



Affectregulerende Vaktherapie

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

Lily Musters, Hellenique Hendrickx, Jolise Jetses, Mirjam Speelman,
Annelies Eijselendoorn, Manon Gervink

2021



Samenvatting

Titel

Affectregulerende Vaktherapie Psychomotorische Therapie (ArVTpmt) ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid.

Auteurs

Lily Musters, Hellenique Hendrickx, Jolise Jetses, Mirjam Speelman, Annelies Eijselendoorn, Manon Gervink¹ (2021).

Doelgroep

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

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

Context

Deze interventie is zorgprogramma-overstijgend. Cliënten uit verschillende zorgprogramma's maken er gebruik van: kinder- en jeugdpsychiatrie, kinderen met een licht verstandelijke beperking en jeugdzorg.

Doel

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

Interventie-aanpak

ArVTpmt 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 (Damasio, 2003). Emoties zijn gevoelens die zichtbaar zijn in gedrag.

¹ Auteurs zijn allen psychomotorische therapeuten

In de ArVTpmt leert het kind in drie fasen affect, aandacht, emoties en gedrag te reguleren door het werken met bewegings- en lichaamsgerichte werkvormen en door gebruik te maken van de werkrelatie tussen kind en psychomotorisch therapeut.

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 psychomotorisch therapeut de ouders/verzorgers psycho-educatie, uitleg over de aanpak per fase en adviezen over de bejegening. Tussentijdse deelname van de ouders/verzorgers aan de therapiesessies kan gewenst zijn.

Onderbouwing

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

Onderzoek

Onderzoek is in ontwikkeling. Voor de laatste informatie en ontwikkelingen:
www.affectregulerendevaktherapie.nl

1.1 Titel

Affectregulerende vaktherapie psychomotorische therapie (ArVTpmt) ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid

1.2 Auteurs

Lily Musters, Hellenique Hendrickx, Jolise Jetses, Mirjam Speelman, Annelies Eijselendoorn, Manon Gervink (2021).

1.3 Ontwikkeld door

Deze module is gebaseerd op de module Affectregulerende Vaktherapie beeldend, ontwikkeld door Wijntje van der Ende, Sanne van der Vlugt, Leanne Nieuwenhuis, Corine Smelt en Patricia Tel-Vos, allen beeldend therapeuten (2016). De psychomotorische therapie (PMT) versie is ontwikkeld door bovengenoemde auteurs (allen psychomotorische therapeuten) i.s.m. Kennisnetwerk ArVT en discipline Dans.

1.4 De context

Deze interventie is zorgprogramma-overstijgend. Cliënten uit verschillende zorgprogramma's maken er gebruik van: kinder- en jeugdpsychiatrie, kinderen met een licht verstandelijke beperking en jeugdzorg.

2. Probleembeschrijving

2.1 Probleem

Kinderen met problematische gehechtheid hebben moeite met het hanteren van gedrag en emoties. De gedrags- en emotionele problemen lijken direct verband te houden met de zwakke regulatie van spanningen en gevoelens (affecten) die ontstaan is in de vroege relatie tussen kind en opvoeder (Meurs, 2009). Kenmerkend is het gebrek aan vertrouwen in de (beschikbaarheid van de) directe opvoeders. De koepelterm 'problematische gehechtheid' wordt in de Richtlijn Jeugdhulp (2021) gebruikt voor:

- Jeugdigen die onveilig (vermijdend of ambivalent) gehecht zijn aan hun ouders en bij wie sprake is van probleemgedrag als gevolg daarvan;
- Jeugdigen bij wie de gehechtheidsrelatie gedesorganiseerd of verstoord is;
- Jeugdigen bij wie de gehechtheidsrelatie verbroken is en die daarvan nog steeds last hebben;
- Jeugdigen die met geen enkele volwassene een gehechtheidsrelatie lijken te hebben opgebouwd. Dit wordt de reactieve hechtingstoornis genoemd;
- Jeugdigen die een hechtingsstoornis hebben. Daaronder vallen zowel het geremde type (RAD) als het ontremde type (DSED).

De kinderen met een problematische gehechtheid verschillen in hun reacties op spanningsvolle omstandigheden. Er worden drie stijlen onderscheiden.

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 afhankelijk, passief of boos. Zij missen het zelfvertrouwen van een veilig gehecht kind.

Gedesorganiseerd gehechte kinderen zijn doorgaans opgegroeid met ouders die zowel een bron van steun als een 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 (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).

2.2. Spreiding

De in de Richtlijnen Jeugdhulp (2021) gemelde prevalentiecijfers zijn gebaseerd op zowel internationale als Nederlandse studies naar gehechtheid.

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. Deze onveilig gehechte kinderen worden gekenmerkt door een gemis aan vertrouwen in zichzelf en in hun ouders/verzorgers.

Uit verschillende meta-analyses blijkt dat er vaker gehechtheidsproblemen voorkomen bij jeugdigen die opgroeien in probleemgezinnen (vermoeden van mishandeling, verwaarlozing of huiselijk geweld), bij (een) ouder(s) met psychiatrische problematiek, in een gezin waarin de stabiliteit en continuïteit van de ouder-kindrelatie bedreigd wordt of al doorbroken is of in pleeggezinnen of bij adoptieouders.

Ook kinderen met psychiatrische problematiek, ontwikkelingsstoornis, autisme of een verstandelijke beperking (Janssen, 2007) of geadopteerde kinderen ontwikkelen vaker een problematische gehechtheid (Van den Dries, Juffer, van IJzendoorn & Bakersmans-Kranenburg, 2009; Van Londen-Barentsen, 2002).

Conclusie: Problematische gehechtheidsrelaties komen volgens de Richtlijn Jeugdhulp en Jeugdbescherming (2015), 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 Jeugdhulp (2021) spreekt van minder zelfvertrouwen, minder goed emoties kunnen reguleren en minder sociaal vaardig zijn als gevolg van een problematische gehechtheid.

De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie voorspelt in belangrijke mate hoe het kind zich op verschillende gebieden ontwikkelt. Zo blijkt uit een review van Schneider, Atkinson en Tardif (2001) dat er verband is tussen de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie op jonge leeftijd en de manier waarop het kind later omgaat met leeftijdgenoten en in staat is hechte vriendschappen op te bouwen. Ook de manier waarop een kind later met stressvolle situaties en gebeurtenissen kan omgaan, houdt verband met de kwaliteit van de gehechtheid op jonge leeftijd (Van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999).

Daarnaast is een positieve correlatie aangetoond tussen de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie en cognitieve vaardigheden en taalvaardigheden (Murray & Yingling 2000; O'Connor & McCartney, 2007). Kinderen die onveilig gehecht zijn hebben geen vertrouwen in de beschikbaarheid van de ouder/verzorger in perioden van stress en spanning. Onveilige gehechtheid kan leiden tot chronisch vroegkinderlijk trauma, waarbij stabilisatie van belang is (Struik, 2016). Het gevolg van stress en spanning is volgens Thoomes-Vreugdenhil (2012) dat er problemen op verschillende ontwikkelingsgebieden ontstaan: sociaal, emotioneel en cognitief. Zelfwaardering, emotieregulatie en zelfbeeld komen onder druk te staan. Došen (2005) heeft het over de volgende persoonlijke kenmerken die kunnen ontstaan bij een verstoring van de gehechtheid: vasthouden van lichamelijk contact, apathie

in bedreigende situatie, angst voor vreemden, snelle wisseling van stemming, impulsief reageren bij frustratie, agressiviteit, zelfverwondend gedrag, dwangmatigheid en het ontwikkelen van rituelen.

3. Doelgroep

3.1 Korte beschrijving van de doelgroep

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

3.2 Indicaties

- Het kind laat ernstige gedrags- en of emotionele problemen zien, volgens de Child Behavior Check List (CBCL, 1,5-5 jaar en 6-18 jaar; Achenbach, 2001);
- Het kind heeft een problematische gehechtheid volgens de Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (LSVG) (Boris & Zeanah, 2005; Stor & Storsbergen, 2006) of er is een mogelijke problematische gehechtheid. Zie bijlage 1.

3.3 Contra-indicaties

- Ernstige lichamelijke beperkingen die psychomotorische therapie onmogelijk maken;
- Psychose;
- Crisissituatie bijvoorbeeld door een onveilige woon- of opvoedingssituatie.*

*De eerste fase (spannings-regulatiefase) van de ArVTpmt kan wel worden gestart, mits er perspectief is op een stabilisatie van de opvoedingssituatie en daarmee op vervolg van behandeling.

3.4 Verwijzing

Selectie voor behandeling wordt gedaan op basis van diagnostiek door een daartoe opgeleide professional: psychiater of gedragsdeskundige met diagnostiekaantekening. Verwijzing en intake worden in instellingen gedaan door hoofdbehandelaars: de diagnosesteller i.s.m. het multidisciplinair team. Bij behandeling in vrijgevestigde praktijken is aanmelding en inbedding door een wijkteam/multidisciplinair team een voorwaarde.

4. Doelen

4.1 Hoofddoel:

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

4.2 Subdoelen:

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

5. Beschrijving van de interventie-aanpak

5.1 Architectuur van de interventie

De ArVTpmt bestaat uit drie fases: de spannings-regulatiefase, de aandachts-regulatiefase en de affect-regulatiefase. In deze drie fases leert het kind affect, aandacht, emoties en gedrag reguleren door het werken met bewegings- en lichaamsgerichte werkvormen en door gebruik te maken van de werkrelatie tussen kind en psychomotorisch therapeut. Affect is te definiëren als de verzameling van interne spanningen en niet afleesbare, onbewuste gevoelens en behoeften. Emotie is zichtbaar in gedrag, zoals bij *machteloze woede*, waarbij de woede zichtbaar (als emotie) is en machteloosheid het onderliggende affect.

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 bevorderd 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 psychomotorisch therapeut de ouders/verzorgers psycho-educatie, uitleg over de aanpak per fase en adviezen over de bejegening. Tussentijdse therapiedeelname van de ouders/verzorgers kan gewenst zijn.

5.2 Inhoud van de interventie

ArVTpmt is een behandeling, die is opgebouwd uit drie fasen, welke elk een specifieke functie hebben en afhankelijk zijn van het resultaat in de voorgaande fase. In de loop van het proces wordt teruggegrepen op een eerdere fase als dat nodig is.

5.2.1 Concrete werkvormen in de verschillende fases

Spannings-regulatiefase

In de eerste fase van de therapie ervaart het kind dat zijn spanningen door de psychomotorisch therapeut kunnen worden gereguleerd. Er wordt gefocust op positieve ervaringen met het materiaal en het motorisch spel. Er wordt een basis gelegd voor een situatie waarin het kind een veilige basis kan ervaren; het kind kan ontspannen aanwezig zijn in de sessie en kan gaan leren.

