

---

- Consensus based Module Basis –  
Psychomotorische Kindertherapie (PMKT) ter verbetering van verstoord  
hechtingsgedrag bij kinderen met een ontwikkelingsleeftijd tot 12 jaar met  
gedragsproblematiek.

---

Anjolan Eisenga, Wilma Brands, Annette Spijker, Suzan Bik, Henriëtte Vlijm, Greetje Walvaart  
(2019).



*In my beginning is my end (T.S. Elliot)*

<b>Inhoudsopgave</b>	
Samenvatting	3
Hoofdstuk 1:	4
<i>Auteurs</i>	4
<i>Context</i>	4
Hoofdstuk 2: Probleembeschrijving	4
2.1 <i>Probleem</i>	4
2.2 <i>Gevolgen</i>	5
Hoofdstuk 3: De doelgroep	5
3.1 <i>Korte beschrijving van de doelgroep</i>	5
3.2 <i>Indicaties</i>	5
3.3 <i>Contra-indicaties</i>	5
3.4 <i>Verwijzing en selectie</i>	5
Hoofdstuk 4: Doelen	6
Hoofdstuk 5: Beschrijving van de interventie-aanpak	7
5.1 <i>Architectuur van de interventie</i>	7
5.2 <i>Inhoud van de interventie</i>	7
5.2.1 <i>Concrete activiteiten</i>	8
5.2.2 <i>Rol van de therapeut</i>	9
5.2.3 <i>Materialen</i>	10
Hoofdstuk 6: Onderbouwing van de interventieaanpak	11
6.1 <i>Welke factoren veroorzaken het probleem?</i>	10
6.2 <i>Factoren die d.m.v. de interventie aangepakt worden</i>	11
6.3 <i>Theoretische verantwoording</i>	12
6.3.1 <i>Theoretische referentiekaders</i>	12
6.3.2 <i>Vaktherapeutische behandelvisie</i>	14
6.3.3 <i>Praktijkervaringen</i>	14
6.3.4 <i>Wetenschappelijk onderzoek</i>	14
6.4 <i>Werkzame elementen</i>	14
6.5 <i>Samenvatting</i>	15
Hoofdstuk 7: Randvoorwaarden en kosten	15
7.1 <i>Uitvoering</i>	15
7.1.1 <i>Materialen</i>	15
7.1.2 <i>Randvoorwaarden voor de cliënt</i>	15
7.2 <i>Opleiding en competenties</i>	16
7.3 <i>Kosten van de interventie</i>	16
7.4 <i>Locatie en uitvoerders</i>	16
7.5 <i>Kwaliteitsbewaking</i>	16
Hoofdstuk 8: Subtypen	16
Hoofdstuk 9: Ontwikkelgeschiedenis	16
Literatuur	16

## Samenvatting

### Titel

*In my beginning is my end* (T.S. Elliot)

Psychomotorische Kindertherapie (PMKT) ter verbetering van verstoord hechtingsgedrag bij kinderen met een ontwikkelingsleeftijd tot 12 jaar met gedragsproblematiek.

### Auteurs

Anjolan Eisenga, Wilma Brands, Annette Spijker, Suzan Bik, Henriëtte Vlijm, Greetje Walvaart (2019).

### Doelgroep

Kinderen met een ontwikkelingsleeftijd tot 12 jaar met een hechtingsstoornis, gediagnosticeerd door een psychiater/GZ-psycholoog, en kinderen met hechtingsproblematiek, vastgesteld door psychomotorisch onderzoek.

### Context

De interventie is zorgprogramma-overstijgend voor kinderen en jeugdigen met een ontwikkelingsleeftijd van 2 tot 12 jaar.

### Doel

De stagnatie in de hechtingsontwikkeling opheffen zodat het kind zich verder kan ontwikkelen op alle gedragscomponenten in relatie met zijn omgeving, waardoor de dagelijkse opvoeding weer vlotter verloopt.

### Interventie-aanpak

Bij kinderen met problematisch hechtingsgedrag zien we problemen op het gebied van emotieregulatie en/of gedragsproblemen. Door middel van het lichamenlijk ervaren, waarin bewegen en lichaamsbeleving centraal staan, worden alle ontwikkelingsgebieden van het kind gestimuleerd waardoor een realistisch zelfgevoel volgt en het kind zijn gedrag (zonder dwang of straf) van binnenuit aanpast en zich kan hechten aan een ander. Het kind kan zich nu verder ontwikkelen op alle gedragscomponenten in relatie met zijn omgeving, waardoor de dagelijkse opvoeding vlotter verloopt.

De therapie vindt wekelijks plaats en omvat minimaal 25-40 sessies, maar is afhankelijk van de ernst van de problematiek en de snelheid waarmee een kind de ontwikkelingsstappen kan doorlopen. Het betrekken van de betrokkenen en vooral de verzorgers door coaching en psycho-educatie is een vast onderdeel van de behandeling.

### Onderbouwing

Door de verstoorde hechting treden er neurobiologische veranderingen op. Het kind komt vast te zitten in gedragspatronen waardoor de keuzevrijheid ontbreekt en niet anders dan angstig, boos, somber kan reageren in bepaalde situaties. De door Bakker-van Zeil ontwikkelde theorie omtrent de bouwstenen van de hechtingsontwikkeling biedt een kader om gedragsverandering te bewerkstelligen.

Door de bouwstenen van gehechtheid opnieuw te doorlopen kan reparatie plaatsvinden. Het therapieproces doorloopt vier fasen: regulatie, relatie, gedragsverandering en transfer.

Wanneer het stressniveau van het kind binnen 'the window of tolerance' blijft, kan het de hogere hersengebieden gebruiken en met ander, nieuw gedrag experimenteren. Middels ritmische, repetitieve, non-verbale, lichamelijke ervaringen vindt beïnvloeding plaats, met stressreductie tot gevolg.

### Onderzoek

Geen gegevens bekend. N=1 onderzoek is opgezet.

## Hoofdstuk 1:

*In my beginning is my end* (T.S. Elliot)

### **Psychomotorische Kindertherapie (PMKT) ter verbetering van verstoord hechtingsgedrag bij kinderen met een ontwikkelingsleeftijd tot 12 jaar met gedragsproblematiek.**

#### **Auteurs**

Anjolan Eisenga, Wilma Brands, Annette Spijker, Suzan Bik, Henriëtte Vlijm, Greetje Walvaart (2019).

#### **Context**

De interventie is zorgprogramma-overstijgend voor kinderen en jeugdigen met een ontwikkelingsleeftijd van 2 tot 12 jaar.

## Hoofdstuk 2: Probleembeschrijving

### *2.1 Probleem*

Bij kinderen die problemen hebben met het hanteren van gedrag en emoties kan er sprake zijn van problematisch hechtingsgedrag. Dit kan blijken uit bijvoorbeeld het vermijden van contact, het zich claimend opstellen, of het zich bizar en chaotisch gedragen. Bij problematisch hechtingsgedrag is de interactie tussen het kind en de ouders verstoord, waardoor het kind geen gezond basisvertrouwen, lichaamsbesef en zelfvertrouwen heeft kunnen opbouwen (Havermans & Verheule, 2012).

