



TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHOMOTORISCHE KINDERtherapie EN EDUCATIE

Een uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie (NVPMT). Het tijdschrift verschijnt drie keer per jaar.

De Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie is een beroepsvereniging. Zij draagt zorg voor de professionalisering van het vak, de belangenbehartiging van haar leden en de kwaliteitsbewaking.

Secretariaat van de NVPMT:
Maaïke Mathot-Wieringa
Goudreinetstraat 179
2564 PR 's-Gravenhage
E-mail: secretariaat@nvpmt.nl
Internetsite: www.nvpmt.nl

Redactieleden:
Jacqueline Besseling,
Eveline van den Hengel,
Maarten van Ek.

Redactieadres:
Jacqueline Besseling
Prof. Evertslaan 130 B
2628 XZ Delft
Jacqueline.besseling@gmail.com

Overname van artikelen is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van de redactie.

De kinderen op de foto's in dit tijdschrift zijn niet de kinderen waarover gesproken wordt in de teksten.

INHOUD 18E JAARGANG - NO. 1

Van de redactie	3
Als de ontwikkeling niet vanzelf gaat <i>Susan van Kempen</i>	4
Psychomotore Kindertherapie door de ogen van....Sjoerdje van de Manacker <i>Bernyke Veldkamp</i>	7
Column <i>Ilse van Woudenberg</i>	13
Uit de boekenkast van... <i>Saskia van der Wielen</i>	14
Gedragsproblemen van nu volgens de schematherapie en hechtingsbouwstenen <i>Stefan Jansen</i>	16
Bijscholingsidee De Narratieve Taal-Teken-Therapie <i>Claudia Blankenstein</i>	28
Narratieve Taal-Teken-Therapie in de praktijk <i>Ellen van Osnabrugge</i>	31

VAN DE REDACTIE...

Beste lezer,

Als psychomotorisch kindertherapeut is *ontwikkeling* onze drive, en we zijn groot gebracht deze tegen het licht te houden van het referentiekader van het O-G-M model.

Hoe ons vakblad tevoorschijn komt (Gedrag), is een gevolg van het spanningsveld *Inhoud* (Organisme) en *Lezers* (Milieu).

Als redactie brainstormen we dan ook regelmatig over inhoud, verschijningsvorm en lezers van dit tijdschrift.

We ontkomen daarbij niet aan het waarnemen van de tendens dat steeds meer informatie, maar ook tijdschriften en vakliteratuur, via de digitale kanalen wordt verspreid en gelezen.

Anders gezegd: inhoud en lezerspubliek vragen wellicht om een herijking van ons gedrag, om een andere verschijningsvorm.

Dat heeft niet alleen zijn 'voors' en 'tegens', maar ook zijn voor- en tegenstanders.

Alle argumenten in deze discussie gaan we niet te berde brengen, omdat ze algemeen bekend, dan wel te bedenken zijn. Wel hebben we er kennis van genomen en het heeft ons gebracht op een oplossingsrichting die mogelijk voor beide lezersgroepen aanvaardbaar is; de I-padders, de tabletters en de e-bookers aan de ene zijde en de boekminnaars en de op-de-bank-met-een-tijdschrifters aan de andere kant.

Wat wij voor ons zien:

- Het vakblad verschijnt als vanouds drie maal per jaar als pdf in digitale vorm. En wordt verspreid via een e-mail die verwijst naar de website.
- Tevens zal één maal per jaar rond Kerst een gedrukte vorm verschijnen. Deze gedrukte versie zal dan een selectie bevatten van de drie digitale versies, zodat iedereen deze als naslagwerk in de hand kan nemen of in zijn wachtkamer of anderszins voor handen (in handen) heeft.

Voor de redactie zien we als bijkomend voordeel een vereenvoudigd en minder tijdrovend proces van productie tot en met verspreiding. Als ook een besparing op kosten en milieu.

Ook ontstaat er zo een digitaal te raadplegen archief van alle artikelen.

Ontwikkeling is een dynamisch zoekproces met vallen en opstaan. We zijn ons er van bewust er in het begin wat kinderziektes zullen zijn, dus zullen we zeker na een jaar de nieuwe opzet evalueren en waar nodig bijsturen of aanpassen. Feedback, verbeter suggesties (en artikelen van jullie hand) zijn daarbij van harte welkom.

Wij wensen jullie in ieder geval weer veel leesplezier en inspiratie het komende jaar, met in dit eerste digitale nummer onder andere;

- Het tweede artikel van een reeks van vier. Van Susan van Kempen.
- Bernyke interviewde weer een college, Sjoerdje van de MANacker komt aan het woord.
- En Stefan Jansen schreef een artikel waarin de de schemagerichte therapie van Young en de hechtingsbouwstenen van Bakker-Van Zijl worden gecombineerd tot een nieuw vaktherapeutisch interventiemodel voor internaliserende en externaliserende gedragsproblematiek.

Jacqueline
Eveline
Maarten

ALS DE ONTWIKKELING NIET VANZELF GAAT

Susan van Kempen



Dit artikel is het tweede in een reeks van vier. De artikelen zijn eerder verschenen in De Seizoener (2009 en 2010), blad voor vrije scholen.

LEVENSZIN, BEWEGINGS- EN EVENWICHTSZIN

Een van de eerste keren dat Marcel in de therapieruimte komt, maakt hij in korte tijd het slot van de wc deur stuk, valt er een hele wc rol in de pot, struikelt hij over zijn eigen voeten, slaat een bal keihard tegen mijn been en krijgt vervolgens de slappe lach (gelukkig maar) van al zijn ongelukjes.

Als een ongeleid projectiel schiet Johan, in de pauze, over het speelplein. In het voorbijgaan stoot hij een jonger kind aan zonder het te merken. Waar hij speelt, ontstaat tumult. Een schreeuwpartij, woest spel waarbij iemand valt, enzovoort. Vaak willen kinderen dan niet meer met hem spelen, want als hij mee doet gaat er altijd iets mis.

"Pas op! Voorzichtig! Kijk uit! Niet zo!" Bij alles wat de kleine Karin onderneemt roept haar moeder, goedbedoeld, vermaningen. Telkens stopt en stopt de beweging. Ze schrikt en raakt uit haar evenwicht. Als Karin drie jaar is, zijn haar bewegingen verkrampd. In de omgang met andere kinderen kan ze ongeremd en onbezonnen zijn, maar ook verschrikt en teruggetrokken. Ongelukjes, huilpartijen en een voortdurende onrust vermoeien niet alleen Karin, maar ook de peuterjuffen en haar ouders.

Onrust en overbeweeglijkheid

Uit deze voorbeelden spreekt een onrust die in ongeremd, voortdurend en vaak ook roekeloos bewegen zichtbaar wordt. Deze kinderen zijn onhandig en slordig. Ze stoten en bezeren zich en hun bewegingsimpulsen zijn ongewild agressief of schieten door in onwillekeurige arm- of been bewegingen. Onbedoeld laten ze andere kinderen schrikken of doen ze hen pijn. Wat is hier aan de hand?

In de eerste twee voorbeelden is sprake van een beschadigde levenszin. Bij Marcel is moeder na zijn geboorte in een ernstige postnatale crisis terechtgekomen. Ze moet worden opgenomen en vader probeert zo goed en zo kwaad als het kan met zijn werk te regelen dat hij voor de baby kan zorgen. Ook de grootouders schieten te hulp. Vader pendelt tussen moeder, baby en werk heen en weer. Als plotseling Oma overlijdt, besluit moeder om naar huis te komen om voor de baby te zorgen. Het verdriet, de postnatale depressie, de zorgen van vader, het drukt allemaal op het gezin. Baby Marcel heeft als een spons de omgevingsinvloeden in zich opgezogen, zoals alle baby's dat doen. Hij huilt veel, heeft moeite met slapen en bedrukt met zijn gedrag de overbelaste en verdrietige ouders. Als hij drie is gaan zijn ouders, moe van alles, uit elkaar. Marcel heeft geen positief lichaamsbeleven kunnen ontwikkelen, geen gevoel van behaaglijk in zichzelf kunnen rusten. In tegendeel. Hij heeft een gevoel ontwikkeld dat hij ongewenst is, dat hij er niet toe doet! Nu, in het negende levensjaar is zijn beschadigde levenszin herkenbaar in onrust en overbeweeglijkheid. Ook bij Johan is een gebeurtenis in zijn vroege jeugd de bron van zijn onrust en overbeweeglijkheid. In de eerste drie maanden is hij meerdere malen bijna gestikt in de voeding en blauw aangelopen. Als de oorzaak wordt ontdekt volgt een ziekenhuisopname. Zijn eerste le-

vensjaar staat in het teken van ziek zijn. Ook Johan heeft door zijn ervaringen geen vanzelfsprekend gevoel van welbevinden, geen gezonde levenszin kunnen ontwikkelen!

Het lichaam als beklemming

Door hun ervaringen beleven deze kinderen de signalen van hun lichaam als beklemmend. Het afweren van vermoeidheid en het vermijden van rust wordt hun voornaamste bezigheid. In rust beleven ze immers hun lichaam, en dat is onaangenaam. Dus beginnen ze te trappelen, rond te rennen, onophoudelijk te praten of geluiden te produceren. Als het even rustig dreigt te worden, zorgen ze onmiddellijk voor onrust, lawaai en drukte. In het ergste geval ontwikkelen ze een vaardigheid om hun lichaam te negeren, om de waarneming van het lichaam uit te schakelen. De spierspanning is voortdurend hoog en er is geen beleven van warmte of kou. In veel van deze kinderen leeft de angst dat zij ongewenst zijn! Of zij voelen zich waardeloos. Met het ouder worden laten ze meer en meer gedrag zien waarin ze het (negatieve) beeld van zichzelf telkens weer bevestigen.

Hoe kunnen we deze kinderen met een beschadigde levenszin helpen? Met behulp van de levenszin! De levenszin heeft een verbinding met het verleden. Dat wil ik graag uitleggen. De levenszin oriënteert zich op het geheel van levensprocessen en levenskrachten. Deze levensprocessen zijn er om het lichaam in stand te houden en steeds weer op te bouwen. In de eerste drie levensjaren richten de levenskrachten zich volledig op de opbouw van het lichaam, daarna zijn niet alle levenskrachten daar nog voor nodig en komt (in stapjes) een deel beschikbaar voor de fantasie en het denken. Daarin speelt het geheugen een belangrijke rol. In de woorden geheugen en verheugen zit een woorddeel *heugen*, een op herinnering gebaseerd beleven. Ik verheug me op iets wanneer ik dat verbind met een ervaring, een beleving of een gevoel dat ik eerder heb meegemaakt! De vreugde waarmee ik dan de toekomst verwelkom is de kracht van “verheugen”.

Herinnering en waardering

Wanneer we herinneringen ophalen, voeden we dus de levenszin. Herinneringen uit ons eigen leven, maar ook uit het leven van het kind. Elk kind maakt dingen mee die leuk, grappig, aandoenlijk of hilarisch zijn! Het is balsem voor de ziel om daarover te horen vertellen of bijvoorbeeld foto's te zien. Bedenk eens hoe het werkt wanneer je bij een familiediner samen herinneringen ophaalt: je ogen gaan stralen, de wangen gaan gloeien en er ontstaat een gevoel van tevredenheid. Voor de onrustige kinderen richten we ons op herinneringen die wel de moeite waard zijn. Kinderen vinden het heerlijk om anekdotes over zichzelf te horen! Met dit verleden, waarin allerlei verhalen (van jeugdherinneringen tot sprookjes) een plek krijgen, kan het kind voor korte tijd een brug slaan tussen dat moeizame verleden en nu, en zichzelf even vergeten.

Op een vergelijkbare manier zijn sprookjes voedsel voor de levenszin. In sprookjes leven oerherinneringen. Zij verbinden ons met onze oorsprong! Ook laten ze zien hoe moeilijkheden overwonnen worden. Zij bewegen zich in een spanningsveld van goed en kwaad, waarin de dingen altijd op hun pootjes terecht komen. Voor de oudere kinderen is er een enorme rijkdom aan kinderboeken waar op eigentijdse wijze oerthema's beschreven worden*. Hierin kunnen ze zich herkennen en

Als de ontwikkeling niet vanzelf gaat

getroost voelen.

