

Heibel in de klas!

Mogelijkheden voor psychomotorische therapie in het regulier basisonderwijs

Gedragsproblemen in het regulier basisonderwijs worden als een groot probleem ervaren om goed onderwijs te kunnen geven. Leerkrachten en scholen blijken niet genoeg toegerust om deze problemen het hoofd te bieden, terwijl het aantal leerlingen met cluster 4 problematiek groeit. Welke bijdrage kan psychomotorische therapie leveren aan het verminderen van deze problematiek en het omgaan met deze kinderen?

In dit artikel ...

- ... een beschrijving van interventies in het regulier basisonderwijs met betrekking tot het beheersen van cluster 4 problematiek;
- ... de positieve bijdrage van psychomotorische therapie aan de effectiviteit van deze interventies;
- ... de kracht van psychomotorische therapie bij kinderen met gedragsproblemen op school.

Inleiding

Reguliere basisscholen ervaren gedragsproblemen van hun leerlingen als een steeds groter probleem voor het pedagogisch klimaat in de klas. Een passend antwoord hierop is er (nog) niet (Inspectie van Onderwijs, 2007a), terwijl de verwachting is dat met de invoering van de zorgplicht in 2011 dit probleem zal worden versterkt. Zorgplicht houdt onder andere in dat elke school verplicht is ieder kind passend onderwijs te bieden zodat ook kinderen met een beperking, nu binnen het speciaal onderwijs ondergebracht in vier clusters¹, de mogelijkheid hebben om regulier basisonderwijs te volgen.

Wanneer een leerling een cluster 4 indicatie heeft, betekent dit dat er sprake is van ernstige sociale, emotionele of gedragsproblemen. Ook leerlingen zonder cluster 4 indicatie kunnen deze problemen hebben, zij het in minder ernstige mate. Bij hen is sprake van cluster 4 problematiek. Leerlingen met cluster 4 problematiek verschillen onderling sterk in onderwijsrelevante persoonskenmerken (Inspectie van Onderwijs, 2007b), maar hebben problemen in de sociaal-emotionele ontwikkeling gemeen, die al dan niet het gevolg zijn van psychiatrische problemen of een ontwikkelingsstoornis.

Cluster 4 indicaties zijn de laatste jaren enorm toegenomen (Landelijke Commissie Toezicht Indicatiestelling, 2006).

Niet omdat Nederlandse kinderen zo moeilijk zijn geworden maar, zo blijkt uit onderzoek (Grietens et al., 2006; Hoover, 2006; Kwant, 2007; Lootens, 2005; Inspectie van Onderwijs, 2007b), omdat de bekendheid met cluster 4 indicaties is vergroot door de invoering in 2003 van de mogelijkheid om extra budget (het zogenaamde 'rugzakje') aan te vragen voor kinderen met een beperking. Terwijl de druk op scholen en leerkrachten toeneemt, blijken effectieve methoden voor het stimuleren van de sociaal-emotionele ontwikkeling van leerlingen in het onderwijs schaars (Overveld & Louwe, 2005). Ook blijkt dat scholen en leraren te weinig kennis en ervaring hebben om cluster 4 problematiek het hoofd te bieden. Zij zullen daarom beter moeten worden toegerust om met gedragsproblematiek van leerlingen te kunnen omgaan (Schuman, 2007).

Uit onderzoek op het gebied van psychomotorisch functioneren van kinderen komt naar voren dat problemen in de sociaal-emotionele ontwikkeling zichtbaar worden in hun (bewegings)gedrag (Emck et al., 2004). Psychomotorische therapie lijkt daarmee een passend middel om gedragsproblemen te verminderen of te voorkomen. In dit artikel ga ik aan de hand van een literatuurstudie² in op de vraag hoe psychomotorische therapie in het regulier basisonderwijs ingezet kan worden om cluster 4 problematiek het hoofd te bieden. Om antwoord te kunnen geven op deze vraag beschrijf ik eerst de algemene interventies die in het regulier basisonderwijs kunnen worden ingezet met betrekking tot het omgaan met cluster 4 problematiek. Daarna beschrijf ik wat de kracht is van psychomotorische therapie bij deze kinderen. Vervolgens ga ik in op de vraag welke bijdrage de psychomotorisch therapeut kan leveren aan het vergroten van de effecten van de interventies en geef ik aan hoe psychomotorische therapie op de verschillende interventieniveaus kan worden ingezet.

Interventies in het regulier basisonderwijs

Om alle leerlingen in een klas zich positief te kunnen laten ontwikkelen, moet aan drie belangrijke voorwaarden zijn voldaan: leerlingen wordt gestructureerde zorg en begeleiding geboden (Inspectie van Onderwijs, 2007a), de leerkrachten zijn uitgerust met kennis en middelen om alle leerlingen te ondersteunen (Salend, 1998), en de school is zo gestructureerd dat leerkrachten zich hierin ondersteund voelen (Ainscow, 1995).

