



BOLK'S COMPANIONS
ON THE STUDY AND THE PRACTICE OF MEDICINE

***Van beperking
naar ontwikkeling***
*Werken met
constitutiebeelden*

*Martin Niemeijer MD
Christina van Tellingen MD (red.)
Majella van Maaren MD (eindred.)*



Publicatienummer: GVO 16
ISBN/EAN: 978-90-829760-0-7
Dit boek is te bestellen (à € 15 excl. verzending)
of gratis te downloaden als e-book
via onze website:
www.bolkscompanions.com

Colofon:

© 2018 Stichting Kingfisher Foundation
Uitgever: Stichting Kingfisher Foundation, Zeist
KvK 30277533
www.bolkscompanions.com
info@bolkscompanions.com
Ontwerp en illustraties: www.fingerprint.nl
Kunst op de cover: Paul Klee 'One who understands'
Druk: Nextprint



BOLK'S COMPANIONS

ON THE STUDY AND THE PRACTICE OF MEDICINE

Van beperking naar ontwikkeling

Werken met constitutiebeelden

Martin Niemeijer MD

Christina van Tellingen MD (red.)

Majella van Maaren MD (eindred.)

De auteurs

Martin Niemeijer (1947), werkte vijfendertig jaar als arts voor kinderen met ontwikkelingsproblemen en -stoornissen, bij verschillende instellingen. Onder meer was hij klinisch en poliklinisch werkzaam bij de Zonnehuizen (Zeist) en het Haags Kinder- en Jeugdtherapeuticum. In 1981 werd hij als medeoprichter voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten. Vanaf 1995 was hij ook wetenschappelijk onderzoeker binnen zijn vakgebied, aanvankelijk voor het Louis Bolk Instituut, later voor het Heilpedagogisch Verbond. Sinds 2005 is hij als onderzoeker verbonden aan het Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg van de Hogeschool in Leiden, en als docent aan de Academie Antroposofische Gezondheidszorg. In 2015 werd hij lid van de Bolk's Companions Groep. Van zijn hand verschenen diverse –wetenschappelijke- publicaties en boeken over kinderen met ontwikkelingsstoornissen en (medische, pedagogische en psychologische) aanvullende onderzoeksmethodieken.

Christina van Tellingen (1949), werkt sinds 1975 als algemeen arts en huisarts, waarvan achttien jaar in Californië, USA. Zij geeft les aan medisch studenten, artsen, verpleegkundigen, verzorgenden en therapeuten in de

USA, Canada en Europa onder andere aan de Universiteit Witten/Herdecke in Duitsland. Zij is sinds 1999 werkzaam als senior-onderzoeker bij Bolk's Companions te Driebergen en was (mede) auteur van de Companions Biochemistry (2001), Physiology (2003), Pharmacology (2006), The Healing Process (2008), Respiratory System Disorders and Therapy (2009), Depressive Disorders (2010) en Dementie en ik (Dementia and I) (2014).

Majella van Maaren (1964) praktiseerde gedurende vijftien jaar als huisarts en antroposofisch arts, met speciale aandacht voor chronische en psychosomatische klachten. Sinds 1999 is zij freelance publicist en (eind)redacteur voor diverse opdrachtgevers op (integratief) medisch wetenschappelijk en agrarisch gebied. Aanvankelijk deed ze dit naast het werk als arts, later legde ze zich volledig toe op tekstschrijven en tekstredactie. Ze schrijft voornamelijk over onderwerpen die met vernieuwing en verbreding in het denken over geneeskunde en landbouw te maken hebben. In 2015 werd ze lid van de Bolk's Companions Groep. Zij en haar echtgenoot hebben daarnaast samen een extensieve melkveehouderij, met een educatieve tak voor kinderen uit het speciaal onderwijs.

Het project

Het project: *Renewal of Medical Education* wil 'Companions' publiceren, die biomedische kennis aanvullen met inzichten uit fenomenologisch onderzoek. Dit onderzoek brengt innovatieve concepten door bij de kennis van biochemie, fysiologie, psychologie en morfologie factoren te betrekken die de hele mens betreffen in zijn leefomgeving, in tijd en ruimte, in ziekte en gezondheid. Dit project wordt uitgevoerd in opdracht van de **Stichting Kingfisher Foundation**, die de ontwikkeling, toepassing en publicatie van de fenomenologische methode op basis van Goethe's onderzoek in de breedste zin wil ondersteunen, met als doel de huidige wetenschap te innoveren en complementeren.

BOLK'S COMPANIONS FOR THE STUDY OF MEDICINE beoogt het huidig medisch onderwijs aan te vullen met concepten die in de biomedische basiswetenschappen de menselijke kwaliteit zichtbaar maken.

BOLK'S COMPANIONS FOR THE PRACTICE OF MEDICINE dragen bij aan nieuwe inzichten op wetenschappelijke basis voor de geneeskundige en therapeutische praktijk.

BOLK'S COMPANIONS ON THE FUNDAMENTALS OF MEDICINE onderzoekt de achtergronden van de medische wetenschappen vanuit een breed perspectief.

Met dank aan

De Kingfisher Foundation die het schrijven van deze Companion mogelijk maakte. De collega's van het Bolk's Companionproject, die ons met kritische raad en daad ter zijde stonden: Guus van der Bie, Arie Bos, Kore Luske en Aart van der Stel. De meelezer van deze Companion: Tom Scheffers.

De fondsen die dit project met genereuze giften ondersteunen: de Triodos Foundation, Iona Stichting, het Raphaël Fonds, de Stichting Vrienden van Bronlaak en de Stichting ter Bevordering van de Heilpedagogie.

Martin Niemeijer
Christina van Tellingen

Inhoud

Inleiding	7
Van classificering van de stoornis naar individueel ontwikkelingsperspectief: constitutietypologie	8
Indeling van de hoofdstukken, samenvattend	9
1. Ontwikkelingsstoornissen	11
1.1. Casus Jos (8 jaar)	11
1.2. Ontwikkelingsstoornissen: introductie	13
1.3. Classificeren	13
1.4. Individualiseren; beschrijvende diagnose	15
1.5. Aanvullende onderzoeksmethodiek: constitutietypologie en instrument	16
2. De drie ontwikkelingsdomeinen en de drie kernthema's in de typologie; het polaire gezichtspunt	18
2.1. Inleiding: de begrippen 'typologie' en 'constitutie'	18
2.2. De drie domeinen in de constitutietypologie	19
2.3. Het polaire gezichtspunt bij gezondheid en ziekte	20
2.4. Drie kwalificerende ontwikkelingsprincipes: vormen, verbinden en bewegen	22
3. Vormen	24
3.1. Inleiding	24
3.2. Fenomenen en processen beschrijven in termen van 'vormkwaliteit'	24
3.3. Beschrijving in polariteiten: vereenzijdigen in de vormkwaliteit	26
3.3.1. Uitingen van een eenzijdig verdichtend/dwangachtige dynamiek	26
3.3.2. Uitingen van een eenzijdig oplossende/vergeetachtige dynamiek	28
3.4. Beelden in de praktijk	30
3.4.1. Verdichtend/dwangachtig: Mark (11 jaar)	30
3.4.2. Oplossend/vergeetachtig: Robert (13 jaar)	32
4. Verbinden	34
4.1. Fenomenen en processen beschrijven in termen van 'verbindingskwaliteit'	34
4.2.1. Uitingen van een eenzijdige stuwend/gesloten dynamiek	36
4.2.2. Uitingen van een eenzijdig uitvloeiende/open dynamiek	38
4.3. Beelden in de praktijk	40
4.3.1. Stuwend/gesloten: Malva (7 jaar)	40
4.3.2. Uitvloeiend/open: Angelique (9 jaar)	41

5.	Bewegen	43
5.1.	Fenomenen en processen beschrijven in termen van 'bewegingskwaliteit'	43
5.2.	Beschrijving in polariteiten: vereenzijding in de bewegingskwaliteit	44
5.2.1.	Uitingen van een eenzijdige vertragend/zware dynamiek	44
5.2.2.	Uitingen van een eenzijdig versnellend/lichte dynamiek	46
5.3.	Beelden in de praktijk	48
5.3.1.	Vertragend/zwaar: Karlijne	48
5.3.2.	Versnellend/licht: Tim	49
5.4.	Kwalitatieve principes in alle domeinen	50
6.	Diagnostiek: de 4-stapsbenadering	52
6.1.	De diagnostiek van het individuele constitutieprofiel	52
6.2.	De 4-stapsbenadering	53
6.2.1.	Stap 1: Observatie: het verzamelen van de feiten	53
6.2.2.	Stap 2: Patroonherkenning	54
6.2.3.	Stap 3: Verbanden onderscheiden	56
6.2.4.	Stap 4: Betekenisverlening en therapierichting	57
7.	Therapieën	60
7.1.	Inleiding	60
7.2.	Niveaus	62
7.3.	Therapiekeuze	63
7.3.1.	Therapie primair gericht op (ontwikkeling van) het bevorderen van veiligheid en zekerheid	64
7.3.2.	Therapie primair gericht op (ondersteuning en ontwikkeling van kwaliteiten waaraan het kind erkenning en waardering ontleent	64
7.3.3.	Therapie primair gericht op ontwikkeling van het persoonlijk functioneren: het ondersteunen en bevorderen van zelfontplooiing	65
7.4.	Uitwerking van de casus Jos (vervolg op H6)	65
8.	Begeleiding en verwerking	68
8.1.	Inleiding	68
8.2.	Verwerking, rouw: Kübler-Ross	69
8.3.	Salutogenese	71
8.4.	Een narratieve benadering	72
8.5.	Vervolg van het verhaal van Jos: begeleiding	73
8.6.	Voorbeelden van mensen met ontwikkelingsstoornis en nieuw perspectief	74

9.	Het IKC	76
9.1.	Inleiding	76
9.2.	Samenstelling IKC	76
9.2.1.	Deel I: zevenpuntsschaal	77
9.2.2.	Deel II: visueel analoge schaal (VAS)	78
9.2.3.	Het vaststellen van het constitutieprofiel	79
9.3.	IKC in de praktijk: uitwerking bij Jos – Deel I	80
9.3.1.	Deel I - Vormen	80
9.3.2.	Deel I - Verbinden	81
9.3.3.	Deel I - Bewegen	83
9.4.	Deel II van de IKC van Jos – constitutieprofiel volgens IKC	84
9.4.1.	VAS-schalen ingevuld	84
9.4.2.	Constitutieprofiel	84
10.	Epiloog	87
10.1.	Terugblik	87
10.2.	Casus Jos - epiloog	88
10.3.	Discussie	91
	Addendum bij hoofdstuk 7: Therapieën	93
A.1.	Therapieën bij onevenwichtig vormen: verdichtend/dwangachtig versus oplossend/vergeetachtig	93
A.1.1.	Verdichtend/dwangachtig: Mark (11 jaar)	93
A.1.2.	Oplossend/vergeetachtig: Robert (13 jaar)	94
A.2.	Therapieën bij onevenwichtig verbinden: gesloten/stuwend versus uitvloeiend/open	95
A.2.1.	Gesloten/stuwend: Malva (7 jaar)	95
A.2.2.	Uitvloeiend/open: Angelique (9 jaar)	96
A.3.	Therapieën bij onevenwichtig bewegen: vertragend/zwaar versus versnellend/licht	96
A.3.1.	Vertragend/zwaar: Karlijne (12 jaar)	96
A.3.2.	Versnellend/licht: Tim (10 jaar)	97
	Addendum bij hoofdstuk 9: IKC	99

Inleiding

In ons werk en ook in ons dagelijks leven komen we ze tegen: mensen die opvallende gedragingen vertonen of aan wie we bijzondere uiterlijke verschijnselen opmerken. Dat kunnen eigenaardigheden van de persoon zijn, maar het kan ook verwijzen naar een stoornis of ziekte. Iemand trekt bijvoorbeeld onze aandacht als deze gedragingen vertoont die niet meer bij de leeftijd passen, dwingende gedachten uit en onophoudelijk ogenschijnlijk betekenisloze handelingen laat zien, overbeweeglijk is en ongecoördineerde bewegingen maakt, of een opvallend groot hoofd heeft. Onze aandacht kan evenzeer getrokken worden als we een mens zien met herkenbare beperkingen, verstandelijk of lichamelijk. In de regel is er dan sprake van een meer uitgesproken en persisterende ontwikkelingsstoornis.

Bij vrijwel niemand verloopt de kinderlijke ontwikkeling rimpelloos. Je kan zeggen dat het erbij hoort, dat zich bij ieder van ons op enig moment problemen in de ontwikkeling hebben voorgedaan. In de meeste gevallen lossen zulke problemen in de loop van de tijd weer op, al dan niet met wat extra aandacht. Daarbij, een kind ontwikkelt zich ook aan het omgaan met weerstanden en tegenslagen. De ontwikkeling stopt niet bij problemen, deze gaat door.

Maar niet altijd zullen de problemen weer opgelost kunnen worden. Dan heeft de verstoring van de ontwikkeling blijvende gevolgen, zoals bijvoorbeeld bij het beschadigd raken van organen. We spreken dan van een *stoornis*.

In dit boek bespreken we vooral die situaties, waarbij de ontwikkeling dermate verstoord is geraakt dat de ontwikkeling tot zelfstandigheid wordt ondermijnd, waardoor het invoeren van professionele hulp, soms langdurig of zelfs levenslang, noodzakelijk is. De ontwikkelingsfenomenen die we in dit boek zullen bespreken zijn niettemin bij ieder individu herkenbaar.

Ontwikkelingsstoornissen kunnen zich op vele terreinen van de lichamelijke en psychologische ontwikkeling manifesteren. In de regel komen mensen met uitgesproken problematiek al op kinderleeftijd terecht bij de hulpverlening, waarna vaak een langdurig proces volgt van onderzoek en diagnostiek. Dit brengt een periode van onzekerheid over de betekenis van de

ontwikkelingsstoornis met zich mee, die kan verdwijnen als aan de verschijnselen een naam kan worden gegeven, zoals als autisme, downsyndroom of dyslexie, om maar eens enkele te noemen.

Het komt ook voor dat de onzekerheid voortduurt doordat onduidelijk blijft wat er aan de hand is of dat de verschijnselen niet voldoen aan criteria om een bepaalde diagnose te stellen. Dat kan het geval zijn als niet aan alle noodzakelijke criteria wordt voldaan, als de verschijnselen niet als daarvoor ernstig genoeg worden beoordeeld, of als er aanwijzingen zijn voor een mengvorm van verschillende stoornissen. Dit hangt samen met, of verwijst respectievelijk naar, de heterogeniteit waarin stoornissen zich voordoen, met een ruime variatie in de ernst van symptomen, en met het feit dat comorbiditeit¹ veel voorkomt.

Van classificering van de stoornis naar individueel ontwikkelingsperspectief: constitutietypologie

Was de aandacht in de zorg voor kinderen met ontwikkelingsproblemen ooit vooral gericht op de pathologie, sinds het begin van deze eeuw is er ook steeds meer aandacht voor vermogens tot *groei en ontwikkeling*. Het is daarom nu algemeen geaccepteerd dat het *classificeren*, de vaststelling van een ontwikkelingsstoornis², inclusief de *dimensionalisering*³, doorgaans ontoereikend is om de individuele problematiek, en in het verlengde daarvan, de individuele behoefte aan zorg en behandeling, voldoende in kaart te brengen. Om deze redenen wordt een *beschrijvende diagnose* toegevoegd, waarmee de individuele situatie beter wordt weergegeven. De toevoeging op de classificatie leidt tot een nadere individualisering van de diagnose. Deze geeft een op maat gesneden theorie voor een specifieke probleemsituatie: bij deze persoon, met dit kindsysteem, in deze leefsituatie en met de in deze situatie beschikbare mogelijkheden.

In deze Companion zal de beschrijvende diagnose worden uitgebreid met het perspectief van de individuele ontwikkelings*mogelijkheden*. Er wordt een individu-gerichte, beeldvormende,

1 comorbiditeit: ziekten of stoornissen die tegelijkertijd optreden en vaak met elkaar geassocieerd zijn

2 zoals in classificaties volgens de DSM-5

3 in de DSM-5 vindt dimensionalisering plaats op een eenvoudige driepuntsschaal, waarmee de ernst of de frequentie van de symptomen wordt weergegeven

methodiek beschreven, gebaseerd op *ervaringskennis* (phronèsis⁴) over een typologie met zes verschillende *constitutiebeelden*. Met deze methode kan het ontwikkelingsperspectief van iemand met een beperking nader in kaart gebracht worden. Met deze beeldvormende methodiek gaan we, na de classificering en de beschrijvende diagnose, dus nóg een stap verder, en beschrijven we een aanvullende methode om tot een geïndividualiseerde, ontwikkelingsgerichte behandeling te komen.

De taal waarin we deze diagnostiek zullen verwoorden is de *kwalitatieve beeldtaal van de constitutie*. De begrippen 'constitutie' en 'constitutietynologie' betreffen kortweg iemands individuele aanleg, en de processen die hierbij betrokken zijn. Op deze begrippen zal in hoofdstuk 2 dieper worden ingegaan. De gepresenteerde typologie van de constitutie reikt de beelden aan waarmee de actuele ontwikkelingssituatie en de *individuele* behoefte aan behandeling, zorg en begeleiding van mensen met een ontwikkelingsstoornis in beeld kan worden gebracht.

Op basis van deze constitutietynologie is ook een instrument ontwikkeld, dat toe te passen is door (para)medici, maar ook door andere zorg- en pedagogische professionals, waarmee de constitutie beoordeeld kan worden. Ook dit instrument, de ontwikkeling en de toepassing ervan zullen in dit boek worden besproken.

Tenslotte wordt ingegaan op de toepassing ervan in de praktijk: hoe kunnen de uitkomsten van het instrument vertaald worden naar de dagelijkse praktijk van behandeling en begeleiding, en wat voegen die daaraan toe? Er zal, zij het in beknopte vorm, een aanzet worden gegeven hoe op basis van de individuele beeldvorming op basis van de constitutietynologie de ontwikkeling ondersteund en gestimuleerd kan worden.

Indeling van de hoofdstukken, samenvattend

In **hoofdstuk 1** verkennen we de problematiek van de ontwikkelingsstoornissen, de diagnostiek, en presenteren we een casus die in verschillende hoofdstukken zal terugkomen.

In **hoofdstuk 2** wordt een inleiding gegeven in de eigenlijke constitutietynologie en het polaire

⁴ Phronèsis: een begrip uit de *Ethica Nicomachea* van Aristoteles, en kan worden vertaald als: 'morele verstandigheid' of 'praktische wijsheid'

gezichtspunt op gezondheid en ziekte.

In **hoofdstuk 3, 4 en 5** worden vervolgens de verschillende domeinen van de constitutietypologie besproken met de bijbehorende beschrijvingen van de zes verschillende constitutietypen (of constitutiebeelden).

In **hoofdstuk 6** beschrijven we hoe we met de *4-stapbenadering* in vier afzonderlijke en opeenvolgende stappen tot een beeld van de constitutie kunnen komen dat de basis is voor therapiekeuze.

Hoofdstuk 7 is een inleiding tot de manier waarop een behandelrichting gekozen kan worden die aansluit bij de constitutiebeelden.

In **hoofdstuk 8** gaan we in op de betekenis en de verwerking van het hebben van een stoornis.

In **hoofdstuk 9** wordt uitgelegd wat het Instrument Kinderlijke Constitutie (IKC) is en hoe deze te gebruiken.

Hoofdstuk 10 is een epiloog.

Verder zijn er twee **addenda**: in één addendum (bij hoofdstuk 7) wordt per constitutiebeeld één typerende casus gepresenteerd. In het andere addendum (bij hoofdstuk 9) zijn de formulieren voor het complete IKC terug te vinden.

1. **Ontwikkelingsstoornissen**

1.1. **Casus Jos (8 jaar)**

De ouders van Jos hebben een afspraak gemaakt bij de huisarts. Ze maken zich zorgen en vragen zich af wat er met hem aan de hand is. Jos is acht jaar. Hij is de oudste uit een volledig gezin. Zijn zus Clara is twee jaar ouder, zijn broertje, Hans, is drie jaar jonger. Ouders maken zich zorgen over Jos. Ze vinden Jos druk en hij heeft vreemde gedragingen, hij komt niet tot spelen. Thuis dwaalt hij rond, staat dan weer stil voor zich heen te staren en vreemd te lachen. Soms fladdert hij daarbij met zijn armen. Voor speelgoed, zijn autootjes en blokken, heeft hij geen belangstelling. Wat hij tegenkomt raakt hij even aan en vervolgens dwaalt hij weer verder. Dat geldt vooral voor lichtknopjes en insecten. Knopjes voor het licht moet hij een paar keer aan en uit doen. Vliegen vangt hij uit de lucht; hij knijpt ze fijn zodat ze dood gaan. Aaien van de poes doet hij wild en zo stevig dat die voor hem wegloupt. Toen Jos een broertje kreeg leek hij dat eerst nauwelijks op te merken. Pas toen Hans ging staan en lopen reageerde Jos. Als Hans nu bij Jos in de buurt komt trekt hij aan hem en duwt hij hem om, tot samen spelen komt hij niet. Op schoot zitten om te knuffelen of te luisteren naar een verhaal lukt niet. Praten doet Jos vooral door te vragen, naar wat hij ziet. Doorvragen doet hij niet. Aan zijn reactie wordt duidelijk dat hij het antwoord niet begrijpt. Dan wordt hij onrustig, loopt heen



en weer, zijn ademhaling versnelt en hij loopt rood aan. Als hij het niet meer houdt barst hij los in een woedeaanval, met schreeuwen, stampen op de grond en om zich heen slaan en schoppen.

De zwangerschap was gewenst. Tijdens de laatste maanden had moeder een verhoogde bloeddruk. De bevalling kon thuis plaatsvinden. Die kwam onverwacht drie weken te vroeg en verliep snel. De verloskundige kwam nog juist op tijd en Jos kon thuis blijven, de Apgar-score was goed. Jos kreeg flesvoeding. Hij dronk niet erg goed, groeide wel voldoende. Jos was schrikachtig, hij verstarde bij harde geluiden. Als zijn moeder hem oppakte voor de voeding leek hij te schrikken, overstrekte zijn rug met het hoofd achterover en de armen opzij. De voeding werd bemoeilijkt doordat Jos steeds zijn hoofd wegdraaide en de speen uit zijn mond liet glijpen. In jaren erna kan Jos niet goed op schoot zitten, hij draait dan weg, laat zich op de grond zakken en loopt weg. De eerste jaren was Jos vaak snotterig en verkouden. Hij had herhaald oorontstekingen, een enkele keer met hoge koorts en ijlen.

Staan kon Jos met anderhalf jaar. Met twee jaar zei hij zijn eerste woordjes, pappa en mamma. Met eten geeft hij geen problemen. Zindelijk is Jos sinds hij net drie jaar geworden was. Bij het naar bed gaan is het moeilijk voor hem dat hij alleen is op zijn kamer. Inslapen 's avonds is problematisch. Hij is angstig, vooral bij onweer en als het regent.

De spraakontwikkeling stagneerde. In die tijd zat hij in bed vaak op zijn knietjes voor- achterwaarts te wiegen, onderwijl herhalend pappa/mamma zeggend. Jos was een eenling, ook op MKD (medisch kleuterdagverblijf). Hij liep er rondjes, keek naar andere kinderen, speelde nauwelijks. Thuis vertelde hij er alleen iets over als ernaar gevraagd werd. Dat bleken vaak fantasieverhalen. Over een poes die in de klas was en uit het raam werd gegooid. Dat er een muis in zijn laars zat en dat hij op blote voeten buiten had gespeeld. En dat een kind was weggelopen en ze die niet meer konden vinden.

Jos is op 6-jarige leeftijd al eens onderzocht door een kinderpsychiater. Vanuit dit onderzoek zijn verschillende classificaties overwogen: ADHD vanwege zijn over beweeglijkheid, een ontwikkelingspsychose vanwege zijn vreemde gedrag met fantasieverhalen. Ook werd aan een autismespectrumstoornis gedacht. Uiteindelijk is gekozen voor de diagnose Ontwikkelingsstoornis, niet nader omschreven, bij een

*jongen met een lichte verstandelijke beperking.
Ouders kregen ouderbegeleiding aangeboden, voor de omgang met de boze buien
van Jos en voor advisering bij schoolkeuze.*

In de loop van deze Companion zullen we regelmatig terugkomen op Jos' casus.

1.2. Ontwikkelingsstoornissen: introductie

Ontwikkelingsstoornissen omvatten een breed scala van stoornissen, met psychische en lichamelijke verschijnselen waarin kinderen afwijken van wat als normaal wordt beschouwd. Deze stoornissen grijpen pervasief⁵ in op de ontwikkeling en kunnen deze blijvend beïnvloeden en verstoren. Al voor de geboorte kunnen ze zich manifesteren en de gevolgen ervan werken door tot in de volwassenheid. Als hulpverlener zijn we alert als we dergelijke verschijnselen opmerken, zeker bij jonge kinderen bij wie (nog) geen diagnose is gesteld. Helemaal als de betrokkene of zijn omgeving er vragen over stellen, zoals in de casus van Jos, kan dit aanleiding zijn tot nader onderzoek. Daarbij komen zaken aan de orde als wat de aard en de ernst is van de klachten, welke symptomen er mogelijk nog meer zijn en wat het beloop ervan is geweest. De eerste stap die hierbij gewoonlijk wordt gezet is die van het vaststellen en **classificeren** van een stoornis, gevolgd door het **dimensionaliseren**⁶. Dat leidt tot inzicht in de betekenis en het mogelijke verdere beloop van de klachten. De vaststelling, of classificatie, van de stoornis geeft richting aan begeleiding en mogelijkheden voor behandeling en therapie.

1.3. Classificeren

Ontwikkelingsstoornissen vormen een heterogene en weinig begrensde groep. Ze komen tot uiting in een zeer breed spectrum van psychische en lichamelijke verschijnselen waarin wordt afgeweken van de normale ontwikkeling. Tot de ontwikkelingsstoornissen worden onder meer gerekend (met voorbeelden tussen haakjes):

⁵ pervasief: ontwikkelingsstoornissen worden pervasief genoemd als ze diep ingrijpen in de ontwikkeling van het individu

⁶ dimensionaliseren volgens de DSM-5 vindt plaats met een eenvoudige schaal waarmee in drie verschillende gradaties de ernst, of frequentie, van de symptomen kan worden weergegeven

- Taal-/spraak-/communicatiestoornissen (zoals stotteren, doofstomheid)
- Zintuigstoornissen
- Leerstoornissen (dyslexie, dyscalculie, NLD⁷)
- Motorische stoornissen (dyspraxie, DCD⁸)
- Autismespectrumstoornissen
- ADHD⁹
- Gedragsstoornissen (CD¹⁰ en ODD¹¹)
- Eetstoornissen (pica, ruminatiestoornis)
- Stoornissen in de uitscheiding
- Angststoornissen
- Stemmingstoornissen/depressie
- Ticstoornissen (syndroom van Gilles de la Tourette)
- Verstandelijke beperking
- Aangeboren en genetische syndromen (Downsyndroom, S. van Turner, Prader-Willi, Noonan, Angelman, Cornelia de Lange, PKU¹², Fragiele-X, Lesch-Nyhan, VCF¹³, Sotos, Williams, Tubereuze sclerose, geslachtschromosoomgebonden syndromen zoals syndroom van Klinefelter, Rettsyndroom)
- Vroeg verworven traumatische stoornis in de gehechtheidsontwikkeling
- Aangeboren en verworven hersenletsel (al dan niet met motorische of cognitieve beperkingen, met of zonder epilepsie)

7 NLD: Non Verbal Learning Disorders

8 DCD: Developmental Coordination Disorder.

9 ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

10 CD: Conduct Disorder.

11 ODD: Oppositional Defiant Disorder.

12 PKU: Phenyl Keton Urie.

13 VCF: Velo-Cardiofaciaal Syndroom.

Jos had symptomen uit meerdere van bovenstaande diagnoses, zoals een taalstoornis, autismespectrumstoornis, ADHD en een verstandelijke beperking.