Daarnaast is onze pedagogische houding belangrijk. Betutteling of straf bevestigt hun gevoel van ongewenst zijn. Elk kind doet dingen die *wel* in orde zijn. Belangrijk is om dat te waarderen! Waardering helpt hen om zichzelf op een positieve manier te beleven! Echte en oprechte aandacht doet hen goed. En..... ze hebben ruimte nodig. In extreme mate vinden we deze onrust bij ADHD-kinderen en kinderen met een trauma. Ook voor hen zijn deze aanwijzingen belangrijk. Daarnaast hebben zij meestal nog extra ondersteuning nodig in de vorm van therapie, voeding of medicatie.

Bewegingszin en evenwichtszin

In het voorbeeld van Karin komen vooral de bewegingszin en de evenwichtszin in het gedrang. Het veelvuldige waarschuwen remt haar onderzoeksdrang, haar spel en een gezonde motorische ontwikkeling. Ze raakt niet alleen motorisch, maar ook innerlijk steeds uit haar evenwicht. Op den duur kan dan ook de levenszin belast raken. In deze voorbeelden speelt natuurlijk ook het karakter van het kind een rol. Een introvert kind kan meer lijden onder deze vermaningen dan een extravert kind. Dat reageert misschien geïrriteerd of boos, waardoor de ouder zich van zijn voortdurende inmenging bewust wordt.

In de bewegingszin en de evenwichtszin vragen de kinderen van ons dat wij ze *de ruimte* geven om ontdekkend te spelen en *de tijd* geven om te rijpen! Zij vragen van ons vertrouwen, bemoediging en een gezonde sturing. Dat klinkt eenvoudig en dat is het eigenlijk ook. Vertrouwen in hun vermogen om te leren!

En wat is dan gezonde sturing? Een klauterend kind kan misschien nog niet alles overzien... Wanneer we hun geklauter volgen kunnen we op kritieke momenten vragen: "Zie je die tak? Die is dood, ga maar een stukje opzij." Dat is sturing zonder het kind te belasten. En ja...soms ben je gewoon te laat, dan valt het kind. Bedenk dan maar: blauwe plekken op je knie genezen sneller dan blauwe plekken op je ziel!

Anno Nu

Voor de ontwikkeling van de zintuigen is onze tijd, onze cultuur, geen gemakkelijke. Het aantal kinderen met ontwikkelings- en leerproblemen neemt hand over hand toe.

Het tempo van het dagelijks leven ligt hoog en de druk van alles wat moet is groot. Veel ouders en professionele opvoeders voelen zich belast en soms ook overbelast. Deze factoren zijn niet kindvriendelijk. Het kind vraagt om tijd, om ruimte, zodat zijn zintuigen zich vanzelfsprekend kunnen ontwikkelen en de tijd krijgen om te rijpen. De ouderwetse "R" s in de opvoeding zijn nog steeds actueel: Rust, Reinheid en Regelmaat.

Misschien is het een troost om te bedenken dat wij allemaal met die tijdsfactoren worstelen. En misschien is het een hulp om te weten dat met elk verworven inzicht je een nieuwe stap kunt zetten.

In het volgende tijdschrift meer.

Susan van Kempen
Psychomotorisch Kindertherapeut

PSYCHOMOTORISCHE KINDERTHERAPIE DOOR DE OGEN VAN...

Interview van Bernyke Veldkamp met Sjoerdje van de Manacker



Bernyke Veldkamp



Sjoerdje van de Manacker

Als beginnende therapeut ben ik nog dagelijks vol verwondering over wat er gebeurt in de therapie. Ruim twee jaar geleden heb ik de opleiding Le Bon Depart afgerond. Met een eerste idee van wat PMKT is en hoe therapeut te zijn ben ik aan de slag gegaan. Al snel kwamen de vragen:

Wat voor therapeut ben ik? Wat is mijn specifieke kleur? Van waaruit kijk ik naar gedrag en welke innerlijke overtuigingen sturen mijn keuzes voor interventies, materiaal en spel? Gelukkig zijn er mensen die al langer bezig zijn en verder zijn in hun antwoorden. Ik besluit een aantal mensen te gaan bezoeken en te vragen naar hun invulling en drijfveren. Voor mij is een gesprek met een ander een manier om ook meer over mezelf te weten te komen. In die uitwisseling leer ik mijn eigen gevoelens en gedachten beter kennen. Door te ontdekken wat PMKT is in de ogen van een ander, ontdek ik ook iets over mijn eigen drijfveren en motivatie. En misschien zet het ook jou aan het denken.

De derde collega die ik interview is Sjoerdje van de Manacker.

Wat is volgens jou het eigene van PMKT?

Het specifieke van PMKT is dat je zowel op motorisch, cognitief, emotioneel en sociaal gebied kijkt wat er speelt en wat het verband daartussen is. In PMKT gaat het om het ervaren. In het doen en in het bewegen kom je het probleem tegen.

En dan wil ik ook nog heel graag weten wat er onder zit, waarom het is zoals het is. Vaak krijg ik een gevoel van wat er aan de hand is als ik een kind zie spelen en bewegen.

Ik kom dan al snel tot de kern van het probleem. Dat zie ik ook als mijn kracht. Ik heb al veel kinderen kunnen helpen die bij andere hulpverleners waren geweest, maar waar blijkbaar de kern niet aangepakt was. Bewegen is een mooie manier om daar te komen waar het om gaat.

Bijvoorbeeld als een kind moeizaam ter wereld is gekomen, dan is de eerste ervaring met het lijf geen prettige. Het mooie van PMKT is dat je via de beweging een kind kan helpen om in het lijf te komen en daar prettige ervaringen mee op te doen.

Kun je een beeld schetsen van een sessie?

Ik begin meestal met te vragen hoe het gaat, daarvoor gebruik ik vaak de schaalvraag "Hoe leuk is je leven nu? Een 10 is zo leuk als het maar kan en een 1 is helemaal niet leuk". Dat geeft je wat informatie en soms een ingang. Vervolgens kijken we samen in het schriftje wat we de vorige keer gedaan hebben. Daarin schrijf ik waar ik me in de volgende sessie op wil richten. Dan stel ik voor om een plan te maken. Dat kan zijn dat we om de beurt in het baasvak mogen en een (sport) spel of activiteit kiezen. Of ik vertel dat ik een leuk idee heb. Er is veel ruimte voor wat het kind wil doen omdat het voor mij niet zoveel uit maakt wat een kind kiest. Ik heb de interventies en thema's die ik aan bod wil laten komen in mijn hoofd zitten en die kunnen in elk spel of activiteit wel naar voren komen.

Een van mijn favoriete activiteiten is het bunkerschatspel, een spel, dat ook heel veel kinderen leuk vinden. Hierin kun je een grote verscheidenheid aan interventies toepassen. Voor dit spel gebruik ik schuimrubberblokken. Die heb ik gemaakt van een oude matras die ik in stukken heb gezaagd. Daar heb ik 20 blokken van gemaakt en ieder krijgt er 10. In het midden van de zaal is een streep getrokken, dat is

Psychomotorische kindertherapie door de ogen van...



de grens. Van de blokken maak je een soort bunker waarin je een schat begraaft. De schat is een bal. Die moet je met de pittenzakken (ieder 4) proberen te raken. Het hangt van het kind af hoe stevig ik de bunker bouw of hoe rommelig. Dat pas ik aan op wat er in het spel aan bod mag komen. Met dit spel kun je alle kanten op. Je kunt bijvoorbeeld kijken hoe een kind gooit, of een kind bij het gooien in zijn kracht staat, of het kind met een grens om kan gaan. Je kunt het kind laten oefenen in het omgaan met regels en met winnen en verliezen. Maar ook in het leren beheersen, want zodra een pittenzak is gegooid moet je stoppen en kijken hoe de situatie erbij ligt. Zo leert een kind ook spelenderwijs omgaan met stop, denk, doe. Dit spel biedt heel veel mogelijkheden.

We sluiten ook weer af met het schriftje door in een paar kernwoorden op te schrijven wat we gedaan hebben. Ook intervineer ik dan achteraf nog op dingen die gepasseerd zijn of door het kind iets terug te vragen.

Wat hoop je een kind te laten ervaren?

Mijn manier van werken is erop gericht om het kind eerst te laten ontdekken "Hé, ik kan best wel wat". Vervolgens overtuig ik het kind dat het eigen succes niet uit de lucht is komen vallen, maar dat het kind er zelf wat voor gedaan heeft. Al spelend daag ik het kind uit om z'n eigen (spel)doelen te halen en te kijken wat het daarvoor moet doen. Zo wijs ik het kind indirect op de power die het heeft om met lastige situaties om te gaan en ontdekt het kind z'n eigen innerlijke kracht. De ik-kracht van ieder mens vind ik heel belangrijk. Zijn wie je in wezen bent. Door wat er in je leven gebeurt krijg je als kind al allerlei overtuigingen die je beperken. Zoals de gedachte: "Ik ben niet goed genoeg". Daaruit komt het gevoel voort van je afgewezen voelen. Ook in gezinnen kunnen er hele beperkte kaders zijn waarin een kind moet opgroeien. Als ouders uitgesproken gedachten hebben over hoe het precies moet zijn, dan durven ze hun kind niet de ruimte te geven. De ouders willen dan graag de controle houden. Kinderen weerspiegelen dan juist het tegenovergestelde. In dit geval bijvoorbeeld "Word maar eens wat losser".

Mijn taak is dan om die overtuigingen los te weken. Bijvoorbeeld als een ouder of leerkracht zegt dat het kind zo'n moeite heeft met rekenen. Dan is dat ook wat je ziet en wat steeds bevestigd wordt. Ik denk dan wel eens "Hou daar eens mee op". Ik hoop de ander dan te verleiden om er anders naar te kijken, meer vanuit nieuwsgierigheid naar wat het kind wel kan. Dat is wat ik een kind vooral probeer te laten ervaren; ruimte en perspectief. En laten we het maar niet hebben over hoe stigmatiserend etiketten als bijvoorbeeld ADHD, Pdd-nos kunnen werken.

Hoe meer je alle delen van jezelf integreert in wie je bent, hoe meer je in je eigen kracht komt te staan. In potentie is alles aanwezig voor ontwikkeling. Alleen waar en hoe je opgroeit bepaalt sterk wat je ontwikkelt. Dat zijn vooral de dingen die in je omgeving gewaardeerd worden. Waar minder waardering voor is, groeit minder. De kunst is dat je jouw eigenheid ontwikkelt. Het gaat om het samenspel van je

sterke en minder sterke kanten. Je mag beide kanten aan het licht brengen. Dan wijs je jezelf niet af. Dat is wat mensen te doen hebben en waar ik steentjes aan bijdraag.

Een voorbeeld uit de praktijk:

Boosheid is een veel voorkomend thema. Soms wordt dit door kinderen eerst ontkend. Maar als je kunt erkennen dat je boos bent, kun je ook kijken wat eronder zit. Alles wat je wegduwt wordt tenslotte alleen maar groter.

In het begin parkeer ik die boosheid en ga ik eerst het kind versterken. Dan komt vanzelf het moment dat je aan de boosheid kan gaan werken. Als het nodig is dan lok ik de boosheid zelf uit, bijvoorbeeld door met punten voor te gaan staan bij een competitief spel, of door te zeggen dat ik niet wil doen wat het kind heeft bedacht. Als het kind dan zijn boosheid laat zien heb je de ruimte om tegen het kind te zeggen: "Hier gaat het eigenlijk om hè!" Vaak komt er dan al een hele diepe zucht bij het kind en meestal kom je dan ook bij het gevoel wat daaronder zit.

Boosheid op school speelde ook een rol in het gedrag bij een jongetje van 10, die in korte tijd allerlei live-events had meegemaakt, waaronder het overlijden van zijn vader. Op het 'juiste' moment benoem ik dan dat hij alle redenen heeft om boos te zijn en dat ik ook boos zou zijn als ik geen vader meer had. Het jongetje antwoordde daarop: "Ja, want mijn vader staat nooit naar mij te kijken op het voetbalveld". Het verdriet onder de boosheid voelt zich op dat moment erkend.

Door de emotie te voelen, te benoemen en er woorden aan te geven kan de emotie eigenlijk al oplossen. Als je met de emotie op reis gaat, zit je voor je het weet in Afrika. Als je er afstand van kan nemen, samen met de therapeut, dan kom je in een andere dimensie. Dat geeft je de mogelijkheid om er anders mee om te gaan door het om te buigen of een andere beslissing te nemen. Je wordt er dan niet meer helemaal door opgezogen en er komt ruimte voor andere kwaliteiten.

