

Psychomotorische therapie: dyslexie en zelfvertrouwen

Een literatuurstudie naar aangrijpingspunten voor een behandeling gericht op het vergroten van het zelfvertrouwen bij kinderen met gediagnosticeerde dyslexie.

VOORWOORD

Deze literatuurstudie is gedaan naar aanleiding van een opvallende observatie uit het werkveld. Tijdens mijn stageperiode bij Intraverte in Tongeren kreeg ik een aantal kinderen in behandeling voor het verbeteren van hun zelfvertrouwen. Intraverte beweegt zich in de kinder- en jeugdhulpverlening waar ruimte is voor lichtere en zwaardere problematiek. Bij verschillende intake gesprekken bleek soms dat deze kinderen naast gebrek aan zelfvertrouwen ook last hebben van dyslexie. Nadat ik deze situatie een aantal keren tegenkwam, heb ik een aantal intakeverslagen doorgenomen en rondvraag gedaan binnen de instelling. Hieruit bleek dat veruit het merendeel van kinderen met dyslexie onder andere een hulpvraag hebben die betrekking heeft op het zelfvertrouwen van het kind. Binnen de psychomotorische therapie worden er geen kinderen met dyslexie behandeld omdat dit buiten het werkveld valt. Deze kinderen kampen echter vaak met psychosociale problemen en op die manier vallen ze weer wel binnen het werkveld. Dit is dan ook voor mij de aanleiding geweest om dit literatuuronderzoek uit te voeren.

Een literatuuronderzoek schrijf je niet alleen. Daarom neem ik nu de gelegenheid om de mensen te bedanken die mij de afgelopen periode hebben gesteund. Zonder hun hulp was het niet gelukt. Allereerst wil ik Bas ten Harkel bedanken voor het geduld dat hij met mij heeft gehad in deze stressvolle periode. Verder wil ik hem bedanken voor de hulp met de opmaak, het herlezen van mijn onderzoek en de suggesties die hij heeft gedaan. Verder wil ik Henk ten Harkel bedanken voor het nakijken van mijn literatuuronderzoek. Daarnaast wil ik Dianne Bisschop bedanken voor het kritisch bekijken van mijn onderzoek. Als laatste wil ik mijn begeleider Cor Niks bedanken voor het helpen opstellen van de probleemstelling en het geven van feedback op mijn onderzoek.

Anniek Bisschop

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord.....	1
Inhoudsopgave.....	2
Samenvatting.....	3
Inleiding.....	4
Hoofdstuk 1. Wat is dyslexie?	5
1.1 Erfelijkheid.....	6
1.2 Neurologisch bekeken	6
Hoofdstuk 2. Zelfvertrouwen	8
2.1 Dyslexie en zelfvertrouwen	9
2.2 Negatief attribueren	10
2.3 Invloed van dyslexie op het gedrag	10
2.4 Stress door dyslexie	10
Hoofdstuk 3. Het belang van diagnosticeren	12
Hoofdstuk 4. Aangrijpingspunten voor een PMT behandeling	13
4.1 Het belang van PMT in de behandeling.....	13
4.2 Voorwaarden therapie	13
4.3 Aangrijpingspunten	15
Discussie	20
Conclusie	20
Bibliografie	22

SAMENVATTING

Dyslexie is een zeer complexe stoornis waarvan de oorzaken van het ontstaan van deze stoornis nog niet helemaal bekend zijn. Wellicht heeft het ontstaan van dyslexie te maken met kleine neurologische afwijkingen of defecten. Kinderen met dyslexie lopen een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychosociale problemen, waaronder een tekort aan zelfvertrouwen. Het ontstaan van een tekort aan zelfvertrouwen ontwikkeld zich op verschillende manieren. Een van de hoofdoorzaken van weinig zelfvertrouwen is dat kinderen denken dat ze minder competent zijn. Ook worden deze kinderen niet in hun erkenningsbehoefte voorzien. Daar komt bij dat deze kinderen vaak het gevoel hebben anders te zijn dan anderen. Fouten worden door deze kinderen negatief geattribueert. Om hulp te kunnen bieden moet de dyslexie gediagnosticeerd zijn. Hoe eerder de diagnose is gesteld, hoe meer er zorg op maat geboden kan worden. Diagnosticeren speelt dan ook een belangrijke rol in het al dan niet ontwikkelen van psychosociale problemen. Bij het op maat aanbieden van zorg kan de PMT van toegevoegde waarde zijn op het gebied van het vergroten van zelfvertrouwen. Bij de PMT staat niet langer de dyslexie centraal maar er wordt gekeken naar wat het kind wel kan. Kinderen die dezelfde problemen ervaren kunnen binnen de PMT met elkaar in contact komen. Binnen de behandeling kan zowel lichaamsgericht als bewegingsgericht worden gewerkt. De aangrijpingspunten voor een behandeling van kinderen met gediagnosticeerde dyslexie gericht op het vergroten van zelfvertrouwen zijn: psycho-educatie, acceptatie, kwaliteiten ontdekken, stress verminderen, realistische doelen stellen, fouten maken mag, aansturen op zelfstandigheid, aanpakken spreekangst, transfer en thuissituatie.

INLEIDING

Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag (NVPMT, 2009).

Binnen de PMT wordt met verschillende doelgroepen gewerkt. Eén van die doelgroepen zijn kinderen met psychosociale problemen.

Een andere doelgroep voor de PMT zouden kinderen met gediagnosticeerde dyslexie die zelfvertrouwenproblematiek ervaren kunnen zijn. Hoewel deze kinderen volgens het beroepsprofiel van de PMT'er wel binnen de te behandelen doelgroep valt, is er in de literatuur niets te vinden over PMT'ers die ook daadwerkelijk werken met deze doelgroep. Toch kan de PMT toegevoegde waarde hebben omdat de huidige dyslexie behandeling zich vooral op het lezen en spellen richt en niet op het sociaal – emotionele gedeelte.

Dyslexie is een aandoening waarbij de kern van de problematiek zich vooral uit in leesproblemen. Naast leesproblemen kunnen ook psychosociale problemen een rol spelen. De PMT zou hier mooi op in kunnen spelen, ware het niet dat er binnen de PMT eigenlijk geen behandelingen zijn die gericht zijn op kinderen met dyslexie die zelfvertrouwenproblematiek hebben ontwikkeld. Dit betekent ook dat er geen aangrijpingspunten zijn voor het behandelen van kinderen met dyslexie die zelfvertrouwenproblematiek hebben binnen een PMT setting. Daarnaast is het de vraag of een PMT behandeling van toegevoegde waarde is binnen een reguliere dyslexie behandeling. Binnen het onderzoek zal getracht worden een antwoord te vinden op deze vraag.

Daarbij moet wel vermeld worden dat het enkel gaat om kinderen met dyslexie die ook daadwerkelijk zelfvertrouwenproblematiek ontwikkelen of hebben ontwikkeld. Het ontwikkelen van zelfvertrouwenproblematiek is namelijk een risicofactor. Het kan zijn dat deze problematiek niet tot uiting zal komen.

Dit heeft tot de volgende probleemstelling geleid: Wat zijn aangrijpingspunten vanuit de literatuur voor het uitvoeren van een PMT behandeling gericht op het vergroten van het zelfvertrouwen bij kinderen met gediagnosticeerde dyslexie?

Dyslexie kan door verschillende omstandigheden tot uiting komen. In dit literatuur onderzoek wordt alleen aandacht besteed aan de aangeboren vorm van dyslexie, ook wel ontwikkelingsdyslexie omdat deze vorm van dyslexie specifieke problemen met zich meebrengen.

Allereerst zal duidelijk worden gemaakt wat dyslexie precies inhoudt en hoe er op dit moment tegen de ontwikkeling van deze stoornis wordt aangekeken. Daarna wordt ingegaan op het gebied zelfvertrouwen. Wat is zelfvertrouwen precies? Zijn zulke problemen te wijten aan de dyslexie? Nadat de verbinding tussen dyslexie en het eventueel ontwikkelen van zelfvertrouwenproblematiek is gelegd, zullen er een aantal aangrijpingspunten geven worden voor de manier waarop binnen een PMT setting behandeld kan worden.

1. WAT IS DYSLEXIE?

Om een antwoord te kunnen formuleren op de bovengestelde probleemstelling is het van belang om eerst een helder beeld te scheppen van de stoornis dyslexie. Allereerst wordt er getracht een definitie te geven, daarna komt de mate van erfelijkheid aan bod gevolgd door verschillende visies vanuit een neurologische invalshoek. In de afgelopen jaren is de mening van wetenschappers over het ontstaan van dyslexie sterk veranderd. In het hedendaagse tijdperk worden er steeds meer genen ontdekt die verantwoordelijk zijn voor het anders verlopen van verschillende processen in de hersenen van een dyslecticus in vergelijking met de hersenen van controle personen zonder leesproblematiek.

