

Help! Ik wil ontspannen, maar hoe?

Op zoek naar de voorwaarden voor ontspanningstechnieken, binnen een dagklinische pmt-setting, voor kinderen tussen de 6 en 12 jaar met PDD-NOS



Lotte van Baal

Naam begeleider: Annalee Mataheru

Naam beoordelaar: Lia van der Maas

Hogeschool Windesheim

School of Human Movement & Sports

Psychomotorische therapie en bewegingagogie

Samenvatting

In deze afstudeeropdracht geef ik antwoord op de vraag "Aan welke voorwaarden moeten ontspanningstechnieken, binnen een dagklinische pmt-setting, voor kinderen tussen de 6 en 12 jaar met PDD-NOS voldoen?"

Het ziektebeeld PDD-NOS hoort onder de term pervasieve ontwikkelingsstoornissen. Door een stressmodel vanuit het biopsychosociale perspectief in te vullen, kan je concluderen dat kinderen met PDD-NOS in het dagelijkse leven veel stress ervaren. Daardoor komen er vaak kinderen met PDD-NOS bij psychomotorische therapie met de behandelvraag: "ik wil leren ontspannen, maar ik weet niet hoe." In dit onderzoek worden voorwaarden beschreven waar een ontspanningstechniek voor kinderen met PDD-NOS aan moet voldoen. Voorbeelden van voorwaarden zijn structuur, een veilige omgeving en aansluiten op het eigen lichaamsbesef van kinderen met PDD-NOS.

Daaropvolgend heb ik onderzocht welke ontspanningstechnieken het beste aansluiten bij de opgestelde voorwaarden. Het resultaat is dat de ontspanningstechnieken Berges-Bounes, Wintrebert en Jacobson het beste aansluiten bij kinderen met PDD-NOS tussen de 6 en 12 jaar.

Inhoudsopgave

Inhoud	Paginnummer:
Inleiding	4
Wat is PDD-NOS	5
Stress & kinderen met PDD-NOS	8
Welke voorwaarden zijn er nodig voor een ontspanningstechniek voor kinderen met PDD-NOS	10
Welke ontspanningstechnieken zijn er voor kinderen met PDD-NOS	12
Welke van de vijf ontspanningstechnieken sluiten aan bij de voorwaarden voor ontspanningstechnieken bij kinderen met PDD-NOS	14
Conclusie	17
Discussie	18
Aanbevelingen	19
Literatuurlijst	20
Bijlagen:	
Relaxatie volgens Berges-Bounes (Vallaey, M. & Vandroemme, G. 1990)	21
Relaxatie volgens Wintrebert (Vallaey, M. & Vandroemme, G. 1990)	24
Autogene training volgens Kruse (Vallaey, M. & Vandroemme, G. 1990)	27
Ontspannen met progresieve relaxatie (van Burken, P. 2008)	34
Mindfulness With Children and Adolescent (Thompsom, M. & Gauntlett-Gilbert, J. 2008)	38

Inleiding

De titel van deze afstudeeropdracht is: “Help! Ik wil ontspannen, maar hoe?” Op zoek naar de voorwaarden voor ontspanningstechnieken, binnen een dagklinische pmt-setting, voor kinderen tussen de 6 en 12 jaar met PDD-NOS.

De aanleiding om over dit onderwerp onderzoek te gaan doen, is gekomen vanuit interesse naar het ziektebeeld PDD-NOS. Er kwamen bij mij vragen naar boven over PDD-NOS in combinatie met ontspanningstechnieken. Op mijn eindstage in het Erasmus MC-Sophia op de kinderpsychiatrische kliniek had ik twee cliënten met PDD-NOS in behandeling. Het doel van die behandeling was het leren ontspannen. Regelmatig liep ik vast en wist ik niet welke ontspanningstechnieken ik moest gebruiken. Er zijn vele ontspanningstechnieken, maar welke past het beste bij PDD-NOS? Vanuit deze aanleiding en interesse is de volgende hoofdvraag ontstaan:

“Aan welke voorwaarden moeten ontspanningstechnieken, binnen een dagklinische pmt-setting, voor kinderen tussen de 6 en 12 jaar met PDD-NOS voldoen?”

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen, welke voorwaarden er minimaal nodig zijn voor een ontspanningstechniek bij kinderen met PDD-NOS. Verder wil ik ook onderzoeken welke ontspanningstechnieken bij die opgestelde voorwaarden aansluiten. Zodat het duidelijk wordt welke ontspanningstechnieken het beste aansluiten bij kinderen met PDD-NOS.

In de eerste twee hoofdstukken wordt er uitgelegd wat het ziektebeeld PDD-NOS inhoudt en waarom kinderen met PDD-NOS regelmatig stress ervaren.

In hoofdstuk drie zijn de voorwaarden opgesteld waar een ontspanningstechniek bij kinderen met PDD-NOS aan moet voldoen.

In hoofdstuk vier en vijf worden er vijf ontspanningstechnieken uitgelegd en vergeleken met de voorwaarden waar een ontspanningstechniek voor kinderen met PDD-NOS aan moet voldoen. Zodat je de ontspanningstechnieken kunt vergelijken met elkaar. Tevens wordt er bekeken welke ontspanningstechniek het beste past tijdens een psychomotorische therapie sessie voor een kind met PDD-NOS.

Tenslotte zal ik een conclusie trekken uit de bovenstaande hoofdstukken met daarbij een aanbeveling voor de te gebruiken ontspanningstechnieken.

Wat is PDD-NOS?

Definitie:

PDD-NOS is de afkorting van pervasive developmental disorder not otherwise specified. Dit is de Engelse benaming voor stoornissen die worden gerekend tot de pervasieve ontwikkelingsstoornissen. In het Nederlands wordt PDD-NOS vertaald als: pervasieve ontwikkelingsstoornis niet anderszins omschreven. (Verhulst, F.C. 2006)

Pervasieve ontwikkelingstoornissen:

PDD-NOS valt onder de noemer pervasieve ontwikkelingstoornissen. Omdat deze term een aantal keer genoemd zal worden, wordt deze term hieronder kort toegelicht.

Het begrip pervasieve ontwikkelingstoornis is in Nederland zodanig ingeburgerd als het paraplubegrip autismespectrumstoornissen (ASS) of autisme.

Onder de pervasieve ontwikkelingstoornissen vallen de volgende stoornissen:

- Autistische stoornis (klassiek autisme)
- Rett-Syndroom
- Syndroom van Asperger
- Desintegratieve stoornis van de kinderleeftijd, ook wel syndroom van Heller genoemd.
- Pervasieve ontwikkelingsstoornis niet anderszins omschreven (PDD-NOS)

Deze stoornissen worden allemaal gekenmerkt door een vroeg begin en door ernstige en chronische beperkingen in het dagelijks functioneren. Centraal binnen de stoornissen staat de ontwikkeling van sociale en communicatieve vaardigheden en in de ontwikkeling van de leeftijdadequate interesses, gedragspatronen en activiteiten. De symptomen en het IQ van kinderen met deze stoornis, kan per geval grote verschillen vertonen. (Verhulst, F.C. 2006)

Hoe wordt de diagnose van PDD-NOS gesteld:

De term PDD-NOS verwijst naar kinderen en jeugdigen die problemen en beperkingen hebben in dezelfde domeinen als kinderen en jeugdigen met klassiek autisme of met de stoornis van Asperger. Maar de kinderen met PDD-NOS zijn niet te classificeren binnen één van de andere diagnostische groepen binnen het autistisch spectrum. Eigenlijk verwijst de diagnose PDD-NOS naar kinderen en jeugdigen die niet volledig voldoen aan de in DSM-IV beschreven diagnostische criteria voor een autistische stoornis, de stoornis van Asperger of kinderen of jeugdigen met een lichtere vorm van autisme. (Verhulst, F.C. 2006)

In DSM-IV wordt PDD-NOS omschreven als een stoornis in wederkerige sociale interactie die samen voorkomt met ofwel taalproblemen, ofwel restrictieve gedragspatronen, terwijl niet voldaan wordt aan de criteria voor een specifieke pervasieve ontwikkelingsstoornis.

Voor PDD-NOS is er geen specifieke criteria opgenomen in de DSM-IV. Hierdoor is het moeilijk om na te gaan of er sprake is van een geringer aantal symptomen of van symptomen die minder ernstig zijn dan bij andere pervasieve ontwikkelingsstoornissen. Vooral de afgrenzing met normaal gedrag en met andere stoornissen, zoals ADHD, is lastig. (Verhulst, F.C. 2006)

Uiteindelijk zal een kinderpsychiater de diagnose PDD-NOS vaststellen. De kinderpsychiater praat met verschillende mensen uit de omgeving van het kind, zoals ouders, leerkrachten en psychologen die onderzoek hebben gedaan bij het kind. Uiteindelijk beslist de kinderpsychiater dat het kind niet voldoet aan de DSM-IV beschreven richtlijnen voor autisme, dus dat het kind PDD-NOS heeft.

Het gevaar van op deze manier diagnosticeren is dat de ene persoon de categorie breder opvat dan de ander. (Rigter, J. 2002)

Kenmerken van PDD-NOS:

- Moeite met verwerken van gedachten en emoties
- Onhandig sociaal functioneren
- Eenzijdige belangstelling
- Fantasie en werkelijkheid door elkaar halen
- Verhoogde achterdocht
- Vasthouden aan routines
- Eenzame gesloten indruk
- Paniekaanvallen/driftbuien/woedeaanvallen
- Verward
- Gehecht aan een vaste en vertrouwde omgeving
- Bang voor veranderingen
- Zwakke grove motoriek
- Zich niet kunnen verplaatsen in de gedachten of gevoelens van een ander
- Eigen gevoelens niet kunnen uiten
- Gedetailleerde waarnemingen
- De taal letterlijk nemen
- Opbouwen van gedetailleerde kennis over een bepaald onderwerp
- Langdurig een activiteit kunnen volhouden
- Moeite met keuzes maken
- Overgevoeligheid of ondergevoeligheid voor zintuiglijke prikkels
- Problemen met starten en stoppen van werkzaamheden (Regtop, C. 2009. Santana, M.R.A. z.d. Paternotte, A. & Buitelaar, J. 2007)

Co-morbiditeit:

Goldstein, S & Schwabach, J. hebben onderzoek gedaan naar de comorbiditeit van PDD-NOS en ADHD. Uit de resultaten blijkt dat kinderen met PDD-NOS significant meer ADHD symptomen laten zien. Je kunt dus stellen dat ADHD een comorbide diagnose is van PDD-NOS. (Goldstein, S & Schwabach, J. (z.d.)

Verder zijn angst, spanning, depressie, agressie en verslaving bekende comorbide problematiek. (Santana, M.R.A. z.d.)

Etiologie:

Autisme is het gevolg van abnormale hersenontwikkeling, waarschijnlijk door genetische factoren. Het is nog niet duidelijk welke factoren er allemaal meespelen en waar PDD-NOS ten grondslag van ligt. (Verhulst, F.C. 2006)

Uit onderzoek van Mulder, E.J. blijkt dat kinderen met autisme een hoger serotonine gehalte in hun hersenen hebben. Maar welke invloed dat precies op het kind heeft, is nog niet duidelijk. (Mulder, E.J. 2006)

Uit andere onderzoeken, zoals een onderzoek van Bailey, komt naar voren dat er een relatie bestaat tussen het ontstaan van autistische stoornis en invloeden uit de psychosociale omgeving van het kind. Er bestaat dus wat onenigheid over de oorzaak van PDD-NOS. Maar de meeste studies verwijzen naar een genetische component. Kenmerken van de ouders, zoals opleidingsniveau en opvoedkundige vaardigheden en cultuur spelen geen rol bij het ontstaan van de stoornis. (Rigter, J. 2002)

Prevalentie:

In het schema uit het boek van Jakop Rigter wordt de prevalentie van de pervasieve ontwikkelingsstoornissen als volgt beschreven:

<i>Autistische stoornis</i>	<i>4 à 5 op de 10.000 (0,04% - 0,05%)</i>
<i>Syndroom van Asperger</i>	<i>1 à 3 op de 1000 (0,1% - 0,3%)</i>
<i>Rett-Syndroom</i>	<i>1 op de 15.000 meisjes (Ca. 0,007%)</i>

Desintegratieve stoornis

1 op de 100.000

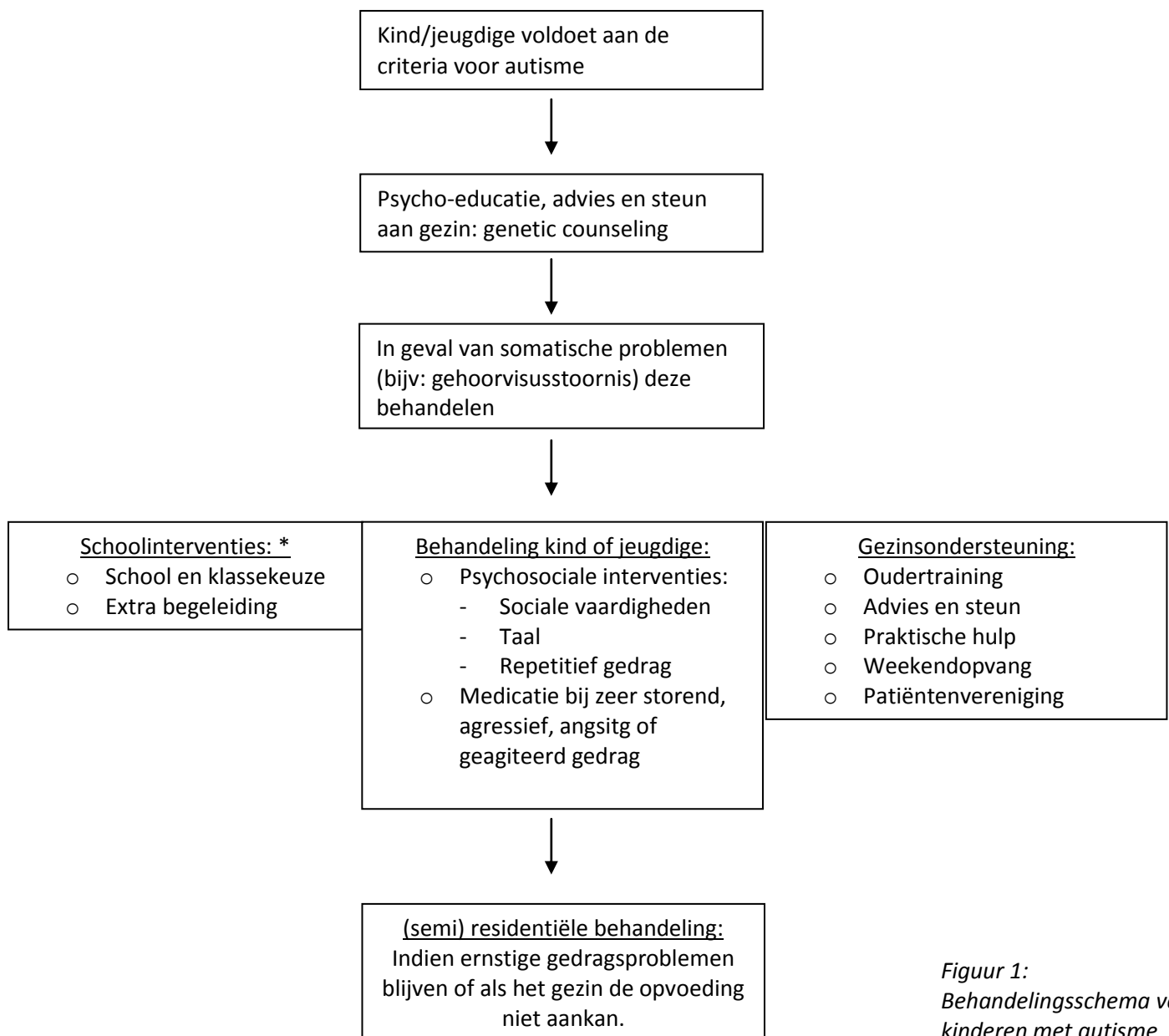
Aan autisme verwante stoornissen (PDD-NOS) 15 tot 20 op de 10.000 (0,15% - 0,2%)

Daaruit kun je opmaken dat PDD-NOS aanzienlijk vaker voorkomt dan andere ziekten binnen de pervasieve ontwikkelingsstoornissen. (Rigter, J. 2002)

Behandeling:

Behandeling van PDD-NOS betekent feitelijk: verminderen van comorbide problematiek. Verbeteren van de autisme kenmerken, is tot dusverre niet mogelijk, maar verminderen van angst, spanning, depressie, agressie of verslaving kan er wel toe leiden dat mensen met PDD-NOS in alle opzichten beter gaan functioneren. (Santana, M.R.A. z.d.)