Maar de benadering hangt ook af van de soort boosheid. Als een kind altijd zijn zin wil hebben of anders boos wordt, dan nodig ik het kind uit om een andere oplossing te gaan zoeken voor de boosheid. Door ze te laten zoeken naar een eigen oplossing, zet je een kind eigenlijk weer in z'n kracht. Als een kind zelf een andere manier van omgaan met boosheid heeft gevonden, ben je echt een stap verder.

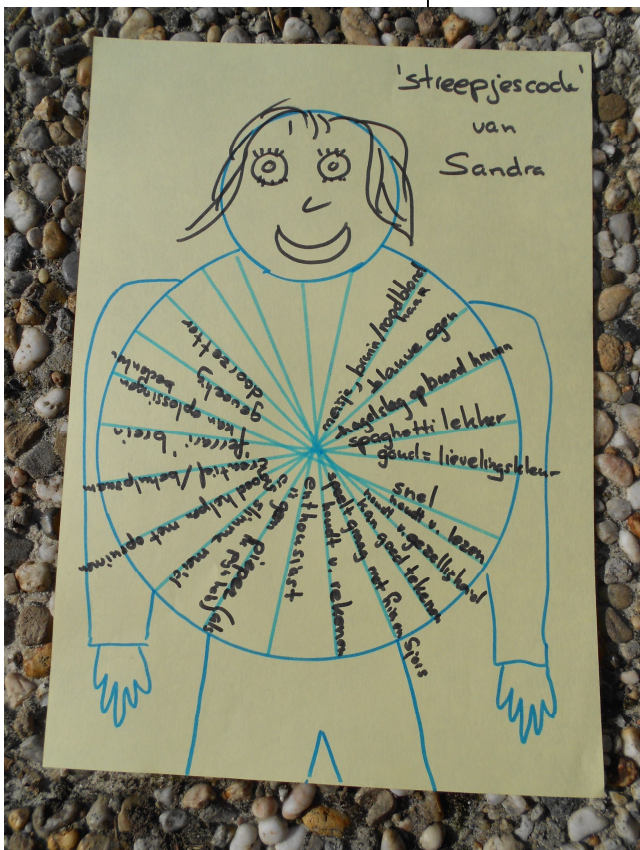
Als boosheid heel erg vast lijkt te zitten, kun je je afvragen of het wel de boosheid van het kind zelf is. Soms is het een weerspiegeling van iets in het systeem. Dat kun je soms voelen in het gesprek met de ouders. Als ik voel dat het daar zit, breng ik mensen wel eens op het spoor van een familieopstelling. Zelf werk ik daar ook wel mee op de manier die ik geleerd heb bij Ingrid Dykstra. Je kunt bijvoorbeeld met vloerankers werken. Maar als ik echt denk dat er representanten nodig zijn om zaken uit te spreken, dan zou ik doorverwijzen. Ik heb daar goede ervaringen mee.

Wat is therapie volgens jou?

Soms ga ik in de sessie even zitten en voelen wat een kind me wil vertellen en waar het eigenlijk om gaat. Ik geloof dat ieder mens een potentie heeft die naar buiten wil komen.

Op de een of andere manier kan ik dan vrij snel in essentie weergeven waar het bij een kind om gaat en waar het blokkeert. Vaak geven ouders aan dat ze hun kind daarin helemaal herkennen. Ik heb een taak

Psychomotorische kindertherapie door de ogen van...



Streepjescode tekening

om mensen bij hun (innerlijke) kind te brengen.

Ik zie ook een veel groter geheel dan alleen maar het kind dat bij mij komt. Alles heeft met alles te maken.

Iemand heeft wel eens gezegd: "Het is jouw taak om ouders hun kind te laten begrijpen". Dan kunnen zowel ouders als kind weer verder. Want hoe onhandig ouders soms ook zijn, iedere ouder wil eigenlijk trots zijn op z'n kind.

Ik had eens een kind in therapie dat bij het minste geringste overprikkeld was en dan zo boos werd, dat er geen land meer mee te bezeilen was. Ouders raakten uitgeput en bereikten een punt waarop ze moeite

hadden om nog van hun kind te houden. Bij dit kind bleek sprake te zijn van een autisme spectrum stoornis. Als dat duidelijk wordt, volgt er meestal eerst een rouwproces bij de ouders. Deze ouders moesten opnieuw leren omgaan met hun kind. Als therapeut kun je de ouders uitleg geven over hoe het werkt bij hun kind en wat als het ware de gebruiksaanwijzing is. Ook de school kun je in zo'n geval wat richting geven waardoor ze weer op het juiste spoor komen. Belangrijk is eerst te accepteren dat het zo is, om vervolgens te kijken naar de kwaliteiten die er wel zijn. Daarvoor maak ik met kinderen vaak de streepjescodetekening. Daarin kijken we samen naar de eigenschappen die een kind heeft. Het thema is dan: 'Wie ben je en wie mag je zijn?' Dat loopt als een soort rode draad door alle therapieën heen. Als je alle kanten op kunt denken, noemen we dat vaak een concentratiestoornis. Maar die eigenschap zorgt er niet alleen voor dat je moeite hebt met jezelf concentreren, maar ook dat je gemakkelijk oplossingen kunt bedenken. Dat is de andere kant van de medaille. Door er zo naar te kijken kun je er ook makkelijker om lachen. Ik laat het kind dan bijvoorbeeld een hut bouwen in 10 minuten. Als hij dan ondertussen nog allerlei andere dingen doet, zeg ik: "Dat ga ik nu niet doen, ik blijf op mijn snel weggetje zitten." Om dat beeld te ondersteunen teken ik dat vaak even op het bord. Kinderen pakken dat heel snel op. Ze zien wat het focussen oplevert en gaan hetzelfde doen. Vervolgens vraag ik

hoe ze het voor elkaar hebben gekregen. Ik zoek eigenlijk continu met het kind naar zijn eigen oplossingen en tussendoor geef ik terug wat er gebeurt en zeg ik: "Zo kun je het doen. Maar je kunt ook andere keuzes maken." Zo ontdekken ze wat het effect is van hun doen en laten voor zichzelf. En om ze te laten merken wat het effect is van hun gedrag op een ander, gebruik ik vaak een thermometer. Bijvoorbeeld als een kind toe is aan leren samenwerken en ik vraag of hij mee wil helpen met opruimen, maar het kind doet dat niet. Dan wijs ik op mijn thermometer en zeg: "Die zakt nu naar beneden. Heb je een idee hoe dat komt?"

Ik gebruik veel humor. Bijvoorbeeld als kinderen vals spelen. Dan moet ik meestal heel erg lachen. Dan kan ik wel eens zoiets zeggen als: “Oh, zo doe jij dat. Want jij vindt het belangrijk om te winnen. Dat wil ik nou ook altijd. Moet je dan die bal vasthouden bij het voetballen. Helpt dat?”.

Vanuit welke mensvisie werk jij?

Psychomotorische kindertherapie door de ogen van...

Ik werk vanuit een holistisch mensbeeld. Hoe werkt de psyche in op ons fysieke lichaam? De mens is voor mij een denkende, voelende, wetende en handelende eenheid. Dat betekent dat alle delen op elkaar inwerken en elkaar beïnvloeden. En als mens zijn we verbonden met het grote geheel. Voor mij is alles energie. Wanneer er in het energieveld iets blokkeert uit zich dat in gedrag. Ik denk dat het lijf een weerspiegeling is van wat er zich binnen afspeelt. Met spel kun je de energie weer in beweging brengen en de blokkade oplossen.

Dat maakt dat een therapeut ook ineens een flits of ingeving kan krijgen. Zo ben ik al eens met een kind op een bijna doodervaring gestuit als diepere oorzaak van zijn gedrag en een kind dat in een vorig leven in de Tweede Wereld oorlog verraden was door zijn beste vriend. Hij gaat nu als autist door het leven. Zo bekeken is autisme voor deze jongen een manier om het contact niet te hoeven aangaan.

Twee heel bijzondere ervaringen, die erg van invloed zijn geweest op mijn werken en denken als therapeut.

De eerste heb ik goed verder kunnen helpen in spel, door dingen uit te spelen en hem te helpen weer te vertrouwen op zijn lijf. Hij durfde voorheen vaak niet te gaan slapen. Wat eigenlijk heel verklaarbaar is vanuit de diepere oorzaak. Voor de tweede is en blijft het leven vaak nog ongrijpbaar met angsten en dissociaties tot gevolg. Er is tot nu toe niemand geweest van regulier tot alternatief hulpverlener, die het antwoord of de oplossing echt heeft gevonden. Zelf heb ik vooral de omgeving erg kunnen versterken door inzicht en duidelijkheid (Geef me de 5) te bieden. Moeder is hier specialist in geworden. Hoewel ik toentertijd van ouders een uit het hart geschreven bedankbrief heb gekregen, had ik graag het probleem voor hen op willen oplossen. Voor mij voelt het als niet gelukt; ouders denken daar anders over.

Voor mezelf heb ik de lat altijd wel hoog liggen. Wanneer er goede nieuwe dingen op de markt zijn, geeft ik dat aan hen door, zoals het onlangs verschenen boek van Martine Delfos: *Autisme vanuit ontwikkelingsperspectief*.

Dit laatste geeft de ouders, ruim tien jaar na het PMKT traject nu hij al bijna twintig is, houvast en perspectief.

Kun je een gouden greep uit je therapiepraktijk beschrijven?

Vaak krijg je zo rond de 7^e of 8^e keer een doorbraak. Dan is het net of het deksel opengaat en je naar binnen mag kijken. Er was eens een jongetje dat een spel had gekozen uit de kast. Ik zei dat ik daar geen zin in had, om hem te confronteren met zijn mechanisme om dan toch perse zijn zin te willen krijgen. Toen hij begon door te zeuren gaf ik terug: "Dit gebeurt vaker in jouw hoofd hè! Dan gaat het niet zoals jij bedacht hebt en dan krijg je een hoop geschreeuw thuis." Inmiddels was het tijd en kwam moeder binnen. Ik zei waar moeder bij was: "En als een ander tegen jou schreeuwt dan denk jij dat je geen leuk kind bent". Toen volgde er een diepe zucht. Het kind voelde zich gezien door mij en op dat moment ook door moeder. Vervolgens kon hij luisteren naar moeder en mij en open staan voor een andere kijk. Dan weekt er zo'n niet helpende gedachte los en kan het kind als het ware met een schone lei verder. Door je ergens bewust van te worden verruim je je keuzemogelijkheden. Je wordt minder een 'speelbal' van de situatie.

Wat heeft dit interview mij gebracht?

Ik herken mezelf in de visie van waaruit Sjoerdje werkt. Ook ik ga ervan uit dat het geestelijke zich uitdrukt in het lichamelijke en andersom en dat alles onlosmakelijk met elkaar verbonden is. Zo is ook het kind dat bij ons in therapie komt onlosmakelijk verbonden met het gezin waarin het kind leeft. En ik ga ervan uit dat een kind niet voor niets wordt geboren bij juist die ouders. Want in die specifieke interactie komt het kind zijn levenslessen tegen. En andersom geldt dat ook ouders via hun kind de kans krijgen om belangrijke levenslessen te leren. Daarom werkt het gedrag van kinderen voor ouders vaak als een spiegel. Ouders die bereid zijn in deze spiegel te kijken helpen niet alleen zichzelf, maar ook hun kind. Dan ontstaat er een vruchtbare samenwerking tussen de therapie en de situatie thuis. Zoals laatst toen tijdens de PMO-bespreking ouders vragen stelden over hoe om te gaan met de boosheid van hun dochter (7 jaar). Toen ik vroeg wanneer de boosheid zich voordeed, werd het aankleden als voorbeeld gegeven. Het meisje werd dan vaak boos omdat ze de kleren die moeder had uitgezocht niet aan wilde. Ik vroeg of het echt belangrijk was dat het meisje de kleren aandeed die moeder had gekozen of dat ze misschien ook zelf kon uitzoeken wat ze aan wilde. Moeder vroeg zich af of het wel goed was om haar dochter haar zin te geven, maar ze erkende gelijk dat het eigenlijk niet de moeite was om boos over te worden. We praatten nog even door over waar je als ouder nou wel en niet boos om wordt. Rots & Water vind ik dan een helpend perspectief bieden. Rots staat voor; weten wat echt belangrijk voor je is en daarvoor staan. Water staat voor; meebewegen, je inleven in de ander, accepteren dat het gaat zoals het gaat. Rots ben je alleen als het er echt om gaat. Je komt voor jezelf op als er echt een grens wordt overschreden, dus als je veiligheid of respect in het geding is. Water ben je op andere momenten, als het niet echt belangrijk is of als de relatie voorop staat. Voor deze moeder was dit inzicht genoeg om negen van de tien keer de strijd niet meer te voeren. De week daarna kwamen er een stralende moeder en dochter naar de therapie: "De boosheid was al een stuk minder geworden".