Over het algemeen wordt dyslexie weergegeven als een stoornis in het vermogen om te lezen. Omdat dyslexie een stoornis is met een complexe oorzaak wordt het op verschillende manieren gedefinieerd. Een van deze definities is : ‘woordblindheid...stoornissen.’ (Jochems & Joosten, 2006). Deze definitie doet echter te kort aan de complexiteit van de stoornis. Hoewel het woord dyslexie niet wordt genoemd in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV), wordt de stoornis wel degelijk omschreven. Dyslexie valt onder de leerstoornissen. De DSM-IV geeft het volgende weer:

- A. Het leesniveau ligt, gemeten met een individueel afgenomen gestandaardiseerde test voor leesvaardigheid of begrip, aanzienlijk onder het te verwachten niveau dat hoort bij de leeftijd, de gemeten intelligentie en de bij de leeftijd passende opleiding.*
- B. De stoornis van criterium A interfereert in significante mate met de schoolresultaten of de dagelijkse bezigheden waarvoor leesvaardigheid vereist is.*
- C. Indien een zintuiglijk defect aanwezig is, zijn de leesproblemen ernstiger dan die welke hier gewoonlijk bij horen.*

De DSM-IV houdt dus rekening met de cognitieve capaciteiten van het kind met dyslexie. Uit deze definitie blijkt dat het cognitieve vermogen gemiddeld is. Er is dus sprake van een normale begaafdheid.

Mondiaal bekeken geeft de International Dyslexia Association (IDA) de volgende definitie (Lyon, Shaywitz, & Shaywitz, 2003):

Dyslexie is een specifieke leerstoornis van neurobiologische oorsprong. De stoornis wordt gekenmerkt door moeilijkheden met accurate en/of vlotte woordherkenning en door geringe spelling- en decodeervaardigheden. Deze moeilijkheden zijn doorgaans het gevolg van een stoornis in de fonologische component van taal en zijn veelal onverwacht in het licht van andere cognitieve vaardigheden en aanbod van effectieve instructie in de klas. Secundaire consequenties omvatten problemen met begrijpend lezen en een geringere leeservaring, die de ontwikkeling van de woordenschat en kennis van de wereld kunnen belemmeren.

In bovenstaande definitie wordt een duidelijke oorzaak weergegeven voor de problemen die dyslexie met zich meebrengen. De Stichting Dyslexie Nederland wil de definitie niet zo expliciteren omdat het niet vaststaat wat de precieze oorzaken van dyslexie zijn. De Stichting Dyslexie Nederland kiest voor een korte beschrijvende definitie: “Dyslexie is een stoornis die gekenmerkt wordt door een hardnekkig probleem met het aanleren en/of vlot toepassen van het lezen en/of het spellen op woordniveau.” (Stichting Dyslexie Nederland, 2008)

Volgens de IDA heeft deze specifieke leerstoornis dus een neurobiologische oorsprong. Het feit dat dyslexie een gevolg is van een defect in de hersenen wordt ook vanuit de

ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen gestaafd. (Rigter, 2002) Rigter stelt dat dyslexie niet het gevolg is van ongunstige omgevingsfactoren zoals slecht onderwijs, weinig stimulering of culturele factoren. Op andere schoolvlakken zou er weinig van de stoornis te merken zijn omdat er uitgegaan wordt van een normale intelligentie.

Het meten van de hoogte van de intelligentie is een moeilijke taak. Wetenschappers stellen dan ook dat de manier waarop de intelligentiemeting wordt gedaan omstreden is. Een deel van de vaardigheden die van belang zijn bij een intelligentietest hebben te maken met lezen. Hierdoor kan de intelligentie van een dyslecticus worden onderschat. (De Jong & Van der Leij, september 2004). Hoewel Rigter stelt dat dyslexie niet het gevolg is van omgevingsfactoren, hebben tweelingstudies aangetoond dat het zowel om omgevingsfactoren als om erfelijke aanleg gaat. (Bishop, 2006)

Wat onomstotelijk is bewezen, is dat het een stoornis is met een structureel karakter. Men kan niet over de stoornis heen groeien. Wel kunnen er een aantal strategieën worden toegepast om het wat makkelijker te maken om met de stoornis om te gaan.

1.1 ERFELIJKHEID

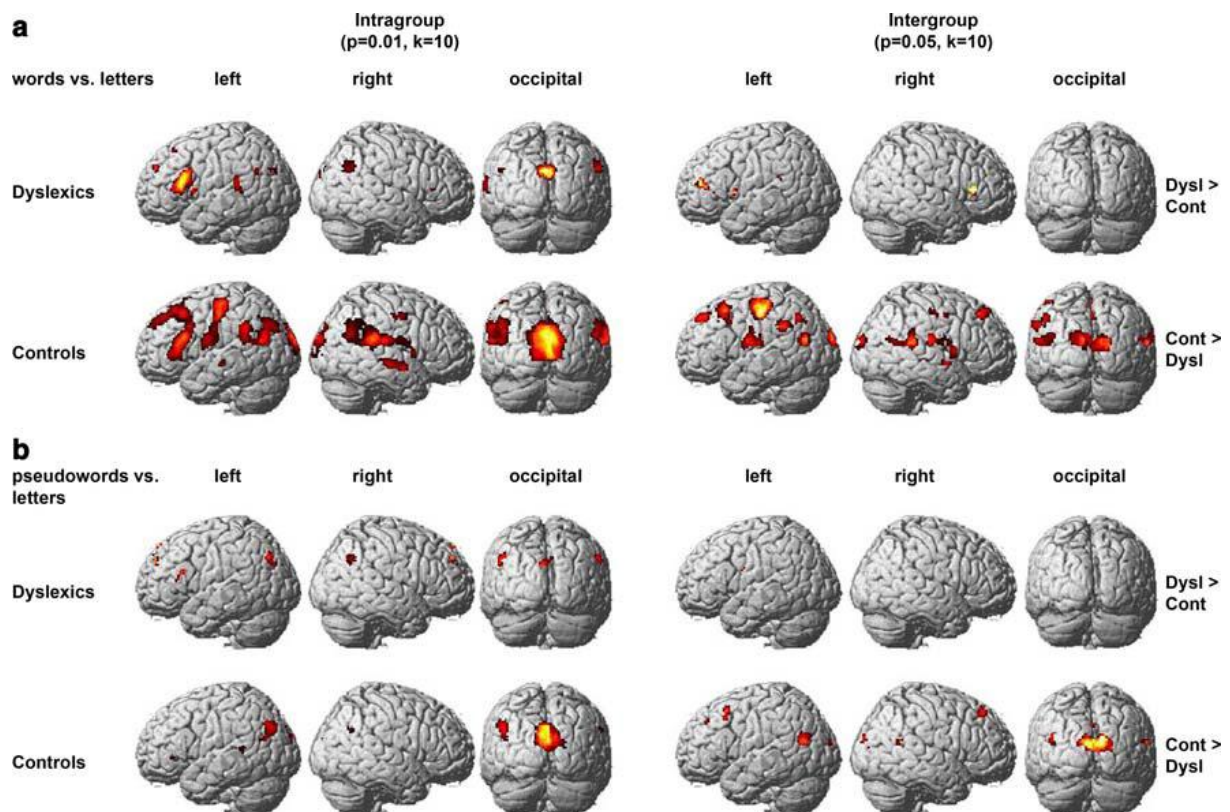
Om erachter te komen wat de mate van erfelijkheid onder dyslectici is, wordt er veel gebruik gemaakt van tweeling studies. Er wordt vaak voor tweeling studies gekozen omdat identieke tweelingen 100 procent van hun genen delen. Aan de hand van deze onderzoeken kunnen wetenschappers hierdoor een schatting doen naar de mate van erfelijkheid. Hieruit kan geconcludeerd worden dat dyslexie in hoge mate erfelijk is (Scerrie & Schulte-Körne, 2010). Omdat de mate van erfelijkheid verder niet relevant is voor het onderzoek wordt hier niet verder op in gegaan.

1.2 NEUROLOGISCH BEKEKEN

Eerder werd altijd gedacht dat dyslexie alleen te maken had met de fonologische verwerking. Dit wordt ook wel de verwerking van spraakklanken genoemd. Een foneem is een term uit de fonologie die verwijst naar een verzameling klanken die allemaal dezelfde betekenisonderscheidende functie hebben, ook wel specifieke klankbeelden genoemd. Uit onderzoek blijkt dat er microscopisch kleine afwijkingen in de hersenen zijn gevonden die problemen veroorzaken op het gebied van het verwerken van klanken en het snel kunnen herkennen van vormen (Ghesquière & Dewitte, Dyslexie, 2006).

Uit ander onderzoek wordt gesuggereerd dat er een kleine afwijking is met betrekking tot het korte termijn geheugen van de dyslecticus. Er zou een hele kleine beperking zijn van het verbale korte termijn geheugen. "Er wordt verondersteld dat dit het gevolg is van een onvoldoende gedetailleerde representatie van gesproken woorden (woordvormen) in het lange termijn geheugen." (Stichting Dyslexie Nederland, 2008)

Op de fMRI (figuur 1) is een weergave te zien van de hersenen. Deze figuur laat de hersenactiviteit zien van een controle groep en een groep dyslectici die leesopdrachten uitvoeren om het leesnetwerk dat betrokken is bij de fonologische verwerking te kunnen identificeren. (Ligges, Ungureanu, Ligges, Blanz, & Witte, 2010) Waar het eigenlijk op neer komt is dat er minder hersenactiviteit is geconstateerd bij dyslectici tijdens de fonologische verwerking.