In verschillende artikelen en boeken staat een schema beschreven die je kunt gebruiken bij de behandeling van een kind met PDD-NOS. (Verhulst, F.C. 2006. Verheij, F. et al. 2007)



*Figuur 1:
Behandelingsschema voor
kinderen met autisme*

**Bij kinderen met autisme < zes jaar of bij matige tot ernstige verstandelijke beperking is plaatsing op een medisch kleuterdagverblijf (MKD) respectievelijk kinderdagcentrum (KDC) vaak geïndiceerd.*

Stress & kinderen met PDD-NOS

Definities:

Stress:

Stress is de eis aan een organisme om zich aan te passen of te schikken.

Een zekere mate van stress is goed voor de gezondheid van een mens, het helpt ons om actief en alert te blijven. Maar langdurige stress of intense stress die niet te vermijden is, kan ons draagvermogen te boven gaan en emotionele klachten als angst of depressie oproepen, evenals lichamelijke klachten zoals vermoeidheid en hoofdpijn. (Nevid, S.J. et al. 2006)

Stressor:

Een stressor is een bron van stress. Voorbeelden van een stressor zijn tentamens, relatieproblemen, belangrijke veranderingen in je leven, maar ook extreme hoge en lage temperaturen of hoge of lage geluiden. (Nevid, S.J. et al. 2006)

Ontspanning:

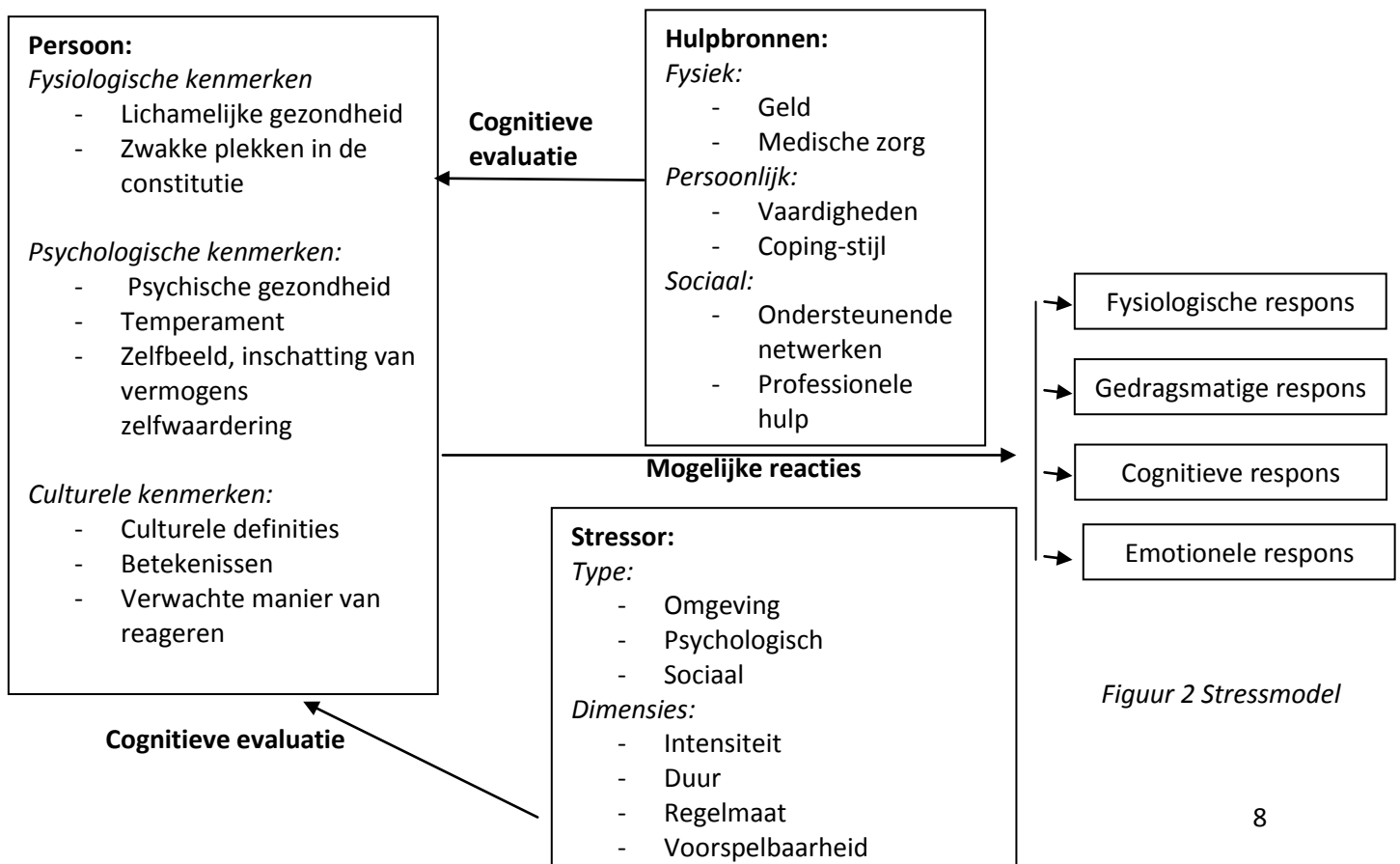
Bij ontspanning zijn meerdere definities te vinden. De onderstaande definities zijn de definities waar ik op doel in deze verslaglegging wanneer ik het over ontspanning heb.

- Bewust iets doen waar je van uitrust.
- In een minder gespannen staat brengen. (Van Dale, J.H. 2011)

Theorie:

Kinderen hebben in hun eigen leefwereld heel wat stresssituaties te verwerken. Bij kinderen met ontwikkelingsstoornissen of psychomotorische stoornissen komt stress nog meer voor. Voortdurend worden ze geconfronteerd met het 'niet kunnen'. Soms kunnen kinderen de spanningen niet verwerken, wat zich kan uiten op verschillende manieren, wat kan leiden tot gedragsproblemen. (Vallaey, M. & Vandroemme, G. 1990)

Hoe kinderen met PDD-NOS last kunnen hebben van stress wil ik uitleggen met het onderstaande stressmodel uit het boek Psychiatrie een inleiding. (Nevid, S.J. et al. 2006)



Figuur 2 Stressmodel

Referentiekader en uitleg van het stressmodel:

Als mensen geconfronteerd worden met een stressor, maken zij een cognitieve evaluatie van de stressor. Hierbij spelen altijd de persoonlijke fysiologische, psychologische en culturele kenmerken van de persoon een rol. Op basis van kenmerken (type en dimensies) van de stressor alsmede de hulpbronnen die de persoon tot zijn beschikking heeft (fysiek, persoonlijk en sociaal), ontstaat er een bepaald reactiepatroon (fysiologisch, gedragsmatig, cognitief, emotioneel) op de stressor. Dit stressmodel wordt onderbouwd door het biopsychosociale perspectief. Dat betekent dat er bij dit stressmodel naar meerdere factoren; de biologische, psychologische en sociale factoren gekeken wordt. Je kijkt naar de interactie van de factoren en wat daarvan de invloed is in de ontwikkeling van afwijkende gedragspatronen. De afwijkende gedragspatronen in dit model is de stress. (Nevid, S.J. et al. 2006)

Het stressmodel bij kinderen met PDD-NOS:

Om er achter te komen of kinderen met PDD-NOS stress ervaren, worden de kopjes van het stressmodel ingevuld met de algemene kenmerken van PDD-NOS.

Persoon

Fysiologische kenmerken:

- Zwakke grove motoriek
- Overgevoeligheid of ondergevoeligheid voor zintuiglijke prikkels

Psychologische kenmerken:

- Moeite met verwerken van gedachten en emoties
- Niet kunnen verplaatsen in gedachten of gevoelens van een ander
- Laag inschattingsvermogen

Culturele kenmerken:

- Verschillend per kind, per situatie (Regtop, C. 2009. Santana, M.R.A. z.d. Paternotte, A. et al. 2007)

Stressor:

Type:

- Moeite met veranderingen
- Moeite met keuzes maken
- Verhoogde achterdocht
- Problemen met starten en stoppen van werkzaamheden (Regtop, C. 2009. Santana, M.R.A. z.d. Paternotte, A. et al. 2007)

Intensiteit:

- Uit een onderzoek van Ingrid Miller blijkt dat kinderen met een autistische stoornissen stress heftiger en intenser ervaren dan kinderen zonder een autistische stoornis. (Loos Miller, I.M. & Loos H.G. 2004)

Hulpbronnen:

Fysiek:

- Medische zorg is er in principe voor iedereen in Nederland.

Persoonlijk:

- Moeite met verwerken van eigen gedachten en emoties.

Sociaal:

- Familie
- Vaak weinig vrienden door het onhandige sociaal functioneren
- Professionele hulp zoals een psychiater of psychomotorisch therapeut. (Regtop, C. 2009. Santana, M.R.A. z.d. Paternotte, A. et al. 2007)

Respons:

Gedragmatig:

- Paniekaanvallen
- Driftbuien/woedeaanvallen (Regtop, C. 2009. Santana, M.R.A. z.d. Paternotte, A. et al. 2007)

Conclusie van het stressmodel bij kinderen met PDD-NOS:

Als je het ingevulde stressmodel bekijkt, kan je concluderen dat kinderen met PDD-NOS over het algemeen veel stressoren hebben. Kinderen die geen autistische stoornis hebben, komen deze stressoren over het algemeen minder tegen in het dagelijkse leven.

Ook hebben kinderen met PDD-NOS als persoon een aantal kenmerken waardoor ze de stress minder goed kunnen reguleren. Je kunt dus zeggen dat kinderen met PDD-NOS wel degelijk stress ervaren en dat deze stress zich extremer uit dan bij kinderen zonder autistische stoornis. (Loos Miller, I.M. & Loos H.G. 2004)

Om de stress te verminderen en om te leren zichzelf beter te ontspannen, zouden ontspanningsoefeningen, aangeboden door een psychomotorisch therapeut, kunnen helpen bij kinderen met PDD-NOS.

In de volgende hoofdstukken wordt onderzocht welke ontspanningstechnieken goed kunnen aansluiten bij kinderen met PDD-NOS.

Welke voorwaarden zijn er nodig voor ontspanningstechnieken bij kinderen met PDD-NOS?

Voorwaarden:

Omdat er nergens voorwaarden beschreven zijn voor ontspanningstechnieken voor kinderen met PDD-NOS, zal ik zelf voorwaarden opstellen. Dit doe ik aan de hand van de kenmerken van kinderen met PDD-NOS en mijn ervaring met geven van ontspanningstechnieken tijdens psychomotorische therapie.

In de literatuur heb ik gezocht naar wat goede gedragsmatige interventies zijn in bijvoorbeeld een schoolomgeving. Uit meerdere onderzoeken komt de conclusie dat er weinig onderzocht is welke gedragingen en voorwaarden er nodig zijn om een kind met PDD-NOS goed te laten functioneren in de maatschappij. (Santana, M.R.A. z.d. Schothors, P.F et al z.d.)

Ik zal per voorwaarde beredeneren waarom ik deze vind passen bij ontspanningstechnieken voor kinderen met PDD-NOS. De voorwaarden zal ik onderverdelen in voorwaarden voor de ontspanningstechnieken zelf en de voorwaarden voor het handelen van de therapeut. Zodat er een overzicht komt waar je als psychomotorisch therapeut rekening mee moet houden als je een ontspanningstechniek wilt uitvoeren en welke houding je zelf het beste aan kan nemen bij kinderen met PDD-NOS.

Voorwaarden voor een ontspanningstechniek voor kinderen met PDD-NOS:

1) Structuur:

Kinderen met PDD-NOS hebben veel duidelijkheid nodig. Ze moeten van te voren weten waar ze aan toe zijn. Dat helpt ze ook om beter te kunnen starten en stoppen met een activiteit.

Als alles duidelijk is, hoeven ze ook niet bang te zijn voor veranderingen en kunnen ze zich daardoor beter ontspannen. Het beste zal zijn als de ontspanningstechniek een vaste (dagelijkse) routine gaat worden, dan vindt het kind hoogstwaarschijnlijk de meeste rust en ontspanning tijdens de oefeningen. (Regtop, C. 2009. Schothors, P.F. et al z.d.)

2) *Veilige omgeving:*

Een veilige omgeving is belangrijk voor kinderen met PDD-NOS. Wanneer deze omgeving er niet is, heb je kans dat het kind een paniek of woedeaanval krijgt. We spreken van een veilige omgeving wanneer het een omgeving is die elke ontspanningstherapie wordt gebruikt.

De eerste paar sessies kan het zijn dat het kind tijd nodig heeft om te wennen aan de ruimte. Maar wanneer het kind door heeft dat de ruimte onveranderd blijft, zal het kind de omgeving als veilig gaan ervaren. Het kind kan zich dan beter concentreren tijdens de ontspanningsoefeningen.

(Schothors, P.F. et al. z.d.)

3) *Rustige, overzichtelijke en prikkelarme atmosfeer:*

Naast een veilige omgeving, moet de gehele atmosfeer in de ruimte waar de ontspanningstechniek wordt gegeven, prikkelarm, rustig en overzichtelijk zijn. Als de ruimte prikkelarm is, kan het kind zich beter concentreren op zichzelf. Ook de ruimte en de overzichtelijkheid van de zaal is belangrijk voor het kind om zich rustig en ontspannen te kunnen voelen. Wanneer deze aspecten er niet zijn, zal het kind te veel afgeleid zijn door prikkels vanuit de zaal. (Regtop, C. 2009. Santana, M.R.A. z.d.)

4) *Duidelijke communicatieve ondersteuning:*

Kinderen met PDD-NOS halen de fantasie en werkelijkheid regelmatig door elkaar. Ook vatten ze wat je zegt letterlijk op. Tijdens de ontspanningsoefeningen zal je er rekening mee moeten houden dat je zo letterlijk en duidelijk mogelijke instructies geeft aan het kind. Zodat ze niet in hun eigen gedachten verzeild raken of iets niet begrijpen omdat het symbolisch bedoeld was.

Ook hebben kinderen met PDD-NOS verbale ondersteuning nodig tijdens de ontspanningsoefeningen. Lange stiltes zorgen ervoor dat het kind onrustig wordt en de situatie niet begrijpt. (Regtop, C. 2009, Schothors, P.F. et al. n.d.)

5) *Aansluiten bij het gevoelsniveau van het kind:*

Kinderen met PDD-NOS weten over het algemeen niet goed wat voelen is. Als je ze aanspreekt op een gevoel, weten ze niet hoe ze dat gevoel moeten uitdrukken. Ook weten ze vaak niet hoe ze dit gevoel bij zichzelf moeten voelen. Het is daarom van belang dat de ontspanningstechniek aansluit op het gevoelsniveau van het kind, zodat je het kind niet overvraagd. Het kan ook helpen tijdens de oefening het gevoel concreet uit te leggen, zodat het kind een voorbeeld krijgt wat ze kunnen voelen in hun lichaam. Voorbeelden van jezelf geven heeft weinig nut, want kinderen met PDD-NOS kunnen zich moeilijk inleven bij gevoelens van een ander. (Vallaey, M. & Vandroemme, G. 1990. Schothors, P.F. et al z.d.)

6) *Aansluiten op het lichaamsbesef van het kind:*

Net als het gevoel, hebben kinderen met PDD-NOS weinig besef van hun eigen lichaam. Ze kunnen over het algemeen goed aanwijzen waar hun lichaamsdelen zich bevinden. Maar als je ze aanspreekt op hun ademhaling of hartslag, zullen de meeste kinderen deze letterlijk moeten voelen met bijvoorbeeld hun hand op de borst. Het is daarom belangrijk dat je hier op aansluit tijdens de ontspanningsoefeningen. Je moet tijdens de oefeningen het kind de ruimte kunnen geven om bijvoorbeeld de hartslag met zijn hand te laten voelen. (Schothors, P.F. et al z.d.)