Matser (1990) onderscheidt drie interventieniveaus waarop een school activiteiten en maatregelen kan inzetten om leerlingen zich optimaal te laten ontwikkelen en leerkrachten te ondersteunen:

- Preventief niveau 1: het pedagogisch klimaat. Een goed pedagogisch klimaat wordt gekenmerkt door duidelijk beleid met betrekking tot de sociaal-emotionele ont-

wikkeling van de leerlingen en het ondersteunen van leerkrachten;

- Preventief niveau 2: de algemene aanpak. Hieronder worden planmatige activiteiten verstaan met betrekking tot de sociaal-emotionele ontwikkeling van alle leerlingen op school;
- Curatief niveau: de specifieke aanpak. Deze is gericht op het begeleiden en/ of behandelen van die (groepen) leerlingen die sociaal-emotionele problemen ervaren.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat een aantal factoren positief bijdraagt aan het effect van deze interventieprogramma's ter voorkoming of beperking van gedragsproblemen. Hieronder een overzicht per interventieniveau:

- Op preventief niveau 1 zijn dat een duidelijk beleid met concreet geformuleerde doelen gericht op planmatige uitvoering van zorg en begeleiding, een meerjarig en intensief implementatietraject, en leerlingvolgsystemen voor de cognitieve en de sociaal-emotionele ontwikkeling (Overveld & Louwe, 2005);
- Op preventief niveau 2 is dat het aanbieden van multimodale programma's ter bevordering van de competenties van leerlingen, leerkrachten en ouders (Overveld & Louwe, 2005), gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische principes (Elling, 2008) en met aandacht voor transfer naar verschillende leefomgevingen (Hekking & Van den Blink, 2005);
- Op curatief niveau is dat het opstellen van een concreet handlingsplan in samenspraak met ouders (Inspectie van Onderwijs, 2007a) en de aandacht voor transfer naar verschillende leefomgevingen (Hekking & van den Blink, 2005).

De vraag is nu welke bijdrage de psychomotorisch therapeut kan leveren om de effecten van deze interventies te versterken, zodat ook leerlingen met cluster 4 problematiek kunnen profiteren van het regulier basisonderwijs.

Psychomotorische therapie en gedragsproblematiek *Ontwikkelingsproblemen en bewegingsgedrag*

Zoals eerder gezegd hebben kinderen met cluster 4 problematiek gemeen dat zij problemen hebben in de sociaal-emotionele ontwikkeling, wat al dan niet het gevolg is van psychiatrische problemen of ontwikkelingsstoornissen. Volgens Pameijer en van Beukering (1997) wordt ontwikkelingsproblematiek zichtbaar in externaliserende gedragsproblemen, internaliserende gedragsproblemen en in sociale problemen. Deze problemen kunnen op verschillende wijze zichtbaar worden in het bewegingsgedrag en de lichaamsbeleving van kinderen. Volgens Emck, Bosscher en Doreleijers (2004) is angst te associëren met problemen in de verwachte motorische competentiebeleving, een

negatief lichaamsbeeld en een gebrek aan speelgedrag. Bij depressie worden veelal dezelfde problemen gezien. Kinderen met een diagnose ADHD scoren grofmotorisch benedengemiddeld. Het speelgedrag van kinderen met ADHD wordt gekenmerkt door impulsiviteit en interpersoonlijke regulatieproblemen. Deze kinderen hebben een vergroot risico op het ontwikkelen van een negatief zelfbeeld, wat invloed kan hebben op de motorische competentiebeleving en het lichaamsbeeld. Bij kinderen met een oppositionele gedragsstoornis (ODD) kan het speelgedrag problematisch zijn door de onrealistisch hoge competentiebeleving en een verminderd en vervormd waarnemingsvermogen. Concreet kunnen problemen zichtbaar worden in lichaamsacceptatie, bewegingsplezier, motorische vaardigheden, motorische competentiebeleving, zelfcontrole, zelfvertrouwen, en sociale en interactievaardigheden (Emck et al., 2007).

Een voorbeeld uit de praktijk: Kees.

Kees is een jongen van 8 jaar. In de klas vertoont hij externaliserende gedragsproblemen. Kees functioneert op een cognitief benedengemiddeld niveau en is beweeglijk en onrustig: hij heeft veel moeite met stilzitten en is snel afgeleid. Kees voelt zich ook snel aangevallen en achtergesteld en hij vindt het moeilijk zich aan de regels te houden. Door deze eigenschappen raakt hij regelmatig in conflict met andere kinderen en de leerkracht. Kees doet hierdoor weinig succesbelevingen op en veel negatieve ervaringen. Dit heeft een negatieve invloed op zijn zelfbeeld. Hij wordt aangemeld voor psychomotorische therapie. Hier valt op dat hij het erg graag goed wil doen en niet snel tevreden is. Daarnaast overschat hij zichzelf: hij denkt regelmatig dat hij meer kan of beter is dan in werkelijkheid het geval is. Dit betekent dat hij veel faalervaringen opdoet.

