

ALS IK HOOR DAN VERGEET IK

ALS IK ZIE DAN ONTHOUD IK

ALS IK DOE DAN BEGRIJP IK

(een oud chinees spreekwoord)

Dove kinderen blijken een groter risico te lopen op sociaal-emotionele ontwikkelingsproblematiek. Het zoeken was naar specifieke ondersteuning. De Guyotschool voor SO in Haren startte twee jaar geleden met Psychomotorische Therapie (PMT). Bianca Boomsma en Katja Sterkman beschrijven in dit artikel de werkwijze en resultaten van de PMT.

Psychomotorische therapie

helpt dove kinderen met sociaal-emotionele problemen

Op de Guyotschool voor SO (basisschool voor dove kinderen) werden regelmatig individuele gedragsproblematiek en problemen in de groepsinteractie gesignaleerd. Deze bleken vaak onvoldoende beïnvloedbaar via het gebruikelijke systeem van leerling-zorg. Er ontstond behoefte aan specifieke ondersteuning bij deze problematiek. In overleg met betrokken ouders, het management van de school en de afdeling Ambulante Zorg Noord-/ Midden-Nederland werd psychomotorische therapie (PMT) ingezet. PMT is een therapievorm waarbij de directe ervaring ('zien en doen') als uitgangspunt genomen wordt. Verwacht werd, dat deze vorm van therapie goed zou aansluiten bij de behoefte van dove kinderen met sociaal-emotionele ontwikkelingsproblematiek.

Inmiddels is twee jaar ervaring opgedaan met individuele en groepswijze PMT. In dit artikel beschrijven we onze ervaringen. We gaan in op wat PMT in het algemeen en bij dove kinderen in het bijzonder inhoudt. We beschrijven aan de hand van praktijkvoorbeelden het proces van indicatiestelling en behandeling. Tot slot wordt de inzet van PMT op de Guyotschool voor SO in algemene zin geëvalueerd.

AANDACHT VOOR DE SOCIAAL-EMOTIONELE ONTWIKKELING VAN DOVE KINDEREN VAN GROOT BELANG

De sociaal-emotionele ontwikkeling van dove kinderen

De sociale en emotionele ontwikkeling van dove kinderen verloopt anders dan die van horende kinderen (Beck en de Jong, 1990; Meerum Terwogt, e.a. 2002). Dove kinderen blijken een groter risico te lopen op sociaal-emotionele ontwikkelingsproblematiek. Van Eldik e.a. (2000) toonden bijvoorbeeld aan dat twee tot drie maal zo veel dove jongeren (4 tot 18 jaar oud) problemen ondervindt op sociaal en emotioneel gebied in vergelijking met horende leeftijdgenoten. Andere onderzoeken geven hetzelfde beeld (Van Gent, 1999 en 2000). Als verklaringen hiervoor worden door Rieffe e.a. (2001) gegeven: de effecten van doofheid op de communicatie, het missen van leerervaringen door niet kunnen luisteren naar wat er in de omgeving

gebeurt (incidenteel leren) en gewoontevorming in reactiepatronen.

Specifieke aandacht voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van dove kinderen is dan ook van groot belang. Om problematiek te voorkomen, te verminderen of op te heffen zal een passend aanbod beschikbaar moeten zijn (preventief of behandelgericht, individueel of groepsgevoerd). Op de Guyotschool voor SO is zoals gezegd gestart met PMT als behandelmogelijkheid.

Wat is psychomotorische therapie (PMT)?

In de PMT staan lichaamservaring en het handelen in bewegingssituaties centraal. Het bewegen wordt gezien als expressiemogelijkheid van gevoelens, gedachten en ervaringen. De PMT gaat er van uit dat problemen op psychosociaal of psychiatrisch gebied zichtbaar zijn in het bewegen. De psychomotorisch therapeut (PMT-er) kijkt naar de belevings- en emotionele aspecten van het bewegen en hoe iemand daarbij met materiaal en zichzelf omgaat. Er wordt gekeken naar het hoe en waarom: naar de 'symbolische' betekenis van het bewegen. Bijvoorbeeld: durft iemand te 'springen' (wat kan staan voor het (durven) loskomen van iets of iemand); neemt iemand veel of weinig ruimte in; staat iemand 'aan de zijlijn'. In de therapie creëert de PMT-er bewegingssituaties, waarbinnen cliënten de mogelijkheid krijgen specifieke ervaringen op te doen. De betekenisverlening aan die ervaringen is vervolgens van essentieel belang.