Problematisch hechtingsgedrag kan leiden tot een hechtingsstoornis. Deze wordt in de DSM 5, het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (American Psychiatric Association, 2013) als volgt omschreven: duidelijk gestoorde en niet bij de ontwikkeling passende sociale bindingen, in de meeste situaties beginnend voor het vijfde jaar, zoals blijkt uit 1 of 2:

1. de reactieve hechtingsstoornis: aanhoudend er niet in slagen de aanzet te geven tot of te reageren op de meeste sociale interacties op een bij de ontwikkeling passende manier, zoals blijkt uit buitensporige geremdheid, overmatige waakzaamheid of sterk ambivalente en tegenstrijdige reacties;
2. de ontremd-sociaalcontactstoornis: oppervlakkige hechtingen, blijkend uit kritiekloze vriendelijkheid met duidelijk onvermogen passende selectieve hechtingen te tonen.

Naast de officiële hechtingsstoornis zoals beschreven in de DSM 5, kunnen er zich ook problemen in het gedrag voordoen wanneer de hechting niet optimaal verloopt, hierna te noemen hechtingsproblematiek. De verschillende ervaringen die een kind opdoet in relatie met de opvoeder, kunnen leiden tot verschillende interne werkmodellen waarbij drie vormen van verstoorde gehechtheid kunnen worden onderscheiden (Havermans & Verheule, 2012).

1. *Onveilige gehechtheid, angstig vermijgend.* Dit kind gedraagt zich quasi-zelfstandig. Het kind heeft geen vertrouwen in de beschikbaarheid van de gehechtheidsfiguur en probeert zoveel mogelijk contact te vermijden, zelfs als het stress ervaart. Door het ontbreken van een emotionele band met de ouder(s) kan bij deze kinderen de gewetensontwikkeling verstoord raken. De ontwikkeling van de emotieregulatie is verstoord, omdat (heftige) emoties nooit zijn opgevangen of opgelost. Hierdoor heeft het kind zich emotioneel afgesloten. Deze kinderen zijn vaak voortdurend bang en hebben een hoog stressniveau, al tonen ze dit niet.

2. *Onveilige gehechtheid, angstig ambivalent.* Dit kind geeft voortdurend de boodschap: 'Ik kan het niet alleen'. Het houdt angstvallig contact met de gehechtheidsfiguur, zoekt veelvuldig nabijheid, maar kan zich niet ontspannen of toevertrouwen aan de ander; het blijft angstig. Dit type kind heeft bovendien weinig controle over impulsen en emoties (snel boos, snel huilen). Dit zijn onzekere kinderen die weinig zelf ondernemen en voortdurend hulp zoeken, wat hen belemmert in hun ontwikkeling.

3. *Gedesorganiseerde gehechtheid*. Deze kinderen laten geen consistentie in de gehechtheidssignalen zien. Ouders zijn zelf de bron van angst voor het kind en reageren agressief, mishandelend en/of verwaarlozend naar het kind toe. Ouders zijn onvoorspelbaar. Deze kinderen brengen in hun contact ook de ander in de war, omdat ze het ene moment veilige gehechtheidssignalen uitzenden en het andere moment weer onveilige. Het lijkt of ze controle willen houden over de situatie om nieuwe beangstigende situaties te voorkomen. Bij oudere kinderen vindt soms rolomkering plaats in de vorm van overdreven zorgzaam gedrag of bestraffend gedrag tegenover de ouder(s) (Havermans & Verheule, 2012).

## 2.2 Gevolgen

Het kind loopt vast in zijn ontwikkeling op alle gedragscomponenten (biologisch, sensorisch, motorisch, emotioneel, sociaal en cognitief). Door de verstoorde hechting treden er neurobiologische veranderingen op. Als gevolg van die neurobiologische veranderingen komen kinderen vast te zitten in gedragspatronen waardoor de keuzevrijheid ontbreekt en zij niet anders dan angstig, boos, somber reageren in bepaalde situaties (Brands & Eisenga, 2015). Zij zitten vast in gedragspatronen die zijn gevormd in het brein (Siegel, 2013).

Op latere leeftijd wordt dat zichtbaar in sociale problemen, verslavingsproblemen, psychosomatische ziekten, persoonlijkheidsstoornissen, leerproblemen en criminaliteit (Fellitti, 2011).

## Hoofdstuk 3: De doelgroep

### 3.1 Korte beschrijving van de doelgroep

Kinderen met een ontwikkelingsleeftijd tot 12 jaar met een hechtingsstoornis, gediagnosticeerd door een psychiater/GZ-psycholoog, en kinderen met hechtingsproblematiek, vastgesteld door psychomotorisch onderzoek.

### 3.2 Indicaties

Het kind heeft problemen op het gebied van emotieregulatie en/of heeft gedragsproblemen.

Dit blijkt uit:

- gebrekkig inzicht in de eigen emoties;
- woede-uitbarstingen;
- onaangepaste houding, gebaren en beweging;
- uitdagend gedrag en gebrekkig meewerken met de ouders/opvoeders;
- vermijdend of apathisch gedrag.

### 3.3 Contra-indicaties

Ernstige psychiatrische aandoening, zoals psychose (Struik, 2010)

### 3.4 Verwijzing en selectie

Het kind kan particulier worden aangemeld of vanuit een instantie worden doorverwezen. Bij de intake wordt kennisgemaakt met de ouders en/of het kind. Er volgt een PMKT-onderzoek, bestaande uit dossieranalyse, ontwikkelingsanamnese, gedragsobservatie en gedragsvragenlijsten die inzicht geven in de zes gedragscomponenten (biologisch, sensorisch, motorisch, emotioneel, sociaal en cognitief) met als doel het opstellen van een cliëntgericht behandelplan. Er wordt gekeken vanuit een descriptief antropologisch model (Organisme–Gedrag–Milieu, OGM-model) van Kugel (2011) dat uitgaat van een wisselwerking tussen organisme, gedrag en milieu. Hiermee kan de complexiteit van het gedrag van kinderen verhelderd worden, kunnen achterliggende oorzaken van het gedrag beter begrepen worden en kan richting gegeven worden aan het handelen van de therapeut. Tevens wordt gekeken of er aan de volgende randvoorwaarden wordt voldaan:

- veilige hechtingsfiguur;
- veilige opvoedingssituatie.

## Hoofdstuk 4: Doelen

Het doel van de psychomotorische kindtherapie (PMKT) is het verbeteren van verstoord hechtingsgedrag.

Hoofddoel:

De stagnatie in de hechtingsontwikkeling opheffen zodat het kind zich verder kan ontwikkelen op alle gedragscomponenten in relatie met zijn omgeving, waardoor de dagelijkse opvoeding weer vlotter verloopt.

Subdoelen:

De subdoelen zijn voorwaardelijk en daarom wordt binnen de therapie steeds verder gebouwd op hetgeen in de behandeling bereikt is, maar ook teruggerepen naar voorliggende subdoelen, wanneer deze nog onvoldoende geïntegreerd zijn in de ontwikkeling van het kind.

Basisveiligheid

- Het kind kan de nabijheid van de therapeut verdragen;
- Het kind kan zichzelf met hulp van de therapeut reguleren als emoties te hoog oplopen;
- Het kind kan zichzelf reguleren met behulp van sensopathisch en motorisch spel.

Toevertrouwen

- Het kind kan zich ontspannen in de nabijheid van de therapeut;
- Het kind durft zich beginnend toe te vertrouwen aan de therapeut, zoals blijkt uit contactname vanuit het kind met de therapeut;
- Het kind kan stilstaan bij lichaamssensaties;
- Het kind herkent zijn eigen lichaamssensaties, en kan aangeven waar lichaamssensaties gevoeld worden in het lijf;
- Het kind kan zeggen wat het voelt in het lijf;
- Het kind kan zijn eigen lichaamssensatie koppelen aan emoties, waarmee lichaamssensaties een signaal worden.

