



Psychomotorische therapie (PMT) voor jeugdigen (6 tot 18 jaar) met een licht verstandelijke beperking (LVB) gericht op het tot stand brengen en/of het bevorderen van de gehechtheidsrelatie tussen de jeugdige en diens gehechtheidspersoon.

Naam auteurs:

Tom Gravesteyn, Linda Peters, Monique Peters, Tirsia Roeterink, Talina Scholten, Marije van Vilsteren, Kees van den Bos.

Jaar: 2018

Context: Zorgprogramma LVB

Probleemomschrijving

Probleem

Van jeugdigen met een licht verstandelijke beperking is bekend dat er sprake is van een verhoogd risico op een problematische gehechtheid in de ontwikkeling (Janssens, Schuengel & Stolk, 2002). De gehechtheid kan moeilijker op gang komen door onduidelijke signalen vanuit de jeugdige zelf: trager reageren, problemen met aandacht richten en bijkomende zintuiglijke problematiek. Op sociaal-emotioneel gebied is herhaling nodig om veiligheid op te bouwen (Zaal, Boerhave & Koster, 2009). Door de beperkte informatieverwerkingscapaciteiten van jeugdigen met een licht verstandelijke beperking zijn meer leerervaringen nodig.

Onderzoek laat zien dat deze jeugdigen minder en moeilijk afleesbare signalen afgeven, waardoor het voor opvoeders lastiger is om sensitief-responsief te reageren op de jeugdige en positieve wederkerige interacties te hebben (Didden, 2006). Tevens kan het voor de opvoeders moeilijk zijn om hun eigen gedrag en emotie af te stemmen op de jeugdige.

Gevolgen

Jeugdigen met een problematische gehechtheidsrelatie ontnemen geen of onvoldoende emotionele veiligheid aan de relatie met hun opvoeder(s). De balans tussen het verkennen van de omgeving (exploreren) en het zoeken naar de nabijheid van de opvoeder(s) is verstoord. Het durven exploreren is belangrijk om te kunnen leren, dit impliceert dus de latere taalontwikkeling, motorische ontwikkeling, sociale en emotionele ontwikkeling (Belie & Morisse, 2007).

Dit zorgt voor een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychopathologie. Een jeugdige met een problematische gehechtheidsrelatie heeft onvoldoende vertrouwen in zichzelf en anderen opgebouwd. Dat zorgt voor vaak ernstig verstoord emoties en gedragingen ten opzichte van de ouders en daardoor ook in alle andere intermenselijke contacten (De Wolff, Dekker-van der Sande, Sterkenburg & Thoomes-Vreugdenhil, 2014). De gevolgen op latere leeftijd zijn: een gebrek aan gevoel van veiligheid, problemen in het aangaan en onderhouden van relaties, problemen in de regulatie van stress en emoties en het hebben van een verminderd zelfbeeld en zelfvertrouwen (Thoomes-Vreugdenhil, 2006).

Doelgroep

Jeugdigen van 6 tot 18 jaar met een licht verstandelijke beperking en diens gehechtheidspersoon.

Met de term 'licht verstandelijk beperkt' worden volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association (DSM-5, 2013) kinderen met een intelligentiequotiënt (IQ) tussen de 50 en 70 bedoeld. Dit gaat gepaard met een beperking in het adaptieve functioneren welke de mate van ernst van de beperking classificeert (DSM-5, 2013). Ook kinderen met een IQ tussen de 70 en 85 worden tot de groep 'licht verstandelijk beperkt' gerekend, wanneer zij beperkingen in hun adaptieve functioneren ervaren (Zoon, 2012).

Een gehechtheidspersoon is een persoon die voorspelbaar en sensitief handelt richting het kind. De persoon biedt de jeugdige een veilige uitvalsbasis, steun & troost in tijden van stress en draagt bij aan de ontwikkeling van een basaal vertrouwen, een gevoel van veiligheid en zelfregulatie (De Wolff et al., 2014).

Indicaties

- Er is sprake van problemen in het aangaan en onderhouden van relaties;
- Er is sprake van problemen in de regulatie van stress en emoties;
- Er is sprake van een negatief intern werkmodel;
- Er is sprake van een gebrek aan een gevoel van veiligheid.

