

Dit betreft een artikel onder voorbehouden rechten op basis van de licentie Creative Commons *Auteurschap – Geen commercieel gebruik – Geen wijziging - 2.0 België (CC BY-NC-ND 2.0)*.

**U mag:**

- \* dit artikel kopiëren, verspreiden en openbaar maken

**Onder de volgende voorwaarden:**

\* **Auteurschap** — U moet de naam van de originele auteur vermelden op de wijze aangeduid door de auteur van het werk of door de rechthebbende die u de toestemming geeft (maar niet op een wijze die suggereert dat ze u steunen of het gebruik van de creatie goedkeuren).

\* **Geen commercieel gebruik** — U mag deze creatie niet aanwenden voor commerciële doeleinden.

\* **Geen wijziging** — U mag deze creatie niet wijzigen, veranderen of aanpassen.

Voor aanvragen tot verspreiding die niet onder deze voorwaarden vallen moet u mailen naar [evanbesien@hospichild.be](mailto:evanbesien@hospichild.be)

---

## Hospinews Focus

« Ik wil het allen doen »

Maart 2009

Interview : Dr Solange Béatrice Kouo Epa

Interview door : Emmanuelle Vanbesien

uitgever : Hospichild.be / cmdc-cdcs vzw

**Project voor de opvang van een kind met hersenverlamming in Afrika volgens de methode van de Conductieve Opvoeding – Gesprek met dokter Solange Béatrice Kouo Epa, Kinderarts, verantwoordelijke ambtenaar voor de ontwikkeling van de gezondheidspolitiek bij de WGO en moeder van een meisje met een handicap.**

*Solange studeerde in Frankrijk en ging in 1989 terug naar haar moederland Kameroen. Ze begon er een praktijk als kinderarts in Douala. Maar ze wou vooral op grotere schaal aan de slag gaan, bijvoorbeeld binnen de Wereld GezondheidsOrganisatie. Vandaag 19 jaar geleden wordt ze aangeworven door de organisatie.*

*Tijdens haar missies doorkruist Solange tal van landen op het Afrikaanse continent. Ze werkt onder meer in Equatoriaal Guinea, Centraal Afrika, Benin, Mozambique, Malawi, Zuid-Afrika, Zimbabwe... en verwerft een enorme ervaring inzake de gezondheidszorg in Afrika. Jaar na jaar draagt ze bij tot de taken van de WGO, namelijk internationale normen opstellen en de ontwikkeling van de gezondheidspolitiek consolideren op continentaal en globaal niveau.*

***Solange beseft evenwel dat er een praktisch aspect bestaat - de individuele begeleiding van mensen in de praktijk - waar ze nauwelijks aan toe komt. De activiteiten van multilaterale organisaties spitsen zich altijd toe op hele bevolkingsgroepen.***

***In 2000 adopteert Solange een meisje van 6 maanden in Benin. Ze neemt haar mee naar haar nieuwe missie in Mozambique. Daar stelt men vast dat het meisje aan hersenverlamming lijdt.***

**Solange, u verneemt dat uw dochter Kimi hersenverlamming heeft. Toch gaat u door met de adoptie, die uw missies ongetwijfeld zal bemoeilijken. Waarom?**

**Solange Kouo Epa:** Ik koos niet bewust voor een kind met een handicap, maar wou Kimi toch adopteren. Zo kwam ik in dezelfde situatie terecht als miljoenen moeders op aarde, ze was mijn dochter. In Mozambique bestaat er geen opvangstructuur voor kinderen met een handicap, zoals in de meeste Afrikaanse landen trouwens. Ik wist niet goed waar ik met haar terecht kon. Het was een catastrofe: alleenstaande moeder met een veeleisende job, niet in staat om een stap terug te zetten om tegemoet te komen aan alle specifieke zorgen die haar dochter nodig had voor haar ontwikkeling. Ik moest mijn leven dus opnieuw inrichten en alles trachten te verzoenen. Mijn zus woonde in Abidjan (Ivoorkust) en wist dat een lokale vrouwelijke arts en een moeder van een kind met een handicap ter plaatse een opvangcentrum openden. Het centrum «La page Blanche» zorgde voor de opvang van een kleine groep kinderen met een lichte handicap, met heel weinig middelen, maar met veel warmte en liefde. Mijn zus nam Kimi in huis, zodat ze kon opgevangen worden in het centrum.

Zes maanden later nam ik haar opnieuw mee en bracht haar naar de kleuterschool van de Franse school in Maputo. De directrice was een fantastische vrouw: de toegankelijkheid werd aangepast en Kimi had volop contacten met de andere kinderen.