In het bewegingsgedrag van Kees komen kenmerken naar voren die te maken hebben met externaliserende problematiek, zoals moeite hebben met zelfcontrole vaardigheden en een verstoorte motorische competentiebeleving. De moeite die Kees heeft met stilzitten en het snel afgeleid zijn, zijn voorbeelden van beperkte zelfcontrole vaardigheden. Dat Kees zich snel aangevallen en achtergesteld voelt en zichzelf vaak overschat, zijn voorbeelden van een verstoorte (motorische) competentiebeleving.

Sociale problematiek kan voortkomen uit bijvoorbeeld sociaal onvaardig gedrag, een zwak sociaal inzicht en weinig inlevingsvermogen. Ook dit uit zich in het bewegingsgedrag van kinderen in spelsituaties. Kinderen met sociale problematiek spelen bijvoorbeeld niet naar elkaar over in een balspel of kunnen niet goed inschatten hoe hard ze een bal moeten overspelen. Dit leidt vaak tot frustratie en onbegrip bij andere kinderen.

Angstig en teruggetrokken gedrag zijn kenmerkend voor kinderen met internaliserende problematiek. Uit onderzoek (Emck & van de Kamp, 2008) blijkt dat kinderen met een angststoornis achterlopen in hun motorische ontwikkeling, lager scoren op grofmotorische vaardigheid en lichamelijke fitheid, en afwijkend gedrag vertonen in spelsituaties. Dit uit zich in het bewegingsgedrag van kinderen. Denk aan verhoogde spierspanning en geremdheid wat in het bewegen zichtbaar wordt of het letterlijk verstijven van angst. Het is goed voor te stellen dat angstige en teruggetrokken kinderen die niet direct een angststoornis hebben, dezelfde uitingen laten zien in hun bewegingsgedrag. Ook in het voorbeeld van Karin komt duidelijk de geremdheid in bewegen naar voren:

Een voorbeeld uit de praktijk: Karin.

Karin is een meisje van 8 jaar en heeft een negatief zelfbeeld. Het valt de leerkracht op dat ze zich steeds meer terugtrekt. Ze wordt aangemeld voor psychomotorische therapie. Hier valt op dat Karin zich geremd beweegt, weinig spontaan bewegingsgedrag laat zien, bang is voor veel bewegingssituaties, en achterloopt in haar motorische ontwikkeling. Wanneer activiteiten worden aangeboden die beter zijn afgestemd op haar niveau, is Karin minder geremd.

Het bewegingsgedrag van leerlingen met externaliserende en internaliserende problematiek kan het speelgedrag, de omgang met leeftijdsgenootjes en het leren op school vaak ernstig beïnvloeden. In het voorbeeld van Kees komt dit naar voren in zijn boze buien en de conflicten met andere leerlingen waarin hij verzeild raakt. In het voorbeeld van Karin is het voorstelbaar dat zij door haar teruggetrokken en angstige gedrag weinig contact heeft met leeftijdsgenootjes en weinig nieuwe ervaringen in speelgedrag opdoet.

Gedragsverandering door nieuwe ervaringen

Gedragsveranderingen kunnen worden gezien als het gevolg van (nieuwe) ervaringen. Kinderen ontwikkelen zich bewegend en spelend: zo doen ze nieuwe ervaringen op en zo uiten ze wat met woorden vaak (nog) niet lukt. Psychomotorische therapie is een ervaringsgerichte behandelvorm waarbij op methodische wijze gebruik wordt gemaakt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag van de kinderen. Omdat bij psychomotorische therapie wordt aangesloten op wat het kind in zijn bewegingen laat zien, biedt het een natuurlijk aangrijpingspunt. Daarnaast biedt psychomotorische therapie een veilige plek aan kinderen om te experimenteren met ander gedrag: een klas of thuissituatie kan te bedreigend zijn om zich anders te gedragen. Ook kunnen taken, die thuis of in de klas aan kinderen worden gesteld, niet passend zijn bij het niveau

van een kind. In de psychomotorische therapie worden activiteiten binnen een veilige context aangepast aan de krachten en beperkingen van het kind. Er worden bewegingssituaties gecreëerd waarin het kind (nieuwe) ervaringen opdoet en waardoor het zich kan ontwikkelen. Het kind leert op deze manier begrijpen welke effecten het eigen gedrag heeft en verantwoording nemen voor zijn gedrag. Binnen de therapie wordt de omgeving gestructureerd en kan de therapeut samen met het kind vaststellen welke houding van de therapeut of welke context het kind lijkt te helpen. Het ene kind heeft immers een meer steunende houding van de therapeut nodig, terwijl een ander kind meer baat heeft bij een directieve houding van de therapeut. Hetzelfde geldt voor de context, het ene kind heeft een prikkelrijke omgeving nodig om tot spelen te komen, terwijl een ander kind beter gedijt in een prikkelarme omgeving.