Figuur 1

Uit een ander onderzoek naar woordherkenning blijkt dat er misschien naast een slechter werkend fonologisch gebied ook sprake is van defecten in andere gebieden. Deze defecten zouden mede verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van dyslexie. (Horsley & Van der Schoot, 2006)

Ook blijkt nu dat het ontstaan van dyslexie wellicht te maken heeft met anatomische abnormaliteiten die in de hersenen zijn gevonden. Dit kan het gevolg zijn van onregelmatige neuronale migratie. Neuronale migratie is het reizen van de neuronen van hun oorspronkelijke plaats naast de hersenkamers naar de hersenschors. Op dit moment zijn er een aantal genen op verschillende plaatsen ontdekt die verantwoordelijk zouden zijn voor de gevoeligheid voor dyslexie. Er zou nu zelfs overwogen kunnen worden om kinderen die één dag oud zijn te laten scannen op hun mogelijke risico om dyslexie te ontwikkelen. Door deze gevoeligheid eerder te testen zal men het kind kunnen voorzien van op maat aangeboden onderwijs. (Scerrie & Schulte-Körne, 2010)

Tevens blijken dyslectici een significant kleiner totaal hersenvolume te hebben. Dit hersenvolume is gerelateerd aan het begrip van orale en geschreven vaardigheden. Hoewel het hersenvolume kleiner blijkt, is er geen verandering in de dikte van de cortex waarneembaar. Deze dikte heeft invloed op de informatieverwerkingscapaciteit. (Sun, Lee, & Kirby, 2009)

2. ZELFVERTROUWEN.

Zelfvertrouwen is de mate van vertrouwen dat je hebt in jezelf. Het gaat hierbij om bepaalde doelen waarbij je jezelf in staat acht deze te kunnen bereiken.

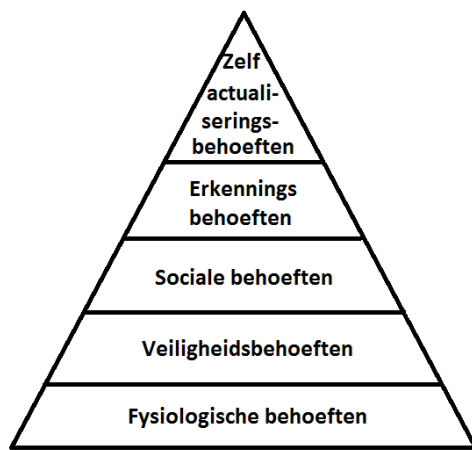
Er bestaat bij kinderen met dyslexie een verhoogd risico bij kinderen in de basisschoolleeftijd om onvoldoende zelfvertrouwen op te bouwen. Hellinckx & Ghesquiere omschrijven zelfvertrouwen als het gevoel hebben iets zelf te kunnen. Kinderen met dyslexie scoren lager dan hun klasgenoten op toetsen die te maken hebben met lezen en spelling. Doordat ze lager scoren worden ze door de directe omgeving minder geprezen. Er gaat minder positieve aandacht uit naar het kind dat minder goede scores behaalt ten opzichte van het kind dat wel goede scores behaalt. (Hellinckx & Ghesquière, 1999)

Op een gegeven moment beperkt het minderwaardige gevoel zich niet langer tot het vlak van lezen en spellen, het gaat zich uitbreiden naar andere vlakken. Dit heeft tot gevolg dat de motivatie van de leerling snel daalt. Samen met deze daling van de motivatie verdwijnt ook het plezier om naar school te gaan.

Vanuit een sport psychologische invalshoek, kan worden gesteld dat een hoge motivatie in relatie staat tot een hoog vertrouwen in je eigen kunnen. (Cox, 2007) Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen specifiek vertrouwen in jezelf (zoals bij een sport) en een globaal zelfvertrouwen. Dit laatste type wordt gebruikt in het algemeen dagelijks leven. Omgekeerd kan er hetzelfde gelden. Als je als kind elke keer een negatieve ervaring hebt met betrekking tot je eigen kunnen, kan je zelfvertrouwen en daarmee ook je motivatie dalen.

De behoeftepiramide van Maslow (fig. 2) is een motivatietheorie die uitgaat van innerlijke krachten bij de motivatie. (Wijsman, 2005) Pas wanneer er aan de basisbehoeften is voldaan, kan met toekomen aan hogere behoeften. De piramide is als volgt samen gesteld. Eerst moet er voldaan worden aan fysiologische behoeften. Hierbij kan worden gedacht aan eten, drinken en slapen. Zodra er aan deze behoefte voldaan is, kan men verder gaan met de volgende behoefte. Na de fysiologische behoeften volgen de veiligheidsbehoeften. Uiteraard is de veiligheid en het gevoel veiligheid te kunnen ervaren van groot belang. Daarna volgen de sociale behoeften zoals het hebben van vrienden. Hierna volgen de erkenningsbehoeften. Dit is de behoefte om door anderen gezien te worden. Bij deze behoefte draait het vooral om de mate van waardering van anderen. Ook zelfacceptatie en zelfrespect vallen onder deze behoefte. Bovenaan de piramide staat de zelfactualiseringsbehoefte. Op dit niveau kun je gaan werken aan zelfontplooiing, verbreding en verdieping.

In de eerste basisbehoeften wordt het kind vaak voorzien door de ouders. Ze geven het kind eten, drink en een veilig onderkomen. Op de basisschool wordt er langzaam aan de sociale contacten. Kinderen krijgen vriendjes en vriendinnetjes. Op een gegeven moment zal het kind waarschijnlijk vastlopen in de erkenningsbehoeften. Zoals eerder gesteld krijgt het kind minder positieve aandacht om er minder goede scores worden behaald. Als de theorie van Maslow wordt gevolgd is de kans groot dat het kind later dus niet toekomt aan de zelfactualiseringbehoefte omdat er niet aan de erkenningsbehoefte wordt voldaan.



Figuur 2

2.1 DYSLEXIE EN ZELFVERTROUWEN

Kinderen met dyslexie lopen dus meer kans problemen te krijgen met betrekking tot het ontwikkelen van zelfvertrouwen. Hieruit blijkt dat het niet noodzakelijk is dat iemand met dyslexie een gebrek aan zelfvertrouwen ontwikkelt. Een aantal studies hebben aangetoond dat veel kinderen en volwassenen zich wel succesvol kunnen aanpassen op psychosociaal vlak. (Terras, Thompson, & Minnis, 2009). Hieruit blijkt ook dat een aantal kinderen en volwassenen zich niet succesvol kunnen aanpassen op psychosociaal vlak. Problemen met het zelfvertrouwen kunnen dus een indirect gevolg zijn van dyslexie. Deze splitsing vindt eigenlijk al plaats op het moment dat het kind op school leert lezen. Het kind weet zelf dat het goed mee kan komen op verschillende gebieden. Het kind weet waar het goed in is en waar het minder goed in is. Toch wil het met het lezen en spellen helemaal niet lukken. Deze situatie levert veel verwarring op. Hoe goed ze ook hun best doen, het lijkt maar niet te lukken. Het ene kind wordt hier onzeker van terwijl het andere kind van zichzelf weet dat het niet dom is en dat het goed is in andere vakken. (Loonstra & Schalkwijk, 2001) Het gevolg hiervan zal zijn dat het kind dat onzeker wordt van de situatie en de mindere prestaties eerder zelfvertrouwenproblematiek zal ontwikkelen.

Toch zou het ontwikkelen van zelfvertrouwenproblematiek niet primair te maken hebben met de leerstoornis. Het gaat er vooral om dat het kind niet als 'normaal' wordt aanschouwd. Hierbij spelen reacties vanuit de omgeving een belangrijke rol. Kinderen voelen zich 'anders'. (Hellinckx & Ghesquière, 1999). Daar komt bij dat ze achterop raken in de klas en uiteindelijk faalangstig kunnen worden. (Ghesquière & Dewitte, Dyslexie, 2006) Ook Stichting Dyslexie Nederland besteedt aandacht aan het al dan niet ontstaan van psychosociale problemen. Zij stellen dat het van belang is om tijdens het stellen van de diagnose aandacht te besteden aan factoren zoals twijfel aan eigen competentie. Verder stellen zij dat er ruim aandacht moet worden besteed aan het versterken van het gevoel van eigenwaarde. (Stichting Dyslexie Nederland, 2004)

Hoewel vaak over dyslexie in combinatie met zelfvertrouwen problematiek wordt geschreven, wordt er weinig aandacht aan besteed in wetenschappelijk onderzoek. Dit is opvallend omdat het vaststaat dat er meer mensen met een leerstoornis depressieve klachten vertonen dan mensen zonder leerstoornis. Daar komt bij dat er bewijs bestaat dat er een link is tussen dyslexie en het internaliseren van de eigen problemen. De precieze oorzaak van dit internaliseren blijft onbekend. (Terras, Thompson, & Minnis, 2009)

2.2 NEGATIEF ATTRIBUEREN.

De attributietheorie van Weiner heeft te maken met de mate waarin men denkt te slagen. Als de taak als zeer zwaar of moeilijk wordt geacht, neigt men ernaar om extern te attribueren. Men legt als het ware de oorzaak van de eventuele slechte prestatie buiten zichzelf. Kinderen met dyslexie zullen snel geneigd zijn om intern te attribueren. Intern attribueren houdt in dat je denk dat jij de opdracht niet zal kunnen volbrengen ongeacht de objectieve moeilijkheidsgraad van de opdracht. (Wijsman, 2005).