COLUMN



Ilse van den Woudenberg

SLINGER(EN)

Mam, kijk eens wat ik kan! Enigszins moeizaam en niet met de makkelijkste route klimt ze op een klimrek met bovenin van die stalen buizen. Bedoeld om over te pakken en je zo naar de andere kant van het toestel te bewegen. Apen zijn er goed in: slingeren. Ze kijkt uiterst geconcentreerd en staat een beetje schuin voorover zodat ze met haar benen (spalken aan) leunt op de traptrede en haar armen bij de buis kunnen. Drie - twee - één; je kan het, praat ze zichzelf moed in. En hop, ze hangt. Van overpakken is geen sprake, ze hangt. Na een seconde of vijf roept ze toch wat luider: "Kom nou mam, vang me op, ik kan niet meer!" Loslaten durft ze niet. Ik til haar op en zet haar zachtjes op de grond. "Nog een keer!" roept ze. Na de zoveelste keer betrap ik mezelf erop, of eigenlijk betrapt zij mij er op, dat ik niet meer kijk. Dit was bij haar vorige schoolgebouw. Met het overgaan naar een volgende groep, verandert ook het gebouw, omdat dit nou eenmaal een school is met verschillende locaties. Weg klimrek. "Nou mam, ZO STOM, ze hebben er niet eens een speeltoestel." En de inzamelactie begint. "Wij willen een speeltoestel!". Als eenmaal een ouder begint met financiële sympathie voor de lieve actie, komen er meer over de dam. En na een stilte waardoor iedereen het toestel weer lijkt vergeten, staat er ineens een nieuw toestel. "MAM! Er is een toestel!" Luca kan zich maar nauwelijks bedwingen; ze schuift zelfs de hekken opzij die er nog staan als afrastering omdat het eerst goed gefundeerd moet worden. "Ik kan wel even...". "Luca, kom terug", zeg ik opvoedkundig verantwoord.

Als het een paar dagen later eindelijk mag, herhaalt zich hetzelfde tafereel. Nog enigszins onzeker – "oh als ik het nog maar kan" – maar later in de week volgen de "ik werd geholpen door die" of "die lachte me uit" en "die bleef de hele tijd bij me, dat vond ik fijn"-verhalen. Met de eerste zonnestralen gaan we weer naar ons tuinhuisje. De op het park aanwezige karige speeltuin heeft inmiddels 'HET' inmiddels ook: "doei, ik ga slingeren!" En dan komt ze vol trots teruggelopen, "kom mee, nu!" Even later sta ook ik oog in oog met het slingerrek. Ze klimt erop, zet af om te hangen en pakt met 1 hand over. Een meisje van vijf klimt naast haar op het rek, huphuphuphup en slingert zo naar de overkant. Luca kijkt wat meewarig, maar klimt weer vol trots haar trede op. En gaat nog een keer. We zijn nog steeds bij die ene overpak. Ik heb zin om de slingers op te hangen.



UIT DE BOEKENKAST VAN.....



Saskia van der Wielen

Saskia van der Wielen werkt als psychomotorisch therapeut met licht verstandelijk beperkte kinderen, jongeren en volwassenen. Daarnaast werkt zij twee dagen als hydrotherapeut in het zwembad van een revalidatiecentrum.

Boeken lezen vind ik heerlijk, het is ontspannend, inspirerend en geeft waardevolle kennis.

Mijn boekenkast is een verzameling van allerlei soorten boeken. Studietoelagen, romans, kinderboeken...ga zo maar door. Het is een verzameling boeken die ik van jongs af aan heb vergaard. En natuurlijk heb ik een plank in de kast waar mijn favoriete boeken staan. Boeken die ik meerdere keren heb gelezen. Dat zijn in mijn ogen de beste boeken. Ik hou van boeken die verhalen over iemand anders zijn leven, waarbij je als het ware over de schouder meekijkt en mee beleeft. Aan de hand van een aantal boeken zal ik jullie meenemen in mijn boekenkast.

Bruce Perry – De jongen die opgroeide als hond. Dit is een van de boeken die ik al meerdere keren heb gelezen. Het is een grote inspiratiebron voor mij en voor het therapeutisch werk dat ik doe. Bruce Perry maakt naar mijn mening heel mooi de verbinding tussen wetenschap en menselijkheid. Hij onderbouwt heel helder wat voor invloed trauma's kunnen hebben op de ontwikkeling en de vorming van de hersenen en het daaruit voortvloeiende gedrag. Ook laat hij zien, en onderbouwt hij, hoe essentieel empathie, sensitiviteit, geduld en de vertrouwensrelatie tussen het kind en belangrijke mensen in zijn of haar omgeving zijn voor de benadering van deze doelgroep en de mens in zijn algemeenheid.

Toon Telligen – Misschien wisten zij alles. Toon Telligen is een schrijver die prachtige dierenverhalen schrijft. Het zijn verhalen die je luchtig kan lezen, maar waar vaak een tweede betekenisvolle laag inzigt, die je aan het denken zet. Ik gebruik zijn verhalen ook wel eens tijdens therapiesessies als ingang om op een luchtige en veilige manier bepaalde thema's aan te boren. Zo schrijft hij bijvoorbeeld over een krekeltje dat wil weten hoe zijn gevoel eruit ziet en zich daarom binnenstebuiten keert en aan de andere dieren vraagt of ze wat zien. Die zien niets. Krekeltje keert zich weer buitenstebinnen en snapt er niets van. Hij voelt het toch echt zitten. Prachtig toch?! Het is leuk om te merken hoe een kind zijn eigen betekenisvolle stuk uit zo'n verhaal pakt. Dit boek is mijn aanrader voor mijn collega's.

Hannah Green – Ik heb je nooit een rozentuin beloofd. Dit is een boek dat ik op de HAVO heb gelezen....een gouwe ouwe...letterlijk en figuurlijk. Eens in de zoveel jaar lees ik het weer eens. Het boek gaat over een 15 jarig meisje dat wordt opgenomen in een psychiatrische instelling. Het beschrijft een proces waarin het meisje vanuit haar eigen veilige binnenwereld weer langzaam contact maakt met de buitenwereld en leert accepteren dat de buitenwereld niet altijd leuk is, maar dat je zelf bepaalt, de keuze hebt, hoe je hiermee omgaat.

Myrthe v/d Meer – PAAZ. Dit is een mooi inside verhaal van een cliënt op een PAAZ afdeling. Erg leuk om te lezen hoe therapeuten worden ervaren door de ogen van een cliënt.

Caroline Eliacheff - Het kind dat een kat wilde zijn. Dit boek gaat over psychotherapeutische behandeling bij de allerkleinsten (0-2 jaar) met veelal lichamelijke klachten. De schrijfster gaat ervan uit, en laat zien, dat gesproken taal al op hele jonge leeftijd betekenisvol kan zijn en dat kinderen al meer begrijpen dan waar we meestal vanuit gaan.

UIT DE BOEKENKAST VAN.....



Als kinderen nog niet praten, betekent dat niet per definitie dat ze gesproken taal niet begrijpen. Ook zij hebben behoefte aan uitleg.

Eric- Emmanuel Schmitt - Oscar en oma Rozerood. De twaalfjarige Oscar schrijft vanuit zijn ziekbed brieven aan God. In die brieven, die sprankelen van levenslust, vertelt hij over oma Rozerood, een dame die hem regelmatig bezoekt en met hem praat over allerlei kleine en grote levensvragen. Oscars brieven geven een prachtige en ontroerende beschrijving van wat wellicht de laatste twaalf dagen van zijn leven zijn.

Prentenboeken. Bijvoorbeeld van Mies van Hout, daar word ik nog steeds blij van. Plaatjes zijn leuk, geven richting en tegelijkertijd ruimte om verder te fantaseren, ze maken woorden nog levendiger. Ze zijn vaak veelzeggend, maar laten plaats voor eigen woorden, eigen taal die je eraan kan verbinden. Mooi om in te zetten om taalgebruik te stimuleren.

Aanrader voor ouders.

Ik geef ouders met kinderen die een vorm van autisme hebben vaak de tip om het boek van Colette de Bruin – geef me de vijf, eens te lezen of aan te schaffen.

Een boek dat op mijn verlanglijst staat is er een van Emmi Pickler. Na de ALV van de NVPMKT hebben we laatst een workshop gehad over deze vrouw en haar denkwijze. Erg mooi en inspirerend hoe zij de ontwikkeling van een kind ziet. Ze gaat ervan uit dat een kind competent genoeg is om zich te ontwikkelen vanuit intrinsieke motivatie. Daarbij is het wel een belangrijke voorwaarde dat de verzorgers een aantrekkelijke omgeving creëren om te voldoen aan de behoefte van het kind om zich te ontwikkelen.

GEDRAGS- PROBLEMEN VAN NU VOLGENS DE SCHEMATHERAPIE EN HECHTINGS- BOUWSTENEN



Stefan Jansen (1987) is psychomotorisch therapeut bij Lucertis De Fjord, centrum voor orthopsychiatrie en forensische jeugdpsychiatrie. Na de Academie voor Lichamelijke Opvoeding heeft hij de opleiding tot psychomotorisch kindertherapeut en vaktherapeutische schematherapie afgerond met als eindproduct een nieuw vaktherapeutisch interventiemodel gericht op de behandeling van hechtingsproblematiek. Correspondentie via s.jansen@lucertis.nl

In dit artikel worden de schemagerichte therapie van Young en de hechtingsbouwstenen van Bakker-Van Zijl gecombineerd tot een nieuw vaktherapeutisch interventiemodel voor internaliserende en externaliserende gedragsproblematiek. Vanaf de geboorte kan een overmaat aan stressoren de hechtingsrelatie met de hoofdopvoeder(s) en/of omgeving negatief beïnvloeden. Hoewel dit niet direct hoeft te leiden tot hechtingsproblematiek, kunnen zich in de puberteit en adolescentie gedragsproblemen ontwikkelen. Een behandeling gericht op de waarneembare gedragsproblematiek zal echter niet de kern van de negatieve ontwikkeling aanpakken. Vanuit de schemagerichte therapie wordt er een model aangeboden om de gedragsproblemen te diagnosticeren binnen de hechtingsbouwstenen, zodat de therapie afgestemd kan worden op de fase van hechting in plaats van de waarneembare problematiek.

Inleiding

De schemagerichte therapie van Young en de hechtingsbouwstenen van Bakker worden in dit artikel samengevoegd in een nieuw vaktherapeutisch model om zo internaliserende en externaliserende gedragsproblematiek bij de kern aan te pakken.

Eerst zal de schemagerichte therapie van Young uiteengezet worden. Young beschrijft de schemagerichte therapie vanuit een integratieve psychotherapeutische hoek, waardoor vaktherapie er zich voor leent om schemagerichte interventies uit te voeren. In de jonge levensjaren kunnen ervaringen en emoties er toe leiden dat vaste gedragingen - schema's - lastig te doorbreken zijn in de adolescentie. Aan de hand van casuïstiek zal toegelicht worden waarom specifieke behandeling op het waarneembare gedrag niet direct effect heeft. Hechting speelt een belangrijke rol en Young noemt 'limited reparenting' als interventiemogelijkheid voor het herstellen van sociaal-emotionele tekortkomingen. De veilige en onveilige hechting worden daarna in kaart gebracht aan de hand van het bouwsteenmodel van Bakker en zullen aansluiting vinden bij de schemagerichte therapie van Young. Daarna zullen er diverse interventietechnieken worden voorgesteld om schemagerichte therapie te implementeren in de vaktherapie, waardoor zowel hechting- als gedragsproblematiek behandeld kunnen worden.