PMT bij kinderen

In zijn manier van bewegen (het bewegingsgedrag) laat het kind zien hoe het in relatie staat tot zichzelf en de omgeving. Emotionele problemen, problemen in de omgang met anderen en traumatische ervaringen kunnen in het bewegingsgedrag van het kind tot uitdrukking komen.

Peter (8 jaar) rent tijdens een partijtje voetbal druk rond en heeft eigenlijk alleen oog voor de bal. Zodra hij de bal heeft onderschept, schopt hij hard richting doel. Peter reageert niet op de andere kinderen die 'roepen' om de bal. Hij lijkt ze niet eens te zien en hij botst dan ook regelmatig tegen een ander kind aan. Dan reageert Peter boos (soms met slaan of schoppen) en gebaart dat hij/zij beter moet opletten. Peter beweegt druk, impulsief en ongericht, waarbij hij niet adequaat contact maakt met andere kinderen.

Karin (10 jaar) kijkt voorzichtig om het hoekje van de gymzaal, voordat ze binnenkomt. Ze loopt enigszins voorover gebogen en kijkt onzeker naar de andere kinderen die aan het spelen zijn. Karin blijft voortdurend aan de rand van de zaal staan, het lieft met haar rug tegen de muur. Ze houdt de andere kinderen nauwlettend in de gaten. Tijdens een partijtje hockey loopt ze voorzichtig en onzeker rond en blijft dichtbij haar eigen doel. Als een ander kind in haar buurt komt stapt ze achteruit. Ze gaat de confrontatie uit de weg.

Kinderen uiten in hun bewegen wat met woorden vaak (nog) niet lukt. Het verwoorden van gevoelens en gedachten is vaak te moeilijk of te bedreigend. Omdat kinderen zich bewegend en spelend ontwikkelen, is dit een natuurlijk aangrijpingspunt binnen therapie. Door de omgeving te structureren en te beïnvloeden kunnen bewegingssituaties gecreëerd worden waarin het kind ervaringen zal opdoen en waaraan het zich kan ontwikkelen (ervaringsgericht werken). Door probleemsituaties aan den lijve te ervaren en ermee te oefenen, leert het kind begrijpen welke effecten het eigen gedrag heeft en leert het verantwoording te nemen (oefengericht werken). Het kind kan de mogelijkheid worden geboden zich te uiten en daarmee problemen te verwerken (conflictgericht werken).

PMT kan individueel en in een groep(je) aangeboden worden. PMT is geschikt voor zowel jonge als oudere kinderen en kan bij verschillende vormen van sociaal-emotionele ontwikkelingsproblematiek worden ingezet.

PMT bij dove kinderen

Omdat in PMT de nadruk ligt op lichaamsbeleving, lichaamswaardering en bewegen, sluit deze therapie direct

aan bij het dove kind. Voor hen speelt het lichaam immers een extra belangrijke rol, doordat zij bijna uitsluitend visueel communiceren (gebarentaal, spraakafzien en lichaamstaal). Door aan het dove kind terug te geven wat zichtbaar is aan de uitdrukking op zijn/haar gezicht of door het gedrag van het kind of een interactie in de groep na te spelen en er vervolgens een alternatief naast te zetten, vindt (h)erkenning plaats en is verandering mogelijk. In en door het bewegen krijgt het kind ook directe feedback; als het de bal te hard tegen de muur gooit, is het opvangen moeilijk. Door dove kinderen aan te spreken op en in hun natuurlijke uitingsvorm (bewegen en lichaamstaal), bestaat de mogelijkheid tot veelvuldig en heel direct positief bekrachtigen.

