënt leerde in de oefensituatie naar de werkelijkheid van het dagelijks leven. De cliënt ervaart het gezondheidsprobleem in zijn dagelijks leven. Het einddoel is dan ook dat in de dagelijkse situatie het gezondheidsprobleem verholpen is of dat de cliënt een acceptabele manier heeft gevonden het probleem te hanteren.

Voor licht verstandelijk gehandicapte is het veelal moeilijk om de transfer te maken. Ze hebben moeite om datgene wat ze geleerd hebben binnen de therapie te generaliseren naar andere situaties. Ze zullen daarom hulp nodig hebben van hun directe omgeving bij het maken van deze overdracht. Een jongere kan nog zo goed zijn best doen met de ontspanningsoefeningen die hij tijdens de therapie krijgt aangeboden, maar het gaat erom dat hij ze ook daadwerkelijk kan toepassen voordat hij gaat slapen. Ontspannen is iets wat je moet leren en dit leer je het beste door het veel te doen.

Hierbij zijn LVG-jongeren op twee punten afhankelijk. Ten eerste moeten de ontspanningstechnieken elke keer voor het slapen gaan geoefend worden. Het moet een onderdeel worden van het 'slapengaan ritueel'. LVG-jongeren zullen in veel gevallen hieraan herinnert moeten worden door ouders of wel groepsleiding. Er bestaat een grote kans dat de jongeren vergeten hier mee te oefenen, zolang het nog geen vaststaand ritueel is. Dit vergeten moet niet gezien worden als onwil of gebrek aan motivatie, want het is vaak kwestie van onkunde.

Daarnaast zullen ze ook ondersteund moeten worden bij het daadwerkelijk doen van de ontspanningsoefeningen. Normaal begaafde leeftijdsgenoten zullen bij het hebben van slaapproblemen geadviseerd worden de ontspanningsoefeningen uit hun hoofd te leren. Dit is voor het grootste gedeelte van de licht verstandelijk gehandicapte jongeren een te moeilijke opgave. Dus ook hierbij zijn ze afhankelijk van hun nabije omgeving. Groepsleiding, ouders of opvoeders zouden dagelijks met de jongere de technieken moeten gaan oefenen. Een andere oplossing zou zijn om de oefeningen in te spreken op een cd, zodat de jongere de oefening 's avonds voor hij wil gaan slapen kan afluisteren.

Zoals hierboven geschetst zijn LVG-jongeren met slaapproblematiek bij hun behandeling afhankelijk zijn van hun omgeving. Daarom is het goed om deze omgeving ook te betrekken bij de therapie. Het is goed dat ouders, opvoeders of groepsleiding op de hoogte zijn van hoe er aan het slaapprobleem van de jongere gewerkt wordt, zodat ze waar nodig hier ook op in kunnen spelen en ondersteuning kunnen bieden.

Conclusie en aanbevelingen

Conclusie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vraagstelling die centraal stond in deze scriptie:

Kan psychomotorische therapie een bijdrage leveren aan de behandeling van slaapproblematiek bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren, en zo ja welke bijdrage kan dan geleverd worden.

Bij de behandeling van licht verstandelijk gehandicapte jongeren die slaapproblemen hebben is het van belang om eerst na te gaan of er sprake is van een goede slaaphygiëne: is er een goed bed, is er een vast 'slapen-gaan ritueel', heeft de slaapkamer de juiste temperatuur, etc. Als dit allemaal het geval is moet je als therapeut gaan kijken naar de achterliggende oorzaak van het slaapprobleem. Het zou voor de hand liggen aan deze achterliggende oorzaken te werken. Echter is het bij slaapproblemen bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren wenselijk om juist eerst aan de symptomen te werken, dus aan het gebrek aan slaap. Het behandelen van de directe klachten, is de kortste weg naar het verminderen van slaapproblemen. Doordat het te kort aan slaap bij de jongere afneemt, krijgt de jongere meer energie. Deze energie en kracht kan de jongere goed gebruiken bij het volgen van de therapie die wordt gegeven voor de achterliggende oorzaken van het slaapprobleem.

Als PMT-er kun je op twee manieren een bijdrage leveren aan de behandeling van de slaapproblemen bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Ten eerste kun je werken aan de verkeerde slaapgewoontes/leefstijlen. Door de jongere voor te lichten en te informeren over slaap en slaapproblemen kun je de jongere betere slaapgewoontes leren.

Daarnaast kun je als PMT-er goed inspelen op de lichamelijke spanning van de licht verstandelijk gehandicapte jongere. Door middel van lichaamsgericht werken kun je de jongere leren te ontspannen. Er zijn verschillende technieken waarbij de jongeren geleerd wordt zijn spieren dan wel het autonome zenuwstelsel te ontspannen, zoals te lezen in Hoofdstuk 5.2.