Daar komt bij dat kinderen die dyslexie hebben de opdrachten die zij goed volbrengen vaak toeschrijven aan externe factoren als geluk of een soepele leerkracht. Opdrachten die niet of minder goed lukken worden toegeschreven aan het eigen falen.

In interactie met anderen zoals leerkrachten en ouders kan het zijn dat de manier van uiten van het kind wordt toegeschreven aan de eigenschappen van het kind. Dit zou een grote fout zijn waar men voor behoed moet worden. Dit wordt ook wel omschreven als de fundamentele attributiefout. (Loonstra & Schalkwijk, 2001). Een voorbeeld hiervan is dat er bij een slechte prestatie aan andere oorzaken wordt gedacht dan aan dyslexie.

2.3 INVLOED VAN DYSLEXIE OP HET GEDRAG.

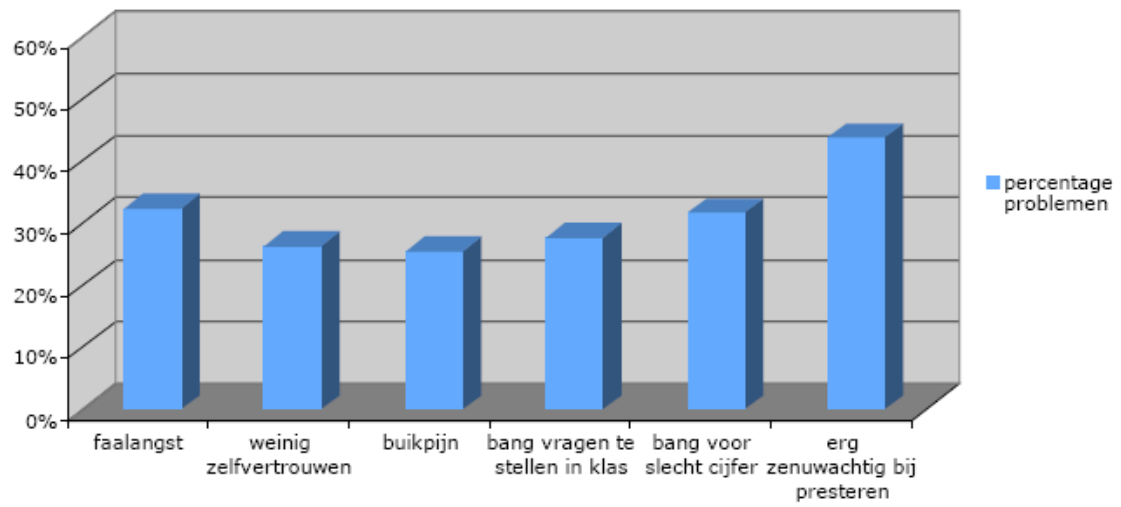
Dyslexie heeft niet zozeer direct veel invloed op het gedrag. Het zijn vooral de gevolgen van de stoornis die invloed hebben op het gedrag. Zoals eerder vermeld is het niet noodzakelijk dat het kind afwijkende gedragspatronen zal laten zien. Ook een verandering in het zelfvertrouwen staat niet op zichzelf. Verandering in het gedrag hebben veel te maken met sociale factoren. Het kind kan in een negatieve spiraal terecht komen en dit kan zich uiten in het gedrag van het kind. Kinderen voelen zich al dom omdat ze makkelijkere taken krijgen dan de rest van de klas. Deze taken kunnen tot gevolg hebben dat het kind zich gaat vervelen. Hierdoor kan het kind verschillende emoties ervaren als boosheid, schaamte, verdriet. Deze emoties kunnen op verschillende manier tot uiting komen met als gevolg een verandering in het gedrag. Hoe deze gedragsveranderingen er uit zien, is per kind verschillend. De bijkomende gedragsproblemen kunnen veel invloed hebben op het gezinsleven. (Hellinckx & Ghesquière, 1999)

2.4 STRESS DOOR DYSLEXIE

Uit bovenstaande tekst komt naar voren dat het kind met dyslexie zich 'anders' en minder competent voelt dan zijn klasgenoten. Recentelijk is er een onderzoek geweest van de IWAL, instituut voor dyslexie, naar de sociaal-emotionele problemen die kinderen met dyslexie kunnen ervaren. In het rapport kwam onder andere het volgende naar voren; *"Bijna de helft is erg zenuwachtig als er gepresteerd moet worden, het stellen van vragen in de klas levert voor ruim een kwart angst en stress op, één op de vier kinderen heeft regelmatig last van buikpijn. Door dyslexie hebben kinderen een laag zelfvertrouwen."* (Tijms, 2008) Deze bevindingen zijn tevens weergegeven in figuur 3.

Ook blijkt het zo te zijn dat kinderen met dyslexie veel moeilijker in slaap kunnen komen als gevolg van hoge stressniveaus. Dit kan vervolgens weer leiden tot meer stress omdat de schoolprestaties achter blijven als het gevolg van verminderde concentratie en een minder goed werkend probleemoplossend vermogen (Tijms, 2008). Deze cijfers tonen aan dat er een sterke relatie bestaat tussen dyslexie en het ervaren van stress door het kind. Veel van

de kinderen die deze stress ervaren komen 's avonds moeilijk in slaap, worden 's ochtends te vroeg wakker of slapen erg onrustig.



Figuur 3

3 HET BELANG VAN DIAGNOSTICEREN.

Vroegtijdig diagnosticeren is van groot belang. Bij vroegtijdig diagnosticeren bestaat er namelijk de mogelijkheid om snel, adequate hulp te geven. (Loonstra & Schalkwijk, 2001). Een nadeel hiervan kan zijn dat kinderen al heel vroeg worden geconfronteerd met dingen die ze niet kunnen. Ook kunnen kinderen zich anders gaan voelen dan andere kinderen omdat ze tests moeten afleggen en wellicht leeshulp krijgen. Dit is een moeilijke afweging. Diagnosticeren kan het kind helpen zijn problemen te accepteren. Ook geeft het een signaal af naar de omgeving. In veel gevallen komt de diagnose te laat.

Het is gebleken dat als er emotionele problemen ontstaan in de leeftijd van 9 of 10 jaar, deze problemen blijven bestaan tot in de volwassenheid. (Bronkhorst & Eimers, 2010)

Bronkhorst & Eimers (2010) gaven de volgende kenmerken weer met betrekking tot emotionele problemen bij volwassenen:

Kenmerken die voorkwamen: faalangst, onzekerheid, gebrek aan zelfvertrouwen, eigenwaarde niet goed kunnen inschatten, gevoel niet zichzelf te kunnen zijn en zich aan te moeten passen, camoufleren van problemen, gevoel 'anders' te zijn en er niet bij te horen, schuldgevoel, depressieve gevoelens, de eigen stoornis als ernstiger inschatten dan die van anderen, anderen minder vertrouwen, gevoelig voor kritiek, zich willen bewijzen, geen hulp willen vragen, (te) perfectionistisch zijn, niet gemotiveerd zijn in moeilijke situaties. Ook andere buitenlandse onderzoeken (o.a. Alexander-Passe, 2006) tonen aan dat de periode tussen 9 en 12 jaar cruciaal is om adequaat te leren omgaan met de eigen dyslectische problemen. (p.24)

Het zou dus wenselijk zijn om dyslexie in een zo vroeg mogelijk stadium te diagnosticeren. Omdat dyslexie in hoge mate erfelijk is, zouden kinderen waarvan één van de ouders dyslexie heeft, getest kunnen worden. Op deze manier kan er adequaat hulp geboden worden aan het kind. Omdat het kind op jonge leeftijd al hulp ontvangt, kan het zijn dat er minder psychosociale problematiek optreedt. Ook geeft het de thuissituatie de mogelijkheid om zich op tijd aan de te passen. Kinderen met deze problematiek ervaren de meeste steun die ze krijgen vanuit de thuissituatie, met name van de ouders (Singer, 2007).