7) *Ouders/verzorgers bij de ontspanningstechniek kunnen betrekken:*

Kinderen met PDD-NOS vinden het lastig om het geleerde in de zaal, toe te passen in een andere situatie, zoals thuis. Het is daarom van belang dat de ontspanningstechniek ook thuis toepasbaar is. Zodat ouders het kind kunnen helpen met de ontspanningsoefening. Hiermee kan je uiteindelijk bereiken dat het kind op meerdere plaatsen aanleert ontspannen te zijn. (Loos Miller, I.M. & Loos, H.G. 2004. Schothors, P.F. et al z.d.)

Voorwaarden voor het handelen van de therapeut tijdens een ontspanningstechniek:

1) Neutrale houding:

Voor een kind met PDD-NOS is het belangrijk dat je als therapeut een neutrale houding aanneemt. Dit betekent dat je elke keer wanneer je het kind ziet een zelfde houding aanneemt. Het kind weet door de neutrale houding na verloop van tijd hoe je gaat reageren. Zo is het eenvoudiger het kind om een vertrouwensband op te bouwen met de therapeut. Deze band zal echter functioneel zijn voor het kind. (Vallaey, M. & Vandroemme, G. 1990)

2) Inzicht in de denk en belevingswereld van het kind:

Als therapeut is het belangrijk dat je kan inbeelden hoe de denk en belevingswereld van een kind met PDD-NOS is. Wanneer je dat kan inbeelden, zal het voor jezelf beter te begrijpen zijn waarom een kind op een bepaalde manier reageert. Je zal vooral rekening moeten houden met de hoeveelheid prikkels die het kind te verwerken heeft. Als je hier inzicht in hebt, kan je de therapie daar ook op aanpassen. (Vallaey, M. & Vandroemme, G. 1990)

3) Psycho-educatie:

Als therapeut zijnde moet je goed weten wat het ziektebeeld van je cliënt inhoudt. Bij kinderen met PDD-NOS komt het regelmatig voor dat ouders graag informatie willen hebben over het ziektebeeld en hoe hiermee om moeten gaan.. Als therapeut zijnde kan je de ouders informeren door middel van psycho-educatie.

Ook is het prettig als je therapie geeft, je de activiteiten zodanig kan aanpassen, dat deze goed bij het ziektebeeld PDD-NOS passen. (Verheij, F. Verhulst et al. 2007)

4) Geduldigheid:

Geduld is nodig bij kinderen met PDD-NOS. Het duurt een aantal sessies voordat het kind zich veilig voelt in een situatie en gewend is geraakt aan de structuur. Je zult geduld moeten hebben en het kind de tijd er voor moeten geven die hij nodig heeft om zijn draai te vinden binnen de therapie. (Schothors, P.F. et al. z.d.)

5) Concrete en reële doelen stellen:

Als therapeut moet je de verwachtingen van het therapieproces goed aanpassen op het kind. Je zal er voor moeten waken dat je niet een te hoog verwachtingspatroon creëert voor het kind. Wanneer het kind aan die verwachtingen probeert te voldoen, zal het kind stress ervaren wanneer de doelen te lastig blijken te zijn. Concrete en reële doelen opstellen kan het kind met PDD-NOS helpen op een ontspannen manier doelen te behalen in de therapie. (Schothors, P.F. et al. z.d.)

Welke ontspanningstechnieken zijn er voor kinderen met PDD-NOS?

Keuze binnen de ontspanningstechnieken:

Er zijn veel ontspanningstechnieken in de omloop. Helaas zijn er geen ontspanningstechnieken specifiek voor kinderen met PDD-NOS.

Vanwege de beperkte omvang van mijn onderzoek en de hoeveelheid ontspanningstechnieken ben ik genooddaakt een keuze te maken binnen het aanbod van ontspanningstechnieken voor kinderen.

De vijf ontspanningstechnieken die ik ga gebruiken in dit onderzoek, heb ik gekozen op basis van de mate waarin het wordt beschreven in de literatuur, de diversiteit en populariteit van de ontspanningstechnieken en vanwege de praktijkervaringen die ik met de ontspanningstechnieken heb opgedaan tijdens psychomotorische therapie behandelingen.

Ook heb ik voor twee franse ontspanningstechnieken gekozen, deze heb ik ontdekt tijdens mijn stageperiode in Parijs. Deze franse ontspanningstechnieken zijn in Nederland vrij onbekend, maar in

Frankrijk erg populair vanwege de toepasbaarheid bij kinderen met psychomotorische problemen. Hieronder zal ik per ontspanningstechniek kort de inhoud van de ontspanningstechniek toelichten. In de bijlage wordt elke ontspanningstechniek uitgebreider toegelicht.

1) Berges-Bounes:

Het typische van de Berges-Bounes methode is dat de therapeut de ontspanning van het betreffende ledemaat bevordert door het te palperen en door op de zelfde tijd de onderdelen ervan te benoemen.

In elke behandeling of zitting komen drie onderdelen terug:

- Concentratie op het rustbeeld. (het voorbereiden op de sessie door een kalmerende gedachte of beeld op te roepen)
- Ontspanning van een bepaald segment, gevolgd door passieve mobilisatie.
- Hervatten van de activiteit van de gerelaxeerde spieren.

De lichaamsdelen die worden gebruikt tijdens de ontspanningsoefening zijn: de armen, de benen, de rug, de nek en het gezicht. (Vallaey, M. & Vandroemme, G. 1990)

2) Wintrebert:

Het kenmerkende van de Wintrebert methode wordt bepaald door de regelmatige, ritmische, passieve bewegingen en schuddingen die met de lichaamssegmenten uitgevoerd worden. Met als doel het lichaam op deze manier te relaxeren.

Elke behandeling omvat twee grote onderdelen, gescheiden door een tussenfase.

- Fase van passieve bewegingen en schuddingen.
- Tussenfase: immobiliteit van het kind en palpatie door de therapeut.
- Globale relaxatie na de inspanning.

De lichaamsdelen die bij deze ontspanningsoefeningen worden gebruikt zijn: de gehele armen, benen en het hoofd. (Vallaey, M. & Vandroemme, G. 1990)

3) Autogene Training

Autogene training is een vorm van zelfhypnose. Je gebruikt fysiologische oefeningen, zoals het zwaartegevoel en warmtegevoel, om in een staat van ontspanning te komen. Na regelmatig oefenen, kan je tijdens de autogene training in een ander bewustzijnsniveau komen.

De lichaamsdelen die bij deze ontspanningsoefeningen worden gebruikt zijn niet specifiek te noemen. Het kind kan zelf bepalen wat hij voelt in welk lichaamsdeel. Uiteindelijk, na meerdere keren oefenen, kan het gevoel wat de therapeut probeert op te roepen bij het kind, te voelen zijn in het gehele lichaam. (Vallaey, M. & Vandroemme, G. 1990. Weiz, K.H. 1991. Neerinkx, E. 2008)

4) Jacobson:

Jacobson is een progressieve (stapsgewijze) relaxatie methode, die is gebaseerd op fysiologische principes om spanning en angst tegen te gaan. De aandacht wordt gericht op het aanspannen en ontspannen van bepaalde spiergroepen. Door het contrast tussen de spanning en ontspanning van de spieren leer je de ontspanning steeds beter toe te laten.

Jacobson bestaat uit drie fases:

- Actief stadium: het aanspannen van de spieren en het ontspannen van de spieren
- Passief stadium: het moment na de aanspanning van de spieren, je doet op dat moment in principe niks.
- Bewustzijnsstadium: De spierspanning voelen zonder dat er een spier aangespannen wordt. (Probst, M. 2008)

5) Mindfulness:

Mindfulness is een techniek en een levenshouding waarbij je op een accepterende manier leert om te gaan met het dagelijkse leven. De persoon concentreert zich tijdens de meditatieoefeningen op het hier en nu en let daarbij op zijn ademhaling. Tijdens de oefening verzet de cliënt zich niet tegen opkomende gedachten, maar je merkt op dat die gedachten er zijn. (Rigter, J. 2002)

Je geeft bewust aandacht aan jezelf en aan alles om je heen. Uiteindelijk wordt je, door de mindfulness techniek regelmatig toe te passen, meer ontspannen en emotioneel stabiel. (Thompson, M. & Gauntlett-Gilbert, J. 2008)

Welke van de vijf ontspanningstechnieken sluiten aan bij de voorwaarden voor ontspanningstechnieken voor kinderen met PDD-NOS

De vijf ontspanningstechnieken die ik in het vorige hoofdstuk heb beschreven, zal ik hier gaan vergelijken met de voorwaarden die ik heb opgesteld voor een ontspanningstechniek voor kinderen met PDD-NOS. Hierdoor zal er een overzicht ontstaan welke ontspanningstechniek je het beste bij een kind met PDD-NOS tijdens de psychomotorische therapie kan toepassen.

De voorwaarden voor het therapeutische handelen, een veilige omgeving en rustige overzichtelijke prikkelarme atmosfeer laat ik achterwege bij deze vergelijking. Hier heb ik voor gekozen omdat dit geen voorwaarden zijn over de theorie en achtergrond van een ontspanningstechniek.

De voorwaarden vergeleken met de ontspanningstechniek Berges Bounes:

1) *Structuur*

In elke sessie komen er drie onderdelen terug: concentratie op rustbeeld, ontspanning van een bepaald lichaamsdeel en hervatten van de activiteit van de ontspannen spieren. Ook worden elke sessie de zelfde lichaamsdelen gebruikt. Verder is er een duidelijk begin en eind bij deze ontspanningstechniek. Je kunt dus zeggen dat er structuur in deze ontspanningstechniek zit.

2) *Communicatieve ondersteuning*

Tijdens de ontspanningsoefening benoem je steeds welke spieren je aanraakt. Hierdoor ondersteun je met je stem de ontspanningsoefening. De communicatieve ondersteuning is dus aanwezig.

3) *Gevoelsniveau van een kind met PDD-NOS*

Je vraagt aan het kind naar het gevoel van de lichaamsdelen die worden aangeraakt. Dit gevoel is letterlijk te voelen op het lichaam en dus voor kinderen met PDD-NOS waarschijnlijk ook te beschrijven.

4) *Lichaamsbesef van een kind met PDD-NOS*

Tijdens de ontspanningsoefeningen worden de lichaamsdelen die worden aangeraakt hardop door de therapeut benoemd. Hierdoor hoeft het kind niet na te denken waar dat lichaamsdeel zich bevindt, omdat het letterlijk wordt aangeraakt en vertelt door de therapeut.

5) *Toepasbaarheid voor ouders:*

De ontspanningsoefening is niet complex. Ouders zouden na een keer kijken en oefenen tijdens de therapie, de oefening ook thuis kunnen toepassen. (Vallaey, M. & Vandroemme, G. 1990)

De voorwaarden vergeleken met de ontspanningstechniek Wintrebert:

1) *Structuur:*

De drie fases: passieve bewegingen, tussenfase en globale relaxatie na inspanning komen elke sessie terug. Ook zijn er vaste lichaamsdelen die elke sessie worden gebruikt bij deze ontspanningsoefening. Verder is er een duidelijk begin en eind aan deze ontspanningstechniek. Je kunt dus zeggen dat ontspanningstechniek van Wintrebert gestructureerd vormgegeven is.

2) *Communicatieve ondersteuning:*

In principe wordt in de methode niet beschreven dat je tijdens de oefening praat met het kind. Wel kan je dit makkelijk toepassen door te benoemen welk lichaamsdeel je aanraakt wanneer je deze

schudt. Dus communicatieve ondersteuning kan je toepassen, maar is niet beschreven volgens de methode.

3) *Gevoelsniveau van een kind met PDD-NOS:*

Je vraagt naar een gevoel die het kind letterlijk kan voelen door de schuddingen. Voor het kind is dit duidelijk te voelen. De ontspanning is voor het kind met PDD-NOS waarschijnlijk lastiger te beschrijven en te voelen. Dit komt omdat ontspanning geen concreet te beschrijven begrip is.

4) *Lichaamsbesef van een kind met PDD-NOS:*

Door de schuddingen kan het kind goed voelen welke lichaamsdelen op dat moment worden aangeraakt. Als de therapeut ook nog de oefening verbaal ondersteunt, zal de ontspanningstechniek voor het kind goed te begrijpen zijn. (Vallaey, M. & Vandroemme, G. 1990)

5) *Toepasbaarheid voor ouders:*

Deze ontspanningstechniek is niet complex. Ouders kunnen na een keer kijken en oefenen tijdens de therapie deze techniek thuis ook gaan toepassen.

De voorwaarden vergeleken met de ontspanningstechniek Autogene training:

1) *Structuur:*

Je gebruikt altijd dezelfde volgorde van lichaamssensaties tijdens de ontspanningstechniek. Hiermee heb je structuur in deze ontspanningstechniek. Wel heeft het kind veel ruimte voor zijn eigen gedachten binnen de autogene training. Het kan zijn dat hierdoor de structuur verloren gaat.

2) *Communicatieve ondersteuning:*

De therapeut geeft een uitleg voorafgaand aan de oefening en bespreekt de oefening na met het kind. Tijdens de oefening praat de therapeut niet. Er is dus geen sprake van communicatieve ondersteuning tijdens de ontspanningstechniek autogene training.

3) *Gevoelsniveau van het kind met PDD-NOS:*

Je vraagt tijdens deze ontspanningsoefening veel van het kind op gevoelsniveau. Het kind moet zelf zijn aandacht bij bepaalde lichaamsdelen houden en daar een warmte of zwaarte gevoel in voelen. Dit is waarschijnlijk erg lastig voor kinderen met PDD-NOS.

4) *Lichaamsbesef van het kind met PDD-NOS:*

Ook vraag je veel van het lichaamsbesef van kinderen met PDD-NOS bij autogene training. Je spreekt aan op lichaamssensaties (warmte en zwaarte) die voor deze kinderen moeilijk te voelen. Deze lichaamssensaties zijn niet letterlijk te beschrijven en daarom lastig te begrijpen voor kinderen met PDD-NOS.

5) *Toepasbaarheid voor ouders:*

De rol van de therapeut kan door de ouders gemakkelijk worden overgenomen omdat er tijdens autogene training weinig ondersteuning is van de therapeut. (Weiz, K.H. 1991. Neerinckx, E. 2008)

De voorwaarden vergeleken met de ontspanningstechniek Jacobson:

1) *Structuur:*

Je gebruikt elke sessie dezelfde volgorde van lichaamsdelen. Dit zorgt voor structuur bij een kind met PDD-NOS.

2) *Communicatieve ondersteuning:*

Tijdens de oefening geeft de therapeut aan bij welk lichaamsdeel het kind zijn gedachten moet houden. Dit herhaalt de therapeut meerdere keren. Er is dus sprake van communicatieve ondersteuning.

3) *Gevoelsniveau van het kind met PDD-NOS:*

Tijdens het aanspannen van de spieren vraag je het kind om zich op de aangespannen spier te richten. Het kind kan letterlijk de spanning voelen van de spieren die worden aangespannen. De ontspanning voelen kan lastiger voor ze zijn omdat dit begrip niet concreet is. Het kan zijn dat de kinderen door het verschil, toch ontspanning kunnen opmerken.

4) *Lichaamsbesef van het kind met PDD-NOS*

De therapeut benoemd letterlijk bij welk lichaamsdeel het kind zijn gedachten moet houden. Ook benoemd de therapeut wanneer je dit lichaamsdeel moet aanspannen. Daardoor wordt het kind bewust van zijn eigen lichaam tijdens de ontspanningstechniek Jacobson

5) Toepasbaarheid voor ouders:

Voor ouders is deze oefening niet moeilijk om over te nemen. Een keer kijken of mee doen tijdens een therapie sessie zal voldoende zijn om het thuis ook toe te passen. Ook bestaan er dvd's en cd-roms met de oefeningen van Jacobson erop. (Probst, M. 2008)

De voorwaarden vergeleken met de ontspanningstechniek Mindfulness:

1) Structuur:

Bij mindfulness is weinig structuur van buitenaf. Het kind bepaald zelf waar hij of zij aan denkt. Het kan zijn dat het kind voor zichzelf zijn gedachten structureert. Maar als je naar de kenmerken van PDD-NOS kijkt, zie je dat kinderen daar juist moeite mee hebben. Bij mindfulness is dus weinig structuur.

2) Communicatieve ondersteuning:

Er is geen communicatieve ondersteuning van de therapeut aanwezig. Voor en achteraf kan er gepraat worden met de therapeut, maar tijdens de mindfulness sessie zal de therapeut bijna niks tot niks zeggen. Voor kinderen met PDD-NOS is er waarschijnlijk te weinig verbale ondersteuning aanwezig om de ontspanningsoefening te blijven volgen.

