



Module basis – Affectregulerende Vaktherapie Dans

Auteurs

Christina Wintels-Fivian, Victoria Murillo de Koning, Karin van Sabben, Eva de Jager-van den Boom, Monica Ouwens (2020)

Samenvatting

Titel

Affectregulerende Vaktherapie dans als individuele behandelmethode ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid.

** Affectregulerende Vaktherapie (ArVT) is een methode die doelgroep- en discipline-overstijgend is. In deze module wordt de ArVTdans beschreven.*

Auteurs

Christina Wintels-Fivian, Victoria Murillo de Koning, Karin van Sabben, Eva de Jager - van den Boom, Monica Ouwens

Doelgroep

De interventie Affectregulerende Vaktherapie *dans* (ArVTdans) richt zich op kinderen van 4 t/m 12 jaar met gedrags- en emotionele problemen volgens de Child Behaviour Checklist (CBCL) (Achenbach, 2001), waarbij tevens sprake is van een vermoeden van problematische gehechtheid volgens de Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (LSVG) (Boris & Zeanah, 2005; Stor & Storsbergen, 2006).

Ouders/verzorgers krijgen aanvullend psycho-educatie en begeleiding bij de bejegening van het kind tijdens de ArVTdans behandeling.

Context

De jeugdinterventie Affectregulerende Vaktherapie dans (ArVTdans) is zorgprogramma-overstijgend. Kinderen uit verschillende zorgprogramma's maken er gebruik van: jeugdpsychiatrische instellingen, jeugd- en gehandicaptenzorg, orthopedagogische behandelcentra en vrijgevestigde praktijken.

Doel

Het kind ontwikkelt gehechtheidsgedrag waardoor gedrags- en emotionele problemen afnemen.

Interventie-aanpak

Affectregulerende vaktherapie dans (ArVTdans) is gericht op het reguleren van affect, aandacht, emoties en gedrag, welke vóór liggend zijn aan emotieregulatie. Affect is te definiëren als de verzameling van interne spanningen en onderliggende (niet afleesbare), onbewuste gevoelens (Damasio, 2003). Emoties zijn zichtbaar in verbaal en non-verbaal gedrag.

In ArVTdans wordt in drie fasen, affect, aandacht, emoties en gedrag, gereguleerd door het werken met het lichaam, de beweging, de ruimte, materialen en door gebruik te maken van de 'werkrelatie' tussen het kind en de danstherapeut.

ArVTdans is een individuele behandelmethode voor het kind, met daarnaast psycho-educatie voor opvoeders en begeleiders.

Onderbouwing

Dit hele proces heet affectregulatie omdat de onderliggende spanningen en gevoelens (affecten) altijd het aangrijpingspunt van de interventie vormen. Door het reguleren van onderliggende spanningen, aandachttekorten en affecten wordt het gehechtheidsgedrag van het kind bevorderd en verminderen gedrags- en emotionele problemen.

Onderzoek

Nog geen gegevens. Onderzoek voor Affectregulerende Vaktherapie *beeldend* is in voorbereiding. Voor de laatste informatie en ontwikkelingen zie: www.affectregulerendevaktherapie.nl

Affectregulerende Vaktherapie *dans* als individuele behandelmethodete ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid.

NAAM AUTEURS

Christina Wintels-Fivian, Victoria Murillo de Koning, Karin van Sabben, Eva de Jager - van den Boom, Monica Ouwens

NAAM ONTWIKKELAAR

De modules Affectregulerende Vaktherapie *beeldend en muziek* zijn ontwikkeld door Wijnje van der Ende, Sanne van der Vlugt, Leanne Nieuwenhuis, Corine Smelt en Patricia Tel-Vos. Deze zijn geaccrediteerd in 2016.

Affectregulerende Vaktherapie *dans* is onderdeel van het kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie, generieke module.

Context

De jeugdinterventie Affectregulerende Vaktherapie *dans* (ArVT*dans*) is zorgprogramma-overstijgend: cliënten uit verschillende zorgprogramma's maken er gebruik van, bijvoorbeeld jeugdpsychiatrische instellingen, jeugd- en gehandicaptenzorg, orthopedagogische behandelcentra en vrijgevestigde praktijken.

ArVT*dans* is onderdeel van de overstijgende interventie Affectregulerende Vaktherapie (ArVT). Eerder zijn vergelijkbare deelinterventies Affectregulerende Vaktherapie *beeldend* (ArVT*b*) en Affectregulerende Vaktherapie *muziek* (ArVT*m*) ontwikkeld voor kinderen met problematische gehechtheid.

In ontwikkeling zijn ArVT*drama*, ArVT*pmt* en ArVT*spel*.

2. Probleembeschrijving

2.1. Probleem

Kinderen met problematische gehechtheid hebben moeite met het hanteren van gedrag en emoties. De gedrags- en emotionele problemen lijken direct verband te houden met zwakke regulatie van spanningen en gevoelens (affecten), die ontstaan zijn in de vroege relatie tussen kind en opvoeder (Meurs, Vliegen, Emde, Oforsky, & Butterfield, 2008). Kenmerkend is het gebrek aan vertrouwen in hun directe opvoeders. De koepelterm 'problematische gehechtheid' wordt door De Wolff, Dekker Van der Sande, Sterkenburg en Thoomes-Vreugdenhil (2020) in de *Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming, problematische gehechtheid* als volgt beschreven:

- kinderen/ jeugdigen die onveilig (vermijnd of ambivalent) gehecht zijn aan hun ouders en bij wie sprake is van probleemgedrag als gevolg daarvan;
- kinderen/ jeugdigen bij wie de gehechtheidsrelatie gedesorganiseerd of verstoord is;
- kinderen/ jeugdigen bij wie de gehechtheidsrelatie verbroken is en die daarvan nog steeds last hebben;
- kinderen/ jeugdigen die met geen enkele volwassene een gehechtheidsrelatie lijken te hebben opgebouwd. Dit wordt de reactieve hechtingsstoornis genoemd.

De kinderen met een problematische gehechtheid verschillen in hun reacties op spanningsvolle omstandigheden. Er worden drie stijlen onderscheiden (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).

- *Vermijnd gehechte kinderen* hebben, na veelvuldig te zijn afgewezen, geleerd geen beroep meer te doen op hun ouders als ze stress ervaren. Deze kinderen richten hun pijn, verdriet of angst eerder naar binnen, of reageren agressief bij spanning. In sociale contacten houden ze liever afstand, ze kunnen hun eigen boontjes wel doppen.
- *Ambivalent gehechte kinderen* zijn vooral onzeker door het sterk wisselende, inconsistente gedrag van hun ouders. Ze zoeken voortdurend nabijheid, zijn soms erg afhankelijk, passief of boos. Zij missen het zelfvertrouwen van een veilig gehecht kind.
- *Gedesorganiseerd gehechte kinderen* zijn doorgaans opgegroeid met ouders die zowel een bron van steun als bron van angst zijn, bijvoorbeeld doordat de ouders het kind mishandelen of depressief zijn.

Of doordat een ouder het kind niet kan beschermen tegen het geweld dat plaatsvindt in het gezin. Het jonge kind kan zich niet aanpassen aan deze onoplosbare paradox en laat daarom vreemd, gedesorganiseerd gedrag zien, zoals nabijheid zoeken bij vreemde mensen, of gaan huilen als het zijn ouder weer ziet na een korte scheiding. Oudere kinderen kunnen extreem angstig, controlerend en/of bazig gedrag laten zien (De Wolff et al., 2020).

2.2. Spreiding

Volgens De Wolff et al. (2020) zijn gemelde prevalentiecijfers gebaseerd op zowel internationale als Nederlandse studies naar gehechtheid (Lamb, Thopmson, Gardner, & Charnov, 1985; Van IJzendoorn & Kroonenberg, 1988).

Veilig gehechte kinderen onderscheiden zich van onveilig gehechte kinderen door het vertrouwen dat zij hebben in zichzelf en in de anderen om hen heen. Tussen de 60 en 70 % van alle gezonde thuiswonende kinderen in Nederland heeft een veilige gehechtheidsrelatie, en 30 tot 40 % is onveilig gehecht. Dit wordt gekenmerkt door een gemis aan vertrouwen in hun ouders.

Uit verschillende meta-analyses blijkt dat bij jeugdigen die opgroeien in probleemgezinnen, in pleeggezinnen of bij adoptieouders of ouders met psychiatrische problematiek, vaker gehechtheidsproblemen voorkomen.

Daarnaast hebben kinderen met een psychiatrische problematiek, zoals ADHD, trauma, ontwikkelingsstoornis, autistische stoornis of een verstandelijke beperking (Janssen, 2007) bovendien vaker een gedesorganiseerde/verstoorde gehechtheidsrelatie (De Wolff et al., 2020; Londen-Barentsen, 2002; Van den Dries, Juffer, Van IJzendoorn, & Bakersmans-Kranenburg, 2009).

Conclusie: Problematische gehechtheidsrelaties komen volgens de Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming (De Wolff et al., 2020), vaker voor bij jeugdigen die:

- opgroeien in gezinnen waarin vermoedelijk sprake is van mishandeling, verwaarlozing of huiselijk geweld (Prevalentie 80%);
- na hun eerste verjaardag zijn geadopteerd of opgroeien in een pleeggezin (Prevalentie 30%);
- opgroeien in een leefgroep of tehuis (geen gegevens bekend);
- opgroeien in een gezin waarvan één of beide ouders psychiatrische problemen heeft (Prevalentie: vaker dan gemiddeld);
- een ontwikkelingsstoornis, autistische stoornis of opvallende lichamelijke en/of verstandelijke beperking hebben (Prevalentie 50%).

2.3. Gevolgen

De Richtlijn Problematische Gehechtheid (De Wolff et al., 2020) spreekt van minder zelfvertrouwen, minder goed emoties kunnen reguleren en minder sociaal vaardig zijn als gevolgen van een problematische gehechtheid.

De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie voorspelt in belangrijke mate hoe het kind zich op verschillende gebieden ontwikkelt. Zo blijkt uit een review van Schneider, Atkinson en Tardif (2001) dat er verband is tussen de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie op jonge leeftijd en de manier waarop het kind later omgaat met leeftijdgenoten en in staat is hechte vriendschappen op te bouwen. Ook de manier waarop een kind later met stressvolle situaties en gebeurtenissen kan omgaan houdt verband met de kwaliteit van de gehechtheid op jonge leeftijd (Van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). Daarnaast is een positieve correlatie aangetoond tussen de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie en cognitieve vaardigheden en taalvaardigheden (Murray & Yingling, 2000; O'Connor & McCartney, 2007). Kinderen die onveilig gehecht zijn hebben geen vertrouwen in de beschikbaarheid van de ouder/ verzorger in perioden van stress en spanning, Onveilige gehechtheid kan leiden tot chronisch vroegkinderlijk trauma, waarbij stabilisatie van belang is (Struik, 2010). Het gevolg van stress en spanning is volgens Thoomes-Vreugdenhil (2012) dat er problemen op verschillende ontwikkelingsgebieden ontstaan: sociaal, emotioneel en cognitief. Dit wordt mede veroorzaakt door een verminderd realiteits- en lichaamsbesef, veroorzaakt door een vervormd, en eventueel getraumatiseerd, lichaamsbeeld (Van der Kolk, 2016; Porges, 2011). Zelfwaardering, emotieregulatie en zelfbeeld komen onder druk te staan. Došen (2005) heeft het over de volgende persoonlijke kenmerken die kunnen ontstaan bij een verstoring van de gehechtheid: vasthouden van lichamelijk contact, apathie in bedreigende situatie, angst voor vreemden, snelle wisseling van stemming, impulsief reageren bij frustratie, agressiviteit, zelf verwondend gedrag, dwangmatigheid en het ontwikkelen van rituelen.