DOVE KINDEREN UITEN ZICH VIA BEWEGEN EN LICHAAMSTAAL

Veel dove kinderen blijken de neiging te hebben hun gevoelens direct om te zetten in bewegingsgedrag, zonder aan te geven hoe ze zich voelen. Juist in de context van een concrete aanleiding kunnen gesprekken over gevoelens, motieven en alle andere mentale processen die je niet direct kunt observeren, veel duidelijk maken (Meerum Terwogt, e.a. (2002). Wanneer de therapeut het gedrag en de beleving tijdens spel en bewegingssituaties benoemt, wordt het dove kind zich bewust van zijn denken, voelen en handelen. Er kan inzicht en reflectie ontstaan.

In groep 6 (zes enkelvoudig dove kinderen in de leeftijd van 9 en 10 jaar) is sprake van pestgedrag. Er zijn conflicten onderling en de kinderen hebben problemen met het aangeven en respecteren van (elkaars) grenzen. De dove psychologe wordt gevraagd om een aantal gesprekken met de kinderen te voeren. Deze gesprekken gaan over situaties die niet prettig verlopen en hoe het anders zou kunnen. De kinderen kunnen daar goed over praten, maar dit heeft geen effect op hun gedrag in de praktijk. Besloten wordt om acht keer sociale vaardigheidstraining op basis van PMT aan te bieden. De groep wordt begeleid door de PMT-er en de dove psychologe. Bij een opdracht waarbij de kinderen van plaats mogen wisselen (ieder kind staat in een hoepel), wordt snel duidelijk dat de kinderen geen of nauwelijks oogcontact maken. Dit is een voorwaarde om de opdracht uit te kunnen voeren én voorwaarde voor contact/communicatie. Dit wordt besproken met de kinderen, waarna ze er mee kunnen oefenen. Ze ervaren dat de opdracht na het maken van oogcontact

beter verloopt. Bij een meer confronterende opdracht ervaren de kinderen duidelijk wat het betekent om gepest te worden: één van de kinderen staat binnen de kring en probeert de bal af te pakken die de kringleden naar elkaar toe spelen. Alle kinderen komen aan de beurt voor de positie binnen de kring (dus zowel de pester(s), als de kinderen die gepest worden) en ervaren aan den lijve hoe het is om in je eentje 'tegen' de hele groep te moeten spelen. De kinderen worden bevraagd op hun gevoelens hierover (al tijdens het spelen) en het vragen van een 'helper' wordt geoefend. Ze ervaren in het spel dat het samen gemakkelijker gaat. Bij het evalueren met de kinderen wordt de transfer naar andere situaties gemaakt.

Van probleemsignalering tot verwijzing naar PMT

Sociaal-emotionele ontwikkelingsproblematiek, al of niet als gevolg van een ontwikkelingsstoornis, zoals Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD), een Autisme Spectrum Stoornis (ASS) of een Post-Traumatische



Stressstoornis (PTSS)), kan op verschillende manieren zichtbaar worden. Pameijer en van Beukering (1997) geven de volgende indeling:

Gedragsproblemen – externaliserend gedrag zoals vijandig-agressief gedrag, niet luisteren, ongehoorzaam, oppositioneel opstandig gedrag.

Emotionele problemen – internaliserend gedrag zoals schuw, stil en teruggetrokken gedrag, passief, angstig, verdrietig/somber, negatief zelfbeeld, laag gevoel van competentie.

Sociale problemen in relatie met opvoeders of andere kinderen – sociaal onvaardig gedrag, zwak sociaal inzicht, weinig inlevingsvermogen, problemen in de omgang met andere kinderen, ruzie maken, sociale angst, sociaal geïsoleerd.