3) Gevoelsniveau van het kind met PDD-NOS:

Je vraagt tijdens mindfulness een hoog gevoelsniveau van het kind met PDD-NOS. Je kunt als therapeut weinig gevoelens concreet voor het kind maken en het kind kan verdwalen in zijn eigen gedachten en gevoelens. De therapeut kan hier moeilijk in sturen.

4) Lichaamsbesef van het kind met PDD-NOS:

Ook bij het lichaamsbesef vraag je om een hoog niveau van het kind. Er wordt tijdens de oefening gevraagd ongrijpbare dingen te voelen en gedachtes er te laten zijn zoals ze binnenkomen. Voor kinderen met PDD-NOS zijn juist die gedachten en gevoelens erg lastig te begrijpen en ze kunnen dit voor zichzelf niet structureren.

5) Toepasbaarheid voor ouders:

Voor ouders is het niet moeilijk om mindfulness toe te passen bij het kind. De rol van de therapeut is niet groot en kan door de ouders worden overgenomen, zodat mindfulness thuis kan worden toegepast. (Van Hout, M. 2007. Thompson, M. & Gauntlett-Gilbert, J. 2008)

Conclusie

In de vorige hoofdstukken heeft u kunnen lezen hoe er in dit onderzoek gekeken is naar ontspanningstechnieken voor kinderen met PDD-NOS. Er is informatie geschreven over het ziektebeeld en de hoeveelheid stress die een kind met PDD-NOS ervaart. Vervolgens zijn er voorwaarden opgesteld waar een ontspanningstechniek voor kinderen met PDD-NOS tussen de 6 en 12 jaar aan moet voldoen. Uiteindelijk zijn de opgestelde voorwaarden vergeleken met vijf ontspanningstechnieken.

We gaan terug naar de hoofdvraag van deze afstudeeropdracht:

“Aan welke voorwaarden moeten ontspanningstechnieken, binnen een dagklinische pmt-setting, voor kinderen tussen de 6 en 12 jaar met PDD-NOS voldoen?”

Door literatuur te lezen over kinderen met PDD-NOS wordt er in dit onderzoek geconcludeerd dat er nog weinig bekend is over de manier van behandelen van deze kinderen. Vooral als het gaat om vaktherapie is er weinig literatuur te vinden. Doordat er slechts beperkte literatuur aanwezig is over ontspanningstechnieken bij kinderen met PDD-NOS heb ik zelf voorwaarden moeten opstellen voor de ontspanningstechnieken. Hierbij is er gebruik gemaakt van zowel de aanwezige literatuur als de ervaring binnen het werkveld.

De voorwaarden die belangrijk zijn voor een ontspanningstechniek bij kinderen met PDD-NOS tussen de 6 en 12 jaar zijn:

- Structuur
- Veilige omgeving
- Rustige, overzichtelijke en prikkelarme atmosfeer
- Duidelijke communicatieve ondersteuning
- Aansluiten bij het gevoelsniveau van het kind
- Aansluiten op het lichaamsbesef van het kind
- Ouders/verzorgers bij de ontspanningstechniek kunnen betrekken

Naast het doel, voorwaarden voor een ontspanningstechniek voor kinderen met PDD-NOS op te stellen, was ook een doel te onderzoeken welke ontspanningstechniek het beste bij kinderen met PDD-NOS past.

Als u kijkt naar de voorwaarden en de vijf ontspanningstechnieken die benoemd zijn, komt de ene ontspanningstechniek beter overeen met de opgestelde voorwaarden dan de andere ontspanningstechniek. De ontspanningstechnieken die het beste passen en overeenkomen met de voorwaarden zijn: Berges-Bounes, Wintrebert en Jacobson.

Je kan daarom stellen wanneer je een kind met PDD-NOS in therapie krijgt, je het beste één van deze ontspanningstechnieken kan toepassen tijdens de therapie.

Discussie

Tijdens het schrijven van deze afstudeeropdracht ben ik erachter gekomen dat er weinig literatuur is over ontspanningstechnieken en kinderen met PDD-NOS. Dat betekent dat je een aantal vraagtekens kunt zetten bij conclusies die er zijn getrokken gedurende het onderzoek.

- 1) De voorwaarden die zijn opgesteld voor ontspanningstechnieken bij kinderen met PDD-NOS zijn mede gebaseerd op praktijkervaringen bij het geven van ontspanningstechnieken. Er mist hier een zekere mate van evidence based literatuur. Er zal een vervolg onderzoek gedaan moeten worden om te bewijzen dat de opgestelde voorwaarden kloppen.
- 2) In dit onderzoek worden er vijf ontspanningstechnieken gebruikt. Er bestaan nog veel meer ontspanningsoefeningen voor kinderen. Deze worden niet onderzocht in dit onderzoek, maar passen misschien wel goed bij de doelgroep: kinderen met PDD-NOS tussen de 6 en 12 jaar. Voor een beter overzicht zal je alle bestaande ontspanningstechnieken moeten vergelijken met de voorwaarden voor ontspanningstechnieken voor kinderen met PDD-NOS.
- 3) Er wordt geconcludeerd dat er drie ontspanningstechnieken goed toepasbaar zijn voor kinderen met PDD-NOS tussen de 6 en 12 jaar. Deze ontspanningstechnieken zijn nog niet in de praktijk uitgevoerd. Hierover zal een vervolg onderzoek gedaan moeten worden, waarin wordt gekeken of de ontspanningstechnieken goed aansluiten zoals er in dit onderzoek veronderstelt wordt.

Aanbevelingen

Het doel van dit onderzoek was op zoek te gaan naar voorwaarden voor ontspanningstechnieken bij kinderen met PDD-NOS. Deze zijn opgesteld en vergeleken met een vijftal ontspanningstechnieken.

Wanneer een psychomotorisch therapeut een kind met PDD-NOS in therapie krijgt die moet leren om te ontspannen, wordt de therapeut aangeraden een van de volgende drie ontspanningstechnieken te gebruiken:

- Berges-Bounes
- Wintrebert
- Jacobson

Deze ontspanningstechnieken passen volgens dit literatuuronderzoek het beste bij de voorwaarden voor ontspanningstechnieken bij kinderen met PDD-NOS.

Ook is het goed om als therapeut je attitude aan te passen aan de volgende voorwaarden:

- Neutrale houding
- Inzicht in de denk en belevingswereld van het kind
- Psycho-educatie kunnen geven
- Geduld
- Concrete en reële doelen stellen

Dit zal er voor zorgen dat het kind met PDD-NOS zich eerder en beter op zijn gemak zal voelen bij de psychomotorisch therapeut. Wat uiteindelijk als resultaat zal hebben dat het kind vooruitgang boekt tijdens de therapie.

Verder beveel ik aan dat er vervolg onderzoek wordt gedaan over de volgende thema's:

- Onderzoeken en bewijzen in hoeverre de opgestelde voorwaarden voor ontspanningstechnieken bij kinderen met PDD-NOS kloppen.
- Een breder onderzoek doen naar meerdere ontspanningstechnieken voor kinderen met PDD-NOS. Misschien passen er meerdere ontspanningstechnieken bij de opgestelde voorwaarden.
- Er kan praktijkonderzoek gedaan worden in hoeverre de drie ontspanningstechnieken die ik aanbeveel daadwerkelijk aansluiten bij kinderen met PDD-NOS.

Literatuurlijst

Van Dale, J.H. (2011). De Dikke van Dale. Utrecht: van Dale uitgevers.

Goldstein, S. & Schwabach, J. (n.d.). The comorbidity of Pervasive Developmental Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Results of a Retrospective Chart Review. *Journal of autism and developmental disorders*, 34, 3, 329-339.

Van Hout, M. (2007). Mindfulness en Flow. *Kind en Adolescent Praktijk*, 6, 26-27.

Loos Miller, I.M & Loos, H.G. (2004). Shutdowns and Stress in Autism. Verkregen op 18 mei, 2011 van <http://www.ironplanner.net/files/StressinAutism.pdf>.

Mulder, E.J. (2006). The hyperserotonemia of autism spectrum disorders. Groningen: Faculty of medical sciences.

Neerinx, E. (2008). Autogene training. In Kampen & Vervaeke, Stress reductie en ontspanning, 12 methoden. 51-61.

Nevid, S.J. Rathus, A.R. & Greene, B. (2006). Psychiatrie een inleiding. Amsterdam: Pearson Education Benelux BV.

Paternotte, A. & Buitelaar, J. (2007). Het is ADHD. Bilthoven: Balans.

Probst, M. (2008). Progressieve relaxatie. In: Kampen & Vervaeke. Stress reductie en ontspanning, 12 methoden.

Regtop, C. (2009). Kinderen met een gebuiksaanwijzing. *Standby*, 5, 23.

Rigter, J. (2002). Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen. Bussem: Coutinho.

Santana, M.R.A. (z.d.). Als straffen en trainen niet helpt, over de aanpak van ADHD en autismespectrumstoornissen in relatie tot strafrechtelijke sancties. *Ontmoetingen*, 14, 45-54.

Schothors, P.F. van Engeland, H. van der Gaag, R.J. Minderaa, R.B. Stockmann, A.P.A.M. & Westermann G.M.A. (n.d.). Richtlijn diagnostiek en behandeling van autisme spectrum stoornissen. Landelijk kenniscentrum kinder-jeugdpsychiatrie.

Thompson, M. & Gauntlett-Gilbert, J. (2008). Mindfulness with children and adolescents: effective clinical application. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 395-407.

Valley, M. & Vandroemmen, G. (1990). Psychomotoriek bij kinderen. Voorburg: Acco Leuven.

Verheij, F. Verhulst, F.C. & Ferdinand R.F. (2007). Kinder en jeugdpsychiatrie, behandeling en begeleiding. Assen: van Gorcum.

Verhulst, F.C. (2006). Kinder- en jeugdpsychiatrie. Assen: Van Gorcum.

Weiz, K.H. (1991). Autogenic training a practical guide in six easy steps. Verkregen op 23 mei, 2011 van http://bbprod2.windesheim.nl/webapps/portal/frameset.jsp?tab_id=_2_1&url=%2Fwebapps%2Fblackboard%2Fexecute%2Flauncher%3Ftype%3DCourse%26id%3D_3425_1%26url%3D

3. Relaxatie volgens Berges-Bounes (Berges & Bounes, 1974; Waeyaert, 1976)

Zoals eerder werd vermeld, geven wij voor de relaxatie van minderbegaafden de voorkeur aan de methode van Berges en Bounes. Omwille van hun onvolgende beleving van proprioceptieve sensaties, hun minder goed lichaamsbesef en hun zwakkere concentratie heeft deze groep kinderen behoefte aan een meer voelbare relaxatietechniek.

3.1 Karakteristiek van de methode

Het typische van de Berges-Bounes-methode is dat de therapeut de ontspanning van het betreffende lidmaat of segment begunstigt door het te palperen en door terzelfder tijd de onderdelen ervan te benoemen.

3.2 Gevolgde werkwijze

In iedere behandeling of zitting komen er steeds drie onderdelen terug:

- concentratie op een rustbeeld;
- ontspanning van een bepaald segment, gevolgd door passieve mobilisatie;
- hervatten van de activiteit van de gerelaxeerde spieren.

3.3 Ontspanningsduur

Aanvankelijk wordt aan de relaxatie niet meer dan een zevental minuten besteed. Geleidelijk wordt de duur verhoogd.

3.4 Overzicht van de verschillende stadia

Ontspanning van:

- de dominante arm
- de dominante en de niet-dominante arm
- beide armen en aanvang van de ontspanning in het dominante been
- het dominante been
- beide armen en het dominante been
- het niet-dominante been
- de glutaei (maximum twee behandelingen)

- de rug:
 - als geheel
 - de gewrichten van de rug
- de nek
 - generalisatiefase
 - met ademhaling
 - met warmtegevoel
- het aangezicht
- het voorhoofd.

Volgens de auteurs vallen de eerste zes stadia samen met de eerste zes zittingen. Vanaf de ontspanning van de glutaai wordt meer dan één zitting besteed om de beoogde relaxatie te bekomen, vermits het kind in die stadia meer moeilijkheden ondervindt. Deze methode werd evenwel opgesteld voor normaal begaafde kinderen, zodat we menen dat bij minderbegaafden pas dan met het volgende stadium begonnen mag worden wanneer het voorgaande gekend is. Dit wordt trouwens door de ervaring bevestigd.

3.5 Voorbeelden van oefeningen en toepassing van de relaxatie

De algemene opmerkingen die aan het begin van dit hoofdstuk werden aangehaald, gelden ook hier. We veronderstellen dat het kind voldoende werd voorbereid en klaar is om de relaxatie te beginnen. We herinneren eraan dat in iedere zitting steeds drie fasen terugkomen:

- concentratie op een rustbeeld;
- ontspanning van een segment;
- hervatten van de activiteit.

■ *Eerste stadium : ontspanning van de dominante arm*

a) *Concentratie op een rustbeeld (60 à 90 seconden)*

Het kind ligt neer met gesloten ogen en bereidt zich voor op de relaxatie door het oproepen van een kalmerend beeld (cf. inleidende beschouwingen) of door zichzelf ervan te overtuigen dat het kalm, rustig, stil... is.

b) *Facilitatie van de neuromusculaire ontspanning*

Tijdens dit onderdeel van de relaxatie begunstigt de therapeut de ontspanning van het betreffende lidmaat door het te palperen en door terzelfder tijd de onderdelen ervan te benoemen. Tevens suggereert hij langs verbale weg dat het lichaamssegment ontspannen is. Palpatie, benoeming en suggestie verlopen

aanvankelijk samen. "Dat is je hand, je hand is los." Terzelfder tijd palpeert de therapeut de hand van het kind. "Dat is de pols, je pols is los, helemaal slap, ontspannen. Dat is de voorarm, de elleboog, de bovenarm, de schouder..." Geleidelijk wordt heel het dominante lidmaat gepalpeerd en benoemd. Herhaaldelijk wordt het kind gesuggereerd dat de gepalpeerde segmenten los en ontspannen zijn. De palpatie wordt daarna hervat, maar ditmaal benoemt de therapeut niet. Het kind krijgt de opdracht dit stil bij zichzelf te doen. Na drie à vier minuten voert de therapeut, na de verwittiging, een passieve mobilisatie uit. Zowel hijzelf als het kind kan op die wijze de toestand van relaxatie nagaan. De mobilisatie verloopt traag en blijft beperkt tot een kleine amplitude. Bij het beëindigen van de passieve mobilisatie suggereert de therapeut aan het kind dat de arm zeer zwaar is, zo zwaar dat hij door de mat zakt.

c) Hervatten van de activiteit van de gerelaxeerde spieren

Dit derde onderdeel heeft als doel een te bruuske overgang van de gerelaxeerde houding (waarbij de bloeddruk, de hartslag en de ademhalingsfrequentie mogelijk gedaald zijn) naar de rechtstaande houding te voorkomen. De verwaarlozing van dit derde onderdeel heeft soms duizeligheid van de patiënt tot gevolg (zie verder: relaxatie volgens Schultz).

- Eerste fase: aankondiging van de beëindiging van de relaxatie en terugkeer naar de actieve toestand.
- Tweede fase: actieve contractie van de ontspannen spieren door flexie-extensie van de elleboog, door de vuist te ballen...
- Derde fase: twee à drie diepe ademhalingsbewegingen, de ogen openen en vervolgens rechtekomen.

■ *Tweede stadium: ontspanning van de dominante en de niet-dominante arm*

Vooraleer het kind de relaxatie aanvangt, toont de therapeut nogmaals bij zichzelf wat een gerelaxeerde arm is en laat hij het kind dat zelf controleren. Daarna begint de relaxatie. De dominante arm wordt ontspannen door palpatie, benoeming en suggestie. Vervolgens wordt de aandacht gevestigd op de niet-dominante arm. Daarbij wordt dezelfde werkwijze gevolgd, met uitsluiting evenwel van de passieve mobilisatie. Het kind wordt attent gemaakt op het verschillend aanvoelen van de gerelaxeerde dominante arm en de niet-dominante arm. De niet-dominante arm is nog niet zo goed los. Dit gevoel van differentieel ontspanning kan evenwel slechts goed worden waargenomen door kinderen met een normale intelligentie die acht à negen jaar oud zijn. Bij minder-begaafden blijft men niet te lang stilstaan bij dit stadium.