Al deze neurobiologische stoornissen grijpen diep in op de ontwikkeling en kunnen de levensloop blijvend beïnvloeden. Artsen en onderzoekers hebben in de afgelopen decennia vele ontwikkelingsstoornissen 'ontdekt' en beschreven, waarmee ze een plek kregen in classificatiesystemen. Er zijn klinische beschrijvingen verschenen met informatie over oorzaken, beloop en levensverwachting bij ontwikkelingsstoornissen, vaak in samenwerking met (vertegenwoordigers van) ouders en een familievereniging voor de betreffende stoornis. Deze beschrijvingen geven ook informatie over mogelijke bijkomende stoornissen en de kansen op het optreden van complicaties later in de levensloop. En, gekoppeld aan deze classificaties, zijn algemene adviezen voor behandeling en begeleiding ontwikkeld.

De classificatie en klinische richtlijnen geven uitermate relevante informatie over een stoornis, en hebben hun waarde voor de dagelijkse praktijk bewezen. Vaak kunnen een of meerdere diagnoses tegelijk worden gesteld, en het is onbetwist dat het stellen van gestandaardiseerde diagnoses belangrijk en nuttig is. Toch geven de strikte definities van een ziekte of stoornis op zichzelf meestal onvoldoende inzicht in de persoonlijke zorgbehoefte, en evenmin geven zij vaak voldoende antwoord op persoonlijke vragen.

Aan het classificeren kleven dus ook beperkingen (Rutter, 2011; Hudziak, Achenbach, Althoff, & Pine, 2007). Omdat classificeringen uit de aard der zaak veralgemeniserend zijn, worden niet alle vragen over de individuele betrokkene ermee beantwoord. Aan welke van de criteria voor de stoornis wordt voldaan en in welke mate? Wat is de betekenis van niet tot de stoornis behorende symptomen, is er mogelijk sprake van comorbiditeit? Ontwikkelingsproblemen en -stoornissen uiten zich dus heterogeen, ze passen op individueel niveau vaak niet 'een op een' in de categorieën van een classificatiesysteem.

1.4. Individualiseren; beschrijvende diagnose

De vraag *in de praktijk* is daarom uiteindelijk hoe te handelen in de individuele situatie, hoe de

blik te richten op het kind in zijn leefomgeving en daarin hulp te bieden?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden is de '*beschrijvende diagnose*' (Ruijsenaars, Van de Bergh & Van Drenth, 2012) ingevoerd, die onmisbaar is voor de behandelaar. Hierbij worden de sociale situatie, leefomstandigheden en de beschikbare zorg- en behandelmogelijkheden weergegeven. In de beschrijvende diagnose worden de observaties zoals gedragingen (denk aan bijvoorbeeld taaluitingen of motoriek) uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek bijeen gebracht en geanalyseerd. Als deze vervolgens worden gecombineerd met de classificatie(s) met of zonder dimensionalisering, leidt dit tot een voorlopige diagnose van de stoornis.

Toch blijft hiermee één aspect nog onbenoemd, namelijk: wat zijn de *ontwikkelingsmogelijkheden* voor dit kind, en wat heeft het kind hiervoor aan begeleiding en behandeling nodig? Hoe kunnen de handvatten voor dit kind worden gevonden om zich te ontwikkelen, en hoe brengen we de specifieke beperkingen en kansen in beeld? Daar komt bij dat het leven en de ontwikkeling van een kind met, of ondanks, een stoornis verder gaat. De stoornis kan ook weer verdwijnen of naar de achtergrond raken, of blijven bestaan.

1.5. Aanvullende onderzoeksmethodiek: constitutietypologie en instrument

Door deze, uit de praktijk ontstane, behoefte aan een nadere individualisering in diagnostiek en therapeutische aanpak, en tegelijkertijd vanwege de behoefte aan een methodiek om niet alleen stoornisgericht maar juist ook *ontwikkelingsgericht* een kind te kunnen beschrijven, wordt door de auteur, mede op basis van aanwijzingen van R. Steiner (2006) en de expertise van professionals binnen antroposofische zorginstellingen, de constitutietypologie beschreven. Deze constitutietypologie verschaft een *kwantitatieve beeldtaal* waarmee de individuele situatie van het zich ontwikkelende kind nader beschreven kan worden.

Op basis van deze constitutietypologie is door de auteur, in samenwerking met andere professionals, ook het in de Inleiding al genoemde instrument ontwikkeld. De methode om de constitutie van het kind te beoordelen zoals zal worden beschreven in deze Companion is evenals dit instrument bedoeld als aanvulling op de gebruikelijke diagnostische methoden en classificaties, en kan in de

dagelijkse praktijk parallel daaraan worden toegepast.

Gestreefd is naar de ontwikkeling van een diagnostische methode die zowel door artsen als door andere professionals die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met een ontwikkelingsstoornis, gehanteerd kan worden. Deze methodiek heeft zoals gezegd vooral een kwalitatief karakter. In de volgende hoofdstukken zullen we eerst de hieraan ten grondslag liggende constitutietypologie nader verkennen.

Literatuur

- Hudziak, J., Achenbach, T., Althoff, R., & Pine, D. (2007). A dimensional approach to developmental psychopathology. *International journal of methods in psychiatric research*, 16 Suppl 1, S16-23.
- Ruijsenaars, A., Van de Bergh, P., & Van Drenth, J. (2012). *Orthopedagogiek. Ontwikkelingen, theorieën en modellen*. Antwerpen: Garant Publishers.
- Rutter, M. (2011). Research review: Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(6), 647-660.
- Steiner, R. (2006). *Genezend opvoeden. Over kinderen met een ontwikkelingsstoornis*. (F. Wilmar, Vert.) Christofoor.

2. De drie ontwikkelingsdomeinen en de drie kernthema's in de typologie; het polaire gezichtspunt

2.1. Inleiding: de begrippen 'typologie' en 'constitutie'

De term 'constitutie' verwijst in de (medische) literatuur doorgaans naar de aanleg, de genetische constitutie van een organisme. Deze wordt verantwoordelijk gehouden voor de ontwikkeling van de vorm en de functie van het organisme. De term 'constitutie' is in deze betekenis een statisch begrip.

Het begrip 'constitutie' in de hier gebruikte betekenis is ontleend aan het verbum (werkwoord) 'constituere' (Latijn: '*constituere*', bouwen). In deze Companion wordt het begrip 'constitutie' in *dynamische zin* bedoeld, in de betekenis van het onderliggende *patroon in het functioneren*. *Dit patroon wordt bepaald door iemands individuele aanleg, (epigenetisch¹⁴ werkzame) omgevingsinvloeden en de persoonlijke ervaring. De patronen kunnen op verschillende niveaus herkenbaar zijn: fysiek, pathogenetisch, motorisch, maar bijvoorbeeld ook in denkpatronen, het gevoelsleven, of zelfs in de levensloop.*

Constitutie is daarom ook te herkennen als een basiskarakteristiek dat het individu, en diens 'vatbaarheid' voor ziekte, lijkt te kleuren. Artsen hebben soms te maken met het fenomeen, dat een patiënt in de loop van de tijd verschillende symptomen en klachten kan ontwikkelen. Deze kunnen (en moeten) een voor een behandeld worden. Echter, bij deze steeds recidiverende gezondheidsproblemen kan soms pas een meer fundamenteel gezonde situatie bereikt worden, als het lukt om de behandeling ook te richten op het hanteren, en zo mogelijk ook harmoniseren,

¹⁴ Epigenetica: inmiddels is duidelijk, dat er weliswaar sprake kan zijn van een erfelijke, dus genetische, belasting (er komt bijvoorbeeld diabetes in de familie voor), maar dat veel van deze genen die betrokken zijn bij het ontstaan van ziekte "aan- en uitschakelaars" hebben. Doordat methylering van deze genen al of niet in de loop van het leven plaatsheeft, komen deze genen al dan niet in het organisme tot expressie. Leefstijl (zoals voedingsgewoonten, beweging, slaap, leefritme) en leefomstandigheden (zoals veiligheid, kunnen hechten) blijken mede bepalend te zijn of deze methylering wel of niet plaatsheeft.

van de eenzijdigheden in de onderliggende constitutie. Ook de constitutie is immers, in principe, veranderbaar. Een bekend voorbeeld hiervan is, dat symptomen bij diabetes of hypertensie soms pas echt afnemen of zelfs verdwijnen, als de patiënt ook diens leefstijl drastisch verandert. Met de constitutietypologie wordt beoogd om een bruikbaar begrippenkader te beschrijven, waarmee de behandeling ook op het niveau van de individuele constitutie kan worden gericht. Een typologie is een ordening op basis van 'typische' verschijnselen. De constitutietypologie waar we in deze Companion over spreken heeft betrekking op de *kinderlijke constitutie*.

2.2. De drie domeinen in de constitutietypologie

In de psychologie en psychiatrie kennen we drie ontwikkelingsdomeinen: die van de cognitieve, de affectieve en de conatieve ontwikkeling. Cognitief betekent 'het denken betreffende', affectief betekent 'het gevoel betreffende', en het wat in onbruik geraakte 'conatief' staat voor 'het gedrag betreffende'. In de praktijk is gebleken dat de indeling 'cognitief, affectief en conatief' een hanteerbare indeling is. Diverse auteurs hebben de psychologische ontwikkeling en de psychiatrische diagnostiek van het kind en de volwassene binnen deze drie domeinen beschreven (Hilgard, 1980; Pervin & John, 1999; Hengeveld & Schudel, 2003; Dennis et al, 2013).

Daarnaast onderscheiden we drie *ontwikkelingsprincipes*, die we als essentieel beschouwen voor die drie genoemde ontwikkelingsdomeinen bij de karakterisering van de kinderlijke constitutie. Elk ontwikkelingsprincipe hangt samen met een van de ontwikkelingsdomeinen. Deze zijn: het principe van het 'vormen' (voor het cognitieve domein), van het 'verbinden' (voor het affectieve domein) en van het 'bewegen' (voor het conatieve domein). De systematiek van de constitutietypologie steunt op deze drie fundamentele begrippen, zoals we later zullen zien in de hoofdstukken 3, 4 en 5. Met de constitutietypologie zullen we een bepaalde ordening gaan aanbrengen in de bio-psycho sociale fenomenen die het kind ons laat zien. Bij deze ordening zullen we een kwalitatieve beschrijving geven van het *hoe*:

- *hoe* een kind functioneert, waarneemt en denkt
- *hoe* het voelt en handelt
- *hoe* biologische processen verlopen.

De keuze om juist deze ontwikkelingsprincipes in een methodiek te koppelen aan de drie bekende ontwikkelingsdomeinen (cognitief, affectief en conatief) is vooral gebaseerd op het werk van R. Steiner (2006). Er is, binnen de door zijn werk geïnspireerde zorg, meer dan negentig jaar ervaring opgedaan met het beschrijven van ontwikkelingsproblematiek met gebruikmaking van deze aanvullende zienswijze, en de koppeling tussen de drie domeinen (cognitief, affectief en conatief) met de drie ontwikkelingsprincipes (vormen, verbinden en bewegen). Daarbij is in de praktijk gebleken dat dit voor professionals een bruikbaar idioom, evenals een bruikbare systematiek kan opleveren in de zorg voor kinderen met ontwikkelingsstoornissen. In deze Companion voert het echter te ver om de achtergrond van de samenhang tussen de drie domeinen en de drie ontwikkelingsprincipes nader uit te werken. Hiervoor wordt verwezen naar de literatuur (Steiner, 2006).

Samenvattend

De basis van de constitutietypologie is ontleend aan de drie bekende ontwikkelingsdomeinen: het cognitieve, het affectieve en het conatieve domein. In de constitutietypologie worden deze drie domeinen in samenhang gezien met drie fundamentele begrippen: 'vormen', 'verbinden' en 'bewegen'.

2.3. Het polaire gezichtspunt bij gezondheid en ziekte

We bespraken in § 2.2. dat we in de constitutietypologie de bio-psycho sociale fenomenen van het kind op een kwalitatieve manier zullen gaan ordenen. Bij deze ordening zullen we zien dat in elk van de drie domeinen een *polariteit* waarneembaar is, namelijk van een relatief 'te veel' en een relatief 'te weinig'. Bijvoorbeeld zien we binnen het conatieve domein een polariteit tussen 'weinig beweging' en 'veel beweging'. Tussen deze twee uitersten bestaat een continuüm van 'meer of minder beweging' (figuur 2.1.).

Conatieve domein

Weinig beweging -----|----- Veel beweging

Figuur 2.1. Voorbeeld van het op een schaal aangeven van 'minder of meer beweging' bij een individueel kind

In de consitutietypologie worden de bio-psychosociale fenomenen uit een bepaald domein (denken, voelen, zich gedragen) kwalitatief, *als beeld*, binnen dat continuüm, of spectrum, beschreven. Voordat we, in § 2.4., dieper zullen ingaan op de drie domeinen zullen we hier eerst nader ingaan op het zogenaamde 'polaire gezichtspunt' bij gezondheid en ziekte.

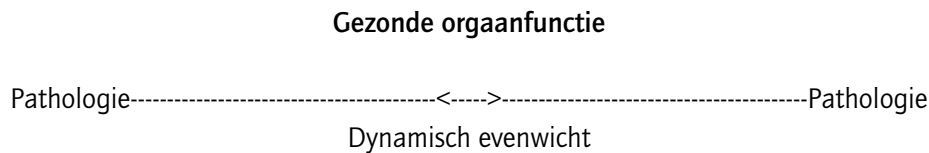
Bij de beschrijving van kwaliteiten als een spectrum tussen twee uitersten, gebruiken we dus een *polair gezichtspunt*. Dit polaire gezichtspunt sluit aan bij het principe dat het functioneren van een orgaan (of van organen dan wel van orgaansystemen, of van een organisme) zich (eveneens) afspeelt op een continuüm met de polaire eenzijdigheden aan weerszijden van een beweeglijke gezonde evenwichtspositie (Van der Bie, Scheffers, & Van Tellingen, 2008). Om dat uit te leggen geven we eerst enkele voorbeelden.

Denk bijvoorbeeld aan organen of orgaansystemen die te sterk of juist te zwak werken, zoals de schildklier of het immuunsysteem. Zo lang een orgaan(systeem) in het organisme harmonisch functioneert, zich kan aanpassen in synergie met de behoefte van het geheel, is er sprake van gezondheid.

In de pathologie spreken we, al dan niet bewust, ook voortdurend over hypo- en hyperglycaemie, hypo- en hypertensie, hypo- en hypersensibiliteit, hypo- en hypermanie, enzovoorts. Maar ook over opname en uitscheiding, internaliseren en externaliseren, waarbij het direct voorstelbaar en invoelbaar is dat het ook bij deze processen gaat om het bewaren c.q. herstellen van een gezond, dynamisch evenwicht dat pendelt rondom een virtueel evenwichtspunt.

In deze visie is gezondheid dus het resultaat van het vermogen van een organisme om alle, en zeer diverse, biologische, psychologische en ook sociale evenwichten, in permanente wisselwerking met de omgeving, op dynamische wijze in stand te houden (heterostasis). Dat vindt plaats in een permanent proces van zich aanpassen aan de voortdurende veranderingen in de fysiologie, de psyche en de omgeving.

In de gezonde toestand is het orgaan dus in staat te reageren op de omgeving, bijvoorbeeld door wat sneller of juist wat trager te werken. Als een orgaan zijn vermogen verliest om zich adequaat aan te passen aan de behoefte van het systeem waarin het is ingebed, ontstaat een *overmatige en gefixeerde eenzijdigheid* in het functioneren. Vanuit het polaire gezichtspunt hangt het ontstaan van ziekte direct samen met het ontstaan van een dergelijke, onbeweeglijke, eenzijdigheid in functioneren. Dit is gevisualiseerd in figuur 2.2.



Figuur 2.2. Gezonde orgaanfunctie als een dynamisch evenwicht

Het polaire gezichtspunt, samenvattend

Vanuit het polaire gezichtspunt is gezondheid het resultaat van het vermogen van alle organen en orgaansystemen, evenals van de psyche, het functioneren voortdurend aan te passen aan, en af te stemmen op, de behoefte van het gehele organisme. Als dit vermogen verloren gaat ontstaat er in het functioneren een eenzijdigheid die niet meer bijgesteld kan worden, en die dus gefixeerd is geraakt. Het dynamische, gezonde evenwicht gaat verloren, en er ontstaat ziekte.

2.4. Drie kwalificerende ontwikkelingsprincipes: vormen, verbinden en bewegen

In de typologie worden drie polair uitgewerkte ontwikkelingsprincipes beschreven, samenhangend met de drie eerder genoemde domeinen. Aan deze ontwikkelingsprincipes: verbinden, vormen en bewegen, wordt de kwalitatieve beeldtaal ontleend, waarmee de fenomenen in het bio- psychosociaal functioneren binnen de domeinen (cognitief, affectief en conatief) kunnen worden

beschreven: het hoe, zie § 2.2.. De relatie tussen de genoemde drie domeinen en de daarmee samenhangende ontwikkelingsprincipes, 'vormen', 'verbinden' en bewegen', evenals de kwalitatieve begrippen (de beeldtaal) die hiervan zijn afgeleid, zullen uitgebreid worden uitgewerkt in de hiernavolgende hoofdstukken 'Vormen', 'Verbinden' en 'Bewegen'.

Literatuur (referenties)

- Dennis et al, M. (2013, July). Cognitive, Affective, and Conative Theory of Mind (ToM) in Children with Traumatic Brain Injury. (5), 25-39.
- Hengeveld, M., & Schudel, W. (2003). *Het psychiatrisch onderzoek*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hilgard, E. (1980, april). The trilogy of mind: Cognition, affection, and conation. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 16(2), 107-17.
- Pervin, L. A., & John, O. P. (Red.). (1999). *Handbook of Personality - Theory and Research* (second ed.). New York/London: The Guilford Press.
- Steiner, R. (2006). *Genezend opvoeden. Over kinderen met een ontwikkelingsstoornis*. (F. Wilmar, Vert.) Christofoor.
- Steiner, R. (2015). *Education for Special Needs - The Curative Education Course*. (A. Meuss, Vert.) Herndon: Steiner Books.
- Van der Bie, G., Scheffers, T., & Van Tellingen, C. (2008). *The Healing Process - Organ of Repair*. Driebergen: Louis Bolk Instituut.

Overige aanbevolen literatuur

- Bronfenbrenner, U. (2009). *The Ecology of Human Development*. Cambridge, Massachusetts and London: Harvard University Press. https://khoerulanwarbk.files.wordpress.com/2015/08/urie_bronfenbrenner_the_ecology_of_human_developbokos-z1.pdf
- Sameroff, A. (2009). *The transactional model*. In A. Sameroff (Ed.), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other* (pp. 3-21). Washington, DC, US: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/11877-001>
- Wietmarschen H.A. van, Wortelboer H.M., van der Greef J. (2018). Grip on health: A complex systems approach to transform health care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24:269–277. <https://doi.org/10.1111/jep.12679>

3. Vormen

3.1. Inleiding

In de volgende drie hoofdstukken zal nu een beeldtaal worden beschreven die nodig is om de beoordeling binnen de kaders van de constitutietypologie weer te geven. We zullen bio-psychosociale fenomenen en processen van de kinderlijke ontwikkeling gaan beschrijven in termen die we ook gebruiken als we spreken over de begrippen 'vormen, verbinden en bewegen', zoals geïntroduceerd in § 2.4.. Deze methodiek is door R. Steiner beschreven (Steiner, 1993), en wordt al decennia lang in zorginstellingen over de hele wereld bruikbaar gevonden en toegepast om kinderen, hun ontwikkeling en ontwikkelingsproblematiek, evenals hun zorg- en behandelbehoefte, te beschrijven.

In de dagelijkse praktijk is het al niet ongebruikelijk om bio-psychosociale fenomenen in kwalitatieve en overdrachtelijke termen te beschrijven, zij het dat dit in de regel ongestructureerd plaatsvindt, en niet in het kader van een methode. (Denk daarbij aan beeldspraak als: "hij is een losbol", "ze heeft een harde kop", "het verhaal gaat alle kanten op".) In de constitutietypologie zoals in deze Companion wordt beschreven, is een poging gedaan om een methode waarmee bio-psychosociale fenomenen kwalitatief worden beschreven op een overdraagbare en reproduceerbare manier te omschrijven.

In dit hoofdstuk en de twee volgende, zullen we de thema's 'vormen', 'verbinden' en 'bewegen' verder uitdiepen, te beginnen met 'vormen'. Eerst wordt een korte karakterisering van het thema gegeven. Daarna wordt beschreven hoe we (te) sterke eenzijdigheden binnen dit thema in de menselijke ontwikkeling en het menselijk functioneren kunnen herkennen. Dit zal de basis geven voor de constitutietypologie.

3.2. Fenomenen en processen beschrijven in termen van 'vormkwaliteit'

We zullen hier bio-psychosociale fenomenen en processen bespreken, in termen die zijn afgeleid van het begrip 'vormen'. We spreken bijvoorbeeld van de 'symmetrische vorming' van het gebit, maar ook van de vorming van 'gestructureerde gedachten', of van 'onbegrensde fantasie' als we

over het voorstellingsvermogen spreken. In de constitutietyperologie is 'vormen' een van de drie ontwikkelingsthema's waarbinnen de observaties benoemd worden. Eerst gaan we hier dieper in op het kwalitatieve thema 'vormen'.

Om het begrip 'vormen' beter te begrijpen kunnen we kijken naar de natuur. Overal in de natuur is sprake van vormgeving. Al het stoffelijke heeft een vorm, die meer of minder duurzaam is. Weer en wind en de zee 'boetseren' het zand op het strand. Het stromende water van een rivier 'polijst' door vele jaren heen de stenen die op de bodem liggen. En rotsen bestaan uit zodanig massief verdichte substantie dat ze na eeuwen in hun vormen vaak onveranderd zijn. Wolken in de lucht veranderen verschijnen en lossen op, ze voortdurend van vorm.

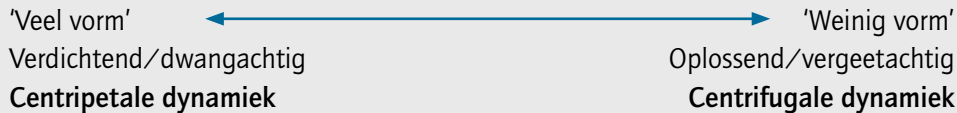
Van *verdichten* is sprake wanneer substantie wordt samengebald, in een centripetale beweging, en meer vast en hard wordt. Bij *oplossen* is er een centrifugale dynamiek, substantie valt uit elkaar, lost op naar perifeer.

Organische en psychische fenomenen in het kinderlijk organisme blijken we, kwalitatief, evenzo te kunnen beschrijven in termen als '*verdichtend*' en '*oplossend*', twee polaire begrippen (zie § 2.3.). Wat betreft de organische, fysieke processen zien we dat opgenomen substanties worden 'geboetseerd' en gemodelleerd tot organen: tot hersenen, zintuigen, lever, skelet, spier, hart, longen. Het organisme als geheel en elk orgaan afzonderlijk krijgt eigen vorm en structuur volgens een voor dat orgaan geldend model¹⁵. Op een analoge manier kunnen we beschrijven hoe organen in het organisme ten prooi lijken te vallen aan een proces van overmatige verdichting, zoals verhardingen, verstijvingen, of juist van verweking en oplossing. Denk daarbij aan bijvoorbeeld bindweefselzwakte, diarree, hypotonie en slechte wondgenezing.

¹⁵ Vooralsnog blijft het evenwel een raadsel hoe organen 'weten' wat hun specifieke vorm, omvang en structuur is (Travis, 2013).

Polaire kwaliteiten bij het thema 'vormen'

In het organisme worden de polaire eenzijdigheden van het vormen gekarakteriseerd met de begrippen:



Ook psychische processen laten op een vergelijkbare manier beschrijven, in dezelfde kwalitatieve termen waarmee we fysieke vormprocessen kunnen beschrijven.

Zo kunnen sommige gedachten nauwelijks vorm krijgen, snel weer oplossen en vergeten worden. In het uitdenken van een gedachte of een plan krijgt het denken veel meer vorm en kan het uitmonden in kristalheldere denkbeelden. Ook onze gevoelens zijn in dergelijke termen te kwalificeren: gevoelens kunnen vaag en onbestemd zijn, maar ook gedifferentieerd en helder. Evenzo kan ons willen en handelen variëren van ongericht en chaotisch, tot consistent en doelgericht in het hoe en wat te doen.

In de volgende paragraaf zullen we de manier waarop in het organisme vormkwaliteiten kunnen vereenzijdigen verder uitdiepen.

3.3. Beschrijving in polariteiten: vereenzijdigen in de vormkwaliteit

3.3.1. Uitingen van een eenzijdig verdichtend/dwangachtige dynamiek

Kwalitatieve omschrijving

Met een eenzijdig 'verdichtende tendens' wordt hier bedoeld een samentrekkende, centripetaal gerichte dynamiek, in geometrische vormen met een zekere compactheid, symmetrie en rechte lijnen. Ook kan de indruk ontstaan van een zeker gebrek aan vitaliteit en soepelheid.



Figuur 3.1. Voorbeeld uit de natuur van een centripetale dynamiek binnen het 'vormen': honderden afzonderlijke vogels die naar elkaar toe bewegen tot een compacte zwerm ontstaat, bewegend als één organisme

Biologisch

Een eenzijdig verdichtende tendens leidt biologisch tot een gevormde lichaamsbouw met strakke lijnen en overheersende symmetrie in de gestalte. In het lichaam ontwikkelt zich weinig vulling, 'bolling' en vitaliteit, het maakt meer een indruk van 'dor' en 'droog'. De huid wordt perkamentachtig. De mimiek is strak. Het spreken neigt naar een staccato-vorm. De bewegingen zijn stram en stijf, met repetitieve handelingen en neiging tot tics en stereotype handelingen. Het evenwicht in de stofwisselingsprocessen tussen opbouw en afbraak is verschoven in de richting van de afbraak.

Psychosociaal

Er is een nerveuze gespannenheid. De afstemming met de ander wordt beperkt. Het contact is formeel en zakelijk, egocentrisch gericht op eigen thema's, met neiging tot herhaling en 'vasthaken' in een onderwerp. Er is een overmatig bewustzijn in het waarnemen en denken, met een sterk geheugen. Dit kan leiden tot fixaties in het denken, bijvoorbeeld een fixatie op het eigen lichaam

of bepaalde thema's. Er zijn vaste gespreksonderwerpen waar steeds op wordt teruggekomen. Dat kan het karakter aannemen van een obsessie: angst en spanning die verbonden zijn met het dwingende van een voorstelling.

We zien kieskeurigheid bij het eten, eten met muizenhapjes. Het overmatig zich bewust zijn van het eigen lichaam leidt makkelijk tot lichamelijke klachten over pijntjes. Deze vastheid kan zich uitbreiden naar het handelen en dwingend worden (bijvoorbeeld het lichtknopje herhaaldelijk aan en uit doen) en als controledwang. Het dwingende kan tot driftbuien leiden. Daarbij treden een repeterend gedragingen op, met toenemende heftigheid, tot aan agressieve en destructieve handelingen aan toe.