In de praktijk op de Guyotschool voor SO wordt sociaal-emotionele ontwikkelingsproblematiek van kinderen vaak al op jonge leeftijd gesignaleerd. Uit gesprekken met ouders hierover blijkt vaak, dat het gedrag meestal ook thuis herkend wordt. Dit leidt op school in eerste instantie tot specifiek handelen van de leerkracht, beschreven in een

handelingsplan. Soms vragen ouders ondersteuning bij de opvoeding van hun kind aan. Wanneer de problematiek van een kind na verloop van tijd niet voldoende te beïnvloeden blijkt, kan het zijn dat er intensievere begeleiding en andere kennis en vaardigheden nodig zijn dan van een leerkracht en van ouders gevraagd mag worden. Voor de inzet van PMT in die situaties kan globaal uitgegaan worden van drie indicatiegebieden (Hamminck, 2003):

Problemen in de regulatie van prikkels, die zichtbaar zijn in het bewegingsgedrag.

Gebrek aan zelfvertrouwen en aan positieve ervaringen met het eigen lichaam en de omgeving.

Een actuele problematische situatie of vroegere traumatische ervaringen, die in de lichaamshouding en/of spierspanning zijn opgeslagen, dan wel waarvan wordt verwacht dat onderliggende gevoelens, gedachten en ervaringen het best via het bewegen kunnen worden geuit.

GEDRAGSKUNDIGE VERZORGT MET OUDERS DE PMT-VERWIJZING

Lijkt PMT een geschikte vorm bij de beschreven problematiek, dan verzorgt de betrokken gedragskundige in overleg met ouders een PMT-verwijzing. Daarin staat een beschrijving van de kernproblematiek en de vraagstelling voor een PMT-observatie.

Al vanaf de onderbouw komt tijdens de leerlingbesprekingen naar voren dat Peter druk is, dat zijn gedrag slecht te sturen is en dat de kwaliteit van de interactie met andere kinderen te wensen overlaat. De ervaren ernst varieert met de leerkracht die hij heeft. Dat maakt het ook moeilijk om samen met ouders na te gaan of er nu daadwerkelijk sprake is van een probleem of niet. Uiteindelijk blijkt uit diagnostiek van de GGZ dat er sprake is van ADHD-kenmerken (impulsiviteit en onvoldoende prikkelregulatie) in combinatie met een sterk bepalende en ontvlabbare persoonlijkheidsstructuur. De GGZ adviseert gedragstherapeutische begeleiding. Die krijgt vorm door middel van individuele PMT op school.

Karin wordt omschreven als een kwetsbaar meisje. Ze huult snel als er iets mis gaat, wil alles graag heel goed doen, trekt zich veel dingen persoonlijk aan. Ze wordt regelmatig gepest. Karin heeft moeite met 'nee' zeggen, met voor zichzelf opkomen, met relativeren. Na overleg met haar ouders wordt gestart met de observatie door de PMT-er.



Handelingsplan PMT

Observatiefase

PMT start met een observatiefase. Doel is na te gaan in hoeverre de beschreven problematiek via PMT te beïnvloeden is en te komen tot specifieke doelen. Tijdens de observaties wordt zowel gekeken naar datgene waar het kind moeite mee heeft, als naar de mogelijkheden van het kind.

Wanneer de PMT-er meent dat de beschreven problematiek inderdaad via PMT positief te beïnvloeden is en het kind bereikbaar en leerbaar is via bewegingssituaties en lichaamsgerichte opdrachten, geeft zij het advies de behandeling te starten. Dit wordt met de ouders en vervolgens met de leerkracht besproken.