Het voorbeeld van Karin:

De psychomotorisch therapeut vraagt Karin ballen in een bak te gooien vanaf verschillende hoepels. De hoepels zijn zo neergelegd dat Karin succes- en leerervaringen kan opdoen. Zo liggen er hoepels ruim binnen het gooibereik, ongeveer op het gooibereik en net buiten het gooibereik van Karin. Karin geniet er zichtbaar van dat ze regelmatig raak gooit. Na overleg met de leerkracht wordt dit op cognitief niveau doorgetrokken in de klas. Ze krijgt opdrachten die meer afgestemd zijn op haar niveau, waardoor ze in staat is succes- en leerervaringen op te doen. Langzaam verbetert haar zelfbeeld.

Psychomotorische therapie lijkt een passende behandelvorm om cluster 4 problematiek in de klas beheersbaar te maken. Immers, kinderen ontwikkelen zich bewegend en cluster 4 problematiek is zichtbaar in het bewegingsgedrag. Psychomotorische therapie biedt kinderen (nieuwe) ervaringen binnen bewegingsactiviteiten waarbij wordt gewerkt aan gedragsverandering. Vanuit de praktijk wordt bevestigd dat na psychomotorische therapie positieve gedragsveranderingen worden waargenomen door zowel het kind zelf, als door hun ouders en de betrokkenen van school (Boosma & Sterkman, 2005).

De mogelijkheden van psychomotorische therapie

Eerder in dit artikel werd gesteld dat de volgende factoren van belang zijn om de effecten van interventies in het onderwijs te waarborgen, zodat ook leerlingen met cluster 4 problematiek kunnen profiteren van het regulier basis-onderwijs:

- Een duidelijk beleid met concreet geformuleerde doelen gericht op planmatige uitvoering van zorg en begeleiding;
- Aanbieden van multimodale programma's ter bevordering van de competenties van leerlingen, leerkrachten en ouders, gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische

principes en met aandacht voor transfer naar verschillende leefomgevingen;

- Opstellen van een concreet handlingsplan in samenspraak met ouders.

In deze paragraaf wordt stilgestaan bij de manier waarop psychomotorische therapie kan bijdragen aan deze factoren aan de hand van referentiekaders van waaruit wordt gewerkt en het beroepsprofiel. Daarna ga ik in op de mogelijkheden van psychomotorische therapie per interventieniveau.

Referentiekaders en beroepsprofiel

Het relationeel bewegingsconcept wordt gezien als het belangrijkste uitgangspunt binnen de psychomotorische therapie: psychomotorische therapie beziet bewegingsgedrag vanuit een relationeel concept (Tamboer, 1985). Kort gezegd betekent dit dat een persoon zijn gedrag, persoonlijkheid en de invloed van zijn omgeving laat zien in zijn bewegen.

Het voorbeeld van Karin:

In haar bewegingsgedrag laat Karin het volgende zien: ze trekt zich terug, ze maakt zich klein en ze neemt weinig ruimte in. Dit (bewegings-)gedrag is relationeel aan de eisen die de omgeving aan haar stelt: wanneer de omgeving te hoge eisen stelt aan Karin, laat Karin bovenstaand (bewegings-)gedrag zien. Op het moment dat taken meer afgestemd worden op het niveau van Karin, verandert het (bewegings-)gedrag zichtbaar: ze heeft een meer open uitdrukking, neemt meer ruimte in en beweegt meer ontspannen.

Naast het relationeel bewegingsconcept wordt het biopsychosociaal paradigma als referentiekader gebruikt in de psychomotorische therapie. Om gedrag te begrijpen wordt steeds een weging gemaakt van de bijdrage van biologische, psychologische en sociale factoren en van de onderlinge samenhang. De gedragsproblematiek van het kind staat daarmee nooit op zichzelf maar is altijd in meer of mindere mate afhankelijk van de verschillende biopsychosociale factoren. Tot slot wordt ook de cognitief-gedragstherapeutische benadering als referentiekader gebruikt. Principes uit deze benadering, zoals positieve bekrachtiging, model-leren en opsporen van disfunctionele gedachten, worden vaak toegepast binnen psychomotorische therapie. Ook voor psychomotorische therapie belangrijke concepten, zoals competentiebeleving, attributiestijl en zelfbeeld zijn binnen dit kader te plaatsen.