Te denken valt aan werkvormen die vallen binnen de PMT-thema's van relaxatie en motorische instrumentele sensibiteit (Van den Blink, Dijk, & Verschuur, 2019), zie ook 6.3.2.

- Werkvormen met veel ruimte aan voorkeuren en interesses van het kind, met een duidelijke structuur en binnen gestelde grenzen (bijv. voor veiligheid).
- Werkvormen waarbij impliciet een beroep gedaan kan worden op de hulp van de psychomotorisch therapeut.

Bijvoorbeeld:

- Bekende sportspelen met een herhalend karakter gericht op overspelen, zoals bal overrollen of overslaan (bij voorkeur via de muur, zodat psychomotorisch therapeut naast het kind staat), wiebelen, schommelen en wiegen.
- Bewegingsvormen stap-voor-stap aanleren of uitbouwen en naast of na elkaar uitvoeren zoals (yoga)houdingen en kunsten voordoen/nadoen of "spiegelspel".
- Het klaarzetten en uitvoeren van een klimklauter-parcours, bouwen van (blokken)toren.

Aandachts-regulatiefase

In deze fase leert het kind zintuiglijke ervaringen waar te nemen, de aandacht te richten, vast te houden en te verdelen. Het kind verdraagt samen doen, onderzoekt, neemt het verschil tussen fijn en niet fijn waar, deelt wat het waarneemt en maakt keuzes. In deze fase lijkt het zinvol het kind kennis te laten maken met veel verschillend sensorisch materiaal, zodat het kind leert woorden geven aan verschillende zintuiglijke sensaties. Door stil te staan bij de eigenschappen van het materiaal en het voelen op concreet niveau aan het materiaal, wordt het lichaamsbewustzijn vergroot en de sensomotorische ontwikkeling gestimuleerd. Hierdoor worden zowel interne als externe prikkels beter waargenomen, herkend en geïntegreerd door het kind (Hammink, 2003). Aan de hand van meer bewegingsgeoriënteerde werkvormen (Van den Blink et al., 2019) leert het kind, aanvankelijk met steun van de psychomotorisch therapeut, stil te staan bij de coördinatie van de bewegingen en/of lichaamssignalen. Te denken valt aan vermoeidheid bij inspanning, verandering in ademhaling en/of hartslag en/of onrust in bewegen/ wiebelen (Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2015). Daarnaast ervaart het kind onderscheid tussen fysieke in- en ontspanning en bemerkt het oplopende spanning en overprikkeling bij zichzelf.

Te denken valt aan werkvormen binnen de PMT-thema's: lichaamsbeleving (vooral lichaamsbewustzijn), vertrouwen en kracht, zie ook 6.3.2.

- Werkvormen met een rustplek en een actieplek in de ruimte om een onderscheid aan te brengen tussen in-en ontspanning;
- Werkvormen die onbekend kunnen zijn voor het kind en waarbij het nieuwe ervaringen kan opdoen;
- Werkvormen waarbij de psychomotorisch therapeut kan interveniëren op het lichamelijke ervaren, zoals het oplopen van de lichaamstemperatuur, het versnellen van de ademhaling en/of de hartslag;
- Werkvormen waarbij samen doen en aandacht delen aan de orde is.

Bijvoorbeeld:

- Voel en raadspelletjes met verschillend sensorisch materiaal.
- Hardlopen, wandklimmen, kracht en conditie circuit, springen op trampoline.
- Samen een parcours bouwen.
- Blotevoeten-pad.

Affect- regulatiefase:

De derde fase bestaat uit meerdere stappen. Het kind gaat herkennen wat het waarneemt in de bewegings- of de lichaamsgerichte werkvormen en in wat het op dat moment beleeft.

Het kind leert daarbij verschillende gradaties van spanning, gevoelens (affecten) en emoties onderscheiden en intentioneel betekenis geven. Dit deelt het kind in toenemende mate verbaal en non-verbaal met de psychomotorisch therapeut. Daarnaast wordt het kind gestimuleerd vanuit andermans perspectief te kijken. Het kind kan eigen behoeftes uitstellen en samenwerken gaat meer vanzelf. Het kind deelt ervaringen van situaties buiten de therapie.

Te denken valt aan werkvormen vanuit de PMT-thema's motorische sociale sensibeleit en lichaamsbeleving, zie ook 6.3.2.

- Werkvormen die minder gestructureerd, meer uitdagend, minder vertrouwd zijn;
- Werkvormen die langer kunnen duren;
- Werkvormen die gericht zijn op samenwerken;
- Werkvormen die de verschillen en overeenkomsten tussen de psychomotorisch therapeut en het kind benadrukken;
- Werkvormen die meer procesgericht i.p.v. taakgericht zijn.

Bijvoorbeeld:

- Sport- en spelactiviteiten waarbij winnen-verliezen een rol speelt.
- Opdrachten met leiden en/of volgen.
- Geblinddoekte opdrachten.
- Samen brug/bewegingsbaan of kasteel bouwen.
- Symbolisch werken, zoals gevoelens of gezinssituatie in materialen uitbeelden.

5.2.2 Rol van de psychomotorisch therapeut

De psychomotorisch therapeut organiseert en bewaakt het therapieproces. De psychomotorisch therapeut informeert ouders/verzorgers over de interventie en biedt psycho-educatie en begeleiding bij de bejegening van het kind.

Tijdens de behandeling verandert de houding van de psychomotorisch therapeut gedurende de verschillende fasen van aansluitend en afstemmend/regulerend naar meer wederkerigheid biedend. In iedere fase reageert de psychomotorisch therapeut sensitief-responsief. De psychomotorisch therapeut heeft een mentaliseren bevorderende houding, wat wil zeggen dat de therapeut het kind nieuwsgierig (not-knowing) bevraagt, hoe het kan denken/voelen over zichzelf en de ander (Allen, Fonagy & Bateman, 2008).

De psychomotorisch therapeut is in iedere fase lichamelijk beschikbaar als het gaat om steun (zoals een hand op de schouder tijdens moeilijke werkvormen, gedragen worden) en is lichamelijk beschikbaar als het kind behoefte heeft aan troost en geruststelling. Vanzelfsprekend passend bij de mate waarin het kind deze nabijheid aankan.

In de werkvormen kan de psychomotorisch therapeut spelen met posities en interventies. Te denken valt aan meer structuurvaste- of meer structuurarme opdrachten, meer passieve- of meer actieve werkvormen, individuele vormen of samenwerkingsvormen, bekende of onbekende bewegingsvormen en vooral variaties in afstand en nabijheid.

Houdingsverschil per fase:

In de *spannings-regulatiefase* voorkomt de psychomotorisch therapeut dat het kind overspoeld raakt door spanningen, gevoelens (affecten) en emoties. De werkvormen worden zeer afgestemd op het kind aangeboden zodat het kind zich aangemoedigd voelt om aan het werk te gaan en (positieve) ervaringen op te doen. Hierbij zorgt de psychomotorisch therapeut dat het kind niet terecht komt in hypo- of hyperarousal, maar dat het kind kan blijven functioneren binnen de Window of Tolerance en daardoor openstaat voor leerervaringen (Siegel, 2015). In deze fase wordt in bewegingsactiviteiten en in non-verbale houding gewerkt met de techniek van 'gelijke spiegeling' (congruent) d.w.z. hetzelfde teruggevend in gelijk ritme, tempo, intensiteit en op gelijke wijze. Als merkbaar is dat spanningen bij het kind oplopen, dan trekt de psychomotorisch therapeut de verantwoordelijkheid hiervoor naar zich toe door het reguleren van de affecten en te zorgen voor het herstel van het contact. Dit doet de therapeut door over de 'mis-match' voor zichzelf te mentaliseren (Allen et al., 2008).

In de *aandachts-regulatiefase* steunt en stimuleert de psychomotorisch therapeut het kind om binnen de bewegings- en lichaamsgerichte werkvormen zijn aandacht te richten op het eigen lichaam. De psychomotorisch therapeut spiegelt uiterlijke lichaamssignalen, helpt het kind om zijn zintuigen bewust te richten en benoemt wat zichtbaar is aan lichaamssignalen. De psychomotorisch therapeut verwoordt wat het kind mogelijk kan zien, horen en vooral voelen. Dit voelen bedoelen we in brede zin: tast, evenwicht/proprioceptie, spierspanning en (andere) lichaamssignalen duidend op vermoeidheid of spanning (Brands-Zandvliet & Eisenga-Openoorth, 2015). Het kind experimenteert in deze fase samen met de psychomotorisch therapeut met verschillende lichaamshoudingen, mimiek, stemgebruik, expressie en het uiting geven aan gevoelens. De psychomotorisch therapeut verlengt de gedeelde beleving en stuurt de aandacht van het kind naar het moment (Verheugt-Pleiter, 2010).

De therapeut heeft een houding die ‘*not knowing*’ wordt genoemd (Allen et al., 2008), waarbij samen onderzoeken centraal staat. In deze fase zorgt de psychomotorisch therapeut weer voor veiligheid, structuur en duidelijkheid. De therapeut neemt een onderzoekende houding aan met betrekking tot de belevingswereld van het kind, in plaats van te duiden, te overtuigen en in te vullen (Gervink, 2008).

In de *affect-regulatiefase* helpt en stimuleert de psychomotorisch therapeut het kind na te denken over de ervaringen (ook buiten de therapie), woorden te geven aan affecten en gedachten en dit te delen met de psychomotorisch therapeut. De psychomotorisch therapeut spiegelt affecten en gevoelens van het kind in aangepaste vorm en erkent daarbij dat dit de affecten en gevoelens van het kind zijn (Verfaillie, 2011). Dit wordt *gemarkeerd spiegelen* genoemd. Eigen initiatief van het kind wordt gestimuleerd door de psychomotorisch therapeut. De psychomotorisch therapeut is gericht op het verhelderen en expliciet maken van de verschillen tussen “ik en de ander”.

5.2.3 Materialen

Om deze psychomotorisch therapeutische interventie te kunnen doen is een goed ingerichte PMT-ruimte nodig. De PMT-ruimte moet een veilige plek zijn voor het kind waar het wordt gevoed met een verscheidenheid aan zowel bekende als onbekende/nieuwe materialen. In de PMT-ruimte is er een aparte veilige plek die bescherming/begrenzing biedt voor als het kind zich alleen wil terugtrekken op het moment dat het dat nodig heeft, bijvoorbeeld een dikke mat met kussens/knuffels.

Ook zijn er binnen de PMT-ruimte vastgelegde regels over de omgang met het materiaal, met zichzelf en met de psychomotorisch therapeut. Deze hangen zo mogelijk in de ruimte, d.m.v. tekst of pictogrammen.