Klinische voorbeelden van een kwalitatief vereenzijdige verdichtingstendens

Klinische voorbeelden van een eenzijdig verdichtende tendens zijn bijvoorbeeld verstarring en verstijving in het uiterlijk, de lichaamsbouw en/of de motoriek. Maar ook een neiging tot obstipatie en stenoseringsen zouden we kunnen zien als uitdrukking van een eenzijdige verdichtingstendens. Meer blijvende balansverstoring kan zich manifesteren als steenvorming in organen als bijvoorbeeld de nieren en de galblaas, en als de verstijvende fase van diverse reumatische aandoeningen. Embryonaal zien we een overmatig verdichtende tendens bij aandoeningen als craniosynostose¹⁶. In het psychische kan het zich uiten als verstarring in het denken, met stereotype denken en dwanggedachten, in het voelen als obsessies en in het willen als perfectionisme en dwanghandelingen.

In de verdichtende/dwangmatige tendens zien we een *centripetale* dynamiek.

3.3.2. Uitingen van een eenzijdig oplossende/vergeetachtige dynamiek

Kwalitatieve omschrijving

Een eenzijdig 'oplossende tendens' kan worden afgeleid uit een dynamiek waarbij als het ware niet tot een vorm gekomen kan worden, als in een eivorm blijven of de vormeloosheid van een hoop te zachte klei. Een centrifugaal gerichte dynamiek, een neiging tot 'uit elkaar vallen' in vormeloosheid

¹⁶ Craniosynostose: ziekte waarbij de naden van de schedelbeenderen te vroeg verbenen, wat de groei van de schedel bij het kind hindert.



Figuur 3.2. Voorbeeld uit de natuur van een centrifugale dynamiek binnen het 'vormen': een zwerm vogels verliest z'n vorm, de vogels vliegen alle kanten op

en chaos, verbrokkelen, oplossen, als een tablet dat oplost in het water, substantie die in het luchtledige uit elkaar valt. Ontwikkeling en groei zijn ongericht, zonder rijping en uitvorming, en met een gebrek aan innerlijke structuur.

Biologisch

De lichaamsbouw neigt naar een gevulde 'bloeiende' gestalte, met ronde vormen. Lichte huidskleur, mogelijk met lichaamsgeur. De blik in de ogen is starend, de mimiek vervlakt. Het bewegingspatroon is ongericht, doelloos. De eetlust is goed, vertering kan tekort schieten en leiden tot diarree. De (overmatige) vitaliteit kan leiden tot ontstekingsachtige verschijnselen.

Psychosociaal

De aandacht verdroomt en vervluchtigt, het vermogen om de aandacht te richten en om te concentreren is beperkt. Het bewustzijn is diffuus, weinig gericht. Een gedachtegang vasthouden is moeilijk en in het contact is er een afdwalen van het gespreksonderwerp. Er is meer een leven in eigen binnenwereld, weliswaar ook verdroomd, dat tevoorschijn kan komen in onverwachte, fantasierijke voorstellingen en activiteiten. Gewoontes worden weinig eigen gemaakt, afspraken worden vergeten. Er is een neiging tot slordigheid en kwijtraken van spullen. Dit kan gepaard gaan met innerlijke spanning en onrust die zich kan uiten in wrevel.

Klinische voorbeelden van een kwalitatief vereenzijdigde oplossingstendens

Klinische voorbeelden van functionele stoornissen en ziekten als uiting van deze eenzijdig oplossende tendens zijn de organische malformaties zoals persisterende fontanellen en rachitis. Op het gebied van het zenuwstelsel vallen diagnosen als hydrocefalus en spina bifida hieronder. Maar ook de palatoschizis¹⁷, septumdefecten in het hart, cariës of de pedes planovalgi¹⁸ zijn voorbeelden die bij deze tendens passen, evenals overmatig optredende ontstekingen van huid en organen. Psychosociaal kan de oplossende tendens zich manifesteren als concentratiestoornissen, burn-out, maar ook ernstiger beelden zoals de desintegratie die we zien bij psychosen en bij het dementeringsproces zijn voorbeelden van een overmatige oplossingstendens.

In de verdichtende/dwangmatige tendens zien we een centrifugale dynamiek.

3.4. Beelden in de praktijk

De kwalitatieve eenzijdigheden zullen we hier steeds proberen te illustreren aan de hand van een korte casusbeschrijving. Opgemerkt dient te worden, dat het uiteraard nooit gaat om absolute eenzijdigheden, maar om casuïstiek die een overwegend eenzijdige dynamiek laat zien, waarmee het klinische beeld voor de lezer beter herkenbaar moet worden.

¹⁷ Palatoschizis: gespleten kaak/gehemelte

¹⁸ Pedes planovalgi: knik-platvoeten

3.4.1. Verdichtend/dwangachtig: Mark (11 jaar)

Mark staat bij de deur van zijn school. Hij ziet er goed verzorgd uit, met zijn haar strak gekamd en met een plooi in zijn broek en gepoetste schoenen. Spanning is af te lezen aan zijn gezicht en aan zijn licht voorovergebogen houding en opgetrokken schouders. Zijn tas houdt hij met de linker arm tegen zijn borst geklemd. Met zijn rechter hand strijkt hij langs zijn jas, voelt of de knopen vast zitten. Mark kijkt om zich heen, met een ernstige blik in zijn ogen. Als twee mensen de school willen binnen gaan spreekt hij ze aan, onderbreekt hun gesprek. Hebt u het al gehoord, er is een ongeluk gebeurd. Onderweg naar school was er een auto die door rood reed en een fietser aanreed. "Dat mag toch niet.... Moet die nu naar de gevangenis? Het was een gele auto.... hebt u ook een auto?" Mark heeft gekeken tot de politie kwam. Onderwijl blijven Marks ogen over het schoolplein dwalen. Als Mark zijn eigen meester ziet breekt hij het gesprek af en stapt op hem af. Zonder begroeting begint Mark te praten, zijn stem is hard, indringend. Hij herhaalt zijn verhaal over het ongeluk. Meester luistert aandachtig, complimenteert hem met zijn oplettendheid. Dan gaat meester voor Mark staan, kijkt hem aan, vragend om oogcontact. "En nu, Mark, gaan we naar de klas, de les begint."

In de klas loopt Mark naar zijn tafeltje. Er komt een frons op zijn gezicht als hij ziet dat zijn spullen niet zo liggen als hij ze heeft achtergelaten. Mompelt voor zichzelf heen dat de schoonmakers niet aan zijn spullen moeten komen. Hij ruimt het weer op zoals het hoort, legt zijn pen en schrift recht voor zich neer en zit als eerste klaar.



Verschijnselen die verwijzen naar een vereenzijdiging in de richting van het verdichtend/dwangachtige: Marks aandacht voor zijn uiterlijk en zijn presentatie en de spanning in zijn houding. De dwingende wijze waarop hij het thema 'ongeluk' te berde brengt. En het vastzitten aan gewoontepatronen: hoe het hoort, met het opruimen van zijn spullen, dat zijn jas dichtgeknoopt

moet zijn en zijn spullen op zijn tafeltje op de juiste plek moeten liggen.

Als werkzame **dynamiek** in het vormen zijn centripetaal naar binnen gerichte krachten die leiden tot verdichting en verstarring.

3.4.2. Oplossend/vergeetachtig: Robert (13 jaar)

Bij de deur van de logopedie zit Robert onderuitgezakt op een stoel. Een starende blik in zijn ogen. Robert heeft krullend haar, een rode blos op zijn wangen. Zijn huid glanst licht van het transpireren. Hij is te laat voor zijn afspraak, te lang heeft hij buiten nog getreuzeld en naar een overkomend vliegtuig staan kijken, hoewel zijn moeder hem op tijd heeft gebracht. Daarvoor had moeder thuis nog hem geholpen met oprissen; zijn kleren gefatsoeneerd, hem een schoon shirt aangetrokken en zijn haren gekamd. Dat kan Robert wel zelf, maar dan wordt hij steeds afgeleid of zit te dromen en schiet het niet op. Robert komt overeind als de logopediste voor hem staat en hem vraagt mee te komen. Ze herinnert hem er aan zijn tas mee te nemen die naast hem op de grond staat. In de therapieruimte vraagt de logopediste Robert recht te gaan staan en haar aan te kijken. Dan komen er articulatie-oefeningen. Robert krijgt de therapie om hem te helpen duidelijk en verstaanbaar te spreken.



Verschijnselen die wijzen op een vereenzijdiging in de richting van het oplossende/vergeetachtige: een verdroomd bewustzijn met een starende blik in de ogen, weinig gerichte aandacht. De moeite die hij heeft om zichzelf te verzorgen en om in zijn spraak te articuleren. Hij moet geholpen worden om zich aan afspraken te houden en om z'n spullen mee te nemen. Mogelijke uitingen van een

oplossende tendens zijn ook het ongevormde in het lichamelijke, het krullend haar, de rode blos, het transpireren en de onderuitgezakte houding.

Als werkzame **dynamiek** in het vormen zien we deze fenomenen als uiting van centrifugaal gerichte krachten die leiden tot vormeloosheid: het niet tot vorm komen; en wat er en aanzet toe is lost op voor de uitvoering is afgerond.

Literatuur

Steiner, R. (1993). *Von Seelenrätsehn*. Dornach: Steiner Verlag.

Travis, J. (2013). Mysteries of development. *Science*, 340(6137), 1156. DOI: 10.1126/science.340.6137.1156-a



4. **Verbinden**

4.1. **Fenomenen en processen beschrijven in termen van 'verbindingskwaliteit'**

In de constitutietypologie is 'verbinden' de tweede van de drie ontwikkelingsthema's waarbinnen de observaties beschreven worden. In dit hoofdstuk zullen we bio-psycho sociale fenomenen en processen bespreken in termen die zijn afgeleid van het thema 'verbinden'. Aan het eind van dit hoofdstuk zullen weer enkele casus worden beschreven.

Evenals 'vormen' is 'verbinden', en het vermogen te kunnen verbinden, een oerprincipe, of archetype, zonder welke leven niet mogelijk is. Als we het begrip 'verbinden' verkennen in de levende natuur, zien we dat er vele verbindingen zijn tussen een organisme en diens omgeving, maar er zijn ook talloze verbindingen tussen organen en orgaansystemen binnen een organisme. Planten hebben onderling verbindingen, maar ook met het milieu, het bodemleven en de dierenwereld. Bij dieren en de mens is er een voortdurende noodzaak voor het leggen en onderhouden van relaties als verbindingen in psychosociale zin.

Verbinding is een voorwaarde om *uitwisseling* te kunnen laten plaatsvinden. Bij het verbinden wordt steeds een grens tussen binnen- en buitenwereld overschreden. Dankzij verbinding met de omgeving kan er uitwisseling van stoffen plaatsvinden, zoals zuurstof en kooldioxide in de longen, en in het spijsverteringskanaal voeding en uitscheidingsproducten. Maar ook bijvoorbeeld warmte (via de huid) of informatie (via de zintuigen) wordt voortdurend uitgewisseld. En steeds wordt die grens daarbij gepasseerd.

Bij die uitwisseling gaat het in de levende natuur ook om afstemming. Er moet uitwisseling kunnen plaatsvinden, zonder de *eigenheid* of de *heelheid* van het organisme in gevaar te brengen. Bij 'eigenheid' kan je denken aan het milieu intérieur bijvoorbeeld: de samenstelling van alle lichaamsvloei stoffen, binnen en buiten de cellen, die voortdurend binnen bepaalde, gezonde, grenzen gehouden moet worden. Het lichaam heeft zout nodig, maar bij teveel of te

weinig zoutinname ontstaat er ziekte. Hetzelfde gebeurt als een inwendig orgaan zoals de nier, de afstemming op de behoefte van het gehele organisme verliest en teveel of te weinig zout gaat uitscheiden.

We zien tegelijkertijd dat er dus ook een noodzaak bestaat om uit te wisselen, juist *opdat* het organisme zijn eigenheid, of heelheid, in stand kan houden.

Een ander voorbeeld is dat van een muzikant in een orkest. De muzikant zal zich moeten afstemmen op de andere orkestleden, waardoor een symfonie kan klinken. Als hij zijn eigen partij zou spelen zonder die afstemming, zal de harmonie ver te zoeken zijn. Tegelijkertijd zal hij ook zijn aandacht moeten kunnen blijven richten op zijn eigen partij, zonder zich daarbij te laten afleiden, of zelfs overspoeld te raken, door wat er om hem heen gebeurt. Dat vraagt dus om een gezond vermogen om zich zowel te kunnen afstemmen op de omgeving, als te kunnen blijven focussen op de eigen intenties: in dit geval het eigen spel.

Een gezond organisme opent of sluit zich voor de buitenwereld, zonder daarbij zelf in gevaar te komen. Vaak gebeurt dit automatisch en onbewust, zoals bij de ademhaling. Maar dit openen en sluiten kan ook meer bewust plaatsvinden, zoals wanneer we onze neus dichtknijpen voor een nare geur, of weglopen voor een situatie die angst inboezemt. In een gezonde situatie is dat openen en sluiten een beweeglijk en veelal ritmisch proces, en kan lichamelijk of fysiologisch zijn, maar ook gevoelsmatig, zoals wanneer we sympathie of antipathie voelen en daarnaar handelen door ons te verbinden of juist terug te trekken.

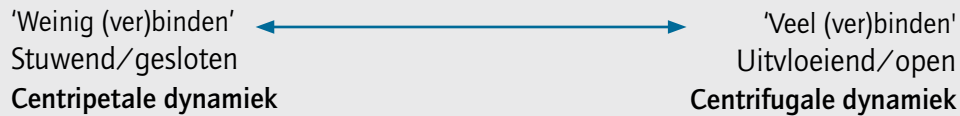
In een veilige, harmonische omgeving zal er meer sprake kunnen zijn van openheid naar de omgeving, zonder dat de eigenheid in gevaar komt. Dreigt er gevaar, dan is het een gezonde reactie om zich (zoveel mogelijk) af te sluiten.

We spreken hier steeds over 'verbinden'. Nu we de term 'verbinden' nader onderzoeken wordt duidelijk dat aan dit begrip een ruime betekenis toegekend moet worden. We hebben immers gezien dat om te verbinden afstemming nodig is, en bij die afstemming openen we ons in zekere mate voor de omgeving. We hebben ook gezien dat verbinden tussen binnen en buiten niet kan

plaatsvinden zonder het verzorgen van de eigenheid, de eigen heelheid¹⁹. De doorlaatbaarheid van de eerdergenoemde grens tussen binnen en buiten is daarbij een belangrijk element. Het kan aanleiding geven tot een 'insluiten' dan wel 'ontsluiten'. Op deze manier wordt begrijpelijk hoe de polaire eenzijdigheden van dit kwalitatieve begrip tot stand komen: 'stuwend/gesloten' versus 'uitvloeiend/open'. Hierbij is bij 'stuwend/gesloten' een centripetale dynamiek waarneembaar, en bij 'uitvloeiend/open' een centrifugale dynamiek.

Polaire kwaliteiten bij het thema 'verbinden'

In het organisme worden de polaire eenzijdigheden van het verbinden gekarakteriseerd met de begrippen:



Het begrip 'verbinden' waar we in de constitutietypologie mee werken duidt dus op het verbinden van binnen en buiten, en tegelijk op het daarbij behouden en verzorgen van het (innerlijke) verband, de heelheid, van het eigen organisme.

4.2. Beschrijving in polariteiten: vereenzijdingen in de verbindingskwaliteit

4.2.1. Uitingen van een eenzijdige stuwend/gesloten dynamiek

Kwalitatieve omschrijving

De dynamiek van 'stuwend/gesloten' is te begrijpen met hulp van beelden, zoals het beeld van

¹⁹ Deze heelheid zou ook gezien kunnen worden als een 'gezond innerlijk verband', of 'innerlijke samenhang'.

een rivierdijk, die door veel te hoog water dreigt door te breken. Een bloemknop vlak voor die gaat open springen. Of een ballon die op knappen staat, of naderend onweer.

Biologisch

We zien een neiging tot een gedrongen, compacte lichaamsbouw. De houding verradt spanning en innerlijke onrust. De huid is dik en droog, het haar stug. De aandacht trekken en contact leggen verloopt moeizaam. De spraak is weinig vloeiend, neigt tot stoten en stotteren. Beweging komt moeilijk op gang, en is vervolgens niet te stoppen. De motoriek is grof, weinig afgestemd op de situatie, wat kan leiden tot stoten of stukmaken. 's Morgens ontwaken en opstaan verlopen moeizaam. Door de dag heen blijft het bewustzijn verlaagd en dof. In de ademhaling ligt het accent op het 'inademen'. Daarmee wordt bedoeld zowel het letterlijk te veel inademen en een bemoeilijkte uitademing, als het psychologische 'teveel ingeademd zijn', waarmee wordt bedoeld dat er teveel is opgenomen uit de buitenwereld zonder dat dit afdoende is verwerkt en weer losgelaten. De huid is slecht doorbloed, met warmtestuwing en onvoldoende transpireren. Het



Figuur 4.1. Voorbeeld uit de natuur van een centripetale dynamiek binnen het 'verbinden': een bloemknop vlak voor die gaat openspringen.

eten kan schokkend verlopen, met weinig smaak en onvoldoende bewustzijn van wanneer het genoeg is. Vertering en uitscheiding kunnen leiden tot krampen.

Psychosociaal

Het bewustzijn wordt dof. In het contact met de ander is er sprake van een naar binnen gericht zijn, wat het bemoeilijkt is. Er ontstaat weinig bewustzijn hoe het eigen gedrag overkomt bij de ander, het inlevingsvermogen ontwikkelt zich moeizaam. Gericht oogcontact en een luisterende houding komen beperkt tot stand. Een innerlijke onrust is merkbaar, evenals prikkelbaarheid, wat imponeert als een non-verbale boodschap om niet dichtbij te komen. Als er weerstand vanuit de omgeving wordt gegeven, kan dit aanleiding geven tot stuwing die kan ontladen in een emotionele uitbarsting.

Klinische voorbeelden van een kwalitatief vereenzijdigde verdichtingstendens

In het lichamelijke vlak geeft de stuwing aanleiding tot verdikking en uitdroging van de huid. Door stuwing en verkramping in het longgebied kan een door astma overvulde borstkas ontstaan. Functioneel kan het tevoorschijn komen als problemen in het ontwaken, en spanningshoofdpijn; in extreme vorm zien we spastische krampen en kolieken, stotterend spreken en tonisch-clonische epileptische aanvallen.

Psychosociaal kan het terugtrekken en afsluiten verschijnen als contactstoornis, als paranoïde waan en als driftbuien. Bij jonge kinderen zijn breath holding spells typische voorbeelden van stuwing.

In de stuwende/gesloten tendens zien we een centripetale dynamiek.

4.2.2. Uitingen van een eenzijdig uitvloeiende/open dynamiek

Kwalitatieve omschrijving

De dynamiek van 'uitvloeiend/open' is te vergelijken met een rivier, die in de uiterwaarden overstroomt, smeltend ijs, het uitlopen van een schildering waarbij met te natte verf geschilderd is, of een leeglopende band.

Biologisch

We zien een neiging tot een tere, fragiele lichaamsbouw. Dunne, vochtige en koele huid, waar aderen en ook botstructuren doorheen kunnen schijnen. Dun en sluik haar. De houding verraadt gevoeligheid en kwetsbaarheid, zich uitend in opgetrokken schouders en gebogen hoofd. De motoriek is voorzichtig, het lopen gebeurt op de tenen, weifelend in onbekende situaties. Het spreken wordt zacht, zangerig.

Inslapen 's avonds verloopt moeizaam, de indrukken van de dag, angsten en zorgen houden de slaap weg. Het eten wordt vaak slecht verdragen. De rustademhaling is oppervlakkig, de inademing kan belemmerd of beperkt zijn. Er is een zwakke vitaliteit. Lichaamswarmte raakt verloren in de periferie, met koude extremiteiten als gevolg. 's Morgens nog weinig trek en afwerend bij het eten. Zindelijk worden kan problematisch zijn.



Figuur 4.2. Voorbeeld uit de natuur van een centrifugale dynamiek binnen het 'verbinden': zaad komt los van de plant en wordt verspreid door de wind.

Psychosociaal

De aandacht is omgevingsgericht, met een gevoeligheid en kwetsbaarheid voor aanraking en voor zintuigindrukken, met neiging tot schrik- en paniecreacties. De gevoeligheid kan het karakter aannemen van hypersensitiviteit, met uiting van heftige emoties, zowel lachen als huilen. In het contact is aanvankelijk sprake van terughouding, als een drempel gepasseerd is kan het overgaan in aanklappen en claimen. Ook bij het verrichten van activiteiten kunnen terugschrikken en faalangst optreden.

Klinische voorbeelden van een kwalitatief vereenzijdigde uitvloeiingstendens

Functionele stoornissen en ziekten als uiting van deze eenzijdigheid zijn bijvoorbeeld overmatig transpireren en koudetoestanden door warmteverlies. Allergische aandoeningen als hooikoorts en eczeem. Emotionele overgevoeligheid. Hypochondere en ingebeelde ziekten. Eetstoornissen en zindelijkheidsproblematiek. Angsttoestanden.

In de uitvloeiende/open tendens zien we een centrifugale dynamiek.

4.3. Beelden in de praktijk

4.3.1. Stuwend/gesloten: Malva (7 jaar)

Malva is heel boos als ze thuis komt. Stampvoetend komt ze binnen en botst ze tegen de hond op die haar kwispelend tegemoet is gelopen. Met rood aangelopen gezicht en in haar ogen een vuurspuwende blik staat Malva tegenover haar vader. Ze wil wat vertellen maar ze komt niet goed uit haar woorden. Vader gaat naast haar staan, legt een hand op haar rug en even later zitten ze naast elkaar op de bank.

Malva is een stevig gebouwd meisje, groot voor



haar leeftijd. Ze is sterk en kan tegen een stootje, maar haar eigen krachten kent ze onvoldoende. Hierdoor doet ze in haar enthousiasme bij het spelen en sporten andere kinderen vaak pijn. Ook haar hond waar ze veel van houdt loopt jankend weg als ze bij het stoeien veel te wild doet.

Al stotterend, onderbroken door uitroepen van boosheid en onmacht, vertelt Malva haar verhaal. Ze waren verstoppertje aan het spelen. Ze had zich goed verstopt, op haar knieën achter die struik, ze konden haar echt niet zien. En toch werd ze gebuut. Dat was niet eerlijk, ze was daarom gewoon blijven zitten, ook toen ze haar riepen. Toen ze een nieuw spelletje begonnen, zonder haar, was ze opgestaan en zonder nog iets te zeggen naar huis gerend.

Verschijnselen die wijzen op een vereenzijdiging in de richting van het stuwende/geslotene: de opgekropte boosheid, met een rood aangelopen gezicht, een vuurspuwende blik en stampvoeten. Uiting van het stuwende zijn ook het botsen tegen voorwerpen, wild spelen en pijn doen van kinderen en van de hond. Ze heeft weinig terughouding en kan andermans grenzen onvoldoende respecteren.

Als stuwende/gesloten **dynamiek** zien we een naar buiten gerichte (centrifugale) kracht die weerstand ondervindt aan een vaste en moeilijk doordringbare grens, welke laatste door toenemende kracht/druk van binnenuit doorbroken kan worden.

4.3.2. Uitvloeiend/open: Angelique (9 jaar)

Angelique zit naast haar moeder in de wachtkamer, ze omklemt haar lievelingspop. Ze let goed op wie aan de beurt is, maar schrikt toch als ze haar naam hoort. Vliegenvlug komt ze overeind en huppelt naar de spreekkamer. Ze komt vaker bij de dokter en voelt zich vertrouwd. Stralend staat ze voor de hem. Als die zijn hand uitsteekt legt Angelique daarin een vochtig koude, wat slappe hand. In haar andere hand houdt ze haar pop.



Dit keer komt ze voor controle van haar eczeem. Dat was na de laatste zomervakantie veel erger geworden, het jeukte en brandde over haar hele lichaam, net toen ze op een nieuwe school was begonnen. Na haar eerste jaren in het speciaal onderwijs werd ze toegelaten tot een 'gewone' basisschool. Ze bleek best goed te kunnen leren en vooral in taal en het schrijven van verhaaltjes waren haar talenten opgevallen. Met het idee van een nieuwe school was ze heel blij geweest, maar het was ook heel spannend voor haar. Wekenlang was ze van slag, sliep slecht en huilde bij de geringste aanleidingen. De eerste dagen op school at ze nauwelijks, het voelde of ze geen hap door haar keel kon krijgen. Eenmaal had ze moeten spugen, toen ze niet wilde maar moest eten. Sinds een paar weken ging het veel beter, ze had in haar klas allemaal vriendinnen en een lieve meester. En ze was heel blij met de rol die ze had gekregen in het toneelstuk dat ze met de klas voor de ouders zouden gaan opvoeren. Op vraag van de dokter geeft moeder aan dat het veel beter gaat. Angelique knikt instemmend.

Verschijselen die verwijzen die naar een uitvloeiende/open vereenzijdiging: sterk gericht op de omgeving. Onvoldoende afgrenzing en beperkte innerlijke veiligheid. Onvoldoende doorwarming en een dunne huid, gevoelig voor aanraking. Zoekend naar houvast in de omgeving, een pop: degene die ze kent en vertrouwt. Angst voor het nieuwe en onbekende. Als ze het vertrouwen krijgt en ervaart ze dit als zelfvertrouwen kan ze stralen.

Als **dynamiek** van het open/uitvloeiende zien we: een zwakke uiterlijke begrenzing van een organisme, dat aan inwendige krachten onvoldoende houvast geeft en aan de omgeving onvoldoende weerstand biedt.

5. *Bewegen*

5.1. Fenomenen en processen beschrijven in termen van 'bewegingskwaliteit'

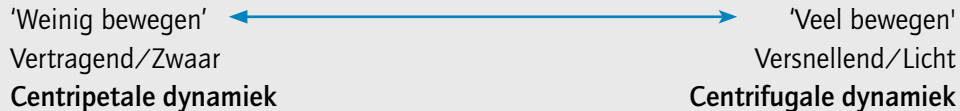
We zullen hier de bio-psychosociale fenomenen en processen bespreken in termen die zijn afgeleid van het begrip 'Bewegen'. In de Constitutietypologie is 'bewegen' de derde van de drie ontwikkelingsprincipes waarbinnen de observaties benoemd worden. Ook 'bewegen' is een van de archetypische fenomenen zonder welke leven niet mogelijk is. Alle leven kent innerlijke beweging: stofwisseling, vloeistofstromen (sap, bloed, signaalstoffen). In de plantenwereld zien we ontkieming, groei, bloei en afsterving. In de dierenwereld en bij de mens zien we, naast innerlijke beweging zoals bij planten, ook een innerlijke 'emotionele beweeglijkheid'. Door het spierstelsel in de ledematen hebben dieren en mensen ook een 'fysieke beweeglijkheid'. Het innerlijk bewegen worden kan bij dieren en mensen leiden tot een uiterlijke beweging, zoals vechten, vluchten, eten of paren. De beweging is dan naar buiten gericht. Ook hier geldt, dat bij de genoemde voorbeelden ook andere kwaliteiten, uit andere domeinen, waarneembaar zijn. Zo speelt bij vechten of paren ook het thema 'verbinden' een rol, zonder welke er geen interactie tot stand zal komen.

Sleutel tot de beweging is de impuls. Zonder impuls geen beweging. Als de impuls wegvalt, of niet sterk genoeg is om de uiterlijke weerstand te overwinnen, vertraagt de beweging en komt deze tot stilstand. Hierin is een centripetale dynamiek te herkennen. Merk daarbij op, dat de impuls ook altijd een richting heeft. 'Richting' is in zijn aard een vormaspect.