Voor het daadwerkelijk verminderen van de slaapproblemen is het belangrijk dat de jongere het geleerde binnen de therapie meeneemt naar huis of woongroep. Het is echter voor een LVG-jongere moeilijk om deze overdracht te maken. Ze zullen hierbij altijd in meer of mindere mate afhankelijk zijn van hun omgeving. Daarom is voor het goed laten slagen van de therapie belangrijk dat ouders, opvoeders en/of groepsleiding betrokken worden bij de behandeling. Als zij op de hoogte zijn van wat er in de therapie geleerd wordt, kunnen ze de jongere op de juiste manier ondersteunen en begeleiden waar nodig is.

Mijn conclusie is dat psychomotorische therapie een bijdrage kan leveren aan de behandeling van slaapproblematiek bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Dit kan door het behandelen van de symptomen door middel van verschillende ontspanningsmethodieken. Mijn verwachting is dat PMT ook kan bijdragen aan de behandeling van de oorzaken van de slaapproblemen van LVG-jongeren, maar daar is een ander onderzoek voor nodig dan deze scriptie.

Aanbevelingen

De hoeveelheid slaap die een mens krijgt beïnvloedt allerlei dagelijkse processen. Iemand met een licht verstandelijke handicap heeft in het algemeen al meer moeite met deze processen dan een normaal begaafd persoon. Een LVG-jongere die psychomotorische therapie krijgt heeft al zijn energie nodig om de therapie, en het leven, tot een succes te maken. In mijn ogen wordt er daarom te weinig gedaan aan de slaapproblemen van LVG-jongeren. Het geven van medicatie is zeker niet de enige manier van omgaan met slaapproblemen, deze conclusie valt zeker te trekken uit deze scriptie. Er valt nog veel te verbeteren aan de behandeling van slaapproblemen bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren.

In eerste instantie is het goed om mijn literatuuronderzoek te onderbouwen met een praktijkonderzoek, zodat in de praktijk gekeken kan worden naar de effecten van bijvoorbeeld de verschillende ontspanningsoefeningen.

Wanneer dat gedaan is is het goed om een follow-up onderzoek te doen om de effecten op lange termijn te onderzoeken. Het is natuurlijk belangrijk dat de geboekte vooruitgang wat betreft de slaapproblematiek blijvend van aard zijn.

Naast het onderzoeken van de werking van de voorgestelde aanpak is het ook goed om binnen de opleiding bewegingsagogie/psychomotorische therapie meer aandacht te besteden aan slaapproblematiek, zowel aan het ontstaan als de behandeling ervan. Slaapproblemen hebben, zoals gezegd, invloed op allerlei dagelijkse processen. Door de symptomen eerst te bestrijden zal het volgen van therapie naar verwachting beter gaan en dus eenvoudiger voor zowel de cliënt als voor de PMT-er.

Literatuurlijst

Boeken

Curfs, L.M.G., & Didden, R. (2001). *Slaap & slaapproblemen bij verstandelijk gehandicapten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

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.

Harvey, J.R. (2002). *Ontspannen kun je leren: basisboek voor mind, body & spirit*. Vianen: Hous of books.

Klip, E., & Verbeek, I. (2005). *Slapeloosheid*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

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

Ponsioen, A., & Van der Molen, M. (2002) *Cognitieve vaardigheden van licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren*. Enschede: Printpartners Ipskamp

Spruyt, K. (2007). *Slaapproblemen bij Kinderen: Basisgids voor ouders en hulpverleners*. Tiel: Uitgeverij Lannoo

Verheij, F., & Verhulst, F.C. (2006) *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Onderzoek en diagnostiek*. Assen: Van Gorcum

Artikelen

Kuyper, H. (1995). *Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut*. Uit: Basisreader BA-PMT (2003-2004)

Sietsma, L. (2004). *Omschrijvingen psychomotorische therapie*. Uit Basisreader BA-PMT (2003-2004)

Kroef, M. (2000) *Aan slaapproblemen is veel te doen*. Uit: KLIK, maart 2002 18-20

Internet

<http://www.erfelijkheid.nl/documentatie/pdf/pc/pc23.pdf>

<http://home.planet.nl/~braam/slaapuitgebreid.html>

Diversen

Nauta, M. & Scholing, A. (2006) *De dappere kat. Cognitieve gedragstherapie bij kinderen en jongeren met angststoornissen: een protocol van 12 sessies*.