Contra-indicaties

- Er is sprake van een storing in het contact met de realiteit, zoals wanen of psychosen;
- Er is sprake van een beheersmatige en/of dwangmatige woonomgeving;
- Er is sprake van excessief middelengebruik (Didden et al., 2013).

Verwijzing en selectie

Het aanmeldproces is afhankelijk van de verwijzer en waar de interventie uitgevoerd wordt: bij een zorginstelling of bij een vrijgevestigde psychomotorisch therapeut. Zo kan de jeugdige worden doorverwezen vanuit het Centrum Jeugd en Gezin, de huisarts of andere gecertificeerde instellingen. Er wordt gestart met een intake door de psychomotorisch therapeut. Deze intake bestaat uit kennismaking, uitleg over de behandeling en psycho-educatie over gehechtheid. De observatiefase volgt daarna.

Doelen

Hoofddoel: Aan het eind van deze interventie is er een veilige gehechtheidsrelatie tussen de jeugdige en de gehechtheidspersoon bevorderd en/of tot stand gebracht.

Subdoelen:

Iedere fase van de behandeling kent verschillende doelen voor de gehechtheidspersoon en voor het kind. Deze doelen zijn gebaseerd op het model bouwstenen van hechting (Bakker-van Zeil, 1986, 2006).

Fase 1: basisveiligheid & zorgen voor.

Doel: Het ontwikkelen van basisveiligheid. Rust, aandacht, herkenbaarheid en beschikbaarheid zijn noodzakelijk.

Subdoel kind: De jeugdige accepteert na 10 sessies de structuur van de therapie en kan gedurende de hele therapiesessie aanwezig zijn.

Subdoel gehechtheidspersoon: De gehechtheidspersoon (her-)kent na 10 sessies de stresssignalen van de jeugdige.

Fase 2: toevertrouwen & geven.

Doel: het ontwikkelen van een gewenst verwachtingspatroon. Het realiseren van een juiste afstemming op eigen aard en signalen van de jeugdige.

Subdoel kind: De jeugdige erkent na 10 sessies dat de sensitieve en voorspelbare reacties van de gehechtheidspersoon troost en steun bieden en accepteert de reactie van de gehechtheidspersoon.

Subdoel gehechtheidspersoon: De gehechtheidspersoon kan na 10 sessies sensitief en voorspelbaar reageren op stresssignalen van de jeugdige waardoor de (lichamelijke) stress bij de jeugdige afneemt.

Fase 3: zelfvertrouwen, steunen en meeleven.

Doel: het vergroten van het zelfvertrouwen, maar ook het leren omgaan met frustraties en tegenvallers met als gevolg dat er minder stress ontstaat.

Naarmate de jeugdige meer vertrouwen en stimulans van de gehechtheidspersoon ervaart, zal het zich vrijer bewegen en zo de eigen mogelijkheden en beperkingen tegenkomen. De stimulans en steun van de gehechtheidspersoon zijn noodzakelijk.

Subdoel kind: De jeugdige durft na 10 sessies nieuwe (spanningsvolle) ervaringen aan te gaan omdat het de troost en steun vanuit de sensitieve-responsieve gehechtheidspersoon ervaart.

Subdoel hechtingspersoon: De gehechtheidspersoon stimuleert na 10 sessies de jeugdige, moedigt de jeugdige aan en ondersteunt de jeugdige in het aangaan van nieuwe ervaringen.

Beschrijving van de interventie-aanpak

Architectuur van de interventie

De interventie start met een onderzoeksfase om zicht te krijgen op de gehechtheid van de jeugdige en om te onderzoeken of de interventie aansluit bij het kind. Er wordt onderzocht hoe de ontwikkeling van de hechting bij de jeugdige is verlopen en welke hechtingsproblemen de jeugdige ervaart. Na de onderzoeksfase volgt de behandelfase bestaande uit minimaal 30 sessies.