Een beweging kan ook te groot worden, versnellen, of 'doorschieten', als de impuls te sterk is, of te vaak herhaald wordt. Hierin is een centrifugale dynamiek herkenbaar.

Polaire kwaliteiten bij het thema 'bewegen'

In het organisme worden de polaire eenzijdigheden van het bewegen gekarakteriseerd met de begrippen:



Een beeld voor het archetype 'bewegen' voor de mens is dat van paarden die de koets trekken, met op de bok de koetsier die de teugels in handen heeft. De leiding die de koetsier kan geven (de psychische gezondheid) aan de paarden (de bewegingsimpulsen), en de kwaliteit van de koets (de fysieke gezondheid en mogelijkheden) zijn bepalend voor de beweeglijkheid.

5.2. Beschrijving in polariteiten: vereenzijdiging in de bewegingskwaliteit

5.2.1. Uitingen van een eenzijdige vertragend/zware dynamiek

Kwalitatieve omschrijving

Als beeld kan een eenzijdig vertragend/zware dynamiek worden gezien als het wegvallen of ontbreken van een impuls. Je kan het ervaren in de stilte en rust van de ochtendmist die boven de velden hangt. Voorbeelden hiervan zijn: het vallen van een vlieger waar de wind onder wegvalt, een doodbloedend initiatief, het tot stilstand komen van een rollende bal, een klok die stopt met lopen omdat hij weer opgewonden moet worden, het verlamd zijn van een konijn dat verschikt in de koplampen staart.

Biologisch

In de gestalte overheerst zwaarte, het hoofd rust op de handen, de armen steunen op tafel. Houvast wordt gevonden bij een tafel of een deurpost. Bij het lopen hangen de schouders en slossen de voeten. Er is neiging tot overgewicht.

Het ontwakken en in beweging komen om op te staan zijn bemoeilijkt door een verzwakte of ontbrekende impuls daartoe. De stofwisselingsprocessen zijn vertraagd. Als het eten wordt voorgezet is de eetlust goed, met een voorkeur voor zoete en gemakkelijk verteerbare spijzen. Klieren met een interne secretie werken onvoldoende.



Figuur 5.1. Voorbeeld uit de natuur van een centripetale dynamiek binnen het 'bewegen': de wind is weggevallen in het landschap, alle beweging lijkt tot stilstand gekomen

Psychosociaal

Het bewustzijn is verdroomd. Het spreken is weinig gearticuleerd. De aandacht en de opmerkzaamheid voor de omgeving zijn beperkt. De stemming resoneert mee met de omgeving.

Op zichzelf neigt het naar zwaarte, in het contact kan het opleven.

Klinische voorbeelden van een kwalitatief vereenzijdigde vertragingstendens

Functionele verstoringen en ziekten die we bij een vereenzijdigde vertragingstendens tegenkomen zijn stofwisselingsstoornissen zoals hypothyreoïdie. Overgewicht, al dan niet als bijkomende factor bij deze ziekten. De overheersende dynamiek kan zich ook uiten in een verminderde spierspanning en verlamingsverschijnselen. (Neuro)musculaire aandoeningen zoals ALS²⁰ en myasthenia gravis passen bij dit beeld, evenals uitscheidingsproblemen als obstipatie en hypostatisch oedeem. Op het psychische vlak kan deze eenzijdigheid zich manifesteren als sombere of zelfs depressieve stemming, traagheid in het denken bij een verminderde helderheid van het bewustzijn.

5.2.2. Uitingen van een eenzijdig versnellend/lichte dynamiek

Kwalitatieve omschrijving

Denk bij 'eenzijdig versnellend/licht' aan bijvoorbeeld een bal die in een flipperkast snel heen-en-weer kaatst. Maar ook aan een duizendklapper, een berkenblad in de wind, koolzuurgas dat omhoog bruist in een glas koolzuurhoudende drank, de vingervlugheid van een goochelaar, de snel rennende poten van een vogel vlak voor hij opstijgt om te gaan vliegen.

Biologisch

De lichaamsbouw is meer tenger. Motorisch overheerst de bewegingsdynamiek. Het kan zijn dat de prikkelgevoeligheid overheerst, dan wel de eigen impulsiviteit. De gestalte en de houding zijn naar voren gebogen, actief gericht op gaan en handelen. De ogen schieten heen en weer, alles wordt opgemerkt en leidt tot reactie. Er ontstaan 'nevenbewegingen': trommelen met de vingers, tikken met de voet, grimassen. Het spreken is snel en neigt naar luid en nadrukkelijk.

Eten en zindelijkheid kunnen bemoeilijkt worden door snelle stofwisseling en onvoldoende geduld om de benodigde tijd ervoor te nemen. Vaak licht slapen en snel wakker, bij de eerste geluiden.

Psychosociaal

²⁰ ALS: amyotrofe laterale sclerose: een ziekte waarbij door aantasting van het zenuwstelsel progressieve spiervlammingen optreden, en die binnen enkele jaren tot de dood leidt.



Figuur 5.2. Voorbeeld uit de natuur van een centrifugale dynamiek binnen het 'bewegen': hevige storm maakt dat niets meer stilstaat: de lucht, de wolken, het wateroppervlak, en al het andere wat zich in deze omgeving bevindt

Moeilijk stil kunnen zitten, voortdurende bewegingsonrust. Niet goed kunnen afwachten, of afwegen, maar direct handelen. Zien is doen: 'wat de ogen zien moeten de handen pakken'. Druk en veel praten, vraag en verzoek niet afwachten. Vaak zijn er wisselende initiatieven en van de hak op de tak springen, zowel in activiteit als in praten. Voor iets echt afgerond is wordt vaak al aan het volgende begonnen. De aandachtspanne is kort, reageert al voordat de ander is uitgepraat. Heftige emoties.

Klinische voorbeelden van een kwalitatief vereenzijdige versnellende tendens

Voorbeelden van functionele verstoringen en ziekten die met deze eenzijdigheid samenhangen zijn de manie en ADHD, hyperactiviteit. Hyperthyreoïdie, nystagmus, reflux, tremor, syndroom van Gilles de la Tourette, chorea van Huntington.

5.3. Beelden in de praktijk

5.3.1. Verdragend/zwaar: Karlijne (10 jaar)

Karlijne is in de wachtruimte van de dokterspraktijk mandala's aan het inkleuren. Ze zit diep gebogen over haar werk. Haar haren hangen voor het gezicht. Met haar dikke en wat onhandige vingers heeft ze, traag werkend, moeite om binnen de lijntjes te kleuren. Op tafel liggen een paar potloden waarvan op het papier de punt is afgebroken, doordat ze er te hard op gedrukt heeft.



Ze kijkt niet op of om naar wat er in haar omgeving gebeurt, tot de assistente een hand op haar schouder legt en haar aanspreekt. Langzaam kijkt Karlijne naar haar op en verschijnt er een glimlach. Wanneer ze voor haar mandala een complimentje krijgt begint ze te stralen. Karlijne komt voor controle van de bloeddruk, vanwege haar overgewicht. Als ze hoort dat ze deze keer ook een prikje krijgt, voor de bloedsuiker, biggelen er tranen over haar wangen. Ze staat moeizaam op en loopt traag mee, met een onzekere stap. Het bloeddruk meten is ze gewend en gaat moeiteloos. En als ze even wordt afgeleid is de prik al gegeven voor ze het goed en wel in de gaten heeft. Ze blijft zitten tot ze hoort dat ze klaar is. Met een mengeling van een lach en een traan vertrekt ze.

Verschijnselen die verwijzen naar een vereenzijdiging in de richting van het zware/vertragende: in houding en beweging overheerst de zwaarte. Haar motoriek wordt belemmerd door het overgewicht. Het bewustzijn is verdroomd. Haar stemming resoneert mee met de gebeurtenissen; geconfronteerd met iets lastigs is ze somber, bij een vriendelijk woord en enige bemoediging klaart haar stemming op.

De **dynamiek** achter de uitingen van een verdragend/zware eenzijdigheid is als een tekort aan

impuls tot bewegen; en wanneer er een impuls ontstaat dooft die direct uit. Hiermee is sprake van een centripetale dynamiek: elke –aanzet tot- beweging vertraagt en valt stil, in de zwaarte.

5.3.2. Versnellend/licht: Tim (12 jaar)

Tim komt de EHBO-ruimte binnengestormd. Ongevraagd plant hij zijn rechter voet op de onderzoekstafel. Vlak onder zijn knie bloedt het, uit een flinke jaap van een wond. Tim zit op voetbal. Hij kan hard rennen. Hij is super enthousiast en met zijn tengere bouw en met ogen die alles om hem heen zien staat hij in de spits, klaar om te scoren. Maar controle en beheersing schieten wel eens tekort. Dan struikelt hij over de bal, loopt weer op tegen een kapotte knie, een buil op zijn hoofd of verstuikt hij zijn voet. Of hij duwt, of deelt een klap uit als hem een voet wordt dwars gezet. Zoals nu. Onsamenhangend steekt hij zijn verhaal af. Het was gemeen, hij was vlak bij het doel, het zou zeker een doelpunt worden, hij werd gehaakt. En hij was weggestuurd, ja, hij had wel een stomp uitgedeeld. De dokter onderzoekt de wond, terwijl Tim nog doorratelt over het prachtige doelpunt dat hij juist daarvoor nog had gescoord, met zijn linker voet in de uiterste bovenhoek. De uitkomst van het onderzoek is dat ook deze keer de wond moet worden gehecht. Tim schrikt als hij dat hoort, prompt stopt hij met praten, trekt zijn been terug en zet een stap richting de deur. Al snel bekommt hij van de schrik en terwijl de assistente zijn voetbalkwaliteiten prijst laat Tim de wond hechten, moedig met zijn ogen dicht, en met op elkaar geklemde kaken.



Verschijselen die verwijzen naar een vereenzijdiging in de richting van het lichte/overbeweeglijke: er is beweeglijkheid die niet te stuiten is. Die betreft zijn hele motoriek, ook zijn spraak. Het tengere en soepele lijf is optimaal paraat om alles om zich heen op te merken en erop te reageren. In zijn

acties en reacties is er geen rem merkbaar, ze schieten door waarbij ongelukken kunnen optreden.

De **dynamiek** die verschijnselen van licht/overbeweeglijke eenzijdigheid tevoorschijn brengt is te karakteriseren als een laaiend vuur dat centrifugaal zinderend uitstraalt, maar ook opbrandt.

5.4. Kwalitatieve principes in alle domeinen

Tot nu toe hebben we de werkzaamheid van de principes vormen, verbinden en bewegen beschreven waarbij we voor het gemak ervan uitgingen dat 'vormen' hoorde bij het cognitieve domein, 'verbinden' bij het affectieve domein en 'bewegen' bij het conatieve domein. De vereenzijdigingen in de werkzaamheid zijn geïllustreerd met zes typerende casus. Als we deze casus echter nauwkeuriger beschouwen valt op dat de werkzaamheid van de beschreven principes niet per se tot een (of tot het eigen) domein beperkt blijft. De principes zijn ook herkenbaar in de beide andere ontwikkelingsdomeinen.

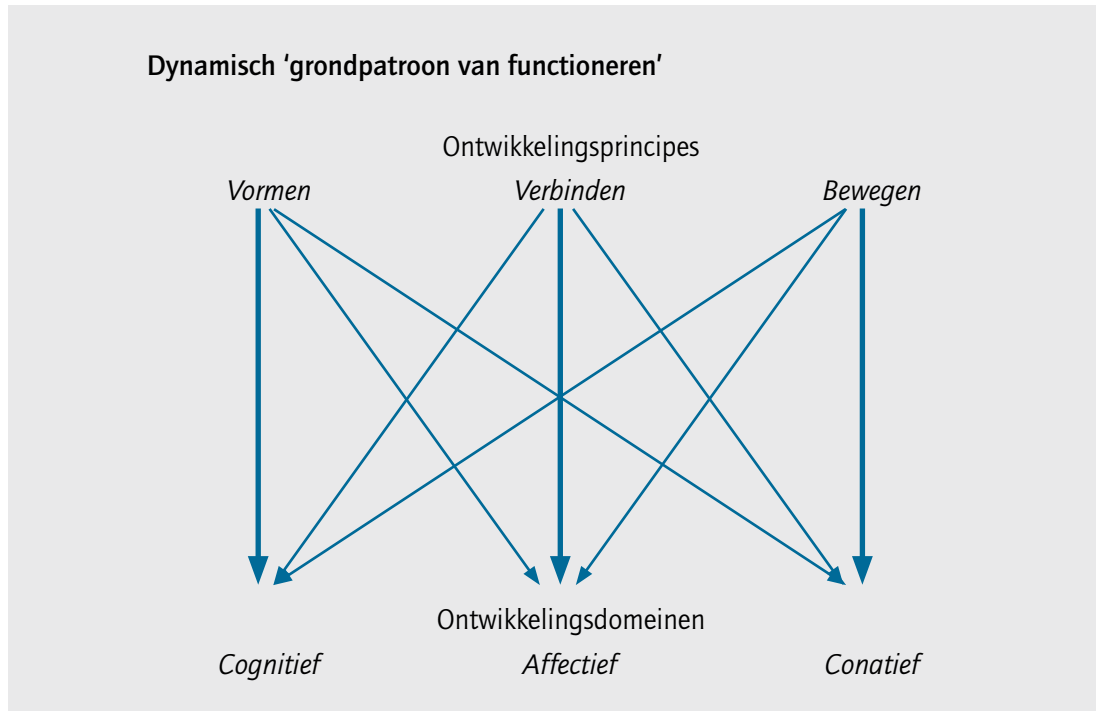
De overmaat aan vorm bij Mark (§ 3.3.1)komt primair tot uiting in het vastzitten in zijn eigen denken en herinnering aan het ongeluk. Affectief zit hij vast in zijn beleving van het ongeluk. De overmaat aan vorm komt bij Mark ook tot uiting in het conatieve domein: zijn gedragingen, met name in zijn houterige motoriek, of bijvoorbeeld hoe hij omgaat met zijn schoolspullen en hoe hij praat (de *spraakmotoriek*).

Bij Malva (§ 4.3.1.) zien we dat de overmatige stuwung ook waarneembaar is in het conatieve (gedrags)domein. Zoals in "...het botsen tegen voorwerpen, wild spelen en pijn doen van kinderen en van de hond". Ze heeft moeite haar boosheid onder woorden te brengen en lijkt ook in haar denken gevangen in de boosheid. De overmatig stuwende kwaliteiten blijven hier dus niet beperkt tot het affectieve domein.

En uit de beschrijving van de casus van Tim (§ 5.3.2.) valt bijvoorbeeld op te maken, dat zijn onstuitbare beweeglijkheid ook in zijn denken verschijnt, wat af te leiden is uit de manier waarop hij al sprekend van de hak op de tak springt. . De heftigheid en snelle wisselingen in zijn emoties wijzen op een overbeweeglijkheid in het affectieve domein.

De kwalitatieve vereenzijdigingen zijn dus wel primair werkzaam in het eigen domein, maar kunnen ook worden waargenomen in de manier waarop het kind binnen de andere domeinen

functioneert. In figuur 5.3. wordt schematisch weergegeven hoe de principes herkenbaar kunnen zijn in de verschillende domeinen.



Figuur 5.3.: Hoewel de afzonderlijke ontwikkelingsprincipes (vormen, verbinden en bewegen) elk vooral met één van de domeinen (cognitief, affectief en conatief) samenhangen, zijn die ontwikkelingsprincipes doorgaans ook in de andere domeinen herkenbaar



6. **Diagnostiek: de 4-stapsbenadering**

6.1. **De diagnostiek van het individuele constitutieprofiel**

We hebben in voorgaande hoofdstukken kennisgemaakt met de drie principes van de constitutietypologie, die van het vormen, verbinden en bewegen, en met de bijbehorende drie paren polaire vereenzijdingen²¹. Dit zijn de beelden waarmee we de *individuele situatie* van het zich ontwikkelende kind in beeld kunnen brengen. In de genoemde hoofdstukken hebben we zes kinderen beschreven die een vrij typerend beeld lieten zien van elk de verschillende vereenzijdingen.

In dit hoofdstuk bespreken we een aanvullende benadering van diagnostiek om het beeld van het *constitutieprofiel* van het kind zo dicht mogelijk te kunnen benaderen. Dit proces kan worden ondersteund door de uitkomst van het Instrument voor de beoordeling van de kinderlijke constitutie, het IKC, de methodiek die in hoofdstuk 9 zal worden uitgelegd. Het is een benadering die zowel door artsen als door andere professionals die betrokken zijn bij de zorg voor kinderen met een ontwikkelingsstoornis, gehanteerd kan worden. We beschrijven hier de diagnostiek zoals die kan worden uitgevoerd door een individuele zorgverlener.

De benadering is gebaseerd op een *4-stapsbenadering* die ontwikkeld is voor de Bolk's Companions (Van der Bie, 2012). Dat is een methode bestaande uit vier verschillende en opeenvolgende manieren om het kind te beschrijven. Voor elke stap beschrijven we de activiteit, de houding die je daarbij aanneemt en wat het oplevert. Deze methode leidt tot een levendig *beeld* van de constitutie van het kind. Dit beeld kan vervolgens richting geven aan de behandeling en begeleiding van het kind, met als uiteindelijke doel om het ontwikkelingspotentieel van het kind zo veel mogelijk de ruimte te kunnen geven.

²¹ Deze vereenzijdingen worden in de literatuur ook 'constitutiebeelden' genoemd. Dit begrip is door R. Steiner beschreven en later door anderen verder uitgewerkt.

6.2. De 4-stapsbenadering

6.2.1. Stap 1: Observatie: het verzamelen van de feiten

In deze stap verzamel je alles wat je tijdens je onderzoek aan het kind kunt waarnemen. Dit begint al bij de eerste indruk, begroeting, met het observeren van het kind tijdens de handdruk en het oogcontact. Je hoort het verhaal aan, met de zorgen, klachten en vragen van het kind en de ouders. Je vraagt ook wat het kind goed kan en graag doet en naar wensen en verwachtingen voor de toekomst. Tijdens het consult heb je aandacht voor uiterlijke verschijnselen, hoe het kind zit, beweegt en spreekt. Je observeert de lichaamsbouw en de gestalte; het gezicht, de huidskleur en de mimiek. Extra aandacht richt je op verschijnselen waar de klachten en vragen van het kind verband mee kunnen houden. Als je het kind ook in andere situaties kunt observeren breiden je waarnemingen zich uit tot hoe het kind zich verhoudt tot zijn omgeving. Je krijgt dan waarnemingen hoe het kind met anderen omgaat, hoe het speelt en hoe het eet. En mogelijk over het slapen, de vertering en zindelijkheid.

In de eerste stap vergaar je zo door gebruik van al je zintuigen talloze ongeordende observaties. Oordelen en interpretaties van diagnostische aard en van sympathie en antipathie kunnen zich aandienen maar die houd je (bewust) terug, evenals mogelijk opkomende therapeutische impulsen. De houding bij deze eerste stap is als die van een *geïnteresseerde toeschouwer*. Wat het je oplevert is een waarnemingsbeeld van het kind (Van der Bie, 2012, p. 27 e.v.) .

We vervolgen nu de bespreking van de casus van Jos uit § 1.1.

Casus

Jos komt achter zijn moeder en aan de hand van vader de onderzoekkamer binnen. Blond haar, in zijn blauwe ogen een starende blik. Bij de begroeting legt Jos zijn hand in mijn uitgestoken hand, hij komt dichtbij mij staan. Als ik zijn hand loslaat blijft hij bij me staan. Jos lijkt groot voor zijn leeftijd. Zijn gezicht is wat langgerekt, met een smalle neus en licht openstaande mond en dunne lippen. Als Jos gaat zitten zakt hij onderuit op de stoel en steunt het hoofd met zijn handen. Als hem wat gevraagd wordt kijkt hij zijn vader en moeder aan; hij wacht

op hun aanmoediging voor hij een kort antwoord geeft. Zijn stem klinkt nasaal.

Anamnese

Ouders vertellen over Jos' boze buien. Die komen als hij zich achtergesteld voelt of als hij vindt dat hij geplaagd wordt. Dan wordt Jos onrustig, krijgt een kleur en in zijn boosheid gaat hij schreeuwen, soms ook met slaan en schoppen. Na de boosheid gaat hij huilen en kruipt weg, hij laat zich niet goed troosten. Ouders noemen ook zijn liefde voor dieren. Hij heeft een konijn waar hij heel lief en zorgzaam voor is. Jos is ook dol op de poes maar die is wat bang voor zijn grijphanden. Jos knikt instemmend als ouders dit over hem vertellen.

Lichamelijk onderzoek

De huid is normaal doorwamd. Beiderzijds in elleboogsplooiën lichte verschijnselen van constitutioneel eczeem. Jos ademt door zijn mond, zijn neus is matig doorgankelijk. De ademhaling is oppervlakkig en versneld. Over de longen is vesiculair ademen hoorbaar, de uitademing is wat verlengd, met sporadisch enig piepen. Over het hart normale tonen, zonder souffles. De buik is gevoelig met actief spierverset, normale peristaltiek.

Jos staat niet stil, hij wiebelt van het ene op het andere been en houdt zijn hoofd wat scheef. Bij het lopen over een lijn en bij het hinkelen verliest hij enkele keren zijn evenwicht.

Bij overgooien van een bal maakt hij een sprongetje en bij het vangen grijpt hij mis.

Bij het aankleden heeft hij hulp nodig.

6.2.2. Stap 2: Patroonherkenning

Bij de volgende stap roepen we eerst de veelheid aan waarnemingen van stap 1 op in onze herinnering. Wanneer je hierin iets mist, of bent vergeten, is het misschien mogelijk om het kind nog eens te zien voor aanvullende observatie. In de waarnemingen die je dan verzameld hebt zoek je naar patronen. Je kunt patronen herkennen als je als het ware 'dwars, van opzij' kijkt naar je herinneringsbeelden. Dit kan al beginnen tijdens de eerste stap en heeft dan mogelijk enige richting gegeven aan je observaties; maar om van het kind een zo volledig mogelijk waarnemingsbeeld te verkrijgen heb je er bij de eerste stap niet in je waarnemingen door laten

beperken. Bij deze tweede stap zoek je wel bewust naar een bepaalde ordening in de gevonden fenomenen door de patronen te zoeken.

De houding die je hierbij hebt is *'open-minded'* participierend. Je leeft je in en beweegt mee, wordt als het ware deelnemer aan de ontwikkeling en het levensverhaal van het kind. Vanuit deze houding zoek je in je herinneringsbeelden naar opvallende verschijnselen en kenmerkende patronen. Dat kan van alles opleveren, mogelijk kom je tot twee, drie of vier verschijnselen die zijn opgevallen. De herkenning van kwetsbaarheid als een patroon, met ontwijkend oogcontact en een terugschrikken bij aanraking. Of van zwaarte in de stemming en in de bewegingen, de ademhaling en de spraak. De patronen die je vindt winnen aan verificerbaarheid als je steeds voor jezelf de vraag kunt beantwoorden aan welke verschijnselen je deze ontleent (Van der Bie, 2012, p. 36 e.v.).

Casus

Bij Jos zijn opvallende verschijnselen:

- *Zijn onzekerheid en gericht zijn op de omgeving; Jos zoekt houvast en steun bij de volwassene*
- *Er is vluchtigheid en onrust in zijn bewegingen*
- *Er is sprake van een nasale spraak, met het accent op de uitademing, en eczeem: tekenen van een allergische constitutie*
- *Zijn manier van omgaan met dieren*
- *Zijn onvermogen om te gaan met onverwachte situaties*

In deze verschijnselen is een patroon herkenbaar van overgevoeligheid en kwetsbaarheid, enerzijds vanwege zijn onzekerheid maar ook vanwege zijn allergie. Hij lijkt té open te staan voor zijn omgeving, en er in op te gaan. Dit was onder andere zichtbaar toen hij (te) dicht bij mij bleef staan na onze begroeting. Daarnaast is er een patroon van onbeheersbare spanning wanneer zijn eigen verwachtingen en die van de omgeving met elkaar botsen (onverwachte situaties, zijn omgang met dieren). Dan kan er iets in hem gaan wringen, een knagen dat kan gaan groeien tot een onbehagen dat in een ontlading/uitbarsting tevoorschijn kan komen Dit zou ook de basis kunnen zijn van zijn motorische onrust.

6.2.3. Stap 3: Verbanden onderscheiden

In de volgende stap breng je eerst de opvallende fenomenen en patronen die je hebt gevonden in je herinnering, en ga je ze onderling vergelijken. De patronen kunnen elkaar hebben opgevolgd, of juist gelijktijdig zijn opgetreden, of mogelijk hebben ze dezelfde oorzaak. Probeer je voor te stellen wat er met het kind gebeurde, hoe de patronen zijn ontstaan, en eventueel ook wat er nog meer gebeurd kan zijn, tussen de patronen en fenomenen in. Probeer een gevoel te laten opkomen voor wát het is geweest dat deze patronen heeft laten ontstaan.

De houding in deze fase is *invoelend*.

Deze stap volgt als je het onderzoek hebt afgerond, mogelijk tijdens of voorafgaand aan een overleg met een collega of het schrijven van een verslag van je onderzoek. Dit is een fase van schijnbaar chaotiseren, omdat je na het activeren vervolgens de feitelijke herinneringsbeelden aan het kind en patronen die je hebt vastgesteld loslaat en 'vergeet', en je openstelt voor wat zich aandient, wat in je op komt. Dat kan een vergelijkend beeld zijn: "Het is net alsof..." Het kan een stemming zijn of een eigen ervaring; of een beeld, bijvoorbeeld een beeld vanuit de natuur. Als je inmiddels vertrouwd bent met de constitutietypologie kan je je ook open stellen voor wat in je op komt in de termen van de vereenzijdigingen van de constitutietypologie. (Van der Bie, 2012, p. 46). Ter ondersteuning en verificatie van je oordeel kun je ook het IKC invullen (zie H9).

Casus

We kijken opnieuw naar de feiten en de patronen zoals hierboven beschreven. Het lijkt er op dat zijn openheid (fysiek herkenbaar in bijvoorbeeld zijn eczeem en zijn openmondgewoonte), in combinatie met zijn psychische kwetsbaarheid ertoe leiden dat hij zich makkelijk dreigt te verliezen in zijn omgeving. Dit zou bij hem oplopende spanning kunnen oproepen, en de motorische onrust. Als hiermee niet goed door zijn omgeving wordt omgegaan kan dit leiden tot een woede-uitbarsting en het bezeren van anderen. De stemming die bij ons kan opkomen is die van het zichzelf verliezen in de omgeving in de beschreven situaties. Jos probeert houvast te vinden door zich bijvoorbeeld letterlijk vast te houden aan de volwassenen om hem heen. Als dat niet lukt wordt hij kwetsbaar en reageert hij agressief, en later met berouw. Vanuit de constitutietypologie is het bij Jos vooral het principe van het verbinden

waarbinnen hij problemen heeft. Jos heeft moeite om zich met zijn omgeving te verbinden. De begrenzing tussen hem en zijn omgeving is te doorlaatbaar. Dit kan beschreven worden als een open, centrifugale dynamiek. Hij kan zichzelf wanneer het nodig is onvoldoende afgrenzen. Meer over dit type eenzijdigheid is terug te lezen in § 4.3.2..

Binnen het principe van het vormen bijvoorbeeld mist hij voldoende structuur, bijvoorbeeld om zijn uitbarstingen te beheersen, of wanneer hij in de stoel neerploft (§ 3.3.2.). Binnen het principe van het bewegen zien we een overmaat aan beweging, hij kan moeilijk stilzitten. Jos lijkt door deze vereenzijdigingen niet alleen belemmeren, hij lijkt er helemaal in vast te zitten.