Als conclusie wordt gesteld dat de vaktherapie op een integratieve manier toegepast kan worden in de behandeling van de hechting- en gedragsproblematiek in een multidisciplinaire setting.

Schematherapie van Young

Schematherapie is in Amerika ontwikkeld door onder andere Jeffrey Young (Young et.al., 1990, 1999). Deze integratieve vorm van cognitieve gedragstherapie is in opkomt en huisvest elementen uit de psychodynamische-, hechtings- en Gestaltmodellen. Cliënten die onvoldoende succes ondervonden tijdens cognitieve gedragstherapieën liepen vast in diepgewortelde en herhalende patronen. Vaak waren dit diagnostisch gezien de persoonlijkheidsstoornissen. Schematherapie onderscheidt zich echter van cognitieve gedragstherapie door meer de focus te leggen op problematische emoties van de cliënt en de biografische aspecten van de cliënt en de *therapeutische relatie* heeft een zeer grote rol in de behandeling. Hierdoor heeft de cliënt de kans om naast de cognitieve benadering, ook ervaringsgericht te leren.

Young (1990) beschrijft in zijn therapiemodel disfunctionele 'schema's', die hun oorsprong hebben in de kinderjaren. Genetische en

Gedragsproblemen van nu volgens de schematherapie en hechtingsbouwstenen

biologische factoren vormen de basis, gevolgd door disfunctionele ervaringen met ouders (opvoeders), gezinsleden en leeftijdsgenoten. In zo'n schema zijn onder andere de gedachten, gevoelens, gedragingen en ervaringen opgeslagen die het kind gebruikt en ontwikkelt in de interactie met zichzelf en de ander gedurende de daaropvolgende jaren (McGinn & Young, 1996). Schema's kunnen een poging van het kind zijn om zich te beschermen tegen eerdere traumatische, pijnlijke of stressvolle ervaringen. Schema's worden op latere leeftijd geactiveerd door een herkenning of herbeleving van eerdere ervaringen die leiden tot allerlei gedragsproblematiek.

Een schema wordt door Young (et.al., 2005) omschreven als een breed, algemeen verbreid thema of patroon; dat bestaat uit herinneringen, emoties, cognities en lichamelijke gewaarwordingen, die betrekking hebben op de persoon zelf en in relatie met anderen, ontstaan in de kindertijd of jeugd (adolescentie) en in de loop der tijd verder ontwikkeld tot een mate van algeheel disfunctioneren.

Recente klinische onderzoeken wijzen uit dat disfunctioneren in de adolescentie vooral voortkomt uit de kinderleeftijd tot 12 jaar ("Early onset", De Boer et al., 2013). De herkenning of herbeleving van een eerdere ervaring van de cliënt uit zich in diagnostisch probleemgedrag, maar kan onvoldoende behandeld worden als men zich louter richt op het probleem gevende gedrag. Diagnostisch is het dan ook belangrijk om de primaire schema's, die het hoogste niveau van emotionele arousal oproepen, te onderscheiden van de later ontwikkelde geassocieerde of secundaire schema's. Geassocieerde schema's kunnen herleid worden naar primaire schema's, waar secundaire schema's betrokken zijn bij de oorsprong van de primaire schema's, maar staan in die hoedanigheid minder in relatie met de nauw verbonden traumatische ervaringen in de eerste levensjaren. Hoe meer er onderscheid gemaakt kan worden tussen primaire, geassocieerde en secundaire schema's, hoe gericht de behandeling afgestemd kan worden op het primaire schema (oorsprong); anders gezegd op de leeftijd waarop het is ontstaan.

Young groepeerde de schema's in domeinen, die relateren aan de basisbehoeften uit de kindertijd. De ontwikkeling van schematherapie sinds het ontstaan in 1990 is zichtbaar in de benaming en de hoeveelheid schema's en domeinen. Young en Pijnaker (1999) komen tot achttien schema's in vijf domeinen, maar hebben dit recent teruggebracht naar vijftien schema's in vijf domeinen (Young et al., 2005).

Schemadomeinen	Basis (kind)behoeften	16 schema's
Onverbondenheid en afwijzing	Veiligheid	1. Verlating/instabiliteit
		2. Wantrouwen/misbruik
	Verbondenheid	3. Emotionele verwaarlozing
		4. Minderwaardigheid/schaamte
		5. Sociaal isolement
Verzwakte autonomie en verzwakt functioneren	Autonomie, competentie en identiteitsgevoel	6. Afhankelijkheid/incompetentie
		7. Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar
		8. verstrengeling/ onderontwikkeld zelf
		9. Mislukking
Verzwakte grenzen	Realistische grenzen	10. Op je rechten staan
		11. Onvoldoende zelfcontrole/ zelfdiscipline
Gerichtheid op anderen	Zelfexpressie; vrijheid om uitdrukking te geven aan behoeften en emoties	12. Onderwerping
		13. Zelfopoffering
Overmatige waakzaamheid en geremdheid		14. Emotionele geremdheid
		15. Extreem hoge eisen/ overkritisch zijn

Interventies vanuit de schematherapie

Op het moment dat bij de cliënt een schema geraakt wordt, kan dit op diverse manieren omgezet worden in gedrag. Dit worden schemaprocessen genoemd. Young (2005) beschrijft de mogelijkheid tot *overgave*, *vermijding* of *overcompensatie* als dusdanige coping van de cliënt.

Als er sprake is van *overgave* dan gedraagt de cliënt zich overdreven naar de inhoud van het schema. De cliënt bekrachtigt hiermee het schema en geeft zich daaraan over. Er kan bijvoorbeeld een duidelijke verwachting zijn vanuit de cliënt hoe hij/zij zich zal gaan gedragen.

Bij *vermijding* zal de cliënt er alles aan doen om het schema niet te laten activeren. De cliënt zal situaties die risicovol zijn uit de weg gaan of met cognitieve en sociaal-emotionele strategieën het anders doen laten overkomen. De cliënt komt hierdoor niet in aanraking met herstellende of gedragsveranderende ervaringen.

Overcompensatie is een copingstrategie om het schema te bevechten. De cliënt bewijst door zijn gedrag het tegendeel en zal zich daarmee 'overschreeuwen'. Het kan illustreren dat de cliënt competent is, maar het werkelijke contact wordt er mee afgehouden.

Gedragsproblemen van nu volgens de schematherapie en hechtingsbouwstenen

Het is aan de therapeut om een veilige omgeving te creëren voor de cliënt om bovenstaande copingstrategieën niet alleen tot uiting te laten komen, maar ook om te kunnen experimenteren met nieuw gedrag. Young (Young, Klosko & Weishaar, 2005, e.a.) onderschrijft deze experimentele, maar vooral ook ervaringsgerichte beleving. Met name in de therapeutische relatie, waarbij de therapeut in de kindbehoefte van de cliënt tegemoet kan komen. Dit wordt ook wel *Limited Reparenting* genoemd.

De therapeut treedt op als een limited parent (een ouder met beperkingen), waardoor er terug gegaan kan worden naar de kindertijd en op deze manier alsnog de veilige hechting kan doorlopen. Limited reparenting laat zich enkel kaderen door de fysieke beperking (de therapeut is niet de ouder) en de professionele grenzen van de therapeutische relatie. Dus binnen die kaders is de therapeut in staat om de cliënt te voorzien in de benodigde kindbehoefte en hem of haar zodanig corrigerende emotionele ervaringen op te laten doen. Dit kan door er te zijn voor de cliënt, te stimuleren en te ondersteunen, maar ook om bij te sturen en te corrigeren. Als voorbeeld kan er een luisterend oor worden geboden, er 'zijn' voor de cliënt, boosheid of verdriet toelaten zonder zelf boos te worden. Primaire schema's die aan bod komen kunnen binnen de therapeutische relatie (hechting) op verschillende manieren 'gerepareerd' worden.

Door limited reparenting toe te passen komt de cliënt meer over zichzelf te weten en zal de cliënt ook eens de uiteindelijke grenzen gaan ervaren van die therapeutische relatie. Door die empathisch te benoemen en te confronteren start het leerproces van loslaten: 'gently pushing'. De attitude van de therapeut is hierbij zeer belangrijk en zal moeten worden afgestemd op het schema waarin de cliënt zich bevindt. Op die manier leert de cliënt op een voorzichtige manier, met ondersteuning van de therapeut, zich nieuw gedrag eigen te maken.

Lisa (17) liet haar boosheid altijd goed blijken. Zodra zij haar zin niet kreeg, zorgde zij ervoor dat zij goedschiks of kwaadschiks wel de aandacht kreeg die zij vond dat ze verdiende. Merendeel pakte dit niet goed uit voor haar en moest zij onder hevige begeleiding tot rust gebracht worden. Lisa was klein en had flink overgewicht, waardoor zij ondanks haar lengte veel ruimte innam. De uitstraling die zij hierdoor had werd veelal verkeerd begrepen door haar omgeving. Haar schema's kwamen vooral op de voorgrond door een fikse overgave; zij stond erg op haar rechten, stelde zich zeer afhankelijk op en primair schemerde het grote emotioneel tekort door. Haar boosheid die vaak leidde tot verbale en non-verbale agressie moest gekaderd worden om verdere escalaties te voorkomen en hierdoor kon er geen goed antwoord worden gegeven op haar daadwerkelijke vraag: "Wat kan ik doen met mijn emoties?"

Tijdens de psychomotorische therapie had Lisa de mogelijkheid om te zijn wie ze wilde zijn. Haar boosheid werd toegelaten, gedachten en gedragingen hadden de vrije loop. Alles kon en alles mocht, mits er geen hulp ingeschakeld moest worden om weer tot rust te komen. Dit werkte voor Lisa; doordat zij al haar gevoelens en gedachten kon spuien in de ruimte, kon de psychomotorisch therapeut haar spiegelen, ondertitelen en haar teruggeven dat haar gedrag losstaat van haar persoon.

Er werd ingegaan op haar primaire schema van het emotioneel tekort.

Gedragsproblemen van nu volgens de schematherapie en hechtingsbouwstenen

Lisa hing vaak in de hangmat. Niet alleen vanwege het feit dat ze moe was, ze haalde er veel geborgenheid uit. Vaak sloot ze de hangmat volkomen en liet ze zich wiegen en voorlezen of luisterden we in stilte muziek. Eens viel ze ook in slaap. Het grote, stampende en veeleisende kind werd klein, rustig en tevreden. En hoewel dit proces een jaar geduurd heeft, kon zij op een rustige en dankbare manier afscheid nemen.

Veilige en onveilige hechting

De ontwikkeling van een veilig gehecht kind hangt samen met de sensitiviteit en responsiviteit van de ouders. Een ouder moet weten welke signalen het kind uitstraalt, deze juist interpreteren en adequaat reageren (Polderman en Hölscher, 2003). Als er bij de ouder(s) een onvermogen aanwezig is tot het effectief handelen en actief reageren op het kind, kan dit leiden tot disfunctionele ervaringen van het kind en daarmee kan een onveilige hechting gestimuleerd worden. Met als gevolg dat het kind zich op latere leeftijd anders gaat denken en voelen (Young, 1996).

John Bowlby (1951) heeft als een van de eersten onderzoek gedaan naar het ontstaan van hechting bij mensen. Zijn theorie geeft aan dat hechting primair gebaseerd is op de behoefte van kinderen aan veiligheid en zekerheid, welke voortkomen uit de beschikbaarheid van de opvoeder(s). Bowlby meent dat als er aan die voorwaarden voldaan wordt, het hechtingsproces van nature zal verlopen en uiteindelijk een gezond hechtingsproces een cruciale rol zal spelen bij de verdere ontwikkeling naar onafhankelijkheid. Het onderzoek van Bowlby is meerdere malen aangevuld door onder andere Mary Ainsworth (1978), die vier stijlen van gehechtheid onderscheidt:

1. *Veilige gehechtheid*

De kinderen zijn in staat om emotionele steun op te zoeken. Er is een balans tussen nabijheid en exploratie.

2. *Onveilig-vermijdend*

Het kind zoekt geen steun bij belangrijke anderen, maar stelt zich schijn-onafhankelijk op, waardoor het kind emotioneel weinig investeert. Het kind laat geen angst zien voor vreemden en vermijdt de verzorger na korte afwezigheid.