Enkele maanden later vertrok ik op missie naar Brussel. Geen al te beste zet voor mijn loopbaan, maar een buitenkans voor Kimi: we konden uitkijken naar geschikte opvangplaatsen. In Brussel ontdekte ik de school «La Famille», één van de beste ter wereld voor de opvang van kinderen met hersenverlamming, waar men gebruik maakt van de Pétö\*-methode, genoemd naar een Hongaarse arts.

Ik reisde naar Hongarije, Engeland en Frankrijk om deze methode te bestuderen en ze later te kunnen toepassen in Afrika. Sindsdien werd ik aan een project voor de globale opvang van kinderen met hersenverlamming, die vrijwel onbestaande is in Afrika.

**De «conductieve opvoeding» of Pétö-methode, zodat het kind zijn “taak” kan vervullen: kind zijn!**

**Solange, kunt u ons deze methode even toelichten en duiden waarin ze verschilt van andere therapieën?**

**SKE:** De begeleiding van kinderen met een motorische hersenhandicap spits zich meestal toe op uiteenlopende revalidaties, die allemaal te maken hebben met het lichaam. Logisch: men wil het kind zijn mobiliteit en handigheid teruggeven. Zijn leven wordt dus helemaal overhoop gehaald door het revalidatieprogramma, waardoor het geen kind kan zijn. Het moet zoveel dingen aanleren, dat het een lijdend voorwerp wordt in plaats van een onderwerp: het moet de projecten ondergaan van de begeleiders, de ouders, de onderwijzers... Elk van hen denkt over onweerlegbare argumenten te beschikken om de uiteenlopende revalidaties te rechtvaardigen. Maar wat met het kind? Hoe zit het met zijn zelfstandigheid, zijn verbeelding, zijn mogelijkheid te dromen, maar ook zijn leertijd? Hoe kan het opgroeien als elke dag een opeenvolging is van revalidatiesessies, school, het aanleren van zaken die andere kinderen onbewust aanleren? Het kind plooit zich terug in passiviteit en dat wordt hem niet in dank afgenomen!

De conductieve opvoeding van Andréas P t  heeft als verdienste dat ze rekening houdt met het helse ritme dat men het kind oplegt en dat ze het kind terug een actieve plaats geeft in zijn eigen leven. Deze globale methode wordt gegeven in kleine klassen onder begeleiding van een « conducteur » en met de hulp van een kinesitherapeut, een onderwijzer, een logopedist en een specialist psychomotoriek. Het zijn series van spellen die het kind de hele dag door vooruithelpen. Er ontstaat een dynamiek, waarbinnen het kind een eigen plaats heeft. Het kind wordt benaderd als een geheel, het leerproces als een geïntegreerd proces dat rekening houdt met alle aspecten (cognitief, affectief, school, motoriek, enz.)

### **Waaruit bestaat de taak van de zogenaamde «conducteur» ?**

**SKE:** Hij beheert de globale benadering. Hij verzekert een coherente continuïteit van de opvang. Hij is de schakel tussen alle betrokkenen. Hij zorgt ervoor dat alle ontwikkelingsaspecten van het kind op een samenhangende en motiverende manier aanwezig zijn. Zijn taak is per definitie multidisciplinair, de verschillende leerprocessen zijn geïntegreerd in de dynamiek en de complexiteit van de ontwikkeling van het kind zodat het er een betekenis aan kan geven, er zelf echt iets mee kan doen. Daarom moet hij voor iedereen een sfeer van vertrouwen en erkenning creëren. Hij moet specifieke en verschillende verwachtingen hebben voor elk kind, verschillende paden uitstippelen via gemeenschappelijke activiteiten. Conductieve opvoeding is een transdisciplinair werk. De conducteur is niet alleen verantwoordelijk voor de motoriek of de taal, hij is verantwoordelijk voor het gehele kind.

### **Worden de ouders, de overheid en de school hierbij betrokken?**

**SKE:** De samenwerking met de ouders is zeer belangrijk en wordt voortdurend bijgestuurd. Sommige ouders hebben de neiging overbeschermend te zijn, ze weten niet wat ze van hun kind mogen vragen in functie van zijn handicap. Te veel eisen kan dan weer zorgen voor een negatieve reactie van het kind. Het gedrag van de ouders bepaalt duidelijk het verantwoordelijkheidsniveau van de jongeren.

