

**Louise Schraven – Remmers  
Kinderfysiotherapeute 1970 – 2004.**



Toen ik in 1966 ging studeren, wilde ik graag naar Amsterdam. De opleiding voor fysiotherapie stond daar destijds bekend als beste van Nederland, en toen was mijn keuze snel gemaakt. Mijn vader regelde een kamer bij de nonnen, en ik vertrok naar Amsterdam. Bij de nonnen ben ik overigens niet lang gebleven.

In 1970 studeerde ik af, en kon direct als fysiotherapeut gaan werken. De eerste jaren nam ik waar in verschillende praktijken, en ik kreeg op die manier de gelegenheid om veel ervaring op te doen.

In 1974 kwam ik terecht bij het Zonnelicht, een dagverblijf voor meervoudig gehandicapte kinderen. Ik genoot intens van mijn werk met deze kinderen. Tegelijkertijd vond ik het moeilijk dat ik door hun aangeboren afwijking maar beperkte resultaten kon behalen. Dat heeft me doen besluiten om me volledig te gaan specialiseren in de kinderfysiotherapie.

Om me hierin te kunnen blijven ontwikkelen, wilde ik mijn beroep zelfstandig uitoefenen. Die gelegenheid deed zich voor in 1977 toen mijn vader stopte met zijn architectenbureau. Zijn werkruimte in mijn voormalige ouderlijk huis bood alle faciliteiten voor het vestigen van mijn eigen praktijk.

Ik ben contact gaan leggen met huisartsen, kinderartsen, consultatiebureaus, en scholen voor speciaal onderwijs. Op die manier heb ik mijn netwerk aan doorverwijzers langzaam op weten te bouwen.



Kinderfysiotherapie stond in die jaren nog letterlijk in de kinderschoenen. Er was nog veel te ontdekken, en ik ben dan ook tegen de nodige weerstand aangelopen als gevolg van die onwetendheid.

Leerkrachten in het kleuter- en

basisonderwijs hadden destijds nog geen inzicht in de lichamelijke oorzaken die ten grondslag lagen aan het gedrag van hun 'probleemkinderen' in de klas. Deze kinderen waren veelal overbewegelijk en motorisch niet goed ontwikkeld. Ze vertoonden gedragsproblemen en hadden een cognitieve achterstand. Dat was vaak de reden om doorverwijzing naar de huisarts met hun ouders te bespreken. Via de huisarts kwamen deze kinderen bij mij terecht.



Mijn patiëntjes vertoonden evenwichtsproblemen doordat hun sensoren (ogen, oren, gevoel) niet, of niet voldoende geïntegreerd functioneerden. Ze hadden problemen met hun coördinatie en hun houding. Ze beschikten over onvoldoende lichaamskracht en vertoonden een te sterke overstrekking van het hoofd, met teengang als gevolg.

Hun cognitieve achterstand ontstond doordat ze moeite hadden met klassikale werkopdrachten als rekenen en taal. De oorzaak hiervan was dat deze opdrachten auditief niet door deze kinderen werd ontvangen. (Auditieve alertheid). Ik heb hun leerkrachten hier op gewezen, en geadviseerd om deze kinderen duidelijker en langzamer met de gesproken opdracht te benaderen, dit gaf direct resultaat. In mijn praktijk behandelde ik kinderen om steeds beter in staat te zijn om goed te kunnen luisteren. Ik maakte hiervoor gebruik van een koptelefoon met muziek op de achtergrond. Mijn patiëntjes kregen dan een leesopdracht waarbij mijn gesproken woord de nadruk had. Daarnaast liet ik ze hardop lezen om op die manier hun gehoor te prikkelen. Op die manier konden ze later prima navertellen wat ze gelezen hadden.

Mijn goede resultaten met deze kinderen zorgden voor veel mond op mondreclame. Daardoor was het aantal patiëntjes dat naar mijn praktijk werd doorverwezen binnen enkele jaren zo groot, dat ik het niet meer alleen aan kon. Ik heb twee collega's in dienst genomen die mijn passie voor het pionierswerk in de kinderfysiotherapie deelden.

In die jaren vond er een maatschappelijke verandering plaats. Gezinnen bestonden meer en meer uit twee werkende ouders in plaats van één.

De symptomen die mijn 'probleemkinderen' vertoonden, werden in de jaren tachtig gekoppeld aan het ziektebeeld ADHD dat toen zijn intrede deed. Het aantal kinderen met deze diagnose groeide explosief.

In mijn praktijk zijn we deze oorzaak – gevolg – behandeling in kaart gaan brengen. Vanuit het Genootschap Fysiotherapie werd een werkgroep aangesteld waaraan zowel ik als mijn collega's intensief aan hebben meegewerkt.

Zo ontdekte ik dat het aantal patiënten met ADHD niet was toegenomen, maar dat de veranderingen in de maatschappij een grote rol speelden in het toenemen van het openbaren van de symptomen van ADHD.