3. *Onveilig-afwerend*

Er is sprake van overmatige gerichtheid op het hechtingsfiguur; afhankelijkheid, claimend en wervend gedrag en boosheid.

4. *Gedesoriënteerde hechting*

Er is sprake van een deels gezonde hechting waarbij het kind de veiligheid ervaart, maar tevens dwingend-agressieve interacties en rolomkering met het hechtingsfiguur heeft.

De hechtingsbouwstenen

T. Bakker-van Zeil heeft de ontwikkeling van de veilige hechting in kaart gebracht met behulp van een bouwsteenmodel. Met dit model wordt de ontwikkeling van een veilige hechting in fasen onderverdeeld, waardoor het voor de therapeut mogelijk wordt nauwkeurig af te stemmen op de cliënt. Verstoringen in de hechting (zie Bowlby) kun-

Gedragsproblemen van nu volgens de schematherapie en hechtingsbouwstenen

nen door middel van interventies – limited reparenting – gericht op de ontwikkelingsfase vervolgens nauwkeurig uitgevoerd worden. Dit maakt het mogelijk om onveilig gehechte kinderen het hechtingsproces opnieuw te laten doorlopen. Eveneens kan door middel van mentaliseren het besef van 'ik en de ander' vergroot worden en daarmee ook het vermogen van de cliënt om zich in te leven in de ander en in zijn of haar omgeving. Door bewust te zijn van deze verweven onbewuste processen in de interactie, zoals die van de hechting, kan het gedrag door middel van het mentaliseren worden beïnvloed. Mentaliseren maakt het verschil tussen fantasie en werkelijkheid duidelijk, als mede het feit dat de ander ook gedachten, gevoelens en uitgangspunten heeft, net als het kind zelf (Fanogly, 2002).

Het bouwsteenmodel is opgebouwd uit vijf fasen: basisveiligheid, toevertrouwen, zelfvertrouwen, onafhankelijkheid en creativiteit.

Fase 1: Basisveiligheid

Een pasgeboren kind is volstrekt hulpeloos en afhankelijk van de ouders. Het vertrouwen in basisveiligheid neemt toe als er altijd iemand voor je is en het eten, drinken, en slapen verzorgd is. De mentale ontwikkeling die het kind doormaakt is de fysieke zelfbepaling: het beleven van het fysieke eigen lichaam.

Fase 2: Toevertrouwen

Het kind voelt zich vertrouwd met de ouders, doordat er adequaat op (lichaams)signalen gereageerd wordt. Dit speelt zich vooral af in de affectregulerende communicatie zoals aanraking en spiegelen. De mentale ontwikkeling heet sociale zelfbepaling: het besef dat fysieke acties effect hebben op het gedrag van de ander.

Fase 3: Zelfvertrouwen

Als het kind zich veilig en ondersteund voelt, zal het uit zichzelf nieuwe ervaringen opdoen (exploreren) om de omgeving te beïnvloeden. Het kind komt de eigen mogelijkheden en beperkingen tegen. De mentale ontwikkeling in deze fase is de teleologische zelfbepaling; het voorstelbaar maken van gedrag en fysieke objecten door met het eigen gedrag iets uit te lokken.

Fase 4: Onafhankelijkheid

Het kind maakt zich los van de ouders en gaat ontdekken wie het zelf is, wat het zelf kan, zonder daarbij de ander (ouders) nodig te hebben. Het kind zal zelf opvattingen krijgen en een mate van empathie. Taal speelt een belangrijke rol in deze fase. Het kind zal naast zichzelf meer rekening kunnen houden met de ander. Het kind richt zich ook op de intenties van anderen: het mentale model intentionele zelfbepaling.

Fase 5: Creativiteit

Het kind is in staat om aan te geven wat het nodig heeft, rekening te houden met de ander, oplossingsgericht te werken en hulp te vragen bij beperkingen. Het kind zal meer gaan ontdekken en zal zich verder ontwikkelen. Het kind krijgt ook een beeld van emoties en verlangens. Niet alleen van zichzelf, maar ook van anderen. Deze mentale ontwikkeling heet de representatieve zelfbepaling.

Gedragsproblemen van nu volgens de schematherapie en hechtingsbouwstenen

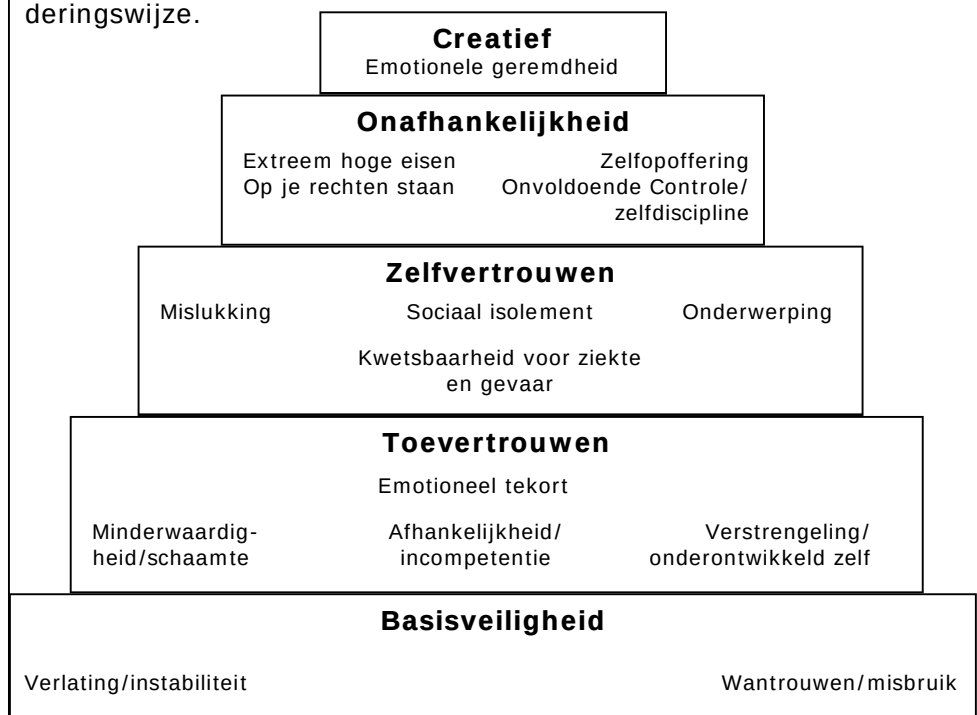


Bovengenoemde fasen zijn onderdeel van een veilige hechting. Een onveilige hechting kan voortkomen uit het niet adequaat doorlopen van de fasen van veilige gehechtheid. Voor deze bouwstenen kunnen de volgende vijf fasen genoemd worden: angst (i.p.v. basisveiligheid), wantrouwen (i.p.v. vertrouwen), onzekerheid (i.p.v. zelfvertrouwen), eenzaamheid (i.p.v. onafhankelijkheid) en machteloosheid (i.p.v. creativiteit).

Nieuw interventiemodel

De fasen van (on)veilige hechting corresponderen met de schema's van Young, mede op basis van de kindbehoefte. Hierdoor is het mogelijk om de verscheidenheid van schema's onder te brengen in het bouwsteenmodel van Bakker-Van Zijl. Dit brengt schematherapie en het hechtingsbouwsteenmodel samen tot een nauwkeurig interventiemodel, waarbij de therapeut de ontwikkelingsbehoefte en de hechting van de cliënt accurater in beeld kan brengen en daarmee sneller aansluiting kan vinden bij de interventies van de schematherapie (limited reparenting/gently pushing).

Ook zal het herkennen van secundaire en geassocieerde schema's vlotter verlopen en kan de oorsprong – het primaire schema – duidelijker naar voren worden gehaald, zodat interventies niet louter op het waarneembare probleemgedrag worden gericht. Met andere woorden: de behandeling kan gericht en doeltreffender worden opgezet. De therapeut heeft vervolgens de keuze om vanuit de secundaire of geassocieerde schema's naar de oorsprong te werken (top down) of vanuit het primaire schema te werken (bottom up) middels een *directe*, *semi-directe*, of *indirecte* benaderingswijze.



Gedragsproblemen van nu volgens de schematherapie en hechtingsbouwstenen

Benaderingswijzen

Om de diagnostische interventies voor de waarneembare gedragsproblematiek vanuit de schematherapie en de hechtingsbouwstenen om te zetten naar een methodische werkwijze, zal er gekeken moeten worden naar de behoefte van de cliënt. Na de diagnostische fase kan er vastgesteld worden in welke fase van hechting de cliënt zich bevindt en is het aan de therapeut om daarbij aan te sluiten en te faciliteren. Een valkuil hierin kan de kalenderleeftijd van de cliënt zijn, die diagnostisch niet overeenkomt met de ontwikkelingsleeftijd. De kans dat het cognitieve niveau bij cliënten met hechtingsproblematiek of gedragsproblemen niet overeenstemt met het sociaal-emotioneel niveau is zeer aannemelijk. Er is geen sprake van een psychisch goede gezondheid en functioneren (Dolsen, 1990). Doordat de fasen van hechting op verschillende leeftijden – en daarmee dus cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkelingen – worden doorlopen, zal de benaderingswijze daarop moeten worden aangepast.

Günther, van Mook, Blokland-Vos en Molenaar (2008) hebben drie benaderingswijzen beschreven om schematherapie te implementeren binnen de vaktherapie.

1) Direct

Er wordt gewerkt vanuit één schema, waarbij alle oefeningen en interventies gerelateerd zijn aan dit schema. De therapeut is transparant, direct en confronterend richting de cliënt. De cliënt is zich bewust van zijn/haar triggers en schema's. Deze benadering vraagt meer van het cognitieve vermogen van de cliënt.

Vanuit het schema emotioneel tekort kan een cliënt zich laten wiegen in een deken. De cliënt weet dit en gaat bewust het proces aan.

2) Semi-direct

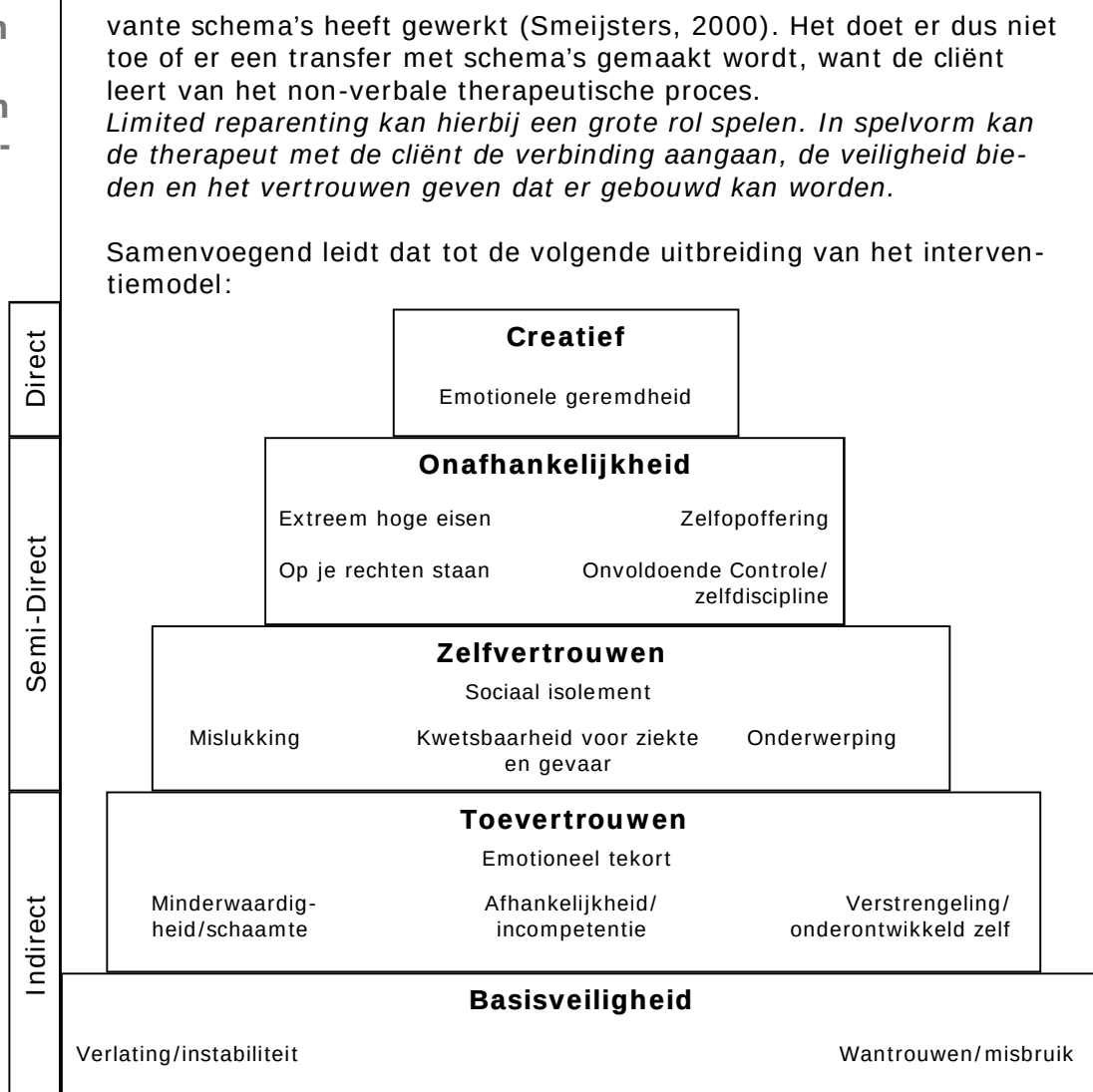
Er wordt gewerkt met (groeps)thema's die één of meerdere schema's kunnen activeren. De cliënt reageert vanuit zijn/haar eigen schema, waaruit verder gewerkt kan worden. Afhankelijk van de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van de cliënt kan de therapeut kiezen om wel, matig of geen aanspraak te doen op het cognitieve vermogen van de cliënt. Semi-direct werken kan een brug vormen tussen het non-verbale creatieve proces en de verbale bewustwording.