Om een kind met hersenverlamming te begeleiden tot een dergelijke dagelijkse zelfstandigheid, moet men knowhow en vaardigheden verwerven die gebruikelijk verspreid zijn over verschillende specialisten. Dat houdt dus in: werken in teamverband met de onderwijzer, de psycholoog, de pedagoog, de logopedist en natuurlijk de artsen.

Zo voelt het kind zich verantwoordelijk, begint het zijn bewegingen te analyseren, werkt het op een meer analytische manier, neemt het beslissingen zoals « ik wil geen tijd meer besteden aan revalidatie, daarom ga ik nu wat studeren », enz. Zo kunnen jongeren met hersenverlamming dankzij de conductieve opvoeding hun problemen oplossen in drie stappen – wat gaan we doen, kan ik dit probleem oplossen – ze analyseren en evalueren de situatie en kunnen vervolgens het resultaat van hun reactie inschatten. Men werkt actief en van heel jonge leeftijd aan de taal via aftelrijmpjes, spelletjes, liedjes... stuk voor stuk speelse en interactieve poorten naar de taal. Ook de groep die het leren bevordert is belangrijk, zijn het geen verplichte factor. De kinderen voeren individuele taken uit binnen de groep, wat de interactie en de communicatie bevordert. Het kind wordt erkend door zijn gelijken en door volwassenen. Het leert door vergelijking, decentratie, contingentie.

### **Wilt u klassen voor conductieve opvoeding creëren binnen de gewone schoolstructuren in Afrika?**

**SKE:** Ja! Ik heb veel ervaring met het beheer van de gezondheidszorg in Afrika via mijn werk, en via mijn dochter maakte ik kennis met de P t -methode. De problemen met de opvang van Kimi in Afrika heeft mijn vastberadenheid alleen maar aangezwengeld om de conductieve opvoeding in te voeren in Afrika. Mahatma Gandhi zei: « Wees de verandering die je wenst in de wereld ». Tijdens mijn vele reizen stelde ik vast dat de last van een kind met een handicap vrijwel altijd en

overal op de schouders van de moeder terechtkomt. In veel landen zijn er zoveel prioriteiten inzake gezondheidszorg, dat de politiek weinig of geen oog heeft voor handicaps. Om nog te zwijgen van de sociale stigmatisering, wat het debat alleen maar moeilijker maakt.

U moet weten dat 80% van de mensen met een handicap, vooral kinderen, leven in ontwikkelingslanden en armoede is een beperkende factor voor de toegang tot algemene en preventieve gezondheidszorg in het algemeen en de opname en revalidatie in het bijzonder. De WGO schat dat 10% van de wereldbevolking leeft met een handicap. Onze ontwikkelingslanden staan voor tal van uitdagingen en tot vandaag ging er onvoldoende aandacht uit naar de opvang van mensen met een handicap. Er bestaan ook veel vormen van handicap, die moeten erkend en geclassificeerd worden omdat de opvangmethodes verschillend zijn. In onze landen bestaan er doorgaans wel opvangcentra voor slechtzienden en –horenden. Sommige landen beschikken over revalidatiecentra, vooral toegespitst op het lichamelijke (prothesen), vooral in landen met een recent oorlogsverleden en slachtoffers van landmijnen.

De algemene doelstelling van mijn project is een bijdrage leveren om kinderen met hersenverlamming zelfstandig te maken, want dat is mogelijk. Die kinderen ontwikkelden een lichamelijk gebrek in het prilste levensfase (tijdens de zwangerschap, de geboorte of de eerste levensdagen), maar in de meeste gevallen is hun intelligentie onaangetast. We kunnen hen dus helpen zo zelfstandig mogelijk te zijn en hun waardigheid te behouden, in plaats van gestigmatiseerd te zijn als gehandicapte, ten laste van de familie en de maatschappij. Ze kunnen perfect school lopen in een aangepaste instelling.

### **Hoe wil je concreet tewerk gaan om dergelijke «ik wil het alleen doen» klassen in te voeren?**

**SKE:** Ik stel voor om teams samen te stellen, die de kinderen kunnen opvangen in klassen binnen gewone schoolstructuren van de landen.

Het idee is om de ouders erbij te betrekken en hen te helpen om zich te groeperen (NGO's, Comités, enz...) binnen hun gemeenten, beheersorganen op te richten die overeenkomsten tekenen met de scholen om speciale klassen op te richten voor kinderen met hersenverlamming. Ze kunnen ook elkaar helpen en samen de vooruitgang van de kinderen opvolgen. Dat veronderstelt samenwerkingsovereenkomsten met de bestaande scholen om plaats vrij te maken en te voorzien voor kinderen met hersenverlamming en hun begeleiders.