Zelfvertrouwen

- Het kind gaat op ontdekking uit, durft nieuwe dingen uit te proberen;
- Het kind kan milde frustratie verdragen en kan blijven denken over oplossingen in het handelen;
- Het kind heeft woorden voor zijn emoties;
- Het kind heeft woorden voor zijn behoeften;
- Het kind wordt zich bewust van de ander in de interactie.

Zelfstandigheid

- Het kind kan rekening houden met de ander;
- Het kind kan eigen grenzen aangeven;
- Het kind kan zichzelf reguleren, zichzelf zonder hulp van de therapeut kalmeren;
- Het kind kan verschillende posities innemen in de interactie met anderen.

## Hoofdstuk 5: Beschrijving van de interventie-aanpak

### 5.1 Architectuur van de interventie

Afhankelijk van de problematiek wordt de therapie individueel en/of met een ouder/pleegouder/verzorger in de praktijkruimte gegeven. Daarnaast worden andere betrokkenen bij de opvoeding, zoals naasten,

leerkrachten op school en indien aanwezig een voogd, in gesprekken voorzien van adviezen die zowel kind als omgeving in staat stellen om zelfstandig te blijven oefenen buiten de therapeutische setting. De therapie vindt wekelijks plaats. Een sessie duurt 60 minuten. De gehele looptijd van de therapie omvat minimaal 25-40 sessies, maar is afhankelijk van de ernst van de problematiek en de snelheid waarmee een kind de ontwikkelingsstappen kan doorlopen. De therapie verloopt volgens vier fasen: (1) regulatie, (2) relatie, (3) gedragsverandering, en (4) transfer.

## 5.2 Inhoud van de interventie

In iedere fase van de behandeling is de door Bakker-van Zeil (Havermans & Verheule, 2012) ontwikkelde theorie omtrent de bouwstenen van de hechtingsontwikkeling de leidraad voor de gekozen interventies.

### *Hechtingsbouwsteen 1: basisveiligheid (0 tot 3 maanden)*

In deze fase ontwikkelt zich basisveiligheid. Je mag er zijn. Om gezond te kunnen opgroeien moet de omgeving een kind een vijftal basisbehoeften bieden. Deze basisbehoeften zijn beschreven door de Amerikaanse psychotherapeut Pessó (1995): (1) plaats, (2) voeding, (3) steun, (4) bescherming en (5) begrenzing. Aanvankelijk wordt letterlijk op lijfelijke wijze aan de basisbehoefte voldaan en later op een meer symbolische manier. Een baby is absoluut niet in staat (heftige) emoties te hanteren. Hij is afhankelijk van zijn ouders voor de regulatie van zijn emoties of affect. De ouder fungeert in de interactie met de baby als extern affectregulator en dit beïnvloedt het niveau van stress en stresshormonen in het brein en lichaam van de baby. Om voldoende basisveiligheid te kunnen ontwikkelen is het nodig dat er goed gezorgd wordt voor de baby door het voldoen aan de lijfelijke basisbehoeften, het bieden van structuur en het afstemmen op de gevoelens en behoefte van de baby op emotioneel en materieel gebied. Wordt hieraan niet voldaan, dan kan het kind een onveilig en angstig basisgevoel ontwikkelen, wat op termijn kan leiden tot gevoelens van ontreddering, zich verloren voelen, passiviteit, apathie, starheid en veel onrust (Havermans & Verheule, 2012).

### *Hechtingsbouwsteen 2: toevertrouwen (vanaf 3 maanden)*

Kinderen komen op de wereld met een aangeboren behoefte aan contact (ergens bij willen horen). Het kind ontwikkelt een intern werkmodel. Verbondenheid, gebaseerd op wederzijds vertrouwen, ontwikkelt zich. Het kind anticipeert op het gedrag van de opvoeder en ontdekt hoe het zelf zijn omgeving kan beïnvloeden (door geluidjes maken, lachen etc.). Het kind stelt zich open voor de speciale opvoeder die op hem afstemt, met als hoogtepunt de eenkennigheidsfase. Om te bereiken dat het kind zich kan toevertrouwen is het nodig dat er sensitief en responsief wordt afgestemd op zijn individuele kenmerken door aandacht, spiegelen van emoties, en is eveneens belangrijk dat het gehoord en gezien wordt en er meebewogen wordt met gedeelde activiteiten. Missen deze factoren, dan ontstaat er wantrouwen in het contact met anderen, zichtbaar in een zichzelf afsluiten of angstig-ambivalent gedrag in contact met de ander (Havermans & Verheule, 2012).

### *Hechtingsbouwsteen 3: zelfvertrouwen (vanaf 9 maanden)*

Vanuit de vorige fase, waarin het vertrouwen groeit, ontstaat de mogelijkheid voor het kind om actief mee te werken aan het vervullen van de eigen behoeften. In deze fase ontdekt het kind de wereld, zijn eigen mogelijkheden en beperkingen, het leren omgaan met frustraties en weten wanneer er een beroep gedaan kan worden op de nabijgelegen verzorgers. Voor het ontwikkelen van voldoende zelfvertrouwen is het noodzakelijk om aandacht te geven aan wat een kind doet en wil. Vertalen van gevoelens in woorden, steun geven aan het vinden van eigen oplossingen en stimuleren door mogelijkheden te creëren om op ontdekking te gaan. Hierdoor ontstaat de eerste aanzet tot intersubjectiviteit. Gebeurt dit niet dan wordt het kind onzeker of gaat het claimend gedrag vertonen, of valse onafhankelijkheid en zelfbepaling, om zo de controle te houden over wat er gebeurt (Havermans & Verheule, 2012).

### *Hechtingsbouwsteen 4: zelfstandigheid (vanaf 2,5 jaar)*

Het kind ontdekt dat het zelf iemand is, los van de verzorgers. Het kind leert rekening te houden met de mogelijkheden en beperkingen van de ander, de buitenwereld. Taal, zelfbewustzijn en onafhankelijkheid komen naar voren. Ontwikkeling van de identiteit van het kind wordt ondersteund. De verzorgers bieden meer grenzen zonder in te gaan op het wisselende gedrag van het kind (koppigheidsfase) en gaan niet meer in alles mee. Het geven en nemen wordt belangrijk. De verzorgers zijn niet voortdurend

beschikbaar, maar wel aanwezig wanneer dat nodig is. Als dit niet gebeurt, ontwikkelt het kind gevoelens van eenzaamheid in plaats van zelfstandigheid. Dit uit zich in schijnzekerheid, schijnzelfstandigheid, dwangmatigheid, machtsstrijd en star gedrag (Havermans & Verheule 2012).

#### *Hechtingsbouwsteen 5: autonomie (vanaf 5 jaar)*

Het kind kan zelf, los van de verzorger, oplossingen bedenken. Het kan voor zichzelf opkomen, om hulp vragen en samenwerken. Het kind kan loskomen van eigen gedachten en gevoelens en kan zich verplaatsen in de ander (empathie). Voor de ontwikkeling van de autonomie is het noodzakelijk dat de verzorgers het kind loslaten zonder het in de steek te laten. Doen zij dit niet, dan kan bij het kind een gevoel van machteloosheid ontstaan dat zich uit in destructiviteit (agressie, manipulatie, provocatie) (Havermans & Verheule, 2012).