De keuze van werkvormen en materialen wordt afgestemd op het kind en staat in dienst van de doelen van de fase. De verschillende bewegings- en lichaamsgerichte werkvormen worden improviserend aangeboden. Improviserend werken betekent dat het gaat om hoe de activiteit wordt ingezet en de daarbij passende houding van de psychomotorisch therapeut, niet om de activiteit zelf noch omdat deze binnen een bepaalde fase zou horen.

Improviserend werken is mogelijk omdat alle materialen vele deelaspecten hebben waarbij kan worden aangesloten. Bijvoorbeeld: “structuurvast” materiaal (zoals matten en een bank) waarbij materiaal kan worden ingezet vanwege meer houvast, maar ook om zelf mee te experimenteren of “structuurarm” materiaal (zoals een bal of een ballon) waarbij materiaal kan worden ingezet om herhaling te stimuleren, maar het materiaal kan ook uitdaging bieden ofwel “ontregelend” werken of onderscheiden stimuleren (Nieuwenhuis et al, 2020). Tijdens het therapieproces haalt de psychomotorisch therapeut passende intrinsieke eigenschappen van de materialen naar voren om goed te kunnen afstemmen op het kind en om in het moment regulerend te kunnen werken. In elke fase is verscheidenheid aan materialen belangrijk.

Materiaalgebruik per fase:

In de eerste fase van de behandeling (spannings-regulatiefase) wordt aangesloten bij de interesses van het kind. Er wordt gewerkt met voor het kind bekende werkvormen en (lieft structuurvaste) materialen. Hiermee wordt gefocust op positieve en controleerbare ervaringen met het materiaal en het motorisch spel. Hierdoor ontstaat voorspelbaarheid, veiligheid en worden spanningen gereguleerd. Te denken valt aan klim- klauter materialen voor een parcours, sportmateriaal zoals verschillende sportballen, hockeysticks, matten, enzovoort.

In de tweede fase van de behandeling (aandachtsregulatie-fase) kan meer gebruik worden gemaakt van (voor het kind onbekend) materiaal en motorisch spel waarbij het kind allerlei sensomotorische/lichaamsgerichte ervaringen opdoet. Voorbeelden van materialen zijn schommel, bank in ringen, dikke mat op banken, (grote) trampoline, zachte rolbare mat, krachtmateriaal en balansmateriaal zoals balanstol, stapstenen, blokken enzovoort, maar ook sensorische materialen als

sensoballetjes (harde, zachte, kleine, grote en stekelballetjes), voelmemory, tekenmateriaal voor de lichaamstekening.

In de derde fase van de behandeling (affectregulatie-fase) is de materiaalkeuze meer afhankelijk van de keuze van het kind, omdat het meer en meer betekenis gaat geven aan het eigen spel. Hierdoor ontstaat differentiatie van affecten. Materiaal- en gevoelsbeleving worden gedifferentieerder en later ook ingezet om verschillen tussen het kind en de psychomotorisch therapeut te stimuleren. Te denken valt hierbij aan: allerlei (wedstrijd)sportmateriaal, 'hindernismaterialen' zoals blokken, kasten, hoepels voor leiden & volgoopdrachten, blinddoek, verschillende materialen voor blotevoeten-pad zoals matjes, balanstol, stapstenen, en 'bouwmaterialen' voor een brug/bewegingsbaan/kasteel, zoals een bank, hoepels, ballen, blokken, doeken.

6. Theoretisch onderbouwing van de interventieaanpak

6.1 Welke factoren veroorzaken het probleem?

In de Richtlijn Problematische Gehechtheid (Richtlijnen Jeugdhulp, 2021) staan vier groepen factoren die kunnen leiden tot een problematische gehechtheidsrelatie:

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

Omdat deze interventie zich met name richt op het kind sluit het volgende citaat uit de Richtlijnen Jeugdzorg (2021) hierbij aan:

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.

6.2 Factoren die d.m.v. de interventie aangepakt, behandeld of beïnvloed worden

ArVTpmt richt zich vooral op de kindfactoren en biedt psycho-educatie aan ouders/ verzorgers. De interventie ArVTpmt, sluit met name aan op factor 2 'Kenmerken van het jonge kind'. 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 vanuit het kind, naast het algemene welzijn, het communicatievermogen wordt verbeterd (Siegel & Bryson, 2013). 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 & Schuengel, 2008).

Als er grote afstemmingsproblemen zijn tussen kind en ouders/verzorgers, kan de ArVTpmt gecombineerd worden met andere interventies die aansluiten op de ouderfactor bijvoorbeeld behandeling met Basic Trust of Sherborne (Daems et al., 2012) en Ouder-kind-interactie in beweging (Bessems, 2012).

De psychomotorisch therapeut is bij uitstek getraind in het observeren en interpreteren van bewegingsgedrag (Hekking & Fellingner, 2011). Hiermee ondersteunt de psychomotorisch therapeut de primaire verzorgers om sensitief te reageren op de onderliggende gevoelens en spanningen van het kind. Zo kunnen gedragsproblemen beter begrepen en omgebogen worden. Op deze manier wordt het effect van de therapie vergroot en de transfer bevorderd. Dit refereert aan de factoren 1 (kenmerken en gedrag van de ouder) en 4 (stabiliteit en continuïteit in het contact tussen ouder en kind) van de Richtlijnen Jeugdhulp (2021) voor problematische gehechtheid.

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

De gedrags- en emotionele problemen van kinderen met neurobiologische ontwikkelingsstoornissen zijn onderzocht door Meurs en Cluckers (2003), die per stoornis bepaalde afwijkende affectinterpretaties vonden. De gedrags- en emotionele problemen lijken direct verband te houden met zwakke affectregulatie (het reguleren van spanning en gevoelens) in de vroege relatie tussen kind en opvoeder (Meurs, 2009). De ArVTpmt beoogt dat het kind komt tot verkenning en herkenning van de eigen affecten (spanning en gevoelens).

Uit onderzoek naar psychomotorisch functioneren van kinderen komt naar voren dat problemen in de sociaal-emotionele ontwikkeling zichtbaar worden in hun (bewegings)gedrag (Emck, Bosscher & Dorelijers, 2004). Psychomotorische therapie lijkt daarmee een passend middel om gedragsproblemen te verminderen of te voorkomen (Emck, Bosscher & Hammink, 2007).

Problematisch gehechte kinderen dienen in eerste instantie niet gedragsmatig behandeld te worden (Van der Kolk, 2016). Als er geen sprake is van een band werkt bij deze doelgroep een belonende en negerende aanpak onvoldoende. Met name Emerging Body Language (EBL) (Rutten-Saris, 1990) en Sherborne (Daems, 2012) werken vanuit de band met het kind (Van der Pol & Bellemans, 2014).

6.3.1 Theoretische referentiekaders

ArVTpmt ontwikkelt alsnog het vermogen tot *affectregulatie* door het kind in de improviserende interactie met bewegings- en lichaamsgerichte werkvormen te leren omgaan met spanning, aandacht en het herkennen en hanteren van verschillende gevoelens, om zo tot een meer adequate evaluatie van eigen gevoelens en die van de ander te komen. Dit gebeurt in een *mentaliserende* werkrelatie, waarin tevens *gehechtheidsgedrag* wordt gestimuleerd. Hierbij is vooral het werken binnen de *Window of Tolerance* belangrijk, zodat het kind kan openstaan om te leren (Siegel, 2015).

Window of Tolerance:

Van der Kolk (2016) geeft aan dat het leren reguleren van lichamelijke arousal de basis is voor zelfregulatie en dat dit een voorwaarde is om cognitieve integratie te laten plaatsvinden in de behandeling van mensen met hechtingsproblematiek en vroegkinderlijk trauma. Een kind met gehechtheidsproblemen heeft vaak een “smaller” Window of Tolerance (Ogden, Minton & Pain, 2006). De window of tolerance staat voor de range van emotionele intensiteit/gereguleerde arousal die niet het functioneren verstoort. Bij een smaller Window of tolerance komt een kind sneller buiten de Window, waardoor het kind sneller dysreguleert. Hierdoor heeft het moeite met zich rustig en ontspannen te voelen en ervaringen te integreren (Meurs & Vliegen, 2008).

Ook in de PMT-module “PMT bij kinderen en jongeren (8-15 jaar) met lichtverstandelijke beperking en een onveilige hechtingsrelatie” (Bijsterbosch, Eijssendoorn, Van Kemenade, De Leeuw, Sikkel & Timmers, 2009) wordt uitgelegd dat bij kinderen die onveilig gehecht zijn, er snel (hyper)arousal voorkomt door beperkte inhibitie van de amandelkern/amygdala. Hierdoor wordt de functie van de pre-frontale cortex belemmerd (Bijsterbosch et al, 2009; Siegel, 2015; Hambrick, Brawner & Perry, 2019) waardoor leren en opdoen van nieuwe, corrigerende gehechtheidservaringen moeilijker wordt. Het is dus van belang dat het kind eerst leert om (terug) binnen de Window of Tolerance te komen. Vanuit een kalm brein, ofwel een veilig gevoel, is meer ruimte voor groei en leren (Porges, 2017; Siegel, 2015).

Gehechtheid:

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

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

Mentaliseren:

Empirisch gehechtheidsonderzoek toont aan dat onveilige gehechtheid van invloed is op het niveau van mentaliseren (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Het mentaliserend vermogen ontstaat doordat het kind merkt dat de opvoeder zijn gevoelens begrijpt, maar niet op dezelfde manier beleeft. De afstemming van de ouder op het kind gebeurt eerst grotendeels non-verbaal of para-verbaal. Stem, toon en lichaamstaal zijn het belangrijkste (Shai & Belsky, 2011). Later verwoordt de ouder wat het kind doet en

kan voelen en denken. Geleidelijk ontstaat zo bij het kind een mentale voorstelling van gevoelens en leert het ook reflecteren op gevoelens en intenties van anderen. Het mentaliseren heeft dus zowel een zelf-reflectieve als een interpersoonlijke component (Deben-Mager, 2005). Een kind kan zijn persoonlijke ervaringen betekenis geven als de opvoeder deze herkent en spiegelt (Bateman & Fonagy, 2004).

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). Een gebrek aan mentaliserend vermogen heeft invloed op het ontstaan van gedragsproblematiek en/of emotionele problematiek (Bandura, 1978; Calkins & Dedmon, 2000; Eisenberg & Losoya, 1997; Schore, 2001; Zeman, Shipman & Suveg, 2002).

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

Een verstoring van affectregulatie kan betrekking hebben op meerdere aspecten van gevoelsbeleving: intensiteit, aangenaamheid, controle en de frequentie van negatieve en positieve affect-categorieën (Toth & Cicchetti, 1997; Bradley, 2000).

