



Affectregulerende Vaktherapie

Dramatherapie ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid

Melissa van den Ham, Rianne de Koning en Lieke Kuil
2020

Samenvatting

Titel

Affectregulerende Vaktherapie *drama* ter vermindering van gedragsproblemen en emotionele problemen bij kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid.

Auteur

Melissa van den Ham, Rianne de Koning en Lieke Kuil (2020).

Doelgroep

De interventie Affectregulerende Vaktherapie drama (ArVTd) richt zich op kinderen van 4 t/m 12 jaar met gedrags- en emotionele problemen volgens de Child Behaviour Checklist (CBCL) (Achenbach, 2001) en waarbij een vermoeden is van problematische gehechtheid volgens de Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (LSVG) (Boris & Zeanah, 2005; Stor en Storsbergen, 2006). Ouders/verzorgers krijgen aanvullend psycho-educatie en begeleiding bij de bejegening van het kind tijdens de ArVTd behandeling.

Zorgprogramma

De jeugdinterventie Affectregulerende Vaktherapie *drama* (ArVTd) is zorgprogramma-overstijgend: cliënten uit verschillende zorgprogramma's maken er gebruik van: kinder- en jeugdpsychiatrie, kinderen met een lichtverstandelijke beperking en jeugdzorg.

Interventie-aanpak

ArVTd is gericht op het reguleren van affect, aandacht, gedrag en emoties. Affect is te definiëren als de verzameling van interne spanningen en niet afleesbare, onbewuste gevoelens. Emoties zijn gevoelens die zichtbaar zijn in gedrag. Voorbeeld: *machteloze woede*, waarbij woede (emotie) zichtbaar is en machteloosheid het onderliggende affect (Ende, 2014).

In ArVTd wordt in drie fasen affect, aandacht, emoties en gedrag gereguleerd door gebruik van verschillende dramatherapeutische werkvormen en materialen en door gebruik te maken van de werkrelatie tussen kind en therapeut. Dit hele proces heet affectregulatie omdat de onderliggende spanningen en gevoelens (affecten) altijd het uitgangspunt van de interventie vormen. Deze interventie bevordert gehechtheidsgedrag van het kind en vermindert gedrags- en emotionele problemen.

De therapie vindt wekelijks plaats, individueel in sessies van drie kwartier tot een uur, gedurende een half jaar tot anderhalf jaar.

Voorafgaand aan- en tijdens de behandeling geeft de vaktherapeut de opvoeder psycho-educatie, uitleg over de aanpak per fase en adviezen over de bejegening. Tussentijdse therapie deelname van de opvoeders en ouderbegeleiding kan gewenst zijn.

ArVTd is onderdeel van de overstijgende interventie Affectregulerende Vaktherapie (ArVT). Eerder zijn vergelijkbare deelinterventies ArVTb (Affectregulerende Vaktherapie beeldend) en ArVTm (Affectregulerende Vaktherapie muziek) ontwikkeld voor kinderen met problematische gehechtheid.

Onderbouwing

In de periode van hechting en affectieve processen ontwikkelen de hersenen zich in een hoog tempo. Deze periode is van grote invloed op de ontwikkeling van hersendelen in het limbisch systeem die waarschijnlijk betrokken zijn bij affectregulerende functies (Malchiodi, 2008). In Malchiodi (2015) is te lezen dat Schore (2001) zegt dat de interactie tussen baby en verzorger in de rechterhelft van het brein wordt opgeslagen. Volgens Hill (2015) moet er in therapie vooral gewerkt worden met technieken die de rechterhersen helft aanspreken. Er is substantieel bewijs dat vaktherapie naast de linkerhersen helft met name de rechterhersen helft aanspreekt door het non-verbale karakter (Malchiodi, 2015).

Binnen ArVTd wordt gebruik gemaakt van rollen en attributen. In fantasie projecteert het kind aspecten van zichzelf op het object (Landy, 1994). Deze geven duidelijkheid over onderbewuste verlangens, over hoe het kind zichzelf en zijn omgeving ziet en wat hij nodig heeft van zijn verzorgers.

Deze interventie beoogt niet rechtstreeks de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind op te bouwen maar wel gehechtheidsgedrag bij het kind te ontwikkelen. Omdat kinderen met meerdere mensen tegelijk gehechtheidsrelaties kunnen onderhouden (Juffer, 1993), kan de behandelaar na het opbouwen van gehechtheidsgedrag in de therapie werken aan het verbreden van het netwerk van gehechtheidsrelaties (Sterkenburg, 2008).

ArVTd ontwikkelt alsnog het vermogen tot **affectregulatie** in een **mentaliserende** werkrelatie, waarin tevens **gehechtheidsgedrag** wordt gestimuleerd.

Onderzoek

Er zijn op dit moment vier gepubliceerde onderzoeken naar ArVTd van Schrok, F. (2017), Ham, M. van den. (2016), Koning, R. de. (2016) en Kuil, L. (2015).

Daarnaast zijn er lopende onderzoeken naar ArVTd door studenten dramatherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en Hogeschool Utrecht.

Voor de laatste informatie en ontwikkelingen: www.affectregulerendevaktherapie.nl

Samenvatting	2
1. Titel, auteurs, ontwikkelaars, context	5
1.1 Titel	
1.2 Auteurs	
1.3 Ontwikkelaars	
1.4 De Context	
1.4.1 Zorgprogramma of werkveld	
1.4.2 Zorgzwaarte	
1.4.3 Zorgprogramma-specifiek of zorgprogramma-overstijgend	
2. Probleemomschrijving	5
2.1 Probleemomschrijving	
2.2 Spreiding	
2.3 Gevolgen	
3. Doelgroep	7
3.1 Korte beschrijving van de doelgroep	
3.2 Indicatie	
3.3 Contra-indicaties	
3.4 Verwijzing	
4. Doelen	7
5. Beschrijving van de interventie-aanpak	8
5.1 Architectuur van de interventie	
5.2 Inhoud van de interventie	
5.2.1 Concrete activiteiten	
5.2.2 Rol van de therapeut	
5.2.3 Materialen	
6. Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak	11
6.1 Welke factoren veroorzaken het probleem?	
6.2 Factoren die door middel van de interventie aangepakt/behandeld/beïnvloed worden	
6.3 Theoretische verantwoording	
6.3.1 Theoretische referentiekaders	
6.3.2 Vaktherapeutische behandelvisie	
6.3.3 Praktijkervaring	
6.3.4 Wetenschappelijk onderzoek	
6.3.5 Werkzaamheid in de praktijk	
6.4 Werkzame elementen	
6.5 Samenvatting	
7. Randvoorwaarden en kosten	18
7.1 Uitvoering	
7.1.1 Materialen	
7.1.2 Organisatorische randvoorwaarden	
7.1.3 Randvoorwaarden voor de cliënt	
7.2 Opleiding en competenties	
7.3 Kosten van de interventie	
7.4 Locatie en uitvoerders	
7.5 Kwaliteitsbewaking	
8. Subtypen	19
9. Ontwikkelgeschiedenis	19
9.1 Betrokkenheid van de doelgroep	
9.2 Betrokkenheid van experts	
9.3 Vergelijkbare interventies in Nederland	
9.4 Basing op een buitenlandse interventie	
9.5 Toegevoegde waarde van de interventiebeschrijving	
10. Gebruikte literatuur	21
Bijlage 1. Lijst met Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag	25
Bijlage 2. Praktijkervaring Nan Rietveld	26
Bijlage 3. Praktijkervaring José van der Hei	28

1. Titel, auteurs, ontwikkelaars, context

1.1 Titel

Affectregulerende Vaktherapie *drama*¹ ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid.

1.2 Auteurs

Melissa van den Ham, Rianne de Koning en Lieke Kuil (2020).

1.3 Ontwikkelaars

Deze interventiebeschrijving is ontwikkeld vanuit een consensus-based afstudeeronderzoek. Consensus is bereikt met de volgende dramatherapeuten: Emiel Dekker, Frekemei Terpstra, Jojanneke Leevers, Joris van Alphen, Marij Berghs, Sanne Nijenhuis en Emilia de Gruijter. Tijdens het schrijfproces van de interventiebeschrijving hebben de volgende geschoolde ArVT dramatherapeuten meegewerkt: José van der Hei, Freya Hooijer en Nan Rietveld. De beschrijving is tot stand gekomen in samenwerking met Wijntje van der Ende, Leanne Nieuwenhuis, Patricia Tel-Vos en Sanne van der Vlugt namens het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie.

1.4 De Context

1.4.1 Zorgprogramma of werkveld

Deze interventie is gericht op jeugdzorg zorgprogramma-overstijgend: cliënten maken er gebruik van in zorgprogramma's voor kinder- en jeugdpsychiatrie, orthopedagogiek en jeugdzorg.

1.4.2 Zorgzwaarte

Deze interventie valt onder tweedelijns of derdelijns zorg (GGZ nederland, 2012). De behandeling van problematische gehechtheid kan tot specialistische zorg gerekend worden en valt daarmee onder de specialistische GGZ. 'De huisarts kan doorverwijzen voor hulp bij psychische problemen naar een zorgaanbieder binnen de basis GGZ of naar de gespecialiseerde GGZ. Dit is afhankelijk van de mate van de problemen. Sinds 1 april 2017 is er geen doorverwijzing van de huisarts meer nodig als de patiënt wordt overgedragen van de basis GGZ naar de gespecialiseerde GGZ en omgekeerd. Een melding aan de huisarts volstaat' (Rijksoverheid, z.d.).

2. Probleembeschrijving

2.1 Probleem

Deze interventie is gericht op kinderen met problematische gehechtheid, daaronder worden zowel kinderen waarbij een vermoeden is van problematische gehechtheid als kinderen waarbij sprake is van een hechtingsstoornis verstaan.

De DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) onderscheidt twee hechtingsstoornissen, de reactieve hechtingsstoornis en de ontremd-sociaal contactstoornis. Bij kinderen met een reactieve hechtingsstoornis is te zien dat het kind nauwelijks positieve emoties in de omgang met ouders toont. Daarnaast heeft hij episodes van negatieve emoties die niet eenvoudig te verklaren zijn. Het kind zoekt niet of nauwelijks troost of bescherming bij de opvoeder(s) en reageert minimaal op troost pogingen. Kenmerkend voor de ontremd-sociaal contactstoornis is dat het kind te familiair omgaat met relatief vreemden, en niet of verminderd de opvoeder in de gaten houdt.

¹ ArVTd is onderdeel van de overstijgende interventie Affectregulerende Vaktherapie (ArVT). Eerder zijn vergelijkbare deelinterventies ArVTb (Affectregulerende Vaktherapie beeldend) en ArVTm (Affectregulerende Vaktherapie muziek) ontwikkeld voor kinderen met problematische gehechtheid.