3. Doelgroep

De affectregulerende vaktherapie dans (ArVTdans) richt zich op kinderen van 4 t/m 12 jaar met gedrags- en emotionele problemen, waarbij tevens sprake is van een vermoeden van problematische gehechtheid.

3.1. Indicaties

- Het kind laat (ernstige) gedrags- en/of emotionele problemen zien, volgens de Child Behaviour Checklist (CBCL) (Achenbach, 2001).
- Het kind heeft een problematische gehechtheid volgens de Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (LSVG) (Boris & Zeanah, 2005; Stor & Storsbergen, 2006).

3.2. Contra-indicaties

- Crisissituaties door onveilige woon- of opvoedingssituaties*
- Psychose

*De eerste fase (spanningsregulatiefase) van de ArVTdans kan wel worden gestart, mits er perspectief is op vervolg van behandeling en een stabilisatie van de opvoedsituatie.

3.3. Verwijzing en selectie

Selectie voor behandeling wordt gedaan op basis van diagnostiek, door een daartoe opgeleide professional; psychiater, psychotherapeut, GZ-psycholoog of gedragsdeskundige met diagnostiekaantekening. Verwijzing en intake worden in instellingen gedaan door hoofdbehandelaars: de diagnosesteller in samenwerking met het multidisciplinaire team. Bij behandeling in vrijgevestigde praktijken is aanmelding en inbedding door een wijkteam of multidisciplinair team een voorwaarde.

4. Doelen

4.1. Hoofddoel

Het kind ontwikkelt gehechtheidsgedrag waardoor gedrags- en emotionele problemen afnemen.

4.2. Subdoelen

- Het kind is in staat de opvoeder(s)/ verzorger(s) als bron van troost en ontspanning te ervaren. Dit is zichtbaar als bij oplopende spanning het kind hulp vraagt en sturing accepteert van de dagelijkse opvoeder;
- Het kind kan zijn gevoelens (laten) reguleren.
Het kind richt zijn aandacht op zichzelf en is bewuster van zijn lichaam. Het kind onderzoekt zijn omgeving. Het kind onderscheidt verschillende gradaties van spanning en gevoelens (affecten). Het kind is in staat om binnen zijn 'window of tolerance' (Ogden, Minton, & Pain, 2006) te blijven;
- Het kind functioneert sociaal beter.
Het kind maakt positief contact, kan afstemmen en samenwerken met de opvoeder(s)/ verzorger(s) en deelt affecten en emoties.

5. Beschrijving van de interventie-aanpak

5.1. Architectuur van de interventie

Affectregulerende Vaktherapie dans (ArVTdans) is gericht op het reguleren van affect, aandacht, gedrag en emoties. Affect is te definiëren als de verzameling van interne spanningen en onderliggende, onbewuste gevoelens. Emotie is zichtbaar in verbaal en non-verbaal gedrag (Damasio, 2003). Voorbeeld: *machteloze woede*, waarbij de emotie woede zichtbaar is en de machteloosheid het onderliggende affect is.

Interne spanningen kunnen ook ontstaan doordat het kind bijvoorbeeld overweldigende blijdschap ervaart en overloopt van enthousiasme.

Om het non-verbale gedrag te observeren wordt er in ArVTdans onder andere gebruik gemaakt van de Laban Movement Analysis (zie bijlage 2).

In ArVTdans wordt in drie fasen affect, aandacht, emoties en gedrag gereguleerd door het werken met het lichaam, de beweging, de ruimte, materialen en door gebruik te maken van de 'werkrelatie' tussen het kind en de danstherapeut.

Dit hele proces heet affectregulatie omdat de onderliggende spanningen en gevoelens (affecten) altijd het aangrijpingspunt zijn. Door reguleren van onderliggende spanningen wordt het gehechtheidsgedrag van het kind bevordert en verminderen gedrags- en emotionele problemen.

De therapie vindt wekelijks plaats, individueel in sessies van één kwartier (voor de spanningsregulatiefase) tot drie kwartier, gedurende een half jaar tot twee jaar. Voorafgaand aan en tijdens de behandeling geeft de danstherapeut aan de opvoeders (psycho-)educatie, uitleg over de aanpak per fase en adviezen over de bejegening. Tussentijdse therapiedeelname van de opvoeders is gewenst.

5.2. Inhoud van de interventie

ArVTdans is een behandeling, die is opgebouwd uit drie fasen, welke elk een specifieke functie hebben en afhankelijk zijn van het resultaat in de voorgaande fase.

ArVTdans is een fase-gerichte aanpak, waarbij binnen de behandeling meerdere keren dezelfde fase doorlopen kan worden. Er kan dus terug gekeerd worden naar een eerdere fase. Zo kan een kind bijvoorbeeld in de aandachtregulatie fase bij oplopende spanningen door toename van stressoren opnieuw de interventies uit de spanningsregulatie fase nodig hebben.

5.2.1 Fasering

Spanningsregulatie fase

Het kind maakt in deze fase kennis (verbaal en/of non-verbaal) met de therapievorm en de danstherapeut. Deze richt zich op het zoveel mogelijk wegnemen van spanningen bij het kind. Het kind ervaart dat zijn spanningen kunnen worden gereguleerd en begrensd, dit door het aanbieden van duidelijke kaders. Andere regelfuncties die de danstherapeut inzet zijn uitdaging, duur van de ervaring, alleen of samen werken.

De danstherapeut zet bewegingsactiviteiten in om bij het kind de spanning te verlagen, zoals duidelijk herhaalde routines, waarbij het therapielokaal duidelijk gestructureerd wordt en de danstherapeut zijn lichaamshouding en -bewegingen bewust en geordend inzet. Zo wordt bijvoorbeeld de aanvang van de sessie steeds op dezelfde manier gedaan. Dit kan er als volgt uitzien: het kind en de therapeut doen allebei de schoenen uit en gaan naar het 'beginplekje', waar het kind op hetzelfde matje naast het matje van de therapeut gaat zitten. Vervolgens worden, op initiatief van de danstherapeut, in steeds dezelfde volgorde handelingen verricht, zoals eerst welkom heten door een high five of andere fysieke groet. De danstherapeut zet het eigen lichaam bewust in de ruimte neer zodat het kind zich niet bedreigt, maar wel begrepen voelt. Soms neemt de danstherapeut afstand om vervolgens dichterbij te komen en daarbij nabijheid te bieden als dit verdragen kan worden. Deze afstemming wordt ook kinesthetische empathie (Fischman, 2009) genoemd.

Het gevoel van veiligheid en voorspelbaarheid wordt vergroot. Hierdoor kan het kind beter omgaan met het gevoel van spanning en minder snel overspoeld raken door emoties. Het kind leert hulp en sturing van de danstherapeut verdragen en wanneer dit leidt tot een ontspannen houding van het kind kan worden overgegaan tot de volgende fase.

In deze fase staat Shape vanuit Laban Movement Analysis (LMA, bijlage 2) centraal.

Aandachtsregulatie fase

In deze fase leert het kind zijn aandacht te richten, vast te houden en te verdelen. Het kind onderzoekt de omgeving en zijn bewegingsmogelijkheden. Er wordt gebruik gemaakt van sensopathische en/of zintuigelijke eigenschappen van de dans, de beweging en de verschillende materialen, om de lichaamsbeleving bij het kind te vergroten. Initiatief en expressie in gedrag en taal worden gestimuleerd. De danstherapeut spiegelt bijvoorbeeld bewust de bewegende armen van het kind, waarbij ineens een gezamenlijk beeld ontstaat van een druppel water wat van de schouders over de arm naar de hand rolt. Het kind is zich bewust van zijn lichaamsdeel arm en deelt deze waarneming met de danstherapeut. In andere bewegingsopdrachten staan bijvoorbeeld tempo, "aarding" (De Tord & Bräuning, 2015) en eigen kracht centraal. Het kind richt zijn aandacht op zijn lichaam en de lichaamssignalen, wat leidt tot (h)erkennen van eigen spanning en ontspanning in het lichaam. Het kind wordt bijvoorbeeld gevraagd om na rustig te hebben bewogen zijn hartslag op te merken door een hand op de borst te leggen. Hierna volgt een activiteit waarbij er meer lichamelijke inspanning wordt gevraagd zoals verplaatsen door de ruimte in een snel tempo. Het kind wordt vervolgens weer gevraagd de hartslag opnieuw te ervaren. In deze fase staan Body en Space vanuit Laban Movement Analysis (LMA, bijlage 2) centraal.

Affectregulatie fase

Deze fase bestaat uit meerdere stappen.

Het kind gaat (h)erkennen wat het waarneemt als het zich beweegt. Het kind wordt verbaal en non-verbaal erkend door de danstherapeut in wat het op dat moment beleeft. Het leert daarbij verschillende gradaties van spanning, gevoelens (affecten) en emoties onderscheiden en intentioneel betekenis geven. Hierdoor ontstaat differentiatie van affecten. Bijvoorbeeld bij de waterdruppel-oefening kan het kind aangeven wanneer een waterdruppel op zijn arm wel of niet fijn voelt. In de daarop volgende sessies introduceert de danstherapeut variaties op deze eerste waarneming. Waterdruppels kunnen in maat verschillen en rollen ofwel langzaam of snel vanuit de schouders naar de hand, om vervolgens op de grond te kletsen. Aansluitend beweegt het kind bijvoorbeeld snel/langzaam, zacht/stampvoetend of vliegend/vallend (verschillende bewegingskwaliteiten gebruikend) door het therapielokaal.

Positieve wederkerige interacties nemen toe, zoals initiatief nemen en uitnodigen. Verschillen in dans- en bewegingsbeleving, maar ook lichaamsbeleving en gevoelens worden gedifferentieerd. Vervolgens kan af en toe de vertaling naar het alledaagse leven gemaakt worden, bijvoorbeeld door te benoemen dat het kind regelmatig stampvoetend loopt als het te lang duurt voordat het zijn aandacht van de ouder/ verzorger krijgt.

In deze fase is er de mogelijkheid om tot een product te komen, bijvoorbeeld een eigen dans, een film, een tekening of een verhaal.

In deze fase staat Effort vanuit Laban Movement Analysis (LMA, bijlage 2) centraal.

Het kind kan toenemend betekenis geven aan de eigen vormgeving en bewegingskwaliteiten (Effort).

5.2.2 Rol van de therapeut

De danstherapeut organiseert en bewaakt het therapieproces. De danstherapeut informeert ouders/ opvoeders over de interventie en biedt psycho-educatie en begeleiding bij de bejegening van hun kind. Tijdens de behandeling verandert de houding van de danstherapeut gedurende de verschillende fasen van aansluitend, invoegend, steunend en afstemmend, naar meer wederkerigheid biedend.