Omdat kinderen met problematische gehechtheid niet goed om kunnen gaan met spanningen (Schuengel, Sterkenburg, Jeczynski, Janssen & Jongbloed, 2009) beleven deze kinderen hun eigen gevoel gauw als onaangenaam. Door te hoge intensiteit kunnen zelfs positieve gevoelens negatief beleefd worden.

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

6.3.2 Vaktherapeutische behandeling

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). Ook Bijsterbosch en collega's (2009) maken duidelijk binnen de PMT aan gehechtheid te kunnen werken. Na de spanningsregulatie worden gedragsalternatieven aangereikt, zoals hulp of verduidelijking vragen, troost zoeken, grenzen stellen enzovoort. Hierop wordt door de PMT-er sensitief-responsief gereageerd, waardoor er nieuwe (veilige) interactiepatronen ontstaan.

De problemen met affectregulatie bij een problematische gehechtheid zijn ontstaan in de pre-verbale fase (Stern, 2000). Ogden en Fisher (2019) geven ook aan dat de (vroegkinderlijke) gehechtheidservaringen vaak impliciet worden herinnerd en herbeleefd in de vorm van lichaamssensaties. Met alleen woorden en instructies zijn deze kinderen vaak niet bereikbaar. In de behandeling van deze kinderen dient een groot deel van de behandeling op non-verbaal niveau plaats te vinden. Lichaams- en bewegingsgerichte

activiteiten van de PMT roepen als vanzelf de lichaamssensaties op, omdat er activiteiten en materialen kunnen worden ingezet die gezien, gevoeld en ervaren kunnen worden. Door het bewust grotere contact met het lichaam (lichaamsbewustzijn), maakt het kind contact met zijn innerlijke wereld, dus zijn gevoelens en emoties (Van der Kolk, 2016).

Binnen de PMT wordt gebruik gemaakt van de 7 PMT-thema's (Van den Blink, et al., 2019). Deze thema's komen in alle fases van het ArVTpmt traject aan bod. Bepaalde thema's zijn meer op de voorgrond in bepaalde fases. In de spannings-regulatiefase komen met name thema's aan bod als vertrouwen en relaxatie. De psychomotorisch therapeut werkt vanuit een sterk eigen ontwikkeld lichaamsbewustzijn. Met eenvoudige en ritmisch afgestemde bewegingen (o.a. trampoline springen, schommelen en balanceren) creëert de PMT-er een veilige plek waar het kind ontspannen aanwezig kan zijn in de ruimte met de therapeut (Van der Kolk, 2016). Door afstemming, spiegeling, gebruik van ritmes en de stem en gezichtsuitdrukking als communicatiemiddel ontstaat er ontspanning bij het kind tijdens bewegingsgerichte oefeningen. Het vermogen van het kind wordt vergroot om relatie met de therapeut aan te gaan binnen de therapie (Van der Kolk, 2016) en te worden gereguleerd door de psychomotorisch therapeut of de bewegingsgerichte oefening. Aan het eind van deze fase staat het kind open om zich verder te ontwikkelen. Tijdens de aandachts-regulatiefase staan de thema's lichaamsbeleving, kracht en motorische instrumentele sensibiliteit (M.I.S) centraal. De werkvormen zijn gericht op het ervaren van zintuiglijke sensaties (druk, warmte, spierspanning, tinteling, vermoeidheid) en het verbeteren van het lichaamsbewustzijn. Ook het (opnieuw) ervaren van fysieke gewaarwordingen die het lichaam troost kunnen bieden, zoals een aanraking, staat in deze fase centraal. Het kind en de psychomotorisch therapeut staan samen stil bij ervaringen en met hulp van de psychomotorisch therapeut kan het kind benoemen wat het ervaart. Er zijn momenten waarbij het kind en de psychomotorisch therapeut komen tot samenspel en afgestemd bewegen. In de laatste fase komen thema's als motorische sociale sensibiliteit en ruimte meer naar voren. Doordat het lichaamsbewustzijn van het kind verbetert, kan het meer stilstaan bij gevoelens (irritatie, angst, zenuwachtigheid).

6.3.3. Praktijkervaring

Om onze behandelvisie te illustreren vanuit de praktijk verwijzen we naar bijlage 2. Dit is een beschrijving van de gefaseerde ArVT behandeling van Roy in de PMT.

In bijlage 3 staat een schematisch overzicht van de fasering in de ArVTpmt in een matrix, gebaseerd op de matrix uit het basisboek ArVT (Nieuwenhuis et al, 2020).

6.3.4 Wetenschappelijk onderzoek

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

Er zijn nog geen gegevens uit onderzoek over het effect van de module ArVTpmt bekend. Er wordt sinds 2016 onderzoek verricht naar de effectiviteit van de ArVT-methode binnen een promotieonderzoek. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door promovenda L. Bosgraaf, met ondersteuning van een onderzoeksteam bestaande uit: S. van Hooren, M. Spreen en K. Pattiselanno. Partners in dit onderzoek zijn NHL Stenden hogeschool te Leeuwarden en Zorggroep Alliade te Heerenveen.

Uit literatuuranalyse is gebleken dat bewegings- en lichaamsgerichte interventies uit de PMT effectief blijken in de behandeling van hechtingsproblemen (Van der Pol, 2014).

6.3.5 Werkzaamheid in de praktijk

ArVTpmt wordt al in vele instellingen toegepast. De klinische bevindingen zijn positief. Ondersteunende gegevens gebaseerd op metingen en wetenschappelijk onderzoek zijn nog niet voorhanden. De behandelmethode bevindt zich tijdens dit schrijven in de ontwikkelfase van practice based evidence naar evidence based practice en zal in een volgend ontwikkelingsstadium transdiagnostisch worden beschreven naar indeling Van Heycop ten Ham (2014). Actuele informatie is te vinden op www.affectregulerendevaktherapie.nl.

6.4 Werkzame elementen

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

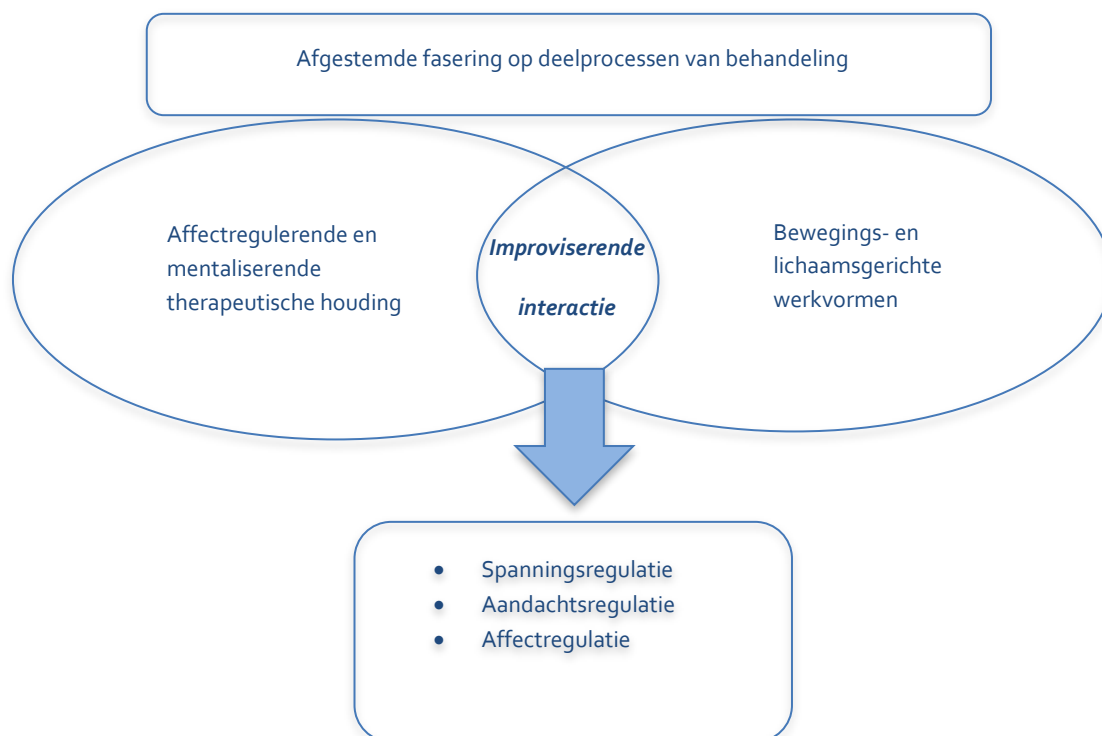
- affectregulerende en mentaliserende therapeutische houding;
- bewegings- en lichaamsgerichte werkvormen met gebruik van sport- en spel materiaal en het eigen lichaam.

Affectregulerende en mentaliserende therapeutische houding

De psychomotorisch therapeut volgt de gedragingen van het kind en het tempo van het kind en past zijn interventies daarop aan. De psychomotorisch therapeut is sensitief en responsief en mentaliserend zowel op de afleesbare – als niet afleesbare gevoelens (affecten). In de loop van de behandeling stemt de psychomotorisch therapeut zijn houding per fase af op de bij de fase behorende doelstelling, van aansluitend en afstemmend, naar wederkerigheid en differentiatie bevorderend.

Inzet bewegings- en lichaamsgerichte werkvormen

De psychomotorisch therapeut zet bewegings- en lichaamsgerichte werkvormen improviserend in om het therapieproces vorm te geven en te beïnvloeden. De keuze van materiaal en werkvormen wordt afgestemd op het kind ingezet, om te kunnen werken aan de doelen per fase: spanningsregulatie, aandachtsregulatie en affectregulatie.



Afbeelding 1: Schema werkzame elementen Affectregulerende Vaktherapie (Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt & Tel-Vos, 2016). Noot van de schrijvers: inmiddels wordt improviserende interactie anders genoemd, namelijk interactieve regulatie.

6.5 Samenvatting

De ArVTpmt beoogt dat het kind komt tot verkenning en herkenning van de eigen affecten (spanning en gevoelens), daar zijn gedrags- en emotionele problemen direct verband lijken te houden met zwakke affectregulatie in de vroege relatie tussen kind en opvoeder (Meurs, 2008) vanuit een problematische gehechtheid. Door in eerste instantie basaal mentaliserend en dus vooral non-verbaal (Shai & Belsky, 2011) in te gaan op het kind en zijn spanningen te reguleren (spannings-regulatiefase), kan het kind al doende leren openstaan (Siegel, 2015; Ogden & Fisher, 2019) om stil te staan bij zijn spanning en gevoelens (aandachts-regulatiefase). Daarna leert de psychomotorisch therapeut (vanuit zijn kennis en kunde in het observeren en interpreteren van bewegingsgedrag, (Hekking & Fellingner, 2011) het kind in allerlei bewegings- en lichaamsgerichte werkvormen om verschillende gradaties van spanning en gevoelens te onderscheiden en te delen (affect-regulatiefase). De psychomotorisch therapeut biedt tevens aan de ouders /verzorgers begeleiding in de bejegening, vooral met betrekking tot de mentaliseren bevorderende houding.