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) in de vroege relatie tussen kind en opvoeder (Meurs, 2008). Kenmerkend is het gebrek aan vertrouwen in hun directe opvoeders.

Kinderen met een problematische gehechtheid verschillen in hun reacties op spanningsvolle omstandigheden. Er worden drie stijlen onderscheiden (Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., e.a. 1978):

- *Vermijdend 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 aanhankelijk, 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 bazig gedrag laten zien (Richtlijnen Jeugdzorg, 2017).

2.2 Spreiding

De in de Richtlijnen Jeugdhulp en jeugdbescherming (2017) gemelde prevalentiecijfers zijn gebaseerd op zowel internationale als Nederlandse studies naar gehechtheid van Lamb et al. (1985) en 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. Ook kinderen met psychiatrische problematiek of een verstandelijke beperking ontwikkelen vaker een problematische gehechtheid. (Programma Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming, 2017).

Conclusie: Problematische gehechtheidsrelaties komen volgens de het Programma Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming (2017), 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 een verstandelijke beperking hebben. Prevalentie 50%

2.3 Gevolgen

De Richtlijn Problematische Gehechtheid (2019) 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 er een positieve correlatie aangetoond tussen de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie en taal- en cognitieve vaardigheden (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. Hierdoor komen zelfwaardering, emotieregulatie en zelfbeeld onder druk te staan. Ten slotte heeft Došen (2005) 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, zelfverwondend gedrag, dwangmatigheid en het ontwikkelen van rituelen.

3. Doelgroep

3.1 Korte beschrijving van de doelgroep

De interventie Affectregulerende Vaktherapie drama (ArVTd) richt zich op kinderen van 4 t/m 12 jaar met gedrags- en emotionele problemen en waarbij een vermoeden is van problematische gehechtheid.

3.2 Indicatie

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

3.3 Contra-indicaties

- Crisissituatie door onveilige woon- of opvoedingssituatie²
- Geen affiniteit met het medium drama
- Psychose

3.4 Verwijzing

Door diagnostiek wordt selectie gedaan voor behandeling. Verwijzing en intake worden gedaan door hoofdbehandelaars: een gedragswetenschapper, psycholoog, psychiater of een multidisciplinair team.

4. Doelen

Hoofddoel:

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

Subdoelen:

- Het kind is in staat de opvoeder als bron van troost en ontspanning te ervaren.
Bij oplopende spanning vraagt en accepteert het kind hulp en sturing van de dagelijkse opvoeder.

² De eerste fase (spanningsregulatiefase) van de ArVT kan wel worden gestart, mits er perspectief is op vervolg van de behandeling en een stabilisatie van de opvoedingssituatie.

- Het kind kan zijn emoties (laten) reguleren.
Het kind richt zijn aandacht op zichzelf. Het kind onderzoekt de omgeving. Het kind onderscheidt verschillende gradaties van spanning en gevoelens (affecten).
 - Het kind functioneert sociaal beter.
Het kind maakt positief contact, kan samenwerken en deelt affecten en emoties.
 - Het kind kan na het doorlopen therapieproces op een positieve manier de werkrelatie afsluiten.
Het kind kan toewerken naar het afronden van de werkrelatie. Het afscheid verloopt op een positieve manier, bijbehorende emoties en affecten kunnen gereguleerd worden.
-

5. Beschrijving van de interventie-aanpak

5.1 Architectuur van de interventie

Affectregulerende Vaktherapie drama (ArVTd) is gericht op het reguleren van affect, aandacht, gedrag en emoties. Affect is te definiëren als de verzameling van interne spanningen en niet afleesbare, onbewuste gevoelens. Emotie is zichtbaar in gedrag. Voorbeeld: machteloze woede, waarbij woede (emotie) zichtbaar is en machteloosheid het onderliggende affect.

In ArVTd wordt gebruik gemaakt van drie fasen, namelijk: spanningsregulatie, aandachtregulatie en affectregulatie. Binnen deze fasen worden affect, aandacht, emoties en gedrag gereguleerd door het werken met dramatherapeutische werkvormen en door gebruik te maken van de werkrelatie tussen kind en therapeut.

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 wordt het gehechtheidsgedrag van het kind bevordert en verminderen gedrags- en emotionele problemen.

De therapie vindt wekelijks plaats, individueel in sessies van drie kwartier tot een uur, gedurende een half jaar tot anderhalf jaar.

Voorafgaand aan- en tijdens de behandeling geeft de vaktherapeut de opvoeder psycho-educatie, uitleg over de aanpak per fase en adviezen over de bejegening. Tussentijdse therapie deelname van de opvoeders en ouderbegeleiding kan gewenst zijn.

5.2 Inhoud van de interventie

ArVTd is een gefaseerde behandeling, waarbij de drie fasen elkaar afwisselen gedurende het therapieproces. De fasen zijn voorwaardelijk, je kunt pas naar de volgende fase als voldaan is aan de doelen. In de loop van het proces wordt teruggerepen op een eerdere fase als dat nodig is. Het kan voorkomen dat binnen één sessie in alle drie de fasen gewerkt wordt. Wanneer er bijvoorbeeld tijdens de aandachtsregulatie of de affectregulatie fase de spanning bij het kind te hoog wordt, dient de therapeut terug te gaan naar de spanningsregulatie fase, waarbij ook weer onderscheid gemaakt dient te worden tussen de beleefde spanning en de gespeelde spanning in het hier en nu. De spanning moet eerst weer gereguleerd worden voordat er verder gegaan kan worden met aandacht regulatie fase en affectregulatie.

5.2.1 Fasering

Fase 1: Spanningsregulatie

Het kind maakt in deze fase kennis (verbaal en/of non-verbaal) met de therapievorm en de therapeut. De therapeut richt zich op het zoveel mogelijk wegnemen van spanningen bij het kind. Het kind ervaart dat zijn spanningen kunnen worden gereguleerd. Het kind leert hulp en sturing van de therapeut verdragen en wanneer dit leidt tot een ontspannen houding van het kind kan worden overgegaan tot de volgende fase.

Fase 2: Aandachtregulatie

In deze fase leert het kind zijn aandacht te richten, vast te houden en te verdelen. Het kind onderzoekt de omgeving en raakt lichamelijk betrokken in spel. Initiatief en expressie in gedrag en taal worden gestimuleerd. Als het kind met aandacht en betrokkenheid in het hier en nu van de therapie kan zijn en zijn gevoelens kan (laten) reguleren, kan gewerkt worden aan het richten van aandacht op fysieke en zintuiglijke waarneming. Wanneer tijdens deze fase de beleefde spanning bij het kind te hoog wordt, dient de therapeut, in interactie met het kind, terug te gaan naar de spanningsregulatie fase. Het kind moet eerst weer ontspannen voordat er verder gegaan kan worden met de aandachtregulatie fase.

Fase 3: Affectregulatie

In deze fase bekrachtigt de therapeut wat het kind kan en geeft het gevoel van het kind de ruimte. Het kind leert in interactie met het medium en de therapeut om zijn emoties en affecten te voelen, herkennen, verwoorden en leert verbanden te leggen tussen deze twee. Dit leert het kind door het spelen van (verschillende) rollen en het ervaren van verschillende tegen rollen, gespeeld door de therapeut. De therapeut geeft in spel eerst werkelijkheidswaarde aan de affect toestand van het personage, vervolgens kan dit ook gedaan worden bij de affect toestand van het kind zelf. Hierdoor kan het verschil tussen 'jij' en 'ik' en de positieve wederkerigheid worden aangegaan. Samenwerken gaat meer vanzelf. De therapeut herkent en erkent wat het kind voelt. Als de relatie tussen het kind en de therapeut ontspannen genoeg is geworden kan het kind affecten langzamerhand gaan herkennen, verwoorden en internaliseren. Het kind kan hierbij gradaties van spanning/affect/emotie herkennen en dit verbaal en non-verbaal leren uiten.

Aan het einde van deze fase moet de tijd genomen worden voor het positief afronden van de therapeutische relatie en de transfer naar het dagelijks leven. Het thema afscheid nemen kan ook binnen spel aandacht krijgen, zodat het kind zich erkent voelt. Daarnaast toetst de therapeut of de verworven kennis beklijft. In het medium worden positieve ervaringen uitgespeeld waardoor het kind meer succeservaringen opdoet, en momenten van trots en spelplezier ervaart.

5.2.2 Rol van de therapeut

De vaktherapeut organiseert en bewaakt het therapieproces. De vaktherapeut informeert ouders over de interventie en biedt psycho-educatie en begeleiding bij de bejegening.

Tijdens de behandeling verandert de houding van de vaktherapeut gedurende de verschillende fasen van aansluitend en afstemmend, naar het stimuleren van wederkerigheid.

Algemene houdingsaspecten:

De houding van de therapeut is gedurende het hele therapieproces mentaliserend over het kind. Dat wil zeggen dat de vaktherapeut het kind voordoet, hoe het kan denken/voelen over zichzelf en de ander (Allen, Fonagy & Bateman, 2008).

Binnen de therapeutische relatie wordt geboden waar het kind behoefte aan heeft (gehad) maar niet heeft gekregen (Claassen, 2010). Dit helpt het kind om vertrouwen te krijgen in de therapeut en het leert zich ontspannen te voelen in de therapeutische relatie (Arntz & Jacob, 2012). De therapeut stemt zijn houding af op de behoeftes van het kind en kijkt daarbinnen per fase welke houding passend is.

Verschil in houding per fase:

In de **spanningsregulatie fase** voorkomt de vaktherapeut dat het kind overspoeld raakt door spanningen, gevoelens (affecten) en emoties. Het kind wordt uitgenodigd aanwezig te zijn in het dramalokaal met de vaktherapeut, de werkvormen worden afgestemd op het kind aangeboden zodat het kind zich aangemoedigd voelt om aan het werk te gaan en (positieve) ervaringen op te doen. De vaktherapeut reguleert hiermee extern de affecten van het kind.

De vaktherapeut werkt in deze fase in de interactie (in en uit spel) met de techniek van '*gelijke spiegeling*' (congruent) d.w.z. hetzelfde teruggevend in gelijk tempo op gelijke wijze. Als merkbaar is dat de spanningen bij het kind oplopen, dan trekt de vaktherapeut de verantwoordelijkheid hiervoor naar

zich toe door het reguleren van de affecten en te zorgen voor het herstel van het contact. Dit doet de vaktherapeut door over de 'mis-match' voor zichzelf te mentaliseren (Allen, Fonagy & Bateman, 2008).