4 AANGRIJPINGSPUNTEN VOOR EEN PMT BEHANDELING

4.1 HET BELANG VAN PMT IN DE BEHANDELING.

Wat opvallend is aan de hedendaagse behandelmethoden bij kinderen met dyslexie is dat er niet of nauwelijks aandacht wordt geschonken aan de psychosociale problemen die kunnen ontstaan als gevolg van de stoornis. De behandeling van dyslexie richt zich vooral op cognitieve functies die betrokken zijn bij taalverwerking en het leren lezen. Binnen deze behandelmethode wordt gesproken over onderwijsmethodes die het zelfvertrouwen moeten vergroten (Cogan & Flecker, 2004). Er moet dus vooral in de klas worden gewerkt aan het zelfvertrouwen. De werkelijke weergave van deze methode ontbreekt dan met als gevolg dat het gebrek aan zelfvertrouwen niet adequaat wordt aangepakt. De focus ligt op dit moment vooral op het beter leren lezen en spellen. Ook beperkt de behandeling zich vaak tot schoolse zaken. Men gaat er vanuit dat de problemen zich wel zullen oplossen zodra beter wordt gelezen en gespeld. In sommige gevallen zal dit ook daadwerkelijk het geval zijn. Voor de meeste kinderen is dit echter niet het geval. Deze kinderen hebben het gevoel gekregen dat ze minder competent zouden zijn dan andere kinderen. Daar komt bij dat wordt vergeten dat dyslexie een structurele stoornis is. Veel kinderen zullen hierdoor dus vaak achter de feiten aanlopen. Elke keer als ze in een nieuwe klas komen waar het niveau hoger is dan het vorige zullen de problemen zich gaan herhalen.

Eerder hebben we gezien dat het zelfvertrouwen erg belangrijk is voor de motivatie en voor het doen en laten in het dagelijks leven. PMT is hier van toegevoegde waarde omdat het een groot scala aan behandelmogelijkheden heeft voor kinderen met gebrek aan zelfvertrouwen. “Psychomotorische therapie (PMT) is gericht op het gunstig beïnvloeden van de totale persoonlijkheid. De PMT hanteert als middelen hiervoor het lichaam, beweging en zintuiglijkheid.” (Probst & Bosscher, 2001).

Binnen de PMT kunnen aanvullende ervaringen opgedaan worden die in een reguliere dyslexie behandeling ontbreken. Bij deze aanvullende ervaringen kan gedacht worden aan een context die op zo’n manier wordt gecreëerd dat er geoefend en ervaren kan worden met nieuw gedrag. Daar komt bij dat in de PMT zowel lichaamsgericht als bewegingsgericht wordt gewerkt. Lichaamsgeoriënteerde methodieken richten zich vooral op de lichaamsbeleving en de emoties. Bij lichaamsgerichte oefeningen kan gedacht worden aan ontspanningsoefeningen, ademhalingsoefeningen, Pessoo-oefeningen, enzovoorts. (Blom, 1994) Lichaamsgerichte oefeningen kunnen helpen om de stress die kinderen ervaren te verminderen. Bewegingsgerichte oefening kunnen helpen het kind letterlijk en figuurlijk weer steviger te laten staan. Bewegingsgerichte oefenvormen zijn vooral gericht op de interactie tussen mensen en is gebaseerd op een relationeel bewegingsconcept. (Blom, 1994)

Dit maakt het voor de PMT mogelijk om van toegevoegde waarde te zijn tijdens de behandeling van kinderen met gediagnosticeerde dyslexie in combinatie met zelfvertrouwen problematiek.

4.2 VOORWAARDEN THERAPIE

Om het kind met dyslexie in combinatie met zelfvertrouwenproblematiek binnen de PMT zo goed mogelijk te kunnen behandelen, moet er voldaan worden aan een aantal randvoorwaarden binnen de therapie. Deze randvoorwaarden zullen helpen om de

behandeling meer structuur en duidelijkheid te geven. Hieronder zal in worden gegaan op deze randvoorwaarden.

Op maat van het individuele kind

Het is aan te bevelen om PMT in een groep te geven met kinderen die allen zelfvertrouwenproblematiek ervaren als gevolg van dyslexie. Het geven van PMT in een groep zal het acceptatieproces sneller op gang brengen omdat kinderen zien dat zij niet alleen staan in de problemen die zij ervaren. Het geeft hen het inzicht dat ook anderen dezelfde problemen ervaren. Naast het accepteren van de stoornis wordt er vanuit een groep mensen met dyslexie aangegeven dat het hen heeft geholpen om met kinderen van gedachten te wisselen die dezelfde problemen hadden ervaren. Het hielp hen om makkelijker te verwerken dat ze met deze stoornis zouden moeten leven. (Maniet-Bellerman, 2003) (Cooreman & Bringmans, 2002).

Het grote verschil met de PMTgroep ten opzichte van een reguliere dyslexie behandeling zou moeten zijn dat de aandacht niet primair gaat naar de dyslexieproblemen maar naar het (her)winnen van het zelfvertrouwen die voort komen uit de dyslexieproblemen door middel van de hieronder genoemde aangrijpingspunten.

Binnen deze groep moet het kind kunnen werken aan zijn eigen leerdoelen. Om aan de eigen leerdoelen te kunnen werken moet de behandeling op maat worden gemaakt voor het individuele kind. Het ene kind is het andere niet. Bij het ene kind zal de dyslexie veel meer tot uiting zijn gekomen dan bij het andere. Belangrijk is het dan om af te vragen hoe het kind hier mee omgegaan is en wat de copingstrategieën zijn geweest. Verder zal het ene kind meer zelfvertrouwen zijn verloren dan het andere.

De PMT'er moet goed geschoold zijn

Het is belangrijk dat de hulpverlener op de hoogte is van de laatste ontwikkelingen op het gebied van dyslexie. Dit is belangrijk omdat de kwaliteit van de psycho-educatie hierdoor kan worden verbeterd. Het is bijvoorbeeld erg belangrijk om de psycho-educatie op zo'n manier aan te bieden dat de dyslecticus ook daadwerkelijk begrijpt wat er gezegd wordt. De psycho-educatie moet daarom ook niet in de verbale vorm worden aangeboden. Het best kan worden gewerkt aan de hand van tekeningen, cartoons en filmpjes. Er moet voor veel beeldmateriaal worden gezorgd.

Hier komt bij dat de PMT'er een belangrijke bron van informatie zal zijn voor de ouders en het kind. Goede psycho-educatie zal het acceptatieproces sneller op gang kunnen brengen. (Cogan & Flecker, 2004)

Daarnaast moet er tijdens de behandeling altijd worden opgelet binnen de groep. Er kan door een verwijzer altijd verkeerd gediagnosticeerd zijn. Het kan zijn dat er andere problematiek ten grondslag ligt aan het ontstaan van de zelfvertrouwenproblematiek. Deze onderliggende problematiek zou naar voren kunnen komen in de groep. Het is belangrijk om deze twee groepen van elkaar te scheiden omdat de insteek voor de behandeling van het kind met andere onderliggende problematiek anders zal zijn dan die van het kind met dyslexie en zelfvertrouwenproblematiek.

Ook moet er goed op gelet worden dat er geen tegenoverdracht optreedt: signalen hiervan zijn ongeduldig, kort af antwoorden en minder goed luisteren naar wat het kind te zeggen heeft.

Attitude therapeut.

De kinderen die in behandeling komen hebben vaak negatieve ervaringen opgedaan waardoor zij het gevoel hebben niet of minder competent te zijn dan leeftijdsgenoten. Door deze voorgeschiedenis is het belangrijk dat de attitude van de therapeut steunend is. Er moet zeker in het begin zo min mogelijk ontregeld worden. De therapeut moet structurerend bezig zijn. (De Lange, 2004)

Therapeutisch kader

Er moet binnen de behandeling eclectisch worden gewerkt. Eclectische werken maakt het mogelijk verschillende methoden en technieken uit verschillende theoretische kaders te gebruiken. Het voordeel hiervan is dat er gekozen kan worden uit een groot scala aan mogelijkheden. (Jol, 2009) Eclectisch werken maakt het mogelijk om binnen de groep aan te sluiten op zoveel mogelijk kinderen. Door het eclectisch werken wordt de therapeut niet beperkt door het werken vanuit één theoretisch kader. Er kan gekozen worden voor het ervaren, oefenen en waar nodig voor het ontdekken.

4.3 AANGRIJPINGSPUNTEN

Het is erg belangrijk dat voor de behandeling gediagnosticeerde dyslexie is vastgesteld. Door dyslexie te diagnosticeren kan er op verschillende gebieden (school, thuis, enz.) aandacht worden besteed aan dyslexie en de manier van behandelen in vergelijking met kinderen die alleen zelfvertrouwenproblematiek hebben. De insteek zal dan zijn dat de dyslexie ten grondslag heeft gelegen aan het ontstaan van de zelfvertrouwenproblematiek. Doordat dit wordt gediagnosticeerd, kan de behandeling worden gestart en kan er op passende wijze psycho-educatie worden gegeven.

Verder is diagnosticeren van belang om de PMTgroep bij elkaar te brengen zodat de kinderen kunnen ervaren dat zij niet de enige zijn met hun problemen. Hierdoor kan er veel herkenning en steun komen vanuit de groep.