■ *Derde stadium: relaxatie van beide armen en aanvang van de relaxatie van het dominante been*

In het derde stadium worden beide armen als één geheel beschouwd. Om die reden worden ze samen gepalpeerd, benoemd en vervolgens gemobiliseerd.

Zodra de relaxatiemogelijkheid van beide bovenste ledematen verworven is, vat men de relaxatie aan van het dominante been. Dezelfde werkwijze wordt daarbij volgehouden, namelijk palperen, benoemen, suggereren en vervolgens mobiliseren. De gebruikelijke mobilisatietechnieken zijn daarbij van toepassing, namelijk flexie-extensie van de knie, rotatie van het been, en dorsale flexie en plantaire extensie van de voet. Om de hervatting van de activiteit van de gerelaxeerde spieren te bevorderen wordt terzelfder tijd een actieve flexie van de ellebogen en de knie uitgevoerd.³

4. Relaxatie volgens Wintrebert (Wintrebert, 1962; Michaux e.a., 1962-63)

In tegenstelling met de bovenvernoemde methoden, die oorspronkelijk opgesteld werden voor normaal begaafde kinderen en daarna werden aangepast aan minderbegaafden, is de Wintrebert-methode ontworpen voor licht en matig mentaal gestoorden.

4.1 Karakteristiek van de methode

Het kenmerkende van de Wintrebert-methode wordt bepaald door de regelmatige, gecadanceerde, passieve bewegingen en de schuddingen die met de lichaamssegmenten uitgevoerd worden, met de bedoeling ze op die wijze te relaxeren.

4.2 Gevolgde werkwijze

Iedere behandeling omvat twee grote onderdelen, gescheiden door een tussenfase:

- fase van passieve bewegingen en schuddingen;
- tussenfase: immobiliteit van het kind en palpatie door de therapeut;
- globale relaxatie na de inspanning.

(3) Voor de verdere toepassing van deze relaxatietechniek verwijzen we naar Berges en Bounes (1974).

4.3 Overzicht van de verschillende stadia

Bewegingen van:

- de hand
- de voorarm
- de arm
- de schouder
- het hoofd, het aangezicht en de hals
- de voet
- de knie
- de valbeweging van het onderste lidmaat.

4.4 Voorbeelden van oefeningen of toepassing van de relaxatie

Zoals eerder vermeld, veronderstellen we dat het kind reeds in de relaxatie werd ingeleid. Het ligt neer met de ogen gesloten. De ledematen rusten volledig op de mat.

▪ *Fase van passieve bewegingen en schuddingen*

Het is aangeraden steeds te beginnen met de meest hypotonische zijde (zowel van het onderste als het bovenste lidmaat) en pas wanneer de relaxatie daarvan verkregen is, over te gaan naar de hypertonische zijde.

a) *Bewegingen van de hand*

De pols en de elleboog van het kind worden gefixeerd. De pols wordt lichtjes van de mat geheven. Vervolgens voert de therapeut een twaalftal schuddingen van de hand uit, die zo in een verticaal vlak op en neer beweegt. De schuddingen worden uitgevoerd aan een ritme van één schudding per seconde. Na een korte rustpauze worden opnieuw een twaalftal schuddingen uitgevoerd. De oefening wordt herhaald, zo vaak als nodig is om een gerelaxeerd hand te bekomen.

Opheffen en laten neervallen van de hand. — De therapeut fixeert met de ene hand de pols van het kind op de mat, met de andere hand heft hij de vingers. Het kind krijgt de opdracht de hand niet op te houden maar te laten vallen zodra de steun wegvalt. Ook deze oefening wordt in reeksen van twaalf bewegingen uitgevoerd.

Horizontale schuddingen van de hand. — De bovenarm van het kind ligt op de mat, de onderarm wordt verticaal omhoog gehouden. De hand is in flexie, de vingers zijn ontspannen. De therapeut fixeert de pols (eventueel de elleboog) en voert door de pols snel lateraal heen en weer te bewegen schuddingen uit

4.3 Overzicht van de verschillende stadia

Bewegingen van:

- de hand
- de voorarm
- de arm
- de schouder
- het hoofd, het aangezicht en de hals
- de voet
- de knie
- de valbeweging van het onderste lidmaat.

4.4 Voorbeelden van oefeningen of toepassing van de relaxatie

Zoals eerder vermeld, veronderstellen we dat het kind reeds in de relaxatie werd ingeleid. Het ligt neer met de ogen gesloten. De ledematen rusten volledig op de mat.

▪ *Fase van passieve bewegingen en schuddingen*

Het is aangeraden steeds te beginnen met de meest hypotonische zijde (zowel van het onderste als het bovenste lidmaat) en pas wanneer de relaxatie daarvan verkregen is, over te gaan naar de hypertonische zijde.

a) *Bewegingen van de hand*

De pols en de elleboog van het kind worden gefixeerd. De pols wordt lichtjes van de mat geheven. Vervolgens voert de therapeut een twaalftal schuddingen van de hand uit, die zo in een verticaal vlak op en neer beweegt. De schuddingen worden uitgevoerd aan een ritme van één schudding per seconde. Na een korte rustpauze worden opnieuw een twaalftal schuddingen uitgevoerd. De oefening wordt herhaald, zo vaak als nodig is om een gerelaxeerd hand te bekomen.

Opheffen en laten neervallen van de hand. — De therapeut fixeert met de ene hand de pols van het kind op de mat, met de andere hand heft hij de vingers. Het kind krijgt de opdracht de hand niet op te houden maar te laten vallen zodra de steun wegvalt. Ook deze oefening wordt in reeksen van twaalf bewegingen uitgevoerd.

Horizontale schuddingen van de hand. — De bovenarm van het kind ligt op de mat, de onderarm wordt verticaal omhoog gehouden. De hand is in flexie, de vingers zijn ontspannen. De therapeut fixeert de pols (eventueel de elleboog) en voert door de pols snel lateraal heen en weer te bewegen schuddingen uit

5. Autogene training voor kinderen volgens Kruse

De autogene training van Schultz werd voor kinderen bewerkt door dr. Waltraut Kruse (1976). Deze bewerking is qua opzet bijna identiek aan deze van Schultz. Het is vooral de manier van benaderen die veel meer kindgericht is.

5.1 Voorafgaande opmerkingen



Figuur 1: Koetsiershouding (Kruse, 1976).

- Volgens Kruse is deze methode zonder grote problemen toepasbaar bij kinderen vanaf 8 jaar. Het gaat dan wel om kinderen met een normale intelligentie.
 - Bij consequent oefenen bereikt men volgens haar meestal snel:
 - een grotere bekwaamheid om zich te concentreren;
 - een ontspannende slaap;
 - een groter prestatievermogen;
 - het wegnemen van een gespannen houding bij het gestoorde kind;
 - een positieve beïnvloeding van diverse klachten zoals: maagpijn, hooikoorts, vegetatieve storingen, moeilijkheden in de omgang.
- Ze drukt erop dat regelmatig oefenen, tot driemaal per dag, nodig is om het gewenste effect te bereiken.

- De aanbevolen momenten om te oefenen zijn:
 - 's morgens bij het opstaan om op school beter te kunnen opletten;
 - bij het begin van het huiswerk;
 - 's avonds voor het slapengaan.
- De aanbevolen houding is natuurlijk ruglig, maar ook een gemakkelijke zithouding, bijvoorbeeld in een leunstoel, is geschikt. Wanneer ook dit niet mogelijk is, kan het kind de koetsiershouding aannemen (zie figuur 1).
- De atmosfeer waarin geoefend wordt, moet begunstigend werken: een half-duistere kamer zonder lawaai en middelmatig verwarmd, een zachte onderlaag, en geen knellende kledij.
- De therapeut waarmee het kind oefent, moet zelf ontspannen zijn en met een kalme stem de instructies geven.

5.2 Volgorde van de oefeningen

Steeds wordt dezelfde volgorde gerespecteerd:

- Voorafgaande oefening: "ik ben helemaal rustig".
- Eerste oefening: zwaartegevoel.
- Tweede oefening: warmtegevoel.
- Derde oefening: hartslag.
- Vierde oefening: ademhalingscontrole.
- Vijfde oefening: ontspannen van de zonnevlecht.
- Zesde oefening: koelte van het voorhoofd.

Om een idee te geven van een kindgerichte benadering geven we hier een voorbeeld van hoe een eerste sessie ongeveer zou kunnen klinken. Ze bevat de uitleg van de methode, de voorafgaande oefening en de eerste oefening (zwaartegevoel).

■ Voorafgaande oefening

■ Eerste oefening: zwaartegevoel

Het kind ligt in ruglig, en is reeds in de juiste gemoedsstemming gebracht.

"... Door deze oefeningen zul je binnenkort helemaal alleen, zonder dat iemand je moet helpen, jezelf in een toestand kunnen brengen, die veel op slapen lijkt. Dat wil zeggen: je bent dan niet echt wakker meer, maar toch slaap je niet, je kunt helemaal met jezelf en je gedachten bezig zijn. Als je dat goed kunt en dat regelmatig doet, zul je veel rustiger zijn, je niet meer zo vlug opwinden, veel beter kunnen opletten in de klas, zul je méér dingen horen en zien dan nu, en zul je niet meer afgeleid worden door van alles en nog wat.

Dat kun je bereiken door je gedachten te richten op je eigen lichaam, je armen, je benen, je spieren, je bloedvaten, je hart, je ademhaling en de organen in je buik. Dat gaat in het begin wat moeilijk. Ik zal je helpen om het te leren, want goed ontspannen moet je leren, net als fietsen en zwemmen, dat kun je zomaar niet. Van zodra ik merk dat je het alleen kunt, mag je het alleen doen, ook thuis. We zullen straks beginnen met de eerste oefening. Je zult daarbij leren voelen hoe zwaar je arm wel kan wegen. Opdat dat goed zou gaan, breng je jezelf eerst helemaal tot rust. Dat gaat het best als je je ogen dichtdoet. Je eerste opdracht is nu meerdere keren in jezelf te herhalen: 'Ik ben heel stil en rustig'. Ik zeg nu een poosje niets, zodat je dat alleen kunt doen.' (...)

Het is belangrijk dat de therapeut niet spreekt tijdens de uitvoering van de oefening. De formule wordt aangeboden en uitgelegd. Vervolgens oefent het kind in volledige stilte.

"Dan beginnen we nu met de eerste echte oefening. In jezelf zeg je een aantal keren na elkaar een zinnetje. Zoiets noem ik voortaan een formule. Je tracht ze inwendig, binnen in je hoofd te horen, alleen voor jezelf, en ook te *voelen* wat je hoort. Je kunt die formule ook proberen te zien binnen in je hoofd, zonder je ogen open te doen. De formule is: 'Ik ben heel rustig en ontspannen' en dan 'Mijn rechterarm is heel zwaar'.

Na enkele keren de formule in jezelf herhaald te hebben, zul je dat net zo voelen, je voelt de zwaarte van je arm. Ik zeg nu even niets, je kunt nu in jezelf de formule oefenen." (...)

Na een reeks oefeningen verspreidt in normale omstandigheden het zwaartegevoel zich over het hele lichaam. De tonus van de ene spiergroep beïnvloedt immers de tonus van de andere spiergroepen, zodat de spierontspanning zich automatisch over het gehele lichaam uitbreidt (wet van de generalisering).

In het begin mogen de oefeningen niet te lang duren, slechts twee à drie minuten. Ook voor het beëindigen van de oefening is er een vaste werkwijze in de autogene training.

"Nu ben je helemaal stil en rustig, en je voelt de zwaarte in je rechterarm (voor linkshandigen de linkerarm). Dat is al heel wat voor een eerste oefening. Om de oefeningen te beëindigen hebben we een speciale manier die we 'opheffing' zullen noemen. Die moet je vanaf nu telkens gebruiken als je geoefend hebt. Het is net zoals 's morgens opstaan nadat je goed geslapen hebt. We zeggen en doen drie dingen na elkaar, altijd in dezelfde volgorde. Doe nu maar telkens wat ik zeg:

armen krachtig buigen en strekken!
diep ademen!
ogen open!"

Het is belangrijk aan het kind duidelijk uit te leggen dat de opheffing *niet* uitgevoerd wordt als het de bedoeling is om na de autogene training in te slapen!

Daarmee is de eerste sessie beëindigd.

▪ *Tweede oefening: warmtegevoel*

Wanneer het kind tot veralgemening van het zwaartegevoel in staat is, wordt begonnen met de tweede oefening. Nu gebruiken we de volgende formules in volgorde:

- 'ik ben helemaal rustig' (meermaals herhalen);
- 'mijn rechterarm is helemaal zwaar' (meermaals herhalen);
- 'ik ben helemaal rustig' (éénmaal);
- 'er stroomt warmte door mijn rechterarm (linkerarm)' (meermaals herhalen);
- 'ik ben helemaal rustig' (éénmaal);
- 'ik ben helemaal zwaar' (éénmaal);
- 'ik ben helemaal warm' (meermaals herhalen).

Net zoals bij het zwaartegevoel verspreidt het warmtegevoel zich na enkele keren oefenen over het hele lichaam.

▪ *Derde oefening: hartslag*

Om zich op de hartslag te kunnen concentreren is het noodzakelijk dat men zijn hart voelt kloppen. Alhoewel iedereen in zijn leven dat gevoel reeds duidelijk heeft gehad (plotse emotie, hevige krachtinspanning, ziekte-toestanden enzovoort), is het voor veel kinderen én volwassenen onmogelijk om dat gevoel bewust op te roepen. Om hen te helpen kan men als volgt te werk gaan. De rechterhand wordt op de hartstreek gelegd, terwijl de elleboog (in ruglig) ondersteund wordt door een kussentje dat even hoog is als de romp. De linkerarm blijft ontspannen naast het lichaam liggen.

Als het kind in staat is zijn hartslag waar te nemen, biedt men het de formule 'mijn hart slaat kalm en rustig' of 'mijn hart slaat helemaal rustig' aan. Kalm of rustig slaan wil niet zeggen dat bij iemand die rustig neerligt, de hartslag moet vertragen. Men tracht door die oefeningen ongewenste en onregelmatige hartkloppingen weg te werken, en niet de hartslag tot een onnatuurlijk traag ritme te brengen.

Na enkele oefeningen is het kind in staat zijn hartslag te beleven zonder zijn hand te plaatsen, zodat dit hulpmiddel overbodig wordt.

▪ *Vierde oefening: ademhalingscontrole*

Deze oefening dient men voorzichtig aan te brengen bij kinderen. Die hebben de neiging om, van zodra men er de aandacht op vestigt, de ademhaling overdreven te gaan uitvoeren, zodat de spontane activiteit verstoord wordt. Bijzonder belangrijk is dat elk ingespannen of krampachtig 'willen ademen' vermeden wordt. De ademhaling moet zich harmonisch integreren in de toestand van kalmte en rust die ontstaan is in de vorige oefeningen.

Kinderen hebben een sterke visuele fantasie. Men kan hiervan gebruik maken door allusie te maken op beeldrijke voorstellingen die de in- en uitademing voorstellen. Voorbeeld: op een luchtmatras liggen, die je in een heel licht golvende beweging over het water voert, stijgend, dalend...

De formule 'het ademt heel rustig in mij' verwijst naar het passief ondergaan van de ademhalingsbewegingen.

▪ *Vijfde oefening: ontspannen van de zonnevlecht*

De uitleg over de plexus solaris kan bij kinderen als volgt gebeuren:

"In je buik, hier tussen je navel en de onderkant van je borstbeen (palperen), zit een zenuwbundel die we de 'zonnevlecht' noemen. Het is net een telefooncentrale, die langs een heleboel draden verbonden is met alles wat zich in je buik bevindt. Misschien weet je dat een ziekte dikwijls met buikpijn begint. Of als je gespannen bent of bang, kun je zo'n naar gevoel in je buik krijgen. Een warme kruik op die zonnevlecht leggen helpt dan meestal. Met die nieuwe formule kun je zelf die zonnevlecht warmte doen uitstralen. Het zal net een warme bol worden, die dan warmte zal uitstralen in heel je buik."

Nuttig kan ook de volgende voorstelling zijn: je ligt op het strand in de zon, en die schijnt precies op je buik.

De formule is: 'er stroomt warmte door mijn zonnevlecht'.