Vanuit deze theoretische overwegingen wordt de therapie vervolgens verder geconcretiseerd.

#### *5.2.1 Concrete activiteiten*

Het therapieproces van het kind doorloopt in de PMKT vier fasen: (1) regulatie, (2) relatie, (3) gedragsverandering, en (4) transfer. De fasen verlopen echter niet noodzakelijkerwijs in deze vaste volgorde. Tijdens het behandelingsproces kan het kind een stap vooruit maken naar een volgende fase, maar het kan ook tijdelijk een stap terug doen naar een eerdere fase.

Opvoeders worden meegenomen in de fasen van de therapie door middel van gesprekken en psycho-educatie en/of door hen te laten deelnemen aan de therapiesessies, zodat zij praktisch kunnen ervaren op welke manier zij het kind het meest efficiënt kunnen ondersteunen in de ontwikkeling (Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2015).

#### 1. Regulatie

In de eerste fase ligt de nadruk op regulering. De interventies die in deze fase worden gedaan, zijn gericht op de bouwstenen 1 en 2 van Bakker-van Zeil.

Interventies gericht op subdoel basisveiligheid, zijn:

- Creëren van veiligheid door het gebruik van structuur en regels en het bieden van voorspelbaarheid en duidelijkheid;
- Zorgdragen voor de basisbehoeften op een lijfelijk niveau (eten, eigen plek in de ruimte, steun door afstemmen) (Kool, 2006);
- Sensorisch en motorisch spel om de stress te reguleren (Van der Kolk, 2015);
- De therapeut reguleert de emoties van het kind. Als het kind overstuur is, blijft de therapeut kalm, rustig en emotioneel neutraal (*containen*) (Kool, 2006).

Wanneer aan alle vereisten is voldaan, biedt de therapieruimte een veilige omgeving voor het kind, waardoor het kan ontspannen.

#### 2. Relatie

In de tweede fase ligt de nadruk op de ontwikkeling van een wederkerige relatie. Het kind moet gezien en gehoord worden in wat het nodig heeft. De therapeut schept voorwaarden voor een veilige omgeving en biedt structuren voor dit specifieke kind. Het betreft de bouwstenen 2 en 3 van Bakker-van Zeil.

Interventies gericht op subdoel vertrouwen, zijn:

- Afstemmen op het gedrag, de signalen en het karakter van het kind;
- Daarbij aansluiten en volgen van het kind in zijn spel, zodat men gedeelde activiteiten kan beleven;
- Zien, horen en bevestigen van het kind;
- Verbale en non-verbale affectregulatie, onder andere door spiegelen;
- Sensorische en motorische activiteiten om het eigen lijf te ervaren (Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2015).

De fase van regulatie en het opbouwen van een therapeutische relatie kan langdurig zijn, vooral als kinderen op zeer jonge leeftijd grote tekorten hebben opgelopen en/of ernstige traumatische ervaringen hebben gehad (Bastiaensen, 2016).



Wanneer aan alle vereisten is voldaan, kan een vertrouwensrelatie ontstaan en begint het kind zich open te stellen.

### 3. Gedragsverandering

Binnen de veiligheid van de therapeutische omgeving nodigt de therapeut het kind uit om nieuw spel te ontdekken. Het kind leert zijn eigen emoties reguleren en de therapeut geeft het kind de kans om oplossingen te vinden voor de tegenslagen en frustraties in zijn spel. De interventies in deze fase worden beschreven in bouwstenen 3 en 4. Wanneer aan alle vereisten is voldaan, neemt de behoefte van het kind om de situatie te bepalen af en wordt het kind flexibeler en kan het zijn eigen emoties en stressniveau reguleren.

Interventies gericht op subdoel zelfvertrouwen, zijn:

- Veilige omgeving creëren waarin het kind kan verkennen en experimenteren op zowel zintuiglijk-motorisch, emotioneel, sociaal en cognitief gebied;
- Activiteiten aanbieden in de zone van de naaste-ontwikkeling;
- Aandacht, luisteren, begrijpen en benoemen wat het kind doet en wil;
- Meevoelen met de ervaringen van het kind en ondersteunen zonder direct de oplossing van een probleem te geven;
- Emoties benoemen, taal geven (Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2015).

### 4. Overdracht

De interventies die in deze fase worden gepleegd, worden beschreven in bouwstenen 4 en 5. Het kind oefent het nieuwe gedrag in dagelijkse situaties en buiten de therapieruimte en gebruikt de therapeutische omgeving om na te denken over dagelijkse problemen en om met ander gedrag te oefenen.

Interventies gericht op subdoel zelfstandigheid, zijn:

- Bespreken van emoties en gevoelens van het kind en anderen;
- Experimenteren met verschillende sociale vaardigheden;
- Het aangeven van grenzen door middel van ik-boodschappen;
- Het creëren van een omgeving waar het kind in staat gesteld wordt te experimenteren met eigen oplossingen van de problemen die het tegenkomt (Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2015).

Na deze ontwikkelingsfase eindigt de individuele therapie vaak, omdat in hechtingsbouwsteen 5 groepstherapie de voorkeur heeft.

In de eindfase zorgt de therapeut dat de therapie met het kind zorgvuldig wordt afgebouwd.

#### 5.2.2 Rol van de therapeut

Het therapieproces van het kind doorloopt in de PMKT vier fasen waarin de therapeut in elke fase de volgende attitudes hanteert.

##### *Veiligheid*

De therapeut schept een veilig klimaat en bouwt een vertrouwensrelatie met de cliënt op. In veel opzichten lijkt een relatie tussen therapeut en kind op de relatie tussen ouders en kind. In beide is het belang van de relatie niet in *wat* er gebeurt, maar in het *hoe*.

##### *Acceptatie*

De therapeut neemt een accepterende houding aan ten opzichte van de emoties en het problematische gedrag van het kind. Het vermogen van de therapeut om de emoties van het kind te verdragen en te spiegelen is bepalend om de functie van externe affectregulator uit te kunnen oefenen. Tegelijkertijd moet de therapeut in staat zijn de eigen emoties te reguleren (emotioneel neutraal blijven). Net als in de ouder-kindrelatie bestaat de regulatie van affecten ook in de therapeutische relatie. Dat wil zeggen, therapeut en kind nemen non-verbale signalen van elkaar waar en beïnvloeden elkaar op een onbewust niveau. Door deze rustige, accepterende houding en door te luisteren naar het verhaal van het kind, kan de therapeut het kind leren zijn eigen emoties te verdragen waardoor een veilige hechtingsrelatie kan ontstaan. Langzaam veranderen 'overweldigende emoties' in 'gevoelens'. Door deze gevoelens te

erkennen en te benoemen, kan erover nagedacht worden en wordt het bespreekbaar, en dat is de weg naar bewustzijn en zelfregulering (Brands-Zandvliet, Eisenga-Oppenoorth & Valkenburg-van Praag, 2008).

Terwijl het werkt aan de onvervuld gebleven behoeften van de hechtingsbouwstenen, kan het kind regressief gedrag vertonen. Hoewel dit geen normaal geaccepteerd gedrag is in het dagelijks leven, geeft de therapeut ruimte aan dit gedrag, zodat het kind een solide basis kan bouwen om de gehechtheidsontwikkeling te herstellen (Bastiaensen, 2016).