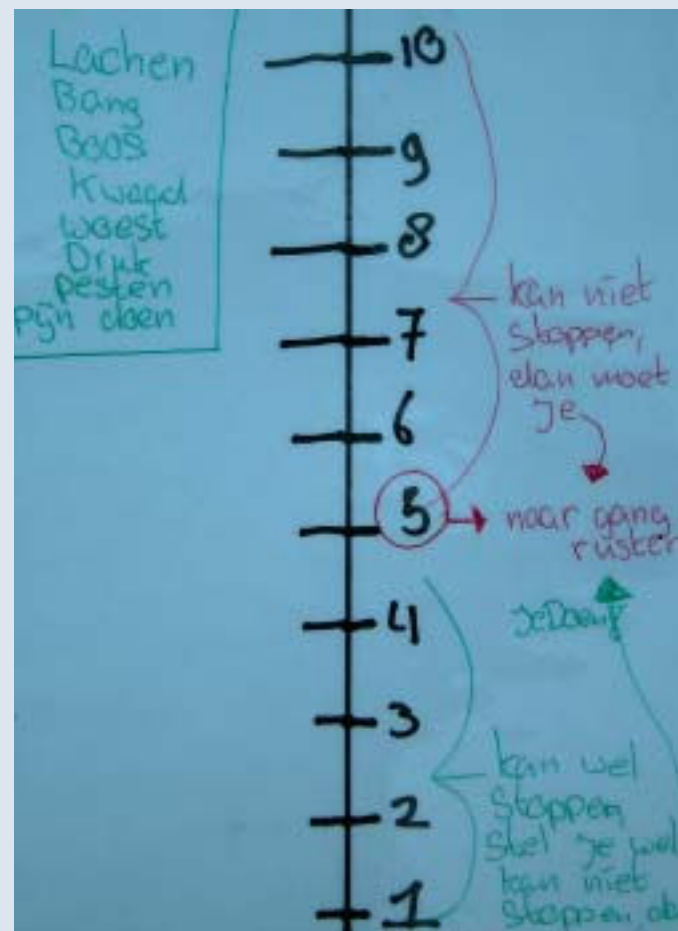
Peter krijgt de opdracht om te doelen op de basket. Hij krijgt, uit elk van de vijf hoepels die op een verschillende afstand van de basket liggen, drie pogingen. Daarna vraagt de therapeut hem één hoepel te kiezen en aan te geven hoeveel hij er, van de tien pogingen die hij krijgt, denkt raak te schieten. Peter geeft 'tien' als antwoord. Hij kiest de middelste hoepel en begint enthousiast met de opdracht. Als hij echter na twee pogingen ook de derde mist, wordt hij druk in zijn bewegen, gooit hij de bal steeds harder richting basket en kijkt hij boos. Na tien pogingen, waarvan er drie raak waren, vervolgt Peter het doelen op de basket. De therapeut geeft aan dat hij al tien pogingen gehad heeft, maar Peter zegt dat hij door wil gaan. Als de therapeut hem vervolgens vraagt hoe hij vindt dat hij de opdracht gedaan heeft, antwoordt hij dat hij er tien in wilde schieten en hij kijkt er boos bij. Later, zegt hij dat hij er van baalt dat het niet gelukt is. Hij mag de opdracht nog een keer doen. Hij geeft opnieuw aan dat hij tien raak denkt te schieten. Alhoewel Peter er deze keer opnieuw drie in schiet, stelt hij het aantal tijdens de volgende poging bij tot acht. De opdracht gaat nog een tijdje op dezelfde manier verder. Peter is niet in staat om op basis van de opgedane ervaring het aantal adequaat bij te stellen. Hij blijft hoge eisen aan zichzelf stellen, waarmee hij zichzelf keer op keer frustreert.

De doelen binnen de PMT zullen zijn Peter te helpen controle te krijgen over de (motorische) impulsiviteit en zijn teveel aan energie te reguleren. Een ander doel zal zijn een reëel zelfbeeld na te streven. Tevens zal aandacht worden besteed aan het ontwikkelen van adequaat spelgedrag (samenspel), in eerste instantie tussen de therapeut en Peter.