De therapie wordt afgesloten met de afrondingsfase. Voor de gehele interventie geldt dat de behandeling 1 keer per week plaats vindt in sessies van 45 minuten. Er wordt bij elke 10 sessies, twee keer gebruik gemaakt van video-feedback tijdens een aparte afspraak met de gehechtheidspersoon. Er worden huiswerkopdrachten meegegeven om het toepassen van het geleerde in de thuissituatie te stimuleren.

Inhoud van de interventie

De *onderzoeksfase* neemt gemiddeld 3-5 sessies in beslag en bestaat uit een intake en observatie. Het doel van deze fase is het komen tot vakspecifieke diagnostiek. De observatie vindt plaats in een bewegingsruimte en kan aangevuld worden met een observatie in de leefomgeving van de jeugdige. Voor de vakspecifieke diagnostiek wordt gebruik gemaakt van het LECS model (Hekking & Fellingner, 2011, p.59) en de bouwstenen van Bakker-van Zeil (1986). Het denken, voelen en handelen van zowel de jeugdige als de gehechtheidspersoon worden geanalyseerd en er wordt een sterkte-zwakke analyse gemaakt. Vastgesteld wordt wat de triggers van stress zijn, vergelijkbaar met de Window of tolerance (Havermans & Verheule, 2014). Enkele voorbeelden daarvan zijn: kan de jeugdige zich ontspannen, -hulp accepteren en –gevoelens delen.

De *behandelfase*, bestaat uit drie verschillende fases (zie boven bij subdoelen) en duurt minimaal 30 sessies. Oefenvormen worden aangeboden binnen de draagkracht en mogelijkheden van het kind (Havermans & Verheule, 2014).

Fase 1: de gehechtheidspersoon verkent eerst welke sensitieve en voorspelbare reacties aansluiten bij het kind. Voorbeelden hiervan zijn: spiegelen en aftasten van de afstand en nabijheid. Het eerste doel is behaald zodra de stresssignalen van de jeugdige duidelijk zijn voor de gehechtheidspersoon en het kind gedurende de hele therapie aanwezig kan zijn.

Fase 2: de jeugdige wordt in kleine stappen uitgedaagd om nieuwe ervaringen op te doen die enige mate van stress oproepen. Middels oefenvormen zoals leunen tegen de ander, overgooien en wipwappen. Op het moment dat het kind binnen de oefenvormen de sensitief en voorspelbare reacties van de gehechtheidspersoon herkent en accepteert, kunnen zij door naar het laatste doel.

Fase 3: de jeugdige wordt gestimuleerd om te exploreren en steun en troost te zoeken bij de gehechtheidspersoon. Hiermee wordt het vertrouwen in de ander en in zichzelf bevorderd waardoor de jeugdige een relatie kan leren aangaan met de gehechtheidspersoon. De werkwijze in deze fase is gelijk als in fase 2.

De *afrondingsfase* bestaat uit 5 sessies en wordt gebruikt om oefenvormen te herhalen, successen te vieren, inzicht te krijgen op de ontwikkeling en om op een positieve manier afscheid te nemen van de therapeut. Alles wat het kind en de gehechtheidspersoon hebben ontwikkeld wordt in deze fase geïntegreerd tot een samenhangend geheel.

Rol van de therapeut

De therapeut houdt rekening met het cognitieve en sociaal-emotionele niveau van de LVB doelgroep.

De therapeut is sensitief en voorspelbaar en zorgt ervoor dat de werkvormen aansluiten bij het gehechtheidsgedrag van de jeugdige. In het begin van iedere fase heeft de therapeut een voorbeeldfunctie voor de gehechtheidspersoon en later ondersteunt de therapeut de gehechtheidspersoon. De therapeut waarborgt de veiligheid binnen de therapiecontext.

Materialen

Er wordt gebruik gemaakt van verschillend bewegingsmateriaal, bijvoorbeeld ballen en hoepels, om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de belevingswereld van de jeugdige. Afhankelijk van het belevings- en ontwikkelingsniveau kan er gebruik worden gemaakt van diverse hulpmiddelen zoals: iPad, pictogrammen, sensorische materialen, emotiewijzer, spanningsmeter en ik-boek. Enkele sessies worden daarnaast opgenomen op video om te kunnen nabespreken met de gehechtheidspersoon. Hieraan worden de huiswerkopdrachten gekoppeld.

Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak

Welke factoren veroorzaken het probleem

Vanuit het biopsychosociale perspectief (Nevid, Rathus & Green, 2008) worden de volgende factoren die het probleem veroorzaken onderscheiden.

Biologisch: De licht verstandelijke beperking van het kind kan ontstaan zijn door een genetische afwijking, gebruik van drugs/alcohol/medicijnen tijdens de zwangerschap, een hersenbeschadiging tijdens of na de geboorte vanwege zuurstofgebrek, hersenbloeding of een ongeluk. Hierdoor zendt het kind andere- en vertraagde signalen uit (vanaf het eerste moment dat hechting plaats moet vinden) dan kinderen met een normaal intelligentieniveau.

Psychologisch: LVB-kinderen hebben een vertraagde ontwikkeling van het werkgeheugen. Ze hebben moeite met het onthouden en verwerken van informatie. Ervaringen worden niet vanzelf gegeneraliseerd, waardoor leerervaringen minder goed toegepast worden in andere, vergelijkbare situaties (Zoon, 2012). Hierdoor zijn binnen het hechtingsproces meer en consequente herhalingen nodig om een veilige gehechtheidsrelatie op te kunnen bouwen.

Sociaal: LVB-kinderen groeien vaak op in gezinnen met meerdere complexe problematieken. Veelal hebben kinderen met een LVB ook ouders met een laag intelligentieniveau, waarbij tevens sprake kan zijn van psychische, psychiatrische of verslavingsproblematiek. Deze ouders missen vaak opvoedingsvaardigheden en kunnen onvoldoende sensitief responsief reageren op het kind vanwege hun eigen beperking(en). Ook is het van belang hoe de ouder zelf gehechtheidsrelaties aan heeft leren gaan. Dit bepaalt namelijk de manier waarop de ouder de gehechtheidsrelatie met zijn/haar kind aan gaat.

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

Bovenstaande factoren kunnen leiden tot een problematische gehechtheid. De behandeling is gericht op herstellen van onderstaande kenmerken van de problematische gehechtheid (zie ook Probleemomschrijving):

- Gebrek aan gevoel van veiligheid.
- Problemen in het aangaan en onderhouden van relaties
- Disregulatie van stress en emoties
- Verminderd zelfbeeld en zelfvertrouwen.

Theoretische verantwoording

De hechtingsstijlen of reactieve hechtingsstoornis verschillen van elkaar wat betreft de ernst van de problemen en resulteren in verschillend gedrag (Lamb, Thompson, Gargner, & Charnov, 1985; van IJzendoorn & Bakermans, 2010). Door te werken aan de gehechtheidsrelatie aan de hand van de bouwstenenmodel van Bakker-van Zeil (1986, 2006) kan het vertrouwen weer hersteld worden. Een problematische gehechtheidsrelatie is namelijk geen persoonskenmerk of karaktertrek van een jeugdige, maar een kenmerk van de relatie tussen een jeugdige en de gehechtheidspersoon (Lekkerkerker & Schouten, 2009).

Deze interventie is met name gebaseerd op het bouwstenenmodel (Bakker-van Zeil, 1986, 2006), neuropsychologisch referentiekader, mentaliseren (Bateman & Fonagy, 2004).

Bouwstenen van Hechting

Bakker-van Zeil (1986, 2006) heeft de verschillende fasen waarin gehechtheidspresentatie of schema van zijn-met-de-ander wordt opgebouwd, verder uitgewerkt en deze fasen 'bouwstenen van hechting' genoemd. Bij de bouwstenen staan leeftijden genoemd waarmee wordt aangegeven dat het genoemde zich vanaf die leeftijd begint te ontwikkelen. Deze ontwikkeling gaat door tot en met de volwassenheid. De totale duur van de behandeling is afhankelijk van in welke bouwsteen de jeugdige en de gehechtheidspersoon functioneren. Het streven is een zo kortdurend mogelijk interventieproces. Dit is afhankelijk van de ernst van de problematiek, de mogelijkheden en vaardigheden van de jeugdige en de gehechtheidspersoon.