Therapeutische houding

Algemeen houdingsaspect van de danstherapeut is mentaliserend (Allen, Bateman, & Fonagy, 2008), waarbij de danstherapeut gebruik maakt van de interventie 'mirroring' van Marian Chace (Chaiklin, 1975; Chaiklin, 2007; Levy, 2005). Dit betekent dat de danstherapeut zijn eigen lichaam weloverwogen ten opzichte van het kind neerzet, om zich in te kunnen leven en af te kunnen stemmen op wat er bij het kind (af)speelt (Acolin, 2016; Fischman, 2009; Loman, 1998). Door het onderkennen van onderliggende non-verbale processen, zowel intra- als interpersoonlijk, neemt de danstherapeut bewust deel aan de belevingswereld van het kind en maakt bewust gebruik van gepaste bewegingskwaliteiten en de positie in de ruimte (Young, 2017). Met andere woorden: de danstherapeut heeft ook in beweging en met de inzet van zijn lichaam een voorbeeldfunctie. Dit werkt mentaliserend, omdat het gedrag van het kind wordt gespiegeld en wordt voorgedaan hoe het kan denken, voelen over zichzelf en de ander (Allen, Bateman, & Fonagy, 2008).

De danstherapeut maakt voortdurend keuzes op basis van eigen lichamelijke gewaarwording, opgedaan tijdens het contact met het kind (Loman, 1998). Zo kan de danstherapeut lichamelijke spanning ervaren op het moment dat er spanning bij het kind aanwezig is. 'Kenniss' die in het eigen lichaam is opgenomen, genoemd 'embodied mentalisation' (Shai en Belsky, 2011), vormt in combinatie met de theoretische kennis met betrekking tot hechting én problematiek de basis voor het therapeutische contact. Er vindt een voortdurende lichamelijke en affectieve bewegingsdialoog van de danstherapeut met het kind plaats (Fischman, 2009; Loman, 1998). Het kind krijgt zowel verbaal als non-verbaal de terugkoppeling van deze therapeutische "kennis", onder andere doordat de danstherapeut transparant is over eigen gewaarwordingen en observaties (Stern, 2010; Frizell, 2017).

Spanningsregulatie fase

In deze fase voorkomt de danstherapeut dat het kind overspoeld raakt door spanningen, gevoelens (affecten) en emoties. Het kind wordt uitgenodigd om aanwezig te zijn in het therapielokaal samen met de danstherapeut. Deze biedt een regulerende activiteit aan, zodat het kind zich aangemoedigd voelt om in beweging of met een spel aan de slag te gaan en daarbij (positieve) ervaringen op te doen (Koch, 2014; Young 2017).

De danstherapeut helpt het kind binnen de 'window of tolerance' (Ogden, Minton, & Pain, 2006) te blijven en geeft gelegenheid om contact met de danstherapeut altijd te kunnen herstellen als deze even is beëindigd of dreigt te verbreken. Als het kind dreigt overprikkeld te raken, reageert de danstherapeut met een neutrale, beheerste en sterk begrensde lichaamshouding en op gepaste afstand naast het kind. Hij wacht en zoekt rustig naar een kleine opening bij het kind om een activiteit aan te bieden waarbij het mag

ontspannen. Bij onderprikkeling zal de danstherapeut met een niet uitdagende, maar rustige houding het kind benaderen en naar een actief gestructureerd spel zoeken wat aansluit bij het kind, zoals drummen op het lichaam of op materialen, springen op een mat of op de trampoline. Bij overprikkeling wordt er dus vooral gewerkt met dempende en kalmerende bewegingen, bij onderprikkeling met activerende interventies, dit vanuit de genoemde neutrale en sterk begrensde lichaamshouding van de danstherapeut. De danstherapeut werkt in deze fase met de techniek van gelijke en congruente spiegeling, zoals vastgelegd in de 'mirroring' van Marian Chace (Chaiklin, 1975; Chaiklin 2007; Levy, 2005), namelijk hetzelfde teruggevend in gelijk tempo op gelijke wijze (Berrol, 2006). De danstherapeutische houding is gebaseerd op de kinesthetische/ lichamelijke empathie (Fischman, 2009). Bijvoorbeeld als de spanningen bij het kind oplopen richt de danstherapeut zich op het reguleren van de mate van spanning (Allen, Bateman, & Fonagy, 2008). Hiermee wordt gefocust op positieve en voor het kind controleerbare ervaringen. Er ontstaat voorspelbaarheid en veiligheid, waardoor spanningen worden gereguleerd.

Aandachtsregulatie fase

In deze fase steunt en stimuleert de danstherapeut het kind om te onderzoeken en te ontdekken. De danstherapeut richt de aandacht van het kind door zelf mee te doen in een gezamenlijk (beweging)spel en verwoordt vervolgens wat het kind mogelijk ziet, hoort, ruikt en voelt (zie 'Parental Emotional Mentalizing' van Shai en Belsky, 2011).

De danstherapeut heeft een houding die 'not knowing' wordt genoemd (Allen, Bateman, & Fonagy, 2008), van waaruit de danstherapeut samen met het kind wil ontdekken, onderzoeken en het kind graag wil begrijpen. De danstherapeut is daarbij niet gericht op de statische maar op de ontluikende gemoedstoestand van het kind (Verfaille, 2011).

Affectregulatie fase

In deze fase is de danstherapeut in toenemende mate gericht op het expliciet maken van de verschillen tussen "ik en de ander". Volgens de bewegingspedagogiek van Veronica Sherborne (1990) vindt tijdens oefeningen betreffende de 'samen-relatie' basis van interactie plaats en wordt vervolgens met de 'mirroring' van Marian Chace (Levy, 2005) actieve wederzijdse spiegeling toegepast. De danstherapeut maakt bij de activiteiten duidelijk dat hij dezelfde gebeurtenis anders kan beleven dan het kind en dat het kind het anders kan beleven dan de danstherapeut. Zowel Meurs (2009) als Verfaille (2011) beschrijven dit als *gemarkeerde spiegeling* vanuit de mentaliserende houding van de danstherapeut. Daarbij gaat het om spiegeling waarvan duidelijk is dat er een verschil is tussen de expressie van eigen gevoelens van het kind en de reactie van de danstherapeut, die in aangepaste vorm teruggeeft wat het kind mogelijk ervaart.

5.2.3 Materialen

De danstherapie vindt plaats in een zo leeg mogelijk lokaal, liefst met een verende houten egale vloer met schok absorptie. Ter blessurepreventie dienen bijvoorbeeld (vecht)sportmatten van een dikte van 4 cm, waardoor de vloer ook een goede valbescherming biedt. Daarnaast is een afsluitbare spiegel(wand) en een goede muziek- en lichtinstallatie nodig. De zaal moet een verscheidenheid aan dans- en bewegingsmaterialen hebben: zoals ballonnen, linten, ballen, doeken, klim- kruipmaterialen, ringen, kleding, touwen, elastieken, stokken, muziekinstrumenten. Daarnaast beschouwd de danstherapeut het therapielokaal ook als materiaal en zet deze bewust in om kinderen te helpen begrenzing en veiligheid te ontwikkelen.

Om met de genoemde materialen danstherapeutische interventies uit te kunnen voeren, werkt de danstherapeut vanuit een sterk ontwikkelde kennis van zijn lichaam, wat hij kan inzetten als materiaal. Naast 'container' is het neutraal, begrensd en evenwichtig lichaam hierin instrument (Young, 2017 p. 97).

Materialengebruik per fase

In de spanningsregulatie fase sluit de danstherapeut aan bij de (des)interesses en mogelijkheden van het kind. Materialen, zoals matten, kussens, doeken en ballonnen, worden vooraf klaar gelegd.

In de aandachtsregulatie fase gebruikt de danstherapeut materialen met sensopathische eigenschappen, zoals Sherbornes bewegingskaarten (1990), sensorische ballen, pittenzakjes, en dergelijke.

In de affectregulatie fase worden materialen gebruikt, die gevarieerd ingezet kunnen worden, zoals verschillende ballen ofwel pittenzakjes, die verschillend aanvoelen, verschillend inzetbaar zijn en verscheidenheid in inspanning versus ontspanning teweegbrengen.

De danstherapeut kan ook gedurende de drie fasen hetzelfde materiaal, zoals bijvoorbeeld ballonnen gebruiken, omdat een kind veel affiniteit daarmee heeft. Het dans-/bewegingsspel wordt dan gedurende de fasen verder ontwikkeld. Zie de uitwerkingen van de interventies door de fasen in hoofdstuk 6.3.2 'vaktherapeutische behandelvisie'.

6. Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak

6.1. Factoren die het probleem veroorzaken

De Richtlijn Problematische Gehechtheid vanuit de Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming (De Wolff et al., 2020), geeft vier groepen factoren aan die kunnen leiden tot een problematische gehechtheidsrelatie.

1. Kenmerken en gedrag van de ouder;
2. Kenmerken van het jonge kind;
3. Gezins- en leefomstandigheden;
4. Stabiliteit en continuïteit in het contact tussen ouder en kind.

Citaat vanuit de richtlijn 'kenmerken van het jonge kind':

Eigenschappen van het jonge kind spelen een belangrijke rol in het ontstaan van een gehechtheidsrelatie met de ouder(s). Kinderen die te vroeg geboren zijn, huilen bijvoorbeeld harder en op een hogere toonhoogte dan voldragen kinderen. Dat kan irritatie oproepen. Ook een moeilijk temperament stelt hoge eisen aan de ouder. Kinderen met een moeilijk temperament reageren vaak heftiger op prikkels, zijn vaker in een negatieve stemming en hebben een minder regelmatig slaap- waakritme dan kinderen met een gemakkelijk temperament. Voor de ouders is het daardoor moeilijker om sensitief op signalen te reageren en soepel met het kind om te gaan. Toch kunnen kinderen die te vroeg geboren zijn of een moeilijk temperament hebben wel degelijk veilige gehechtheidsrelaties met hun ouder(s) ontwikkelen.

...Verondersteld wordt dat gehechtheid niet alleen biologisch, maar ook cognitief bepaald is. Bij de vorming van een gehechtheidsrelatie ontwikkelt het kind een werkmodel van gehechtheid waarin verwachtingen ten aanzien van de ouder en zichzelf liggen opgeslagen. Voor kinderen met een autistische stoornis en/of verstandelijke beperking is het moeilijker om voorspelbare patronen over de ouder in het geheugen op te slaan. Ook voor de ouders van kinderen met een licht verstandelijke beperking (LVB) of ontwikkelingsstoornissen is het moeilijker om een veilige band op te bouwen met dat kind. Onderzoek laat zien dat deze kinderen minder en moeilijker afleesbare signalen afgeven, waardoor het voor ouders lastiger is om sensitief te reageren op het kind en positieve wederkerige interacties te hebben." (De Wolff et al., 2020).

Subtypen van de interventie bij deze problematieken zijn te vinden in hoofdstuk 8.

6.2. Factoren die door middel van de interventie aangepakt, behandeld en beïnvloed worden

ArVTdans richt zich vooral op de kindfactoren en biedt psycho-educatie aan ouders/ verzorgers. Als er grote afstemmingsproblemen zijn tussen kind en ouders/ verzorgers, kan deze therapie gecombineerd worden met andere interventies die aansluiten op de ouderfactor bijvoorbeeld behandeling met Basic Trust of Sherborne (1990).

De interventie ArVTdans sluit met name aan op factor 2. 'Kenmerken van het jonge kind'. De interventie beoogt niet rechtstreeks de gehechtheidsrelatie tussen ouder/ verzorger en kind op te bouwen maar wel gehechtheidsgedrag bij het kind te ontwikkelen, wat generaliseert naar andere belangrijke relaties, omdat vanuit het kind, naast het algemene welzijn, het communicatie vermogen wordt verbeterd (Siegel & Bryson, 2013).