Karin krijgt de opdracht om de therapeut, door het geven van aanwijzingen met haar handen, dichtbij te laten komen. Zij bepaalt daarbij zelf hoe dichtbij ze de thera-

peut wil laten komen. Opvallend is dat wanneer Karin de therapeut binnen een afstand van ongeveer vijf meter nóg dichterbij laat komen, ze met haar bovenlichaam achterover gaat hangen en een stapje achteruit maakt. Karin laat de therapeut op een afstand van twee meter tot stilstand komen. Ze kijkt opzij en heeft een rood hoofd. Als de therapeut Karin teruggeeft wat zij heeft gezien aan de lichaamshouding en mimiek van Karin, zegt Karin dat ze eigenlijk vindt dat de therapeut te dichtbij staat en dat ze er zenuwachtig van wordt. De therapeut geeft aan dat Karin haar weer verder weg mag zetten, zo ver dat het wél prettig voelt voor haar. Karin zet de therapeut op een afstand van ongeveer vier meter en geeft aan dat ze deze afstand prettig vindt, omdat zij en de therapeut nu op ooghoogte van elkaar staan.

Voor Karin zal de PMT tot doel hebben een positieve lichaams- en zelfbeleving te ontwikkelen, evenals plezier in bewegen. Andere doelen zullen zijn haar zelfvertrouwen te stimuleren, haar een assertievere houding bij te brengen en dat zij zich (emotioneel) durft te uiten.



Behandelfase

Het therapeutisch proces komt niet op gang door de activiteiten op zichzelf, maar door de wijze van aanbieden door de psychomotorisch therapeut, de betekenis die het kind geeft aan de aangeboden activiteiten en de interventies van de PMT-er. De interventies kunnen door middel van het materiaal of de sociale context plaatsvinden. De PMT-er maakt ondermeer gebruik van gedragstherapeutische technieken, zoals positief bekrachtigen, “de 5 G’s” (gebeurtenis, gevoel, gedachte, gedrag, gevolg), stappenplan (wat – hoe – doen – hoe ging het?) en psychodynamische technieken (inzicht in en bewustwording van eigen denken, voelen en handelen en internaliseren hiervan).

Om Peter te leren controle te krijgen over zijn impulsiviteit en hem te leren zijn teveel aan energie te reguleren, krijgt hij activiteiten aangeboden, waarin het opbouwen en afbouwen in intensiteit van bewegingen van belang is. Voorbeelden: trampolinespringen en een bal tegen de muur schoppen. Het voordeel is dat Peter in beide activiteiten zelf onmiddellijk feedback krijgt. Als hij te hard in de trampoline springt, wordt hij als het ware gelanceerd en heeft hij geen controle over het springen. Hetzelfde geldt voor het schoppen tegen de muur; als hij de bal te hard schopt kan hij hem de volgende keer niet in één keer opnieuw tegen de muur schoppen. De eerste opdracht bij het trampolinespringen is om rustig te beginnen en vervolgens steeds iets hoger te springen en daarna weer geleidelijk aan rustiger te springen, totdat hij weer stilstaat. Later krijgt Peter de opdracht om samen met de therapeut te springen, waarbij hij dus moet leren af te stemmen op de ander.

Peter leert werken met een zogenaamde thermometer. Hij leert gevoelens (in eerste instantie op fysiek niveau) herkennen en aan te geven met welke intensiteit hij die beleeft. Zo staat de waarde nul voor bijvoorbeeld helemaal niet moe, niet boos, rustig en de waarde tien staat voor heel erg moe, woedend, heel druk. Peter maakt een kaart met daarop de thermometer. Hij schrijft erop dat hij bij de waarden 1 t/m 4 nog in staat is om te stoppen. Bij 6 of hoger kan hij niet meer zelf stoppen. Als Peter dus aangeeft dat de thermometer op 5 staat, oefent hij tijdens de therapie met naar een rustplek gaan. Daar leert hij zelfstandig tot rust te komen door een paar keer diep te zuchten. Later kan hij hiermee de transfer maken naar de klas en in de school, door op het moment dat zijn thermometer op 5 staat, even uit de situatie te stappen (en bijvoorbeeld naar de gang te gaan).