▪ *Zesde oefening: koelte van het voorhoofd*

Volgens Kruse is deze oefening alleen bestemd voor kinderen vanaf 10 jaar. Bij een goede uitvoering treedt immers ter hoogte van het voorhoofd een vasoconstrictie van de bloedvaten op. Vermits die gelokaliseerd zijn in de onmiddellijke nabijheid van de hersenen, zijn nevenverschijnselen zoals migraine en zelfs syncopale toestanden niet uitgesloten. Om dezelfde reden wordt de formule 'mijn voorhoofd is aangenaam koel' aanvankelijk slechts tweemaal herhaald. Na een aantal keren oefenen vraagt de therapeut aan het kind of het al iets waarneemt. Indien niet, wordt de formule driemaal herhaald. Na een tijdje oefenen wordt opnieuw nagegaan of er reeds een resultaat merkbaar is. Zo gaat men geleidelijk en voorzichtig verder, tot men het minimumaantal herhalingen vindt dat nodig is om zelfs maar het minste gevoel van frisheid te ervaren.

Het kind moet vooraf weten dat de frisheid of de koelte van het voorhoofd slechts een heel vluchtige, lichte ervaring is. Men tracht dus niet een intensieve koudebeleving te verwekken. Bij deze oefening kan de voorstelling helpen van een koel windje dat eventjes langs het voorhoofd strijkt.

Net zoals de 'opheffing' wordt ook deze oefening *niet* uitgevoerd net voor het slapengaan. Ze is wel van groot nut wanneer concentratie vereist is, bijvoorbeeld om een huistaak te maken.

5.3 Algemene richtlijnen

- Men mag slechts met een volgende oefening beginnen als de voorgaande goed gekend is en beheerst wordt.
- Het kind moet thuis 2 à 3 maal per dag oefenen. De maximumduur van een oefening wordt door Kruse niet vermeld. Bij volwassenen kan dat tot 30 à 45 minuten gaan. Bij kinderen is 15 à 20 minuten al een hele prestatie.
- Het aanleren en verwerven van een oefening duurt bij volwassen patiënten — met inachtneming van de dagelijkse oefenstunden — meestal twee weken. Bij kinderen gaat dat volgens Kruse beduidend sneller. Sommigen zouden er slechts een viertal dagen over doen. Toch neemt men het best minimum tien dagen om een oefening te verwerken, alvorens een nieuwe toe te voegen.
- Elke zitting of oefening eindigt met een 'opheffing', *behalve* wanneer geoefend wordt net voor het slapengaan.
- Naarmate het kind meer oefent, treden de relaxatieverschijnselen gemakkelijker en sneller op. Bij goed geoefenden treedt al na enkele ogenblikken een volledige relaxatie op.
- Als de hele reeks oefeningen goed gekend is, is het ook niet meer nodig om alle formules volledig uit te spreken. Men beperkt zich nog slechts tot de 'kernwoorden': 'rustig, zwaar, warm, hart rustig, adem rustig, zonnevlecht warm, voorhoofd koel'. De woorden kunnen zo nodig wel meer dan eens worden herhaald.
- Tijdens elke oefening of zitting herneemt het kind de hele reeks reeds gekende oefeningen.
- De voornaamste moeilijkheid die kan optreden bij de autogene training bij kinderen, is dat een bepaald gevoel niet waargenomen wordt, bijvoorbeeld zwaarte of warmte. Het is dan zeer belangrijk dat de therapeut de zaak niet forceert en zeer geduldig verder gaat met het kind aan te moedigen.
- De autogene training vergt van een kind reeds een tamelijke graad van concentratie, lichaamsbeheersing en voorstellingsvermogen. Als blijkt dat deze methode echt te moeilijk is, is het beter één van de vorige methoden toe te passen.

Literatuur

- ABOULKER, P., CHERTOK, L., & SAPIR, M. (z.j.). *La relaxation*. Paris: Expansion scientifique française.
- BERGES, J., & BOUNES, M. (1974). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant*. Paris: Masson.
- BRIEGEL-MULLER, G. (1979). *Eutonie, spanning en ontspanning in de juiste balans*. Deventer: Ankh-Hermes.

Ontspannen met progressieve relaxatie

De progressieve relaxatie van Edmund Jacobson is een bekende ontspanningsmethode in het westen. In deze hand-out wordt deze methode beschreven.

Om het goed te begrijpen en te oefenen heb je de hulp van een fysiotherapeut nodig.

De methode richt zich sterk op het daadwerkelijke leren ontspannen van alle spieren in het lichaam. Als je dat lukt voel je je vanzelf meer kalm, rustig en ontspannen. Je zult merken dat je je niet alleen in je lijf rustiger gaat voelen maar ook je denken wordt kalmer.

In deze methode leer je eerst subtiel je spieren aan te spannen zodat je het spanningsgevoel van de spier goed leert kennen, om dit daarna volledig los te laten.

Jacobson leert je niet alleen om alle spieren los te laten, wat een diepe ontspanning geeft, maar leert je de ontspanning toe te passen in het dagelijks leven. In het dagelijks leven is het van belang dat je zoveel mogelijk de overbodige spierspanning nalaat die je niet nodig hebt voor een bepaalde houding of beweging. Dat betekent dus dat sommige spieren wel wat aangespannen moeten blijven (bijvoorbeeld om te staan), maar andere juist ontspannen kunnen worden. Op deze wijze kan je jezelf veel energie en mogelijk ook pijnklachten besparen.

De methode van Jacobson leert je ook om telkens beter de kleinste veranderingen in spierspanning te gaan herkennen. Je leert dat door het aanspannen van spieren telkens lichter te doen. Op het laatst is slechts een heel kleine aanspanning nodig om de spierspanning al waar te nemen. Na het herkennen van deze subtiele spanning kan je die ook leren los te laten.

De methode is eenvoudig uit te leggen, maar om het goed te leren en van hardnekkige spanning af te komen heb je soms wel drie maanden oefenen nodig of zelfs meer. Maar de winst die je haalt zal het waard zijn.

Progressieve relaxatie is het gemakkelijkst te leren in een rustige omgeving zodat je niet gestoord kan worden. Later kan je het ook gaan beoefenen in meer normale omgevingen waar dus altijd wel wat omgevingsgeluid is.

Beschrijving van de methode

Voor deze methode ga je op een bank of een bed liggen. Je neemt dan eerst rustig de tijd even dit 'liggen' waar te nemen en in je op te nemen. Je moet als het ware vanuit de alledaagse activiteiten even weer bij jezelf komen. Probeer rustig te liggen, tenzij het echt niet gaat.

In de loop van de weken worden telkens andere spiergroepen in het lichaam bestudeerd en geoefend: armen, benen, romp, nek, ogen en spraakspieren.

De eerste twee weken

Hieronder volgt het schema voor de eerste twee weken: je werkt dan aan het herkennen- en loslaten van spanning in de armen.

Arm: eerste week

- 1 Buig de hand achterover
- 2 Buig de hand voorwaarts
- 3 Alleen maar ontspannen
- 4 Buig de arm bij de elleboog
- 5 Druk de pols naar beneden op een boek
- 6 Alleen maar ontspannen
- 7 Progressieve spanning en ontspanning van de gehele arm

In de tweede week volgt hetzelfde schema maar dan rechts.

Op de eerste dag trek je de pols van de arm die naast je ligt achterover zodat de hand loskomt van de onderlaag. Je neemt één of twee minuten de tijd om goed waar te nemen waar je de spierspanning voelt. Doorgaans is dat in je onderarm, maar de spanning kan ook uitbreiden naar de bovenarm, schouder en zelfs de nek. Daarna stop je met het aanspannen en voel je nog een aantal minuten na wat nu het verschil is in spanningsgevoel. Doe niet te veel je best, want dat geeft natuurlijk weer spanning. Het aanspannen van de spieren, gevolgd door het loslaten van die spanning, herhaal je een aantal keer. Het is daarbij belangrijk dat je de spieren telkens minder sterk aanspant.

© PsychFysio opleidingen / P. van Burken (2008: versie 1.2) Vrij te gebruiken binnen een fysiotherapeutische behandelsetting, mits de inhoud van dit documenten ongewijzigd weergegeven wordt.
Kijk voor meer patiënten hand-outs op www.PsychFysio.nl

Het totale programma overzicht

Het totale programma duurt ongeveer 3 maanden. In deze tabel kan je aanvinken welke regionen je al beheerst.

Aantal dagen

Regio

- 7 Linker arm
- 7 Rechter arm
- 10 Linker been
- 10 Rechter been
- 10 Romp
- 6 Schouders/nek
- 12 Ogen
- 9 Visualisatie
- 19 Spraakregio en spraakverbeelding

De afzonderlijke regio's

Benen

- Trek de voet op
- Duw de voet van je af
- Strek de knie
- Buig de knie
- Hef de knie
- Duw de hiel in de grond

Romp

Trek de buik in (afvlakken)

Trek de rug hol

Tijdens rustig inademen ervaar je een zwakke spierspanning in de borstkas

© PsychFysio opleidingen / P. van Burken (2008: versie 1.2) Vrij te gebruiken binnen een fysiotherapeutische behandelsetting, mits de inhoud van dit documenten ongewijzigd weergegeven wordt.
Kijk voor meer patiënten hand-outs op www.PsychFysio.nl

Schouders

Hef de gehele arm op

Trek schouder naar achter en naar de ruggengraat

Trek de schouders op richting de oren

Nek

Hoofd zijwaarts links

Hoofd zijwaarts rechts

Hoofd voorwaarts

Hoofd achterwaarts

Ogen

Wenkbrauwen optrekken

Voorhoofd fronzen

Oogleden stevig dichtknijpen

Draai oogbollen naar links, laat los. Draai oogbollen naar rechts, laat los.

Draai oogbollen naar boven, laat los. Draai oogbollen naar onder, laat los.

Combineer, en laat los de rest van de tijd.

Visualisatie

Verbeeld je dat je naar het plafond kijkt en ervaar de oogspanning en verbeeld je dat je naar de grond kijkt en ervaar de oogspanning. Ontspan de ogen daarna 5-15 minuten

Verbeeld je dat je naar de muur links kijkt en daarna naar rechts, ervaar de oogspanning. Ontspan de ogen daarna 5-15 minuten.

Verbeeld je dat je een auto die langsrijdt met de ogen volgt of een ander object. Voel de minieme spanningen en laat los.

© PsychFysio opleidingen / P. van Burken (2008: versie 1.2) Vrij te gebruiken binnen een fysiotherapeutische behandelsetting, mits de inhoud van dit documenten ongewijzigd weergegeven wordt.
Kijk voor meer patiënten hand-outs op www.PsychFysio.nl

Spraakregio

Sluit de kaken een beetje stevig

Open de kaken

Alleen maar ontspannen

Toon je tanden, zoals bij het lachen

Lippen tuiten, pruilen

Alleen maar ontspannen
Druk je tong naar voren tegen je tanden
Trek je tong terug naar achteren
Alleen maar ontspannen
Tel hardop tot tien
Tel half zo zacht
Alleen maar ontspannen
Tel heel zachtjes
Tel onhoorbaar
Alleen maar ontspannen
Verbeeld je dat je telt
Verbeeld je dat je het alfabet opzegt
Alleen maar ontspannen
Verbeeld je dat je je naam drie keer zegt, dan je adres drie keer, de naam van de president drie keer
De training van de spraakspieren en de oogspieren is essentieel om de gedachten te kalmeren. Het eerste deel bestaat uit spanning, het tweede deel uit verbeelding.
Na het oefenen in lig, moet je de gehele sequentie in zit oefenen.

Gelokaliseerde en algemene spierspanning

De eerste dagen oefen je alleen de gelokaliseerde spanning, maar er bestaat ook een algemene spanning. Voor dit laatste is een andere techniek nodig. Je spant dan de gehele arm 30-60 seconden aan, dan onderzoek je deze onprettige spanning, daarna laat je hem langzaam los.
Als gedachten komen moet je ze negeren en keer op keer weer loslaten. Streef daar geen perfectie in na, want dat geeft spanning.
Vind je de indeling in dagen, weken en spiergroepen te streng of te precies, varieer dan zelf op een wijze die jij prettig vindt.

<http://ccp.sagepub.com>

Psychiatry

Clinical Child Psychology and

DOI: 10.1177/1359104508090603

Clinical Child Psychology and Psychiatry 2008; 13; 395

Miles Thompson and Jeremy Gauntlett-Gilbert

Mindfulness with Children and Adolescents: Effective Clinical Application

<http://ccp.sagepub.com/cgi/content/abstract/13/3/395>

The online version of this article can be found at:

Published by:

<http://www.sagepublications.com>

Additional services and information for *Clinical Child Psychology and Psychiatry* can be found at:

Email Alerts: <http://ccp.sagepub.com/cgi/alerts>

Subscriptions: <http://ccp.sagepub.com/subscriptions>

Reprints: <http://www.sagepub.com/journalsReprints.nav>

Permissions: <http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav>

Citations <http://ccp.sagepub.com/cgi/content/refs/13/3/395>

Downloaded from <http://ccp.sagepub.com> at MCMASTER UNIV LIBRARY on November 30, 2008

Mindfulness with Children and Adolescents: Effective Clinical Application

MILES THOMPSON & JEREMY GAUNTLETT-GILBERT

Royal National Hospital for Rheumatic Diseases, Bath, UK

ABSTRACT

Mindfulness interventions within adult populations are becoming increasingly popular. Research suggests that mindfulness can deliver lasting improvements in self-awareness and emotional stability to adults with severe and chronic conditions.

As yet, research within child and adolescent populations is in its initial stages, although mindfulness shows great clinical promise for young people. This article aims to provide an overview of mindfulness to professionals who are working in child or adolescent settings. Initially, it will provide the reader with some orientation to and definitions from the field, before summarizing the current evidence for the utility of the approach. The article recommends specific clinical modifications for mindfulness with children and adolescents, as well as reviewing how to monitor and enhance the development of this skill. Finally, it highlights important differences among mindfulness, relaxation and other meditative techniques.

KEYWORDS

adolescent, child, mindfulness, young

WITHIN ADULT POPULATIONS, mindfulness applications are popular and gaining an increasingly supportive evidence base (see Baer, 2003 for a recent review). Child and adolescent clinicians working in mental and physical health settings may also find mindfulness attractive and relevant. Mindfulness techniques can potentially teach greater

Clinical Child Psychology and Psychiatry Copyright © 2008 SAGE Publications

Vol 13(3): 395–407. DOI: 10.1177/1359104508090603 www.sagepublications.com

395

ACKNOWLEDGEMENTS: With thanks to Emma Williams who carried out the literature review and to Kevin Vowles and Hannah Connell who commented on drafts of this manuscript.

JEREMY GAUNTLETT-GILBERT and MILES THOMPSON are both Clinical Psychologists working with adolescents, their parents and also with adults at the Bath Centre for Pain Services (www.bath.ac.uk/pain-management). Jeremy trained at the Institute of Psychiatry, Maudsley Hospital, London, on the Bristol doctorate in clinical psychology. Both have long-standing interests in mindfulness and acceptance approaches for chronic health conditions.

CONTACT: Miles Thompson, Bath Centre for Pain Services, Royal National Hospital for Rheumatic Diseases, Bath BA1 1RL, UK. [E-mail: miles.thompson@rnhrd.nhs.uk]

Downloaded from <http://ccp.sagepub.com> at MCMASTER UNIV LIBRARY on November 30, 2008

self-awareness, increased impulse control and decreased emotional reactivity to difficult events. Evidence from adults suggests that all of these effects can be achieved in the long term with the application of a relatively brief training package. Because of this, it may

be particularly applicable to those with chronic conditions, or for children and adolescents who still have numerous developmental challenges ahead of them. In adult populations, mindfulness techniques are being taught in a wide range of clinical and nonclinical areas, including cancer, chronic pain, depression, obesity and psychosis. However, the research literature on mindfulness in children and adolescents is minimal. Nonetheless, this article aims to define mindfulness, highlight aspects of its evidence base and then consider how it might be applied within a child or adolescent population.

Historical context and definition

Mindfulness can broadly be defined as ‘paying attention in a particular way: on purpose, in the present moment, and nonjudgmentally’ (Kabat-Zinn, 1994, p. 4). Ideally, mindful behaviour involves an individual being fully in contact with what is taking place in the present moment, both in the external world and in terms of their responses to it. Thus, if an individual were walking to school ‘mindfully’, they would be aware of their feet hitting the floor, the feeling of their bag on their shoulder and perhaps the mild tension associated with approaching the school gates. Specifically, they would favour this awareness over being lost in worry about future exams, or trying to cheer themselves up with thoughts of an upcoming holiday. The hope is that when individuals deliberately stay in the present moment, they can respond to current events with a full awareness of their automatic tendencies, but can make choices that are not necessarily constrained by these. A greater non-judgemental awareness of one’s own impulses and thought patterns should result in a decreased emotional reactivity and vulnerability.