Omdat kinderen met meerdere mensen tegelijk gehechtheidsrelaties kunnen onderhouden (Juffer, 1993), kan de danstherapeut na het opbouwen van gehechtheidsgedrag in de danstherapie werken aan het verbreden van het netwerk van gehechtheidsrelaties (Sterkenburg & Schuengel, 2008). Daarnaast ondersteunt de danstherapeut de primaire verzorgers bij het leren aflezen van onderliggende gevoelens en spanningen van het kind en om gedrag(s)-problemen beter te kunnen begrijpen en om te buigen. Dit om het effect van de therapie te vergroten en de transfer te bevorderen. Dit refereert aan factoren 1 (kenmerken en gedrag van de ouder) en 4 (stabiliteit en continuïteit in het contact tussen ouder en kind) van de richtlijn 'problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming' (De Wolff et al., 2020).

6.3. Theoretische verantwoording

Een onveilige gehechtheid vormt een risicofactor voor het ontwikkelen van sociaal-emotionele problematiek en probleemgedrag op latere leeftijd (Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, & Juffer 2003; Van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999; Oosterman & Schuengel, 2009; Fearon, Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, Lapsley, & Roisman, 2010; Stams, Juffer, & Van IJzendoorn, 2002).

Uit de meta-analyse van Fearon et al. (2010) blijkt dat er weliswaar een gering, maar wel significant verband is tussen onveilige gehechtheid en externaliserende problemen ($d = 0.31$). Met name geldt dit voor gedesorganiseerde gehechtheid ($d = 0.34$).

Uit de meta-analyse van Colonnese et al. (2011) blijkt dat dat ook geldt voor de relatie tussen onveilige gehechtheid en angst ($d = 0.63$), een belangrijk kenmerk van internaliserende problematiek. Dit geldt het sterkst voor ambivalente gehechtheid ($d = 0.80$). Ook Brumariu & Kerns (2010) vonden een relatie tussen onveilige gehechtheid en internaliserende problemen.

De gedrags- en emotionele problemen van kinderen met neurobiologische ontwikkelingsstoornissen zijn onderzocht door Meurs en Cluckers (2003), die per stoornis bepaalde afwijkende affectinterpretaties vonden. De gedrags- en emotionele problemen lijken direct verband te houden met zwakke affectregulatie (het reguleren van spanning en gevoelens) in de vroege relatie tussen kind en opvoeder (Meurs et al., 2008). De danstherapeut richt zich op deze tekorten en beoogt herstel en/of ontwikkeling van het vermogen van het kind, om adequaat zijn affecten te kunnen interpreteren en daarnaar te kunnen handelen (Armstrong, 2013; Levy, 2005; Loman, 1998; Tortora, 2006).

Problematisch gehechte kinderen dienen in eerste instantie niet gedragsmatig behandeld te worden (Van der Kolk, 2016). Als er geen sprake is van een band werkt bij deze doelgroep een belonende en negerende aanpak onvoldoende.

De danstherapeut kan zowel voorbereidend, ondersteunend als consoliderend naast en met andere disciplines samenwerken (Samaritter et al., 2020). ArVTdans is een aanvulling op reguliere behandelvormen en vergroot het behandelaanbod voor deze doelgroep. Bij de mogelijkheid van multidisciplinair samenwerken met CGT (Cognitieve Gedrags Therapie) en EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) heeft de ArVTdans een toegevoegde waarde om de belichaming van de nieuwe staat te integreren.

6.3.1 Theoretische referentiekaders

ArVTdans ontwikkelt alsnog het vermogen tot **affectregulatie** door het kind in de improviserende **interactie** tijdens het danstherapeutische proces te leren omgaan met spanning, aandacht en het herkennen en hanteren van verschillende gevoelens, om zo tot een adequatere evaluatie van eigen gevoelens en die van de ander te komen. Dit gebeurt in een **mentaliserende** werkrelatie, waarin tevens **gehechtheidsgedrag** wordt gestimuleerd.

Gehechtheid:

Gehechtheid is door Bowlby (1984) gedefinieerd als een benaming voor het verschijnsel dat kinderen nabijheid zoeken bij een vertrouwde volwassene in tijden van spanning.

De manier waarop ouder en kind met elkaar communiceren geeft vorm aan de gehechtheidsrelatie (Vliegen, 2006; Schuengel, Venmans, IJzendoorn, & Zegers, 2006). Wanneer ouders de signalen van hun kind accuraat waarnemen en daar adequaat op in gaan, wordt er gesproken over sensitief, responsief ouderschap (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Verloopt deze zorg goed, dan ontstaat er een veilige gehechtheid, die zorgt voor een juiste regulatie van spanning en gevoelens (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Cassidy, 1994; Van der Kolk, 2016).

Mentaliseren:

Empirisch gehechtheidsonderzoek toont aan dat onveilige gehechtheid van invloed is op de vaardigheden om te kunnen mentaliseren (Fonagy, Geergeley, Jurist, & Target, 2002). Het mentaliserend vermogen ontstaat doordat het kind merkt dat de opvoeder zijn gevoelens begrijpt, maar niet op dezelfde manier beleeft. Geleidelijk ontstaat zo bij het kind een mentale voorstelling van gevoelens en leert het ook reflecteren op gevoelens en intenties van anderen. Het mentaliseren heeft dus zowel een zelf-reflectieve als een interpersoonlijke component (Deben-Mager, 2005). Een kind kan zijn persoonlijke ervaringen betekenis geven als de opvoeder deze herkent en spiegelt (Bateman & Fonagy, 2004). Een gebrek aan mentaliserend vermogen heeft invloed op het ontstaan van gedrags- en/of emotionele problematiek (Bandura, 1978; Calkins & Dedmon, 2000; Eisenberg & Losoya, 1997; Schore, 2003; Zeman, Shipman, & Suveg, 2002).

Omdat bij problematische gehechtheid het mentaliserend vermogen niet goed tot stand kan komen, ontstaat er ontregeling van spanning en gevoelens bij het kind (Meurs, 2009).

Affectregulatie:

In ontwikkelingsperspectief gezien is affectregulatie volgens Fonagy et al. (2002) en Meurs (2009) een voorloper van mentaliseren. Volgens Meurs moet de focus binnen de theorie van het mentaliseren bij kinderen gelegd worden op de affectregulatie.

Affectregulatie is volgens Meurs (2009) het reguleren van spanningen en gevoelens in een wederzijdse relatie. Het affect regulerend vermogen ontwikkelt zich aan de hand van de volgende deelprocessen:

- het reguleren van de intensiteit van affecten (spanningen en gevoelens) als voorwaarde om onderscheid te leren maken in positieve of negatieve beleving van gevoelens (affectdifferentiatie) als voorwaarde om
- bij de ander zichtbare en bij zichzelf te ervaren gevoelscategorieën te leren herkennen (emoties) en te onderscheiden, zodat er een begrenzing kan ontstaan tussen wat het kind bij zichzelf ervaart en wat van de ander is. Dit onderscheid dient als voorwaarde om
- gevoelens verbaal uit te gaan wisselen (taal geven aan emoties).

Een verstoring van affectregulatie kan betrekking hebben op meerdere aspecten van gevoelsbeleving: intensiteit, aangenaamheid, controle en de frequentie van negatieve en positieve affectcategorieën (Thot & Cicchetti, 1999; Bradley, 2000).

Om de veelzijdigheid van affectregulatie tot zijn recht te laten komen is fasering nodig waarin eerst spanningsregulatie en aandachtsregulatie plaatsvindt (Fonagy, et al., 2002).

Kinderen met problematische gehechtheid hebben een kleine 'window of tolerance' (Ogden Minton, & Pain, 2006). Ze kunnen hierdoor niet goed omgaan met spanningen (Schuengel, Sterkenburg, Jeczynski, Janssen, & Jongbloed, 2009). Deze kinderen beleven hun eigen gevoel gauw als onaangenaam. Zelfs positieve gevoelens kunnen door een te hoge intensiteit als negatief beleefd worden. Door het kleine 'window of tolerance' zijn deze kinderen ook snel onder- of overprikkeld (Ogden, Minton & Pain, 2006). Het kind raakt hierdoor snel gedereguleerd, waardoor het moeite heeft met zich rustig en ontspannen te voelen en ervaringen te integreren (Meurs et al., 2008).

6.3.2 Vaktherapeutische behandeling

Armstrong (2013) stelt dat affectregulatie een belangrijk onderdeel is van de interactie tussen kind en danstherapeut. De danstherapeut compenseert een gebrek aan vaardigheden om affect te kunnen reguleren Frizell (2017). De danstherapeut bouwt aan een positieve interactie die vervolgens door het kind geïnternaliseerd kan worden (Howe, 2006).

ArVTdans werkt vanuit non-verbale afstemming (Fischman, 2009; Loman, 1998). De benadering is met name lichaamsgericht, vanuit de zintuigen (zien, horen, voelen, ruiken, proeven, proprioceptie), wat een meerwaarde heeft in de behandeling van kinderen met problematische gehechtheid, omdat een groot deel van de behandeling zich op non-verbaal niveau moet afspelen; immers de problemen met affectregulatie bij problematische gehechtheid zijn ontstaan in de pre-verbale fase (Stern, 2000). Met woorden en instructies alleen worden deze kinderen vaak niet bereikt (Tortora, 2006).

In de pre-verbale ontwikkeling zijn communicatieve interactiepatronen te onderscheiden, die in de ArVTdans interventies ingezet worden (Greenspan & Wieder, 1997; Kestenberget al., 1999; Sherborne, 1990; Tortora, 2006; Stern, 2010; Frizell, 2017).

De opeenvolgende patronen zijn:

- wederzijdse aandacht, het non-verbaal kunnen/ initiëren van spiegelen;
- wederzijdse betrokkenheid, het non-verbaal kunnen afstemmen op de ander;
- interactieve intentionaliteit en wederkerigheid, synchronisiteit;
- representatieve affectieve communicatie, representatieve, symbolische communicatie en het non-verbaal spiegelen en afstemmen.

De aangegeven ontwikkelingsvolgorde bevestigt de fasering van de interventie om eerst wederzijdse aandacht tot stand te brengen, waarna betrokkenheid, intentionaliteit en affectieve communicatie op gang kunnen komen.

De danstherapeut werkt vanuit een sterk ontwikkeld lichaamsbewustzijn, om affect regulerende vaktherapeutische interventies uit te kunnen voeren. Het neutraal, begrensd en evenwichtig lichaam is hierin instrument én container. Young (2017 p. 97) verklaart dit met de term "lived body", waarbij het lichaam helpt het denkvermogen, besef en betekenisverlening van de wereld om ons heen en van een 'zelf' te vormen. De danstherapeut reageert bewust op non-verbale (onbewuste) uitingen van het kind, waardoor gevoelens gezamenlijk beleefd en gedeeld kunnen worden. Door afstemming en spiegeling kan binnen het danstherapeutische proces de belevingswaarde tussen kind en materiaal in de vorm van lichaam, spanning en expressie in beleving en intensiteit gereguleerd worden (Berrol, 2006; Fischman, 2009). Daardoor nemen de emotionele- en gedragsproblemen van het problematisch gehechte kind geleidelijk af en neemt het vertrouwen toe (Van der Kolk, 2016), waardoor het kind gestimuleerd wordt om verder te gaan in het therapeutische proces en daarmee tot ontwikkeling komt.