In de **aandachtregulatie fase** steunt en stimuleert de vaktherapeut het kind om middels dramawerkvormen te onderzoeken en ontdekken. De vaktherapeut richt de aandacht van het kind door zelf mee te doen in spel en verwoordt wat het kind hierin beleeft, ziet, hoort, ruikt en voelt. Deze momenten van beleven worden verlengd en de fysieke betrokkenheid in de ervaring wordt bekrachtigd. De vaktherapeut heeft een houding die 'not knowing' wordt genoemd (Allen, Fonagy & Bateman, 2008), waarbij samen onderzoeken centraal staat. De vaktherapeut is daarbij niet gefocust op de statische maar op de ontluikende gemoedstoestand (Verfaillie, 2011). Dat wil zeggen dat de vaktherapeut een houding aanneemt van 'niet weten', maar samen met het kind *willen ontdekken*, onderzoeken en het kind graag willen begrijpen.

In de **affectregulatie fase** is de vaktherapeut in toenemende mate gericht op het expliciet maken van de verschillen tussen "ik en de ander". In het spelen van een rol neemt het kind een ander perspectief in en reflecteert hij onbewust op gedachten, gevoelens en intenties. De therapeut geeft hierbij werkelijkheidswaarde aan de affecten van het personage en van het kind. Het kind leert in deze fase zijn emoties en affecten te herkennen, verwoorden en te reguleren (Malchiodi, 2015). De vaktherapeut maakt bij de activiteiten duidelijk dat zij hetzelfde anders kan beleven dan het kind en dat het kind het anders kan beleven dan de therapeut. Dit gebeurt door *gemarkeerde spiegeling*. Daarbij gaat het om spiegeling waarvan duidelijk is dat het niet de expressie van eigen gevoelens van het kind is maar een reactie van de vaktherapeut, die in aangepaste vorm teruggeeft wat het kind ervaart (Verfaillie, 2011).

5.2.3 Materialen

Er is een goed ingerichte drama ruimte nodig met een verscheidenheid aan dramatherapeutische materialen. Een belangrijke voorwaarde voor een goed ingerichte drama ruimte is dat er voldoende speelruimte is. De ruimte moet beschikken over opbergmogelijkheden om afgestemd op het kind veel of weinig prikkels in te kunnen zetten. Daarnaast moet de ruimte afgeschermd zijn (bijv. geen glazen wand waardoor mensen naar binnen kunnen kijken).

De keuze van materialen en werkvormen worden afgestemd op het kind en de fase van de behandeling. Indien er met jonge kinderen gewerkt wordt, moet er materiaal aanwezig zijn dat distantie biedt in spel (bijv. handpoppen/playmobil).

In de eerste fase van de behandeling wordt aangesloten bij de materiaalkeuze/activiteitenkeuze van het kind. Er wordt gewerkt met voor het kind bekende drama activiteiten en materialen. Hiermee wordt gefocust op positieve ervaringen met het materiaal en de werkvorm. Hierdoor ontstaat voorspelbaarheid en veiligheid en worden spanningen gereguleerd.

In deze fase staat spelplezier en het ervaren van ontspanning voorop. Hierbij worden gestructureerde laagdrempelige spellen ingezet die voor veiligheid zorgen. De therapeut volgt het kind door met werkvormen/materialen te werken waar het kind interesse in toont, bijvoorbeeld hutten bouwen of werken met verhalen.

In de tweede fase van de behandeling kan meer gebruik worden gemaakt van sensopathische eigenschappen van verschillende materialen en werkvormen, om de fysieke betrokkenheid en beleving bij het kind te vergroten. De beleving in en met het materiaal en in en met de activiteiten wordt door de vaktherapeut gestuurd. Hierdoor ontstaat betrokkenheid en aandacht en wordt de aandacht gereguleerd.

De werkvormen in deze fase richten zich dan ook op samen ervaren en beleven. De therapeut verlengt momenten van ervaren binnen thematisch spel. Voorbeelden zijn: sprookjes, storytelling, Sandplay, werken met kostuums, symbolische verhalen, rollenspel waarbij het kind zich kan identificeren of projectie spel door middel van (hand)poppen of maskers. De therapeut maakt gebruik van gerichte en

afgestemde interventies, zoals spiegelen spelen en modellering. In deze fase ligt de focus op 'samen', de therapeut speelt samen met het kind zo lang binnen het spel de spanning hanteerbaar is en er meegespeeld kan worden. Binnen ArVTd betreft spanning niet altijd de beleefde spanning van het kind, maar kan het ook gaan om de gespeelde spanning in het hier en nu op de speelvloer. Op deze wijze wordt binnen de fase aandachtregulatie gespeeld met het reguleren van spanning, middels afstand en nabijheid.

In de derde fase van de behandeling worden verschillen in beleving van verschillende werkvormen benadrukt en gevoelens onder woorden gebracht. Werkvormen en gevoelsbeleving wordt gedifferentieerd en later ook ingezet om verschillen tussen het kind en de therapeut te benadrukken. Het kind gaat meer en meer betekenis geven aan de eigen vormgeving. Hierdoor ontstaat differentiatie van affecten.

6. Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak

6.1 Welke factoren veroorzaken het probleem?

De Richtlijn Problematische Gehechtheid van het Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming (2017) 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.

“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 makkelijk 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.

Zoals in het hoofdstuk Definitie aan de orde kwam, komt onveilige gehechtheid veel vaker voor bij jeugdigen met een autistische stoornis, ontwikkelingsstoornis en/of verstandelijke beperking. Nederlands onderzoek heeft laten zien dat een groot deel van hen een gedesorganiseerde/ verstoorde gehechtheidsrelatie heeft. Verondersteld wordt dat dit komt doordat 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 blijkbaar moeilijker om voorspelbare patronen over de ouder in het geheugen op te slaan.

Ook voor 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 moeilijk afleesbare signalen afgeven, waardoor het voor ouders lastiger is om sensitief te reageren op het kind en positieve wederkerige interacties te hebben.

In het algemeen geldt overigens dat risicofactoren op het niveau van de jeugdige kunnen worden gecompenseerd door beschermende factoren op het niveau van de ouder(s) en gezin. Denk aan de aanwezigheid van veel sociale steun in het gezin: dit kan compenseren voor risicofactoren zoals vroeggeboorte of een moeilijk temperament. Andersom werkt het niet: risicofactoren op het niveau van de ouder(s) kunnen niet gecompenseerd worden door beschermende factoren op kindniveau. Om die reden

drukt de ouder een zwaardere stempel op de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie dan de jeugdige.” (Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming, 2017).

In de periode van hechting en affectieve processen ontwikkelen de hersenen zich in een hoog tempo. Chronische stress en overstimulatie bij een opgroeiende baby kunnen leiden tot blijvende verstoringen op neurale niveau (Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005). Volgens Schore (2001), hebben traumatische ervaringen in de hechting invloed op de ontwikkeling van hersendelen in het limbisch systeem die waarschijnlijk betrokken zijn bij affectregulerende functies (Malchiodi, 2008).

6.2 Factoren die door middel van de interventie aangepakt/behandeld/beïnvloed worden

De interventie ArVTd sluit met name aan op factor 2. ‘Kenmerken van het jonge kind’. Zoals hierboven beschreven, heeft deze factor te maken met het temperament, het gedrag en met de moeilijkheid van afleesbaarheid van kinderen met een problematische gehechtheid (mogelijk door een stoornis zoals autisme of LVB). De interventie beoogt niet rechtstreeks de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind op te bouwen maar wel gehechtheidsgedrag bij het kind te ontwikkelen, wat generaliseert naar andere belangrijke relaties. Omdat kinderen met meerdere mensen tegelijk gehechtheidsrelaties kunnen onderhouden (Juffer, 1993), kan de behandelaar na het opbouwen van gehechtheidsgedrag in de therapie werken aan het verbreden van het netwerk van gehechtheidsrelaties (Sterkenburg, 2008). Daarnaast ondersteunt de vaktherapeut de primaire verzorgers bij het leren aflezen van onderliggende gevoelens en spanningen van het kind en om gedragsproblemen beter te kunnen begrijpen en om te buigen. Op deze manier wordt het effect van de therapie vergroot en de transfer bevorderd. Affectregulerend werken houdt in dat het kind wordt geleerd hoe hij zijn emoties, gevoelens en affecten kan reguleren.

Dit doet de therapeut door een positieve relatie op te bouwen waardoor de vaardigheden en het gedrag dat hoort bij sensitief opvoeden door het kind geïnternaliseerd kan worden (Howe, 2006). Daarbij is het belangrijk dat de therapeut de belevingswereld van het kind serieus neemt (Verheugt-Pleiter, Schmeets & Zevalkink, 2010). Het kind leert daardoor zijn eigen emoties en de emoties van de ander te herkennen. Hier wordt onder verstaan, het herkennen van lichamelijke sensaties, gedachten en het gedrag bij verschillende emoties. Daarnaast wordt er inzicht gegeven in de oorzaken van emoties (zowel factoren buiten als binnen het kind). Vervolgens leert het kind dit te verwoorden wanneer mogelijk. (Blaustein & Kinniburgh, 2010; Verheugt-Pleiter, Schmeets & Zevalkink, 2010).

Wanneer het therapieproces afgerond wordt en het einde van de behandeling nadert, vraagt deze doelgroep extra aandacht voor de afronding. Verheugt-Pleiter, Schmeets & Zevalkink (2010) zeggen dat in de eindfase de rouw om het verlies van de therapeut een belangrijk thema is. Malchiodi (2015) benadrukt dat als kinderen negatieve ervaringen hebben met het nemen van afscheid of in de steek gelaten worden, het afscheid nemen van de therapie en de therapeutische relatie heel moeilijk kan zijn.

ArVTd richt zich vooral op de kindfactoren en biedt psycho-educatie aan ouders/verzorgers. Als er grote afstemmingsproblemen zijn tussen ouder en kind kan deze therapie gecombineerd worden met andere interventies die aansluiten op de ouderfactor bijvoorbeeld behandeling met Basic Trust of ouder-kind vaktherapeutische ArVT.

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 (in Press) 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 en 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, 2008). Een adequate interpretatie (evaluatie van de beleving) door het kind van eigen affecten (spanning en gevoelens) en het delen daarvan wordt d.m.v. ArVTd beoogd.

In Malchiodi (2015) is te lezen dat Schore (2001) zegt dat de interactie tussen baby en verzorger in de rechterhelft van het brein wordt opgeslagen omdat in de kindertijd de rechterhelft zich sneller ontwikkelt dan de linkerhelft. Volgens Siegel en Hill uit de rechterhelft zich non-verbaal. Volgens Hill (2015) moet er in therapie vooral gewerkt worden met technieken die de rechterhersen helft aanspreken. Er is substantieel bewijs dat vaktherapie naast de linkerhersen helft met name de rechterhersen helft aanspreekt door het non-verbale karakter (Malchiodi, 2015). Hill (2015) schrijft dat lichamelijke affectieve informatie eerst impliciet verwerkt wordt in de rechterhersen helft. Deze informatie wordt vervolgens beschikbaar gesteld voor de linkerhersen helft, voor de tweede, verbale verwerking. De informatie gaat vervolgens weer terug naar de rechterhersen helft voor integratie en consolidatie in het autobiografische geheugen.