Hiermee ziet, hoort en bevestigt de therapeut het kind in zijn zijn. Juist dit begrijpen en zien is essentieel voor kinderen met problemen in gehechtheid (Bastiaensen, 2016).

#### *Afstemmen*

De therapeut heeft een kind-volgende attitude, omdat de eigen motivatie van het kind voor een activiteit het kind helpt om binnen 'the window of tolerance' te blijven, zodat het kind in staat is om nieuw gedrag te leren. De therapeut stemt bij het aanbieden van materiaal af op de behoeften van het kind en biedt gelegenheid tot experimenteren en sensomotorisch spel.

#### *Creëren van succeservaringen*

Binnen de PMKT proberen we bij kinderen een positief zelfbeeld te genereren door het kind succeservaringen te laten ervaren en het kind positieve feedback te geven.

#### *Mentaliseren*

De therapeut beschrijft de ervaringen en de gewaarwordingen van het kind. Dus tijdens het bewegen en voelen, leert het kind zijn lichaamssensaties te associëren met zijn emoties.

In de laatste fase van de therapie geeft de therapeut meer 'ik'-boodschappen (meer directief), zodat het kind zich bewust wordt van de innerlijke wereld van de ander, met verschillende gevoelens, gedachten en behoeften.

#### *5.2.3 Materialen*

Tijdens de onderzoeksfase wordt gebruik gemaakt van verschillende vragenlijsten die de emotionele en sociale ontwikkeling in kaart brengen zoals:

- BOTS-vragenlijsten (Boven-Onder-Tegen-Samen-interactiewijzer) die de interactie met ouders/verzorgers, leerkracht en andere kinderen weergeeft (Lodewijks & Versteegen, 1999);
- Dessa-vragenlijst die de ouders/verzorgers invullen en die sociaal-emotioneel welbevinden van het kind weergeeft (Pont & Punt, 2013);
- Spelvormen van de Psymot (Emck, 2007) is een diagnostisch instrument dat gericht is op het in kaart brengen van het psychomotorisch functioneren van kinderen in de leeftijd van 6 tot 12 jaar oud, met psychosociale en/of psychiatrische problematieken;
- PMKT-gedragsobservatielijst ter ondersteuning van de gedragsobservaties (PMKT-opleiding).

Tijdens de behandeling wordt eerst sensopathisch materiaal en daarna sensomotorisch materiaal gebruikt, aangevuld met muzikale en creatieve materialen. Sensopathisch materiaal is onder andere scheerschuur, zand, water, rijst, klei, maar ook proeven en ruiken worden bij de behandeling betrokken, zodat alle zintuigen gestimuleerd worden. Sensomotorisch materiaal ervaart het kind in beweging: schommel, wip, balk, balansbord, pedalo, glijbaan, klimrek, pittenzakjes, ballen, bank, kast, trampoline.

## **Hoofdstuk 6: Onderbouwing van de interventieaanpak**

### *6.1 Welke factoren veroorzaken het probleem?*

In de Richtlijn Problematische Gehechtheid van het NJI (2017) worden allerlei factoren genoemd die kunnen leiden tot een problematische gehechtheidsrelatie: 'Vaak is het een combinatie van omstandigheden die maakt dat de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind niet optimaal tot stand komt.

We onderscheiden vier groepen risicofactoren voor het ontstaan van een problematische gehechtheidsrelatie.'

'Het betreft:

1. kenmerken en gedrag van de ouder;
2. kenmerken van het jonge kind;
3. gezins- en leefomstandigheden;
4. stabiliteit en continuïteit in het contact tussen ouder en kind.'

In deze module richten wij ons op de eerste twee factoren:

Ad 1. Kenmerken en gedrag van de ouder:

- Onveilig model van gehechtheid van de ouder zelf, waardoor deze onvoldoende sensitief en responsief reageert naar het kind toe. De ouder kan ook een onvermogen tot reflecteren hebben, wat aan het kind wordt overgedragen;
- Psychische gesteldheid van de ouder is een bedreiging voor de ontwikkeling van een veilige gehechtheidsrelatie;
- Opvoedonzekerheid en opvoedspanning hebben een negatieve invloed op de ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie (NJI, 2017).

Ad 2. Kenmerken van het jonge kind:

- Vroeggeboorte;
- Moeilijk temperament;
- Ontwikkelingsstoornis waaronder ook Autistische stoornis, ADHD, ADD, etc.;
- Verstandelijke beperking: het hechtingsproces kan moeilijker op gang komen door onduidelijke signalen vanuit het kind zelf: trager reageren, problemen met aandacht richten, bijkomende zintuiglijke problematiek e.d. (NJI, 2017).

### 6.2 Factoren die d.m.v. de interventie aangepakt worden

De PMKT richt zich hoofdzakelijk op de gedragsontwikkeling van het kind en de begeleiding van de betrokkenen.

Ad 1. Begeleiding van ouders:

Kinderen met een problematische gehechtheidsrelatie zijn geholpen met positieve, correctieve gehechtheidservaringen met een gehechtheidspersoon.

In de regel zal het nodig zijn om de ouders van wie het kind problematisch gehecht is met psycho-educatie te ondersteunen en te begeleiden, zodat ze zich een sensitieve en responsieve gedragsstijl eigen kunnen maken (NJI, 2017).

Dat gebeurt door middel van oudergesprekken en door de ouders te betrekken in de therapiesessies. Psycho-educatie richt zich op wat het kind nodig heeft in de specifieke hechtingsfase.

Ad 2. Gedragsontwikkeling kind:

De therapeut sluit aan bij de ontwikkelingsleeftijd en belangstellingen van het kind. In de relatie met de therapeut heeft de therapeut het vermogen om de emoties van het kind te *containen*: de therapeut verdraagt de emoties van het kind en leeft oprecht mee met de intensiteit van de pijnlijke ervaringen van het kind en kan zichzelf goed reguleren. Dat reguleert de emoties van het kind.

Langzaam worden emoties gevoelens waarover gereflecteerd en gesproken kan worden, en dat maakt de weg naar zelfbewustzijn en regulatie mogelijk. Op het moment dat het kind zich veilig genoeg voelt binnen de relatie met de therapeut, neemt het de ruimte om onvervulde behoeften alsnog in te vullen en negatieve ervaringen te overschrijven. Kinderen kunnen met meerdere mensen tegelijk gehechtheidsrelaties onderhouden. De therapeut kan na het opbouwen van een gehechtheidsrelatie werken aan het verbreden van het netwerk van gehechtheidrelaties van het kind.

### 6.3 Theoretische verantwoording

#### 6.3.1 Theoretische referentiekaders

Neurobiologisch:

Ontwikkeling van de hersenen.

Vanaf de geboorte tot het vierde jaar van een kind ontwikkelt het brein zich explosief, daarom is het in die periode ook het meest kwetsbaar voor de destructieve impact van dreiging, verwaarlozing en trauma. Tijdens de groei verloopt de ontwikkeling van hersengebieden bij kinderen van onder naar boven, van binnen naar buiten en van achteren naar voren, en wordt steeds complexer (Perry & Szalavitz, 2007).