Het dans-/bewegingsspel wordt gedurende de fasen verder ontwikkeld. Met een ballon als gebruikt materiaal zou dit er als volgt uit kunnen zien: in de spanningsregulatie fase volgt het kind zijn eigen bewegingen met de ballon, waarbij de danstherapeut kort en op afstand de lichaamshouding en de

bewegingen spiegelt. Hij gebruikt hiervoor Shape vanuit LMA (bijlage 2), om zijn eigen lichaam in een rustige, neutrale en koesterende houding, ten opzichte van het kind, te vormen. In de aandachtsregulatie fase kan dit leiden tot improvisatie of exploratie van de ballon, waarbij het kind verschillende sensomotorische lichaamssensaties kan ervaren en met behulp van de danstherapeut kan benoemen. Af en toe komen samenspel en/of gezamenlijke bewegingen door het therapielokaal tot stand (Space & Body vanuit LMA, bijlage 2). Vervolgens ontwikkelt zich in de affectregulatie fase “mijn ballonnendans”, waarbij de danstherapeut verschillende elementen van Effort (LMA, bijlage 2) inzet: zoals hard slaan versus zacht aanraken, ver van je af slaan, statische energie opwekken op je kleren of snel versus langzaam bewegen. Dit kan bijvoorbeeld leiden tot een samen/ tegen spel. Het kind is nu in staat om een product/ eigen creatie te ontwikkelen.

6.3.3 Praktijkervaring

De ArVT wordt in verschillende instellingen toegepast. De klinische bevindingen zijn positief. Ondersteunende gegevens gebaseerd op metingen en wetenschappelijk onderzoek zijn nog niet voorhanden. (Zie ook de website ArVT: www.affectregulerendevaktherapie.nl)

ArVTdans werkt met dans en beweging door de non-verbale en kinesthetisch afgestemde inzet van het lichaam (Fischman, 2009; Levy, 2005; Samaritter, Van Keulen & Wentholt, 2020). Het lichaam is altijd aanwezig. De basale ontwikkeling van het kind begint met beweging waardoor er aangesloten kan worden bij het huidige sociaal emotionele ontwikkelingsniveau van het kind en er aandacht besteed kan worden aan gemiste basale ontwikkelingsstappen. Het lichaam heeft hiernaast een motorisch en emotioneel geheugen wat geactiveerd wordt tijdens de therapie, waardoor vastgelopen patronen in het neuro-biologische domein kunnen veranderen (Acolin, 2016; Berrol, 2006; Young, 2017). Het kind ervaart in ArVTdans dat handelen (gedrag) een positief resultaat geeft (reguleren van spanning). Dit positieve proces en positieve uitkomst worden door de danstherapeut bewaakt.

Er zijn nog geen gegevens uit onderzoek over het effect van de module ArVTdans bekend. Wel is er sinds 2013 onderzoek naar de effectiviteit van affectregulerende vaktherapie volgens de systemische N=1 onderzoeksmethode (Spreeen, 2013) in voorbereiding. Dit onderzoek wordt aangestuurd door het landelijk Project Affectregulerende Vaktherapie. Partners in het project zijn Hogescholen voor Vaktherapie Stenden, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Hogeschool Utrecht, koepelorganisatie FVB, Orthopedagogisch Behandel Centrum AMBIQ.

Voor kinderen boven de 7 jaar met problematische gehechtheid zijn er weinig behandelingen. Vijf van de zes erkende behandelingen zijn voor kinderen onder de 7 jaar. In de Databank Effectieve Jeugdinterventies is slechts één interventie erkend, die ook geschikt is voor kinderen ouder dan 7 jaar: de Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG) (Sterkenburg & Schuengel, 2008) voor kinderen met meervoudige beperkingen en ernstige gehechtheids- en gedragsproblemen. De ITGG start net als de Affectregulerende Vaktherapie eerst met het reguleren van spanning middels technieken gebaseerd op de gehechtheidstheorie. De keuze om met het kind te werken en niet met de opvoeder is ook een overeenkomst, evenals het voorlichten van de opvoeder. Verschil met de ITGG is dat binnen de Affectregulerende Vaktherapie geen gedragstherapie plaats vindt, maar dat gestreefd wordt naar vermindering van gedrags- en emotionele problemen en verbetering van gehechtheidsgedrag door ontwikkeling van affectregulerend en mentaliserend vermogen.

Er is ook overeenkomst met Mentaliseren Bevorderende Therapie (Bateman & Fonagy, 2004), die wetenschappelijk onderzocht is en effectief is bevonden. De affectregulerende vaktherapeut heeft net als de MBT-therapeut een mentaliserende houding: de therapeut laat het kind zien dat het kan denken/voelen over zichzelf en vanuit andermans perspectief (Allen, Bateman, & Fonagy, 2008). Affectonderzoek door Meurs en Cluckers (2003) betreffende affectinterpretatie en emotieregulatie is uitgevoerd bij kinderen tussen 6 en 12 jaar. De kinderen kregen een jaar lang kinder-psychotherapeutische behandeling gericht op affectregulatie.

Meurs en Cluckers stellen dat kinderen met externaliserende stoornissen door de behandeling hun affectieve ontwikkelingstaken weer opnemen en beter voltooien door het reguleren van intensiteit en het tot stand brengen van een duidelijk onderscheid tussen aangename en onaangename gevoelens. Meurs en Cluckers stellen dat kinderen met internaliserende stoornissen door de behandeling hun affectieve ontwikkelingstaken uit latere ontwikkelingsfasen weer oppakken, door de regulatie van intensieve positieve gevoelens, van gevoelens van woede en de tolerantie van passiviteit en ontspanning. Metingen bij dit onderzoek zijn gedaan met de IFP test (Meurs et al., 2008).

6.4. Werkzame elementen

Twee nauw met elkaar samenhangende elementen worden tegelijkertijd improviserend, afgestemd op het kind in een bepaalde fase van de behandeling, ingezet.

- De affectregulerende en mentaliserende houding van de therapeut in combinatie met
- het altijd aanwezige lichaam, welke in beweging en met bewuste inzet van het therapielokaal en de dans- bewegingsmaterialen als de inspiratiebron dient (Tortora, 2006).

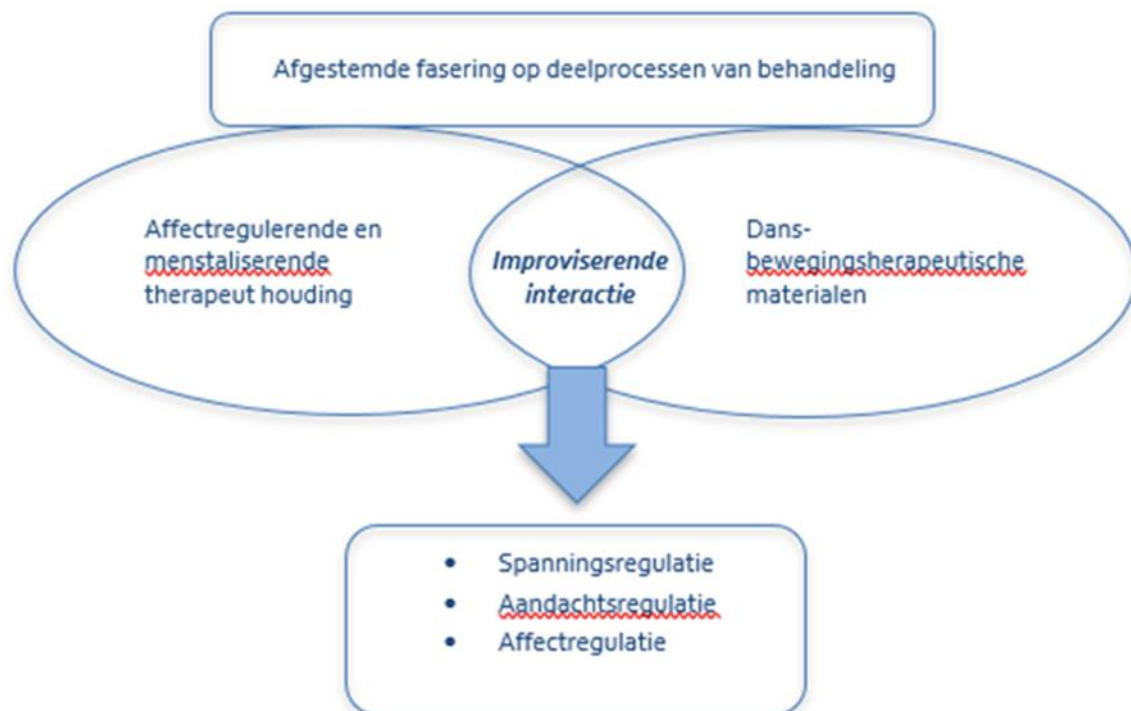
Affectregulerende en mentaliserende therapeutische houding

De danstherapeut volgt de gedragingen van het kind en het tempo van het kind en past zijn interventies daarop aan. De danstherapeut is sensitief en responsief en mentaliserend op de afleesbare – en niet afleesbare gevoelens (affecten).

De danstherapeut stemt zijn houding per fase af op de daarbij horende doelstellingen. De danstherapeutische houding gaat van aansluitend en afstemmend naar wederkerigheid en differentiatie bevorderend.

Inzet dans- bewegingstherapeutische materialen

De danstherapeut zet alle mogelijke soorten materialen (inclusief inzet van het eigen lichaam en de ruimte) in om het therapieproces vorm te geven en te beïnvloeden. Hierbij is er ruimte voor improvisatie. De keuze van materiaal wordt afgestemd op het kind ingezet om te kunnen werken aan de doelen per fase; spanningsregulatie, aandachtsregulatie en affectregulatie (Samaritter et al., 2020).



Afbeelding 1. Schema werkzame elementen Affectregulerende Vaktherapie (Van der Ende, W., Van der Vlugt, S., Nieuwenhuis, L., Smelt, C., & Tel-Vos, P., 2016).

7. Randvoorwaarden en kosten uitvoering-interventie-aanpak

7.1. Uitvoering

7.1.1 Materialen

- Handboek Affectregulerende Vaktherapie is in ontwikkeling. Zie voor verdere informatie de website www.affectregulerendevaktherapie.nl
- Brochure voor verwijzers is in voorbereiding.

7.1.2 Organisatorische randvoorwaarden

Accommodatie (therapielokaal) voor ArVTdans:

Voor het uitvoeren van ArVTdans interventies is een goed ingericht lokaal met een verscheidenheid aan danstherapeutische materialen (zie uitleg 5.2.3) een vereiste. Het is een rustige therapieplek, die privacy biedt en waar geen inkijk van buiten mogelijk is. Het terapielokaal wordt ordelijk gebruikt en heeft mogelijkheden voor het opbergen van de materialen. De danstherapeut zorgt voor de aanschaf van de materialen:

- Leeg prikkelarm en goed geïsoleerd lokaal, met voldoende ruimte voor bewegingsspeelgoed, zoals hoog plafond en privacy biedend, waarbij het kind zich bijvoorbeeld in een veilig hoekje terug zou kunnen trekken.
- Haken aan het plafond worden gebruikt om verschillende schommels, hangmat, etc. op te hangen.
- Naast de hiervoor beschreven danstherapeutische materialen (5.2.3.) is een muziek- en lichtinstallatie een vereiste. Sets van emotie-pictogrammen zijn gewenst. Een eventuele spiegel(wand) moet achter een gordijn of in een kast weggezet zijn.