In het beroepsprofiel worden de beroepstaken van de psychomotorisch therapeut beschreven (Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie, 2009). De hoofdtaak is behandelen, waarbij de psychomotorisch therapeut zich richt op het opheffen of verminderen van psychische problematiek, het terugdringen van de gevolgen hiervan of het

voorkomen van verergering van de problematiek. Daarnaast worden ook neventaken beschreven, zoals begeleiding, preventie, consultatie, training en psycho-educatie. Binnen het reguliere onderwijs zal de psychomotorisch therapeut aangemelde leerlingen eerst observeren wat betreft psychomotorisch functioneren. Aan de hand hiervan wordt in samenspraak met ouders en leerkrachten een concreet handelingsplan opgesteld dat gericht kan zijn op therapie voor het kind, maar tevens op handelingsadviezen voor de leerkracht om beter te kunnen omgaan met de leerling in de klas. Therapie zal worden geïndiceerd voor een specifiek doel, bijvoorbeeld agressieregulatie, en zal afhankelijk van het doel en de kenmerken van de leerling plaatsvinden in een groepje of individueel. Daarbij kijkt de psychomotorisch therapeut niet alleen naar het kind, maar ook naar zijn omgeving en zal ook worden gewerkt aan de competenties van leerkrachten, zoals vanuit onderzoek wordt aanbevolen (Geeraets et al., 2006).

De inzet per interventieniveau

Vanuit bovengenoemde uitgangspunten die dienen als kader voor een psychomotorische behandeling van kinderen met cluster 4 problematiek, en vanuit het beroepsprofiel, kan psychomotorische therapie een goede bijdrage leveren aan het effect van de multimodale programma's. Psychomotorische therapie kan praktisch worden ingezet op de drie interventieniveaus, eerder genoemd in dit artikel. Op preventief niveau 1 en 2 zijn vooral de neventaken van de psychomotorisch therapeut zoals beschreven in het beroepsprofiel, belangrijk. Afhankelijk van de keuze van de school over de manier waarop zij psychomotorische therapie willen inzetten, kunnen dit ook de hoofdtaken worden. Op preventief niveau 1, het pedagogische klimaat van de school, zal de bijdrage van de psychomotorisch therapeut vooral ondersteunend zijn aan het management door deel te nemen aan overlegvormen of bij te dragen aan het opstellen van beleidsnota's. Te denken valt aan bijdragen op het gebied van planmatige zorg en begeleiding van de school wat betreft de sociaal-emotionele ontwikkeling van de leerlingen, of aan de ontwikkeling van een gedragsprotocol van de school.

Op preventief niveau 2, de algemene aanpak, kan de psychomotorisch therapeut een bijdrage leveren door preventieve trainingen of modules te ontwikkelen en te verzorgen. Het theoretisch referentiekader van de training zou cognitief gedragstherapeutisch moeten zijn en multimodaal moeten worden ingezet. Doel van de training zou betrekking moeten hebben op het verbeteren van sociale- en interactie vaardigheden, verbeteren van zelfvertrouwen en expressiviteit, of verbeteren van zelfcontrole (Hammink, 2003).

Op curatief niveau, de specifieke aanpak, behandelt de psychomotorisch therapeut kinderen die aangemeld

worden door de leerkracht of intern begeleider. Voordat de behandeling start stelt de psychomotorisch therapeut een vakspecifieke diagnose. Voor kinderen van 6 tot 12 jaar bestaat er een diagnostisch instrument, de Psymot, dat de sterke en zwakke kanten van het psychomotorisch functioneren systematisch in kaart brengt (Emck et al., 2007). Op basis daarvan kan een concreet handelingsplan worden opgesteld met als doel het verminderen van de gedragsproblematiek door de competentie van het kind te vergroten en/ of de omgeving aan de beperking van het kind aan te passen. Door regelmatig evaluatiemomenten met ouders en leerkracht in te plannen en eventueel huiswerkopdrachten mee te geven aan de leerling, wordt de transfer naar school en huis gewaarborgd, zoals wordt aanbevolen in onderzoek (Hekking & van den Blink, 2005).

Daarnaast is het wenselijk dat de psychomotorisch therapeut zich ook richt op het vergroten van de competenties van ouders en leerkrachten. Door middel van psycho-educatie kunnen problemen van een ouder of leerkracht met een kind worden geanalyseerd vanuit een psychomotorisch therapeutische invalshoek en kan de psychomotorisch therapeut vakspecifieke uitleg geven over problemen die thuis of in de klas worden ervaren.