Vanwege de enorme hoeveelheid informatie die de hersenen dagelijks te verwerken krijgen, gebruikt het brein patronen om de wereld waar te nemen en om te voorspellen hoe de wereld om ons heen zal reageren. Deze patronen zijn mentale modellen (uitgebreide neurale netwerken) die actief worden als de situatie daar om vraagt en die bijbehorende reacties van het brein en het lichaam triggeren. Deze reacties zijn waarneembaar als gedrag. De mentale modellen worden gevormd door ervaringen met mensen om ons heen. Ze maken het mogelijk ons een beeld van de wereld te vormen. Dit beeld, dit verwachtingspatroon van hoe de wereld zal zijn, bepaalt de mate van invloed die wij kunnen uitoefenen op de wereld om ons heen. Deze modellen worden zonder bewustzijn geactiveerd, als de situatie dit vereist. Ze triggeren hersenen en lichaam om te reageren (Ledoux, 2003).

Ditzelfde proces vindt plaats als we het over gehechtheid hebben. Onderzoek door Stern (1998) heeft aangetoond dat een kind een beeld opbouwt van elke ervaring met een andere persoon, dat elk volgend contact kleurt. Op basis van al deze representaties creëert een kind zijn eigen interne werkmodel dat alle volgende interacties beïnvloedt. Representaties 'bouwen' dus een mentaal model. En dus beïnvloedt het mentale model van gehechtheid de verdere emotionele, sociale en cognitieve ontwikkeling van het kind (Stern, 1998).

Hoewel dit hechtingsmodel in de vroege kinderjaren wordt gevormd, ligt het niet vast voor de rest van iemands leven (IJzerdoorn, Bakermans-Kranenburg, 2010). De weergave van elke interactie met een belangrijk ander beïnvloedt dit model en kan dit model aanpassen. Dit is een belangrijke factor voor therapie, omdat dit betekent dat reparatie van verstoringen in de hechting mogelijk is, ook op latere leeftijd (Havermans & Verheule, 2012; Verheugt-Pleiter et al., 2005). Door de bouwstenen van gehechtheid opnieuw te doorlopen kan reparatie plaatsvinden.

Therapeutische betekenis:

Voor therapie betekent dit dat, wanneer we een kind een andere ervaring aanbieden, dit kind de mogelijkheid heeft om (in de loop van de tijd) een ander neurale netwerk te ontwikkelen, resulterend in een aangepast mentaal model dat het kind in staat stelt om een ander soort gedrag te laten zien (Ledoux, 2003). Daarnaast biedt de therapeut bij herhaling externe regulatie als het kind overstuur is. Hierdoor ontwikkelen regulerende netwerken zich in de hersenen, waardoor het kind wordt geleerd zijn hersenen op een geïntegreerde en harmonieuze manier te gebruiken (Siegel, Payne Bryson, 2013).

#### Stressregulatie

Van der Kolk (2015) beschrijft de wijze waarop stress in de hersenen verwerkt wordt.

Alle sensorische informatie over de buitenwereld komt samen in de thalamus. Van der Kolk (2015) gebruikt als metafoor voor de thalamus de 'kok'. De 'kok' brengt alle input van onze percepties in een 'soep'. De soep is dan de metafoor voor een ervaring van 'wat er met me gebeurt'. Van der Kolk (2015) beschrijft hoe de gewaarwordingen vervolgens in twee richtingen worden doorgegeven: 'de benedenroute' daalt af naar de amygdala, in de metafoor van Van der Kolk (2015) de rookdetector van de hersenen. De amygdala identificeert al snel of binnenkomende input gevaarlijk is voor onze overleving met behulp van feedback van de hippocampus, een structuur in de buurt die de nieuwe input verbindt met ervaringen uit het verleden. Wanneer de amygdala een bedreiging waarneemt, stuurt deze onmiddellijk bericht naar de hypothalamus en de hersenstam, waarbij hij het stresshormoonstelsel en het autonome zenuwstelsel aanzet om een vecht-, vlucht- of bevroeringsreactie van het lichaam te starten.

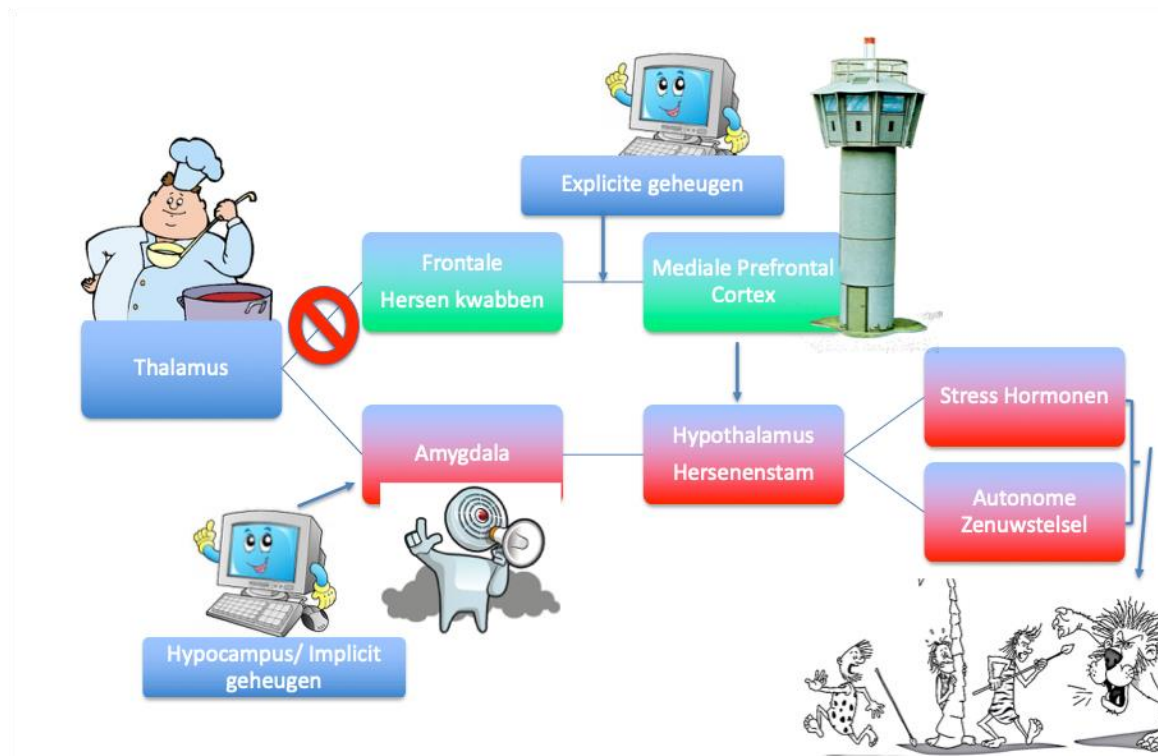
De tweede richting die Van der Kolk (2015) beschrijft, is 'de bovenroute' naar de frontale cortex, die enkele milliseconden langer duurt dan de extreem snelle 'benedenroute'. Hier worden we ons bewust van de ervaring. In de metafoor van Van der Kolk (2015) wordt de frontale cortex en in het bijzonder de

mediale prefrontale cortex (MPFC) gezien als de 'wachttoren', die een blik op de scène van bovenaf biedt, waardoor we ons kunnen realiseren dat iemand reageert op een vals alarm en de stressrespons wordt afgebroken. Maar wanneer de stress te hoog is, wordt het onmogelijk om 'de bovenroute' te gebruiken en de stressreactie kan niet worden getemperd door de cortex. Dit is geïllustreerd in afbeelding 1.