Verschuur, P. (2004-2005) *Lichaamsgeoriënteerde methodieken 1*.
Reader van de opleiding bewegingsagogie en psychomotorische therapie.

Bijlagen

Bijlage 1: Relaxatioefeningen voor kinderen volgens King.
Uit: De dappere kat.

Ontspanningsoefeningen (King)

Relaxatietraining voor kinderen volgens King.

Handen en armen

Stel je voor dat je een sinaasappel in je linkerhand hebt. Knijp er hard in. Probeer alle sap eruit te knijpen. Voel de harde spieren in je hand en arm. Laat nu de sinaasappel vallen. Voel hoe je spieren nu aanvoelen, als ze ontspannen zijn. Neem een andere sinaasappel en knijp erin. Probeer nóg harder te knijpen dan net. Prima. Echt hárd knijpen. Laat de sinaasappel vallen en ontspan. Merk hoe je hand en arm voelen als ze ontspannen zijn.

Armen en schouders

Stel je voor dat je een langharige luie kat bent. Je wilt je uittrekken. Streck je armen recht voor je uit. Beweeg je armen nou omhoog, rek ze boven je hoofd helemaal naar achteren. Voel hoe het trekt in je schouders. Probeer nog hoger te komen. Nu laat je je armen vallen langs je zij. Prima katje.

Nu gaan we opnieuw rekken. Omhoog, boven je hoofd. Trek ze heel hard naar achteren. Trek hard en nu laat je ze plotseling vallen. Goed zo! Merk hoe je schouders nu veel ontspanner aanvoelen. Deze keer maken we een hele grote rekoefening. Probeer het plafond te raken. Rek je armen voor je en dan hoog boven je hoofd. Duw ze naar achteren, nog verder naar achteren. Merk hoeveel spanning je voelt in je armen en schouders. Hou ze goed vast. Prima!

En nou plotseling laat je ze vallen en voel hoe goed het is om te ontspannen. Het voelt goed en warm en lekker en lui.

Schouders en nek

Stel je voor dat je een schildpad bent. Je zit tussen het riet bij een prachtige stelle vijver. Lekker te ontspannen in de warme zon. Je voelt je lekker en warm en veilig hier. Maar uh oh! Je merkt dat er gevaar dreigt. Trek je hoofd in je huis. Probeer je schouders op te trekken tot aan je oren en duw je hoofd in je schouders. Hou goed vast! Het is niet gemakkelijk om als schildpad in je schild te zijn.

Het gevaar is geweken. Je kunt naar buiten komen in de warme zonneschijn en opnieuw kun je ontspannen en de warme zon voelen. Maar pas op nou! Nog meer gevaar! Snel, trek je hoofd terug in je huis en hou het vast! Je helemaal in elkaar trekken om jezelf te beschermen. Ok, nou kun je weer ontspannen. Breng je hoofd maar weer naar buiten en laat je schouders ontspannen.

Merk hoeveel beter het voelt om ontspannen te zijn dan helemaal gespannen.

Nou nog een keertje! Gevaar! Trek je hoofd in. Duw je schouders naar je oren en houd goed vast. Laat zelfs geen klein stukje van de hoofd buiten het schild komen. Hou vast. Voel hoe gespannen je nek en je schouders zijn. Prima. Nou kun je eruit komen. Het is weer veilig. Ontspan en voel je lekker in je veiligheid. Er is geen gevaar meer, niks om je druk over te maken, niks om bang voor te zijn, je voelt je goed.

Kaken

Je hebt een enorme kauwgombal in je mond. Heel moeilijk om op te kauwen. Kauw er eens flink op, heel hard! Laat je nekspieren je helpen. Nou ontspannen. Laat gewoon je kaak loshangen. Merk hoe goed het voelt als je je kaak laat hangen. Ok! Laten we die enorme kauwgombal nog eens aanvallen. Bijt hard! Probeer hem kapot te bijten tussen je tanden. Het is goed zo. Je bent werkelijk bezig die kauwgombal kapot te bijten.

Nou ontspannen. Laat je kaak gewoon hangen. Het voelt goed om je gewoon te ontspannen en niet het gevecht met de kauwgombal te hoeven voeren. Ok, nog eens. We gaan hem werkelijk kapot bijten deze keer. Bijt hard, zo hard als je kan, nog harder. Oh wat doe jij het goed, prima.

Nu ontspannen. Probeer je hele lichaam te ontspannen. Je hebt de kauwgombal verslagen. Laat jezelf helemaal los, net zo los als je kan.