Het voorbeeld van Kees:

Voor Kees zou de route er als volgt kunnen uitzien. Kees wordt aangemeld voor een psychomotorische observatie naar aanleiding van externaliserende problematiek. De psychomotorisch therapeut start met een methodische observatie: de Psymot wordt bij Kees afgenomen. Uit de Psymot komt een indicatie voor behandeling met als doel verbeteren van de zelfcontrole. Hiervoor wordt in een handelingsplan zesmaal individuele therapie voorgesteld. Tevens formuleert de psychomotorisch therapeut handelingsadviezen voor de leerkracht over hoe om te gaan met Kees in de klas. Tijdens de zes sessies maakt Kees samen met de psychomotorisch therapeut een versnellingsplan. Hierin staat wat Kees denkt, voelt en doet in versnelling 1, 2, 3, 4 en 5. De versnellingen zijn een metafoor voor rustig, druk, geprikkeld, boos en woedend. In het versnellingsplan leert Kees de rem te gebruiken en hoe hij een versnelling kan teruggaan. Het versnellingsplan wordt teruggekoppeld aan de leerkracht en ouders van Kees, zodat Kees ook thuis en in de klas hiermee kan werken. Na zes sessies evalueert de psychomotorisch therapeut de behandeling met Kees, zijn ouders en de leerkracht. De leerkracht kan wanneer nodig verder worden ondersteund bij het uitvoeren van het versnellingsplan in de klas.

Conclusie

In dit artikel is getracht een antwoord te geven op de vraag hoe psychomotorische therapie een bijdrage kan leveren

aan het omgaan met en verminderen van cluster 4 problematiek in het reguliere basisonderwijs. Kinderen ontwikkelen zich bewegend en uit onderzoek is gebleken dat cluster 4 problematiek zichtbaar is in het bewegingsgedrag van kinderen. Binnen psychomotorische therapie kunnen kinderen (nieuwe) ervaringen opdoen in bewegingsactiviteiten waardoor gedragsverandering wordt bewerkstelligd. Psychomotorische therapie kan op drie interventieniveaus worden ingezet om een waardevolle bijdrage te leveren aan het beheersbaar maken van cluster 4 problematiek op reguliere basisscholen. Afhankelijk van de wens van een school zal moeten worden bepaald op welk(e) interventieniveau(s) de psychomotorisch therapeut voornamelijk zal worden ingezet. De inzet van de psychomotorisch therapeut op curatief niveau binnen het reguliere onderwijs is passend bij de hoofdtaak behandelen. De volgende factoren zullen de effectiviteit van psychomotorische therapie waarborgen:

- Als kader voor de behandeling zullen het relationeel bewegingsconcept, het biopsychosociaal paradigma en de cognitief-gedragstherapeutische benadering moeten worden gebruikt;
- Tijdens de behandeling zal veel aandacht moeten zijn voor de transfer naar de klas en thuis door behandelingen regelmatig te evalueren met leerkrachten en ouders;
- Naast de behandeling van het kind geeft de psychomotorisch therapeut psycho-educatie en ondersteuning om de competenties van ouders en leerkrachten te vergroten.

De inzet van de psychomotorisch therapeut op preventief niveau moet gericht zijn op:

- Het ondersteunen van het management om zorg en begeleiding planmatig in te zetten;
- Het ondersteunen van leerkrachten in hoe zij bewegingsgedrag van leerlingen in de klas preventief kunnen beïnvloeden;
- Het verzorgen van preventieve trainingen op het gebied van lichaamsbeleving en bewegingsgedrag van de kinderen.

Om de mogelijkheden en kansen te benutten zal nog veel werk moeten worden verricht. Belangrijk is dat scholen zelf ervaren wat psychomotorische therapie inhoudt en welke mogelijkheden het biedt. Hiervoor is het zeer belangrijk dat psychomotorische therapie meer bekendheid krijgt binnen het onderwijs. Daarnaast dienen er methoden ontwikkeld en onderzocht te worden om cluster 4 problematiek op reguliere basisscholen beheersbaar te maken: effectieve methoden voor het stimuleren van de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen in het basisonderwijs zijn schaars (Overveld & Louwe, 2005), terwijl het belang hiervan steeds duidelijker wordt. Onderzoek kan aantonen wat het effect van psychomotorische therapie binnen het reguliere basisonderwijs is.

Een belangrijke noot is dat de invoering van psychomotorische therapie alleen een kans van slagen heeft op een school als de leerkrachten en de ouders hier achter staan: samenwerking is onontbeerlijk. Om hiervoor te zorgen zal de psychomotorisch therapeut zich moeten profileren op school en zich pro-actief moeten opstellen.

Op dit moment is het vooral belangrijk om praktische ervaring op te doen met psychomotorische therapie in het regulier basisonderwijs. Vanuit die ervaring zal een duidelijke functieomschrijving voor de psychomotorisch therapeut in het basisonderwijs kunnen worden ontwikkeld waarmee de psychomotorisch therapeut zich verder kan profileren binnen het onderwijs.