7. Randvoorwaarden en kosten

7.1 Uitvoering

7.1.1 Materialen

- Basisboek affectregulerende vaktherapie;
- Handboek affectregulerende vaktherapie in ontwikkeling;

- Materiaal ten behoeve van psycho-educatie voor ouders/verzorgers, waaronder twee informatieve filmpjes over de kracht van Vaktherapie (Van der Vlugt, 2016; Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie, 2018) en de Window of Tolerance (Augeo Foundation, 2020).

7.1.2 Organisatorische randvoorwaarden

Om deze psychomotorisch therapeutische interventie te kunnen doen is een goed ingerichte PMT-ruimte nodig met een verscheidenheid aan materialen, geschikt voor bewegingsgerichte en lichaamsgerichte werkvormen. De PMT-ruimte dient veilig te zijn en de privacy te waarborgen, wordt ordelijk gebruikt en heeft mogelijkheden voor gestructureerd opbergen van de bewegingsmateriaal.

7.1.3 Randvoorwaarden voor de cliënt

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

7.2 Opleiding en competenties

De psychomotorisch therapeut heeft de opleiding vaktherapie psychomotorische therapie (HBO of WO) afgerond en nascholing gevolgd in Training Affectregulerende Vaktherapie; Gehechtheid, Mentaliseren Bevorderende Therapie, Affectregulatie Therapie.

Psychomotorisch therapeuten zijn geregistreerd of kandidaat geregistreerd bij de Stichting Registratie Vaktherapeutische Beroepen. Zij zijn lid van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB).

7.3 Kosten van de interventie

Informatie hierover is te vinden op: www.affectregulerendevaktherapie.nl.

Verplicht:

- Training Affectregulerende Vaktherapie inclusief basisboek;
- Handboek Affectregulerende Vaktherapie (in ontwikkeling).

Aanbevolen:

- Cursus Mentaliseren in vaktherapie;
- Mentaliseren Bevorderende Therapie (MBT) basiscursus;
- Affect Regulatie Therapie (ART).

7.4 Locatie en uitvoerders

Psychomotorisch therapeuten werkende in jeugdpsychiatrische instellingen, jeugdzorg, orthopedagogische behandelcentra, behandelcentra voor kinderen met een verstandelijke beperking en vrijgevestigde praktijken.

7.5 Kwaliteitsbewaking

Psychomotorisch therapeuten die ArVTpmt toepassen zijn geregistreerd bij de Stichting Registratie Vaktherapeutische Beroepen. Zij zijn lid van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB).

Vaktherapeuten die affectregulerende vaktherapie toepassen zijn verbonden aan het kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie. In deze bijeenkomsten wisselen vaktherapeuten vier keer per jaar hun praktijkervaringen uit en analyseren casuïstiek.

Daarnaast zijn er ArVT intervisiegroepen opgericht waar ArVT therapeuten aan deel kunnen nemen.

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

Inleiding

De interventie ArVTpmt is gebaseerd op de interventie ArVTbeeldend (Van der Ende et al, 2016). De interventie ArVTbeeldend is ontstaan door casuïstiek te analyseren in de landelijke intervisiegroep van het Netwerk Vaktherapie Muziek en Beeldend.

Uit de analyse en uit studie is een overkoepelende theoretische visie ontstaan, die uitgroeide tot het huidige ontwikkelingsmodel gebaseerd op gehechtheidstheorie, affectregulatie theorie, mentaliseren en de mogelijkheden van beeldende kunst en muziek. De middelen werden apart ingezet in therapieën. Gemotiveerd door positieve behandelresultaten met Affectregulerende Vaktherapie *beeldend of muziek* in verschillende instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, (o.a. Accare, AMBIQ, Sophia Kinderziekenhuis, Centrum voor Autisme Rivierduinen, Dichterbij) is de therapiemethode beschreven, en het heeft geleid tot de oprichting van het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie.

Bij de beschrijving van de interventie ArVTpmt is gebruik gemaakt van de module ArVTbeeldend, -drama en -dans. De behandelmethode bevindt zich in de ontwikkelingsfase van practice based evidence naar evidence based practice en zal in een volgend ontwikkelingsstadium transdiagnostisch worden beschreven naar indeling van Van Heycop ten Ham (2014).

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 het Register Vaktherapie. Vanuit dit Kennisnetwerk zijn reeds vier interventiebeschrijvingen gemaakt voor Affectregulerende Vaktherapie voor kinderen met problematische gehechtheid, namelijk vanuit vaktherapie beeldend, -muziek, -dans en -drama. 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 therapeutische interventie.

9.3 Vergelijkbare interventies

Voor kinderen boven de 7 jaar met problematische gehechtheid zijn er weinig erkende behandelingen. Vijf van de zes erkende behandelingen zijn voor kinderen onder de 7 jaar. In de Databank Effectieve Jeugdinterventies is slechts één interventie erkend, die ook geschikt is voor kinderen ouder dan 7 jaar: de Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG) (Sterkenburg & Schuengel, 2008) voor kinderen met meervoudige beperkingen en ernstige gehechtheids- en gedragsproblemen. De ITGG start net als de Affectregulerende Vaktherapie eerst met het reguleren van spanning middels technieken gebaseerd op de gehechtheidstheorie. De keuze om met het kind te werken en niet met de opvoeder is ook een overeenkomst, evenals de psycho-educatie aan de opvoeder.

Er is ook overeenkomst met Mentaliseren Bevorderende Therapie (Bateman & Fonagy, 2004), die wetenschappelijk onderzocht is en effectief is bevonden. Meurs en Cluckers (2003) onderzochten affectinterpretatie en emotieregulatie bij kinderen tussen 6 en 12 jaar. De kinderen kregen een jaar lang kinderpsychotherapeutische 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 IFP test (Meurs et al., 2008). De eerder genoemde interventies ArVTbeeldend, ArVTdrama, ArVTdans en ArVTmuziek, zijn aan te wijzen als vergelijkbare interventies. Deze vallen net als ArVTpmt, onder interventies van het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie.

Overeenkomsten en verschillen:

De ITGG start net als alle modules Affectregulerende Vaktherapie eerst met het reguleren van spanning middels technieken gebaseerd op de gehechtheidstheorie. De keuze om met het kind te werken en niet met de opvoeder is ook een overeenkomst, evenals de psycho-educatie aan de opvoeder. Verschil met de ITGG is dat binnen de Affectregulerende Vaktherapie geen gedragstherapie plaats vindt, maar dat gestreefd wordt naar vermindering van gedrags- en emotionele problemen en verbetering van gehechtheidsgedrag door ontwikkeling van affectregulerend en mentaliserend vermogen.

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 et al, 2008).

9.4 Toegevoegde waarde van de interventiebeschrijving

De toegevoegde waarde van ArVTpmt is de non-verbale, afgestemde inzet van het lichamelijk werken. Er wordt volgens het beroepsprofiel van psychomotorisch therapeut (FVB, 2009) bij PMT op *methodische wijze* gebruik gemaakt van *interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag*. Specifieke toegevoegde waarde van psychomotorisch werken in deze interventie is dat door het fysieke werken snel zichtbaar is wanneer er sprake is van hypo- of hyperarousal en het kind buiten de 'window of tolerance' is (zie paragraaf 6.3.1). Het kind ervaart in PMT dat de afwisseling in het actief bewegen en de rustmomenten (met bijbehorende sensomotorische ervaringen) een positieve invloed op zijn innerlijke onrust en stemming kan hebben. Dit positieve proces en positieve effect wordt door de psychomotorisch therapeut bewaakt. Al bewegend en voelend leert het kind zijn lichaamssensaties koppelen aan affecten en emoties (Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2015). Door te doen en ervaren in het moment, wordt het kind in de therapie uitgenodigd om de eigen manieren van waarnemen, denken, voelen en handelen op te merken, zoals in de Generieke module vaktherapie beschreven staat (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017).

De psychomotorisch therapeut gebruikt afstemming en spiegeling om de beleving van het kind met betrekking tot spel en materiaal te reguleren. Hierbij spelen afstand en nabijheid een belangrijke rol. Daardoor neemt het vertrouwen van het kind toe, waardoor het kind gestimuleerd wordt om verder te gaan in het therapeutische procesen de (affect)regulerende vaardigheden ontwikkelt. Hierdoor nemen de emotionele- en gedragsproblemen van het problematisch gehechte kind geleidelijk af.

Een andere toegevoegde waarde van ArVTpmt is de combinatie van hechting-bevorderend werken en beïnvloeden van het gedrag. Vaak is het moeilijk om problematisch gehechte kinderen uitsluitend gedragsmatig of via cognitieve ingang 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 ArVTpmt. De psychomotorisch therapeut kan zowel voorbereidend, ondersteunend als consoliderend naast en met andere disciplines samenwerken.

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., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Nieuwezijds.

Arentz, G.M.H.J., Sterkenburg, P.S., & Stolk, J. (2010). *Care for people with learning difficulties and with a visual impairment. A train the trainers program*, In J. Merrick (ed), *Contemporary Issues in Intellectual Disabilities* (pp. 371-373). 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*, 40(3), 275-284.

Augeo Foundation. (2020, 12 februari). *Animatie Stress window of tolerance (Augeo Foundation en Stichting Kinderpostzegels Nederland)*. [Videobestand]. Geraadpleegd op 15 juni 2021, van <https://www.youtube.com/watch?v=U8gLstY6dYc>

Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological bulletin*, 129(2), 195-215.

Bandura, A. (1978). Social Learning Theory of Agression. *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.

Bessems, R. (2012). OKI-B, een kortdurende behandeling van hechtingsproblemen bij jonge kinderen. *NVO-Bulletin*, 12, 11-13. Geraadpleegd op 31 december 2019, van <https://docplayer.nl/42022590-Ouder-kind-interactie-bewegingsspel-oki-b.html>

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*. New York: Guilford Press.

Brands-Zandvliet, W., & Eisenga-Oppenhoort, A. (2015). *Psychomotorische Kindertherapie: Een theoretische onderbouwing*. Utrecht: Digitalis.

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.