Kinderen met dyslexie hebben altijd het gevoel gehad dat zij anders en minder competent waren dan anderen en hebben het vertrouwen in zichzelf hierdoor verloren.

Er zal een goede samenwerking plaats moeten vinden tussen het kind, ouders, leerkrachten en de hulpverleners omdat op het moment van behandelen sprake is van een stoornis die invloed heeft op verschillende vlakken van het leven van het kind.

“Door ervaringen, door actie en actieve participatie, door contact, door een veelheid van oefeningen, kunnen nieuwe inzichten in het persoonlijk functioneren volgen die vervolgens binnen de PMT of elders verbaal kunnen worden geëxploreerd en geherstructureerd”.

(Probst & Bosscher, 2001)

Psycho-educatie

Uit onderzoek is gebleken dat het helpt als er psycho-educatie gegeven wordt aan zowel het kind als de ouders. Veel kinderen denken dat ze dom zijn. Door psycho-educatie te geven, wordt voor het kind en de omgeving duidelijk dat het niet aan het intelligentieniveau van het kind ligt maar dat het de stoornis is die er voor zorgt dat minder gepresteerd kan worden op verschillende vlakken binnen het schoolgaand bestaan. Daarnaast draagt psycho-educatie bij aan het acceptatieproces. De PMT'er vervult hier de rol van deskundige. Dit draagt bij aan het vertrouwen dat het kind en de ouders stellen in de therapeut. Binnen de therapie is het belangrijk dat veel wordt uitgelegd aan de hand van tekeningen, filmpjes en ander

beeldmateriaal. Zo kan er bijvoorbeeld een lichaamstekening worden gemaakt. Deze tekening wordt vervolgens ingekleurd met de gevoelens die het kind kan hebben ervaren in de periode dat de dyslexie nog niet gediagnosticeerd was. Daarnaast kan een gedeelte van de tekening worden gebruikt om het denken (meestal rond het hoofd) op papier te zetten. De gedachten kunnen hardop worden uitgesproken door de therapeut. Daarna kunnen de gedachten weer in kleuren of pictogrammen weergegeven in de tekening. Op deze manier is het denken en het voelen al aan bod geweest en zit hier een mooie ingang om ook het handelen naar voren te laten komen. Het handelen kan naar voren komen door een rollenspel te spelen. Dit helpt de dyslecticus het ontstaan van zijn problemen beter te begrijpen. De lichaamstekening bij de psycho-educatie dient als voorbeeld. Het kind zelf wordt niet als onderwerp genomen om de veiligheid binnen de therapie te kunnen handhaven.

Acceptatie

Voor het kind is het erg belangrijk dat het zijn stoornis gaat accepteren. Door de stoornis te accepteren zullen deuren voor het kind sluiten, maar zullen ook weer andere deuren open gaan. Het zal het kind helpen als de omgeving, met name de ouders, de stoornis accepteren. Acceptatie van de omgeving is zeer belangrijk. Er is vaak veel onbegrip uit de omgeving. Dit bemoeilijkt de acceptatie (Cooreman & M, 2002).

Als de omgeving de stoornis namelijk heeft geaccepteerd zal er juist worden geattribueerd door de omgeving. Dit houdt in dat een mindere prestatie uiteindelijk eerder toegeschreven zal worden aan de stoornis dyslexie en niet aan de eigenschappen van het kind als inzet en motivatie. Om de acceptatie te kunnen bevorderen zal er binnen de PMT gewerkt worden aan de hand van het verkennen, herkennen en erkennen (Van den Blink, 2008). Binnen het verkennen wordt er kennis gemaakt met de activiteiten en laat de PMT'er zien hoe er betekenis wordt verleend aan de manier van deelname van het kind. Binnen het herkennen wordt onderzocht wat het kind van zichzelf herkent in de activiteit. Na het herkennen en verkennen moet binnen de behandeling aandacht worden besteed aan het erkennen. Hierbij staat het erkennen van de last centraal. In deze fase gaat het kind de last erkennen die het ervaart op het gebied van zelfvertrouwenproblematiek als gevolg van de dyslexie. Zodra het kind dit kan erkennen begint het veranderingsproces en daarmee ook de acceptatie. Het samen verkennen en herkennen van de problemen kan bijdragen aan erkenning van de problemen en kan de motivatie van het kind voor de behandeling versterken (Hammink, 2005). De attitude van de therapeut blijft, zoals bovengenoemd, tijdens dit proces steunend.

Kwaliteiten

Waar in de behandeling ook veel aandacht moet worden besteed is het herkennen van kwaliteiten in jezelf. Hierbij kan worden gedacht aan het samen ontdekken van je eigen kwaliteiten. Veel kinderen met dyslexie zijn creatieve probleemoplossers. Ze hebben weinig beroep kunnen doen op hun geheugen en zijn dus lange tijd genoodzaakt geweest op hun problemen steeds op andere manieren op te lossen. Bij andere kwaliteiten die vaak voorkomen onder dyslectici kun je denken aan flexibiliteit, open staan om nieuwe dingen te leren en te proberen, logisch redeneren, sterke non-verbale communicatie. (Cooreman & Bringmans, 2002). Het voordeel van het ontdekken van de kwaliteiten is dat de aandacht wordt gevestigd op de dingen die goed gaan en op de dingen die het kind goed kan. Hierdoor wordt toegekomen aan de erkenningsbehoefte.

Ook is de kans groot dat als er meer aandacht wordt besteed aan de kwaliteiten van het kind, het kind minder snel intern zal attribueren. Intern attribueren houdt in dat je denk dat jij de opdracht niet zal kunnen volbrengen ongeacht de objectieve moeilijkheidsgraad van de opdracht. (Wijsman, 2005). Binnen de PMT kan het kind inzicht krijgen in zijn eigen mogelijkheden door regelmatig observaties via LECS mee te delen. LECS is een observatiemodel dat binnen de PMT wordt gebruikt om observaties aan op te hangen. Er wordt gekeken naar Lichamelijke, Emotionele, Cognitieve en Sociale aspecten. Bij het teruggeven van de observaties via LECS moet de aandacht liggen op de kwaliteiten die naar voren komen binnen de aangeboden activiteiten. Tevens kan LECS een ingang zijn om kinderen aan het denken te zetten over hun eigen gedrag zonder dat er conclusies worden getrokken uit de situatie. Wordt er wel aan betekenis verlenen gedaan, dan wordt altijd bij het kind nagegaan of deze observatie en invulling klopt. Daar komt bij dat er vanuit de therapeutische interventie in eerste instantie vooral van buitenaf moet worden gemotiveerd. De therapeut kan de kwaliteiten die naar voren komen tijdens de activiteit benoemen en waarderen. Hierdoor wordt het kind positief beïnvloed. De positieve interne attributie zal in het begin vooral incidenteel zijn. Deze positieve interne attributie zal geleidelijk habitueel kunnen worden als er in veel verschillende contexten mee wordt geoefend (Hekking & Van den Blink, 2005).

Stress verminderen

Zoals in hoofdstuk 2.4 duidelijk is gemaakt, ervaren kinderen met dyslexie veel stress. Thuis moeten ze vaak extra oefeningen maken en op school lopen ze vaak achter (Hellinckx & Ghesquière, 1999). Veel kinderen zijn erg zenuwachtig als er gepresteerd moet worden, het stellen van vragen in de klas levert voor ruim een kwart angst en stress op. Binnen de PMT kan goed behandeld worden op het gebied van stress. Als er gekeken wordt naar de bewegingsthema's die binnen de PMT worden gebruikt, valt stress verminderen onder het thema relaxatie. Hieraan kan in de behandeling lichaamsgericht gewerkt worden met verschillende ontspanningsmethodieken. De ontspanningsmethodiek van Jacobson is hiervan een voorbeeld. Uit de praktijk blijkt dat dit een methodiek is die toegankelijk is voor kinderen omdat het verschil tussen het aanspannen en het ontspannen van de spieren door de meeste kinderen goed kan worden waargenomen. Daar veel kinderen moeite hebben met 's avonds in slaap komen, kan deze ontspanningsmethodiek ook thuis worden gebruikt voor het slapen gaan. Uiteraard kunnen er ook andere ontspanningsmethodieken worden gebruikt zolang deze toegankelijk zijn voor kinderen.

Fouten maken mag

In de behoeftepiramide van Maslow kwam naar voren dat het kind vast kan lopen in de erkenningsbehoefte. Kinderen moeten worden gewaardeerd en erkenning krijgen voor wat ze hebben gepresteerd. Dit kan onder andere bereikt worden door samen met het kind, de ouders, leerkrachten en de therapeut realistische doelen te stellen. Daar komt bij dat het kind duidelijk moet worden gemaakt dat het niet erg is om fouten te maken. Hierdoor zal het negatief intern attribueren minder ernstige vormen aan kunnen nemen. Binnen de PMT kan het kind dit letterlijk gaan oefenen en ervaren. Er kunnen oefenvormen worden aangeboden waarbinnen er geen sprake is van competitie. Competitie zorgt vaak voor de druk van het presteren. Daarnaast kan de therapeut zelfonthullingen doen over zaken die bij hem wel eens verkeerd zijn gegaan. Dit laat de kinderen zien dat het niet erg is om fouten te maken en dat je er juist van kunt leren. Ook kan er worden gekozen om vooral het positieve

gedrag en de prestaties te benadrukken en weinig aandacht te besteden aan dingen die niet of minder goed lukken.