Vroege ervaringen in relaties met anderen hebben effect op de ontwikkeling van het brein (Perry in Malchiodi, 2015). Neuroplasticiteit is het vermogen van de hersenen om te vernieuwen, waardoor bepaalde tekorten/gemissen gecompenseerd kunnen worden. Deze plasticiteit van het brein is groter bij jonge kinderen. Hoe groter de plasticiteit, des te makkelijker de gehechtheid, affectregulatie, en cognitie verbeterd kan worden (Malchiodi, 2015).

Binnen ArVTd maken we gebruik van dit principe door het onderbewuste aan te spreken. In het onderbewuste schuilen wensen, verlangens, complexen en archetypes. In dramatherapie komen die via het spel in symbolen, beelden en rollen vrij. Dit proces kan zowel bewust als onbewust plaatsvinden. De dramatherapeut helpt het kind om spontaniteit te bereiken door de juiste balans te creëren tussen een aantal factoren: de werkelijkheid en fantasie, het kind/de dramatherapeut zelf en de gespeelde rollen. Bij de juiste balans tussen deze factoren is er toegang tot het onderbewuste. Het kind geeft binnen het spel vorm aan onderdrukte gevoelens zonder dat ze overweldigend voor hem of haar zijn. Binnen dramatherapie wordt gebruik gemaakt van rollen en attributen. Deze geven duidelijkheid over hoe het kind zichzelf en zijn omgeving ziet en wat hij nodig heeft van zijn verzorgers. In fantasie projecteert het kind aspecten van zichzelf op het object (Landy, 1994).

6.3.1 Theoretische referentiekaders

ArVTd ontwikkelt alsnog het vermogen tot **affectregulatie**, doordat het kind in een fictieve improviserende **interactie** leert omgaan met spanning, aandacht en het herkennen en hanteren van verschillende gevoelens, om zo tot een adequate 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, Van IJzendoorn & Zegers, 2006). Wanneer ouders de signalen van hun kind accuraat waarnemen en daar adequaat op ingaan, 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, 1999; Cassidy, 1994).

Mentaliseren:

Empirisch gehechtheidsonderzoek toont aan dat onveilige gehechtheid van invloed is op het mentaliseren (Fonagy, Geergeley, Jurist & Target, 2002). 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 zelfreflectieve 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, 2001; 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 affectregulerend 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
- *gevoelscategorieën te leren herkennen* (emoties) 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 affect categorieën (Toth & Chincetti, 1999; Bradley, 2000). Om de veelzijdigheid van affectregulatie tot zijn recht te laten komen is fasering nodig waarin eerst spanningsregulatie en aandachtregulatie plaatsvindt (Fonagy et al., 2002). Omdat kinderen met problematische gehechtheid niet goed om kunnen gaan met spanningen (Schuengel et al., 2009), beleven deze kinderen hun eigen gevoel gauw als onaangenaam. Door te hoge intensiteit kunnen zelfs positieve gevoelens negatief beleefd worden (Meurs & Vliegen, 2008).

6.3.2 Vaktherapeutische behandelvisie

Armstrong (2013) stelt dat affectregulatie een belangrijk onderdeel is van de interactie tussen kind en vaktherapeut. De vaktherapeut compenseert de vaardigheden en het gedrag die horen bij sensitief opvoeden door een positieve interactie op te bouwen die vervolgens door het kind geïnternaliseerd kan worden (Howe, 2006). Vaktherapie is geschikt voor non-verbale afstemming (Stern, 2010), omdat er materialen kunnen worden ingezet die gezien, gevoeld en ervaren kunnen worden. Dat heeft een meerwaarde in de behandeling van kinderen met een problematische gehechtheid, omdat een groot deel van de behandeling op non-verbaal niveau plaats moet vinden. Immers de problemen met affectregulatie bij een problematische gehechtheid zijn ontstaan in de preverbale fase (Stern, 2000). Met woorden en instructies worden deze kinderen niet bereikt.

In de pre-verbale ontwikkeling zijn communicatieve interactiepatronen te onderscheiden die ook de in de ArVTd interventie ingezet worden (Greenspan & Wieder, 1997). De opeenvolgende patronen zijn:

- Wederzijdse aandacht
- Wederzijdse betrokkenheid
- Interactieve intentionaliteit en wederkerigheid
- Representatieve affectieve communicatie

- Representatieve, symbolische communicatie.

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.

6.3.3 Praktijkervaring

Om de interventie nader te illustreren zijn ervaren en ArVT geschoolde dramatherapeuten benaderd die werken met kinderen met problematische gehechtheid. Zij hebben beschrijvingen aangeleverd waarin zij uitleggen hoe ze binnen de therapie te werk gaan. Deze beschrijvingen zijn te vinden in Bijlage 2: Praktijkervaring van Nan Rietveld en Bijlage 3: Praktijkervaring van José van der Hei.

Zij hebben de volgende beschrijvingen aangeleverd:

- Een voorbeeld van spanningsregulatie in een eerste sessie.
- Een beschrijving van een sessie die illustreert dat interventies in de spannings-, aandacht- en affectregulatiefase in een sessie achter/door elkaar kunnen plaatsvinden.
- Een procesbeschrijving van een casus, van aanmelding tot afronding van de therapie. In deze beschrijving komen onder andere de spanningsregulatie fase, aandachtregulatie fase en psycho-educatie aan bod.

6.3.4 Wetenschappelijk onderzoek

Er zijn nog geen gegevens uit wetenschappelijk onderzoek naar ArVT bekend. Wel is er onderzoek volgens de systemische N=1 onderzoeksmethode (Spren, 2013) in voorbereiding sinds 2013 door middel van het landelijk Project Affectregulerende Vaktherapie. Partners in het project zijn Hogescholen voor Vaktherapie, Stenden, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Hogeschool Utrecht, beroepsorganisatie FVB, Orthopedagogisch Behandelcentrum AMBIQ.

Met andere onderzochte en effectief bevonden behandelingen is de volgende overeenkomst te zien: Er is overeenkomst met de Integratieve Therapie Voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG) (Sterkenburg & Schuengel, 2008). De ITGG start net als de Affectregulerende Vaktherapie drama eerst met het reguleren van spanning middels technieken (zoals spiegelende- en empathische reacties) gebaseerd op de gehechtheidstheorie. 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, Fonagy & Bateman, 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 intens positieve gevoelens, van gevoelens van woede en de tolerantie van passiviteit en ontspanning. Metingen bij dit onderzoek zijn gedaan met de I Feel Pictures (IFP) test (Meurs & Vliegen 2008).

Neurowetenschappen laten zien dat sommige vroegere (traumatische) ervaringen in ieder geval deels hervormd en gerepareerd lijken te kunnen worden door middel van therapeutische interventies (Malchiodi, 2008). Riley (2001) benoemt dat er in hechting programma's voor jonge kinderen creatieve activiteiten gebruikt worden om relationele problemen op te lossen en de ouder-kindrelatie te versterken. De non-verbale dimensie van deze activiteiten is belangrijk, omdat deze raakt aan de periode van voordat taal een dominante rol speelde. Dit stelt het brein mogelijk in staat om nieuwe, meer vruchtbare patronen in het hersengebied te ontwikkelen (in Malchiodi, 2008). Het is onder meer door

Diamond aangetoond dat therapie onveilige hechting kan veranderen naar een verworven veilige hechting (Deben-Mager, 2005).

Over de werkzaamheid van dramatherapie is slechts in beperkte mate iets bekend. Er is enkel kleinschalig onderzoek gedaan, onvoldoende om definitieve conclusies over de effectiviteit te trekken. Wel zijn er aanwijzingen dat dramatherapie invloed heeft op 'mind reading' (het invullen van de gedachten van anderen), automatische negatieve gedachten, verbetering van het zelfbeeld en verminderen van probleemgedrag. Dat concludeert Notermans in een overzicht van onderzoek naar dramatherapie (Zoon & Bartelink, 2017).

Omdat speltherapie veel raakvlakken heeft met dramatherapie, namelijk het gebruik maken van een fictieve werkelijkheid in spel, wordt ook onderzoek naar speltherapie meegenomen. 'Uit verschillende overzichtsstudies blijkt dat speltherapie lijkt te werken bij een groot aantal uiteenlopende problemen zoals emotionele en gedragsproblemen' (Zoon & Bartelink, 2017, p. 7). Speltherapie is met name effectief bij het versterken van het zelfbeeld en problemen in de relatie tussen ouder en kind. Speltherapie lijkt positief effect te hebben op onder andere zelfconcept, sociale vaardigheden en angst (Zoon & Bartelink, 2017). Als ouders betrokken zijn bij de behandeling of er zelfs een actieve rol in spelen door training van een speltherapeut, vergroot dat de kans op succes (Bratton et al., 2005; LeBlanc & Ritchie, 1999; Leblanc & Ritchie, 2001; Lin & Bratton, 2015; Zoon & Bartelink, 2017).

6.3.5 Werkzaamheid in de praktijk

ArVt wordt in verschillende instellingen toegepast. De klinische bevindingen zijn positief. Ondersteunende gegevens gebaseerd op metingen en wetenschappelijk onderzoek zijn nog niet voorhanden. Actuele informatie is te vinden op www.affectregulerendevaktherapie.nl.

6.4 Werkzame elementen

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

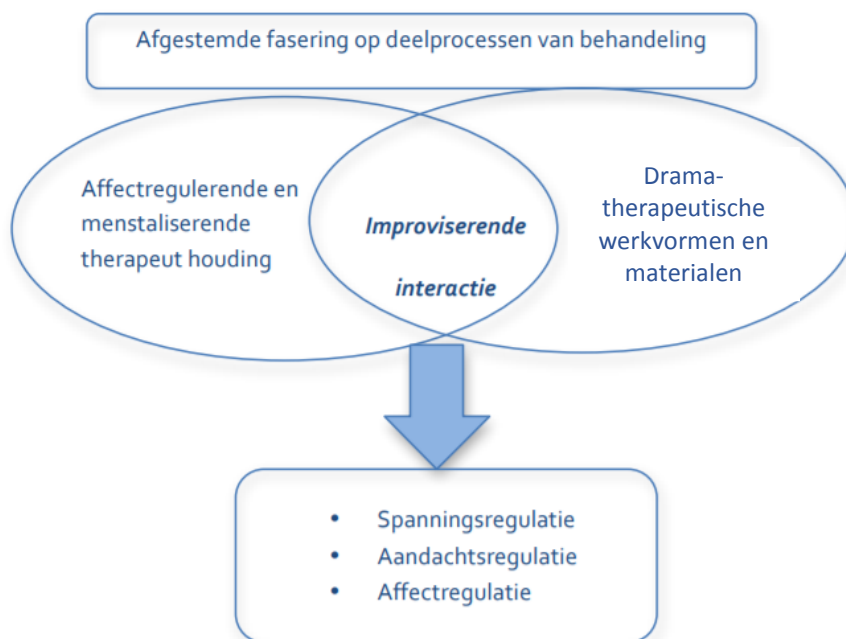
- Affectregulerende en mentaliserende houding
- Dramatherapeutische werkvormen en materialen

Affectregulerende en mentaliserende therapeutische houding

De vaktherapeut is sensitief en responsief en mentaliserend. De vaktherapeut volgt de gedragingen van het kind en het tempo van het kind en past zijn interventies daarop aan. De vaktherapeut is sensitief en responsief en mentaliserend op de afleesbare – en niet afleesbare gevoelens (affecten). Tijdens de behandeling verandert de houding van de vaktherapeut gedurende de verschillende fasen van aansluitend en afstemmend, naar wederkerigheid en differentiatie bevorderend.