Om de opstart van een essentieel nationaal plan te bevorderen, moet het verzamelen van middelen op regionaal, nationaal en internationaal vlak uitmonden in de oprichting van een Regionale Eenheid voor de Financiering, Coördinatie en Ondersteuning die het Regionale Programma kan uitvoeren. Volgens mij moet er een soort van groep of raad komen, die pleit voor het inzamelen van internationale middelen, en een internationaal financieringsfonds dat wordt beheerd door een ervaren internationale bankstructuur.

De nodige activiteiten voor de opstart van het programma zullen gebeuren met de steun van landen, waar de methode reeds wordt toegepast, zoals Hongarije, Groot-Brittannië en België. Ik onderhoud regelmatige contacten met al deze teams en heb met hen gepraat over de haalbaarheid. Ze reageren allemaal enthousiast en willen graag steunen, op voorwaarde dat er een financiering gevonden wordt, want het zijn natuurlijk geen vrijwilligers.

Deze methode benadert het kind in zijn geheel. Er worden klassen gevormd van 7 tot 10 kinderen, om elk kind individueel te kunnen begeleiden en maximale kansen te bieden voor zijn ontwikkeling. Voor een dergelijke klas moet men rekenen op 5 tot 7 volwassen begeleiders. We willen vooral vermijden dat er bijzondere onderwijsstructuren worden opgericht, uitsluitend voor kinderen met een motorische handicap. De ontwikkelde landen hebben dit gedaan en er lessen uit getrokken, waarvan Afrika de vruchten kan plukken: zoiets is heel kostelijk voor de overheid en

zorgt voor « gettovorming ». Dit moeten we absoluut vermijden als we willen dat de Afrikaanse maatschappij een andere visie krijgt op de aanvaarding van een handicap. We beginnen in elk land met 1 school, waarna er andere kunnen volgen in functie van de vooruitgang, de behoeften, de lokale bereidwilligheid en de beschikbare middelen.

### **Hoe kunt u garanderen dat dergelijke programma's een lang leven beschoren zijn, gezien het tekort aan specialisten in Afrika?**

**SKE:** Dat is natuurlijk de hamvraag. Onze strategie is: een netwerk oprichten voor de overdracht van technologie enerzijds, en academische opleiding anderzijds.

Het eerste luik is voor rekening van onze vrienden in de eerder vermelde landen. Zij kunnen de opstart ter plaatse in goede banen leiden en de eerste ervaringen evalueren. Voor het tweede luik moet een opleidingsstructuur in nuttige vakgebieden opgericht worden voor Afrikanen, in samenwerking met landen die reeds een lange ervaring hebben. Zo kunnen er conducteurs komen: logopedisten, ergotherapeuten, gespecialiseerde onderwijzers... En dan zijn er ook de post-universitaire opleidingen voor de orthopedische, en neuro-pediatische opvang naargelang de behoeften.

**Solange, bedankt voor dit gesprek en veel succes met uw project!**

### **Andréas Pétö (1893-1961)**

Pétö, een Hongaarse arts van Joodse origine, bedacht zijn opvoedingssysteem aan het einde van de tweede wereldoorlog. Er heerste chaos en veel kinderen met hersenverlamming werden aan hun lot overgelaten in weeshuizen. De nood aan efficiëntie, gepaard aan een zeer open en humanistische filosofie, verleent de conductieve opvoeding een hoge graad van originaliteit. De man onderging ook tal van invloeden tijdens zijn studies geneeskunde in Wenen, waar hij tevens enkele jaren werkte in de psychiatrie en de fysische geneeskunde. Hij ontmoette er mensen als Freud, Jacobson, Moréno... en moest uiteindelijk vluchten voor de Anschluss.

Pétö bleef vechten voor het beroep van «conducateur». Vandaag is het erkend en bestaat er een opleiding van 4 jaar (evenwaardig aan een licentie). Ouders en professionals uit andere landen zagen al snel heil in de methode. De conductieve opvoeding kende tijdens de jaren 60 een groeiende belangstelling in tal van landen, zoals Engeland, Oostenrijk, Japan, Israël, Hong-Kong, Australië, Nieuw-Zeeland... Dit leidde in 1993 tot de oprichting van de » International Association for Conductive Education », die onafhankelijk is van het Pétö-center in Boedapest.

In België introduceerde neuropediater Kulakowskiw de methode aan het begin van de jaren 80 in «La Famille» te Brussel.