In een groep kan dit inhouden dat een ieder vanuit zijn/haar eigen schema reageert en op die van elkaar kan reageren. Individueel kan dit betekenen dat één of meerdere schema's geraakt kunnen worden vanuit een thema. De mate van schema-activering kan dan verschillen en het is aan de therapeut om dit te benoemen (bewustwording), te laten ervaren (non-verbaal) of het een corrigerende, dan wel experimenterende ervaring te laten zijn.

3) Indirect

Er wordt gewerkt vanuit het therapeutische proces, waarbij de cliënt wordt gevolgd in zijn/haar behoeften. Waarnemen en afstemmen zijn in dit stadium voor de therapeut van groot belang. De koppeling tussen het spel, het medium en de schema's hoeft niet aan de orde te komen: er wordt weinig aanspraak gedaan op het cognitieve vermogen van de cliënt. Cliënten die een duidelijke 'inhaalslag' moeten maken in hun emotionele ontwikkeling zullen dat in deze fase laten zien (Rutten-Saris, 2001). Deze indirecte vorm kan deels non-verbaal worden uitgevoerd, waarbij later pas blijkt dat de cliënt juist aan de rele-

Gedragsproblemen van nu volgens de schematherapie en hechtingsbouwstenen



Daan is een 16 jarig meisje dat in behandeling komt, na evenveel woonplekken te hebben gehad als haar leeftijd. Zij is verslaafd geboren en kent haar vader niet. Haar moeder is verslaafd en kon destijds niet voor Daan zorgen, waardoor zij op zeer jonge leeftijd al te maken krijgt met jeugdzorg en de psychiatrie.

Wanneer zij psychomotorische therapie heeft, weet Daan precies wat ze wil: Volleybal. Dat is wat zij meent goed te kunnen en waar zij denkt plezier uit te kunnen halen. Haar hoge eisen vallen direct op: het net moet hoog hangen, er moet bovenhands geserveerd worden en de therapeut moet zich vooral niet inhouden. „Nee, ik kan het wel, kom nou maar!” De therapeut wordt door haar op zijn plek gezet. Ze stippelt alles uit, het kan niet meer fout gaan. Maar toch gaat het fout. Keer op keer lukt het haar niet om haar gevoel van competentie te uiten in de werkelijkheid. De bal gaat vaak in het net, haar service mislukt en zelfs de met zorg geplaatste ballen van de therapeut helpen haar niet om de uitkomst te krijgen zoals Daan die had verwacht. Interventies om haar toch een succeservaring te laten beleven lijken een afbreuk te doen aan haar zelfvertrouwen: „NEE, IK KAN HET ECHT WEL!”

Door - nog in de diagnostische fase - de gebeurtenis in combinatie met haar gevoel, gedachten en gedrag te ondertitelen, ontploft zij echter

Gedragsproblemen van nu volgens de schematherapie en hechtingsbouwstenen

direct in een gerichte boosheid. Zij kan het niet aan om na het - in haar beleving - negatieve gevolg het ook nog eens aan te moeten horen ,wat' zij nu precies ,fout' deed. Hetgeen wat voor handen is wordt linea recta naar de therapeut gesmeten en Daan loopt weg.

Deze boosheid blijft bij Daan lang hangen, maar ze blijft trouw komen. Volleybal wordt langzamerhand gespeeld zonder net, het weglopen blijft beperkt en ze zorgt dat ze altijd weer terugkomt. De therapeut stelt voor om met haar te gaan klimmen. Dit vindt zij leuk en al gauw vindt zij het fijn om op een andere manier met de therapeut in contact te zijn. Er wordt weinig meer gepraat, maar het contact (het touw) en het vertrouwen („Ik heb je”) groeit in korte tijd sterk. Zo zijn er sessies waarbij Daan zelfstandig de klimgordel aandoet, de spullen gereed maakt voor de therapeut en onderweg naar boven ,test' of de therapeut haar daadwerkelijk kan dragen. Uiteindelijk bouwt ze haar eigen klimroute door het ontstane vertrouwen.

Later in de therapie komt zij steeds meer los. Daan wil spelen. Dit keer geen volleybal, nee: Daan wil écht spelen. Haar oog valt op de grote trampoline en al spelenderwijs verruilt zij steeds vaker het boze gezicht voor een mooie glimlach. Ze laat zichzelf op en neer veren, lacht schaamteloos en bedenkt nieuwe spannende springsituaties. En met de therapeut langs de kant, haar veilige haven, ontdekt ze het kind in zich.

Na het beëindigen van de psychomotorische therapie en richting het einde van haar behandeling, komt ze nog regelmatig langs de therapeut. Gewoon om even te kletsen, te luieren en er te ,zijn'. Haar vragen zijn gericht en kan de therapeut steeds meer een beroep doen op haar cognitief vermogen. Vragen over relaties, afhankelijkheid en zelfacceptatie kunnen steeds meer op een directieve manier worden aangeboden. Iets wat aan het begin van haar behandeling ábsoluut niet kon.

Conclusie

Het schematherapeutische bouwsteenmodel vormt hiermee een nieuwe methodiek om probleemgedrag en hechtingsproblematiek te diagnosticeren, doelen te stellen en om de therapeutische interventies doelgerichter plaats te laten vinden. Dit wordt samengevat in een nieuw vaktherapeutisch interventiemodel.

Het waarneembare probleemgedrag, wat gebruikt kan worden als copingstrategie door de cliënt, kan vlotter onderscheiden worden in secundaire, geassocieerde en primaire schema's, zodat de behandeling zich kan richten op de oorsprong in plaats van het daaruit voortkomende gedrag.

Young beschrijft in zijn schematherapie dat de oorsprong van het ontstaan van schema's teruggaat naar traumatische of stressvolle periodes in de kinderjaren. De ontwikkeling van het kind en de daarbij behorende gedachten, gevoelens en gedragingen raken verstoord. Het kind kan daardoor een ontwrichte hechtingsperiode hebben gehad, wat kan leiden tot verschillende vormen van onveilige hechting.

Door middel van de therapeutische relatie en limited reparenting, kan schematherapie een uitkomst bieden om de cliënt alsnog een veilige hechting te laten doorlopen.

De schema's van Young corresponderen vanuit de kindbehoefte met de hechtingsbouwstenen van Bakker-Van Zijl. Hiermee is het mogelijk

Gedragsproblemen van nu volgens de schematherapie en hechtingsbouwstenen

om vanuit het waarneembare schema-gedrag de vertaalslag te maken naar de fase van hechting. Ook kunnen er vanuit de kindbehoefte doelen gesteld worden. De therapeut kan daarop volgend meer methodisch en doelgericht werken aan de therapeutische (hechtings)relatie met weloverwogen en bewuste interventies. Er kan top down (vanuit een secundaire schema naar een primair schema) of bottom up (vanuit het primaire schema) gewerkt worden.

Günther, van Mook, Blokland-Vos en Molenaar (2008) hebben drie benaderingswijzen beschreven om schematherapie te implementeren binnen de vaktherapie, waardoor de vaktherapeut ook binnen het model van Bakker-Van Zijl de therapie op bewuste wijze kan inzetten.

Bottom up werkt meer vanuit het non-verbale creatieve proces, waar top down meer cognitief vermogen van de cliënt vraagt.

Het vaktherapeutisch interventiemodel (zie volgende bladzijde) in de schematherapeutische bouwstenen is aangevuld met de domeinen en therapeutische attitudes vanuit de schematherapie.

Literatuur

- Aalsvoort, G.M. van der;** *Een kind, een plan*. ACCO, Leuven 2004.
- Arntz, A., Jacob, G.;** *Schematherapie, een praktische handleiding*. Uitgeverij Nieuwerzijds, Amsterdam 2012.
- Boer, S., Boon, A., Verheij, F., & Donker, M.;** *Characteristics of adolescent psychiatric inpatients with early-onset and adolescent-onset disruptive behavior*. International journal of forensic mental health, 12-2013.
- Blokland-Vos, J., Günther, G.; Mook, C. van:** *Je vak in schema's. Vaktherapie binnen een kader van schematherapie*. Tijdschrift voor vaktherapie nr 2-3, 2008.
- Emck, C.;** *psychomotorische therapie: weer(ga)loos, wonderbaarlijk of werkzaam?* Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie nr 4, 2002.
- Daansen, J., Dalmeijer, S.;** *Research and practise in schema therapy: attachment, reparenting and the therapy relationship*. Tijdschrift voor psychotherapie, jaargang 39, nr 1 2013).
- Niemeijer, M., Gastkemper, M.;** *Ontwikkelingsstoornissen bij kinderen*. Koninklijke van Gorcum BV, Assen 2004.
- Muste, E; Veertman, A; Claassen, M.;** *Handboek klinische schematherapie*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2009.
- Ploeg, J.D. van der:** *Gedragsproblemen, ontwikkeling en risico's*. Lemniscaat b.v., Rotterdam 1997.
- Smeijsters, H.;** *Handboek creatieve therapie*. Coutinho, Bussum 2000.
- Sommeling, L.;** *Pesso-psychotherapie en haar toegevoegde waarde*. Tijdschrift voor psychotherapie, jaargang 29, nr 1 2013.
- Thunnissen, M.M., Muste, E.;** *Schematherapie in de klinisch-psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen*. Tijdschrift voor psychotherapie, nummer 28 2002.
- Verheugt-Pleiter, J.E., Schmeets, M.G.J., Zevalkink, J.;** *Mentaliseren in de kindtherapie*. Koninklijke van Gorcum BV, Assen 2010.
- Vreeswijk, M. van, Broersen, J., Nadort, .;** *Handboek schematherapie: theorie, praktijk en onderzoek*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2008.
- Young, J.E.; Klosko, J.S.; Veishaar, M.E.;** *Schemagerichte therapie: handboek voor therapeuten*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2005.
- Young, J.E.; Klosko, J.S.;** *Reinventing your life*. Penguin Group, New York 1994.
- Zaal, S; Boerhave, M; Koster, M.;** *Hechting, basisveiligheid, basisvertrouwen*. Publicatie voor begeleiders en behandelaars, 2009.

Gedragsproblemen van nu volgens de schematherapie en hechtingsbouwstenen

Benadering	Domein	Hechtingsbouwsten met schema's	Therapeutische attitude	Kindbehoeften: voor het kind..
Direct	Semi-direct	Overmatige waaikzaamheid	Uitnodiging, complimenteers Goed zo!	Creatief, problemen oplossen alleen/met andere, actief ingrijpen, eigen leven hebben (os van de ander)
		Onafhankelijk		
		Onafhankelijk		
Indirect	Indirect	Verbondenheid	Betrouwbaar, stabiel Voorspelbaar 'Kom maar'	Herkennen, zich openstellen; vervulling van lichamelijke en emotionele behoeften
		Basisveiligheid		
		Basisveiligheid		

"Hoe werk je?"