Realistische doelen stellen

Als het kind de stoornis heeft geaccepteerd, kunnen realistische doelen worden gesteld. Vanuit de verschillende behandelstrategieën die de PMT hanteert (ontdekken, oefenen en ervaren), moet de aandacht vooral uitgaan naar het ervaren en het oefenen.

Bij het ervaringsgericht werken is de aandacht vooral gericht op situaties in het hier en nu. Binnen deze situaties kan het kind ervaren dat het in een zelfsturende positie terecht komt waardoor het kind nieuw gedrag, een andere beleving en effectievere cognities kan gaan realiseren. (Hekking & Van den Blink, 2005)

Doordat realistische doelen worden gesteld, worden succeservaringen opgedaan. Doordat deze succeservaringen worden opgedaan, kan het kind leren experimenteren met gedragsalternatieven. Waar op school verschillende doelen niet (kunnen) worden behaald, wordt er binnen de PMT de nadruk gelegd op de inmiddels behaalde doelen.

Niet alleen het behalen van doelen zorgt voor het opdoen van succeservaringen. Steun van ouders, vrienden en familie kan een grote rol spelen in het gevoel erkenning te krijgen van de omgeving voor hetgeen het kind heeft bereikt.

Daarnaast kan het kind oefenen met het aanpassen van doelen door verschillende bewegingsgerichte oefeningen te doen. Zo kan het kind bijvoorbeeld eerst oefenen met het omhooghouden van een ballon. Daarna kan het kind inschatten hoe vaak het de ballon achter elkaar om hoog kan houden zonder dat de ballon de grond raakt. Zat het kind te hoog bij het inschatten van zichzelf dan wordt het doel naar beneden bijgesteld. Bij het bijstellen van het doel moet de therapeut herhaaldelijk interventies plegen om het kind te laten zien dat het niet erg is om het doel naar beneden bij te stellen en dat het niet erg is als er eens een keer iets niet lukt. Wordt het doel makkelijk gehaald, dan kan er worden gekozen om het doel omhoog bij te stellen. Binnen deze situatie kan worden geoefend met het stellen van realistische doelen. Tevens zit er een mooie ingang voor het reflecteren op denken, voelen, handelen. Ook kunnen er gedachteschema's worden uitgetekend met behulp van de therapeut.

Aansturen op zelfstandigheid

Zoals al aangegeven in het hoofdstuk zelfvertrouwen, wordt zelfvertrouwen ook wel omschreven als het gevoel hebben iets zelf te kunnen. Het gevoel iets zelf te kunnen heeft dus in grote mate invloed op het zelfvertrouwen. Het is daarom erg belangrijk dat er in de behandeling aangestuurd wordt op zelfstandigheid. Binnen de PMT kan er goed aan dit thema worden gewerkt. Er kunnen bijvoorbeeld verschillende therapeutische technieken worden gebruikt zoals het stellen van prikkelende vragen zodat het kind aan het denken wordt gezet over de eigen manier van handelen. Het aansturen op zelfstandigheid kan versterkt worden door gebruik te maken van contextmanipulaties (sociale context, materiële context, direct of indirect) (Van der Klis, 1980) binnen bewegingsactiviteiten. Er kan voor verschillende oefenvormen worden gekozen waarbij de activiteit vooral op het probleemoplossend vermogen van het kind moet zijn gericht. Zo kan bijvoorbeeld een zo hoog mogelijke toren worden gebouwd met de groep. Hierbij zorgt de therapeut vooral voor de veiligheid en de participatie van alle deelnemers. Ook kan er een spel zonder regels worden gespeeld waarbij de regels door de deelnemers zelf kunnen worden toegevoegd.

Deze oefeningen zorgen voor een verhoogd gevoel zelf iets te kunnen en zullen uiteindelijk leiden tot meer zelfstandigheid.

Spreekangst aanpakken

Het kan zijn dat een vorm van spreekangst is ontwikkeld. Deze spreekangst heeft meestal de oorsprong in het moeten voorlezen in de klas. De angst om veel fouten te maken of langzaam te lezen in de klas met als gevolg de gedachte dat anderen zullen denken dat het kind dom is, is hiervoor verantwoordelijk. Ook kan het zijn dat het kind angst heeft ontwikkeld om vragen te stellen in de klas. Uiteraard moet goed worden gekeken of er sprake is van spreekangst voordat hier op in wordt gegaan bij de behandeling. Deze spreekangst kan weggenomen worden door rollenspellen te spelen (Cooreman & Bringmans, 2002). Binnen de PMT kan dan vooral gedacht worden aan lichaamsgerichte oefenvormen. Hierbij kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van invloeden vanuit de Pessotherapie waarbij met rollenspellen wordt gewerkt (Van Attekum, 1997).

Transfer en thuissituatie

Ouders kunnen aanwezig zijn tijdens de therapie. Dit vergemakkelijkt de transfer rekening houdend met de draagkracht van het gezin. Binnen de PMT kunnen de ouders zien welke kwaliteiten heeft ontwikkeld en kunnen hiervan op de hoogte worden gesteld door de therapeut. Er kan thuis bijvoorbeeld een lijst bijgehouden worden met welke kwaliteiten nog meer naar voren komen bij het kind. Ook kunnen er oefenvormen samen met de ouders worden gedaan zodat het kind steun kan ervaren bij de ouders.

Kinderen voelen zich anders. Er moeten normale gezinsactiviteiten worden gedaan zodat kinderen voelen dat ze mogen zijn wie ze zijn (Cooreman & Bringmans, 2002). De thuissituatie is voor het kind erg belangrijk omdat het daar de meeste steun zoekt. (Singer, 2007)

Er kan naar aanleiding van de ontdekte kwaliteiten binnen de PMT in de thuissituatie samen worden gekeken naar wat het kind en de ouders in de toekomst zou willen qua ondersteuning en het stellen van realistische doelen. Door de focus te richten op het stellen van realistische doelen kan de dyslexie op een positieve manier bespreekbaar worden gemaakt.

Toch moet men in de thuissituatie oppassen voor ouders die in hun enthousiasme voor een goede begeleiding van hun kind te veel aandacht besteden aan de dyslexie. (Loonstra & Schalkwijk, 2001). Het kind moet de kans gegeven worden om in de eerste plaats gewoon zichzelf te kunnen zijn.

6. DISCUSSIE

Er zijn een aantal punten in deze literatuurstudie waar kritisch naar moet worden gekeken. Voordat er ook daadwerkelijk iets gezegd kan worden over de effecten van een eventuele behandeling gericht op het vergoten van het zelfvertrouwen bij kinderen met dyslexie zal er naar aanleiding van deze studie eerst een effectstudie moeten worden verricht. Binnen het vakgebied van de PMT'er wordt vanuit verschillende hoeken om evidence based werken gevraagd. Niet alleen vanuit de zorgverzekeraar komt deze vraag maar ook vanuit de hoek van de PMT zelf gaan er steeds meer stemmen op om evidence based te kunnen werken. Dit vooral om verder te kunnen professionaliseren.

Een ander groot nadeel is dat er in de wetenschap nog steeds geen consensus bestaat over het ontstaan en het ontwikkelen van dyslexie. Er worden in de hersenen steeds andere structuren gevonden die verantwoordelijk kunnen zijn voor het ontstaan en/of het ontwikkelen van dyslexie. Gelukkig staat de wetenschap niet stil, maar er kan nog geen uitsluitsel worden gegeven. Deze ontwikkelingen zijn ook van invloed op de behandeling. Vooral het stuk met betrekking tot psycho-educatie zal scherp in de gaten moeten worden gehouden.

Binnen de PMT is weinig bekend over de doelgroep kinderen met dyslexie in combinatie met zelfvertrouwenproblematiek, daarom moet deze literatuurstudie worden gezien als pilot studie. Verder (veld)onderzoek zal moeten worden gedaan. Wel kan er worden gekeken naar weerbaarheidstrainingen en sociale vaardigheidstrainingen waar PMT'ers nu al gebruik van maken. Toch zijn deze trainingen in het geheel niet van toepassing op bovengenoemde doelgroep omdat de totstandkoming van de problematiek aan een andere oorzaak ten grondslag ligt.

Waar tevens meer onderzoek naar gedaan moet worden is de duur van de behandeling. Het lijkt praktisch om de behandeling gelijktijdig met de reguliere behandeling in te zetten. Het is echter de vraag hoe snel de behandeling aanslaat en welke effecten deze behandeling geeft.