ArVTdans dient ingebed te zijn in het systeem en uitgevoerd te worden in multidisciplinair team verband. Te denken valt onder andere aan gezinsleden van het kind, de verwijzer, het jeugd-ondersteuningsteam en het multidisciplinaire team binnen een instelling.

7.1.3 Randvoorwaarden kind (client)

- Het kind draagt makkelijke kleding voor de bewegingsactiviteiten. Schoenen worden bij aanvang van de sessies uit gedaan.
- Betrokkenheid van de primaire verzorger is een voorwaarde, evenals de overdracht betreffende de aanpak en de bejegening naar de ouders/ verzorgers/ opvoeders.
- Frequentie: het kind neemt minimaal 1 keer wekelijks deel aan de danstherapie. Indien nodig verzorgen ouders of verzorgers het vervoer naar het terapielokaal.
- Beheersing van de Nederlandse taal is niet noodzakelijk. Voor ouders kan met een tolk gewerkt worden.

7.2. Opleiding en competenties

- De danstherapeut heeft de HBO-opleiding Dans- bewegingstherapie (bachelor of master) afgerond en nascholing gevolgd in aanvullende deskundigheidbevordering, zoals training Affectregulerende Vaktherapie, Gehechtheid, Mentaliseren Bevorderende Therapie, Affectregulatietherapie of andere gerelateerde vakgebieden zoals Trauma- en Stress gerelateerde Neurowetenschappen.
- Dans- bewegingstherapeuten zijn geregistreerd bij de Stichting Registratie Vaktherapeutische Beroepen. Zij zijn lid van de Nederlandse Vereniging voor Danstherapie (NVDAT), één van de zeven verenigingen van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB).

7.3. Kosten van de interventie

- Voor de wekelijkse sessies is een hiervoor beschreven terapielokaal met genoemde materialen een vereiste.
- Training Affectregulerende Vaktherapie.
Kosten voor de Training ArVT is te vinden op de website www.affectregulerendevaktherapie.nl
- Een handboek Affectregulerende Vaktherapie is in ontwikkeling. In een later stadium wordt aanschaf geadviseerd.
- Aanbevolen:
Cursus Mentaliseren in vaktherapie, MBT-basiscursus, Affect Regulatie Therapie (ART).
- Tijdinvestering per kind/ wekelijks:
40 à 60 minuten face-to-face (directe tijd),
20 à 30 minuten overdracht aan/ psycho-educatie van ouders/ verzorgers (directe tijd),
30 minuten administratie en verzorging van materialen (indirecte tijd).
- Vergoeding van de Danstherapeut: FWG schaal 55 bij instellingen (CAO: GGZ of Zorg en Welzijn), het lidmaatschap Danstherapie (NVDAT), de registratie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) en de daarbij behorende kosten van de deskundigheidsbevordering (zie hoofdstuk 7.2).

7.4. Locatie en uitvoerders

Dans- bewegingstherapeuten werkende in jeugdpsychiatrische instellingen, jeugd- en gehandicaptenzorg, orthopedagogische behandelcentra en vrijevestigde praktijken.

7.5. Kwaliteitsbewaking

Vaktherapeuten die Affectregulerende Vaktherapie toepassen zijn verbonden aan het FVB Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie en zijn geregistreerd bij het Register Vaktherapie.

8. Subtypen

De gedrags- en emotionele problemen van kinderen met neurobiologische ontwikkelingsstoornissen en trauma- en stressor gerelateerde stoornissen vertonen overeenkomst met de gedrags- en emotionele problemen van kinderen met een problematische gehechtheid. Daarom zullen in de toekomst subtypes van Affectregulerende Vaktherapie methode beschreven worden, hierbij valt te denken aan kinderen met LVB, ASS, ADHD, PTSS, leer- of ontwikkelingsstoornissen.

9. Ontwikkelgeschiedenis

Primaire non-verbale ontwikkelingsprocessen van het kind vormen de basis van dans- bewegingstherapie, zoals beschreven in de benadering van Kestenberg, Loman, Lewis en Sossin (1999), Sherborne (1990), Evans en Chace (Levy, 2005). Dans- bewegingstherapie heeft dus al in tijden van de eerste pioniers danstherapeuten in de vorige eeuw (Levi, 2005; Samaritter et al., 2020) gewerkt vanuit de methodiek ArVTdans, zowel bij het werken met kinderen als ook met volwassenen.

In 2016 is de interventie ArVTb en ArVTm ontstaan door casuïstiek te analyseren in de landelijke intervisiegroep van het Netwerk Vaktherapie Muziek en Beeldend. Die intervisiegroep is geaccrediteerd door de Stichting Registratie Vaktherapeutische Beroepen (SRVB) en opgericht in 2009 door Wijntje van der Ende, geregistreerd muziek- en beeldend therapeut. Uit de analyse en uit studie is een overkoepelende theoretische visie ontstaan, die uitgroeide tot het huidige ontwikkelingsmodel gebaseerd op gehechtheidstheorie, affectregulatietheorie, mentaliseren en de mogelijkheden van beeldende kunst en muziek.

In de beginfase van het schrijfproces Affectregulerende Vaktherapie is contact geweest tussen Wijntje van der Ende (geregistreerd muziek- en beeldend therapeut; in 2009 oprichter van de intervisiegroep ArVT van het Netwerk Vaktherapie Muziek en Beeldend) en Christina Wintels-Fivian (geregistreerd danstherapeut). Er werd geconstateerd dat er grote overeenkomsten zijn in de methodieken van dans- bewegingstherapie en muziektherapie bij kinderen. Door de politieke situatie in de gezondheidszorg en specifiek de vaktherapieën was het (nog) niet mogelijk om een gezamenlijk product te schrijven. Er werd toen nog sterk monodisciplinair gedacht.

Het netwerk vaktherapie muziek en beeldend ging door met het uitwerken, analyseren en bestuderen van praktijkervaringen en literatuur, met het gevolg tot een overkoepelende theoretische visie, die uitgroeide tot het huidige ontwikkelingsmodel gebaseerd op de gehechtheidstheorie, affectregulatie theorie, mentaliseren en de mogelijkheden van beeldende kunst, dans en muziek.

In ontwikkeling zijn op dit moment ook ArVT drama, PMT & spel.

Gemotiveerd door positieve behandelresultaten met Affectregulerende Vaktherapie *beeldend of muziek* in verschillende instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, (o.a. Accare, AMBIQ, Centrum voor Autisme Rivierduinen, Dichterbij, Sophia Kinder Ziekenhuis) is de therapiemethode beschreven. De behandelmethode is in de ontwikkelfase van practice based evidence naar evidence based practice en zal in een volgend ontwikkelingsstadium transdiagnostisch worden beschreven naar de indeling van Heycop ten Ham, Hulsbergen en Bohlmeijer (2014).

Cliënten-(vertegenwoordigers) zijn verder nog niet bij de ontwikkeling betrokken.

Literatuur

- Acolin, J. (2016). The mind-body connection in dance/movement therapy: Theory and empirical support. *American Journal of Dance Therapy*, 38, 311-333.
- Achenbach, T.M., (2001). *Child behavior checklist for ages 6 to 18*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allen, J.G., Bateman, A.W., & Fonagy, P (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Arentz, G.M.H.J., Sterkenburg, P.S., & Stolk, J. (2010). Care for people with learning difficulties and with a visual impairment: A train the trainers program, pp. 371-373. In: J. Merrick (red.), *Contemporary Issues in Intellectual Disabilities*. NY: Prasher.
- Armstrong, V.G. (2013). Modelling attuned relationships in art psychotherapy with children who have had poor early experiences. *The Arts in Psychotherapy*, Volume 40, Issue 3, 275–284.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129 (2), 195-215.
- Bandura, A. (1978). Social learning theory of aggression. *Journal of Communication*, 28 (3), 12-29.
- Bartenieff, I., & Lewis, D. (2002). *Body movement, coping with the environment*. London: Routledge.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bernstein, R., Shafir, T., Tsachor, R., Studd, K., & Schuster, A. (2015). *Multitask learning for Laban movement analysis*. Publication: MOCO '15: Proceedings of the 2nd International Workshop on Movement and Computing. August 2015. (blz.37–44). Geraadpleegd van <https://doi.org/10.1145/2790994.2791009>.
- Berrol, C.F. (2006). Neuroscience meets dance/movement therapy: Mirror neurons, the therapeutic process and empathy. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 302-315.
- Boris, N.W., & Zeanah, C.H. (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1206-1219.
- Bowlby, J. (1984). *Attachment and loss. Volume 1: Attachment*. London, England: Penguin Books.
- Bradley, S. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. Madison: International Universities Press.
- Brumariu, L.E., & Kerns, K.A. (2010). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology*, 22, 177 - 203.
- Calkins, S. D., & Dedmon, S. A. (2000). Physiological and behavioural regulation in two year-old children with aggressive/destructive behaviour problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 103-118.
- Cassidy, J. (1994) Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59: 228–249. Geraadpleegd van

<https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01287.x>.

Chaiklin, H. (1975). *Marian Chace: Her papers*. Columbia, MD: American Dance Therapy Association.

Chaiklin, S. (2017). Connecting the practice of dance/movement therapy: What differentiates us? *American Journal of Dance Therapy*, 39(1), 143-147.

Colonnesi, C., Draijer, E. M., Stams, G. J. J. M., Van der Bruggen, C.O., Bögels, S. M., & Noom, M.J. (2011). The relation between attachment and child anxiety: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40, 630-645.

Damasio, A.R. (2003). *Ik voel dus ik ben: Hoe gevoel en lichaam ons bewustzijn vormen*. Amsterdam, Wereldbibliotheek.

Deben-Mager, M. (2005). Gehechtheid en mentaliseren. *Psychoanalytische Perspectieven*, 23 (1), 1-18.

De Tord, P., & Bräuninger, I. (2015). Grounding: Theoretical application and practice in dance movement therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 43, 16-22.

De Wolff, M., Dekker Van der Sande, F., Sterkenburg, P., & Thoomes – Vreugdenhil, A. (2020). *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (4^e herziene druk). Geraadpleegd van <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/wp-content/uploads/2020/09/Richtlijn-Problematische-gehechtheid.pdf>

Došen, A. (2005). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap: Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen, Nederland: Van Gorcum.

Eisenberg, N., & Losoya, S. (1997). Emotionality and regulation predict social competence, problem behavior. *Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 13, 1-3

Fearon, R.P., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H., Lapsley, A., & Roisman, G.I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study source. *Child development*, 81 (2), 435-456.

Fischman, D. (2009). Therapeutic relationships and kinesthetic empathy. In S. Chaiklin & H. Wengrower (red.), *The art and science of dance/movement therapy: life is dance* (pp. 33-53). New York, NY: Routledge.

Frizell, C. (2017). Entering the world: Dance movement psychotherapy and the complexity of beginnings with learning disabled clients. In G. Unkovich, C. Butté, & J. Butler (Reds), *Dance movement psychotherapy: With people with learning disabilities* (blz. 9-21). London & New York: Routledge.

Fonagy, P., Geergeley., G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affectregulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.

Greenspan, S.I., & Wieder, S. (1997). Developmental patterns and outcomes in infants and children with disorders in relating and communicating: A chart review of 200 cases of children with autistic spectrum diagnoses. *The Journal of Developmental and Learning Disorders*, 1, 87-141.

Hackney, P. (2000). *Making Connections*. NY: Routledge.