Aan de hand van de bouwstenen in de (sociaal emotionele) ontwikkeling wordt binnen deze behandelperiode met name aandacht besteed aan de eerste drie bouwstenen. Deze bouwstenen richten zich op het tot stand brengen en bevorderen van de gehechtheidsrelatie. De bouwstenen funderen elkaar. Dat wil zeggen dat een goede ontwikkeling van een eerdere bouwsteen een goede basis geeft voor de ontwikkeling van de volgende bouwsteen en daar in ook aanwezig blijft. Als er verstoringen optreden in de ontwikkeling, zullen die ook hun invloed houden in de ontwikkeling van de volgende bouwsteen of zelfs betekenen dat het kind de volgende bouwsteen nauwelijks ontwikkelt.

Mentaliseren

Een groeiend aantal wetenschappelijke onderzoeken bevestigt het verband tussen veilige gehechtheid en het kunnen mentaliseren (Bateman & Fonagy, 2004). Het blijkt dat 'mentaliseren' door de ouder van groot belang is voor het ontstaan van een veilige gehechtheidsrelatie. Mentaliseren houdt in dat de ouder gevoelens en gedachten van de baby ziet en (h)erkent, en daar in zijn gedrag rekening mee houdt. De ouder benoemt wat de baby doet, denkt of voelt. Bij een veilige gehechtheid neemt de ouder een intentionele houding aan tegenover het nog niet intentionele kind. Een ouder die mentaliseert verplaatst zich duidelijk in het perspectief van de baby, en verwoordt dat ook. Zo helpt de ouder het kind een veilige gehechtheidsrelatie te ontwikkelen.

Neuropsychologisch referentiekader

In de neurowetenschappen worden er op dit moment veel onderzoeken verricht naar het hormoon oxytocine en hechting (Swaab, 2015). Aan het einde van de zwangerschap gaan de hersencellen van zowel de moeder als het ongeboren kind het hormoon oxytocine maken. Dit hersenhormoon heeft vele functies en het wordt steeds duidelijker dat oxytocine bij vele sociale interacties een belangrijke rol speelt. Oxytocine remt ook de stress. Het is een boodschapper van affectie, gulheid, rust, vertrouwen en verbondenheid.

Werkzame elementen

Deze interventie is nog niet onderzocht. Wel is onderzocht dat Sherborne (1979) samenspel, en andere lichaamsgerichte therapievormen werkzaam zijn bij deze problematiek zoals omschreven in "gehechtheid in beeld (Havermans & Verheule, 2014).

De werkzame elementen vanuit de PMT praktijk zijn de therapeutische houding, de samenwerkingsoefeningen tussen de jeugdige en de gehechtheidspersoon; de oefeningen gericht op het vergroten van het lichaamsbewustzijn bij de jeugdige; het oefenen in sensitief en voorspelbaar reageren door de gehechtheidspersoon en de videofeedback.

Randvoorwaarden en kosten

Uitvoering

Voor de algemene randvoorwaarden verwijzen we naar de basisberoepscode voor psychomotorische therapie "Concept Beroepsprofiel Psychomotorische therapeut" van de NVPMT (Beroepsprofiel NVPMT, 2009).

- Er is voorafgaande 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 de jeugdige, die bereid is om als potentieel gehechtheidspersoon deel te nemen aan de therapie.
- Samenwerking en afstemming met overige behandel disciplines rondom een cliënt zijn gewaarborgd;
- De veiligheid van cliënten en therapeut is gewaarborgd;
- Beschikbaarheid van een goed geoutilleerde PMT-ruimte of gymzaal geschikt voor bewegingsactiviteiten en lichaamsgerichte oefenvormen.

Opleiding en competenties

Voor de opleiding en competenties van een vaktherapeut Psychomotorische Therapie verwijzen wij naar de site www.nvpmt.nl.

Kosten van de interventie

De kosten voor de behandeling kunnen vanuit verscheidene geldstromen gedekt worden, namelijk vanuit de diagnose behandel combinatie (DBC), de wet langdurige zorg (WLZ) of vanuit een Persoonsgebonden budget.