6.2.4. Stap 4: Betekenisverlening en therapierichting

Bij deze stap proberen we betekenis toe te kennen aan de resultaten van het onderzoek tot nu toe. Eerst kijken we terug naar wat we in de derde stap gedaan hebben: toen we, door ons in te leven, onderzochten wat er bij het kind gebeurde, om zo samenhang te vinden in de patronen die we bij de tweede stap vonden. Bij deze vierde stap vormen we ons een beeld van wat er nodig is. De *houding* bij deze, vierde, stap is die van *intuïtief luisteren* naar wat er aan praktische nieuwe inzichten kan opkomen.

Dat nieuwe inzicht kan bijvoorbeeld zijn, dat er een beeld ontstaat dat het moeilijke gedrag van het kind een reactie is om zichzelf te beschermen (bijvoorbeeld tegen te sterke indrukken of invloeden van buitenaf). Of dat het een manier kan zijn om zijn verzorgenden duidelijk te maken wat hij nodig heeft. Deze inzichten geven betekenis aan de observaties, en het is ook goed mogelijk dat deze zich presenteren als een (symbool)beeld, bijvoorbeeld uit de natuur. Zo'n beeld geeft vaak een dieper inzicht in de noden en ontwikkelingsbehoeften van het kind.

Dit inzicht dat deze beelden geven brengen de eerdere observaties bijeen tot een *samenhangend geheel*, een beeld dat zo goed mogelijk recht doet aan het actuele ontwikkelingspotentieel van het kind (Van der Bie, 2012, p. 48).

Het beeld kan ook bijdragen aan het vinden van de essentiële elementen van het constitutieprofiel en de behandelings*richting*.

Het beeld dat je hebt verkregen van het kind deel je met het kind en zijn ouders. Vaak is dat beeld voor hen direct herkenbaar. Vervolgens kan dan, in samenspraak met hen en de andere behandelaars, een behandelstrategie worden uitgewerkt.

Casus

Enkele dagen later denkt de arts terug aan zijn ontmoeting met Jos, en hoe deze zichzelf steeds dreigde te verliezen in zijn omgeving, de spanning die dat bij Jos opriep en aan de manier waarop Jos steun en bescherming zocht bij volwassenen door zich aan hen vast te klampen. Dit roept het beeld op van een inktvis die zich met de zuignappen op zijn tentakels aan alles om hem heen vastzuigt. Even later komt er nog een ander beeld op: dat van een kat die altijd voor je voeten loopt en langs je benen strijkt. Tot je per ongeluk op hem trapt en de kat begint te blazen. Deze beelden laten de behoefte van Jos zien om zijn eigen basis te vinden en zijn zelfvertrouwen te versterken. Jos zou ook geholpen kunnen zijn als hij beter leert te 'ademen': letterlijk in en uit, maar ook in overdrachtelijke zin: in zijn relaties met anderen zou hij geholpen kunnen zijn als hij bewuster leert omgaan met sympathie en antipathie in de relatie met de ander. Dat gaat samen met het leren ervaren van zijn grenzen en hoe hij daar zelf mee om kan gaan. In plaats van dat hij alleen de grenzen ervaart die hem door zijn omgeving worden opgelegd, wat soms heel pijnlijk kan zijn.

De uitslag van Jos' IKC bevestigde dat Jos vooral problemen heeft binnen het ontwikkelingsprincipe van het verbinden, zoals zal worden uitgelegd in hoofdstuk 9. Zijn open en uitvloeiende dynamiek binnen dit gebied, en de neiging zichzelf te verliezen in de omgeving, werden zichtbaar in zijn kwetsbaarheid en angsten, evenals in zijn snelle en oppervlakkige ademhaling en in zijn emotionele uitbarstingen.

In gesprek met Jos' ouders bespreekt de arts de resultaten van de 4-stapsbenadering, en samen hebben ze het over de beelden die bij stap 4 tevoorschijn kwamen. De vereenzijdiging van Jos binnen het spectrum van het verbinden werd uitgelegd als zijn pijn en eenzaamheid die het gevolg zijn van zijn te grote openheid, waarbij hij ruzie maakt, zijn ouders frustreert en er conflicten ontstaan met andere kinderen en met

zijn ouders. Dit komt de ouders heel plausibel over, en ze kunnen zich goed voorstellen dat het zinvol is om Jos te leren om anders met zijn openheid om te gaan, en met de angsten die daar het gevolg van zijn.

*De **behandelrichting** wordt beschreven als het aanbieden van oefeningen om kracht en zelfvertrouwen in hemzelf te vinden en te versterken, anders te leren ademen, en om zijn grenzen te leren ervaren en er anders mee om te gaan.*

Later tijdens dit gesprek komt Jos erbij. In voor hem begrijpelijke woorden wordt hem uitgelegd op welke manier hij en zijn ouders kunnen bijdragen aan zijn verdere ontwikkeling. Eerst kijkt Jos boos en geïrriteerd, maar vooral het beeld van de inktvis maakt hem nieuwsgierig en zijn gezicht licht op. Hij knikt als de dokter benoemt dat zijn boosheid en ruzie met andere kinderen niet leuk zijn voor hem. De moeder van Jos slaat een arm om hem heen en samen luisteren ze naar de suggesties die de arts heeft om Jos en zijn ouders te helpen. In hoofdstuk 7 zullen deze behandel suggesties verder worden uitgelegd.

Literatuur

Van der Bie, G. (2012). *Wholeness in Science*. Driebergen: Louis Bolk Instituut.

7. *Therapieën*

7.1. Inleiding

We hebben gezien hoe we op verschillende manieren de (ontwikkelings)situatie van het kind in beeld kunnen brengen. In de diagnostiek wordt een classificatie vastgesteld, en het constitutieprofiel wordt als individuele diagnose toegevoegd. De volgende vraag is: wat is de hulp- of behandelvraag van het kind en diens ouders²² of verzorgenden, en hoe kiezen we de juiste benadering en behandeling op het juiste moment? Hoe kunnen we de ontwikkeling en gezondheid van dit kind ondersteunen?

We nemen voor de behandeling als uitgangspunt de vraag die ouders en kind stellen naar aanleiding van hun zorgen en verwachtingen over de ontwikkeling van het kind. Ons doel is het kind te helpen een eigen balans te vinden waarin het kind optimaal welbevinden ervaart en waarin het zich naar eigen mogelijkheden kan ontwikkelen. De keuze voor therapeutische middelen die we hierbij kunnen inzetten ontleen we aan het bij het kind vastgestelde constitutieprofiel.

We hebben de ontwikkelingsprincipes van het vormen, verbinden en bewegen leren kennen aan de hand van processen die we tegenkomen in de natuur en in de kunsten. We hebben gezien hoe deze processen in vereenzijdigingen verstoord kunnen raken en hoe kinderen hiervan last en beperkingen kunnen ondervinden. In dit hoofdstuk beschrijven we wat de therapeutische mogelijkheden zouden kunnen zijn om deze vereenzijdigingen in de constitutie te beïnvloeden.

Theoretisch werkt constitutionele behandeling door:

- Het 'gezonde midden' te versterken
- De overheersende eenzijdigheid af te zwakken, en/of (indien mogelijk) de kracht die in deze eenzijdigheid schuilt dienstbaar maken voor de ontwikkeling.
- De zwakke polaire zijde te versterken

²² omwille van de leesbaarheid wordt in dit boek vaak alleen gesproken over de 'ouders', maar hiermee worden uiteraard ook de verantwoordelijke verzorgende(n) van het kind bedoeld

Het gezonde midden wordt primair versterkt door het creëren van een op het kind afgestemde leefstijl. Een veilige en liefdevolle omgeving met regelmaat en een ritme in slapen, eten, met activiteiten afgewisseld met rust. Regelmaat draagt bij aan de voorspelbaarheid van de gebeurtenissen, en versterkt daarmee voor kinderen het gevoel van veiligheid.

De kunsten bieden ruime mogelijkheden om er creatief kunstzinnig en ook therapeutisch mee te werken. In de therapieën worden de kunsten therapeutisch benut om te helpen wanneer de gezondheid en ontwikkeling van een kind verstoord raakt. De inzet van deze tot therapieën omgewerkte kunsten heeft als doel om wat verstoord is geraakt bij een kind te helpen herscheppen tot een nieuw evenwicht in ontwikkeling en gezondheid.

Is er een logica voor de inzet en keuze van therapieën? In de hoofdstukken 3, 4 en 5 hebben we diverse kinderen in beeld gebracht en hun constitutieprofielen benoemd. Vervolgens werd beschreven welke behandelingen bij deze kinderen zijn ingezet, zonder deze keuzes al te onderbouwen. Het is goed mogelijk dat de lezer met praktijkervaring niettemin al een zekere evidentie ervaart bij die therapiekeuzes die in hoofdstuk 3, 4 en 5 wel zijn genoemd maar nog niet verder toegelicht. Veel van de kwalitatieve aspecten van een constitutiebeeld leven namelijk al in ons bewustzijn, halfbewust of onbewust²³. Bijvoorbeeld: we kunnen ons waarschijnlijk wel voorstellen dat een (uitwendige) therapie, met fysieke warmte en omhulling, het beleven van veiligheid versterkt en daarom een gunstig effect kan hebben bij angst of verwardheid.

Hoe kunnen we de constitutiebeelden, nu we ze hebben leren benoemen, op zo'n manier gebruiken dat we op een logische en meer navolgbare manier tot een therapiekeus kunnen komen? Met andere woorden: welke vorm van therapie, in de zin van kunstzinnige, fysieke en bewegingstherapie, past bij welk constitutiebeeld?

In ieder geval zijn er twee zaken die hierbij een rol spelen. Allereerst kunnen we ons bewust worden van de *niveaus* waarop de verschillende therapieën werkzaam zijn in het organisme. Hierover gaan § 7.2. en § 7.3.. Vervolgens lichten we aan de hand van de korte casussen uit hoofdstuk 3, 4 en 5 de mogelijkheden toe die elke therapievorm in zich heeft om de

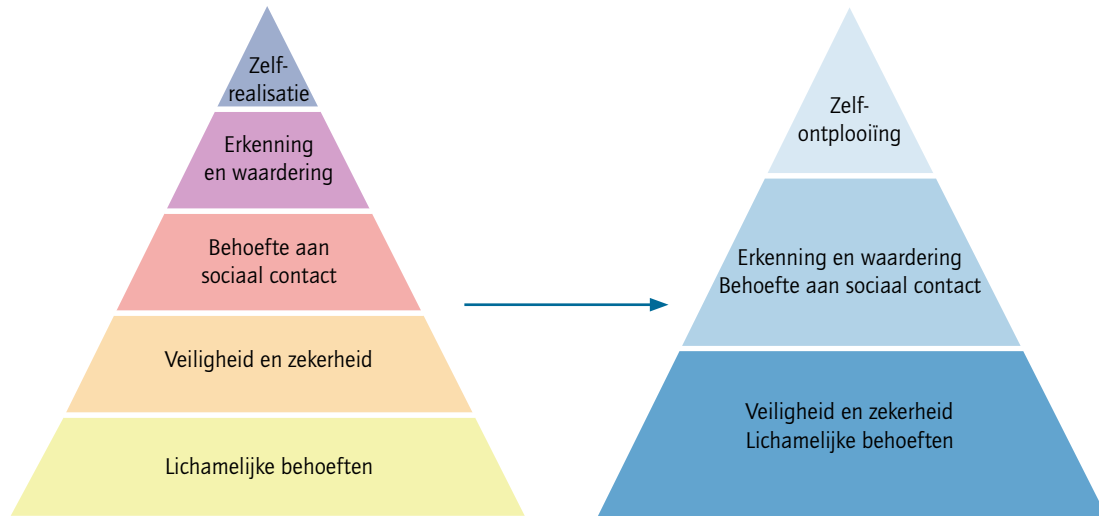
23 In onze beeldspraak kunnen die aspecten terugkomen. "Hij heeft een harde kop", "ze werd een plasje water", "hij vliegt alle kanten op" zijn voorbeelden van die beeldspraak.

eenzijdigheden uit het constitutiebeeld aan te spreken en te helpen harmoniseren (§ 7.4.).

7.2. Niveaus

Aan de kinderlijke ontwikkeling zijn opeenvolgende niveaus te onderscheiden waarop de therapie ingrijpt. Bij de therapie zullen deze niveaus ook in hun eigen volgorde moeten worden aangesproken om ons doel, ondersteuning van de kinderlijke ontwikkeling, mogelijk te maken. Deze volgorde van niveaus maken we inzichtelijk aan de hand van een door ons vereenvoudigde behoeftenpiramide van Maslow (Maslow, 1943) (figuur 7.1.).

- Een **eerste niveau**, waarin integriteit van het kind wordt gerespecteerd, lichamelijke behoeften worden vervuld en *veiligheid* en *zekerheid* ervaren kan worden binnen lichamelijke grenzen.
- Een **tweede niveau** van ervaringen van spelen, leren en activiteiten waarin het kind de kiemen legt voor de ontwikkeling van sociaal-emotionele vaardigheden en kwaliteiten, waaraan het kind *erkenning* en *waardering* ontleent.
- Op het **derde niveau** ontwikkelt het kind voldoende eigenheid en motief om de omgeving tegemoet te treden en tot *zelfontplooiing te komen*.



Figuur 7.1. Maslows oorspronkelijke (links) en vereenvoudigde (rechts) behoeftenpiramide

Nota bene: de behoefte aan *sociaal contact* is niet als niveau op zich vermeld, het is in alle drie niveaus noodzakelijk aanwezig.

Het verdient aandacht en overweging om bij het bepalen van de volgorde van therapieën rekening te houden met deze niveaus. In het algemeen wordt begonnen met aan te sluiten op het meest basale, 'laagste' van de drie niveaus waar het kind therapie nodig heeft. In geval van terugval tijdens de behandeling is het wel eens nodig om de therapie (opnieuw) op een vorig/lager niveau te richten.

7.3. Therapiekeuze

Alvorens we de therapiekeuze bespreken wordt eerst een overzicht gegeven van de therapieën die bij het werken met de constitutietypologie kunnen worden ingezet. (Het is evenwel goed denkbaar dat ook andere behandelvormen inzetbaar zijn.)

7.3.1. Therapie primair gericht op (ontwikkeling van) het bevorderen van veiligheid en zekerheid

Kinderen gedijen in een vertrouwde en gestructureerde omgeving. In een omgeving waarin lichamelijke behoeften als voeding en verzorging, warmte en aanraking worden vervuld. Waarin zorg is voor een regelmaat in het dagelijks leven, in rusten en slapen, voeding en verzorging. Veiligheid en zekerheid worden ook ontleend aan het zich thuis voelen en aan het beleven van welbevinden binnen de begrenzing van het eigen lichaam. En aan het vertrouwen dat het kind kan ervaren aan het lichamenlijk functioneren, aan gezondheid en vitaliteit en aan motorische en verbale vaardigheden (Price, 2005; Röhricht, 2009; Mehling, et al., 2011; Salvatore, Tschacher, Gelo, & Koch, 2015).

Therapie gericht op het eerste niveau is er dus op gericht om het kunnen ervaren en beleven van veiligheid en zekerheid te ondersteunen en te versterken. Therapieën die hieraan kunnen bijdragen zijn met name lichaamsgerichte therapieën (*body-oriented therapies*):

- Uitwendige (lichaamsgerichte) therapie als ritmische inwijvingen, zelf- en oliecompressen en badtherapie.
- Voedings-/dieettherapie
- Fysiotherapie/oefentherapie, psychomotore therapie

7.3.2. Therapie primair gericht op (ondersteuning en ontwikkeling van kwaliteiten waaraan het kind erkenning en waardering ontleent

Ontwikkeling van een kind is als een ontdekkingsreis waarin het zich, met hulp van anderen, kwaliteiten en vaardigheden verwerft. Een kind ontwikkelt zich door het nabootsen en zelf doen, door het vrije spel en door een brede sociale en culturele belangstelling. Hiermee verwerft het creatieve vermogens waarmee persoonlijke emoties en gedachten en vaardigheden uitgedrukt leren kunnen worden (*expressie*) en waaraan het *zelfvertrouwen* kan ontleen.

Therapieën die hieraan kunnen bijdragen zijn:

- Spe(e)ltherapie
- Boetseren, tekenen, schilderen
- Muziek
- Bewegings-, dans- en euritmitherapie
- Logopedie en spraaktherapie

7.3.3. Therapie primair gericht op ontwikkeling van het persoonlijk functioneren: het ondersteunen en bevorderen van zelfontplooiing

Zelfontplooiing is verbonden met het verwerven van vermogens om verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen ontwikkeling en uitvoering geven aan eigen keuzes. Je word je bewust van je kwaliteiten en mogelijkheden. Je ontdekt waar je interesses liggen en waar je je op wilt gaan richten.

Hiervoor zijn de therapieën primair gericht op de ontwikkeling van de eigen identiteit en het ontdekken en invulling geven aan het eigen levensmotief.

Therapieën die hieraan kunnen bijdragen zijn:

- Euritmitherapie
- Psychotherapie
- Biografische gesprekken
- Gezins-/systeemtherapie

In het Addendum (achterin deze Companion) is in zes voorbeelden nader uitgewerkt welke therapeutische aanpak kan helpen om een *specifieke eenzijdigheid* te harmoniseren.

7.4. Uitwerking van de casus Jos (vervolg op H6)

Als speerpunten van behandelrichting is aan de ouders en aan Jos voorgesteld:

- **Kindgericht:**

Niveau 1:

- *Beginnen met lichaamsgerichte therapie: totaalinwrijvingen met een verwarmende olie, om eigenheid binnen lichamelijke begrenzing te ervaren. Gevolgd door een periode ritmische massage.*

Niveau 2:

- *Dit kan worden vervolgd met kunstzinnige therapie. Waarnemend tekenen waarmee het zich oriënteren aan de werkelijkheid wordt versterkt. En schilderen om in het oefenen met kleuren eigen belevingswereld te ontwikkelen*
- *In een later stadium kan bewegingstherapie (euritmietherapie) helpen om wat betreft het verbinden een eigen verhouding te vinden tot afstand/nabijheid en terughouding/overgave. Muziektherapie kan een vervolg zijn om eigen ritme en melodie te volgen en hierbij samen te spelen en af te stemmen op een ander.*

Niveau 3:

- *Psychomotore therapie is een optie wanneer hij in de puberteit/adolescentie hulp nodig heeft om te gaan met conflicten en frustraties in het contact met leeftijdsgenoten en volwassenen.*

- **Systeemgericht:**

- *Ouderbegeleiding om ouders te steunen en adviseren bij hun vragen over alledaagse opvoedingssituaties en -problemen.*
- *Schoolbegeleiding: in overleg met ouders wordt de leerkracht en de school geïnformeerd over bevindingen van het onderzoek en de adviezen.*
- *Wanneer de adolescentie in zicht komt: coaching in het vinden en realiseren van een eigen perspectief wat betreft leven, wonen en werken.*

In het vervolg van het gesprek met zijn ouders is Jos erbij gekomen. In voor Jos begrijpelijke woorden is met hem besproken hoe zijn ontwikkeling voor ouders

en hemzelf een opgave is. Eerst keek Jos verongelijkt en bozig. Vooral bij het beeld van de inktvis leek hij wat nieuwgierig te worden en verbeterde zijn stemming. Met hoofdknikken gaf hij aan dat boosheid en ruzie met andere kinderen niet leuk was. Moeder had een arm om hem heen geslagen en samen hoorden ze aan hoe we ouders en hem willen helpen.

De casus wordt vervolgd in H8: Begeleiding.

Literatuur

- Maslow, A. (1943). A theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Mehling, W. E., Wrubel, J., Daubenmier, J. J., Price, C. J., Kerr, C. E., & ... & Stewart, A. L. (2011). Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine*, 6(1), 6.
- Price, C. (2005). Body-oriented therapy in recovery from child sexual abuse: an efficacy study. *Alternative therapies in health and medicine*, 11(5), 46.
- Röhrich, F. (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4(2), 135-156.
- Salvatore, S., Tschacher, W., Gelo, O. C., & Koch, S. C. (2015). Dynamic systems theory and embodiment in psychotherapy research. A new look at process and outcome. *Frontiers in psychology*, 6, 914.

8. *Begeleiding en verwerking*

8.1. Inleiding

Hoe vergaat het ons als we deel zijn aan een onverwachte belastende, pijnlijke gebeurtenis, een ongeluk in het verkeer, een ziekte of stoornis van een naaste of van onszelf? We zijn van de kaart, in verwarring, mogelijk in paniek. Door wisselende gevoelens worden we heen en weer geslingerd. Chaos dreigt, we kunnen ons nauwelijks een beeld vormen van wat gaande is, hoe de situatie te beoordelen, en nog moeilijker van wat de toekomst zal brengen.

Wat betekent het voor een kind en voor de ouders en het gezin als duidelijk wordt dat bij het kind sprake is van een ontwikkelingsstoornis? Welke inzichten helpen om hiermee om te gaan en een perspectief te realiseren? Welke processen worden hierbij doorgemaakt? Het is bij de begeleiding van een gezin met een kind met ontwikkelingsproblematiek belangrijk om je bewust te zijn van deze vragen. Als (verwerkings)processen niet herkend en benoemd worden en niet goed verlopen kunnen ze, soms onbewust doorwerkend, de verdere ontwikkeling van het kind en het leven in het gezin in de weg blijven zitten.

In het eerste hoofdstuk is aangegeven dat diagnostiek niet alleen leidt naar classificatie en behandeling van de stoornis, maar ook het begin kan zijn van het realiseren van een nieuw ontwikkelingsperspectief. In de laatste jaren zijn vanuit verschillende richtingen inzichten ontwikkeld voor het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen. Dat geldt ook voor het omgaan met een ontwikkelingsstoornis, door het kind zelf en diens naasten. Adequate begeleiding bij verwerkingsprocessen rondom ontwikkelingsstoornissen is daarbij voorwaarde-scheppend voor het slagen van een ontwikkelingsgerichte therapie. Enkele van de verschillende inzichten bespreken we in dit hoofdstuk.

Aan de orde komen het **rouw- en verwerkingsproces** zoals dat door Kübler-Ross (2014) is beschreven in het omgaan met pijnlijke en traumatische gebeurtenissen. Een belangrijke rol is er voor de **salutogenese** (Antonovsky, 1979) die de weg kan wijzen voor het in de biografie/het

leven integreren van pijnlijke gebeurtenissen. Het construeren van een **levensverhaal** (narratieve benadering) (Hewitt, 2003; Brantlinger, Jimenez, Klingner, Pugach, & Richardson, 2005) kan helpen om een samenhangend beeld te ontwikkelen van de eigen levensgeschiedenis, waarin de ontwikkelingsstoornis een plek heeft. Bij deze inzichten neemt het begrip 'heelheid', het behoud en herstel van heelheid, een centrale plaats in. Hoe we de weg ook gaan om uit de verwarring te komen, als het goed komt is het resultaat dat we uiteindelijk weer 'heel' worden, ook met een beperking. Dat we er voor onszelf en met anderen woorden aan kunnen geven. Dan heeft het een plek in ons gekregen die toegankelijk is om in herinnering te brengen, verder over te denken en gevoelens bij te hebben.

8.2. Verwerking, rouw

Fasering

De vaststelling dat er sprake is van een ontwikkelingsstoornis zal voor het kind en zijn omgeving een ingrijpende en verdrietige ervaring zijn. Het zet iets in gang dat verwant is aan een rouwproces. Kübler-Ross (2014) heeft het rouwproces beschreven aan de hand van haar ervaringen in de begeleiding van mensen rondom het sterven. Dit rouwproces is ook herkenbaar in het omgaan met ingrijpende en verdrietige ervaringen. De vijf fasen die zij onderscheidt - **denial, anger, bargaining, depression, acceptance** - benoemen we hier als **ontkenning, woede, marchanderen, depressie, acceptatie**. Voor Kübler-Ross is rouw geen lineair proces, dat fase na fase wordt doorlopen. Mensen slaan soms fasen over, blijven in één fase hangen of vallen terug in een eerdere fase. In het begeleiden van een gezin met een kind met een ontwikkelingsstoornis is het van belang zich bewust te zijn van deze fasering van het verwerkingsproces.

Fase 1

Ontkenning is als een terugdeinzen, of weigering, om de werkelijkheid onder ogen te zien. De feiten ontkennen en niet binnen laten komen, doen alsof het er niet is of niet is voorgevallen. Doorgaan met het leven, zonder aandacht te geven aan de gebeurtenissen die aanleiding zijn voor verdriet en pijn, zal de opgelopen wond niet doen helen. Ontkenning is een fase, een vorm van **zelfbescherming**, van niet meer binnen laten komen dan je aankunt. Het kan behulpzaam zijn om het tempo te bepalen waarin het verdriet wordt toegelaten.

Fase 2

In het vervolg van het verwerkingsproces komen emoties los, naast het verdriet staat vaak woede of boosheid op de voorgrond: waarom moest mij/hem/haar dit overkomen, hoe kon het gebeuren? Er wordt gezocht naar een schuldige, heb ik zelf schuld, of is het de dokter, het ziekenhuis of de familie? 'Er had anders gehandeld moeten worden, dan was het nog goed gekomen'. Als elke andere fase kan ook deze fase blijven opspelen en zich herhalen.

Fase 3

In de fase van het **marchanderen** wordt onderhandeld over het heden en het toekomstperspectief. 'Als zij meer en betere therapie en medicijnen krijgt zal het beter gaan', 'hij zal toch wel naar een gewone school kunnen gaan?', 'mijn kind zal toch zeker een vak kunnen leren, zelfstandig kunnen wonen?'.

Fase 4

Veelal wordt dit gevolgd door een periode van **depressie** met een overgave aan machteloosheid. Het zal niet meer goed komen, er is niemand die het kan veranderen en die kan helpen. Dit kan leiden tot het beleven van verlatenheid en eenzaamheid, alleen met jezelf of in de kring van het eigen gezin.

Fase 5

Het vraagt vertrouwen en moed om tot **acceptatie** te komen. Dat is als de stoornis en het verdriet erover geaccepteerd kunnen worden, en er vertrouwen kan ontstaan dat ook met een stoornis voor het kind het leven goed kan zijn. Dit is de fase waarin moed gevonden kan worden om er 'samen voor te gaan' om voor en met dit kind een (ontwikkelings)perspectief te realiseren.

Dan heeft het een plek gekregen en kan er in betrokkenheid over worden gepraat, zonder dat de emoties, boosheid, schuld en schuldgevoelens, verdriet, alles overstemmen. Dan kunnen de wonden gaan helen, en de blik op het heden en de toekomst worden gericht.

Schuldvraag

In het rouwproces bij het verwerken van de betekenis en gevolgen van de stoornis is het thema schuld genoemd: "Bij de geboorte had de vroedvrouw onvoldoende deskundigheid, de ambulance liet te lang op zich wachten, het was anders gegaan als niet eerst een foute diagnose was gesteld. Of had ik zelf eerder aan de bel moeten trekken dat het niet goed ging?" De schuldvraag appelleert

aan het ik, heb ik iets verkeerd gedaan, had ik anders of eerder moeten handelen, is het mijn schuld? Het zijn mogelijk onontkoombare vragen, goed om bij stil te staan, maar niet goed om bij te blijven, omdat ze het verwerkingsproces, en het vinden van een nieuwe 'heelheid', langdurig kunnen blokkeren. Het omgaan met een schuldvraag, eigen schuldgevoelens en beschuldigingen naar de partner, naar familie en anderen, is voor ouders en voor het individu dat een stoornis heeft opgelopen, maar ook voor hulpverleners, een opgave. Het vraagt soms aanvullende aandacht tijdens de begeleiding.