Inzet dramatherapeutische werkvormen en materialen

De vaktherapeut zet dramatherapeutische werkvormen en materialen improviserend in om het therapieproces vorm te geven en te beïnvloeden. De keuze van de werkvorm/materiaal wordt afgestemd op het kind ingezet om te kunnen werken aan de doelen per fase; spanningsverlaging, aandachtregulatie en affectregulatie.



Schema werkzame elementen Affectregulerende vaktherapie (Ende, Nieuwenhuis & Van der Vlugt, 2016).

Dramatherapie vormt een sterke primaire behandeling vanwege het feit dat gedrag geoefend kan worden in concrete spelsituaties. Het uitspelen van dagelijkse situaties en het gebruik van rolwissels verhoogt het vermogen om zaken vanuit het perspectief van de ander te zien (Smeijsters & Cleven, 2005). In dramatherapie kunnen kinderen verschillende symbolische en realistische rollen aannemen. In het spelen van een rol neemt het kind een ander perspectief in en reflecteert hij onbewust op gevoelens, gedachten en intenties (Malchiodi, 2015).

6.5 Samenvatting

Bij kinderen van 4 t/m 12 jaar waarbij een vermoeden is van problematische gehechtheid volgens de LSVG en waarbij tevens sprake is van gedrags- en emotionele problemen volgens de CBCL, wordt er middels de interventie ArVTd in drie fasen affect, aandacht, emoties en gedrag gereguleerd door gebruik te maken van verschillende dramatherapeutische werkvormen, materialen en de werkrelatie tussen kind en therapeut. Dit hele proces heet affectregulatie omdat de onderliggende spanningen en gevoelens (affecten) altijd het uitgangspunt van de interventie vormen. Het kind zal gehechtheidsgedrag ontwikkelen waardoor gedrags- en emotionele problemen afnemen.

In Malchiodi (2015) is te lezen dat Siegel (2012) en Schore (2001) zeggen dat de interactie tussen baby en verzorger in de rechterhelft van het brein wordt opgeslagen omdat in de kindertijd de rechterhelft zich sneller ontwikkelt dan de linkerhelft. Volgens Hill (2015) moet er daarom in therapie vooral gewerkt worden met technieken die de rechterhersenhelft aanspreken en er is substantieel bewijs dat vaktherapie door het non-verbale karakter naast de linkerhersenhelft met name de rechterhersenhelft aanspreekt (Malchiodi, 2015). De gedrags- en emotionele problemen lijken direct verband te houden met zwakke regulatie van spanningen en gevoelens (affecten) in de vroege relatie tussen kind en opvoeder (Meurs, 2008).

7. Randvoorwaarden en kosten

7.1 Uitvoering

7.1.1 Materialen

- www.affectregulerendevaktherapie.nl;
- Handboek in ontwikkeling;
- Brochure voor verwijzers in voorbereiding.

7.1.2 Organisatorische randvoorwaarden

- De vaktherapeut is verantwoordelijk voor een adequate en veilige werkruimte;
- Om deze therapeutische interventie te kunnen doen is een goed ingericht drama lokaal nodig: een rustige therapie plek met mogelijkheden voor het opbergen van materialen;
- De vaktherapeut zorgt voor een verscheidenheid aan dramatherapeutische materialen.
Mogelijke materialen zijn: handpoppen, Playmobil, materialen om een hut te bouwen, kostuums, grime, sfeerafbeeldingen, spel locaties, teksten etc.

7.1.3 Randvoorwaarden voor de cliënt

- Frequentie van wekelijkse deelname aan therapie;
- Overdracht betreffende aanpak en bejegening aan ouders/verzorgers/opvoeders;
- Betrokkenheid van de primaire verzorger is een voorwaarde.

7.2 Opleiding en competenties

- De vaktherapeut heeft de HBO opleiding vaktherapie drama afgerond;
- De vaktherapeut heeft de training ArVT gevolgd bij het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie, uitgevoerd door ROER en neemt naderhand deel aan een ArVT intervisiegroep;
- Vaktherapeuten zijn geregistreerd of kandidaat geregistreerd bij de Stichting Registratie Vaktherapeutische Beroepen en houden nascholingsactiviteiten bij voor herregistratie. Zij zijn lid van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB);
- Met voorkeur is er een nascholing gevolgd in Gehechtheid, Mentaliseren Bevorderende Therapie (Bateman & Fonagy, 2004) en Affectregulatie therapie (Meurs, 2009).

7.3 Kosten van de interventie

- Scholing: ArVT training, ART Affect regulatie therapie, MBT (basiscursus) en Basiscursus gehechtheidstherapie;
- Materialen: Aanschaf handboek Affectregulerende Vaktherapie (in ontwikkeling);
- Salaris van de therapeut.

7.4 Locatie en uitvoerders

De interventie vindt plaats in een daarvoor ingerichte therapieruimte, dit kan op de afdeling zijn of in een eigen praktijk. De interventie wordt uitgevoerd door een dramatherapeut die aan de eisen voldoet. Het systeem wordt betrokken bij de therapie, per cliënt wordt gekeken of het systeem ook deelneemt. Het verschilt per organisatie of praktijk welke partijen er deelnemen en/of betrokken worden in de behandeling.

7.5 Kwaliteitsbewaking

Vaktherapeuten die Affectregulerende Vaktherapie toepassen nemen deel aan het FVB Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie waar vaktherapeuten vier keer per jaar hun praktijkervaringen uitwisselen en casuïstiek analyseren aan de hand van het Ontwikkelingsschema Affectregulerende Vaktherapie (Ende, 2014).

8. Subtypen

De gedrags- en emotionele problemen van kinderen met neurobiologische ontwikkelingsstoornissen en trauma en stressorgerelateerde stoornissen vertonen overeenkomst met de gedrags- en emotionele problemen van kinderen met een problematische gehechtheid. Daarom zullen binnenkort subtypes van Affectregulerende Vaktherapie methode beschreven worden voor kinderen met LVB, ASS, ADHD, PTSS en Leerstoornis.

9. Ontwikkelgeschiedenis

9.1 Betrokkenheid van de doelgroep

De interventiebeschrijving is gebaseerd op ervaringen met cliënten in vaktherapie. Vaktherapeuten hebben ervaringen uitgewisseld en kwamen tot consensus over een manier van behandelen. Deze therapeuten, hun cliënten en de ouders van cliënten hebben verbaal aangegeven de interventie effectief te bevinden. Op basis daarvan is de interventie verder ontwikkeld en onderzocht.

9.2 Betrokkenheid van experts

Het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie is geaccrediteerd door de Stichting Registratie Vaktherapeutische Beroepen (SRVB) en heeft opdracht gegeven tot onderzoek naar affectregulatie in dramatherapie. Vanuit dit Kennisnetwerk zijn reeds twee interventiebeschrijvingen gemaakt voor Affectregulerende Vaktherapie voor kinderen met problematische gehechtheid: een vanuit vaktherapie beeldend (ArVTb) en een vanuit vaktherapie muziek (ArVTm). Deze interventies zijn ontstaan doordat vaktherapeuten binnen een landelijke intervisiegroep naar aanleiding van studies, analyse van casuïstiek en positieve behandelresultaten tot een overkoepelende theoretische visie kwamen die uitgroeide tot een therapie methode. Inmiddels zijn er 4 onderzoeken gepubliceerd over affectregulatie in dramatherapie (ArVTd). Twee van deze onderzoeken waarbij de Delphi-methode³ is toegepast, leidden tot een consensus-based interventiebeschrijving van affectregulerende dramatherapie bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid. Auteurs van de interventiebeschrijving zijn geschoold door het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie tot Affectregulerend Vaktherapeut.

9.3 Vergelijkbare interventies in Nederland

Voor kinderen boven de 7 jaar met problematische gehechtheid zijn er weinig behandelingen. In de Databank Effectieve Jeugdinterventies de interventie Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG) erkend (Sterkenburg & Schuengel, 2008). De interventie is bedoeld voor kinderen met meervoudige beperkingen en ernstige gehechtheids- en gedragsproblemen.

De eerder genoemde interventies ArVTb en ArVTm zijn aan te wijzen als vergelijkbare interventies, deze vallen net als ArVTd onder interventies van het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie.

Overeenkomsten en verschillen:

Overeenkomst met de ITGG is het werken vanuit gehechtheidstheorie in fasen die voorwaardelijk aan elkaar zijn. De keuze om met het kind te werken en de opvoeder bij de therapie te betrekken is ook een overeenkomst. Verschil met de ITGG is dat bij deze behandeling in de tweede fase gedragstherapie plaatsvindt:

Binnen Affectregulerende Vaktherapie drama wordt gestreefd naar vermindering van gedrags- en emotionele problemen en verbetering van gehechtheidsgedrag door ontwikkeling van affectregulerend en mentaliserend vermogen.

³ Delphi-methode: dit is een onderzoeksmethode waarbij door meerdere rondes van bevraging en feedback van deskundigen consensus bereikt wordt.

9.4 Basing op een buitenlandse interventie

Op dit moment zijn er nog geen buitenlandse interventies bekend die overeenkomen met de doelgroep kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid.

9.5 Toegevoegde waarde van de interventiebeschrijving

De toegevoegde waarde van ArVTd is de non-verbale, afgestemde inzet van dramatherapeutisch werken. Vanuit de literatuur wordt ondersteund dat spel een bijdrage kan leveren aan de affectregulatie. Affectregulatie ontwikkelt zich in de rechterhersenhelft, deze hersenhelft wordt in dramatherapie aangesproken door het non-verbale en ervaringsgerichte karakter (Hill, 2015; Schore, 2001; Malchiodi, 2015). De grondhouding van de dramatherapeut is limited reparenting, waarbij de therapeut het kind biedt wat het kind in de opvoeding mist en/of heeft gemist. Daardoor nemen de emotionele- en gedragsproblemen van problematische gehechtheid geleidelijk aan af en neemt het vertrouwen toe, waardoor het kind gestimuleerd wordt om verder te gaan in het therapeutische proces en daarmee tot ontwikkeling komt (Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt & Tel-Vos, 2016).