- Bijsterbosch, B., Eijselendoorn, A., Van Kemenade, M., De Leeuw, I., Sikkel, H., & Timmers, P. (2009). *PMT bij kinderen en jongeren (8-15 jaar) met een licht verstandelijke beperking en een onveilige hechtingsrelatie: "Kijk en luister goed naar mij en heb mij door"*. Z.p: NVPMT.
- 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. doi: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01287.x
- Colonnese, C., Draijer, E. M., Stams, G. J. J. M., Van der Bruggen, C.O., Bögels, S. M., & Noom, M.J. (2011). The relation between attachment and child anxiety: a meta-analytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent*, 40(4), 630-645.
- Daems, J., Missinne, T., Bontinck, I., Jamin, B., Goethals, V., & Van Renterghem, M. (2012). *Sherborne bewegingspedagogiek: Ontwikkelingsstimulerend bewegen*. Sint-Niklaas: Abimo.
- Damasio, A. (2003). *Ik voel dus ik ben: Hoe gevoel en lichaam ons bewustzijn vormen*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Deben-Mager, M. (2005). Gehechtheid en mentaliseren. *Psychoanalytische Perspectieven*, 23 (1), 1-18.
- Došen, A. (2005). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap: Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Van Gorcum.
- Eisenberg, N., & Losoya, S. (1997). Emotionality and regulation predict social competence, problem behavior. *Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 13, 1-3.
- Emck, C., Bosscher, R. J., & Doreleijers, T. A. H. (2004). Bijzondere bewegers. Over psychomotoriek en kinderspsychiatrie. *Tijdschrift voor psychomotorische therapie*, 4, 36-47.
- Emck, C., Bosscher, R.J., & Hammink, M.N. (2007). *Psymot: psychomotorische diagnostiek en indicatiestelling voor kinderen van 6 tot 12 jaar*. Nijverdal: 't Web.
- Fearon, R.P., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H., Lapsley, A., & Roisman, G.I. (2010). The Significance of Insecure Attachment and Disorganization in the Development of Children's Externalizing Behavior: A Meta-Analytic Study Source. *Child development*, 81(2), 435-456.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affectregulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- FVB (2009). Beroepsprofiel van psychomotorisch therapeut. Z.p.: FVB.
- Gervink, M. (2008). *Mentaliseren binnen de Psychomotorische Therapie*. (Bachelorscriptie Psychomotorische Therapie). Zwolle: Hogeschool Windesheim.
- 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.
- Hambrick, E.P., Brawner, T.W., & Perry, B.D. (2019). Timing of Early-Life Stress and the Development of Brain-Related Capacities. *Front. Behav. Neurosci.*, 06 August 2019.
<https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00183>

- Hammink, M. (2003) *Psychomotorische diagnostiek binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld; ontwikkeling van psychomotorisch diagnostisch construct*. Maastricht: Shaker, 92-93.
- Hekking, P., & Fellinger, P. (2011). *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Amsterdam: Boom.
- Howe, D. (2006). Developmental attachment psychotherapy with fostered and adopted children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(3), 128–134.
- Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and psychopathology*, 11(2), 225-250.
- Janssen, C.G. C. (2007). Gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking: Onderzoek en praktijk. *Tijdschrift voor de LVG-zorg*, 5(2) 34-38.
- Juffer, F. (1993). Kinderen, ouders en primaire gehechtheid. *Gezin*, 5(4), 226-240.
- Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie (2018, 29 november). Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie. [Videobestand]. Geraadpleegd op 15 juni 2021, van <http://www.affectregulerendevaktherapie.nl/>
- Kliphuis, M.A.R. (1973) *Het hanteren van creatieve processen in vorming en hulpverlening*. In L. Wils (red), Bij wijze van spelen. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- 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). New York: Guilford Press.
- Meurs, P. (2009). *Affectregulatietherapie (ART) als ontwikkelingsfasespecifiek equivalent van mentalisatiebevorderende therapie (MBT)*. In N. Vliegen, P. Meurs, L. van Lier (Reds.), *De relatie in therapie*, pp.36-58. Leuven: Acco.
- 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 & L. Verhofstadt-Denève (Reds.), *Moeilijke kinderen of kinderen die het moeilijk hebben? Evidence-based werken, niet zo evident!* (pp.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: LannooCampus.
- Murray, A. D., & Yingling, J. L. (2000). Competence in language at 24 months: Relations with attachment security and home stimulation. *The Journal of Genetic Psychology*, 161(2), 133-140.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (november 2017). *Generieke module vaktherapie*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz.
- Nieuwenhuis, L., Smelt, C., Van der Vlugt, S., Van der Ende, W., & Vos, P. (2020). *Affectregulerende Vaktherapie Basisboek: Vaktherapeutische behandeling voor kinderen van 4 tot 12 jaar*. Antwerpen: Garant.
- O'Connor, E., & McCartney, K. (2007). Attachment and cognitive skills: An investigation of mediating mechanisms. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28(5-6), 458-476.
- Ogden, P., & Fisher, J. (2019). *Sensorimotor psychotherapy: Interventies voor traumaverwerking en het herstel van gehechtheid (2^e druk) (J. Treffers, Vert.)*. Eeserveen: Mens!

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: Examining a neglected perspective*. New York: Norton.

Oosterman, M. & Schuengel, C. (2009). Gehechtheid van pleegkinderen in relatie tot gedragsproblemen en sensitiviteit van pleegouders. *Kind en Adolescent, 30*, 95-107.

Porges, S.W. (2017). *De polyvagaaltheorie en de transformerende ervaring van veiligheid: Traumabehandeling, sociale betrokkenheid en gehechtheid* (G. de Thouars, Vert. 2019). Eeserveen: Mens!

Richtlijnen Jeugdhulp.(2021). *Problematische gehechtheid*. Geraadpleegd op 13 juni 2021, van <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/problematische-gehechtheid/>

Rutten-Saris, M. (1990). *Basisboek lichaamstaal*. Assen: Van Gorcum.

Schore, A. N. (2001). Minds in the making: attachment, the self-organising brain, and developmentally-oriented psycho-analytic psychotherapy. *British Journal of Psycho-therapy, 17*(3), 299-328.

Schuengel, C., Sterkenburg, P.S., Jeczynski, P., Janssen, C.G.C., & Jongbloed, G. (2009). Supporting affectregulation in children with multiple disabilities during psychotherapy: A multiple case design study of therapeutic attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), Apr, 291-301.

Schuengel, C., Venmans, J., VanIjzendoorn, R., & Zegers, M. (2006). *Gehechtheids-strategieën van zeer problematische jongeren: Onderzoek, diagnostiek en methodiek*. Amsterdam: SWP.

Schneider, B. H., Atkinson, L., & Tardif, C. (2001). Child–parent attachment and children's peer relations: A quantitative review. *Developmental psychology, 37*(1), 86-100.

Siegel, D.J. (2012). *The developing mind: How relations and the brain interact to shape who we are* (2nd edition). New York: Guilford.

Siegel, D. J. & Bryson, T. P. (2013). *Het hele brein, het hele kind: 12 revolutionaire strategieën om de ontwikkeling van je kind te stimuleren*. Schiedam: Scriptum.

Shai, D., & Belsky, J. (2011). When Words Just Won't Do: introducing parental embodied mentalizing. *Child develop perspective, 5*, 173-180. <https://doi.org.windesheim.idm.oclc.org/10.1111/j.1750-8606.2011.00181.x>

Stams, G. J. J. M., Juffer, F., & Van IJzendoorn, M. H. (2002). Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament predict adjustment in middle childhood: The case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Developmental Psychology, 38*, 806-821.

Sterkenburg, P. S. & Schuengel, C. (2008). *Behandelprotocol integratieve therapie gehechtheid en gedrag*. In C. Braet, & S. Bögels (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., & Storsbergen, H. (2006). *Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis: Het onderkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: Lemma.

Struik, A. (2016). *Slapende honden? Wakker maken. Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen*. Amsterdam: Pearson.

- Thoomes-Vreugdenhil, A. (2012). *Hechtingsproblemen bij kinderen*. Amsterdam: Lannoo Campus.
- Toth, S., & Cicchetti, D. (1999). *Developmental psychopathologie and childpsychotherapy*. In S. W. Russ & T.H. Ollendick (red.), *Handbook of psychotherapies with children and families* (pp.15-43). New York: Plenum Press.
- Van den Blink, M., Dijk, F., & Verschuur, P. (2019). *Het BGM-boek: Bewegingsgeörienteerde ordeningsprincipes voor de PMT-praktijk*. Deventer: ...daM.
- Van den Dries, L., Juffer, F., Van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, 31(3), 410–421. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.09.008>
- Van der Ende, W., Van der Vlucht, S., Nieuwenhuis, L., Smelt, C., & Tel-Vos, P. (2016). *Affectregulerende Vaktherapie beeldend ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid*. Utrecht: CPMO, FVB.
- Van der Kolk, B. (2016). *Traumasporen: Het herstel van lichaam, brein en geest na overweldigende ervaringen*. Eeserveen: Mens!
- Van der Pol, J. & Bellemans, T. (2014). *Nooit meer alleen door PMT: een literatuuronderzoek om meer inzicht te krijgen welke bijdrage PMT kan leveren aan hechtingsproblematiek*. Zwolle: Windesheim.
- Van der Vlucht, S. (2016, 14 februari). *De kracht van vaktherapie*. [Videobestand]. Geraadpleegd op 15 juni 2021, van <https://www.youtube.com/watch?v=MJB51CmzV4s>
- Van Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M. L., & Bohlmeijer, E. T. (2014). *Trans-diagnostische factoren: theorie & praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Van Londen-Barentsen, W. M. (2002). *Gehechtheid in adoptiegezinnen: intergenerationele overdracht en gedesorganiseerde gehechtheid* (Doctoral dissertation).
- Verfaillie, M. (2011). *Mentaliseren in beeldende vaktherapie: met casuïstiek van Gizella Smet en Wijnkje van der Ende*. Antwerpen: Garant.
- Verheugt-Pleiter, J. E. (2010). *Mentaliseren in de kindtherapie*. Assen: 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.
- Vliegen, N., Meurs, P., & Meurs, Paul (Van Lier, I., Ed.) (2009). *Geduldig gereedschap: De relatie als drager van het psychodynamisch proces*. Louvain: Acco.
- 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.

Bijlage 1.

Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (Boris & Zeanah, 2005; Stor & Storsbergen, 2006)

Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (Boris & Zeanah 2005, Stor en Storsbergen 2006)	
Instructie	Score
Geef bij elk item in onderstaande lijst op een 5-puntsschaal aan in hoeverre het kind normaal of verstoord gedrag vertoont:	1 bijna altijd normaal 2 meestal normaal 3 soms normaal en soms verstoord 4 meestal verstoord 5 bijna altijd verstoord
Normering (Dekker en Janssen, 2010)	
a. som van de scores 0-8: verstoorde gehechtheid niet waarschijnlijk;	
b. som van de scores 8-24: mogelijk verstoorde gehechtheid;	
c. som van de scores > 24: verstoorde gehechtheid is waarschijnlijk.	
De normeringen b en c vereisen verder onderzoek.	