8.3. Salutogenese

De heelheid die in de vorige paragrafen wordt benoemd, is door Antonovsky (1979) onderzocht en beschreven als '*sense of coherence*', het gevoel en beleven van samenhang, heelheid. Het proces om (weer) tot deze heelheid te komen noemt hij '*salutogenese*²⁵'. De *sense of coherence* houdt idealiter in, dat je leven en je biografie een geheel vormen waarin alle gebeurtenissen een plek hebben, of ze nu vreugdevolle ervaringen zijn dan wel pijnlijke gebeurtenissen. Er zijn geen ontoegankelijke weggestopte ervaringen, open wonden, die ontkend worden. De beleving van coherentie heb je en ontwikkel je niet zo maar wanneer je ziekte en lijden moet doorstaan. Het hebben van veerkracht (Almedom, 2005; Masten, 2001; Masten, 2014) is een noodzakelijke basis om coherentie te kunnen ervaren.

Volgens Antonovsky zijn er drie componenten die samen de voorwaarden vormen voor een *sense of coherence*. Willen gebeurtenissen en ervaringen kunnen bijdragen aan het beleven van coherentie, dan dienen ze **begrijpelijk** (*comprehensible*), **hanteerbaar** (*manageable*) en **betekenisvol** (*meaningful*) te zijn:

- Het kunnen **begrijpen** en overzien wat er gaande is als je iets overkomt, zoals een ziekte of (ontwikkelings)stoornis.
- Het beschikken over mogelijkheden om de situatie te **hanteren**, er mee om kunnen gaan en er invloed op uit te kunnen oefenen; of zo nodig de vaardigheden hiervoor verwerven.

25 Salutogenese: de oorsprong en het ontstaan van gezondheid.

- Het **betekenis** (zin) kunnen geven en ontlenen aan je leven, aan wat er in je leven gebeurt, aan vreugdevolle en ook aan pijnlijke en verdrietige ervaringen, en de gebeurtenissen als uitdagingen zien die de moeite waard zijn.

De zorg en begeleiding van een kind vragen een voortdurend rekening houden met deze voorwaarden zodat het kind een *sense of coherence* (heelheid) kan ervaren. Zo komt de weg vrij voor ouders en kind om te werken aan de acceptatie van de stoornis en deze een te plek geven in hun leven.

8.4. Een narratieve benadering

Kinderen en volwassenen met een ontwikkelingsstoornis kunnen door de confrontatie met de diagnose van een stoornis, door traumatische ervaringen met ziekten, ziekenhuisopnames, belastende behandelingen en opname in een instelling het overzicht over hun levensgeschiedenis verliezen. Er kan een blinde vlek zijn voor de traumatische gebeurtenissen uit het verleden. Het reconstrueren van het levensverhaal kan helpen om een samenhangend beeld te ontwikkelen van de eigen levensgeschiedenis waarin ook de ontwikkelingsstoornis een plek heeft (Van Beek & Schuurman, 2007). Onze eigen identiteit berust voor een belangrijk deel op de beelden die we van ons zelf hebben en die we vanuit onze omgeving gespiegeld krijgen. Het '*Lifebook for Youth*²⁶' bijvoorbeeld is een hulpmiddel waarmee je die beelden bewust kan worden. Hiermee wordt de levensgeschiedenis verzameld en vastgelegd, als een hulpmiddel bij het verwerken ervan.

In een *narratieve benadering* (White, 2005; White, 2007) kunnen mensen met een door traumatische ervaringen verstoorde ontwikkeling geholpen worden opdat ook onvolledige en mogelijk pijnlijke herinneringen een plek kunnen krijgen. Samen 'beeldvormend' een verhaal maken kan helpen, terwijl het tegelijkertijd ook pijn kan doen. We construeren een levensverhaal door woorden te geven aan ervaringen of erover te schrijven, of er een tekening of een schildering over maken. Of door als een collage foto's en andere attributen samen te brengen in een boek of een doos. Al deze activiteiten kunnen in belangrijke mate bijdragen aan het identiteitsbewustzijn van het opgroeiende kind. Een inlevende en ondersteunende benadering en hulp vanuit de

omgeving is nodig om het verhaal samen te stellen. In de begeleiding van kinderen en hun ouders helpt het werken met levensverhalen aan het herstel van heelheid, aan een *sense of coherence*.

8.5. Vervolg van het verhaal van Jos: begeleiding

Het tot eigen verhaal maken van het leven met een ontwikkelingsstoornis maakt zichtbaar hoe de ontwikkelingsstoornis een plek krijgt, hoe het geïntegreerd wordt in het leven. Hoe zijn Jos en de andere gezinsleden hierbij begeleid?

In H1 is de casus van Jos geïntroduceerd, met de zorgen en vragen van zijn ouders. In H6 is in vier stappen het onderzoek en de diagnostiek besproken en wat dat bij Jos heeft opgeleverd. En in H7 is beschreven welke voorstellen met ouders en Jos zijn besproken voor de begeleiding en behandeling.

Jos en zijn ouders werden door de behandelend arts begeleid bij het doorlopen van de verwerkingsfasen van Kübler-Ross. Vooral de schuldvraag was moeilijk voor hen om los te laten en kwam telkens weer terug, omdat ze veel vragen hadden over de gebeurtenissen rond zijn ziekzijn als jong kind: hadden zij eerder hulp moeten zoeken? Had de bloeddruk van zijn moeder tijdens de zwangerschap beter behandeld moeten worden? Hadden ze aan de bel moeten trekken toen Jos als baby zo schrikachtig was? Door met de ouders hierover te spreken, en over het gedrag van Jos en zijn ontwikkeling, konden zij de gebeurtenissen langzaam een plek geven.

Door de uitleg van de beelden uit de 4-stapsbenadering en de pedagogische adviezen van de behandelaar werd het voor hen onbegrijpelijke gedrag van Jos niet alleen begrijpelijker, maar ook beter hanteerbaar. Dat hielp hen Jos te accepteren zoals hij is. Ook de therapeutische adviezen werden hierdoor begrijpelijk, wat bijdroeg aan hun vertrouwen. Pas veel later konden de ouders, en ook zijn zus en broer, de situatie met Jos zien als iets dat ook betekenis had voor henzelf.

Hierbij was het werken aan het levensverhaal van Jos een hulp, ook voor Jos zelf. Dank zij de begeleiding die ze kregen kon Jos' moeder het verhaal schrijven over haar zwangerschap, de geboorte en eerste jaren van Jos. Met hulp schreef Jos zelf

iets over zijn herinneringen aan de gebeurtenissen in zijn jeugd op, geïllustreerd met collages en tekeningen. 'Dit werd, samen met foto's uit die jaren, bijeengebracht in het levensboek. Met zijn vader heeft Jos een doos in elkaar gezet voor het levensboek, zijn knuffels en andere voor Jos waardevolle spullen uit zijn jeugd. Die nam Jos mee toen hij uit huis ging. Samen met de therapieën die werden voorgeschreven, op basis van zijn constitutie, gaf het hem de mogelijkheid om op twintigjarige leeftijd in een begeleid-wonen-situatie te kunnen gedijen en een beroepsopleiding te gaan volgen. In de loop van de jaren leerde Jos beter omgaan met zijn doorlaatbaarheid, kon hij beter zijn emoties benoemen, waardoor de uitbarstingen geleidelijk aan minder werden.

8.6. Voorbeelden van mensen met ontwikkelingsstoornis en nieuw perspectief

Het verhaal van Jos laat een manier zien hoe een veranderd levensperspectief zich kan ontwikkelen. Er zijn veel voorbeelden van mensen die met een ziekte of beperking te maken kregen, en voor zichzelf een nieuw perspectief moesten vinden. Over hen zijn boeken en films gemaakt. Schrijvers als Oliver Sacks (2016) en Andrew Solomon (2016) hebben zulke verhalen van kinderen en hun ouders opgetekend. Er zijn ook biografieën verschenen, ook van mensen die van een kind of van zichzelf de levensgeschiedenis beschrijven (Momma, 2014; Brown, 2014). Het leven van de autistische Temple Grandin, die wereldberoemd werd als diergedragskundige, is eveneens een uitgesproken voorbeeld van een vrouw die met haar autisme een bijzonder en sterk ontwikkelingsperspectief wist te realiseren (Wood, 2016).

Je kunt in deze verhalen lezen hoe het beleven van een ziekte van aanvankelijk negatief, vreemd en storend, deel gaat uitmaken van het leven, en zelfs gebruikt kan worden in het realiseren van een levensdoel. Het wordt als het ware eigen gemaakt en geaccepteerd. En waarin zich, net als in ieders leven, mogelijk - opnieuw - tegenvallers gaan voordoen maar zeker ook kansen en mogelijkheden met een nieuw perspectief.

Literatuur (referenties)

- Almedom, A. (2005). Resilience, Hardiness, Sense of Coherence, and Posttraumatic Growth: All Paths Leading to "Light at the End of the Tunnel"? *Journal of Loss and Trauma*, 10(3), 253-265.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Brantlinger, E., Jimenez, R., Klingner, J., Pugach, M., & Richardson, V. (2005). Qualitative Studies in Special Education. *Exceptional Children*, 71, 137-148.
- Brown, C. (2014). *My Left Foot*. London: Vintage Publishing (Penguin).
- Hewitt, H. (2003). Tell it like it is. *Learning Disability Practice*, 6, 18-22.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2014). *On Grief and Grieving - Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. New York: Simon & Schuster.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*, 56(3), 227.
- Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child development*, 85(1), 6-20.
- Momma, K. (2014). *Een reis door het leven van Kees*. Amsterdam: Prometheus.
- Sacks, O. (2016). *Een antropoloog op Mars*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Solomon, A. (2016). *Ver van de boom*. Amsterdam: Nieuw Amsterdam.
- Van Beek, F., & Schuurman, M. (2007). *Werken met levensverhalen en levensboeken: praktische handleiding voor begeleiders*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- White, M. (2005). Children, trauma and subordinate storyline development. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work*(3/4), 10-21.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: WW.W. Norton.
- Wood, A. (2016). *Temple Grandin - Voice for the Voiceless*. New York: Skyhorse Publishing.

Literatuur (aanbevolen)

- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. *The self-regulation of health and illness behaviour*, 1, 42-65.
- Steiner, R (1916) *Das Rätsel des Menschen - Die geistigen Hintergründe der menschlichen Geschichte*. GA170; p 105 e.v.

9. Het IKC

9.1. Inleiding

In zorginstellingen wordt, geïnspireerd door het werk van Rudolf Steiner, in de praktijk, naast de gangbare diagnostiek, gewerkt met aanvullende inzichten op basis van de begrippen uit de constitutietynologie. Vanwege de wens om daartoe een gemeenschappelijk taalgebruik te realiseren, en om een methode te ontwikkelen die intersubjectiviteit en herhaalbaarheid van de beoordelingen mogelijk maakt, is op basis van de constitutietynologie een instrument ontwikkeld: het Instrument voor het beoordelen van de Kinderlijke Constitutie (IKC) (Niemeijer, Baars, & Hoekman, 2008). Inmiddels zijn bevindingen gepubliceerd van onderzoek naar de ontwikkeling van het instrument (Niemeijer, Baars, Hoekman, & Ruijsenaars, 2018) en naar de psychometrische eigenschappen.

Met het IKC kan in de praktijk van de zorg de beeldvorming en diagnostiek van de constitutie van een kind worden ondersteund. Het IKC is beschikbaar via www.bolkscompanions.com. Het IKC is ook in tekstvorm toegevoegd als bijlage bij dit hoofdstuk.

9.2. Samenstelling IKC

Het IKC bestaat uit twee delen: één beoordelingsonderdeel dat gebruikmaakt van een zevenpuntschaal, en één met een visueel analoge schaal als basis. Bij het ontwerp is gebruikgemaakt van de voor de typologie kenmerkende polariteiten en is de constitutie op twee manieren beoordeelbaar gemaakt, terugkomend in deel I respectievelijk deel II van het IKC. Het instrument bevat een Toelichting als hulp bij het invullen.

De behandelaar is verantwoordelijk voor het invullen van het IKC. Bij de invulling is het functioneren van het kind in de *voorafgaande maand* bepalend.

9.2.1. Deel I: zevenpuntsschaal

Deel I bestaat uit 36 items, voor elk van de drie ontwikkelingsprincipe 12 items. Dit deel wordt ingevuld op basis van de waarnemingen zoals die in stap 1 van de *4-stap* zijn verkregen.

De gegevens voor het invullen worden verstrekt door zorgverleners die direct betrokken zijn bij de zorg voor het kind. In de praktijk is dat veelal de verantwoordelijke behandelaar, die zo nodig te rade kan gaan bij anderen die direct bij de dagelijkse zorg betrokken zijn. Maar iedereen die het kind van dichtbij kent én die bekend is met de methodiek van het IKC kan dit onderdeel invullen.

3	is gesloten in het contact	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	is open in het contact
4	haakt vast in eigen gespreksonderwerp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	dwaalt af van eigen gespreksonderwerp
5	(F) neigt naar verstopping	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	neigt naar diarree
6	(F) valt 's avonds snel in slaap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	valt 's avonds laat in slaap
7	is weinig beweeglijk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	is overbeweeglijk
8	is weinig opmerkzaam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	is alert en ziet alles
9	heeft een vaste en voorspelbare omgangsstijl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	is onvoorspelbaar in het contact

Figuur 9.1. Gedeelte uit deel I van het IKC: beoordeling op zevenpuntsschaal van 36 items

De 36 items die beoordeeld moeten worden zijn polair geformuleerd en weergegeven op een zevenpuntsschaal (figuur 9.1.), tussen twee uitersten. Hierop kan worden aangegeven of er sprake is van evenwicht, dan wel, in meerdere of mindere mate, van evenwichtsverstoring (vereenzijdiging) van elk van de polair geformuleerde items. De score '0' (neutraal) wijst op balans, alle andere scores wijzen op een meer of mindere mate van vereenzijdiging. Deze manier van beoordelen wordt toegepast voor afzonderlijke verschijnselen die bij het kind kunnen worden waargenomen; het heeft een *analytisch karakter*.

9.2.2. Deel II: visueel analoge schaal (VAS)

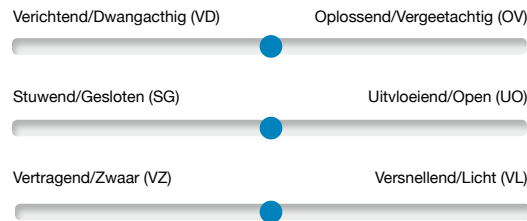
Deel II bestaat uit drie VAS-schalen, voor elk van de drie ontwikkelingsprincipes een schaal. Ook deel II wordt ingevuld door de voor de diagnostiek verantwoordelijke behandelaar. De behandelaar

geeft in deel II een *klinisch oordeel* over de mate van evenwicht, dan wel eenzijdigheid, in elk van de drie paren polaire constitutiebeelden.

De in de *4-staps* gevonden karakteristieke impressies (van de derde stap) worden door de behandelaar vertaald naar deze schalen door ze te vergelijken met de karakteriserende beschrijvingen van de constitutiebeelden in de Toelichting. Per schaal kan hier een waarde variërend van -10 tot +10 uitkomen.

Voor het invullen van de drie VAS-schalen in Deel II van het IKC gaat het om het *waarnemen en inleven*, enerzijds in het kind en anderzijds in de dynamiek van het continuüm tussen de uitersten van de drie paren polaire constitutiebeelden.

Geef, door het zetten van een markering, aan in welke mate de karakteristieke impressies die je hebt gevonden in stap 3 van de *4-staps*-benadering overeenkomen met de dynamiek van de polaire constitutiebeelden. Wanneer je vindt dat er geen sprake is van eenzijdigheid plaats je de markering in het midden. Wanneer je vindt dat de dynamiek volledig overeenkomt met een van de vereenzijdigingen, plaats je de markering aan de uiterste rechter of linker zijde van de lijn. In alle andere gevallen beoordeel je zo nauwkeurig mogelijk waar je de markering tussen het midden en een van de uitersten plaatst (zie figuur 9.2.).



Figuur 9.2. Visueel Analoge Schaal (VAS): deel II van het constitutie-instrument (IKC)

De beoordeling met Visueel Analoge schalen (VAS) appelleert aan vermogens tot herkenning van patronen (of '*Gestalt*²⁷') en sluit aan bij de methodiek van verwerking van de patroonherkenning. (Daston & Galison, 2007; Stolper, Van de Wiel, Van Royen, Van Bokhoven, Van der Weijden, &

²⁷ Gestalt: een uit het Duits afkomstig psychologisch begrip. Het begrip staat voor een 'totaalbeeld', waarbij het geheel meer is dan de som der delen.

Dinant, 2011) tot een impressie. Met deze wijze van beoordelen wordt een andere manier van waarnemen aangesproken (dan het direct zintuiglijk waarnemen (Bortoft, 2012)) voor het beoordelen van de constitutie, het heeft een synthetisch holistisch karakter.

9.2.3. Het vaststellen van het constitutieprofiel

De uitkomst van beide delen van het IKC wordt weergegeven als **constitutieprofiel**. In dit profiel worden voor de vergelijkbaarheid de scores in deel I en deel II weergegeven op een tienpuntsschaal. Voor deel II is dat makkelijk, de uitkomsten van de scores op de VAS-schalen worden immers weergegeven in scores van -10 tot +10.

Bij deel I is dat ingewikkelder. Voor elk van de drie ontwikkelingsprincipes zijn er in deel I 12 items, voor elk item omvat de score (op een zevenpuntsschaal) scores van -3 tot +3. Dit betekent dat voor elk principe de totaalscores een bereik omvatten van -36 (12 x -3) tot +36 (12 x +3). Voor het vaststellen van het constitutieprofiel zullen daarom de uitkomsten van deel I door 3,6 worden gedeeld, om ze te kunnen weergeven op een tienpuntsschaal. In de onlineversie van het IKC vindt deze omrekening automatisch plaats.

Behalve de *totaalscore* voor deel I en II wordt ook de *spreiding* in de uitkomsten van deel I weergegeven in het profiel. Hiertoe worden ook de uitkomsten van alle scores (< 0 en > 0) opgeteld en voor de 10-puntsschaal gedeeld door 3,6.

9.3. IKC in de praktijk: uitwerking bij Jos – Deel I

In de volgende twee paragrafen gaan we verder met de casus van Jos. Zijn uitgewerkte IKC wordt als voorbeeld gebruikt om te laten zien op welke manier het IKC wordt ingezet.

Deel I van het IKC is ingevuld aan de hand van waarnemingen die in stap 1 van de *4-stap* zijn gevonden. Het merendeel van deze waarnemingen heeft de behandelaar door eigen observaties verkregen, enkele waarnemingen berusten op observaties van de afgelopen maand door andere bij het onderzoek betrokken zorgverleners.

9.3.1. Deel I - Vormen

De 12 items in deel I die betrekking hebben op het ontwikkelingsprincipe van het vormen, het polaire beeldenpaar verdichtend/dwangachtig (VD) versus oplossend/vergeetachtig (OV) zoals die bij Jos zijn ingevuld, staan hieronder in de tabel. In de eerste kolom staat het itemnummer. In de tweede kolom het item zelf, en in de derde kolom de score (van -3 tot +3).

Merk op dat de items die op de verschillende ontwikkelingsprincipes betrekking hebben in de lijst door elkaar zijn gezet.

Item #	Items < 0	Score Jos Vormen	Items > 0	Score
01	Laat in de omgang met anderen eigen plannen moeilijk los	○ ○ ● ○ ○ ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Laat in omgang met anderen eigen plannen makkelijk varen	-1
04	Haakt vast in eigen gespreksonderwerp	○ ○ ● ○ ○ ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Dwaalt af van eigen gespreksonderwerp	-1
09	Heeft een vaste en voorspelbare omgangsstijl	○ ○ ● ○ ○ ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Is onvoorspelbaar in het contact	-1
10	Heeft een nauwkeurige herinnering aan gebeurtenissen	○ ○ ○ ○ ● ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Heeft geen of vage herinneringen aan gebeurtenissen	+1
11	Heeft neiging tot controleren van eigen handelingen	○ ○ ○ ○ ○ ● ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Doet zonder erbij na te denken	+2
13	Heeft een donkere tot zwarte haarkleur	○ ○ ○ ○ ● ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Heeft een blonde tot rode haarkleur	+1
14	Heeft starre denkpatronen	○ ○ ○ ○ ● ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Is chaotisch in zijn/haar denken	+1
23	Heeft een gevormde lichaamsbouw	○ ○ ○ ● ○ ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Heeft een ongevormde lichaamsbouw	0
25	Is perfectionistisch, Pietje Precies	○ ○ ○ ○ ● ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Is slordig	+1
29	Sluit zich af als hij/zij boos is	○ ○ ○ ○ ○ ● ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Heeft ongerichte explosieve woede-uitbarstingen	+2
31	Houdt vast aan afspraken	○ ○ ● ○ ○ ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Vergeet afspraken	-1
32	Heeft vaste gewoontes	○ ○ ○ ● ○ ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Maakt gewoontes zich niet (makkelijk) eigen	0

Het aantal keren dat de verschillende scores werden gegeven aan één van de items is:

	Scores < 0 (centripetaal)	Neutraal	Scores > 0 (centrifugaal)
	0 x -3		0 x +3
	0 x -2	2 x 0	2 x +2
	4 x -1		4 x +1
Som	-4	0	+8

Dit geeft tot een totaalscore op de zevenpuntschaal voor het ontwikkelingsprincipe *vormen* van: $-4 + 0 + 8 = 4$. Dit wordt gedeeld door $3,6 = 1,111$. Afgerond geeft dit een *score* op de tienpuntschaal van +1, met een *spreiding* van -1 (-4 : 3,6) tot +2 (8 : 3,6).²⁸

De scores van de zevenpuntschaal vertaald naar tienpuntschaal voor het principe 'vormen'

Centripetaal

Centrifugaal

VD +10 _____ -1 ___ 0 ___ +1 ___ +2 _____ -10 OV

²⁸ De totaalscore wordt dus berekend door alle 12 waarderingscijfers bij elkaar op te tellen: $4x -$ en $8x +$. Om tot een vertaling naar de tienpuntschaal te komen wordt de eindscore gedeeld door 3,6. De spreiding wordt vervolgens gevonden door de afzonderlijke sommen van de scores <0 (hier: -4) en die van de scores >0 (hier: +8) eveneens te delen door 3,6. Dit resulteert in een spreiding van $-4 : 3,6 = -1$ en $+8 : 3,6 = +2$.

9.3.2. Deel I - Verbinden

De 12 items van deel I die betrekking hebben op het ontwikkelingsprincipe van het verbinden, het polaire beeldenpaar stuwend/gesloten (SG) versus uitvloeiend/open (UO) zijn als volgt ingevuld:

Item #	Items < 0	Score Jos Verbinden	Items > 0	Score
03	Is gesloten in contact	○ ○ ○ ○ ○ ● ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Is open in contact	+2
16	Lijkt pijn niet te voelen	○ ○ ○ ○ ○ ○ ● -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Overmatig gevoelig voor pijn	+3
18	Heeft droge handen en huid	○ ○ ○ ○ ○ ● ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Vochtige handen en huid	+1
19	Toont weinig tot geen emoties	○ ○ ○ ○ ○ ● ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Toont heftige emoties	+2
20	Is vooral op zichzelf gericht	○ ○ ○ ○ ○ ○ ● -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Is vooral gericht op omgeving	+3
21	Heeft een huid die stevig/dik aanvoelt	○ ○ ○ ○ ○ ● ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Heeft een huid die dun aanvoelt	+1
22	Is niet bang om fouten te maken	○ ○ ○ ○ ○ ● ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Is bang om fouten te maken	+2
24	Is weinig gevoelig voor zintuigindrukken	○ ○ ○ ○ ○ ● ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Is zeer gevoelig voor zintuigindrukken	+2
27	Heeft een langzame diepe ademhaling	○ ○ ○ ○ ○ ● ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Heeft een snelle oppervlakkige ademhaling	+2
30	Is zich niet (zo) bewust van omgeving	○ ○ ○ ○ ○ ● ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Is alert ten aanzien van omgeving	+1
33	Reageert niet (sterk) op veranderingen in de omgeving	○ ○ ○ ○ ○ ● ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Reageert overmatig op veranderingen in omgeving	+1
34	Ziet en voelt geen gevaren	○ ○ ○ ○ ○ ● ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Is overal bang voor	+2

Het aantal keren dat de verschillende scores werden gegeven aan één van de items is:

	Scores < 0 (centripetaal)	Neutraal	Scores > 0 (centrifugaal)
	0 x -3		2x +3
	0 x -2		6x +2
	0 x -1		4x +1
Som	0	0	+22

Dit geeft een totaalscore van $0 + 0 + 22 = 22 : 3,6 = 6,11$. Afgerond is dit een score op de tienpuntsschaal van +6. Er is geen negatieve score en dus *geen spreiding*.

De scores van de zevenpuntsschaal vertaald naar tienpuntsschaal voor het principe 'verbinden'

Centripetaal Centrifugaal
 SG -10 _____ 0 _____ +6 _____ +10 UO

9.3.3. Deel I - Bewegen

De 12 items van deel I die betrekking hebben op het ontwikkelingsprincipe van het bewegen, het polaire beeldenpaar vertragend/zwaar (VZ) versus versnellend/licht (VL) zijn als volgt ingevuld:

Item #	Items < 0	Score Jos Bewegen	Items > 0	Score
02	Is gelijkmatig van stemming	○ ○ ○ ○ ● ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Toont snelle omslag(en) in stemming	+1
05	Neigt naar verstopping	○ ○ ○ ● ○ ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Neigt naar diarree	0
06	Valt 's avonds snel in slaap	○ ○ ○ ○ ● ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Valt 's avonds laat in slaap	+1
07	Is weinig beweeglijk	○ ○ ○ ○ ○ ● ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Is overbeweeglijk	+2
08	Is weinig opmerkzaam	○ ○ ○ ○ ● ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Is alert en ziet alles	+1
12	Heeft een lage spierspanning, een ontspannen houding	○ ○ ○ ● ○ ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Heeft een hoge spierspanning, een gespannen houding	0
15	Heeft bij het lopen een zware gang	○ ○ ○ ○ ● ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Heeft bij het lopen een lichte tred	+1
17	Toont weinig initiatief	○ ○ ● ○ ○ ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Toont veel en wisselende initiatieven	-1
26	Heeft een zware lichaamsbouw	○ ○ ○ ○ ● ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Heeft een tengere, lichte lichaamsbouw	+1
28	Toont weinig tot geen reacties op prikkels	○ ○ ○ ○ ● ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Reageert heftig op prikkels	+1
35	Moet 's morgens gewekt worden	○ ○ ● ○ ○ ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Is 's morgens vroeg wakker	-1
36	Reageert niet (direct) op een vraag	○ ○ ○ ○ ● ○ ○ -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Wacht vraag niet af, handelt direct	+1

Het aantal keren dat de verschillende scores werden gegeven aan één van de items is:

	Scores < 0 (centripetaal)	Neutraal	Scores > 0 (centrifugaal)
	0 x -3		0 x +3
	0 x -2	2x 0	1 x +2
	2 x -1		7 x +1
Som	-2	0	+9

Dit geeft tot een totaalscore van $-2 + 0 + 9 = 7 : 3,6 = 1,94$. Afgerond geeft dit een score op de tienpuntsschaal van +2, met een *spreiding* van -1 (-2 : 3,6) tot +3 (+9 : 3,6).