Locatie en uitvoerders

Deze interventie kan op diverse locaties worden uitgevoerd, zoals bijvoorbeeld bij een zelfstandig gevestigd psychomotorische therapeut of in een residentiële behandelsetting. De uitvoering dient plaats te vinden door een geregistreerde psychomotorische vaktherapeut (zie register SRVB).

Subtypen

Dit product is tevens geschikt voor een andere doelgroep met vergelijkbare problematiek en in een individueel aanbod. Hierbij valt te denken aan:

- Kinderen met LVB en problematische gehechtheid jonger dan 6 jaar;
- Kinderen en jeugdigen en volwassenen zonder LVB, met een problematische gehechtheid;
- Volwassenen met LVB en problematische gehechtheid;
- Cliënten van thuiswonend tot instellingen met 24 uurszorg.

Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

De door Bakker-van Zeil beschreven 'Bouwstenen van hechting' (1986) vormen de basis van deze interventie. Daarnaast is er gebruik gemaakt van de verschillende bij het Nederlands Jeugdinstituut gepubliceerde interventies zoals Video-Hometraining in gezinnen met jonge kinderen.

Tenslotte is dit product geschreven vanuit de ervaringen in het werkveld van de bij deze interventiebeschrijving betrokken psychomotorische therapeuten.

Literatuur

- Ayres, A.J. (1972). *Sensory integration and the child: Understanding hidden sensory challenges*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Bakker-van Zeil, T. (1986). *Hechten en loslaten in therapie*. Hilversum: Scriptie in het kader van de technisch-theoretische cursus Experiëntiële Psychotherapie.
- Bakker-van Zeil, T. (2006). *Hechting in de diagnostiek en behandeling*. Paper. Geraadpleegd op: www.pmkt-opleiding.nl
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder; Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Belie, E. de & Morisse, F. (Red.), (2007). *Gehechtheid en gehechtheidsproblemen bij personen met een verstandelijke beperking*. Apeldoorn: Garant.
- Bijsterbosch, H., Eijselendoorn, A., Kemenade, M. van, Leeuw, I. van, Sikkel, H., Timmers, H., (2009). *PMT bij kinderen en jongeren (8-15 jaar) met een licht verstandelijke beperking en een onveilige hechtingsrelatie*, Module NVPMT, Geraadpleegd op: www.nvpmt.nl
- Bouwmeester, R., Gerritsen, P., Van Belzen, J., Oudenhoven, J. Wintels, C., & Roos, J. (2009). De Borg PMT-module 'Agressietraining (forensische) SGLVG. In: Didden, R. & Moonen, X. (Red.), *Met het oog op behandeling 2: effectieve behandeling van gedragsstoornissen van mensen met een licht verstandelijke beperking* (83-90). Utrecht/Den Dolder: Landelijk Kenniscentrum LVG / Expertise Centrum De Borg.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2, Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982, 1969). *Attachment and loss. Vol 1: attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1983). *Verbondenheid*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Colla, P. (1994). Psychomotorische therapie in beweging. In: J. Simons (red.), *Actuele themata uit de PMT* (pp. 9-14). Leuven: ACCO.
- Didden, R. (2006). *In perspectief: gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke handicap*. Houten: Bohn Stafleu Van Lochem.
- Didden, R., Kiewik, M., Vandernagel J. (2013). 'Iedereen gebruikt toch?' *Verslaving bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Amsterdam: Boom.
- Dobson, S., Upadhyaya, S., Conyers, I., & Raghavan, R. (2002). Touch in the care of people with profound and complex needs: A review of the literature. *Journal of Learning Disabilities*, 6 (4), 351-362.
- Dosen, A. (2008). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap*. Assen: Van Gorcum.
- Ende, W. van der (2014). *Concept handleiding Affect Regulerende Vaktherapie*. Kennisnetwerk Affectregulatie.