De toegevoegde waarde van ArVT is ook vergroting van het aanbod van behandelingen voor deze doelgroep. Vaak is het moeilijk om problematisch gehechte kinderen uitsluitend gedragsmatig te behandelen. Als er geen sprake is van een band werkt bij deze doelgroep een belonende en negerende aanpak onvoldoende. In ernstige gevallen zou problematische gehechtheid er ook aan kunnen bijdragen dat het kind helemaal niet meer te beïnvloeden is door middel van sociale goedkeuring of afkeuring. Dit beperkt de mogelijkheden voor het geven van gedragstherapie, juist omdat daarbij wordt gewerkt met sociale gedragsbeïnvloeding (Arentz, Sterkenburg & Stolk, 2010). De mogelijkheid van multidisciplinair samenwerken met CGT (Cognitieve GedragsTherapie) en EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) is ook een meerwaarde van de ArVT. De vaktherapeut kan zowel voorbereidend, ondersteunend als consoliderend naast en met andere disciplines samenwerken (Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt & Tel-Vos, 2016).

10. Gebruikte literatuur

- 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., e.a. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, nj: Erlbaum.
- Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen*. Amsterdam: Boom.
- Arentz, T., Sterkenburg, P. S., & Stolk, J. (2010). *Care for people with learning difficulties and with a visual impairment: A train the trainers program*. In J. Merrick (Ed.), *Contemporary Issues in Intellectual Disabilities*. New York: 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.
- Arntz, A., & Jacob, G. (2012). *Schematherapie: Een praktische handleiding*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., IJzendoorn, M. H. van, & 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.
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder; Mentalization based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Blaustein, N. W., & Kinniburgh, K. M. (2010). *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents: How to Foster Resilience through Attachment, Self-Regulation, and Competency*. New York: The Guilford Press.
- 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: 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 symptomatology 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) *Emotionregulation: influences of attachment relationships*. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59: 228–249.
- Claassen, A. (2010). *Groepskracht 13!: Limited reparenting binnen de klinische schematherapie*. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 5(3), 35H42.
- Colonesi, C., Draijer, E. M., Stams, G. J. J. M., Bruggen, C.O. van der, Bögels, S. M., & Noom, M.J. (2011). *The relation between attachment and child anxiety: a meta-analytic review*. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*.
- Deben-Mager, M. (2005). *Gehechtheid en mentaliseren*. *Psychoanalytische Perspectieven*, 23 (1), 1-18.
- Dosen, A. (2005). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap: Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Van Gorcum.
- Ende, W. van der, & Vlucht, S. van der. (Coördinatoren). (z.d.). *Projectplan*. Geraadpleegd op 22 februari, 2016, van <http://www.Affectregulerendevaktherapie.nl/project-plan/>
- Ende, W. van der. (2014). *Affect reguleren in vaktherapie*. Concept Handleiding Affectregulerende Vaktherapie. Hoogeveen: Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie.

- Ende, W. van der, Vlucht, S. van der, 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*. Concept Interventiebeschrijving. Hoogeveen: Kennisnetwerk ArVT.
- Ende, W. van der, Patijn, M., Engels, M., Kruijf, C. de, & Laat, A. de. (2016). *Affectregulerende Vaktherapie muziek ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid*. Hoogeveen: Kennisnetwerk ArVT.
- 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., IJzendoorn, M.H. van, 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.
- Fonagy, P., Geergeley, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affectregulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- GGZ Nederland. (2012). *GZ-vaktherapeut: Beroepscompetentieprofiel*. Geraadpleegd op 24 februari 2018, van <http://www.ggznederland.nl/uploads/publication/Beroepscompetentieprofiel%20GZ%20Vaktherapeut.pdf>
- 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.
- Ham, M. van den. (2016). *Voel jij wat ik voel: Een consensus-based onderzoek naar de fasering van Affectregulerende Vaktherapie drama bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid in vergelijking met de interventie Affectregulerende Vaktherapie beeldend* (onderzoeksverslag). Creatieve Therapie Drama, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.
- Hill, D. (2015). *Affect regulation theory: A clinical model*. New York: W. W. Norton & Company.
- Howe, D. (2006). *Developmental attachment psychotherapy with fostered and adopted children*. Child and Adolescent Mental Health, 11(3), 128-134.
- Juffer, F. (1993). *Kinderen, ouders en primaire gehechtheid*. Gezin, 5(4): 226-240.
- Koning, R. de. (2016). *Affectregulerende dramatherapie bij problematische gehechtheid: Een consensus based onderzoek naar de werkvormen, doelen en therapeutische houding die worden ingezet bij affectregulerende dramatherapie bij kinderen tussen de 4 en 12 jaar met problematische gehechtheid* (onderzoeksverslag). Creatieve Therapie Drama, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.
- Kuil, L. (2015). *Affectregulatie in Dramatherapie: Een kwalitatief onderzoek naar hoe dramatherapeuten werken aan verbetering van affectregulatie in vergelijking tot de methode Affectregulerende Vaktherapie* (onderzoeksverslag). Creatieve Therapie Drama, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.
- Landy, R. J. (1994). *Dramatherapy. Concepts, Theories and Practices*. (2e ed.). Springfield: Charles C Thomas – Publisher.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). *Attachment Disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioural and attentional strategies*. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 520-554). Guilford Press.
- Malchiodi, C. A. (2015). *Creative Interventions with Traumatized Children*. (2^e ed.). New York: The Guildford Press.
- Meurs, P. (2009). *Affectregulatietherapie (ART) als ontwikkelingsfase specifiek 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!* (p.37-52). Antwerpen: Garant.

- Meurs, P., Vliegen, N., Emde, R., & Oforsky, J. (as contributor) Butterfield, P. (as contributor). (2008). *Affectinterpretatie en emotieregulatie. I Feel Pictures Test*. Leuven: Lannoo Campus.
- Murray, A.D. & Yingling, J.L. (2000). *Competence in language at 24 months: Relations with attachment security and home situation*. In: 'Journal of Genetic Psychology', nummer 16, p.133-140.
- Nederlands Jeugdinstuut. (2018). *Hechting en hechtingsproblemen: definitie*. Geraadpleegd op 17 mei, 2018, van <http://www.nji.nl/Hechting-en-hechtingsproblemen-Probleemschets-Definitie>
- O'Connor, E. & K. McCartney. (2007). *Attachment and cognitive skills: An investigation of mediating mechanisms*. In: Journal of Applied Developmental Psychology, nummer 28, p.458-476.
- Oosterman, M. & Schuengel, C. (2009). *Gehechtheid van pleegkinderen in relatie tot gedragsproblemen en sensitiviteit van pleegouders*. Kind en Adolescent, 30, 95-107.
- Programma richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming. (2019). *Problematische gehechtheid. Oorzaken en Kenmerken*. Geraadpleegd op 26 oktober, 2019, van <http://richtlijnenjeugdhulp.nl/problematische-gehechtheid/etiologie/beinvloedende-factoren-problematische-gehechtheid/>
- Programma Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming. (2017). *Problematische gehechtheid. Prevalentie*. Geraadpleegd op 26 oktober 2019, van <http://richtlijnenjeugdhulp.nl/problematische-gehechtheid/prevalentie/cijfers/>
- Rijksoverheid. (z.d.). *Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Geraadpleegd op 24 oktober 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz>*
- Rijksoverheid. (z.d.). *Jeugdhulp. Jeugdhulp bij gemeenten*. Geraadpleegd op 15 januari 2015, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/jeugdhulp-bij-gemeenten>
- Schmeets, M., & Verheugt-Pleiter, J. (2005). *Affectregulatie bij kinderen: Een psychoanalytische benadering*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Schuengel, C., Venmans, J., IJzendoorn, R. van, & Zegers, M. (2006). *Gehechtheidsstrategieën van zeer problematische jongeren*. Onderzoek, diagnostiek en methodiek. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Smeijsters, H. & Cleven, G. (2005). *The treatment of aggression using arts therapies in forensic psychiatry: Results of a qualitative inquiry*. The Arts in Psychotherapy, Elsevier 33(1), p 37-58. Gedownload op 15 maart 2015, van <http://www.sciencedirect.com.proxy.library.uu.nl/science/article/pii/S0197455605000705>
- 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., & IJzendoorn, M. H. van. (2002). *Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament predicts 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. (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten* (pp. 409-424). Amsterdam: Boom.
- Stern, D.N. (2000). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stern, D.N. (2010). *Forms of vitality exploring dynamic experience in psychology and arts, psychotherapy, and development*. Oxford: Oxford University Press.
- Stor, P. & H. Storsbergen. (2006). *Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis, het onderkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: LEMMA.
- Struik, A. (2010). *Slapende honden? Wakker maken. Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen*. Amsterdam: Pearson Assessment and information B.V.
- Schneider, B. H., , Atkinson, L., & Tardif, C. (2001). *Child-parent attachment and children's peer relations: a quantitative review*. Dev Psychology: 2001 Jan; 37(1):86-100.
- Schore, A. N. (2001). *Minds in the making: attachment, the self-organising brain, and developmentally-oriented psycho-analytic psychotherapy*. British Journal of Psychotherapy, 17 (3), 299-328.
- Schrok, F. (2017). *Spelend ontspannen: Een onderzoek naar de verschillen in werkvormen tussen over- en onderregulerende kinderen in de spanningsregulatie fase van Affectregulerende Dramatherapie (onderzoeksverslag)*. Creatieve Therapie Drama, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.

- Schuengel, C., Venmans, J., IJzendoorn, R. van, & Zegers, M. (2006). *Gehechtheidsstrategieën van zeer problematische jongeren*. Onderzoek, diagnostiek en methodiek. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Sterkenburg, P. S. & Schuengel, C. (2008). *Behandelprotocol integratieve therapie gehechtheid en gedrag*. In Braet, C. & Bögels, S. (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten* (pp. 409-424). Amsterdam: Boom.
- Thoomes-Vreugdenhil, A., Giltaij, H., Hulzen, B. van., Schaeffer-van Leeuwen, K. & Waal, J. de. (2006). *Behandeling van hechtingsproblemen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Thot, S. & Cicchetti, D. (1999). *Developmental psychopathology and child psychotherapy*. In S. W. Russ & T.H. Ollendick (red.), *Handbook of psychotherapies with children and families* (pp. 15-43). New York/Amsterdam: Plenum Press/KluwerAcademies.
- IJzendoorn, v., 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.
- Verfaillie, M. (2011). *Mentaliseren in beeldende vaktherapie*. Met casuïstiek van Smet, G. en Ende, W. G. van der. Antwerpen: Garant.
- Verheugt-Pleiter, J. E., Schmeets, M. G. J., & Zevalkink, J. (2010). *Mentaliseren in de kindtherapie: Leidraad voor de praktijk*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- 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.
- 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.
- Zoon, M. & Bartelink, C. (2017). *Vaktherapie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 24 februari 2018, van https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Watwerkt_Vaktherapie.pdf

Bijlage 1. Lijst met Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag

De 'Lijst met gedragssignalen van verstoord gehechtheidsgedrag bij jonge kinderen' (Boris & Zeanah, 2005).