5. CONCLUSIE

Wat opvallend is aan de hedendaagse behandelmethoden bij kinderen met dyslexie is dat er niet of nauwelijks aandacht wordt geschonken aan de psychosociale problemen die kunnen ontstaan als gevolg van de stoornis. Hierdoor zal de PMT van grote toegevoegde waarde zijn als het wordt geïntegreerd in de huidige behandelmethoden. De PMT biedt een groot scala aan werkvormen die goed aansluiten op de wereld van de dyslecticus met zelfvertrouwen problematiek. Zo kan gekozen worden voor zowel lichaamsgeoriënteerde als bewegingsgeoriënteerde activiteiten.

Dit gezegd hebbende kan er antwoord worden gegeven op de probleemstelling: Wat zijn aangrijpingspunten vanuit de literatuur voor het uitvoeren van een PMT behandeling gericht op het vergroten van het zelfvertrouwen bij kinderen met gediagnosticeerde dyslexie? Voordat de aangrijpingspunten worden weergegeven, komen eerst de randvoorwaarden voor de therapie aan bod.

Er moet in een PMT groep worden gewerkt voor het bevorderen van het acceptatieproces, daarnaast kan de groep worden gebruikt voor het wisselen van gedachten en laat het de kinderen zien dat zij niet de enigen zijn die problemen ervaren als gevolg van de dyslexie.

Het is belangrijk dat de attitude van de therapeut steunend en structurerend is omdat deze kinderen zich al minder competent voelen dan andere kinderen. Daarnaast kan de therapeut eclecticisch werken.

Van hieruit kunnen de aangrijpingspunten vanuit de literatuur voor het uitvoeren van een PMT behandeling gericht op het vergroten van het zelfvertrouwen bij kinderen met gediagnosticeerde dyslexie worden weergegeven. De aandacht moet vooral uit gaan naar: psycho-educatie, acceptatie, kwaliteiten, stress verminderen, fouten maken mag, realistische doelen stellen, aansturen op zelfstandigheid, aanpakken van de spreekangst, transfer en thuissituatie.

Bibliografie

- American Psychiatric Association. (2001). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR*. (H. A. BV, Vert.) Amsterdam: Drukkerij Wilco.
- Bishop, D. (2006). Developmental cognitive genetics: How psychology can inform genetics and vice versa. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology* , 1153-1168.
- Blom, L. (1994). Het samenspel van gezinstherapie en psychomotorische therapie. *Systeemtherapie* , jr. 6, nr 3, 159-172.
- Blomert, L. (2005). *Dyslexie in Nederland - Theorie, Praktijk en Beleid*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Braams, T. (1998). Dyslexie of nie(t). *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, (37), 317-322.
- Bronkhorst, M., & Eimers, T. (2010). *Spraak, taal en Leren*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Cogan, J., & Flecker, M. (2004). *Dyslexia in secondary school*. London: Whurr Publishers Ltd.
- Cooreman, A., & Bringmans, M. (2002). *Ik heet niet d/bom- Leren leven met leerstoornissen*. Leuven: Uitgeverij Acco.
- Cox, R. (2007). *Sport Psychology - Concepts and applications*. New York: McGraw-Hill.
- De Jong, P., & Van der Leij, A. (september 2004). Hoe wordt de diagnose dyslexie gesteld? *Vademecum* .
- De Kovel, d. (sd). *Dyslexie: genetische aspecten*. (U. s. Radboud, Producent) Opgeroepen op juli 2010, van www.diagnostieknijmegen.nl: www.dnadiagnostieknijmegen.nl/docs/handboek.doc
- De Lange, J. (2004). Interactiemanagement in de psychomotorische therapie . *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie* .
- Ghesquière, P. (sd). <http://www.sig-net.be/uploads/congres/handouts/Ghesquiere.pdf>. Opgehaald van Naar evidence-based werken in de behandeling van leerstoornissen.
- Ghesquière, P., & Dewitte, I. (2006). Dyslexie . *psychopraxis* , 37-41.
- Hammink, M. (2005). Psychomotorische diagnostiek bij kinderen en jongeren. In J. De Lange, & R. Bosscher, *Psychomotorische therapie in de praktijk* (pp. 195-212). Nijmegen: Wetenschappelijke uitgeverij Cure & Care Publishers.
- Hekking, P., & Van den Blink, M. (2005). Ervaringsgerichte psychomotorische therapie met jeugdigen. In J. De Lange, & R. Bosscher, *Psychomotorische therapie in de praktijk* (pp. 173-193). Nijmegen: Wetenschappelijke uitgeverij Cure & Care Publishers.
- Hellinckx, W., & Ghesquière, P. (1999). *Als leren pijn doet- Opvoeden van kinderen met een leerstoornis*. Leuven/ Amersfoort: Uitgeverij Acco.

- Hoijtink, T. (2001). *De kracht van groepen - normen en rollen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Horsley, T., & Van der Schoot, M. (2006). De ene dyslecticus is de andere niet: neurocognitief bewijs voor heterogeniteit. *Neuropraxis* (10), 72-76.
- Jochems, A., & Joosten, F. (2006). *Zakwoordenboek der Geneeskunde*. Doetinchem: Elsevier Gezondheidszorg.
- Jol, D. (2009). Powerpoint BAPMT opleiding psychomotorische therapie en bewegingsagogie 2008-2009.
- Kuijpers, C., Been, P., & Van Leeuwen, T. (1998). Hersenen en taal in onderzoek en praktijk- oorzaken en vroege onderkenning van dyslexie: een multidisciplinaire benadering. *Neuropraxis* , 215-222.
- Kurtz, L. (2007). *De motoriek van kinderen met dyspraxie, autisme, ADHD en leerstoornissen*. (R. d. Ridder, Vert.) Huizen: Uitgeverij Pica.
- Ligges, C., Ungureanu, M., Ligges, M., Blanz, B., & Witte, H. (2010). Understanding the time variant connectivity of the language network in developmental dyslexia: new insights using Granger causality . *Journal of Neural Transmission* , 529-543.
- Loonstra, J., & Schalkwijk, F. (2001). *Omgaan met dyslexie - sociale en emotionele aspecten*. Leuven/Apeldoorn: Garant Uitgevers.
- Lyon, G., Shaywitz, S., & Shaywitz, B. (2003). Defining Dyslexia, Comorbidity, Teachers' Knowledge o fLanguage and Reading - A Definition of Dyslexia. *Annals of Dyslexia* , 1-14 .
- Maniet-Bellerman, P. (2003). *"Wij zijn niet dom!" - Praktische tips van en voor leerlingen met leerstoornissen*. (M. De Scheirder-Desmet, Vert.) Apeldoorn: Garant.
- McNulty, M. A. (2003). Dyslexia and the life course. *Journal of Learning Disabilities*, 36, 363-381.
- NVPMT. (2009, Maart). *Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut*. Opgehaald van Website NVPMT: http://www.nvpmt.nl/component/option,com_phocadownload/Itemid,97/id,7/view,file/
- Probst, M., & Bosscher, R. (2001). *Ontwikkelingen in de Psychomotorische Therapie*. Zeist: Wetenschappelijke uitgeverij Cure & Care.
- Rigter, J. (2002). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Scerrie, T., & Schulte-Körne, G. (2010, Maart). Genetics of developmental dyslexia. *Psychiatry, European Child & Adolescent* , 179-197.
- Singer, E. (2007, Oktober 15). Coping with academic failure - a study of dutch children with dyslexia. John Wiley & Sons, Ltd.
- Stichting Dyslexie Nederland. (2008). Diagnose en Behandeling van Dyslexie - Brochure van de SDN.

- Stichting Dyslexie Nederland. (2004). *Diagnose van Dyslexie*. (A. v. Leij, & A. Struiksma, Red.) Opgeroepen op 2010, van www.stichtingdyslexienederland.nl: <http://www.stichtingdyslexienederland.nl/assetmanager.asp?aid=790>
- Sun, Y., Lee, J., & Kirby, R. (2009, April). Brain Imaging Findings in Dyslexia. *Pediatrics & Neonatology* , 89-96.
- Terras, M., Thompson, L., & Minnis, H. (2009, April 21). Dyslexia and Psycho-social Functioning: An Exploratory Study of the Role of Self-esteem and Understanding.
- Tijms, J. (2008). *Kinderen liggen wakker van dyslexie - Rapport van een inventariserend onderzoek naar sociaal-emotionele problemen bij kinderen met dyslexie*. Amsterdam: IWAL - Instituten voor dyslexie.
- Van Attekum, M. (1997). *Aan den lijve*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.
- Van den Blink, M. (2008). Reader G048 - Bewegingsgeoriënteerde methodiek - opleiding bewegingsagogie en psychomotorische therapie 2008-2009.
- Van der Klis, P. (1980). Prikken of een scheut zijn. *Tijdschrift voor Psychomotorische therapie* , 46-60.
- Wijsman, E. (2005). *Psychologie en Sociologie*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff BV.
- Willcutt, E., & Pennington, B. (2000). Psychiatric Comorbidity in Children and Adolescents With Reading Disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* , 41 (8), 1039-1048.