Mindfulness techniques originate in Buddhist traditions (Rosenberg, 1998; Thera, 1962). However, the skills themselves are now taught without reference to their religious roots and the field is regarded as a legitimate target of western scientific and clinical enquiry (Hayes & Wilson, 2003). Researchers have already attempted to specify the core processes underlying mindfulness. Bishop et al. (2004) proposed two key aspects: (1) present moment awareness, and (2) the non-judgemental and dispassionate quality of this awareness. One core assumption behind mindfulness, shared with cognitive science and most psychological therapies, is that we are often relatively unaware of our ingrained behavioural habits and consequently move through our lives on something akin to partial automatic pilot (Kabat-Zinn, 1990; McCracken, 2005). Living in this ‘mindless’ way, we often behave automatically and remain unaware of the influences that are contributing to our actions. These automatic propensities can contribute substantially to suffering in general and to the maintenance of specific clinical problems. It is suggested that the ability to maintain a more mindful perspective on a day-to-day basis, even when under pressure, can result in more flexible, adaptive behaviour.

Evidence for the utility of mindfulness interventions

The vast majority of research that attests to the usefulness of mindfulness has been carried out in adult populations. Baer (2003) performed a meta-analysis on 21 adult mindfulness studies of adequate quality. Clinical conditions included chronic pain, anxiety and depression. The analysis indicated a large mean post-treatment effect size (Cohen’s $d = 0.74$, $SD = 0.39$) and a medium effect size at follow-up (Cohen’s $d = 0.59$, $SD = 0.41$). It should be noted that the majority of these studies were prospective

CLINICAL CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY 13(3)

396

Downloaded from <http://ccp.sagepub.com> at MCMMASTER UNIV LIBRARY on November 30, 2008

treatment evaluations, rather than randomized controlled trials (RCTs) and the findings need to be supplemented with more studies in general, and more RCTs in particular. However, Baer (2003) concludes that mindfulness-based interventions ‘may bring participants with mild to moderate psychological distress into or close to the normal range’ (p. 137). Grossman, Niemann, Schmidt, and Walach (2004) reviewed 64 studies but found that only 20 met criteria for methodological adequacy. Again, the studies were of both mental and physical health conditions, including coronary artery disease and psychiatric patients. Their meta-analysis found consistent improvement and relatively strong effect sizes across scales measuring aspects of mental health (e.g. depression, anxiety, coping style) and similar improvements on measures of physical well-being (e.g. medical symptoms, sensory pain, physical impairment and functional quality-of-life estimates). Although again derived from a relatively small number of studies, the authors conclude that mindfulness may help a broad range of individuals to cope with both clinical and non-clinical problems.

Although the preliminary evidence for mindfulness in adult populations is relatively strong, the same cannot currently be said in respect of children and adolescents. Semple,

Lee, and Miller (2006) are among many who state that although 'early indications are that mindfulness in children is acceptable and feasible' research in this area 'has barely begun' (p. 164). In June 2006 we conducted an electronic search in the following databases: BioMed Central, JSTOR, Ingenta Journals, PsychArticles, PsychINFO, PubMed, Science Direct and Wiley Interscience. Records were searched for occurrences of the keyword 'mindfulness' in conjunction with any of the following terms: children, adolescents, young, young people. Any articles found were also inspected for further references. Although the search produced numerous potential hits, a review of the titles and abstracts found only a tiny proportion of these to be relevant. In June 2006, some studies only provided supportive anecdotal data, while a few others described limited but more rigorous individual or group case studies. Even in these instances, studies tended to be performed without recourse to formal or validated outcome measures (Ott, 2002; Wall, 2005). In the few cases where more formal measures were used, interventions often used non-clinical populations (Semple, Reid, & Miller, 2005). The limited examples employing stronger research methodologies (Semple et al., 2006) produced ambiguous results, which may be accounted for by low subject numbers. It is worth noting that although the adult literature contains a number of mindfulness measures, only the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM; Greco, Dew, & Baer, 2005) adapted from the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS; Baer, Smith, & Allen, 2004) has been normed or adapted for use within child and adolescent populations. This should not be taken to indicate that mindfulness interventions have not been included in more rigorous child and adolescent research. However, when this has taken place mindfulness tends to be just one part of a wider treatment approach (Bootzin & Stevens, 2005; Miller, Wyman, Huppert, Glassman, & Rathaus, 2000). Accordingly, as other treatment strategies are used, it is very difficult to ascertain the relative contribution of mindfulness (Baer, 2003). Finally, other research has also taken place that has taught mindfulness to child mental health teams, and to the parents of children with clinical problems, but not to the child itself (Singh, Wechsler, Curtis, & Sabaawi, 2002; Singh et al., 2006).

Despite the current lack of research, there is considerable evidence that mindfulness is potentially teachable to child and adolescent populations. The Garrison Institute, a nonprofit organization located in New York, investigated mindfulness use within the K–12 range (kindergarten to 12th grade; ages approximately 5–18) (Schoeberlein & Koffler, 2005). Collecting data from mainly within the USA, they found over 18 school- and THOMPSON & GAUNTLETT-GILBERT: MINDFULNESS WITH CHILDREN

397

Downloaded from <http://ccp.sagepub.com> at MCMMASTER UNIV LIBRARY on November 30, 2008

community-based centres with established mindfulness programmes, and many more which used elements of mindfulness as part of wider social and educational programmes. Although none of the centres currently report empirical data, the report notes general outcomes including increased self-awareness and self-reflection, as well as increased emotional intelligence and social skills (Schoeberlein & Koffler, 2005). It is likely that many of these centres teach mindfulness in a way that takes the developmental stage of the child into account. We consider some developmental adaptations later.

Differences between adults and non-adult populations

Developmentally, it has long been argued that it is unhelpful to assume that children are 'little adults'. Indeed, Semple et al. (2006) highlight a number of areas where differences may occur, for example, in terms of attentional, cognitive and interpersonal functioning. Accordingly, it is clear that the teaching of mindfulness to children and adolescents needs to be developmentally appropriate (Jha, 2005; Ott, 2002). However, it is unclear exactly what stage needs to have been reached before mindfulness practice can begin. Those writers who refer to a Piagetian framework (Wagner, Rathus, & Miller, 2006; Wall, 2005) suggest it may be necessary for participants to have attained the stage of 'formal operations', where abstract and hypothetical reasoning is possible (i.e. from around age 12). However, those who treat children using a cognitive-behavioural therapy (CBT) perspective (Verduyn, 2000) have found that clinically useful work is possible within what Piaget referred to as the 'concrete operations' stage (approximately 7–12 years). CBT work in child populations requires self-awareness, the modification of habitual behavioural tendencies and often utilizes metaphors which enable abstract ideas to be described and understood in concrete terms (Stallard, 2002). As mindfulness teaching requires and uses similar things, there is reason to believe that useful work may be carried out within this younger age range. It is likely that researchers will have to establish the lower age limit for teaching mindfulness empirically. Before that has taken

place, rather than imposing an unevidenced cut-off point, it may be more practical to use standard adult practices as a template from which modifications and adaptations can be made as necessary. This said, it is worth noting the ages of subjects in research which has already been published: 7 and 8 (Semple et al., 2005), 7–9 (Linden, 1973), 9 (Ott, 2002), 9–12 (Semple et al., 2006), 11–13 (Wall, 2005) and 14–19 (Miller et al., 2000). The modifications to practice recommended here come from either the existing limited child literature or from our clinical experience. Our work involves teaching mindfulness to adolescents as part of an intensive, residential group-based treatment for chronic pain. Before discussing the modifications themselves, we first outline some of the more popular adult practices.

Varieties of practice

Mindfulness practices, in the adult arena, come in a variety of different forms. Most involve focusing non-judgemental attention on moment-to-moment private experiences, such as the breath, thoughts, physical sensations, or on other external aspects of the environment such as sounds. The purpose of these practices is not to singly focus on the target of the exercise to the exclusion of other stimuli. Instead, it is hoped that the individual will become more aware of both the object of the exercise and everything else that is going on in the present moment, responding to changes in both in as nonjudgemental a way as possible. Precise details of these practices can be accessed elsewhere (Kabat-Zinn, 1990; Segal, Williams, & Teasdale, 2002) and only a brief

CLINICAL CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY 13(3)
398

Downloaded from <http://ccp.sagepub.com> at MCMMASTER UNIV LIBRARY on November 30, 2008

overview of the most frequently used is provided here. The following descriptions amount to only the briefest summary of the structure of practices, and should not be considered adequate description of the process as a whole.

Mindfulness of breath

In this practice, individuals are asked to sit still with their eyes shut and locate the physical sensation of breathing in their bodies. They select one location at which to follow this sensation, for example, the nostrils or stomach. The intent of the practice is to direct one's attention to noticing this sensation, purposefully, for a sustained period. It is anticipated that the individual's mind will wander; when this occurs, the instruction is to note the source of the distraction (e.g. external noise, thought), avoid becoming unnecessarily caught up in it and to redirect attention back to the breath without anger or judgement. Practitioners consistently find that this both trains attention and allows practice in dealing with a range of different events (distracting thoughts, feelings, physical discomfort, urges to move).

Body scan

This practice emphasizes awareness of current physical sensations. Attention is moved systematically through the body in a sequence similar to standard progressive muscular relaxation. However, the aim of the exercise is to direct non-judgemental attention to each part of the body rather than to deliberately promote relaxation.

Walking mindfulness

It has always been acknowledged that mindfulness must be generalized in order to have any benefit to a person's life. Thus, individuals are encouraged to go for a walk, with the intention of closely paying attention to all aspects of this process rather than just seeing walking as a means to arriving somewhere else. Individuals are invited to focus on the body (e.g. the physical sensations of a foot hitting the floor) while staying open to other events (e.g. changes in temperature, light, sights). Instructions are given to avoid 'chatting' to others, and it is also anticipated that events outside (e.g. other people being slow or impolite) will provide valuable practice in noticing and reacting mindfully to thoughts and feelings.

Case vignette: Jack's response to mindfulness training

Jack was a burly 15-year-old referred for treatment due to severe, intractable back pain which followed a fall. He tended to oscillate between being inactive and fearful of his pain, and being vigorous and attempting (over ambitiously) to 'push through it'. He and his family felt that Jack had become much more angry when in pain, and feared that he would lash out if someone said the wrong thing; this led to him avoiding some social situations. Jack was introduced to the daily practice of mindfulness as part of an intensive residential

pain management programme. He first learned to sit still while experiencing itching or muscles twitching in his back. He responded well to the metaphor of 'surfing' sensations like one would 'surf' a wave (rather than fighting it). With sustained practice, he discovered that the sensation that he labelled 'pain' was actually a bundle of sensations including fears, frustrations and urges to move or avoid. Insight into this enabled Jack to respond more wisely when the pain came up, and increased his emotional awareness and behavioural flexibility. Eventually, he was able to see his angry thoughts about hitting people as 'just thoughts', and his newfound ability to 'surf' urges reassured him that he could be around others without doing anything impulsive. When asked about these situations at the end of the programme, he laughed and said, 'I know I can bring the puppy back' [see 'Useful metaphors'].

THOMPSON & GAUNTLETT-GILBERT: MINDFULNESS WITH CHILDREN

399

Downloaded from <http://ccp.sagepub.com> at MCMaster Univ Library on November 30, 2008

Modifying mindfulness for children and adolescent populations

Although all of the practices described earlier are valuable for a younger population, it is useful to consider modifications that may help increase both relevance and engagement.

Greater explanation and rationale

Mindfulness practices with adults emphasize experiential learning and often encourage people to start experimenting without much discussion. We find that groups of adolescents require more explanation and rationale if they are to engage fully. This is understandable as many people, both children and adults, struggle to see a connection between sitting in a room with their eyes shut and techniques that could be useful in their life more generally. However, simple rationales are easily given. Examples range from mundane events (e.g. getting to the end of a meal without having been aware of the food you have eaten) to more challenging behavioural situations (e.g. suddenly being in the midst of an argument without knowing exactly how it started or why you are shouting back). Most young people have experienced the dawning of physical self-awareness after a period of distraction – for example, suddenly realizing that you are exhausted, or need the toilet. These examples can be used to humorously draw out the unskilful consequences of 'mindlessness'. Other metaphors serve to explain the connection between formal practice and pressured life situations. As a group, we discuss the fact that football players practise taking penalties. When this practice takes place, there is no game in progress, no crowd, no other team on the pitch, perhaps not even a goalie. The players are purposefully focusing on the penalty, in isolation, in order to perform better when they come to do it for real, under pressure. The discussion then extends the analogy to mindfulness practice.

Use of different practices

It is useful to emphasize the everyday generalizability of mindfulness from the beginning of treatment. To this end, standard practices are supplemented with theoretically consistent approaches to a range of activities, from eating to using a mobile phone. For example, a standard mindfulness practice (not described earlier) involves mindfulness of sounds. Although this is a useful practice itself, researchers working with children and adolescents have developed a 'sounds' practice specifically for this age group (Semple et al., 2006; Wagner et al., 2006). Here, they play extracts from different genres of music. This prompts different private experiences and as such provides a rich collection of material for individuals to get caught up in or to respond mindfully to. As well as using the modality of sound, some practices have used the sensation of touch (Semple et al., 2006). Other practices intentionally take place outside the classroom. As noted earlier, a walking practice can usefully bridge the gap between formal practice and applying mindfulness in everyday life (Kabat-Zinn, 1990). Participants can also be encouraged to practise mindfulness during everyday activities like eating (Hayes & Smith, 2005), getting dressed, brushing their teeth and making the bed (Semple et al., 2006). Semple et al. (2006) also set homework for their children, and encourage diary keeping (as do Wagner et al., 2006). Whether homework is set formally, or not, the integration of mindfulness skills into everyday life is something that is vital if it is to prove useful to the individual. In our programme, we sometimes use the idea of 'mindful texting'. Here participants are encouraged to be mindful when they receive text messages on their mobile phones. The natural and automatic reaction when the phone sounds is to reach out and check it. At the same time, the mind is likely to be alive with thoughts such as 'Who is it?', 'I

wonder what they want?'. Raising awareness that all this takes place automatically provides an opportunity for individuals to do something different. For example, they can notice the thoughts and the physical urges to reach for the phone, and at the same time choose not to respond in such an automatic way: i.e. to check the phone eventually, but mindfully and in time. Most mobile phones can also be set to provide alarms that can be used as a 10-minute mindfulness 'prompt'.

We also find that the notion of 'checking in' provides an important bridge between mindful practice and being more mindful in everyday life. Checking in refers to briefly, but deliberately, noticing what is currently taking place in the present moment in terms of thoughts, feelings, body sensations and behaviour. The phrase can be introduced and encouraged during mindfulness practices with additional instructions to actively try to 'check in' on as many occasions as possible during daily life.

Useful metaphors

Other metaphors can be useful to help explain the mental posture required. For example, it is inevitable that the mind will wander from its intended point of focus during practices. To help explain a useful response to this, we present the 'puppy' metaphor (Kornfield, 2003). This revolves around trying to teach a young puppy to sit still.

Although it may sit for a few seconds, it will soon get distracted and run off. Groups tend to agree that this is to be expected and it would be unfair to be cross with the puppy. Instead, it makes sense to notice where the puppy has gone, gently bring it back, and try to get it to sit down again. Although the puppy is likely to run away, repeatedly, perhaps the most skilful response is just to notice this, bringing it back each time without anger and judgement as often as is needed. As expected, a similar response is encouraged when faced with wandering attention during mindfulness practices themselves.

Other researchers also use metaphors in their work. Greco, Blackledge, Coyne, and Enreheich (2005) suggest that children try to view their private experiences within a continuous stream of bubbles. Thoughts, feelings and emotions are placed within a bubble and noticed floating away. They note that the bubbles will burst if individuals grab at, hold onto or try to push them away. Another analogy used by Greco et al. (2005) involves a scientist who is observing an amoeba under a microscope. As well as highlighting the careful level of observation that is taking place, they note that a healthy distance still remains between the scientist and the amoeba. Thus, despite the importance of the subject matter, observation can still take place with a detached curiosity.