Deze lijst is ook te downloaden vanaf www.lkng.nl/producten

De lijst in het kort:

Bij elk item in onderstaande lijst geef je op een 5-puntsschaal aan in hoeverre kind normaal of verstoord gedrag vertoont:

1. Nagenoeg altijd normaal
2. Meestal normaal
3. Soms normaal en soms verstoord
4. Meestal verstoord
5. Nagenoeg altijd verstoord

De items, gericht op het verstoorde gedrag:

Affectie: gebrek aan affectie naar bekende/wel affectie naar een onbekende

Zoeken van troost: zoekt geen troost bij angst, pijn of ziekte. Of op een vreemde manier

Vertrouwen in de ander (zoekt hulp): buitensporige afhankelijkheid

Samenwerking: afspraken niet nakomen of buitengewone meegaandheid

Explorerend gedrag: geen zin om te exploreren of gaat exploreren op eigen houtje

Controlerend gedrag: overbezorgd of bezig

Reactie bij terugkeer: negerende/vermijdende reactie of boos/gebrek aan affectie

Reactie tegenover vreemden: geen terughoudendheid bij vreemden

Bijlage 2. Praktijkervaring van Nan Rietveld

Voorbeeld 1

Voorbeeld spanningsregulatie in de eerste sessie van een behandeling.

Tijdens de eerste kennismaking vertel ik vrij snel wat ik in gedachten heb om te gaan doen. Deze eerste sessie bied ik veel structuur. Daarbinnen krijgt het kind de ruimte om te exploreren. De combinatie van duidelijkheid, structuur en handelen werkt spanning regulerend. Vaak komt het kind de eerste keer met één van de ouders. Na het bespreken van verwachtingen en hulpvraag van het kind, gaan we naar de eerste werkvorm.

Ik geef het kind (en ouder) de opdracht om in een aantal minuten de drama ruimte met alle attributen te bekijken. Daarna laat ik ouder en kind beurtelings iets opnoemen wat ze onthouden hebben. In de ouder-kind relatie let ik o.a. op de mate van betrokkenheid bij elkaar. Ondertussen registreer ik wat het kind aanspreekt in de ruimte en of het kind kan focussen op de opdracht en of het durft te exploreren. Tijdens het opnoemen observeer ik of er sprake is van competitie of samenwerking. Het goed kunnen onthouden en nadenken kan al iets zeggen over het spanningsniveau.

Daarna volgt een opdracht waarbij ik het kind vraag een ballon op te blazen. Blazen werkt regulerend. Als het niet lukt, wordt zichtbaar of en hoe het kind hulp vraagt, in welke mate ouder stimuleert en/of hulp aanbiedt.

Daarna werkt het overslaan met de ballon volgens bepaalde regels spanning regulerend en verhoogt het de wederzijdse betrokkenheid. Wederzijdse intentionaliteit wordt door de therapeut aangegeven: 'probeer het elkaar moeilijk te maken' of deze wordt duidelijk in het al dan niet uitdagen en rekening houden met de ander in spel. Therapeut kan eventueel al aangeven wat zij ziet aan intenties bij ouder en kind: 'volgens mij.....klopt het?'.

Het spelen kan afgerond worden met het beurtelings aanbieden en ontvangen van de ballon met verschillende intonaties of gezichtsuitdrukkingen. Dit is al een eerste stap naar het 'doen-alsof'. Als het kind opziet tegen het toneelspelen, is dit een laagdrempelige oefening en een grote kans op een eerste succeservaring.

Tot slot vraag ik het kind hoe deze keer is ervaren en waar het de volgende keer mee zou willen spelen, hetgeen al spanning regulerend werkt voor de volgende sessie.

Voorbeeld 2

Onderstaande ervaring is een beschrijving van een sessie waarin interventies in de spanningsregulatie, aandacht- en affectregulatie achter/door elkaar in een sessie kunnen plaatsvinden.

Als voorbeeld neem ik de casus van een jongen van 7 jaar in de middenfase van de behandeling. Een voor hem favoriete manier om spanningen te reguleren, die hij meeneemt uit school naar de therapie, is om eerst de ruimte met zijn lijf te 'stofzuigen'. Liggend op zijn rug schuift hij de ruimte door. Doorgaans heeft hij veel behoefte controle te houden.

Zijn regie behoefte is inmiddels verschoven van 'bepalen wat en hoe we het vandaag gaan doen, zowel in als buiten de alsof-situatie' naar 'onderhandelen'.

Het nemen van de regie blijkt voor hem enerzijds een manier om spanningen te reguleren. Anderzijds houdt hij daarmee ook spanningen in stand, want hij legt de lat hoog en bij dit moeten voldoen, gaat hij uit het contact.

Werkvorm: Bouw samen een hut of decor (slaapkamer, of meer fantasierijk)

Een inmiddels favoriete manier om hem hierin veiligheid te bieden blijkt het dobbelsteenspel, waarbij het aantal ogen bepaalt wat er toegevoegd kan worden aan het decor.

Bijv.: Gooi je 1: pak een kist. 2. Pak een voorwerp 3. Gooi nog een keer 4. Verplaats een voorwerp 5. Pak een kist of voorwerp 6. Pak 2 voorwerpen/kisten of: afhankelijk van regie behoefte Overleg wat je (anders) zou willen.

Het beurtelings gooien en dus iets mogen toevoegen aan het decor versterkt de onderlinge betrokkenheid en **aandacht**. Samenwerken aan hetzelfde en kijken wat de ander toevoegt. Bij een bepaald aantal ogen, mag degene die aan de beurt is dus iets veranderen wat niet bevalt. Kind of therapeut kan hardop zijn intenties uitspreken of die van de ander checken. De therapeut kan eigen frustraties benoemen (*Hè, ik wil zo graag een konijn neerleggen, maar ik krijg de kans niet*) en geeft daarmee tevens werkelijkheidswaarde aan de interne spanningen die het kind ook kan hebben (**affectregulatie**).

Het kan zijn dat de frustratie en arousal oploopt bij het kind, omdat het steeds een aantal ogen gooit waarbij hij bijvoorbeeld alleen een kist kan pakken of doordat het toch niet wordt wat hij in gedachten had door alle toevoegingen van de ander. Ook dit levert momenten op, waarbij de therapeut affecten van het kind terug kan geven.

Als dit desondanks te veel spanningen oplevert, kan de mogelijkheid van een time-out ingelast worden, waarbij het kind de ruimte kan krijgen om behoeftes te ventileren of te onderhandelen, zodat het de inbreng van de ander weer beter kan verdragen. (bijv gooi 6: overleg)

Bijlage 3. Praktijkervaring van José van der Hei

Deze casus beschrijft een DT interventie met een 6 jarige jongen, gediagnosticeerd met gegeneraliseerde angststoornis NAO. Er is sprake van problematisch gehechtheidsgedrag. De ouders melden hun jongste zoon (van twee zoons, 9 jaar) aan voor specialistische behandeling bij de K&J psychiatrie vanuit de vraag van ouders zicht te krijgen op de oorzaak van het problematische gedrag van hun zoon.

Na overgang naar groep 3, waar meer leertaken van Jan verwacht worden, is het spanningsniveau bij Jan verhoogt. Sindsdien gebeurt het vaker dat Jan thuis in woede uitbarst. Ouders laten hem dan even uittrazen op de bank en gaan zelf even ergens anders zitten. Moeder verteld dat Jan in zo'n bui niet te begrenzen is.

Op zich kan hij op school goed meekomen met de taken, alleen vindt Jan het vaak zelf niet goed genoeg. Volgens ouders wordt op school voldoende structuur en duidelijkheid geboden. Jan beaamt dat wanneer hij taken moet doen op school dat hij dan veel gaat nadenken en dat zorgt voor spanningsopbouw. Het liefst zou hij meer willen tekenen en spelen. Vader noemt dat Jan de woede uitbarstingen als vervelend ervaart maar niet weet hoe hij weer rustig kan worden. Na de intake is het advies aan de ouders om naast de ouderbegeleiding individuele vaktherapie spel-drama voor hun zoon te bieden. Voor hun zoon hebben zij de vraag: help hem zijn woede te beheersen. Moeder is bekend bij de volwassenafdeling van de psychiatrie met depressieve klachten en PTSS.

DT interventie in de spanningsregulatie fase:

Voor de start van de DT aan Jan introduceer ik mezelf, mijn DT werkwijze en de manier van samenwerken met mijn collega aan de ouders in de laatste 20 minuten van hun contact met mijn collega die de ouderbegeleiding op zich heeft genomen. Met de ouders stem ik af dat vader de eerste keer mee zal gaan met Jan om kennis te maken met mij, DT en de therapieruimte.

Tijdens de eerste kennismaking in het DT lokaal met Jan, in bijzijn van vader, is aan het verlegen gedrag, de lichamelijke spanning en de afhankelijke houding van Jan naar vader, af te lezen hoe spannend Jan deze eerste ontmoeting vindt. Een veel door mij gehanteerd aanbod om uit alle kasten 3 leuke en 3 niet leuke attributen te kiezen, daar een compositie mee te maken en dat aan elkaar te presenteren, blijkt niet haalbaar voor Jan. Het biedt hem de mogelijkheid om de ruimte en de kasten te verkennen, maar aan zijn houding en gedrag merk ik op dat de spanning stijgt bij zoveel keuze. Zijn vader biedt hem steun door hem op te tillen en samen met hem de inhoud van de kasten te bekijken. Tegelijkertijd merk ik dat daarmee het actieradius van Jan verkleint en daarmee zijn onmacht om zelf te handelen stijgt. Van vader weet ik dat Jan rustig wordt, zich kan ontspannen bij tekenen. Hij is fan van Mario en hij kan hem heel goed na tekenen. Ik vraag vader en Jan plaats te nemen aan de tafel. Ik leg er een tekenpapier op met stiften. Ik vraag Jan mij te laten zien hoe hij Mario tekent. Jan kiest voor een zwarte fineliner om mee te tekenen. Jan is expressief in zijn handschrift en terwijl hij tekent vraag ik hem naar de personage Mario. Jan verteld mij over Mario, zijn vrienden en zijn vijanden. Hij tekent er enkele en noemt de namen. Jan tekent veelal boze figuurtjes.