Affectie		Geef een punt van 1 tot 5
Normaal:	Toont affectie tijdens verschillende interacties in verschillende situaties	
Verstoord:	Gebrek aan affectieve uitwisseling in verschillende sociale situaties of niet passende, veelal promiscue affecties tegenover relatief onbekende volwassenen	
Voorbeeld van gedrag:	Soms	
Zoeken van troost		Geef een punt van 1 tot 5
Normaal:	Zoekt troost bij een specifieke volwassen verzorger, die daartoe speciaal wordt uitgekozen.	
Verstoord:	Zoekt geen troost bij pijn, angst of ziekte, of zoekt troost op een vreemde of ambivalente manier bij een specifiek volwassen verzorger (bv toenemende stress wanneer het kind geen troost zoekt).	
Voorbeeld van gedrag:		

Vertrouwen in de ander: zoekt hulp		Geef een punt van 1 tot 5
Normaal:	Is bereid/heeft de mogelijkheid om hulp te zoeken bij specifieke verzorgers, als een probleem te moeilijk is om alleen op te lossen.	
Verstoord:	Buitensporige afhankelijkheid van de verzorger of, als het nodig is, niet zoeken naar of gebruiken van de ondersteunende aanwezigheid van een hechtingsfiguur.	
Voorbeeld van gedrag:		

Samenwerking		Geef een punt van 1 tot 5
Normaal:	Stelt zich over het algemeen coöperatief op naar de verzorger.	
Verstoord:	Voortdurend niet ingaan op of niet nakomen van verzoeken en eisen van de verzorger is een overheersend kenmerk van de interactie; of angstige buitengewone meegaandheid t.o.v. instructies van de verzorger ("dwangmatige gehoorzaamheid").	
Voorbeeld van gedrag:		

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

Controlerend gedrag		Geef een punt van 1 tot 5
Normaal:	Weinig signalen van controlerend gedrag t/o/v/ de verzorger.	

Verstoord:	Overbezorgd en/of niet bij de leeftijd passend verzorgend gedrag t.o.v. de verzorger, buitengewoon bazig of bestraffend controleren van de verzorger	
Voorbeeld van gedrag:		

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

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

Bijlage 2

In het basisboek staat de gefaseerde ArVT behandeling van Roy in de psychomotorische therapie (Nieuwenhuis et al, 2020, pp. 107-112):

Roy: een tienjarige jongen in de psychomotorische therapie.

Roy is als twee weken oude baby uit huis geplaatst in een crisispleeggezin. Roy woont daarna vanaf drie maanden tot zijn negende jaar in een pleeggezin. Roy ziet zijn biologische ouders eens per jaar, hij blijft hen zijn ouders noemen.

In het pleeggezin zijn biologische- en pleegkinderen. Als Roy vier jaar is overlijdt zijn pleegmoeder; later wordt pleegvader ernstig ziek, herstelt, en hertrouwt als Roy zes is. In het pleeggezin en op school vraagt Roy toenemend op een negatieve manier de aandacht, hij vertoont zelfbepalend gedrag en uit zich agressief naar zijn pleegouders en leerkrachten. De situatie in het pleeggezin is niet meer houdbaar. Op zijn negende wordt Roy opgenomen in de instelling voor kinderen met een licht verstandelijke beperking. Hier is Roy erg onrustig en zoekt hij de grenzen op. Hij is vaak boos/gefrustreerd en laat verbale en fysieke agressie zien naar zichzelf en anderen. Hij vraagt veel bevestiging en aandacht van de begeleiders. Het wachten op zijn beurt vindt Roy lastig.

Roy wordt aangemeld voor psychomotorische therapie met de hulpvraag: Help Roy om zijn emoties te herkennen en op een adequate manier te uiten.

In het gesprek vooraf met de begeleiding bespreekt de psychomotorisch therapeut het probleemgedrag van Roy aan de hand van de IJsborg en het Groeibevorderend kader. Begeleiders vragen zich af of Roy misschien angstig is onder zijn agressieve gedrag, en hoe zij kunnen helpen met het verlagen van zijn spanning. Besproken wordt of de dagstructuur Roy voldoende duidelijkheid biedt en of Roy weet wanneer de verschillende begeleiders werken?

De gefaseerde ArVT behandeling van Roy in de psychomotorische therapie

In de **spanningsregulatie fase** (zes sessies) wordt gewerkt aan de bereidheid van Roy om open te staan voor de psychomotorisch therapeut (PMT-er) en nieuwe kennis als betrouwbaar en waardevol voor zichzelf te kunnen beschouwen (epistemic trust). De PMT-er reageert daarom empathisch, sensitief en responsief op Roy en probeert te begrijpen wat Roy nodig heeft om ontspannen aanwezig te kunnen zijn in de therapieruimte.

Tijdens de eerste sessie staat Roy vooral tegen de muur. Roy kijkt vaak weg wanneer de PMT-er oogcontact maakt, heeft opgetrokken schouders en beweegt heel onrustig heen en weer met zijn lichaam langs de muur. De PMT-er geeft uitleg over de therapieruimte en laat de materialen zien. Wanneer hij de mini-trampoline opmerkt, zegt Roy vlak dat hij op de mini-trampoline wil. De PMT-er beaamt dat dit kan. Roy vertelt dat hij afgelopen week op school trampoline gesprongen heeft en het hoogst sprong van de klas. De PMT-er besluit de volgende keren de mini-trampoline in te zetten, waarmee zij probeert aan te sluiten bij iets waarvan zij denkt dat Roy het leuk vindt.

De volgende bijeenkomsten staat het arrangement met mini-trampoline en dikke mat klaar. De eerste bijeenkomsten starten met het leren/oefenen van veilige sprongen, die de PMT-er voordeelt; hurksprong, streksprong, spreidsprong en skatesprong, zodat Roy weet wat er komen gaat.

Wanneer Roy de grenzen opzoekt door gevaarlijke sprongen te maken, stuurt de PMT-er hem bij met een korte instructie en doet de beweging nogmaals voor. De PMT-er denkt dat het belangrijk voor Roy is om duidelijke kaders en een concrete taak te krijgen. In de loop van de eerste sessies volgt Roy steeds vaker de instructie van de PMT-er op en doet zijn best om de sprongen van de PMT-er na te doen.

In de vijfde sessie maakt Roy een streksprong met een halve draai. De PMT-er doet nu de sprong van Roy na en bevestigt zo zijn initiatief. Roy lacht. Er ontstaat een plezierig contactmoment. Roy en PMT-er nemen afwisselend initiatief, en Roy verdraagt sturing of een grens van de PMT-er. Door de instructies en door mee- en voordeelen

reguleert de PMT-er het gedrag van Roy. Aan het eind van deze fase komt Roy rustig binnen en gaat ontspannen op zijn vaste plek zitten. Roy verdraagt steun en sturing en begrenzing van de PMT-er. Er is voldoende basis om naar de volgende fase te gaan.

In het evaluatiegesprek vertelt de begeleider dat Roy een planbord heeft gekregen met een overzicht van activiteiten en taken voor de dag. Roy doet dagelijks korte activiteiten met één begeleider, naast de school en groepsactiviteiten. De begeleiders menen dat Roy bozer en moeilijker aan te sturen is als hij ziet dat de andere kinderen contact met ouders of familie hebben. De begeleiders besluiten om juist tijdens de bezoeken van de andere kinderen één op één activiteiten met Roy in te plannen.

In de **aandachtregulatiefase** (zeven sessies) wordt de nadruk gelegd op het waarnemen en delen van fysiek-zintuiglijke ervaringen. In de therapieruimte heeft de PMT-er een conditiecircuit neergezet, de minitrampoline is erin opgenomen. De PMT-er legt elk onderdeel uit en doet het voor. Hierna voeren Roy en de PMT-er de onderdelen samen en tegelijk uit. Na een aantal oefeningen zweet Roy, hij haalt sneller adem en heeft een rood hoofd. De PMT-er benoemt dat hij zweetdruppels op zijn voorhoofd heeft gekregen. Roy voelt aan zijn voorhoofd en benoemt dat het nat is. De PMT-er bevestigt dat en geeft aan dat je van bewegen warm wordt en dat je dan zweetdruppels krijgt. Een aantal onderdelen verder, tijdens een krachtoefening, is zichtbaar dat Roy' bovenarm trilt. De PMT-er ziet dat Roy het waarneemt en zegt: "Pfff, dat is vast zwaar." De weken erna helpt de PMT-er Roy regelmatig stilstaan bij zijn fysieke waarnemingen. Dit gebeurt door het benoemen van gedrag, het nadoen van zijn gedrag, door hem vragen te stellen of door enkel oogcontact te zoeken.

Een paar weken later spelen Roy en de therapeut verstoppertje. Ze hebben plezier en spelen om de beurt. Roy zegt enthousiast: "Dat is leuk, wil jij je nu verstoppen?" Roy is minder bepalend in het contact en laat meer expressie zien.

Aan het eind van deze fase lopen Roy en de PMT-er een blote-voeten-pad. Roy stapt voorzichtig met zijn voeten in een bak met houtsnippers en hij roept: "Au!" Hij trekt zijn voet terug en kijkt met een pijnlijk gezicht. De PMT-er spiegelt het gezicht van Roy en benoemt: "Niet fijn hè, die harde stukjes hout prikken in je voet."

Roy knikt. Daarna vraagt Roy: "Kunnen we naar de touwbrug?". Deze gaat deels door het water. Roy gaat achter de PMT-er staan en zegt: "Ga jij eerst?" De PMT-er gaat voor en zegt: "Brr, koud dat water." Hierna gaat Roy zelf. Hij stapt op het touw en verplaatst zich over de touwbrug. Wanneer hij met zijn voet in het water stapt gilt hij. Als de therapeut hem vragend aankijkt roept hij: "Koud, dat is niet fijn en het touw is glad."

Tijdens deze fase heeft de PMT-er contact met de begeleiders en stimuleert hen te denken over gevoelens, gedachten, motieven en intenties van het Roy. Ook worden zij gemotiveerd om tijdens de activiteiten die ze samen met Roy doen te letten op wat voor hem als fijn (aangenaam) of niet fijn (onaangenaam) wordt ervaren. De PMT-er legt uit dat het voor de ontwikkeling van affectregulatievaardigheden belangrijk is dat Roy hier onderscheid in leert maken.