Heycop ten Ham, V. B., Hulsbergen, M., & Bohlmeijer (2014). *Transdiagnostische factoren: Theorie en praktijk*. Amsterdam, Nederland: Boom.

Howe, D. (2006). Developmental attachment psychotherapy with fostered and adopted children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(3), 128–134.

Janssen, G.C. (2007). Gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking. Onderzoek en praktijk. *Tijdschrift voor de LVG-zorg*, 5, 34-38.

- Juffer, F. (1993). Kinderen, ouders en primaire gehechtheid. *Gezin*, 5(4), 226-240.
- Kestenberg, J., Loman, S., Lewis, P., & Sossin M.K. (1999). *The meaning of movement: Developmental and clinical perspectives of the Kestenberg movement profile*. New York & London: Routledge.
- Koch, S.C. (2014). Rythm is it: Effects of dynamic body feedback on affect and attitudes. *Frontiers in Psychology*, 5: 537.
- Koch, S.C., & Bender, S. (Hrsg.) (2007). *Movement Analysis – Bewegungsanalyse: The legacy of Laban, Bartenieff, Lamb and Kestenberg*. Berlin: Logos Verlag.
- Lamb, M. E., Thompson, R. A., Gardner, W., & Charnov, E. L. (1985). *Infant-mother attachment: The origins and significance of individual differences in strange situation behavior*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Levy, F. (2005). *Dance Movement Therapy: A healing art*. (2e ed.). Reston, VA: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.
- Loman, S. (1998). Employing a developmental model of movement patterns in dance/movement therapy with young children and their families. *American Journal of Dance Therapy*, 20 (2), 101-115.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment Disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioural and attentional strategies. In J. Cassidy & P. Shaver (red.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, (pp. 520 – 554). NY: Guilford Press.
- Meurs, P. (2009). *Affectregulatietherapie (ART) als ontwikkelingsfasespecifiek equivalent van mentalisatiebevorderende therapie (MBT)*. In Vliegen, N., Meurs, P. & Lier, L. van (red.)
- Meurs, P., & Cluckers, G. (2003) Normale en pathologische ontwikkeling van affectieve structuren: ontwikkelingspsychopathologisch perspectief op stoornissen in de affectregulatie. In P. Hamers, K. Van Leeuwen, C. Braet & Verhofstadt-Denève (red.), *Moeilijke kinderen of kinderen die het moeilijk hebben? Evidence-based werken, niet zo evident!* (blz. 37-52). Antwerpen, België: Garant.
- Meurs, P., Vliegen, N., Emde, R., Oforsky, J., (as contributor) & Butterfield, P. (as contributor) (2008). *Affectinterpretatie en emotieregulatie. I Feel Pictures Test*. Leuven, België: Lannoo Campus.
- Murray, A.D., & Yingling, J.L. (2000). Competence in language at 24 months: Relations with attachment security and home situation. *Journal of Genetic Psychology*, 16, 133-140.
- O'Connor, E., & McCartney, K. (2007). Attachment and cognitive skills: An investigation of mediating mechanisms. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28, 458-476.
- Ogden, P.K., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: The theory and practice of sensorimotor psychotherapy*. New York: Norton.
- Oosterman, M., & Schuengel, C. (2009). Gehechtheid van pleegkinderen in relatie tot gedragsproblemen en sensitiviteit van pleegouders. *Kind en Adolescent*, 30, 95-107.
- Porges, S.W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. NY: Norton.
- Samaritter, R., van Keulen, I. & Wentholt, N. (Reds) (2020). *Danstherapie: Verkenningen van het werkveld*. Den Haag, ACCO.
- Schore, A. N. (2001). Minds in the making: Attachment, the self-organizing brain, and developmentally-oriented psychoanalytic psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 17 (3), 299-328.

- Schore, A. N. (2003). The human unconscious: The development of the right brain and its role in early emotional life. In Green, V. (red.), *Emotional Development in Psychoanalysis, Attachment Theory and Neuroscience*, (blz. 23-55). NY: Brunner-Routledge.
- Schuengel, C., Sterkenburg, P.S., Jeczynski, P., Janssen, C.G.C., & Jongbloed, G. (2009). Supporting affectregulation in children with multiple disabilities during psychotherapy: A multiple case design study of therapeutic attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 291-301.
- Schuengel, C., Venmans, J., IJzendoorn, R. Van, & Zegers, M. (2006). *Gehechtheidsstrategieën van zeer problematische jongeren. Onderzoek, diagnostiek en methodiek*. Amsterdam, Nederland: Uitgeverij SWP.
- Schneider, B.H., Atkinson, L., & Tardif, C. (2001). Child-parent attachment and children's peer relations: A quantitative review. *Developmental Psychology*, 37(1), 86-100.
- Shai, D., & Belsky, J. (2011). Parental embodied mentalizing: Let's be explicit about what we mean by implicit. *Child Development Perspectives*, 5, 187-188. Geraadpleegd van <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2011.00195.x>.
- Sherborne, V. (1990). *Developmental movement for children: Mainstream, special needs and pre-school*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Siegel, D. J., & Bryson, T.P. (2013). *Het hele brein, het hele kind. 12 revolutionaire strategieën om de ontwikkeling van je kind te stimuleren*. Schiedam, Nederland: Scriptum.
- Spreen, M. (2013). Gestapelde N=1 onderzoeken in de vaktherapie. Trending topic. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 3, 19-22.
- Stams, G. J. J. M., Juffer, F., & Van IJzendoorn, M. H. (2002). Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament predict adjustment in middle childhood: The case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Developmental Psychology*, 38, 806-821.
- Sterkenburg, P. S., & Schuengel, C. (2008). Behandelprotocol integratieve therapie gehechtheid en gedrag. In Braet, C. & Bögels, S. (red.), *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten* (pp. 409-424). Amsterdam, Nederland: Boom.
- Stern, D.N. (2000). *The interpersonal world of the infant*. NY: Basic Books.
- Stern, D.N. (2010). *Forms of vitality: Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Stor, P., & Storsbergen, H. (2006). *Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis, het onderkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht, Nederland: LEMMA.
- Struik, A. (2010). *Slapende honden? wakker maken: Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen*. Amsterdam, Nederland: Pierson Assessment and information B.V.
- Thoomes-Vreugdenhil, A. (2012). *Hechtingsproblemen bij kinderen*. Amsterdam, Nederland: Lannoo Campus.
- Thot, S., & Cicchetti, D. (1999). Developmental psychopathologie and childpsychotherapy. In Russ, S.W. & Ollendick, T.H. (red.), *Handbook of psychotherapies with children and families* blz. 15-43). New York & Amsterdam: Plenum Press/Kluwer Academies.
- Tortora, S. (2006). *The dancing dialogue: Using the communicative power of movement with young children*. Baltimore, MD; Paul H. Brookes Publishing Co.

Van den Dries, L., Juffer, F., Van IJzendoorn M.H., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, 31, 410–421.

Van der Ende, W., Van der Vlugt, S., Nieuwenhuis, L., Smelt, C., & Tel-Vos, P. (2016). Affectregulerende vaktherapie beeldend ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid. Utrecht, Nederland: CPMO FVB. Geraadpleegd van <https://databank.vaktherapie.nl/bekijk/97808/Affectregulerende-Vaktherapie-Beeldend-ter-vermindering-van-gedrags-en-emotionele-problemen-bij-kinderen-van-4-t/m-12-jaar-met-problemat>.

Van der Kolk, B. (2016). *Traumasporen: Het herstel van lichaam, brein en geest na overweldigende ervaringen*. Eeserveen, Nederland: Mens!

Van IJzendoorn, M., & Kroonenberg, P. (1988). Cross-cultural patterns of attachment. A meta-analysis of the strange situation. *Child Development*, 59: 147-156. Door The Society for Research in Child Development (SRCD).

Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta analysis of precursors concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.

Van Londen-Barentsen, W.M. (2002). *Attachment in adoptive families: Intergenerational transmission and disorganized attachment*. Niet gepubliceerde doctoraats dissertatie. University of Utrecht, Nederland.

Verfaillie, M. (2011). *Mentaliseren in beeldende vaktherapie*. Met casuïstiek van G. Smet, en Van der Ende, W. G. Antwerpen, België: Garant.

Vliegen, N. (2006). *Personality and affective relational dynamics in early motherhood and in mother-infant interactions: Theoretical, empirical and clinical perspectives*. Niet- gepubliceerd doctoraat, Departement Psychologie, Katholieke Universiteit Leuven, o.l.v. Gaston Cluckers en Patrick Luyten.

Young, J. (2017). The therapeutic movement relationship in dance/ movement therapy: A phenomenological study. *American Journal of Dance Therapy*, 39, 92-112.

Zeman, J., Shipman, K., & Suveg, C. (2002). Anger and sadness regulation: Predictions to internalizing and externalizing symptomatology in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 393-398.

Websites

Databank Effectieve Jeugdinterventies: www.nji.nl/nl/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies

Federatie Vaktherapeutische Beroepen: www.vaktherapie.nl/

Kenvak / Kenniskring Kennisontwikkeling & Vaktherapieën: www.kenvak.nl/

Register Vaktherapie: www.registervaktherapie.nl/

Richtlijnenjeugdhulp: <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/>

Bijlage 1

Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (Boris & Zeanah 2005; Stor & Storsbergen 2006)	
Instructie	Score
Geef bij elk item in onderstaande lijst op een 5 puntenschaal aan in hoeverre het kind normaal of verstoord gedrag vertoont:	1 bijna altijd normaal 2 meestal normaal 3 soms normaal en soms verstoord 4 meestal verstoord 5 bijna altijd verstoord
Normering (Dekker en Janssen, 2010) a. som van de scores 0-8: verstoorde gehechtheid niet waarschijnlijk; b. som van de scores 8-24: mogelijk verstoorde gehechtheid; c. som van de scores > 24: verstoorde gehechtheid is waarschijnlijk. De normeringen b en c vereisen verder onderzoek.	
Affectie	
Geef een punt van 1 tot 5	
Normaal:	Toont affectie tijdens verschillende interacties in verschillende situaties
Verstoord:	Gebrek aan affectieve uitwisseling in verschillende sociale situaties of niet passende, veelal promiscue affecties tegenover relatief onbekende volwassenen
Voorbeeld van gedrag:	Soms
Zoeken van troost	
Geef een punt van 1 tot 5	
Normaal:	Zoekt troost bij een specifieke volwassen verzorger, die daartoe speciaal wordt uitgekozen.
Verstoord:	Zoekt geen troost bij pijn, angst of ziekte, of zoekt troost op een vreemde of ambivalente manier bij een specifiek volwassen verzorger (bv toenemende stress wanneer het kind geen troost zoekt).
Voorbeeld van gedrag:	
Vertrouwen in de ander: zoekt hulp	
Geef een punt van 1 tot 5	
Normaal:	Is bereid/heeft de mogelijkheid om hulp te zoeken bij specifieke verzorgers, als een probleem te moeilijk is om alleen op te lossen.
Verstoord:	Buitensporige afhankelijkheid van de verzorger of, als het nodig is, niet zoeken naar of gebruiken van de ondersteunende aanwezigheid van een hechtingsfiguur.
Voorbeeld van gedrag:	
Samenwerking	
Geef een punt van 1 tot 5	
Normaal:	Stelt zich over het algemeen coöperatief op naar de verzorger.