De enige manier om dan nog de stressreactie te reguleren is via de hersenstam. De hersenstam is gevoelig voor ritme, repetitieve bewegingen met de ander, aanraking en ademhaling, zegt Van der Kolk (2015). Omdat PMKT ritmische, repetitieve, non-verbale, lichamelijke ervaringen biedt, nemen we aan dat door PMKT het stresssysteem direct van onderaf wordt beïnvloed (Brands-Zandvliet & Eisenga-Opennoorth, 2015).

De kernboodschap hier is dat de hersenen van kinderen van onderaf ontstaan en dat de hogere hersenregio's niet goed werken als de lagere hersengebieden vastzitten als gevolg van stress. Het 'uitdagende gedrag' dat we in het kind zien, begint in de hersenstam, het primitieve brein. Zonder de ontwikkelingsbehoeften van de hersenstam aan te pakken, zullen de andere delen van de hersenen vrijwel immuun blijven voor de behandeling (Lyon, 2017).

Wanneer het stressniveau van het kind binnen 'the window of tolerance' blijft, kan het de hogere hersengebieden gebruiken en met ander, nieuw gedrag experimenteren. In therapie is het belangrijk om stressniveaus binnen 'the window of tolerance' te houden, omdat anders getraumatiseerde kinderen hun behoeften niet kunnen onderdrukken, ze hun impulsen niet kunnen uitstellen, ze hun acties niet kunnen overzien en ze niet kunnen leren van nieuwe ervaringen (Ogden et al, 2006).



afbeelding 1 Stressregulatie (Eisenga, Brands, Spijker, Bik, Vlijm & Walvaart, 2019)

### 6.3.2 Vaktherapeutische behandeling

De PMKT gebruikt het lichamelijk ervaren als middel om alle ontwikkelingsgebieden van het kind te stimuleren. Het is een generalistische vaktherapie en kan gebruik maken van elk vaktherapeutisch materiaal, het best passend bij het individuele kind. Bewegen en lichaamsbeleving staan hierin centraal.

Door non-verbale technieken, waarbij we de sterke kanten en interesses van het kind volgen, reflecteren we op wat het kind ervaart, fysiek en emotioneel. Beweging en zintuiglijke ervaringen dragen bij aan het lichamenlijk bewustzijn, waardoor het mogelijk wordt om je bewust te worden van verschillende emoties. Daarbij worden de sterke en zwakke kanten van alle ontwikkelingsgebieden inzichtelijk gemaakt (com. Kennisinnovatie, 2016).

Mentaliseren verhoogt het zelfbewustzijn van het kind. Bovendien stimuleren we het zelfvertrouwen door het kind succeservaringen te laten opdoen. Met een realistisch zelfgevoel kan een kind zijn gedrag (zonder dwang of straf) van binnenuit aanpassen. Door variatie en herhaling van de ervaringen ontwikkelen zich, op hersenniveau, verschillende mentale modellen (zie 6.3.1). In de laatste fase van de therapie oefent de therapeut het kind op een meer directe manier, zodat het kind zich kan ontwikkelen naar sociaalvaardigheid en onafhankelijkheid.

Het betrekken van de betrokkenen en vooral de verzorgers door coaching en psycho-educatie is een vast onderdeel van de behandeling.

### *6.3.3 Praktijkervaringen*

Er wordt in beginsel altijd aangesloten bij de belangstelling en het (hechtings)niveau van het kind. Door bijvoorbeeld altijd op dezelfde tijd en plaats af te spreken en elke sessie te starten op dezelfde wijze (op dezelfde plek gaan zitten, iets eten/drinken, samen een plan maken) wordt het voor het kind voorspelbaar en dus veilig.

Een kind kiest een schommelzak waar het helemaal in wegkruipt met een knuffel. Er wordt een doek voor de ingang gehangen. De therapeut mag het kind zachtjes schommelen en maakt zo indirect contact met het kind. Er wordt speels benoemd welk lichaamsdeel de therapeut voelt. Na een tijdje ziet de therapeut een uitgestoken hand en kan er direct lichaamscontact worden gemaakt.

Een ander kind laat veel boosheid zien en wil met voorwerpen gooien. De therapeut spant een touw en hangt er doeken over. Het kind wordt uitgenodigd om de doeken met behulp van pittenzakken van de lijn te gooien. Zo wordt aangesloten bij de bewegingsbehoefte. De boosheid wordt gekanaliseerd en kan worden ontladen binnen dit bewegingsspel.

Binnen de therapie worden verschillende zintuiglijke ervaringen gecreëerd met geur- en smaakspellen, bijvoorbeeld door winkeltje te spelen. Het kind koopt etenswaren met verschillende smaak en textuur. Deze worden met aandacht geproefd en omschreven om het sensorisch bewustzijn te vergroten.

Een voorbeeld van een sensomotorisch spel: een kind van pittenzakken met verschillende inhoud een lange baan laten maken. Ze loopt over de baan naar de overkant. Dan wordt gevraagd welke pittenzak het prettigst voelde. Het meisje antwoordt verbaasd: "Kun je die voelen dan?". Door nogmaals over de baan te lopen, wordt ze zich bewust van de diverse gevoelssensaties en kan ze deze benoemen.

### *6.3.4 Wetenschappelijk onderzoek*

Geen gegevens bekend. N=1 onderzoek is opgezet.

## *6.4 Werkzame elementen*

Deze interventie is nog niet onderzocht. In de praktijk van de PMKT lijken de volgende elementen werkzaam te zijn:

### *Eerste fase*

- Werkvormen die aansluiten bij de interesse en ontwikkeling van het kind en mogelijkheden bieden voor stimulering van regulatie, waarbij het kind zowel lichamenlijk als zintuiglijk gestimuleerd wordt;
- Therapeutische attitude: de therapeut neemt de verbale en non-verbale signalen van het kind waar en onderzoekt samen met het kind de betekenis hiervan.

### *Tweede fase*

- Geïntegreerd aanbod waardoor alle ontwikkelingsgebieden gestimuleerd worden;
- Werkvormen waarbij het kind gestimuleerd wordt om te experimenteren met de lichamelijke en zintuiglijke ervaringen die in de eerste fase zijn opgedaan;
- De therapeut gaat buiten aandacht geven en meeleven nu ook gedrag ondertitelen, en benoemen (mentaliseren).

#### *Derde fase*

- De therapeut gaat weerstand bieden zodat het in het voorgaande geleerde steviger beklijft bij het kind.

Reguleren blijft in alle fasen voortdurend een aandachtspunt.

Transfer door gesprekken met de leefomgeving (gezin, school, etc.) waarin gedrag besproken wordt en handvatten aangereikt zodat het kind ook buiten de therapie ander gedrag kan laten zien.

#### *6.5 Samenvatting*

Bij kinderen met problematisch hechtingsgedrag zien we problemen op het gebied van emotieregulatie en/of gedragsproblemen. Door middel van het lichamelijk ervaren, waarin bewegen en lichaamsbeleving centraal staan, worden alle ontwikkelingsgebieden van het kind gestimuleerd waardoor een realistisch zelfgevoel volgt en het kind zijn gedrag (zonder dwang of straf) van binnenuit aanpast en zich kan hechten aan een ander. Het kind kan zich nu verder ontwikkelen op alle gedragscomponenten in relatie met zijn omgeving, waardoor de dagelijkse opvoeding vlotter verloopt.