Using variety and repetition

A balance needs to be struck between delivering practices of sufficient variety and repeating practices so that skills can be developed. Repetitions of the same postures from session to session provide the opportunity to repeatedly encounter similar private experiences and, hopefully, respond differently to them. Conversely, only ever doing one type of practice (e.g. breathing) can appear sterile and boring, creating problems with engagement. Increasing the variety of practice may also increase the likelihood that mindfulness skills can be generalized from the classroom to real-world situations. Although balancing variety and repetition is an issue with all mindfulness treatment, we have found that greater variety consistently sustains interest and engagement in younger people.

Length of practice

The time spent doing actual mindfulness practice varies within different adult approaches (Roemer & Orsillo, 2003), commonly ranging between 20 and 45 minutes. A THOMPSON & GAUNTLETT-GILBERT: MINDFULNESS WITH CHILDREN

cursory glance at the child literature indicates that much shorter practices are used. Semple et al. (2006) use practices of around 3 and 5 minutes, whereas Wagner et al. (2006) report using practices of between 1 and 5 minutes. Although it is clear that modification may be warranted, it is unclear how long practices need to be for them to be effective. Longer practices allow young people to experiment with accepting discomfort, as well as developing a less impulsive relationship with urges to move and fidget. It is also often true that with the passage of time 'the mud settles' and individuals develop a more mindful state of concentration. In our experience, adolescents with chronic pain can certainly engage in practices of at least 10 minutes, after an initial

training phase.

Parents

When teaching mindfulness to children or adolescents, we find it is important to engage parents or carers as well. We would suggest that, if possible, they should be involved in the practices themselves. In this way they can understand, at an experiential level, what mindfulness involves and how it might be useful. Wagner et al. (2006) support this suggesting that parental participation can help ameliorate their own concerns and can ultimately allow them to help reinforce and model mindful behaviour. Our clinical experience suggests that mindfulness may be an invaluable aid to effective parenting; however, this important topic is beyond the scope of this article (Kabat-Zinn & Kabat-Zinn, 1997).

Groups

Although mindfulness can be taught individually, it is more often taught in a group setting. Groups can make mindfulness teaching more potent. For example, the effectiveness of post-practice discussion (highlighted earlier) can be increased when fellow group members share different experiences and comments. Semple et al. (2006) also note the helpful way in which group members can learn with, teach and support each other. Wagner et al. (2006) also reports the useful way in which group camaraderie develops within child and adolescent mindfulness groups. Conversely, if the practices or rationale seem stilted, boring or irrelevant, engagement can be lost and this can rapidly transmit through the group. Finally, it is important to note that the format of group work must be experiential and not didactic. Although this is different to a typical school or college environment, this focus is regarded as a key aspect of mindfulness treatment.

Assessing progress and aiding skill development

Encouraging candid discussion

A vital part of teaching mindfulness is the discussion following practice where individuals are asked for feedback on their experiences. This is the point at which clinicians can assess the client's progress and provide feedback that can shape more mindful responding. It is essential to shape and maintain appropriate expectations in this phase. Young people must be encouraged to report freely, and the notion that there is a 'right answer' should be undermined. For example, we actively encourage candid reporting of boredom or frustration if that is what has been taking place during practice. This may seem odd as such responses would probably be punished in a comparable school context. However, if participants can speak freely, automatic experiences can be normalized and mindful responses can be encouraged even in response to boredom or frustration. It is often in these discussions that the connections between mindfulness practice and being more mindful generally are raised.

CLINICAL CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY 13(3)

402

Downloaded from <http://ccp.sagepub.com> at MCMaster Univ Library on November 30, 2008

Signs of progress

Clinicians naturally struggle to observe whether mindful behaviour is actually taking place during practice (although reactive, 'mindless' fidgeting is much easier to see). Because of this, we must make inferences from an individual's post-practice feedback. During the early stages of practice, it is encouraging if young people report an increased awareness of events and responses to them. For example, we would hope to hear a young person progress from reporting 'I was a bit fidgety' to saying 'I was fidgety, I felt a bit anxious and I kept thinking about what was going to happen when I got home'. This increase in self-report hopefully reflects the development of greater moment-to-moment self-awareness. Clinicians should actively encourage this broad and descriptive reporting. For example, in a pain management setting we encourage individuals to report the emotions and thoughts that accompany changes in pain sensations; while clinicians working with depressed clients might emphasize becoming aware of any physical manifestations of depression.

A change in the manner and style of an individual's feedback is also indicative of more mindful behaviour. In general, young people initially report being 'caught up' with their experiences (e.g. 'I got bored and couldn't do it'). As progress takes place, an increasing sense of 'observing' rather than 'reacting' to what was going on is reported (e.g. 'I noticed that I was getting bored and wanting to stop, but did my best to carry on'). Again,

clinicians should encourage this observing stance, perhaps by referring to salient metaphors described earlier.

In general, any response that embodies preserved awareness and increased perspective can usefully be encouraged. As they gain skill, young people might report their experiences with greater lightness and humour, being wryly surprised by their own responses and urges. Hopefully, they will display an increased ability to 'sit alongside' difficult experiences without having to react to them, and an increased sense of ease in the presence of pressure and difficulty. In the early stages of teaching, the clinician might not be sure whether their group is moving in the right direction, but any response that seems to capture these qualities should be encouraged. As practice progresses, feedback which confirms that more mindful behaviour is taking place should come not just from the practice sessions but, importantly, from real life situations.

Developing and maintaining the clinician's skills: The issue of personal practice

Experts in this field advise that individuals involved in the teaching of mindfulness should regularly assess their own level of training, supervision and continuing personal practice. Kabat-Zinn (2003) states that mindfulness 'cannot be taught to others in an authentic way without the instructor practising it in his or her own life' (p. 149). Although Dimidjian and Linehan (2003) contend that the question of exactly how people need to be trained is ultimately an empirical question, it seems likely that attempting to use mindfulness techniques in the absence of personal experience will lead to incompetent interventions.

In our view, some experience of mindfulness practice is essential, not because it confers some special quality to the instructor, but because of the non-verbal nature of the skill. To draw a parallel, it would be reasonable to have doubts about a swimming instructor who had read lots of books about swimming but could not actually swim.

Clinicians who have personal experience of mindfulness seem more likely to be able to give clear advice and feedback, and to correct ineffective effort on the patient's part.

On our unit, formal and informal mindfulness practices are taught by a number of clinicians, all with some personal experience of mindfulness, but most do not undertake formal mindfulness practices regularly. Most of our colleagues agree that exposure to

THOMPSON & GAUNTLETT-GILBERT: MINDFULNESS WITH CHILDREN
403

Downloaded from <http://ccp.sagepub.com> at MCMaster Univ Library on November 30, 2008

mindfulness techniques has led to an enhancement of self-awareness that is highly relevant to the clinical situation (although this does not necessarily increase the clinician's sense of personal comfort).

Examples of training opportunities that exist in the UK include the Centre for Mindfulness Research and Practice at Bangor University (<http://www.bangor.ac.uk/mindfulness/events.html>) and the Breathworks Project (<http://www.breathworksmindfulness.co.uk/training.asp>).

Similarities with relaxation/meditation/cognitive therapy

Having described various approaches to mindfulness with children and adolescents, some clinicians may feel that mindfulness is very similar to established approaches that they already use. However, it is important to separate mindfulness from other techniques, such as relaxation or transcendental meditation that may, on the surface, seem similar. While these may be valid techniques in their own settings, it is necessary to be clear that they may proceed from different assumptions and use different methods. Here, we consider some useful contrasts.

Relaxation

Relaxation exercises come in a variety of formats such as progressive muscular relaxation (Bernstein & Borkovec, 1973; Jacobson, 1938; Ollendick & Cemy, 1981), guided imagery (Zahourek, 1988) and autogenic relaxation (McGrath, 2003). Despite their differences, the general purpose of a relaxation exercise is to induce a state of relaxation. This differs to mindfulness whose purpose is to cultivate non-judgemental awareness in the present moment, even if what is currently taking place is far from relaxing. Thus, one can be mindful of tension and agitation, and still observe it non-judgementally. It is not necessary to calm these states down, relax them away or distract oneself from them. Indeed, there is an extensive literature on the counterproductive effects of trying to 'clear one's mind' and relax under pressure (Wenzlaff & Wegner, 2000).

Meditation

It is understandable that mindfulness techniques are sometimes referred to as 'meditation', as this terminology reflects its religious heritage. However, the word 'meditation' is non-specific, and does not specify precise techniques any more than the word 'sport' indicates a particular pursuit. While meditation could be used to describe an approach like mindfulness, it might also be used to describe practices such as transcendental meditation which aims to restrict awareness to a single stimulus such as a word, mantra or object (e.g. a candle) (Rathus, 1997). In transcendental meditation an explicit attempt is made to exclude other distractions from attention. The individual becomes totally absorbed by the focus of the meditation and this absorption is said to induce a state of tranquillity or bliss. This differs from mindfulness where the promotion of greater awareness and acceptance of the moment-to-moment flow of private experiences is central, even if the events which take place seem 'off-task' or peripheral. Reviews of transcendental approaches are available (Delmonte, 1985; Smith, 1975).

Cognitive therapy

Although both cognitive therapy and mindfulness deal with thoughts, feelings, physical sensations and urges to act, they may approach them in different ways. The precise contrasts are beyond this discussion, and are well reviewed in Segal et al. (2002). Briefly, however, the cognitive model assumes that 'realistic evaluation and modification of

404

Downloaded from <http://ccp.sagepub.com> at MCMaster Univ Library on November 30, 2008

thinking' is necessary to improve behaviour (Beck, 1995, p. 1). In this way, cognitive approaches tend to prioritize changing the content of private experiences like thoughts. Mindfulness approaches emphasize an awareness of thinking that is similar to that promoted in cognitive thought-record techniques. However, instead of changing problematic thoughts, it is thought to be sufficient to recognize them as transient mental events that can potentially be problematic, but do not have to be. Instead of requiring change, clear observation and the 'surfing' of impulses can render private experiences harmless, though they may still be just as unpleasant. Experienced clinicians agree that although this difference may seem subtle, it has a substantial impact on clinical practice.

Conclusion

Mindfulness approaches offer a potentially powerful set of interventions for clinicians working in a wide range of child and adolescent areas. It is hoped that this article has helpfully outlined this burgeoning area. Clinicians entering this field can focus on gaining essential personal experience of the techniques and on clarifying the distinctions between mindfulness and the other apparently similar approaches described earlier. Future research is essential to clarify the efficacy of mindfulness with children and adolescents, answering ongoing questions about the requisite developmental stage for effective use.

References

- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125–143 [doi:10.1093/clipsy.bpg015].
- Baer, R.A., Smith, G.T., & Allen, K.B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191–206.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Bernstein, D.A., & Borkovec, T.D. (1973). *Progressive relaxation training. A manual for the helping professions*. Champaign, IL: Research Press.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S.L., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230–241.
- Bootzin, R.R., & Stevens, S.J. (2005). Adolescents, substance abuse, and the treatment of insomnia and daytime sleepiness. *Clinical Psychology Review*, 25, 629–644.
- Delmonte, M.M. (1985). Meditation and anxiety reduction: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 5, 91–102.
- Dimidjian, S., & Linehan, M.M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 166–171 [doi:10.1093/clipsy.bpg019].
- Greco, L.A., Blackledge, J.T., Coyne, L.W., & Enreheich, J. (2005). Integrating acceptance and mindfulness into treatments for child and adolescent anxiety disorders: Acceptance and commitment therapy as an example. In S.M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment* (pp. 301–322). New York: Kluwer/Plenum.

Greco, L.A., Dew, S.E., & Baer, R. (2005). Acceptance, mindfulness, and related processes in childhood: Measurement issues, clinical relevance, and future directions. In S.E. Dew & R. Baer (Chairs), *Measuring acceptance, mindfulness, and related processes: Empirical findings and clinical applications across child, adolescent, and adult samples*. Symposium presented at the Association for Behavior and Cognitive Therapies, Washington, DC.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35–43.

Hayes, S.C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life*. Oakland, CA: New Harbinger.

Hayes, S.C., & Wilson, K.G. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 161–165 [doi:10.1093/clipsy.bpg018].

Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.

Jha, A.P. (2005). *Garrison Institute report: Contemplation and education: Scientific research issues relevant to school-based contemplative programs: A supplement*. New York: Garrison Institute. Retrieved 22 November 2006 from http://www.garrisoninstitute.org/programs/Mapping_Report.pdf

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York: Dell.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144–156 [doi:10.1093/clipsy.bpg016].

Kabat-Zinn, M., & Kabat-Zinn, J. (1997). *Everyday blessings: The inner work of mindful parenting*. New York: Hyperion.

Kornfield, J. (2003). *A path with heart: A guide through the perils and promises of spiritual life*. New York: Bantam Books.

Linden, W. (1973). Practicing of meditation by school children and their levels of field dependence–independence, test anxiety, and reading achievement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 139–143.

McCracken, L.M. (2005). *Contextual cognitive behaviour therapy for chronic pain*. Seattle, WA: IASP Press.

McGrath, P. (2003). Psychological interventions with children and adolescents: Evidence for their effectiveness in treating chronic pain. *Seminars in Pain Medicine*, 1, 99–109.

Miller, A.L., Wyman, S.E., Huppert, J.D., Glassman, S.L., & Rathaus, J.H. (2000). Analysis of behavioural skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behaviour therapy. *Cognitive and Behavioural Practice*, 7, 183–187.

Ollendick, T.H., & Cerny, J.A. (1981). *Clinical behavior therapy with children*. New York: Plenum.

Ott, M.J. (2002). Mindfulness meditation in pediatric clinical practice. *Pediatric Nursing*, 28, 487–491.

Rathus, S. (1997). *The essentials of psychology*. New York: Harcourt Brace.

Roemer, L., & Orsillo, S.M. (2003). Mindfulness: A promising intervention strategy in need of further study. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 172–178 [doi:10.1093/clipsy.bpg020].

Rosenberg, L. (1998). *Breath by breath: The liberating practice of insight meditation*. Boston: Shambhala.

Schoeberlein, D., & Koffler, T. (2005). *Garrison Institute report: Contemplation and education: A survey of programs using contemplative techniques in K–12 educational settings: A mapping report*. New York: Garrison Institute. Retrieved 22 November 2006 from http://www.garrisoninstitute.org/programs/Mapping_Report.pdf.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Semple, R.J., Lee, J., & Miller, L.F. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for children. In R.A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinicians guide to evidence base and applications* (pp. 143–166). Oxford, UK: Elsevier.

Semple, R.J., Reid, E.F.G., & Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 379–392.

Singh, N.N., Wechsler, H.A., Curtis, J.W., & Sabaawi, M. (2002). Effects of role-play and mindfulness training on enhancing the family friendliness of the admissions treatment team process. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10, 90–98.

- Singh, N.N., Lancioni, G.E., Winton, A.S.W., Fisher, B.C., Wahler, R.G., McAleavey, K., et al. (2006). Mindful parenting decreases aggression, noncompliance, and self-injury in children with autism. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14, 169–177.
- Smith, J. (1975). Meditation and psychotherapy: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 32, 553–564.
- Stallard, P. (2002). *Think good – feel good: A cognitive behaviour therapy workbook for children and young people*. Chichester: Wiley.
- Thera, N. (1962). *The heart of Buddhist meditation: A handbook of mental training based on the Buddha's way of mindfulness*. London: Rider.
- Verduyn, C. (2000). Cognitive behaviour therapy in childhood depression. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 5, 176–180.
- Wagner, E.E., Rathus, J.H., & Miller, A.L. (2006). Mindfulness in dialectical behavior therapy (DBT) for adolescents. In R.A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinicians guide to evidence base and applications* (pp. 143–166). Oxford, UK: Elsevier.
- Wall, R.B. (2005). Tai chi and mindfulness-based stress reduction in a Boston public middle school. *Journal of Paediatric Health Care*, 19, 230–237.
- Wenzlaff, R.M., & Wegner, D.M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59–91.
- Zahourek, R.P. (1988). Imagery. In R.P. Zahourek (Ed.), *Relaxation and imagery: Tools for therapeutic communication and intervention* (pp. 53–83). Philadelphia: W.B. Saunders.
- THOMPSON & GAUNTLETT-GILBERT: MINDFULNESS WITH CHILDREN

407

Downloaded from <http://ccp.sagepub.com> at MCMaster Univ Library on November 30, 2008