Gezicht en neus

Daar komt een pesterige ouwe mug aan. Hij is op je neus geland. Probeer hem eraf te krijgen zonder je handen te gebruiken. Goed zo. Rimpel je neus. Maak zoveel rimpels in je neus als je kan. Haal je neus op zo hard je kunt. Goed zo, je hebt hem weggejaagd. Nu kun je je neus ontspannen. Oeps, daar komt hij weer. Wip hem eraf,. Rimpel je neus heel hard, hou je neus goed vast. Goed zo. Hij vloog weg. Nu kun je je gezicht ontspannen. Merk dat als je je neus rimpelt, dat je wangen, je mond en je voorhoofd allemaal helpen. Zij worden ook heel strak. Dus als je je neus ontspant, ontspant je hele gezicht ook en dat voelt goed! Deze keer is die ouwe mug teruggekomen. Maar nu zit hij op je voorhoofd. Maak een heleboel rimpels. Probeer hem te vangen tussen je rimpels en hou het strak, goed zo. Nou kun je ontspannen, nou is hij weg. Voorgoed en kun je je ontspannen. Laat je gezicht zacht worden, nergens meer rimpels. Je gezicht voelt prettig, glad en ontspannen.

Maag

Hé, daar komt een leuk babyolifantje aan. Maar, hij kijkt niet goed waar hij loopt. Hij ziet jou niet liggen in het gras en hij is bijna bezig op je buik te stappen. Beweeg niet, je hebt geen tijd om nog weg te lopen, of je nog weg te draaien. Maak je klaar voor hem. Maak je buik heel hard, maak je buikspieren heel stevig, heel vast.

Zo, het lijkt erop alsof het babyolifantje de andere kant op gaat. Je kunt je weer ontspannen. Laat je buik weer zacht worden. Laat hem zo ontspannen worden als je kunt. Dat voelt zoveel beter.

Oeps, daar komt het babyolifantje weer aan. Maak je klaar. Zet je buik uit, maak hem heel hard. Als hij op je buik stapt en die is hard, dan doet het geen zeer. Maak van je buik een rots.

Ok, hij gaat weer weg, je kunt je weer ontspannen. Zorg dat je lekker, aangenaam ligt.

Ontspan je en merk het verschil tussen een harde buik en een ontspannen buik.

Dit is hoe we willen dat het voelt. Prettig, los, zacht en ontspannen.

Je zult het niet geloven, maar deze keer komt hij werkelijk jouw kant op. Er is geen ontkomen aan. Hij komt recht op je af. Maak je buik hard, heel hard. Daar komt hij. Nou gebeurt het, maak je buik keihard. Nou stapt hij bovenop je en nou stapt hij over je heen en nou gaat hij weg, voorgoed. Je kunt je volledig ontspannen. Je bent veilig, alles is ok, en je voelt je prettig en ontspannen.

Deze keer stel je je voor dat je je door een hele nauwe opening moet wringen en dat de zijkanten splinters hebben. Je moet jezelf heel dun maken, wil je er veilig doorheen kunnen komen. Trek je buik in. Probeer hem helemaal in te trekken tot je rugwervels (?). Probeer net zo dun te zijn als je kunt. Goed zo! Je moet er doorheen komen! Nu ontspannen. Nu hoef je niet meer dun te zijn. Ontspan je en voel hoe je buik weer warm en los en zacht wordt. Prima.

Nu gaan we het nog eens proberen door die nauwe opening te wringen. Trek aan je buik. Maak dat ie je rug raakt. Probeer zo smal, zo mager te worden als je kunt. Hou heel goed vast want nou kom je er doorheen. Goed zo, je bent door die kleine opening heen gekomen zonder splinters. Je kunt je ontspannen. Blijft lekker liggen en zorg dat je buik weer op de plaats komt waar die hoort.

Nu kun je je echt goed voelen. Je hebt het heel goed gedaan.

Benen en voeten

Stel je voor dat je op je blote voeten in een grote sompige blubber staat. Probeer je tenen heel diep in de blubber te steken. Probeer met je voet de bodem van de blups te raken. Je zult wel je benen nodig hebben om te duwen. Duw! Duw ze naar beneden, spreid je tenen, voel hoe de blubber tussen je tenen siepelt. Nou stap je eruit, uit de blubber, ontspan je voeten maar, laat je tenen los en voel hoe lekker dat is. Het voelt zo goed om ontspannen te zijn.

Nou terug in de modder. Druk je tenen er hard in, laat je beenspieren helpen je voeten naar beneden te duwen. Duw hard, probeer de blubber droog te persen. Ok, kom maar weer terug, ontspan je voeten, ontspan je benen, ontspan je tenen. Het voelt zo lekker om ontspannen te zijn.

Nergens enige spanning en je voelt je prettig, warm en tintelend.