Tot slot

Met dank aan Esther van der Steeg, Paul Hekking en Maurits Uijting (docenten aan de opleiding Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie aan de Hogeschool Windesheim te Zwolle) voor het opbouwende commentaar bij de totstandkoming van dit artikel.

Noten

- 1 Voor kinderen met een handicap zijn er scholen voor speciaal onderwijs. Deze scholen zijn ingedeeld in vier clusters: cluster 1 voor visueel gehandicapte kinderen; cluster 2 voor auditief en/ of communicatief gehandicapte kinderen; cluster 3 voor lichamelijk, verstandelijk en meervoudig gehandicapte kinderen; cluster 4 voor kinderen met ernstige ontwikkelings-, gedrags- of psychiatrische stoornissen.
- 2 Deze literatuurstudie is uitgevoerd als afstudeeropdracht in het kader van de opleiding Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie aan de Hogeschool Windesheim te Zwolle in 2009.

Literatuur

- Ainscow, M. (1995). *Education for all: Making it happen*. Keynote address presented at the International Special Education Congress. Birmingham, England.
- Boosma, B. & Sterkman, K. (2005). Psychomotorische therapie helpt dove kinderen bij sociaal-emotionele problemen. *Van Horen Zeggen*, 6, 12-19.
- Elling, M. (2008). *Denkfouten herstellen helpt bij veel kinderen met psychische problemen*. Cognitieve gedragstherapeutische interventies voor jeugdigen. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Emck, C., Bosscher, R. & Doreleijers, T. (2004). Bijzondere bewegingsgedrag: over psychomotoriek en kinderpsychiatrie. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 4, 36-47.
- Emck, C., Hammink, M. & Bosscher, R. (2007). *Psychomotorische diagnostiek in indicatiestelling voor kinderen van 6 tot 12 jaar*. Amersfoort: 't Web.
- Emck, C. & Kamp, M. van de (2008). Te bang om te bewegen? Het bewegingsgedrag van kinderen met een angststoornis. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 1, 19-27.
- Geeraets, M., Albrecht, G., Leeuwen, H. van & Spanjaard, H. (2006). *Competentiegerichte kinderpsychiatrische leerlingbehandeling geëvalueerd: een meervoudige n=1 studie*. Duivendrecht/ Amsterdam: De Bascule, PI Research.
- Grietens, H., Ghesquiere, P. & Pijl, S. (2006). *Toename leerlingen met gedragsproblemen in primair en voortgezet onderwijs. Een Nederlands-Vlaamse vergelijking*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Departement Pedagogische Wetenschappen, Orthopedagogiek.
- Hammink, M. (2003). *Psychomotorische diagnostiek binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld*. Maastricht: Shaker Publishing.

Door Albert Berman



- Hekking, P. & Blink, M. van den (2005). Ervaringsgerichte psychomotorische therapie met jeugdigen. In: J. Bosscher (red). *Psychomotorische therapie in de praktijk*, 173-193. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Hoover, C. (2006). *Rapportage gespreksronde groeiproblematiek cluster 4*. Den Haag: Smets, Hoover & adviseurs.
- Inspectie van Onderwijs (2007a). *De staat van het onderwijs*. Onderwijsverslag 2005-2006. Den Haag: OBT.
- Inspectie van Onderwijs (2007b). *Cluster 4. De kwaliteit van onderwijs aan leerlingen met ernstige gedragsproblemen*. Den Haag: Inspectie van Onderwijs.
- Kwant, D. (2007). *Jaarlijkse inventarisatie ontwikkeling leerling-aantallen cluster 4*. Utrecht: WEC-raad.
- Landelijke Commissie Toezicht Indicatiestelling (2006). *Advies over de groei van de deelname aan cluster 4*. Den Haag: LCTI.
- Lootens, L. (2005). *Worden onze kinderen moeilijker?* Literatuurstudie en vergelijkend epidemiologisch onderzoek naar tijdsverschillen in prevalentie van gedragsproblemen bij kinderen. Leuven: Centrum voor Orthopedagogiek, Katholieke Universiteit Leuven.
- Matser, D. (1990). *Sociaal-emotionele vorming; een model uit de praktijk*. Seminarium voor Orthopedagogiek. Utrecht.
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (2009). *Beroepsprofiel PMT*.
- Overveld, C. & Louwe, J. (2005). Effecten van programma's ter bevordering van de sociale competentie in het Nederlands primair onderwijs. *Pedagogische Studien*, 82, 02, 137-159.
- Pameijer, N.K. & Beukering, J.T.E. van (1997). *Handelingsgerichte diagnostiek*. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsproblemen. Leuven/ Voorburg: Acco.
- Salend, S. (1998). *Effective mainstreaming: creating inclusive classrooms*. Columbus, OH: Merrill/ Prentice Hall.
- Schuman, H. (2007). Passend Onderwijs - pas op de plaats of stap vooruit? *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 46, 267-280.
- Tamboer, J. (1985). *Mensbeelden achter bewegingsbeelden*. Haarlem: De Vrieseborch.