## **Hoofdstuk 7: Randvoorwaarden en kosten**

Voor de algemene randvoorwaarden verwijzen we naar de beroepscode voor psychomotorische kindtherapie “Beroepsprofiel Psychomotorische kindtherapeut” van de NVPMKT (Beroepsprofiel NVPMKT, 2016).

- Er is voorafgaand aan en tijdens de behandeling sprake van een stabiele leef- en ondersteuningssituatie waarin de cliënt zich voldoende veilig voelt;
- Er is sprake van een sensitief-responsief bekend persoon in de omgeving van het kind of de jeugdige die bereid is om als potentieel gehechtheidspersoon deel te nemen aan de therapie;
- Samenwerking en afstemming met overige behandeldisciplines rondom een cliënt zijn gewaarborgd;
- De veiligheid van cliënt en therapeut is gewaarborgd;
- Beschikbaarheid van een goed geoutilleerde PMKT-ruimte of gymzaal met alle mogelijke vaktherapeutische materialen.

#### *7.1 Uitvoering*

Deze module richt zich op de zelfstandige praktijk, maar kan ook binnen een instelling gebruikt worden. De uitvoering dient plaats te vinden door een geregistreerde psychomotorisch kindtherapeut.

##### *7.1.1 Materialen*

Folders en website: NVPMKT, FVB en PMKT-praktijken.

##### *7.1.2 Randvoorwaarden voor de cliënt*

Frequentie: wekelijkse deelname aan therapie.

Overdracht betreffende aanpak en bejegening aan betrokkenen.

#### *7.2 Opleiding en competenties*

De PMKT-therapeut heeft de post-HBO opleiding PMKT afgerond en staat geregistreerd in een kwaliteitsregister. Ook volgt de therapeut regelmatig bijscholingen die gericht zijn op het verbeteren van een gezonde hechting. Voor de opleiding en competenties van een Psychomotorische Kindertherapeut

verwijzen wij naar de sites [www.nvpmkt.nl](http://www.nvpmkt.nl) en [www.pmkt-opleiding.nl](http://www.pmkt-opleiding.nl).

### 7.3 Kosten van de interventie

De kosten voor de behandeling kunnen vanuit verscheidene geldstromen gedekt worden, namelijk vanuit een persoonsgebonden budget via de Jeugdwet en deels vanuit de aanvullende zorgverzekering.

### 7.4 Locatie en uitvoerders

Psychomotorische kindertherapeuten in eigen praktijk, in een instelling of school.

### 7.5 Kwaliteitsbewaking

Informatie op de websites [www.nvpmkt.nl](http://www.nvpmkt.nl) en [www.FVB.nl](http://www.FVB.nl).

Verplicht:

- Opleiding PMKT.

Wenselijk:

- Bijscholing PMKT-module hechtingsproblematiek (zie site NVPMKT).

## Hoofdstuk 8: Subtypen

Dit product is tevens geschikt voor een andere doelgroep met vergelijkbare problematiek in een individueel aanbod.

## Hoofdstuk 9: Ontwikkelgeschiedenis

Dit product is geschreven vanuit de jarenlange ervaringen in het werkveld van de bij deze interventiebeschrijving betrokken psychomotorische kindertherapeuten. De theoretische onderbouwing maakt gebruik van de theorie van Bruce-Perry, Siegel en Van der Kolk. De door Bakker-van Zeil beschreven 'Bouwstenen van hechting' (1986) vormen de basis van de interventie.

## Literatuur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bakker-van Zeil, T. (1986). *Hechten en loslaten in therapie (scriptie in het kader van de technisch-theoretische cursus Experiëntiële Psychotherapie)*. Hilversum.
- Bakker-van Zeil, T. (2006). *Hechting in diagnostiek en behandeling. Paper*.
- Bastiaensen, P. (2016). *De Kleine Gids, Hechting en Trauma*. Amsterdam: Schulink (Wolters Kluwer).
- Brands-Zandvliet, W. (2012). *Hersenen en Emoties in Beeld*. Dordrecht: Digitalis.
- Brands-Zandvliet, W., & Eisenga-Oppenoorth, A. (2015). *Psychomotorische Kindertherapie, een theoretische onderbouwing*. Utrecht: Digitalis.
- Brands-Zandvliet, W., Eisenga-Oppenoorth, A. & Valkenburg-van Praag, M. (2008). *Het Brein. Een neurowetenschappelijke onderbouwing van de kinderlijke ontwikkeling*. Dordrecht: NVPMKT.
- Commissie Kennisinnovatie. (2016). *Competentieprofiel Psychomotorisch Kindertherapeut*. Utrecht: Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie.
- Pont, S. & Punt, D-J. (2013). *Dessa. Vragenlijst over sociaal-emotionele competenties*. Amsterdam:



Hogrefe Uitgevers B.V.

- Emck, C., Hammink, M.N. & Bosscher, R.J. (2007). *Psymot. Psychomotorische diagnostiek en indicatiestelling voor kinderen van 6 tot 12 jaar*. Zwolle: T Web.
- Felitti, V.J. (2011). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, nr 4 (vol 14).
- Fonagy, G.G. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Gendlin, E. (1981). *Focussen, gevoel en je lijf*. Haarlem: De Toorts.
- Greenspan, S.I. (2003). *Als uw kind speciale aandacht nodig heeft*. Lifetime.
- Greenspan, S.I. (2009). *Engaging Autism*. Philadelphia: Da Capo Press.
- Havermans, A. & Verheule, C. (2012). *Gehechtheid in Beeld*. Amsterdam: SWP.
- IJzendoorn, R. van & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2010). *Gehechtheid en trauma. Diagnostiek en behandeling voor de professional*. Amsterdam: Hogrefe.
- Kool, J. (2006). *Ho, tot hier en niet verder*. Leuven: Acco.
- Kugel, J. (2011). *Psychologie van het Lichaam*. Utrecht: Het Spectrum.
- Ledoux, J. (2003). *Synaptic Self*. London: Penguin Books.
- Lodewijks, H.P.B. & Verstegen, R. (1999). *Interactiewijzer. Analyse en aanpak van interactieproblemen in professionele opvoedsituaties*. Assen: Van Gorcum.
- Lyons, S. (2017, July 26). The Repair of Early Trauma: A "Bottom Up" Approach. Retrieved March 1, 2018, from [www.beaconhouse.org.uk](http://www.beaconhouse.org.uk)
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton.
- Perry, B. & Szalavitz, M. (2007). *De jongen die opgroeide als hond*. Schiedam: Scriptum.
- Siegel, D.J. & Payne Bryson, T. (2013). *Het hele brein; het hele kind*. Schiedam: Scriptum.
- Siegel, D.J. (1999). *The Developing Mind*. New York: Guilford Press.
- Stern, D. (1998). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*. London: Karnac Books.
- Struik, A. (2010). *Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen*. Amersfoort: Wilco.
- Teurlings, S. (2017). <http://richtlijnenjeugdhulp.nl/problematische-gehechtheid/etiologie/beinvloedende-factoren-problematische-gehechtheid/>
- Thoomes-Vreugdenhil, A. (2006). *Behandeling van hechtingsproblemen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van der Kolk, B. (2015). *The Body Keeps the Score*. London: Penguin Books Ltd.
- Verheugt-Pleiter, J.E., Schmeets, M.J.G. & Zevalkink, J. (2005). *Mentaliseren in de kindervertherapie. Leidraad voor de praktijk*. Assen: Koninklijke van Gorcum.