De scores van de zevenpuntsschaal vertaald naar tienpuntsschaal voor het principe 'bewegen'

Centripetaal		Centrifugaal
VZ -10 _____	-1 ___ 0 ___ +2 ___ +3 _____	+10 VL

9.4. Deel II van IKC van Jos – constitutieprofiel volgens IKC

9.4.1. VAS-schalen ingevuld

Deel II met de drie VAS-schalen is ingevuld door de behandelaar aan de hand van de karakteristieke impressies die in stap 3 van de *4-stap* zijn geformuleerd:

Centripetaal		Centrifugaal
VD _____	0 ___ +1 _____	OV
SG _____	0 _____ +5 _____	UO
VZ _____	0 _____ +3 _____	VL

9.4.2. Constitutieprofiel

Resumerend is de constitutie van Jos als volgt beoordeeld:

Constitutieprofiel:

Verdichtend/dwangachtig Oplossend/vergeetachtig

I _____ -1 ___ 0 ___ +1 ___ +2 _____

II _____ 0 ___ +1 _____

Stuwend/gesloten

Uitvloeiend/open

I _____ 0 _____ +6 _____

II _____ 0 _____ +5 _____

Vertragend/zwaar

Versnellend/licht

I _____ -1 ___ 0 ___ +2 ___ +3 _____

II _____ 0 _____ +3 _____

Beoordeling van het gehele IKC van Jos

Het constitutieprofiel van Jos laat in alle drie de ontwikkelingsprincipes een *centrifugale tendens* zien. De centrifugale vereenzijdiging is het meest uitgesproken aanwezig in het principe van het verbinden, in de zin van open-uitvloeiend. De centrifugale tendens is in mindere mate aanwezig in de principes van het vormen en bewegen. De scores op de 36 items (deel I) en de VAS-schalen (deel II) tonen een vergelijkbaar beeld.

Dit is overeenkomstig met wat we gevonden hebben in § 6.2.3. Om de beide uitkomsten beter te kunnen vergelijken volgt hierbij nogmaals de uitkomst van stap 3 van de *4-stap*:

Casus Jos

In hoofdstuk 6 lezen we over Jos:

We kijken opnieuw naar de feiten en de patronen zoals hierboven beschreven. Het lijkt er op dat zijn openheid (fysiek herkenbaar in bijvoorbeeld zijn eczeem en zijn openmondgewoonte), in combinatie met zijn psychische kwetsbaarheid ertoe leiden dat hij zich makkelijk dreigt te verliezen in zijn omgeving. Dit zou bij hem oplopende spanning

kunnen oproepen, en de motorische onrust. Als hiermee niet goed door zijn omgeving wordt omgegaan kan dit leiden tot een woede-uitbarsting en het bezeren van anderen. De stemming die bij ons kan opkomen is die van het zichzelf verliezen in de omgeving in de beschreven situaties. Jos probeert houvast te vinden door zich bijvoorbeeld letterlijk vast te houden aan de volwassenen om hem heen. Als dat niet lukt wordt hij kwetsbaar en reageert hij agressief, en later met berouw.

Vanuit de constitutietypologie is het bij Jos vooral het principe van het verbinden waarbinnen hij problemen heeft. Jos heeft moeite om zich met zijn omgeving te verbinden. De begrenzing tussen hem en zijn omgeving is te doorlaatbaar. Dit kan beschreven worden als een open, centrifugale dynamiek. Hij kan zichzelf wanneer het nodig is onvoldoende afgrenzen. Meer over dit type eenzijdigheid is terug te lezen in § 4.3.2..

Binnen het principe van het vormen bijvoorbeeld mist hij voldoende structuur, zoals is af te lezen aan zijn onvermogen om zijn uitbarstingen te beheersen, of uit de manier waarop hij neerploft in een stoel (§ 3.3.2.).

Jos lijkt door deze vereenzijdigingen niet alleen te worden belemmerd, hij lijkt er helemaal in vast te zitten.

Literatuur

- Bortoft, H. (2012). *Taking Appearance Seriously - The Dynamic Way of Seeing in Goethe and European Thought*. Edinburgh: Floris Books.
- Daston, L., & Galison, P. (2007). *Objectivity*. Brooklyn, New York: Zone Books.
- Niemeijer, M., Baars, E., Hoekman, J., & Ruijsenaars, A. (2018). An instrument for dimensional diagnosis of a child's constitution (ICC). *Int J Complement Alt Med*. 2018;11(2):68–73. DOI: 10.15406/ijcam.2018.11.00369, 11, 68-73.
- Niemeijer, M., Baars, E., & Hoekman, J. (2008). Ontwikkeling en implementatie van een meetinstrument op basis van heilpedagogische constitutiebeelden. In E. Baars, & G. Van der Bie (Red.), *Praktijkonderzoek in de antroposofische gezondheidszorg* (pp. 168-176). Leiden: Hogeschool Leiden.
- Stolper, E., Van de Wiel, M., Van Royen, P., Van Bokhoven, M., Van der Weijden, T., & Dinant, G. J. (2011). Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning. *Journal of General Internal Medicine*, 26(2), 197-203.
- Van der Bie, G. (2012). *Wholeness in Science*. Driebergen: Louis Bolk Instituut.

10. *Epiloog*

10.1. Terugblik

In deze Companion hebben we een aanvullende benadering voor diagnose en behandeling van kinderen met een ontwikkelingsstoornis gepresenteerd. In de praktijk van het werk met kinderen en volwassenen zijn de diagnostische criteria van de DSM-5, hoewel behulpzaam bij de afbakening van de classificerende diagnose, vooral *stoornisgericht*. In de praktijk zijn deze onvoldoende om handvatten te vinden waarmee het individuele kind ondersteund kan worden bij diens ontwikkeling. Een aanvullende beschrijvende diagnose geeft weliswaar meer mogelijkheden, maar biedt evenmin de handvatten om het ontwikkelingspotentieel van deze kinderen optimaal de ruimte te geven.

De *4-stapsbenadering* voor het vaststellen van een aanvullende constitutionele diagnose is een *ontwikkelingsgerichte* benadering, die bovendien richting geeft aan therapeutische mogelijkheden en leefstijladviezen. Deze benadering kan worden aangevuld en ondersteund door het Instrument voor de beoordeling van de Kinderlijke Constitutie (IKC). Deze systematiek is al vele jaren in gebruik in praktijken en instellingen over de hele wereld. Het onderscheiden van **zes types in de kinderlijke constitutie** is daarvoor de basis. Deze types werden uitvoerig beschreven in de hoofdstukken 3,4 en 5.

Aan de hand van voorbeelden met de meest uitgesproken vereenzijdigingen hebben we de zes kinderlijke constitutietypes verder uiteengezet, zodat de lezer zich een levendig beeld van deze types kon vormen.

Het gebruik van de beeldtaal om een kinderlijke constitutie te beschrijven blijkt een adequate manier te zijn om kinderen met een ontwikkelingsstoornis in hun ontwikkelingspotentieel te begrijpen en te kunnen ondersteunen met therapeutische middelen. In feite is dit ook voor zogenaamd 'normale' kinderen behulpzaam gereedschap. En welke aandachtige lezer van deze Companion heeft niet herkenningsmomenten bij het lezen over de zes constitutietypen gehad?

Wij willen deze Companion niet afsluiten zonder te vertellen hoe het verder is gegaan met Jos, die we door de hele Companion hebben kunnen volgen.

10.2. Casus Jos - epiloog

In hoofdstuk 1 hebben we het verhaal van Jos verteld toen hij 8 jaar oud was.

*Aan Jos was op 6-jarige leeftijd door de kinderpsychiater eerst een niet **eenduidige** classificatie toegeschreven. Er werden destijds verschillende classificaties overwogen: ADHD vanwege zijn overbeweeglijkheid; een ontwikkelingspsychose vanwege zijn vreemde gedrag met fantasieverhalen, en een autismespectrumstoornis vanwege de communicatieproblemen, zijn stereotype gedrag, gefixeerde interesses en hyperreactiviteit. De voorlopige diagnose was: een ontwikkelingsstoornis niet nader omschreven, bij een jongen met een vermoedelijk licht verstandelijke beperking.*

*In de **beschrijvende diagnose** werd de algehele ontwikkelingsachterstand vermeld, zijn achterstand in spraak- en taalontwikkeling en in zelfredzaamheid en zijn problemen in het contact met anderen. Hierbij werd ook gewezen op aanwijzingen voor een lichte verstandelijke beperking. Jos was weliswaar klein voor zijn leeftijd, er waren echter geen lichamelijke kenmerken die op een mogelijke aangeboren stoornis wezen. Dat gold ook voor de eenmalige koortsstuipt die is beschreven evenals voor Jos zijn luchtwegproblematiek. Jos groeide op in een volledig gezin dat positief betrokken was op Jos.*

*Op 8-jarige leeftijd werd Jos verder onderzocht waarbij zijn **constitutieprofiel** werd vastgesteld. In H6 wordt dit onderzoek besproken aan de hand van de 4-stapsbenadering en in H9 wordt het resultaat van de afname van zijn IKC beschreven. Het blijkt dat Jos in alle drie domeinen van ontwikkeling - vormen/ verbinden/bewegen - een **perifere, centrifugale tendens** laat zien. De vereenzijdiging in het domein van het verbinden richting open-uitvloeiend is het sterkst. Een centrifugale tendens is in lichtere mate ook aanwezig wat betreft het vormen en het*

bewegen. In het IKC tonen de scores op de 36 score-items (deel I) en de VAS-schalen (deel II) een overeenkomstig beeld. Het profiel bevestigt het bij de 4-stapsbenadering vastgestelde beeld van gevoeligheid en kwetsbaarheid, Jos was weinig in zichzelf verankerd en zijn zelfvertrouwen bleek beperkt ontwikkeld.

In hoofdstuk 7 zijn de therapieën beschreven, en de drie niveaus waarop ze inwerken op de ontwikkeling (de vereenvoudigde piramide van Maslow):

- *veiligheid*
- *erkenning, waardering, behoefte aan sociaal contact*
- *zelfontplooiing.*

Voor Jos was een therapie van belang om lijfelijk, binnen lichamelijke grenzen, veiligheid en vertrouwen te ervaren en als beleving zich eigen te maken. Therapieën van het tweede niveau hielpen hem zelfvertrouwen te ontwikkelen. Hiermee kon hij zich vaardigheden eigen maken om meer in evenwicht te blijven in contacten met andere mensen. En in hoofdstuk 8 werd beschreven hoe hij en zijn familie werden ondersteund bij het verwerken en aanvaarden van Jos zijn situatie, zodat hij een veilige plek in het gezin kon vinden.

Inmiddels is Jos volwassen, 21 jaar oud. Jos woont en werkt nu op een zorgboerderij. Hij heeft er een eigen appartement. Hij krijgt er ondersteuning bij dagelijkse activiteiten als maaltijdbereiding en schoonmaak. In een leer-/werk-traject ontwikkelt hij vaardigheden in de veehouderij, bij het melken en de melkverwerking en in de tuinbouw.

Op verzoek is Jos graag bereid terug te kijken op zijn leven tot nu toe en te vertellen wat de begeleiding die hij kreeg voor hem heeft betekend.

Jos is heel tevreden met zijn plek op de zorgboerderij. Zelf zegt hij dat zijn liefde voor dieren hem er heeft gebracht. Het werk met de dieren geeft hem de meeste voldoening. De omgang met de mensen op de boerderij blijft moeilijk voor hem. Jos wil graag onder de mensen zijn maar zelf weet hij dat hem dit niet goed af gaat. Hij krijgt vaak te horen dat hij niet zo moet dwingen en niet zo snel boos moet worden. Maar hij kan dat nog niet goed veranderen en dat is ook de reden dat hij een woonplek apart van



de anderen heeft gekregen. Weggaan van thuis, van zijn vader en moeder, was een moeilijke stap voor hem. Maar toen zijn broer Hans op kamers ging accepteerde Jos dat het ook voor hem tijd werd deze stap te nemen.

Jos viert zijn verjaardag op de dag dat ik met hem terugkijk, de eerste verjaardag dat hij niet meer thuis woont. 's Morgens is hij toegezongen en heeft hij getrakteerd bij de koffie. Spannend, maar toch fijn. Zijn ouders zijn 's middags gekomen en ook zijn oudere zus, Clara en zijn broer, Hans. Ook Frits is extra gekomen, zijn persoonlijk begeleider.

Jos is trots om zijn bezoek op zijn eigen kamer te kunnen ontvangen. In de keuken heeft hij meegeholpen een taart voor ze te bakken. Dat was moeilijk want het moest precies zo worden als hij het altijd thuis met zijn moeder had gedaan. Toen dat niet gebeurde was hij heel boos geworden, ondanks wat hij in de psychomotore therapie heeft geleerd. Frits, zijn persoonlijk begeleider moest komen helpen, anders had hij de taart zeker weggegooid.

Jos en zijn bezoek vertellen hoe zijn leven tot nu toe is verlopen. Het waren bewogen jaren, voor Jos en voor het hele gezin. Jos' broer Hans vertelt: jarenlang leek het of alles om Jos draaide, alle aandacht was op hem gericht. Dan weer was Jos ziek of moest moeder voor gesprekken naar school of met hem naar therapie. En voor zijn gevoel had hij, Hans, altijd de schuld als Jos boos was of ging huilen. Gelukkig kan Hans daar nu anders naar kijken, hij beseft dat hij er vaak niets aan kon doen dat Jos zich zo gedroeg. Hij heeft veel baat gehad bij de gesprekken met een coach, en realiseert zich dat hij daardoor ook heeft geleerd om met vergelijkbare situaties in zijn leven nu om te gaan.

Clara vult aan dat het gezellig werd als ze met elkaar aan de grote keukentafel

konden tekenen en schilderen. Jos smeerde zichzelf meer onder dan dat de verf op het papier kwam, maar hij genoot zichtbaar. En ja, pappa was altijd op pad voor zijn werk en dus moest zij oppassen als mamma eens weg moest. Dan was het moeilijk om het met Hans en Jos gezellig te houden, die kregen altijd ruzie met elkaar.

Jos' moeder haalt een fotoboek. Clara bladert direct naar de bladzijde met een foto van het gezin op een camping in Frankrijk, met Jos tussen moeder en haar in en daarnaast vader en Hans. Die zal gemaakt zijn toen Jos 11 jaar was. Het onderzoek bij Jos had eigenlijk niets opgeleverd en was inmiddels achter de rug. Ja, Jos had een ontwikkelingsachterstand, functioneerde op licht verstandelijk beperkt niveau, en had wel symptomen van een autistische stoornis, maar onvoldoende om de diagnose te stellen. En er was geen duidelijke oorzaak, mogelijk was zijn achterstand een gevolg van de problemen bij de geboorte. In ieder geval was er voor Jos gelukkig een passende school gevonden waar hij geleerd heeft met zijn handen te werken. En de huisarts had gesprekken met vader en moeder gehad, waardoor ze Jos beter konden begrijpen. Hij had Jos ook naar kunstzinnige therapie verwezen, waar hij volgens eigen zeggen geleerd heeft om te zeggen wat hij wil en wat hij wel en niet leuk vindt. Ook vertelt Jos hoe hij heeft leren genieten van de massage die hij kreeg. Moeder zegt dat ze het gevoel had dat ze toen Jos weer echt kon 'zien', hij werd meer zichzelf. Jos herinnert zich ook hoe hij muziektherapie kreeg. Toen kon hij eindelijk ook muziek maken met de rest van het gezin, dat was belangrijk voor hem.

Moeder vult aan hoe voor haar gevoel de gesprekken van het hele gezin met de psycholoog geholpen hebben. Allemaal hadden ze daar hun verhaal kunnen vertellen, over onzekerheid en verdriet, over gevoelens van onbehagen en miskend worden, maar ook over leuke dingen. In de enkele gesprekken daar ervoer ze de bevestiging dat ze allemaal een eigen plek en bijdrage in het gezin hadden.

Jos heeft grote stappen in zijn ontwikkeling gemaakt, die ertoe geleid hebben dat hij nu semizelfstandig kan leven en een levensvulling heeft gevonden. Hiervoor zijn met name de therapieën van belang geweest. De diagnosestelling met de 4-stapsbenadering, en de controle hierop met de IKC, maakte het mogelijk een rationele keus uit de therapieën te maken voor Jos. Door omstandigheden is het constitutieonderzoek bij Jos helaas nooit herhaald.

Jos en zijn ouders, en ook zijn broer en zus, zijn tevreden over de ontwikkelingsstappen die hij heeft kunnen maken dankzij de bepaling van zijn constitutieprofiel. Zij hebben

de uitkomst van die bepaling allemaal op hun eigen manier kunnen gebruiken om beter te begrijpen hoe zij binnen het gezin het beste met Jos konden omgaan.

10.3. Discussie

Het werken met een constitutieprofiel met zes types vanuit de zes constitutiebeelden is weliswaar in de praktijk al jaren in gebruik, tot tevredenheid van cliënten en hun omgeving en hulpverleners, maar staat nog in de kinderschoenen wat betreft de wetenschappelijke verantwoording. Het gebruik van beeldtaal in de zorgpraktijk, zoals ook bij het werken met de constitutietypologie noodzakelijk is, is in opkomst maar vraagt nog veel onderzoek om het objectiever te maken. De publicatie van het Instrument ter beoordeling van de Kinderlijke Constitutie (IKC) (Baars & Niemeijer, 2004) geeft voor het eerst een houvast om de diagnosestelling toetsbaar te maken. Enkele gepubliceerde artikelen (Niemeijer, Baars, & Hoekman, 2008; Niemeijer & Gastkemper, 2009; Niemeijer, M., Baars, Hoekman, & Ruijsenaars, 2018, Niemeijer, Baars, Hoekman & Ruijsenaars, 2018), zijn stappen in de richting van het verantwoorden van de methode en het valideren van het instrument. Het toetsen van de resultaten van deze manier van werken is een volgende stap om deze werkwijze op grotere schaal beschikbaar te maken.

Literatuur

- Baars, E., & Niemeijer, M. (2004). *Beeldvormende diagnostiek van de kinderlijke constitutie*. Driebergen: Louis Bolk Instituut.
- Niemeijer, M., & Gastkemper, M. (2009). *Ontwikkelingsstoornissen bij kinderen* (5e druk ed.). Assen: Van Gorcum.
- Niemeijer, M., Baars, E., & Hoekman, J. (2008). Ontwikkeling en implementatie van een meetinstrument op basis van heilpedagogische constitutiebeelden. In E. Baars, & G. Van der Bie (Red.), *Praktijkonderzoek in de antroposofische gezondheidszorg* (pp. 168-176). Leiden: Hogeschool Leiden.
- Niemeijer, M., Baars, E., Hoekman, J., & Ruijsenaars, A. (2018). An instrument for dimensional diagnosis of a child's constitution (ICC). *Int J Complement Alt Med*. 2018;11(2):68–73. DOI: 10.15406/ijcam.2018.11.00369, 11, 68-73.
- Niemeijer, M., Baars, E., Hoekman, J., & Ruijsenaars, A. (2018). Validity and Reliability of the Instrument for Assessing the Child's Constitution (ICC): Individualising Processes in Diagnosing Children with a Developmental Disorder. *International Journal of Studies in Nursing*, 3(3), 172-180.

Addendum bij hoofdstuk 7: Therapieën

In dit addendum zal, per constitutiebeeld (eenzijdigheid), aan de hand van de kort beschreven casussen in hoofdstuk 3, 4 en 5, nader worden ingegaan op de specifieke benadering en behandelingsbehoefte bij elk afzonderlijk constitutiebeeld.

A.1. Therapieën bij onevenwichtig vormen: verdichtend/dwangachtig versus oplossend/vergeetachtig

A.1.1. Verdichtend/dwangachtig: Mark (11 jaar)

Over Mark was de conclusie in hoofdstuk 3:

"**Verschijnselen** die verwijzen naar een vereenzijdiging in de richting van het verdichtend/dwangachtige: Marks aandacht voor zijn uiterlijk en zijn presentatie en de spanning in zijn houding. De dwingende wijze waarop hij het thema 'ongeluk' te berde brengt. En het vastzitten aan gewoontepatronen: hoe het hoort, met het opruimen van zijn spullen, dat zijn jas dichtgeknoopt moet zijn en zijn spullen op zijn tafeltje op de juiste plek moeten liggen.

Als werkzame **dynamiek** in het vormen zijn centripetaal naar binnen gerichte krachten die leiden tot verdichting en verstarring."

Bij Mark kan worden gekozen voor een behandelstrategie, gericht op het versterken van een 'oplossende, centrifugale dynamiek'.

Uitwendig/fysiek: badtherapie en **massage** kunnen helpen om los te laten en weg te dromen (**niveau 1**).

Kunstzinnig: schilderen, met name nat-in-nat schilderen met waterverf in lichte kleuren kan helpen om het verlies aan vorm te beleven en te accepteren. Luisteren naar **muziek** die appelleert aan het gevoelsleven (**niveau 2**).

De **pedagogische** 'oplossende' benadering is het afleiden en in beweging brengen. Het dwingende

en dwangachtige, zoals bij Mark in de casus, wordt als zodanig geaccepteerd. En dan wordt overgegaan tot de orde van de dag. We leiden de aandacht en ons handelen naar een volgende activiteit (**niveau 3**).

A.1.2. Oplossend/vergeetachtig: Robert (13 jaar)

Over Robert was de conclusie in hoofdstuk 3:

“**Verschijselen** die wijzen op een vereenzijdiging in de richting van het oplossende/vergeetachtige: een verdroomd bewustzijn met een starende blik in de ogen, weinig gerichte aandacht. De moeite die hij heeft om zichzelf te verzorgen en om in zijn spraak te articuleren. Hij moet geholpen worden om zich aan afspraken te houden en om z'n spullen mee te nemen. Mogelijke uitingen van een oplossende tendens zijn ook het ongevormde in het lichamelijke, het krullend haar, de rode blos, het transpireren en de onderuitgezakte houding.

Als werkzame **dynamiek** in het vormen zien we deze fenomenen als uiting van centrifugaal gerichte krachten die leiden tot vormeloosheid: het niet tot vorm komen; en wat er een aanzet toe is lost op voor uitvoering is afgerond.”

Uitwendige/fysieke therapie: een meer passieve wijze van vorm-geven bieden uitwendige behandelingen. Bijvoorbeeld kan **ritmische massage** vormend en structurerend worden toegepast. Meer actief kunnen bewegingstherapieën als euritmie- en ook **spraaktherapie**, een bijdrage leveren (**niveau 1**).

Een **kunstzinnige therapie** die helpt om vorm te geven is bijvoorbeeld het boetsen, waarbij uit bonken klei, vrij of naar aanleiding van een voorbeeld, vormen worden geboetseerd (**niveau 2**).

Van de **pedagogische** benadering vraagt dit aandacht voor duidelijkheid en herhaling, met vaste ritmes en gewoontes als structuur. Korte heldere vragen en mededelingen, verbaal en waar mogelijk ondersteund door andere, bijvoorbeeld visuele informatie (zoals pictogrammen en gebarentaal) (**niveau 3**).

A.2. Therapieën bij onevenwichtig verbinden: gesloten/stuwend versus uitvloeiend/open

A.2.1. Gesloten/stuwend: Malva (7 jaar)

Over Malva lezen we in hoofdstuk 4:

“**Verschijnselen** die wijzen op een vereenzijdiging in de richting van het stuwende/geslotene: de opgekropte boosheid, met een rood aangelopen gezicht, een vuurspuwende blik en stampvoeten. Uiting van het stuwende zijn ook het botsen tegen voorwerpen, wild spelen en pijn doen van kinderen en van de hond. Ze heeft weinig terughouding en kan andermans grenzen onvoldoende respecteren.

Als gesloten/stuwende **dynamiek** zien we een naar buiten gerichte (centrifugale) kracht die weerstand ondervindt aan een vaste en moeilijk doordringbare grens, welke laatste door toenemende kracht/druk van binnenuit doorbroken kan worden.”

In de therapie sluiten we aan bij deze dynamiek en proberen die te harmoniseren. Kernelementen hierin zijn: ruimte geven, ontspannen en ontkrampen, de begrenzing laten vervloeien, de verbinding met de omgeving verbeteren.

Mogelijkheden voor ontspannen en ontkrampen en om de begrenzing te verzachten en te laten vervloeien komen met name uit **lichaamsgerichte behandelingen** als bijvoorbeeld de massage (**niveau 1**).

De verbinding met de omgeving, met als doel om de begrenzing te laten vervloeien, kan worden ondersteund door het doen van waarnemingsoefeningen in de **kunstzinnige therapie**, met tekenen, schilderen en boetseren. Ook **muziek** kan een hulpmiddel zijn, met name het samen spelen op strijkinstrumenten vraagt om af te stemmen, gelijktijdig luisteren en acteren (**niveau 2**). Voor het **pedagogische** betekent dit: niet frontaal confronteren, wel ruimte geven maar zonder te wijken (voor het ‘vuurspuwende’) (**niveau 3**).

A.2.2. Uitvloeiend/open: Angélique (9 jaar)

Over Angélique lezen we in hoofdstuk 4:

“**Verschijnselen** die verwijzen die naar een open/uitvloeiende vereenzijdiging: sterk gericht op de omgeving. Onvoldoende afgrenzing en beperkte innerlijke veiligheid. Onvoldoende doorwarming en een dunne huid, gevoelig voor aanraking. Zoekend naar houvast in de omgeving, een pop: degene die ze kent en vertrouwt. Angst voor het nieuwe en onbekende. Als ze het vertrouwen krijgt en ervaart ze dit als zelfvertrouwen kan ze stralen.

Als **dynamiek** van het open/uitvloeiende zien we: een zwakke uiterlijke begrenzing van een organisme, dat aan inwendige krachten onvoldoende houvast geeft en aan de omgeving onvoldoende weerstand biedt.”

Therapieën die harmoniserend werken op de open/uitvloeiende dynamiek kenmerken zich door: extra begrenzing geven, innerlijke ruimte vullen, verwarmen.

Uitwendige/fysieke therapie: pakkingen en inwrijvingen kunnen de huid als grens naar de buitenwereld verstevigen. Het aanbieden van warmte is hierbij belangrijk. Een uitvloeiende/open dynamiek leidt op fysiek gebied tot verlies van warmte, doordat de omgevingstemperatuur altijd lager is dan de eigen lichaamswarmte (**niveau 1**).

In **kunstzinnige therapie** kan met schilderen en gebruik van warme kleuren worden gewerkt aan het creëren en inrichten van een beschutte binnenruimte, een nest, een hol of een huis (**niveau 2**). Dit betekent voor de **pedagogische** benadering: vertrouwen geven, een podium bieden. De extra begrenzing kan aan de huid gegeven worden met beschermende en omhullende kleding (**niveau 3**).

A.3. Therapieën bij onevenwichtig bewegen: vertragend/zwaar versus versnellend/ licht

A.3.1. Vertragend/zwaar: Karlijne (12 jaar)

Over Karlijne lezen we in hoofdstuk 5:

"**Verschijnselen** die verwijzen naar een vereenzijdiging in de richting van het zware/vertragende: in houding en beweging overheerst de zwaarte. Haar motoriek wordt belemmerd door het overgewicht. Het bewustzijn is verdroomd. Haar stemming resonanceert mee met de gebeurtenissen; geconfronteerd met iets lastigs is ze somber, bij een vriendelijk woord en enige bemoediging klaart haar stemming op.

De **dynamiek** achter de uitingen van een vertragend/zware eenzijdigheid is als een tekort aan impuls tot bewegen; en wanneer er een impuls ontstaat dooft die direct uit. Hiermee is sprake van een centripetale dynamiek: elke –aanzet tot- beweging vertraagt en valt stil, in de zwaarte."