- Havermans, A. & Verheule, C., (2014). *Gehechtheid in beeld*. Handleiding video-interactiebegeleiding voor professionals in de adoptieazorg. Amsterdam: SWP.
- Heijkoop, J. (2009). *Vastgelopen: anders kijken naar begeleiding van mensen met een verstandelijke handicap met ernstige gedragsproblemen*. Amsterdam, Boon/Nelissen.
- Hensen, E. (2005). Agressieve jongeren met licht cognitieve beperkingen, een literatuurstudie naar de mogelijkheden van psychomotorische therapie. *Scriptie VU, faculteit der bewegingswetenschappen*, Amsterdam.
- Janssen, C.G.C., Schuengel, C. & Stolk, J. (2002). Gedragsproblemen bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking, gehechtheidsproblemen en psychologische stress. *Nederlands tijdschrift voor de zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 28 (1), 3-20.
- Kars, H., & Wibier, M. (1996). Psychomotorische therapie voor zwakzinnige mensen. *Bewegen & Hulpverlening*, 13, 85-98.
- Koning, N.D. de & Colin, P.J.L. (2007). Behandeling van jeugdigen met een psychiatrische stoornis en een verstandelijke beperking. *Kind en adolescent* 28; 138-147.
- Lamb, M.E., Thompson, R.A., Gargner, W., & Charnov, E.L. (1985). *Infant-mother attachment: the origins and developmental significance of individual differences in strange situation behavior*. Hillsdale (NJ): Erlbaum.
- Lange, J. de (2010). *Psychomotorische therapie. Lichaams en bewegingsgeoriënteerd interventies in de GGZ*. Amsterdam: Boom.
- Lekkerkerker, L. en Schouten, R. (2009) *Instrument 'Beoordeling Sociaal Aanpassingsvermogen' (BSA)* Gedownload op 19-01-2015, van http://www.nji.nl/nl/BSA_Handleiding.pdf, pg. 17 en pg. 19.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for the classification of behavior. In T. Brazelton and M. Yogman (eds). *Affective development in infancy*, (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. Greenberg, D. Cicchetti and E. Cummings (eds). *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*, (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Marwijk, F. van (2007). *Lichaamstaal bij baby's*. Houten: Unieboek.
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT) (2009). *Beroepsprofiel psychomotorische therapeut*. Geraadpleegd op: www.nvpmt.nl
- Nevid, J.S., Rathuis, S.A. & Green, B. (2018). *Psychiatrie, een inleiding*. Amsterdam: Pearson.
- Sherborne V., (1979a). Movement for developmentally retarded children, Physical education for children with special needs, Cambridge university press.
- Sherborne V., (1979b), Movement and physical education, Physical and creative e activities for the mentally handicapped, Cambridge university press.
- Sterkenburg, P.S., Schuengel, C. (2010). Intergratieve therapie voor gehechtheid en gedrag. Psychotherapie voor kinderen met een visuele en ernstig verstandelijke beperking. *Bulletin van de Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 37 (1/2), 24-38.
- Swaab, D. (2015) *Wij zijn ons brein*. Amsterdam: Olympus.
- Thoomes-Vreugdenhil, A. (2006). *Behandeling van hechtingsproblemen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wolff, M. de, Dekker-van der Sande, F., Sterkenburg, P. & Thoomes-Vreugdenhil, A., (2014) *Richtlijn Problematische gehechtheid 2014, Richtlijnen Jeugdzorg aanbevelingen voor de praktijk* van http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl/wpcontent/uploads/2015/04/Richtlijn_Problematische_gehechtheid.pdf
- IJzendoorn, M.H. van (1994). *Gehechtheid van ouders en kinderen: intergenerationele overdracht van gehechtheid in theorie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- IJzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2010). *Gehechtheid en trauma*. Amsterdam: Hogrefe.
- Zaal, S., Boerhave, M., & Koster, M., (2009) *Hechting - Basisveiligheid, Basisvertrouwen; Begeleiding en Behandeling, een handreiking voor begeleiders en behandelaars* https://www.cordaan.nl/2637/3483/34158/boekje_hechting_2009.pdf
- Zoon, M. (2012). *Kenmerken en oorzaken van een licht verstandelijke beperking*. Gedownload op 19-01-2015, van https://mijnclintonline.files.wordpress.com/2014/01/lvb_kenmerken_en_oorzaken.pdf