Na deze eerste ontmoeting volgen in deze (spanningsregulatie)fase een paar sessies waarin ik Jan volg in wat hij aankan en durft, alleen met mij in de therapieruimte. Terwijl hij aan tafel rond Mario verhalen tekent waarin Mario avonturen beleeft, zit zijn knuffel Fluf erbij op de tafel en biedt af en toe aanleiding om er spelenderwijs bij te betrekken. In de getekende verhalen over Mario en zijn vrienden en vijanden is door Jan veel aandacht besteed aan de schilden en wapens die de personages gebruiken in het contact met elkaar. Ook tekent Jan het paleis van Mario, waar hij zich in kan beschermen (afbeelding 1). Gedurende de sessie neemt Jan om de beurt een paar knuffels, vrienden en vijanden van Mario mee, die vader speciaal in China heeft besteld voor Jan. Jan legt mij uit over welke krachten en wapens deze personages beschikken om mee aan te kunnen vallen en verdedigen. Allerlei factoren waarbij ik denk ingang te kunnen vinden om meer spelcontact met Jan aan te gaan.



Na deze tekening nodig ik Jan uit om het paleis van Mario na te bouwen op het speelvlak (afbeelding 2). Jan gaat zorgvuldig te werk met de kisten en kussen kubussen om een constructie te maken voor het paleis. Het wordt uiteindelijk een laag bouwwerk met genoeg ruimte om er zelf in te kunnen zitten en een lage ingang. Het blijkt een bouwwerk voor de knuffels, Fluf en Picachu.

Voorzichtig laat Jan toe dat ik met 2 knuffels het paleis, waar hij met zijn 2 knuffels in zit, benader. De schildpad en de leeuw. Voor het eerst is projectiespel mogelijk waarbij Jan ook zelf reageert met spel op mij via zijn knuffels. In de schildpad projecteer ik de spanning die ik bij Jan waarneem. Ik prijs hem om zijn mooie bouwwerk dat hem voldoende bescherming biedt. Ik noem dat ik als schildpad mijn eigen veilige bescherming bij me heb en vraag of ik binnen mag komen om even samen te spelen. Dat mag. Dan komt de leeuw en schildpad is op zijn hoede. Fluf gaat kijken bij de deur. Het blijkt een aardige oude circusleeuw te zijn, op zoek naar een nieuwe baan. Fluf (Jan) besluit dat leeuw (therapeut) op wacht mag staan buiten het paleis om indringers en dieven te weren.

Conclusie en stappenplan na intake creatieve therapie:

In het beeldend werk en in de spelmomenten verwerkt Jan veel thematiek – gevangen genomen worden, overheersen van krachten en inzetten van eigen krachten, afstand en nabijheid in contact. Via het werk en spel is voorzichtige toenadering mogelijk. Bij nieuwe, onbekende opdrachten tast Jan zijn eigen grenzen en mogelijkheden af. Wanneer het voor hem te 'onveilig' wordt dekt hij zijn spel af, letterlijk door zich achter het gordijn te verschuilen, de meegebrachte knuffel een grotere rol te geven of te kiezen voor de bekende weg (het tekenen van Mario figuren). Via het beeldend werk en het improvisatiespel lijkt Jan verbindingen te leggen met de ervaren realiteit – analoog proces.



De eerste prille (kwetsbaar aanvoelende) stappen in het contact met de therapeut en in verbinding met de wereld om hem heen (identificatie, projectie en overdracht) zijn gelegd. Mijn verwachting is dat bij voortgang het therapieproces en Jan zijn ontwikkelingsproces buiten de therapie meer geïntegreerd raken en het proces van verandering kan plaatsvinden.

In een gesprek met ouders komen we overeen dat DT wordt voortgezet. Ik neem contact op met school om hen in te lichten waar de DT op gericht is. Jan ondersteunen in het integratieproces van denken, voelen en handelen en leren woorden geven aan innerlijke beleving.

Aandachtsregulatie fase

De eerste periode na de intake is het aanbod gericht op het vormgeven van eigen verhaal, middels (poppen) spel en storytelling middels tekeningen. Een schild maken als symbool voor bescherming van zichzelf tegen vervelende invloeden vanuit de omgeving. En ervaren wat hij daarin zelf kan doen. Voor het uitbreiden van zijn mogelijkheden blijkt Jan baat te hebben bij aangedragen ideeën en instructies. Hij zal vanuit zichzelf in eerste instantie kiezen voor het bekende/ het veilige. Jan uit en ontlaadt zich middels tekenen. Hij tekent in eerste instantie stereotype figuren waar Jan beleefde thematiek in verwerkt. De tekeningen fungeren vaak als praatpapier. Nieuwe aangereikte werkvormen en spelvormen gaat hij voorzichtig aan en Jan gaat daarin op ontdekking uit. Bij ieder meegebrachte knuffel spelen we hoe deze personage zou lopen en zich zou bewegen. Bij een nieuw aangedragen opdracht, het maken van een schild, verdeeld Jan het werk in porties, waarmee hij voor zichzelf overzicht creëert en kan inschatten wanneer de klus geklaard is.

Middels de creatieve therapie werkvormen heeft Jan zijn repertoire uitgebreid met als gevolg dat hij steeds meer zelf verwoord en in de gaten heeft dat hij zijn voelen zelf kan beïnvloeden door er anders over te denken. De symboliek van de overwinnende Mario die steeds groter is weergegeven en een prominente plek heeft gekregen is door te voeren naar zijn analoge proces dat hij zijn kwetsbaarheden aan het 'overwinnen' is, althans, deze voor zichzelf stukje voor stukje hanteerbaar kan maken.

Oudergesprek:

Ouders geven aan dat Jan sinds de DT meer benoemt wat hem bezighoudt of wat hij voelt. Hij geeft er woorden aan. De spanningen rondom zijn verjaardag waren enorm. Jan heeft moeite met keuzes maken. Moeder verteld een situatie op school waarin Jan geraakt werd doordat hij niet gehoord/gezien werd. Nadat Jan zelf de keuze had gemaakt om met geen van beide vriendjes te spelen omdat hij moeite had om te kiezen. Hij noemt dat hij op school nooit, zoals sommige kinderen wel doen, zijn gevoelens zou tonen. Ik neem me voor deze komende periode te benutten om hem te laten ervaren wat het hem oplevert dat juist wel te kunnen. Nu kan hij zich pas echt uiten of op zijn gemak zijn als hij thuis is. Hij zet zich altijd in de 'aangepaste' stand als hij op school is of bij DT komt. Toch gaat hij na de DT merendeels goed gemutst naar school. De indruk is dat hij DT op zich wel als leuk ervaart.

School:

Op school is Jan een serieus mannetje. Een goede leerling in de klas. Perfectionistisch; hij maakt mooie en nette werkjes, cognitief sterk. Sociaal gezien heeft hij vriendjes, in nieuwe groep eerst wat onrustig - clownesk - niet op aanspreekbaar, later is hij meer zichzelf. Op school valt hij niet genoeg op om zorg over te hebben. Jan heeft extra werk liggen om hem uit te dagen, maar hij heeft daar weinig tijd voor over omdat hij veel tijd besteed aan het mooi en net werken. Dat hij niet met plezier naar school zou gaan is de leerkracht verbaasd over. Hij is lastig om te lezen. Ze zou hem gunnen dat hij zich makkelijker leert ontladen, spanning reguleren op een manier die dicht bij hem zelf ligt. Met intelligentie compenseert Jan. Hij is een beetje ongrijpbaar.

Psycho-educatie naar aanleiding van waarnemingen uit de DT met Jan

Jan durft zich bij de dramatherapie en in het vertrouwde contact met de therapeut buiten zijn comfort zone kleine uitstapjes te maken en voor hem onbekend spel en werkvormen aan te gaan. Wanneer hij daarin uitgedaagd wordt om zijn positie in te nemen of zijn grens te bepalen, gaat hij de confrontatie aan. Ouders herkennen Jan hierin, dat hij in het vertrouwde contact met vrienden durft zijn grens te zetten en de confrontatie durft aan te gaan. In situaties waar hij niet weet wat hij kan verwachten is Jan wat terughoudend. Toch verrast hij ouders ook wanneer hij zelfstandig naar de knutselclub gaat op het recreatieterrein tijdens de vakantie.

Ik geef ouders terug dat, gericht op het hier en nu, ik merk dat Jan zijn gemoedstoestand sterk afhankelijk is van het verhaal wat rondom hem gevormd wordt of wat hij zelf vormt. Bij het uitbeelden van de beleving rond school bijvoorbeeld is de negatief geladen energie klein naar verhouding. Wanneer hij letterlijk voor zich ziet (in het gebouwde decor) dat het minder leuke aspect op school maar een klein aandeel is, lukt het hem zijn gedachten en dus ook gevoel bij te stellen. Jan heeft baat bij visualisatie van verwachtingen om zijn angst te reduceren. Zijn gedachten gaan met hem op de loop waardoor zijn gevoelsbeleving vaak niet reëel is/onderhevig is aan de gedachten die hij vooraf maakt t.a.v. de situatie. Hoe meer positieve ervaringen hij zal opdoen (zoals voorbeeld knutselclub op vakantie) hoe minder ruimte er zal zijn voor negatieve/angstig ingekleurde gedachten. Het helpt Jan om herinnerd te worden aan de positieve, goed uitgekakte situaties.

Ouders beschrijven situaties waarin Jan dwangmatig vasthoudt aan patronen die hij af moet maken/af moet ronden. De onrust die het in hem veroorzaakt wanneer daar niet aan voldaan kan worden. De ouders vragen zich af wat in het belang van de ontwikkeling van Jan het beste is om te doen. In hoeverre is het goed om Jan te blijven uitdagen of juist te ontzien?

Het onderwijssysteem Jenaplan bijvoorbeeld zorgt iedere keer voor veel stress bij Jan, de wisselende groepssamenstelling en dat er volgens ouders een appel gedaan wordt op zelfstandigheid terwijl moeder zich afvraagt of hij niet wat meer ondersteuning zou kunnen gebruiken.

Naar aanleiding hiervan gebruik ik de metafoor van een ouder onder het klimrek die denkt, mijn kind heeft een setje nodig anders lukt het hem niet, en de ouder die daar staat en uitstraalt vertrouwen te hebben in het kunnen van zijn kind. Beide ouders zullen verschillende uitwerking hebben op de kinderen. Jan ontwikkelt zich adequaat blijkt uit het proces binnen de DT en uit het verhaal van de leerkracht en bovendien lukt het hem steeds meer om woorden te geven aan zijn beleving.

Vanuit dat standpunt is mijn aanbeveling om de DT te beëindigen om het signaal af te geven: we hebben er vertrouwen in dat je het redt in wat er nog op je pad komt.

Na een mail aan ouders voor toestemming om Jan zijn verhaal te gebruiken voor publicatie krijg ik dit bericht: Het gaat inmiddels best goed met Jan. Hij groeit enorm in alles. De slechteriken blijven hem nog steeds enorm aantrekken (afbeelding 3). Hij tekent ook vrolijk door.