"Waar werk je?" & Diagnostisch middel

"Wat is je houding?"

"Wat is je doel?"

A portrait of a woman with blonde, wavy hair, wearing a dark blue top and a colorful beaded necklace. She is smiling slightly and looking towards the camera. The background is dark and out of focus.

DE NARRATIEVE TAAL-TEKEN-THERAPIE®

De Narratieve Taal-Teken-Therapie® is een psycholinguïstische interventievorm, waarbij de taaltherapeut zowel het kind als één van de ouders of verzorgers aan tafel heeft zitten. De taaltherapeut *coacht* de ouder, waarbij het kind en de ouder wordt geleerd om de regels van taal, communicatie en van contact toe te passen in de verbale communicatie.

Narratie is vertelling, dus *Narratieve* staat voor Vertel, en *Taal* voor de taal die gebruikt wordt om te vertellen, *Teken* staat voor het tekenen dat gebruikt wordt om de taal te ondersteunen, en *Therapie* staat voor de interventievorm die gekozen is. En de ® staat voor het feit dat ik degene ben die deze Narratieve Taal-Teken-Therapie® heb uitgevonden en zie als mijn geesteskind.

Bij de Narratieve Taal-Teken-Therapie® wordt het kind uitgenodigd om te vertellen over persoonlijke ervaringen in het narratieve genre. Dit heet in het Engels een *personal narrative*. Dit narratieve proces wordt ondersteund door datgene te tekenen wat wordt uitgesproken, zodat de auditieve verwerking en het auditieve geheugen visueel worden ondersteund, en aan elkaar gekoppeld.

Dit is dus iets anders dan het stimuleren van beelddenken. Bij de Narratieve Taal-Teken-Therapie® worden visuele en auditieve informatie heel precies aan elkaar gekoppeld niet alleen in het brein, maar ook in de verbale interactie. Dit gebeurt van woorden tot uitingen tot persoonlijke verhalen.

Hieronder is als voorbeeld een verhaal opgetekend door een jongen met een Autisme Spectrum Stoornis die een nieuwe fiets krijgt. Hij heeft daarbij zijn persoonlijke verhaal over deze gebeurtenis, heel ver-

staanbaar, begrijpelijk en aanvaardbaar verteld. Toen hij begon aan de Narratieve Taal-Teken-Therapie®, had hij een taalachterstand van ruim vijf jaar, en kon hij niets van zijn eigen ervaringen verwoorden. Hij sprak onverstaanbaar en heel snel. Na afloop was dit zo goed als over, want door te tekenen is begrijpelijk praten zo moeilijk niet meer.

Na jaren van uitproberen en experimenteren bij kinderen met een taalstoornis al dan niet met een psychiatrische stoornis en hun ouders bij o.a. Curium-LUMC en bij Transparant is de Narratieve Taal-



Teken-Therapie® organisch gegroeid. Inmiddels wordt er meer dan voldoende positief psycholinguïstisch effect gemeten, want er is meestal een talige inhaalslag per kind na interventie meetbaar, dat de tijd rijp is om de Narratieve Taal-Teken-Therapie® het licht te doen zien, en steeds meer toegankelijk te maken voor logopedisten, spraak-taalpathologen en klinisch psycholinguïsten, en andere *professionals*.

Wetenschappelijke achtergrond

In 2003 werd duidelijk dat veel kinderen met psychiatrische problematiek daarnaast ook een taal- en communicatiestoornis hebben (80%) (groep I) of alleen een communicatiestoornis (20%) (groep II) (Blankenstijn & Scheper, 2003). De groep-I kinderen hadden dus een receptieve-expressieve taalstoornis op het gebied van de taalvorm, taalinhoud en het taalgebruik (APA, 2000; DSM-TR-IV), de groep-II kinderen hadden dus voornamelijk receptieve en expressieve taalstoornis op het gebied van de taalinhoud en het taalgebruik, in de Engelstalige wetenschappelijke literatuur vaak een *semantic-pragmatic disorder* genoemd (Bishop, 1997). De soort taalstoornis (I of II) kon niet aan een bepaalde psychiatrische problematiek gekoppeld worden, want om die onderzoeksvraag statistisch te kunnen beantwoorden was de groep van 120 kinderen van 4;0 – 9;11 jaar met een psychiatrische stoornis uiteindelijk – helaas – te klein, hoewel in de wetenschappelijke literatuur *semantic-pragmatic disorders* vaak aan een Autisme Spectrum Stoornis worden gekoppeld.

Taaldiagnostiek

De noodzaak van taaldiagnostiek binnen de Kinder- en Jeugdpsychiatrie werd vanaf 2003 steeds duidelijker, en taaldiagnostiek gebeurt gelukkig in de praktijk binnen de Kinder- en Jeugdpsychiatrische Klinieken (K7) en binnen het Cluster-IV onderwijs steeds vaker. Maar dan.

Taaltherapie

De ouders horen dat hun kind twee stoornissen heeft: een psychiatrische stoornis, zoals ASS, ADHD, ODD, een Angststoornis of een Depressieve stoornis *en* daarbij ook nog een Taalstoornis. Vervolgens gaat hun kind vaak naar het speciaal onderwijs (cluster II of IV) of krijgt ambulante begeleiding op school (Cluster II of IV), eventueel komt er opvoedondersteuning in huis, en buiten of binnen de school krijgt het kind vaak logopedische begeleiding. Helemaal fijn, noodzakelijk en met een positief rendement. Maar dan.

Thuis

Thuis weten de ouders dan nog steeds niet precies hoe zij met hun kind nou het beste kunnen praten en communiceren. Een passende taaltherapie voor kinderen met een taalstoornis al dan niet met een psychiatrische stoornis en hun ouders (zelf zo mogelijk ook met een taalstoornis al dan niet met een psychiatrische stoornis) was dus hard nodig. Na verschillende talige behandelexperimenten werd de Narratieve Taal-Teken-Therapie®, afgekort NTTT, ook ter ondersteuning van de ouders van deze kinderen ontwikkeld.

Ter inspiratie: Bijscholingsidee

Uitgangspunten

Bij het ontwikkelen van de Narratieve Taal-Teken-Therapie stonden de volgende praktische en theoretische uitgangspunten centraal:

- De NTTT is talig heilzaam voor kinderen met uiteenlopende taalstoornissen al dan niet in combinatie met uiteenlopende comorbide psychiatrische stoornissen, mogelijkserwijs met een lager of hoger IQ dan gemiddeld
- De NTTT is goedkoop en eenvoudig in de uitvoering en in de overdracht binnen het familiesysteem van het kind
- De NTTT valt binnen een theoretisch psycholinguïstisch kader en sluit aan bij de meest moderne opvattingen over de sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling van elk kind.

Doelgroep

De NTTT is geschikt voor alle kinderen, jeugdigen, adolescenten, jong volwassenen en volwassenen met een taalstoornis al dan niet in combinatie met een psychiatrische stoornis vanaf een ontwikkelingsleeftijd van 4;0 jaar. Dit laatste is zeker mogelijk, gezien het feit dat de oudste cliënt die van de NTTT profiteert ouder dan 75 jaar is en naast een taal- en communicatiestoornis het Syndroom van Asperger heeft (Blankenstijn & Donker, in voorbereiding). Ook is de NTTT geschikt voor de groep delinquente jongen en vroeg volwassenen die door niet voldoende erkende taal- en/of communicatiestoornissen al dan niet in combinatie met psychiatrische problematiek ernstig in de problemen zijn geraakt.

NTTT-Cursus

Voor mensen die geïnteresseerd zijn, en meer willen weten, ga naar www.claudiablankenstijn.nl en geef je op om de Nieuwsbrief Narratieve Taal-Teken-Therapie® te ontvangen. Kom ook een cursus doen in Egmond aan Zee, en schrijf je in voor een arrangement voor dit voorjaar. Je leert dan de om de Narratieve Taal-Teken-Therapie® toe te passen in de praktijk.

1) CURIUM-LUMC is een Onderzoekscentrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie in Oegstgeest (vlakbij Leiden). De auteur is werkzaam bij de Zorglijn *Ontwikkelingsstoornissen Kind* in het *Neuroteam* voor taaldiagnostiek en taalbehandeling bij kinderen met psychiatrische stoornissen.

2) Transparant is een Centrum voor Geestelijke Gezondheid in Leiden. De auteur is mede-Transparanter, en heeft onder de bezielde leiding van Dr. Liesbeth van Londen in een vroeg stadium een grote therapeutische vrijheid mogen genieten om de Narratieve Taal-Teken-Therapie uit te proberen met zowel kinderen als volwassenen met een taal- en een psychiatrische stoornis en hun familieleden.

NARRATIEVE TAAL-TEKEN- THERAPIE, IN DE PRAKTIJK VAN ELLEN VAN OSNABRUGGE

Ellen werkt als pmkt-er op een basisschool met twee neveninstroomklassen. Zij volgde met veel plezier de cursus en wilde hem graag bij anderen onder de aandacht brengen.

De setting

De kinderen op komen direct uit het buitenland bij ons op school. Sommige kinderen zijn echt ontworteld door de emigratie. Niet zelden hebben ze traumatisch ervaringen opgedaan. Een probleem bij de therapie is de geringe woordenschat van de kinderen. Ze willen wel, maar kunnen vaak niet verwoorden wat er aan de hand is, waar ze verdrietig om zijn of waar ze blij van worden. Tekenen kan een goede ingang zijn.

Een voorbeeld

Eén van de kinderen – laat ik hem Job noemen – is bij mij aangemeld. Hij is acht jaar en is nog nooit naar school geweest. In de klas valt hij op omdat hij niet met andere kinderen samen kan spelen. Er is een vermoeden van hechtingsproblemen, omdat hij als baby en peuter lange tijd bij verschillende familieleden heeft gewoond, terwijl zijn ouders elders woonden.

Tijdens het spel in het speellokaal speelt Job veelal alleen. Op instrumentele wijze betreft hij mij wel in zijn spel, maar er is geen sprake van wederkerigheid en echt samenspel. Het spel is vluchtig en hij wisselt veel activiteiten. Job houdt van tekenen. Ik besluit de Narratieve-Taal-Teken-Therapie (NTTT) in te zetten als middel om meer contact met hem te krijgen, maar ook om meer te weten te komen over zijn leefwereld en geschiedenis. Ik ben benieuwd naar zijn narratieve verhalen. Job tekent graag en al heel snel heeft hij door wat er van hem verwacht wordt.

In het begin weet hij soms niet veel te verzinnen – zijn leefwereld is klein en hij maakt weinig mee – maar na een paar keer komt hij los en vertelt hij soms met zijn jas nog aan dat hij een verhaal weet om te tekenen. Job leert dat een verhaal een begin, een midden en een eind heeft. Al snel begrijpt hij ook dat het over zijn eigen verhalen moet gaan. Niet over fantasieverhalen. Tijdens het tekenen is er sprake van veel communicatie. Meer dan in het speellokaal. En er is wederkerigheid. Job vraagt soms of ik dingen voor hem wil tekenen. Als hij vertelt, probeer ik dat ook. Maar vaak stuit ik op een 'neehee'. Zo moet dat niet. Hij moet dan verduidelijken hoe het wel moet. Zijn taalontwikkeling wordt hierdoor gestimuleerd. Vaker probeert hij dan zelf weer verder te tekenen. Tekenen is een trage activiteit. Er zijn pauzes, vertragingen. Er is volop gelegenheid om volledig af te stemmen op Job, maar ook gelegenheid om te vragen naar gevoelens. Het contact groeit in een rap tempo. Aanvankelijk tekent Job alleen over het hier en nu, maar op een dag tekent hij het strand en de zee. Hij vouwt een bootje en dat plakt hij op de zee. Het gaat over de dag dat hij naar Nederland kwam, met de boot.

Het therapie-uur wordt ingevuld met een half uur tekenen en een half uur spelen in het speellokaal. Daar wordt ook een stuk ontwikkeling zichtbaar. Regelspel wordt meer samen-spel. In het vrije spel gaat Job hutten bouwen en daarin spelen we samen. Door gebruik te maken van de principes van de NTTT is een mooie ontwikkeling in gang gezet.