Kinderen met ADHD die in een rustige en gestructureerde omgeving verblijven, vertonen aanzienlijk minder symptomen die zo typerend zijn voor ADHD.

Rust en structuur die ze bij de opvang in crèches, kinderdagverblijven en in de volle klassen op de basisschool niet kon worden geboden. Hierdoor werden hun symptomen vele malen erger. Verwijzende artsen waren destijds erg enthousiast over Ritalin. Zij schreven dit dan ook veelvuldig voor aan onrustige en over bewegelijke kinderen. Het viel me op dat de kinderen die Ritalin gebruikten, in mijn praktijk helemaal niet beter functioneerden. Vaak hoorde ik van ouders dat het recept in eerste instantie door een psychiater werd voorgeschreven. Ik was er absoluut geen voorstander van en heb me dan ook tegen het gebruik ervan verzet. Naar mijn idee was het een middel en geen oplossing voor de oorzaak van de problematiek. Dat was mijn s.i. methodiek wel. Gelukkig heb ik veel ouders hiervan kunnen overtuigen, ook al was Ritalin enorm in opkomst. Later is gebleken dat het slikken van dit medicijn zeer discutabel is, het bracht meer schade toe dan herstel.

Medewerkers in de opvang en het onderwijs waren nog niet voldoende geschoold in de ontwikkeling van deze kinderen, evenmin in doorverwijzing naar professionals.

Steeds meer baby's kregen een slechte start doordat ze naar crèches en kinderdagverblijven werden gebracht. Dit was een gevolg van het gebrek aan kennis over de lichamelijke ontwikkeling bij de opvang-medewerkers.

Er werden verkeerde til-technieken gehanteerd waardoor veelvuldig overstrekte houdingen ontstonden. Hierdoor kon er geen natuurlijke en volledige ontwikkeling van hun lijfjes plaatsvinden. Ze lagen vaak langere tijd op hun buik om huilen te voorkomen. Hierdoor waren ze niet of maar beperkt in staat om in hun lengtes om te rollen. Hetgeen noodzakelijk was om uiteindelijk zelfstandig tot de kruiphouding te komen.

Ik benaderde jeugdzorg (destijds een onderdeel van de consultatiebureaus) om mijn zorgen en zienswijze kenbaar te maken. Hoewel ik daar nauwelijks gehoor kreeg vanwege interne reorganisaties, kreeg ik wel de mogelijkheid om kleuterleidsters in opleiding te instrueren over het ontstaan en voorkomen van deze ontwikkelingsproblemen. Een kleine druppel op de gloeiende plaat.

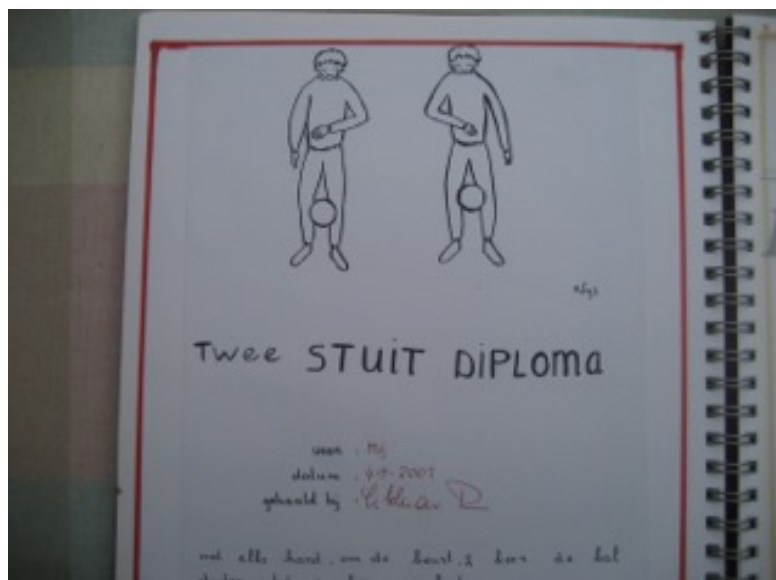
Al die jaren ben ik mezelf voortdurend blijven bijscholen. Ik volgde cursussen, bezocht lezingen en symposia op het gebied van de kinderysiotherapie.

Begin jaren negentig werden er vanuit Amerika onderzoeksresultaten en behandeltechnieken bekend over sensorische integratie. (s.i.)

Mijn belangstelling was onmiddellijk gewekt. Nieuwsgierig en met veel enthousiasme heb ik in 1994 de eerste opleiding die hierover gegeven werd in Nederland door Mw. Lynn Horowitz gevolgd.