In de **affectregulatiefase** (acht sessies) wordt door het werken met het vaktherapeutisch middel en meer naar de uitwisseling van gevoelens en naar de betekenis gezocht. Roy komt een keer met veel bewegingsonrust binnen. Hij beweegt weer onrustig langs de muur. De PMT-er nodigt Roy uit om te gaan zitten op de bank, gaat naast hem zitten en vraagt te kiezen uit twee voor hem bekende activiteiten. Roy kiest voor de 'pizzapunt', een oefening waarbij de PMT-er hem stevig in een deken rolt en met de handen op de rug (diepe) druk uitoefent. Roy ontspant wat. En dan vertelt Roy dat hij volgende week samen met zijn voogd zijn biologische ouders gaat zien. "Vind je het een beetje spannend om hen te zien?", vraagt de PMT-er. Roy antwoordt niet. De PMT-er vraagt of hij nog weet hoe zijn ouders er uit zien. Roy benoemt de uiterlijke kenmerken van zijn ouders. De PMT-er stelt voor om met materialen zijn ouders uit te beelden. Roy zegt: "Mijn moeder heeft een dikke buik, net zoals de fysiobal." Hij pakt meteen de bal en ook andere materialen om zijn moeder uit te beelden. Dan volgt zijn vader. "Mijn vader heeft een gouden tand", roept Roy en pakt een geel dopje. "Later als ik groot ben wil ik ook een gouden tand", hij wijst

naar een tand in zijn mond. Roy toont zijn spierballen en vraagt of hij net zo'n grote spierballen heeft als zijn vader. De PMT-er zegt dat hij dat volgende week kan vragen. Op dat moment maakt Roy zich klein en zegt: "Dat durf ik niet." De PMT-er komt naast hem zitten en zegt: "Dat durf je niet...." En wacht dan. Daarna vraagt ze: "Durf je niet aan je vader te vragen of hij grote spierballen heeft?" Roy knikt en kijkt naar beneden. De PMT-er spiegelt zijn houding en benoemt: "Ik zie dat je je klein maakt en naar beneden kijkt. Betekent dit dat je bang bent?" Roy knikt en zegt dat hij niet weet wat hij kan vragen aan zijn ouders. "Ben je ook bang, omdat je niet weet wat er van je verwacht wordt?" Roy knikt. "Zullen we samen vragen te bedenken?", vraagt de PMT-er. Roy veert op en pakt een stift om op een tekenblad te schrijven. Samen bedenken ze vragen om te stellen aan Roy's ouders. Hij neemt het blaadje mee. Met hulp van de therapeut legt hij aan de groepsbegeleiders uit waarom hij het blaadje heeft gemaakt. De therapeut ondertitelt hierbij Roy's gevoel (bezorgdheid) en intentie (meer durf om iets te vragen aan ouders). De week erna komt Roy enthousiast de therapieruimte binnen en roept: "Mijn vader heeft grotere spierballen dan ik!"

Op de groep kan Roy ook met de begeleiders met plezier activiteiten samen doen. Roy zit beter in zijn vel. De begeleiders weten dat als Roy boos wordt of zijn eigen gang gaat, er iets met hem is, en hebben wegen gevonden om hem dan te helpen kalmeren en met hem te praten. Vaak gaat het over dingen die niet lukken of die Roy niet heeft.

De begeleiders zijn blij met de ingang die ze nu hebben om Roy te begrijpen en te steunen.

De affectregulerende vaktherapie wordt afgerond.

Bijlage 3. Schematische weergave van de toepassing van de interventies in de fasering (Affectregulerende Vaktherapie).

Wat doet de vaktherapeut?				
Wat doet de vaktherapeut in de casus van Roy?				
Interventie ⇒ Fase ↓	Inzetten vak- therapeutisch middel ↓	Interactief reguleren ↓	Mentaliseren bevorderen ↓	Subdoel
Spannings- regulatiefase ⇒ 8 sessies	De vaktherapeut zet gewoonten en werkvormen in die bij dit kind de spanning verlagen. Regelfuncties die de vaktherapeut inzet zijn: structuur, uitdaging, duur van de ervaring, alleen/samenwerken, taak-/procesgericht.	De vaktherapeut reguleert het gedrag van het kind door spiegelen en matchen tijdens het werken met het vaktherapeutisch middel.	De vaktherapeut mentaliseert over het kind. De therapeut reageert empathisch, sensitief en responsief op het gedrag van het kind en probeert te begrijpen hoe het kind meer ontspannen aanwezig kan zijn.	Het kind kan ontspannen aanwezig zijn.
Roy in de psychomotorische therapie (PMT) in de spannings-regulatiefase	Roy krijgt een vaste plek in de gymzaal en het arrangement met de mini-trampoline en de dikke mat staat klaar (gewoonte en structuur). De PMT-er geeft een instructie over de uitvoering en doet de verschillende sprongen voor op de minitrampoline (regelfuncties:	De PMT-er reguleert het gedrag van Roy door een korte instructie te geven en een voorbeeld te geven. De PMT-er doet de sprongen van Roy na (spiegelen in vaktherapeutisch middel en in houding en beweging). Initiatieven bij de verschillende sprongen van Roy	De PMT-er merkt dat Roy affiniteit heeft met trampoline springen en zet dit arrangement wekelijks in. De PMT-er denkt dat de voorspelbaarheid van de oefeningen, de beschikbaarheid van de PMT-er en het nakomen van de gemaakte	Roy verdraagt steun en sturing van de PMT-er: Roy verdraagt hulp en volgt de korte instructies van de PMT-er op, bij het uitvoeren van de sprongen.

	structuur /uitdaging/kortduren de ervaring/ taakgericht/ alleen).	en van de PMT-er wisselen elkaar af en worden opgevolgd (matchen met het vaktherapeutisch middel én in houding en beweging).	afspraken spanningsverlagend werkt bij Roy. De PMT-er ziet dat Roy plezier beleeft tijdens het springen en er hierdoor plezierige contactmomenten ontstaan. Daarom kiest de PMT-er voor herhaling van dit arrangement, waarbinnen ruimte is om te variëren met de verschillende sprongen.	
--	---	--	---	--

Aandachtsregulatiefase ⇒ 8 sessies	De vaktherapeut zet werkvormen in die bij dit kind uitnodigen tot het fysiek ervaren en <i>samen</i> doen in het moment van de therapie. Regelfuncties die gaandeweg worden toegevoegd (naast de regelfuncties uit de spanningsregulatiefase) zijn: - meer of minder fysieke ervaringen bieden, - onderscheiden stimuleren, eigen voorkeuren stimuleren	De vaktherapeut reguleert de aandacht van het kind door spiegelen en matchen tijdens het werken met het vaktherapeutisch middel en leidt daarin de aandacht naar fysieke en zintuiglijke ervaringen door samen doen.	De vaktherapeut benoemt en be vraagt onderzoekend wat het kind concreet ervaart, zodat het kind ervaringen in het moment bewust wordt en deelt. (onderscheiden fijn/niet fijn, en stimuleren van eigen voorkeuren)	Het kind kan zijn aandacht richten, vasthouden en delen.
--	---	--	--	--

<p>Roy in PMT in de aandachts-regulatiefase</p>	<p>In de therapieruimte heeft de PMT-er een conditiecircuit neergezet (structuur, meer fysieke ervaringen, uitdagingen, taakgericht, samen).</p> <p>Hierbij kan het kind door inspanning meer fysieke ervaringen zoals zweten, warmte en vermoeidheid ervaren (onderscheiden stimuleren).</p>	<p>De PMT-er legt elk onderdeel van het parcours uit en doet het voor. Hierna voeren Roy en de PMT-er de onderdelen <i>gelijktijdig</i> uit.</p> <p>In de bak met houtsnippers roept Roy "Au!"</p> <p>De PMT-er spiegelt de mimiek van Roy en zegt tegen hem: "Niet fijn hè, die harde stukjes hout prikken in je voet" (spiegelen en matchen & aandacht op fysieke ervaringen). Roy knikt.</p>	<p>Na een aantal oefeningen van het conditiecircuit, richt de PMT-er de aandacht op de zweetdruppels van Roy.</p> <p>Bij het lopen over het touw zegt de therapeut: "Brr, koud dat water." Wanneer Roy met zijn voeten in het water stapt kijkt de therapeut hem vragend aan. Roy roept dan: "Koud, dat is niet fijn en het touw is glad".</p>	<p>Roy richt zijn aandacht op zijn fysieke ervaringen en kan de aandacht vasthouden en de ervaringen benoemen.</p>
<p>Affectregulatie-fase ⇒ 7 sessies</p>	<p>De vaktherapeut zet werkvormen in die bij dit kind uitnodigen tot uitdrukking geven aan affecten. Inbreng/initiatief van het kind wordt gestimuleerd.</p> <p>Regelfuncties die gaandeweg worden toegevoegd (naast de regelfuncties uit de spannings-regulatiefase en de aandachts-regulatie fase) zijn: eigen voorkeuren stimuleren en het het betekenis geven stimuleren</p>	<p>De vaktherapeut spiegelt en matcht tijdens het werken met het vaktherapeutisch middel de uitdrukkingen van affecten van het kind om te komen tot een (non-verbale) dialoog hierover.</p>	<p>De vaktherapeut mentaliseert in toenemende mate <i>met</i> het kind. De vaktherapeut bevraagt het kind op onderliggende affecten en intenties. Enerzijds door het kind te stimuleren affecten te uiten en betekenis te verlenen aan expressie. Anderzijds door het denken over de intenties van anderen aan te wakkeren (basaal mentaliseren).</p>	<p>Het kind kan zijn gedachten en gevoelens delen en verwoorden en toont besef van andermans gevoelens.</p>

<p>Roy in PMT in de affect-regulatiefase</p>	<p>De PMT-er stelt voor, m.b.v. aanwezige sport- en spelmaterialen het 'symbolisch uitbeelden' (structuur en uitdaging) van de eigenschappen van zijn biologische ouders (onderscheid stimuleren)</p> <p>Roy wordt gestimuleerd om eigen gevoelens te uiten en er betekenis aan te geven.</p>	<p>De PMT-er biedt minder structuur en geeft meer ruimte aan eigen initiatief; Roy mag kiezen welk spel hem rustig maakt, hij kiest de 'pizzapunt'.</p> <p>De PMT-er spiegelt het gedrag: (gespannen houding, naar beneden kijken) en gaat naast hem zitten.</p> <p>Roy kan openstaan voor hulp en toont opgelucht te zijn door de hulp die hij krijgt.</p>	<p>De PMT-er herhaalt wat er concreet gezegd wordt 'Dat durf je niet...' en stelt (verhelderende) vragen over wat Roy voelt ten opzichte van zijn biologische ouders. "Betekent het dat je bang bent?" Roy knikt en geeft aan dat hij niet weet wat hij kan vragen aan zijn ouders. "Ben je ook bang, omdat je niet weet wat er van je verwacht wordt?" Roy knikt. De PMT-er verwoordt de bezorgdheid over verloop bij bezoek aan ouders. Er ontstaat een gesprekje over de situatie buiten de therapie.</p>	<p>Roy leert zijn gevoelens herkennen, hij ervaart dat deze er mogen zijn en leert erover te praten.</p> <p>Roy wordt tijdens het praten erover niet meer overspoeld door zijn affecten.</p>
---	---	---	--	--