Over de auteur

Els Murriss heeft in 2003 de studie Bewegingswetenschappen aan de Rijksuniversiteit Groningen afgerond. In 2009 heeft ze in 2 jaar de opleiding Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie aan de Hogeschool Windesheim te Zwolle voltooid. Op dit moment is ze werkzaam als psychomotorisch therapeut op Basisschool De Vlinderboom te Amsterdam.
E: elsmurriss@hotmail.com.

Samenvatting

Dit artikel beschrijft hoe psychomotorische therapie een bijdrage kan leveren aan het beheersen van cluster 4 problematiek in het reguliere basisonderwijs. Omdat kinderen zich bewegend ontwikkelen en cluster 4 problematiek zichtbaar is in het bewegingsgedrag van kinderen, kunnen binnen psychomotorische therapie kinderen (nieuwe) ervaringen opdoen in bewegingsactiviteiten waarbij gedragsverandering wordt bewerkstelligd. Geconcludeerd wordt dat psychomotorische therapie op drie interventieniveaus kan worden ingezet om zo een waardevolle bijdrage te leveren aan het beheersbaar maken van cluster 4 problematiek op reguliere basisscholen. ■

De bedoeling van therapie is niet om problemen op te lossen. Dat heb ik na 18 jaar in dit vak wel begrepen. Problemen moeten blijven bestaan, want als je ze oplost, komen er weer nieuwe, veel ergere voor in de plaats. Toch kan ik het maar niet laten. De oplossingen liggen vaak zo voor de hand. Dus introduceer ik hier een nieuwe stroming, de oplossingsgerichte vaktherapie. Als je bij een stroming hoort, dan mag het namelijk wel. Wat ik dan bijvoorbeeld doe. Een patiënt klaagde erover dat hij geen 'nee' kon zeggen. Ik zei: "Nou dat valt volgens mij nog best mee".

"Nee hoor, het lukt echt niet!"

"Zie nou eens, je kunt het wel."

"Echt niet!"

"Zullen we dan maar muziek gaan maken?"

"Nee", zei hij en hup, hij was verdwenen. Dat was een vrij succesvolle en snelle behandeling, vond ik zelf. Een andere patiënte die geen nee kon zeggen (het komt bij vrouwen trouwens erg veel voor) gaf mij meteen gelijk toen ik zei dat het vast wel mee viel. Na tien sessies muziektherapie moest ik haar eerst nog ten huwelijks vragen, voordat ze uiteindelijk eens nee zei. Dan heb ik patiënten die beweren dat ze moeten leren om grenzen aan te geven. Als oplossingsgerichte vaktherapeut haal ik meteen de landkaart van Europa erbij en spreek ik de volgende week een overhoring af. Helemaal makkelijk zijn patiënten die zichzelf zijn kwijtgeraakt. Ik vraag dan natuurlijk: waar en wanneer heb je jezelf voor het laatst gezien? Dat weten ze vaak niet meer en we gaan samen zoeken in mijn lokaal. Vooruitdenkend als ik ben, heb ik ergens een defftsblauw tegeltje met 'Me, Myself and I' verstoppt. Zo hebben ze zichzelf in één sessie gevonden. Hetzelfde doe ik bij mensen die niet bij hun gevoel kunnen komen. Pak een krukje, het gevoel ligt al voor je klaar op de kast, kijk maar of je erbij kunt!

Als oplossingsgerichte vaktherapeut behandel ik ook lastigere problemen, zoals mensen die stemmen horen. Daarvoor heb ik een digitale achtsporenrecorder aangeschaft. Het kost een paar centen, maar veel meer dan acht stemmen hebben de meeste mensen toch niet in hun hoofd. Ik neem ze op en klaar! "Maar, wat doe je aan volksziekte nummer één, de depressieve stoornis?", vragen mensen mij wel eens. "Daar heb je zeker ook een 'oplossing' voor?" (Let op hun sarcasme). Ik heb geleerd dan heel rustig te blijven en leg het nog een keer uit. Het leven is zinloos, treurig, vermoeiend, saai, akelig en oneerlijk. Depressieve patiënten horen bij de selecte groep die dat doorheeft. Is het juist niet meelijwekkend, als je de illusie koestert dat je blij moet zijn en moet genieten, dat je zinvolle dingen moet doen, en ook nog een doel in je leven moet hebben? Bah! Kom, laten we maar gauw naar 'Vluchten kan niet meer' gaan luisteren, om die narigheid even te vergeten...