Fysiek: voor een organisme waarin de spieren hulp nodig hebben om tot spanning en tot activiteit te komen zijn toniserende massages een eerste stap om de drager ervan in beweging te brengen. Bewegingstherapieën vanuit de fysiotherapie (zoals sensomotorische fysiotherapie), de euritmie en de dans bieden aanvullend mogelijkheden om de beweging aan te zetten en de zwaarte te overwinnen (**niveau 1**).

Kunstzinnige therapie: verder is het in ieder geval de muziek die met slag- en blaasinstrumenten in het innerlijk kan resoneren en aanzetten tot beweging en actie. Keuze voor passende muziek en ritmes op een instrument als de djembé ondersteunen de wekkende en activerende werking (**niveau 2**).

Pedagogisch: in de omgang met Karlijne staan het in beweging brengen en enthousiasmeren voorop. Het eigen enthousiasme voor een activiteit wordt gedeeld met de ander met als doel een vonk van initiatief te wekken. Direct aansluitend wordt de beweging aangezet en wordt de ander meegenomen in de activiteit (**niveau 3**).

A.3.2. Versnellend/licht: Tim (10 jaar)

Over Tim werd beschreven in hoofdstuk 5:

“**Verschijselen** die verwijzen naar een vereenzijdiging in de richting van het lichte/overbeweeglijke: er is beweeglijkheid die niet te stuiten is. Die betreft zijn hele motoriek, ook zijn spraak. Het tengere en soepele lijf is optimaal paraat om alles om zich heen op te merken en erop te reageren. In zijn acties en reacties is er geen rem merkbaar, ze schieten door waarbij ongelukken kunnen optreden.

De **dynamiek** die verschijnselen van licht/overbeweeglijke eenzijdigheid tevoorschijn brengt is te karakteriseren als een laaiend vuur dat centrifugaal zinderend uitstraalt, maar ook opbrandt.¹

Ook hier kan met lichaamsgerichte therapieën een eerste stap worden gezet in de behandeling. Een warm bad met lavendelolie en een relaxerende massage kunnen leiden tot ontspanning in de spieractiviteit (**niveau 1**).

Kunstzinnige therapie in de vorm van muziek kan oproepen tot stil worden en luisteren, met name muziek met dalende/vertragende ritmes, als de trochaeus²⁴, gespeeld op snaarinstrumenten.

Bewegingstherapieën kunnen bijdragen om te leren de eigen beweging te harmoniseren, af te stemmen op de ander en op de omgeving (**niveau 2**).

De **pedagogische benadering** is gericht op het creëren van een omgeving met waar mogelijk beperking van zintuigprikkelers. In de houding van de pedagoog is het bewaren van innerlijke rust van belang. Het kan behulpzaam zijn om te zorgen van rustmomenten voor Tim, waarin hem met enige regelmaat wordt gevraagd om samen terug te kijken op eerdere gebeurtenissen (**niveau 3**).

²⁴ Trochaeus, of trochee, is een versvoet (metrum in de poëzie), die bestaat uit een beklemtoonde lettergreep, gevolgd door een onbeklemtoonde lettergreep ('kort-lang').

Addendum bij hoofdstuk 9: IKC

Instrument voor het beoordelen van de (kinderlijke) constitutie

U kunt:

- Het printklare document (instrument.pdf) (pdf) afdrukken om het eerst met de hand in te vullen
- Alles meteen invullen, en een uitdraai maken van de ingevulde gegevens

Algemene gegevens

Initialen kind (van de eerste voornaam en van de achternaam): , geb. (dd-mm-ijjj) , jongen / meisje

Ingevuld door: , functie Datum:

Diagnostische classificatie

(voorbeelden: syndroom van Down, autistische stoornis, PDD-NOS, spastische hemiplegie, epilepsie e.d.)

Niveau van functioneren:

(bv.: zwakbegaafd, lichte verstandelijke beperking, matige verstandelijke beperking, ernstige verstandelijke beperking, geen verstandelijk beperking)

Het instrument bestaat uit twee onderdelen. Deel I betreft het scoren van de mate van aanwezigheid van fenomenen van de kinderlijke constitutie. Deel II betreft het aangeven van de mate van eenzijdigheid in de dynamiek van de polaire constitutiebeelden. Voor beide onderdelen is vooraf de procedure beschreven.

DEEL I

Initialen: geboortedatum:

Geef op basis van je totaalindruk (uit onderzoek en/of ervaringen in de omgang) je oordeel of en in welke mate het kind een eenzijdigheid laat zien wat betreft de hieronder vermelde polair gerangschikte fenomenen. Baseer je oordeel op je omgang met het kind gedurende de laatste maand.

Beantwoord de vragen door de naar jouw oordeel juiste maat te selecteren:

0 wijst op een evenwicht in de betreffende polariteit

+ en - wijzen op een lichte eenzijdigheid in de polariteit in de betreffende richting

++ en -- wijzen op een matige eenzijdigheid in de polariteit in de betreffende richting

+++ en --- wijzen op een sterke eenzijdigheid in de polariteit in de betreffende richting

PM: Per vraag niet meer dan één hokje aankruisen. Vraag 5, 6, 23 en 35 zijn facultatief. D.w.z je wordt nadrukkelijk verzocht de vraag te beantwoorden; kun je en doe je dat niet, dan geef je daarmee aan geen oordeel te hebben betreffende die vraag.

		--	-	0	+	++	+++	
1	laat in de omgang met anderen eigen plannen moeilijk los	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	laat in omgang met anderen eigen plannen makkelijk varen
2	is gelijkmatig van stemming	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	toont snelle omslag(en) in stemming
3	is gesloten in het contact	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	is open in het contact
4	haakt vast in eigen gespreksonderwerp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	dwaalt af van eigen gespreksonderwerp
5	(F) neigt naar verstopping	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	neigt naar diarree
6	(F) valt 's avonds snel in slaap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	valt 's avonds laat in slaap
7	is weinig beweeglijk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	is overbeweeglijk
8	is weinig opmerkzaam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	is alert en ziet alles
9	heeft een vaste en voorspelbare omgangsstijl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	is onvoorspelbaar in het contact
10	heeft een nauwkeurige herinnering aan gebeurtenissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	heeft geen of vage herinnering aan gebeurtenissen
11	heeft neiging tot controleren van eigen handelingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	doet zonder erbij na te denken
12	heeft een lage spierspanning, een ontspannen houding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	heeft een hoge spierspanning, een gespannen houding
13	heeft een donkere tot zwarte haarkleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	heeft een blonde tot rode haarkleur
14	heeft starre denkpatronen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	is chaotisch in zijn/haar denken
15	heeft bij het lopen een zware gang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	heeft bij het lopen een lichte tred
16	lijkt pijn niet te voelen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	is overmatig gevoelig voor pijn
17	toont weinig initiatief	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	toont veel en wisselende initiatieven
18	heeft droge handen en huid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	heeft vochtige handen en huid
19	toont weinig tot geen emoties	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	toont heftige emoties
20	is vooral op zichzelf gericht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	is vooral op omgeving gericht

21	heeft een huid die stevig/dik aanvoelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	heeft een huid die dun aanvoelt
22	is niet bang om fouten te maken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	is bang om fouten te maken
23	(F) heeft een gevormde lichaamsbouw	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	heeft een ongevormde lichaamsbouw
24	is weinig gevoelig voor zintuigindrukken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	is zeer gevoelig voor zintuigindrukken
25	is perfectionistisch, Pietje precies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	is slordig
26	heeft een zware lichaamsbouw	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	heeft een tenger, lichte lichaamsbouw
27	heeft een langzame diepe ademhaling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	heeft een snelle oppervlakkige ademhaling
28	toont weinig tot geen reacties op prikkels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reageert heftig op prikkels
29	sluit zich af als hij/zij boos is	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	heeft ongerichte explosieve woede-uitbarstingen
30	is zich niet (zo) bewust van omgeving	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	is alert ten aanzien van omgeving
31	houdt vast aan afspraken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	vergeet afspraken
32	heeft vaste gewoontes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	maakt gewoontes niet (makkelijk) eigen
33	reageert niet (sterk) op veranderingen in omgeving	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reageert overmatig op veranderingen in omgeving
34	ziet en voelt geen gevaren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	is overal bang voor
35	(F) moet 's morgens gewekt worden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	is 's morgens vroeg wakker
36	reageert niet (direct) op een vraag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wacht vraag niet af, handelt direct

DEEL II

Initialen: geboortedatum:

Geef op onderstaande drie lijnen (Visueel Analoge Schalen) door het zetten van een markering aan in welke mate het beeld dat je van het kind hebt overeenkomt met de dynamiek van de drie polaire constitutiebeelden (toelichting op de gebruikte termen (toelichting.htm)). Wanneer je vindt dat er geen sprake is van eenzijdigheid in de dynamiek zet je het streepje in het midden. Wanneer je vindt dat het volledig overeenkomt met een van de eenzijdigheden zet je het aan de uiterste rechter of linkerkant van de meetlat. In alle andere gevallen schat je zo exact mogelijk in waar het streepje tussen het midden en een van de uitersten gezet moet worden.

Verichtend/Dwangachtig (VD)

Oplossend/Vergeetachtig (OV)

Stuwend/Gesloten (SG)

Uitvloeiend/Open (UO)

Vertragend/Zwaar (VZ)

Versnellend/Licht (VL)

© Louis Bolk Instituut 2007

Algemene opmerkingen

U kunt bovenstaand invuldeel van het instrument nu nog afdrukken (), na het verzenden niet meer; dan krijgt U het profiel te zien.

U kunt de resultaten tevens laten emailen naar:

Vragen: Martin Niemeijer, mhn@planet.nl (mailto:mhn@planet.nl)

© Louis Bolk Instituut 2007

Toelichting: De dynamische meetlat van de drie polaire constitutiebeelden

Bij deel II gaat het om het inleven in enerzijds het kind en anderzijds de dynamiek van de uitersten waartussen de polaire constitutiebeelden zich bewegen. Door het beeld dat je hebt van het kind te vergelijken met de dynamiek van de polaire constitutiebeelden kun je vaststellen in welke mate het beeld dat je hebt van het kind overeenkomt met de dynamiek van de polaire constitutiebeelden.

Te ondernemen stappen in het oordeelsproces:

1. Stel voor jezelf de meest opvallende fenomenen van het kind vast. Check hierbij of je goed de 30 fenomenen van deel I van de vragenlijst hebt waargenomen.
2. Leef je, uitgaande van alle door jou waargenomen fenomenen, in het kind in. Probeer vanuit dit inleven te komen tot een beeldvoorstelling van het kind. Het gaat er hierbij uiteindelijk om om de overkoepelende dynamiek te vinden die zich uitdrukt in de bij het kind waargenomen fenomenen.
3. Lees de hieronder beschreven drie polaire constitutiebeelden (Dynamische meetlat) goed door. Probeer per polair beeld in jezelf de range te beleven van het ene uiterste tot aan het andere uiterste. Het beleven van deze range is namelijk de dynamische meetlat, waarlangs je het beeld dat je van het kind hebt dient te plaatsen. Zie de Toelichting: De dynamische meetlat op de volgende bladzijde.
4. Vergelijk het in stap 2. gevonden beeld in stap 3. met dynamische meetlat en probeer vast te stellen waar op de range tussen de twee uitersten van de constitutiebeelden het beeld dat je van dit kind hebt te plaatsen is. Zet een streepje op de Visueel Analoge Schaal op de plaats die overeenkomt met jouw vergelijking.

Verdichtend/Dwangachtig (VD) versus Oplossend/Vergeetachtig (OV)

In deze polariteit gaat het om het proces van het denken en het vergeten en herinneren.

In deel I van de vragenlijst hebben we gekeken naar zintuiglijk waarneembare fenomenen. Wanneer we deze gaan vergelijken kunnen we ervaren dat er bij de verdichtende/dwangachtige (VD) eenzijdigheid sprake is van een overmaat aan vorm in het geheugen, een gebrek aan oplossing in de ziel en een neiging tot verstarring in het lichamelijke. Bij de oplossende/vergeetachtige (OV) eenzijdigheid in de constitutie is er daarentegen sprake van een gebrek aan vorm in het geheugensysteem, een niet gecontroleerde oplossende tendens in de ziel, alsmede een verlies aan gecontoureerde vorm in het lichamelijke. Op deze wijze kunnen we bij het vergelijken als Fliesgestalt een continuum beleven tussen vormen en oplossen in het geheugensysteem, in de ziel als geheel en in het lichamelijke.

Bij de overstap naar het vaststellen van de dynamiek maken we gebruik van de hulpvoorstelling dat de beide polaire beelden de extremen zijn van een 'gezond midden'. In beide gevallen is sprake van een relatie tussen vorm geven en vorm oplossen, processen welke in de gezonde situatie in evenwicht zijn. Zowel in het geheugen als in het lichaam moeten vorming en vormoplossing in evenwicht zijn. Wanneer we vanuit dit gezonde midden de dynamiek in de polariteit proberen te karakteriseren, dan kunnen we stellen dat er bij het verdichtende/dwangachtige (VD) beeld sprake is van een 'centripetaal, verdichtend vormgeven'. Bij het oplossende/vergeetachtige (OV) beeld kunnen we spreken van een 'centrifugaal, vorm verdringend, oplossen'.

Stuwend/Gesloten (SG) versus Uitvloeiend/Open (UO)

In deze polariteit staat de grens tussen binnen en buitenwereld centraal en de ritmische afwisseling in het zich verbinden met en loslaten van de omgeving. Wanneer we hier op dezelfde wijze de weg gaan van de fenomenen van deze polariteit wordt een beeldgeheel beleefbaar met een continuüm tussen de introvert stuwend/gesloten (SG) eenzijdigheid in de constitutie waarbij sprake is van een overmaat aan afsluiting en stuwung. Dit komt tot uiting in zowel zielsmatige als lichamelijke verschijnselen. Bij de uitvloeiende/open (UO) eenzijdigheid is er daarentegen sprake van een centrifugaal gericht extrovert uitvloeien en zich verliezen in de omgeving.

Wanneer we vanuit dit gezonde midden de dynamiek van de polen proberen te karakteriseren, dan kunnen we stellen dat er bij de stuwend/gesloten (SG) eenzijdigheid sprake is van een 'centripetaal afsluiten en stuwen'. Bij de uitvloeiende/open (UO) eenzijdigheid kunnen we spreken van een 'centrifugaal openen en zich verliezen'.

Vertragend/Zwaar (VZ) versus Versnellend/Licht (VL)

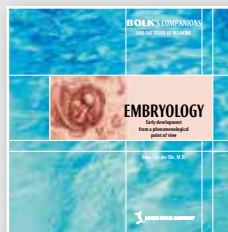
In deze polariteit staan zwaarte en lichtheid in de beweging centraal, fenomenen welke hun basis hebben in stofwisselingsledematensprocessen. Wanneer we de diverse zintuiglijk waarneembare elementen van de polaire beelden vergelijken dan kunnen we ervaren dat er bij de vertragend/zware (VZ) eenzijdigheid sprake is van een vertragen, een gebrek aan beweeglijkheid en een niet in beweging kunnen komen in de ziel met een overmaat aan bewegingsloosheid en zwaarte (gebrek aan lichtheid) in het lichamelijke. Bij de versnellend/licht (VL) eenzijdigheid in de constitutie is er sprake van een versnellen en een gebrek aan rust en ontspanning, een niet gecontroleerde bewegingsdynamiek in het willen en handelen, alsook in de stofwisselingsprocessen.

In de gezonde situatie is er evenwicht in het versnellen en vertragen, tussen lichtheid en zwaarte. Wanneer we vanuit dit midden de dynamiek van de polen proberen te karakteriseren, dan kunnen we stellen dat er bij de vertragend/zware (VZ) eenzijdigheid sprake is van een 'centripetaal gerichte, niet geïmpulseerd vertragen'. Bij de versnellend/licht (VL) eenzijdigheid kunnen we spreken van een 'centrifugaal gericht, niet geremd versnellen'.



BOLK'S COMPANIONS FOR THE STUDY OF MEDICINE

Other publication in the series:



Embryology Early Development from a Phenomenological Point of View

Guus van der Bie MD
Publicationnummer GVO 01

Can we give a scientific basis to our feeling that humans have unique human features? Are the human mind and the human organism 'nothing but' another variation of animal life? Can we find answers for the questions that satisfy both head and heart?

How these questions are answered depends on the scientific method we use: the current scientific method to learn about biological facts, the *4-step* approach to understand more about the meaning of these facts, or a combination.

Early embryological development can teach us about the unique and characteristic qualities of the human being.

The result is, for example, a possibility to understand the relation between consciousness, psychology, and behavior and the shape of the body.



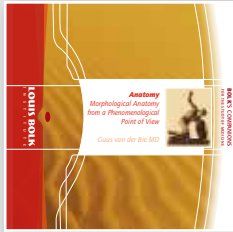
Biochemistry Metabolism from a Phenomenological Point of View

Christina van Tellingén MD
Publicationnummer GVO 02

Biochemistry offers insight into the continuous changes within the human organism. But can we maintain awareness of the coherence of the (changing) organism as we study the details? How can the many processes be understood as prototypical aspects of a unique organism?

The scope of the answers to these questions can be enhanced by using a combination of the current scientific method and the *4-step* approach developed specifically to research the coherence of processes within living organisms. The current scientific method is used to discover biological facts. The *4-step* approach helps us in finding the meaning of the facts.

What emerges is a new grasp of the interrelations between biological processes, consciousness, psychology, and behavior.



Anatomy
Morphological Anatomy from a
Phenomenological Point-of View

Guus van der Bie MD
Publicationnummer GVO 03

Can we give a scientific basis to our feeling that the human being has unique human features? Are the human mind and the human body 'nothing but' another variation of animal life? Can we find answers for these questions that satisfy both our head and our heart?

How these questions are answered depends on the scientific method we use. In this publication two methods are used: the current scientific method to learn about anatomical facts and the *4-step* approach to understand the meaning of these facts.

Human morphology can then be understood as an expression of the unique and characteristic qualities of the human being.

This results in new possibilities for understanding the relation between consciousness, psychology, behavior, and morphological aspects of the body.



Physiology
Organophysiology from a
Phenomenological Point of View

Christina van Tellingen MD
Publicationnummer GVO 04

Can physiology give more insight into the living human organism than the mere facts reveal at first? Is the level of activity the same for all organs? Are the vital qualities at work in organs unique for organisms and limited to biological activity? Can we find a scientific basis to research the coherence between organ systems?

By enhancing the current scientific method with the *4-step* approach, we can find meaning in the facts and understand them as an expression of life itself. The *4-step* approach makes the relationship between organs visible and comprehensible. It approaches scientific facts from the point of view of their coherence and can give totally new insights this way.

What emerges is a grasp of the interrelations between biological processes, consciousness, and nature.



Immunology
Self and Non-self from a
Phenomenological Point of View

Guus van der Bie MD
Publicationnummer GVO 05

Why write this new booklet on immunology when there are already so many excellent texts on the subject? This Companion is about questions such as: why is it that the immune system functions as one organ? What coordinates the immunological functions?

Here, an attempt is made to develop a viewpoint to answer these questions. By using the *4-step* approach, the factual knowledge obtained through reductionism is placed in a larger perspective.

The concept that is presented in this Companion is derived from the functioning of organisms, observed in the way that was introduced by Goethe in his phenomenological method. This also includes the acquisition of insight into the holistic concept behind the immune system. Moreover, the organism as a whole can then be seen as an expression of the same concept.



Pharmacology
Selected Topics from a
Phenomenological Point of View

Christina van Tellingen MD
Publicationnummer GVO 06

Pharmacology gives us insight into the way organic processes change when foreign compounds are introduced into the organism. Pharmacology is a changeable subject, depending on the needs and knowledge of the time. Can we find an inner coherence in the manifold ways compounds influence organisms? What should such a framework be based on? How can we understand the effect on human consciousness that most compounds have?

We can enhance the scope of the answers to these questions by using a combination of the current scientific method and the *4-step* approach. It illuminates the known facts about the activity of compounds in organisms, and provides the means to find their significance.

BOLK'S COMPANIONS

FOR THE PRACTICE OF MEDICINE

Other publication in the series:



The Healing Process Organ of Repair

Guus van der Bie MD
Tom Scheffers MD
Christina van Tellingén MD
Publicationnummer GVO 07

After finalizing the series BOLK'S Companions for the Study of Medicine for the moment, this module on The Healing Process introduces a new series of BOLK'S Companions that studies the Practice of Medicine. In it, we research the healing process itself. There proved to be an enormous volume of scientific literature on the subject. It is easy to lose oneself in the countless details included in the descriptions of this process.

The 4-step approach in systems biology makes it possible to examine physiological and pathological processes in terms of the processes themselves. This results in a characterization of the various phases of the wound healing process. Out of this, new insights into the origin of health and disease emerge that also offer possible leads for medical practice.



Respiratory System Disorders and Therapy

From a New, Dynamic Viewpoint

Christina van Tellingén MD
Guus van der Bie MD (Eds.)
Publicationnummer GVO 08

In this Companion, the experience of three of our own patients with asthma and pneumonia is used as backdrop for the study of airway disorders. Nearly all of us have had some experience with respiratory disease, given that colds, flus, sinusitis, and bronchitis are so common. Most physicians and therapists know people with asthma and pneumonia from own experience and will readily recognize the descriptions we provide.

The experience with these patients leads us through a study of airway disease which opens up to a wider view with new insights and innovative avenues of individualized treatment for respiratory disorders in general. Our research has alerted us to the part rhythm plays in the healthy respiratory tract and in the treatment of its disease. Rhythmic processes, consequently, are the subject of the final paragraphs of this Companion.



Depressive Disorders An Integral Psychiatric Approach

Marko van Gerven MD
Christina van Tellingén MD
Publicationnummer GVO 09

The treatment of depressive disorders is increasingly under scrutiny. We classified the risk factors of depressive disorders according to the scientific method applied in systems biology and phenomenology. The ordering in four biological levels that resulted from this, helps clarify the causes of the disorder. Together with the developmental history, it can lead to an individualized treatment of the patient, tailored to his or her specific situation. The treatment aims at restoring the deficient forces of self-healing.

This Companion presents a working model based on this methodological approach, as well as a variety of case histories to illustrate how applying this model can aid diagnosis and treatment in practice. Tables are added ordering well-researched regular and integral treatment methods according to the four biological levels.



Depressieve stoornissen Een integraal psychiatrisch antwoord

Marko van Gerven MD
Christina van Tellingén MD
Bestelnummer GVO 11

"Dit boek beschrijft op heldere wijze hoe een systematische aanpak de basis kan vormen voor een meer individuele benadering in de behandeling van depressie"

Prof.dr. Jan van der Greef, hoogleraar analytische biowetenschappen Universiteit Leiden en wetenschappelijk directeur systeembioologische research bij TNO.

Deze uitgave richt zich op psychiaters, psychotherapeuten, psychologen, orthopedagogen, paramedici werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg en studenten in deze richtingen.

ON THE FUNDAMENTALS OF MEDICINE



Dementie en ik

Marko van Gerven MD
Christina van Tellingening MD (red.)
Bestelnummer GVO 12

Een inspirerend boek voor de lezer die behoefte heeft aan meer dan één manier van kijken naar dementie. Prachtige verhalen die tot de kern doordringen worden afgewisseld met eerste stappen om dementie ontwikkelingsgericht te benaderen. *Tom van der Meulen, directeur Ideon, dementie-professionals*

Een bijzonder boek waarin beschreven wordt, dat ondanks beschadigingen in de hersenen zoals bij dementie, ontwikkelingsmogelijkheden blijven. *Mw. S. de Ruiter, familielid dementerende*

Dit boek draagt bij aan een integrale benadering van dementie en de dementerende mens, die niet de ogen sluit voor de verschrikkingen van de ziekte, maar desondanks nieuwe perspectieven biedt om het proces van het terugtrekken van het ik met moed en vertrouwen aan te gaan. *Wouter Endel, huisarts*



Dementia and I

Marko van Gerven MD
Christina van Tellingening MD (Eds.)
Publicationnummer GVO 14

This Companion contributes to an integral approach of dementia. It does not close its eyes to the horrors of the disease, but rather provides new perspectives to meet the process of withdrawing of the mind with courage and confidence. *Wouter Endel MD, Amsterdam*

An inspiring book for the reader who searches for more than one way of looking at dementia, with an approach to dementia from a developmental perspective. The special attention to spiritual issues at the end of life is meritorious. The book combines the practice of working with the demented individual with theoretical concepts. *Tom van der Meulen, director Ideon, dementia professionals*

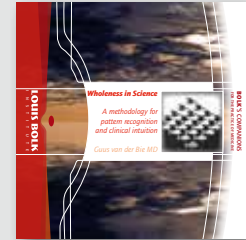
A special book which describes that despite brain damage, development opportunities continue to exist in dementia. *Mrs. S. de Ruiter, family member*



Endocrinology

Guus van der Bie MD, Ricardo Ghelman MD PhD, Loes van den Heuvel MD, Kore Luske MD
Majella van Maaren MD (Ed.)
Publicationnummer GVO 15

How can we conceptualize seemingly random psychological and physical symptoms of endocrine disease in a holistic way? How can we understand signs and symptoms of disease including the anatomical and physiological changes in the involved organs in relation to the bio-psychosocial functioning of the individual? The authors of Endocrinology - A methodological approach towards integrative understanding strive to elucidate the methodology of the 4-step approach, which they have long employed in their own medical practices. It is the authors' hope that sharing this approach facilitates a deeper, more integrated understanding of common endocrine disease as well as offers tools for discovering the commonalities and coherence in seemingly unrelated bio-psychosocial phenomena. The ultimate goal of this exploration is to further individualize conventional medicine.



Wholeness in Science A methodology for pattern recognition and clinical intuition

Guus van der Bie MD
Publicationnummer GVO 10

How do you develop clinical intuition? How do physicians gain practical knowledge about disease? Diseases do not merely concern a partial defect, they recreate the life of the patient. The author shows that experienced physicians conceive of diseases as integrated concepts, which they can apply to the individual situation of the patient. Clinical intuition is a form of pattern recognition that supports the ability to recognize an integrated 'whole.' This Companion presents practical exercises that allow readers to train and expand their ability of pattern recognition through Goethe's methodology. Questions and introspection aid to become aware of what you did. This makes obvious that clinical intuition, as experiential knowledge, can become a skill that is actively developed.

Van beperking naar ontwikkeling

Werken met constitutiebeelden

Het leven van een kind met een ontwikkelingsstoornis is een bijzondere opgave, voor het kind zelf, en voor de ouders en andere gezinsleden.

Werd er vroeger in de zorg voor deze kinderen vooral nadruk gelegd op de *stoornis*, tegenwoordig wordt de vraag welke *ontwikkelingsmogelijkheden* een kind heeft steeds belangrijker.

Met de constitutietypologie die in dit boek wordt beschreven wordt al decennialang in instellingen over de hele wereld gewerkt. Deze typologie sluit aan bij de behoefte om handvatten te vinden hoe in de zorg het ontwikkelingspotentieel van het kind optimaal gerealiseerd kan worden.

Hoe kunnen we met behulp van de constitutietypologie naar een kind leren kijken? Kunnen we samenhang vinden in, en betekenis geven aan, uiterlijk en gedragskenmerken? Wat kan daar de meerwaarde van zijn?

Deze Companion gaat in op deze vragen, met voorbeelden die voor velen herkenbaar zullen zijn. Vervolgens wordt stap voor stap beschreven hoe hiermee in de zorgpraktijk gewerkt kan worden. Met de kwalitatieve begrippen uit de constitutietypologie, gecombineerd met de *4-stap*-benadering én een voor dit doel ontwikkeld beoordelingsinstrument, ontstaat voor ouders, artsen en andere hulpverleners een aanvullende blik op het 'hele kind', die de weg kan wijzen naar een nieuw ontwikkelingsperspectief.