Deze nieuwe denk- en therapiewijze was gebaseerd op de werking van de zintuigen bij kinderen. Wanneer die zintuigen niet goed samenwerken, uit zich dat in hun gedrag en beweging. Soms zijn ze erg onhandig, of worden heel snel boos. Maar het kan hun gedrag ook op heel andere manieren beïnvloeden. Ondanks dat ik s.i. al sinds eind jaren tachtig toepaste werden mijn ogen hierdoor geopend. Het bood me een enorme verdieping op de uitoefening van mijn beroep, en de verdere ontwikkeling van mijn praktijk is met deze opgedane kennis succesvol voortgezet.

Ook kinderen met dyslexie werden naar mijn praktijk doorverwezen. Ik ontdekte dat deze kinderen vaak het verschil tussen rechts en links niet wisten, ze konden het verschil ook niet voelen. Ik gaf mijn patiëntjes hiervoor opdrachten in verschillende vaardigheden die ze afwisselend links- of rechtshandig uit moesten voeren. Hierbij maakte ik gebruik van speciale s.i. materialen. Zo gaf ik ze bijvoorbeeld als opdracht om tien keer met rechts met een bal te stuiten. Keer op keer bleken ze een deel van de opdracht niet te ontvangen. (auditieve alertheid) Of ze stuiterden met hun linkerhand, of konden het aantal niet onthouden. Zo ging het ook als ik ze met een zakje tegen een netje aan liet gooien. Ze gooiden met de verkeerde hand, of vingen het zakje met de verkeerde hand, of ze gingen volslagen voorbij aan het aantal keren dat ze moesten gooien. Taaie stof voor ze, en ze werden net zo lang met hun missers (en dus ook met zichzelf) geconfronteerd tot ze zich bewust werden van wat ze fout deden, en dat was het gewenste resultaat! En daar werden ze door mij altijd goed voor beloond met een lekkere verrassing!



Bij de kinderen die bij mij kwamen ter verbetering van hun rechts-links handigheid, viel mij op dat ze geen ondersteuning kregen van hun oogsturing.

Zogenaamd linkshandigen hadden een te dominant linkeroog, en het rechteroog bleef achter in sturing waardoor de kinderen geneigd waren linkshandig te worden. Ik heb veel gebruik kunnen maken van de s.i. visie over de twee-ogigheid waarbij ik gebruik kon maken van hun hulpmiddelen. Het kralenkoord als methodiek deed wondere, het was een middel om de twee ogen samen te gebruiken. En daardoor werden veel kinderen alsnog rechtshandig ontwikkeld.



Een ander belangrijk aspect van sensorische integratie is overprikkeling van de huid door aanraking. Mijn patiëntjes waren vaak betrokken bij vechtpartijen. Uitgelokt door stoeiende medeleerlingen, reageerden ze met onbeheerst gedrag als duwen, slaan en trappen. Een strijd die ze vaak verloren door hun gebrek aan evenwicht en hun motorische achterstand. Hierop reageerden ze emotioneel heel heftig, en voelden zich onbegrepen wanneer ze ook nog eens als schuldigen werden aangewezen.

De therapie die ik op deze kinderen toepaste kwam ook voort uit de s.i. methodiek. Met een zachte sponsstof wreef ik op een speciale manier



over hun armen en benen. Op die manier leerden ze gaandeweg te ontspannen bij aanraking.

Door mijn behandeling werden ze rustiger in hun gedrag en waren veel beter opgewassen tegen lichamelijke pesterijen. Een prachtige overwinning! Daarnaast kwamen er ook kinderen met autisme in mijn praktijk. Dit waren vaak hoogbegaafde kinderen met ADHD-problematiek. Ook deze kinderen waren geholpen met mijn aanpak van si-integratie.

Door de vele goede resultaten stroomde het aantal aanvragen voor behandeling toe. Om al die

aanvragen op te kunnen vangen en te verwerken had ik inmiddels vier collega's in dienst genomen.

Toch was het juist de toename van het aantal patiëntjes en een verandering van hun gedrag dat me de laatste jaren begon te frustreren. Ik kwam tot de conclusie dat dit terug te voeren was op een verminderde ouderparticipatie door de veranderingen in de maatschappij.

Doordat beide ouders gingen werken, hadden ze minder tijd, geduld en aandacht voor de zelfsturing van hun kinderen.

Ik heb dat in mijn praktijk ondervonden doordat ik zag dat steeds meer kinderen bijvoorbeeld niet in staat bleken om zelf hun sokken en schoenen aan te trekken.

Ik realiseerde me dat ik niet meer met incidentele gevallen te maken had, maar dat er een maatschappelijk breed probleem was ontstaan waarvan ik de omvang niet meer kon overzien. Dat is de voornaamste reden geweest waarom ik na achtentwintig jaar mijn ziel en zaligheid te hebben gestopt in de kinderfysiotherapie, eind 2004 mijn praktijk heb overgedragen aan een collega.

Gelukkig heb ik mijn zienswijze in het behandelen van kinderen die hulp nodig hadden in hun natuurlijke ontwikkeling doorgegeven aan collega's, meerdere behandelaars en verwijzers.