Verstoord:	Voortdurend niet ingaan op of niet nakomen van verzoeken en eisen van de verzorger is een overheersend kenmerk van de interactie; of angstige buitengewone meegaandheid t.o.v. instructies van de verzorger ("dwangmatige gehoorzaamheid").	
Voorbeeld van gedrag:		

Explorierend gedrag		Geef een punt van 1 tot 5
Normaal:	Gebruikt hechtingsfiguur als veilige basis van waaruit een nieuwe omgeving wordt geëxploreerd.	
Verstoord:	Controleert niet of de verzorger aanwezig blijft in een onbekende situatie tijdens de exploratie, of heeft zeer grote tegenzin om de verzorger te verlaten om te gaan exploreren.	
Voorbeeld van gedrag:		

Controlerend gedrag		Geef een punt van 1 tot 5
Normaal:	Weinig signalen van controlerend gedrag t/o/v/ de verzorger.	
Verstoord:	Overbezorgd en/of niet bij de leeftijd passend verzorgend gedrag t.o.v. de verzorger, buitengewoon bezig of bestraffend controleren van de verzorger	
Voorbeeld van gedrag:		

Reactie bij hereniging/terugkeer		Geef een punt van 1 tot 5
Normaal:	Zoekt bij angst troost bij hechtingsfiguur of, wanneer het kind niet angstig is, maakt het op een positieve manier opnieuw contact d.m.v. non-verbale of verbale communicatie van positieve affecties, of beschrijft wat er gebeurde tijdens de scheiding.	
Verstoord:	Lukt niet om na de scheiding contact te maken met verzorger. Daarbij vertoont het kind actieve negerende/vermijdende gedragingen, intense boosheid of duidelijk gebrek aan affectie, of de stress die teweeg gebracht werd door de scheiding verdwijnt niet, of het kind vertoont gedesorganiseerd gehechtheidsgedrag.	
Voorbeeld van gedrag:		

Reactie tegenover vreemden		Geef een punt van 1 tot 5
Normaal:	In eerste instantie terughoudendheid in sociaal contact met vreemden; dit is duidelijker in een onbekende omgeving.	
Verstoord:	Onmiddellijk aangaan van het contact zonder terughoudendheid in het begin, veel lichamelijk contact zonder op de verzorger te letten; bereid om de verzorger zonder protest te verlaten en met een vreemde mee te gaan.	
Voorbeeld van gedrag:		

Bijlage 2

Uitleg over Lichaams- bewegingsanalyse: Laban Movement Analysis (LMA)/ Bartenieff Fundamentals (BF)

“Words represent only a small proportion of the total range of human communication”
(Moore & Yomamota, 2000)

Laban Movement Analysis (LMA) / Bartenieff Fundamentals (BF)

(Bartenieff & Lewis, 2002; Hackney, 2000; Koch & Bender, 2007)

LMA/BF is een beschrijvingsmodel en observatiemethode (assessment) wat een overzicht van de reikwijdte van mogelijkheden van het lichaam en zijn bewegingen presenteert.

Ieder mens combineert deze factoren in beweging op zijn/haar eigen unieke manier, die zo de persoonlijke, artistieke of culturele stijl onthullen (Peggy Hackney, 2002). Hiernaast bevestigt onderzoek dat non-verbale aspecten in de communicatie meer invloed hebben op de ontwikkeling van opgroeiende kinderen. De voorbeeldfunctie, en met name de non-verbale communicatie, van de volwassenen is cruciaal (Loman, 1998; Schore, 2003; Shai & Belsky, 2011; Siegel & Bryson, 2013).

LMA/BF biedt de mogelijkheid om op zodanige manier aan te sluiten dat de ontwikkeling van de mens wordt gestimuleerd en zich op een efficiënte manier kan verder ontwikkelen.

Affectregulerende vaktherapie dans zet LMA/BF in de cliënt-therapeut-relatie bewust als therapeutische interventies in (zie ook hoofdstuk 5.2.1). ArVTdans maakt gebruik van de non-verbale lichaamsgerichte LMA/BF-methode, waarbij het lichaam zowel in beweging als tijdens momenten van “niet bewegen”, bijvoorbeeld stilstaan als een standbeeld eigen bewoordingen krijgt (Dell, 1977). Het geeft tijdens de behandeling een universele bewegingstaal, die handvatten geeft wat nodig is om de ontwikkeling verder te stimuleren. LMA/BF is in beweging te leren, zowel naar aanleiding van de eigen bewegingservaring als in observatie van anderen.

Historie

Laban Movement Analysis (LMA) is ontwikkeld in de vorige eeuw door Rudolph Laban (1879 – 1958). Hij is opgeleid als danser, choreograaf, architect en filosoof, en functioneerde als een visionair. Laban was gefascineerd door beweging in het algemeen, de voortdurende veranderingen van het leven, wat hij ‘flux’ noemde. ‘Flux’ staat in tegenstelling tot ‘stillness’, welke allebei verbonden zijn met levensprocessen (Koch & Bender, 2007).

Laban is de grondlegger van een breed spectrum aan bewegingsanalyses, welke steeds verder zijn ontwikkeld tot bewegingsassessment. Irmgard Bartenieff, een studente van Laban, naast danser en choreograaf ook fysiotherapeut, verfijnde Labans systeem met anatomische concepten (Hackney, 2000). Zij ontwikkelde de Bartenieff Fundamentals (BF) (Bartenieff & Lewis, 2002).

LMA/BF wordt nog steeds breed gebruikt zowel in de bedrijfskunde als in de theater en dans wereld als op psychotherapeutisch gebied.

Toelichting van LMA/BF-elementen

Hieronder volgt een korte uitleg over de LMA/BF-elementen.

De genoemde theoretisch analytische kaders van lichamelijke en menselijke beweging worden door ieder mens op zijn eigen manier ingezet. De combinaties en de uitwerkingen zijn oneindig. Deze kunnen zowel ter observatie als ter ondersteuning van interventies, in en voor een behandelrelatie, aangewend worden.

Belangrijk om te weten is dat alle manieren van de ervaren lichamelijke en bewegingen mogelijk zijn. De inzet van genoemde kwaliteiten en dynamieken kan per moment verschillend zijn, met het gevolg dat expressie en gevoelens worden waargenomen.

Polariteiten/ uitersten in beweging en lichaamshouding zijn snel herkenbaar, bijvoorbeeld:

- innerlijk vs. uiterlijk.
- inspanning vs. ontspanning
- geheel vs. deel
- functioneel vs. expressie
- mobiliteit vs. stabiliteit
- simpel vs. complex
- individu vs. groepen (in contact met anderen)

LMA/BF kent vier basiselementen, welke objectieve observatie instrumenten vormen. Ze worden ook BESS genoemd, volgens de 4 non-verbale aspecten hierna:

Body = betrokken lichaamsdelen en verbindingen in het lichaam	Effort: = bewegingskwaliteiten/ inspanning van het lichaam	Space = het ruimtelijk aspect van beweging en lichaam	Shape: = de vorm van het lichaam, als brug naar de ruimte
---	--	---	---

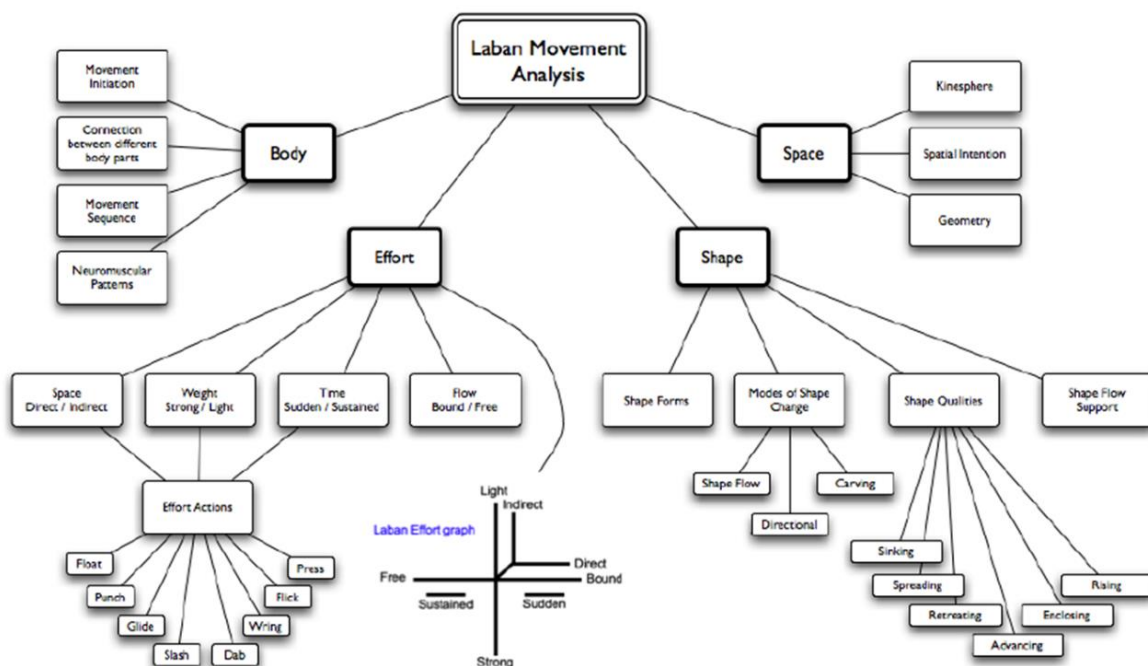
'Body' is het waarnemen van je eigen lichaam en je lichaamsdelen. Deze categorie benoemt hoe het lichaam wordt ingezet; zijn het bijvoorbeeld losse lichaamsdelen die bewegen of is het een geheel. Verder wijst 'body' onder andere op de opbouw van het lichaam, op connecties tussen lichaamsdelen, gewicht en massa.

'Effort' staat voor de bewegingskwaliteiten en de inspanning van het lichaam. Deze categorie kent 4 verschillende manieren van basisinspanningen in het bewegend lichaam, waarbij deze uit twee tegenovergestelde polariteiten bestaan. 'Effort' beschrijft het 'hoe'/'de kleur' van een beweging.

- o *flow*: 'bound' versus/and 'free'
- ...geeft aan of je beweging vrij kan stromen of dat deze gecontroleerd gebeurt.
- o *weight*: 'strong' versus/and 'light' versus 'passief'
- ... heeft met de inzet van je zwaartekracht te maken en in hoeverre je aan toe geeft of er tegenin gaat.
- o *time*: 'sudden' versus 'sustained'
- ... het duidt aan of een beweging vertragend of versnellend gebeurt.
- o *space*: 'direct' versus 'indirect'
- ... verklaart of een beweging doelgericht of indirect wordt ingezet.

'Space' duidt op het ruimtelijk aspect van een beweging, het lichaam in de ruimte. Laban bedoelde met 'space' de architectuur van beweging en lichaam. 'Space' wijst het 'waar' aan. Je kan bijvoorbeeld lineair, in vlakken of in niveaus bewegen. Verder kent LMA een algemene ruimte, waar iedereen zich in beweegt, maar ook de 'kinesfeer', je eigen ruimte.

'Shape' expliciteert de vorm van het lichaam en fungeert als de brug tussen het lichaam (*body*) en de ruimte (*space*). Het expliciteert hoe het lichaam zich vormt, als een driedimensionaal wezen, waarbij deze statisch en rustig wordt beschreven, maar ook in beweging op verschillende manieren kan veranderen.



(Bernstein, Shafir, Tsachor, Studd, & Schuster, 2015)