Bij Karin is vooral de eerste fase van wennen en vertrouwen krijgen van belang. Ze heeft de neiging om snel ‘laat

maar’ te zeggen. De therapeut laat haar ervaren dat alles wat Karin zegt en voelt er mag zijn en nodigt Karin uit om dat ook aan te geven. Geleidelijk wordt Karin vrijer en opener. Ze durft meer de confrontatie aan te gaan – ook in fysiek opzicht. Na een aantal maanden krijgt Karin een opdracht waarin ze haar grenzen moet aangeven. Ze moet op doel gaan staan en de ballen die de therapeut gooit tegenhouden. Ze krijgt daarbij de opdracht om “stop” te zeggen op het moment dat zij dit nodig vindt. De eerste keer gooit de therapeut (zonder dit aan te kondigen) de ballen steeds sneller achter elkaar, op zo’n manier dat het voor Karin onmogelijk is de ballen tegen te houden. Karin krijgt een rood hoofd, begint onzeker te giechelen, maar zegt niets. De therapeut stopt en vraagt Karin naar haar ervaringen. Karin geeft aan dat ze de ballen niet meer tegen kon houden. De therapeut geeft aan dat zij de ballen ook wel erg snel achter elkaar aan gooit en vraagt Karin wat zij de volgende keer graag anders zou willen. Karin stelt voor dat de therapeut de bal pas mag gooien als zij dat aangeeft. Voordat ze de opdracht opnieuw doet wordt Karin uitgenodigd om eerder “stop” te zeggen. De therapeut daagt Karin hierin uit en maakt (als Karin er aan toe is) de oefensituatie geleidelijk aan steeds een beetje moeilijker, door bijvoorbeeld tóch te starten voordat Karin het startsein heeft gegeven, dichtbij het doel te gaan staan, twee ballen tegelijk te gooien, kleine ballen te gebruiken. Karin leert op deze manier haar grenzen te herkennen, erkennen en aan te geven. Stap voor stap oefent Karin hoe ze dit kan doen, zowel in gebarentaal (wat ze zegt) als in lichaamstaal (hoe ze het zegt).

Evaluatie en transfer:

Na elke tien behandelingen maakt de PMT-er een evaluatieverslag met een voorstel voor het vervolg. Dit wordt door de PMT-er en de gedragskundige besproken met ouders en vervolgens met de betrokken leerkracht.

Het kan zijn dat de PMT-er aan ouders adviezen geeft over hoe thuis om te gaan met bepaalde situaties. De transfer van de therapiesituatie naar de groep komt aan bod tijdens het gesprek met de leerkracht. De therapie wordt beëindigd als de beschreven doelen behaald zijn of wanneer vastgesteld kan worden dat bereikt is wat maximaal haalbaar is.

PMT RICHT ZICH OP LICHAAMSERVARING EN HANDELEN IN BEWEGINGSSITUATIES



Voor Peter is de thermometer (ook thuis) een goed hulpmiddel geweest om zijn zelfcontrole te verbeteren. Wat betreft de transfer binnen de school en naar de groep blijft het lange tijd lastig om met prikkelrijke situaties, zoals op het schoolplein en tijdens de gymles, om te gaan. Hij heeft dan zelf wel door dat hij drukker wordt, maar hij is nog niet in staat op tijd uit de situatie te stappen als dat nodig is. Zowel thuis als op school is Peter beter aan te spreken op zijn gedrag en zijn boze buien zijn van kortere duur. De ouders van Peter geven aan dat Peter veel rustiger is vergeleken met een jaar geleden: "In de maanden november en december (vanwege Sint Maarten, Sinterklaas en Kerst) was er anders geen land met hem te bezeilen. Nu is Peter rustiger en beter aanspreekbaar op zijn gedrag. Het is thuis gezelliger".

Karin is in het contact met de therapeut vrijer en opener geworden en ze durft meer de confrontatie aan te gaan, ook in fysiek opzicht. Tijdens wedstrijdvormen pakt zij zo nu en dan de therapeut vast om te voorkomen dat deze kan scoren. Karin geniet van het spelen en bewegen en brengt variatie aan in haar activiteitenkeuze. In verschillende opdrachten is lichaamshouding aan bod geweest. Karin vindt dit spannend, maar ze herkent (en erkent) gaandeweg steeds meer het belang ervan. Ze is beter in staat om haar grenzen aan te geven. Moeder geeft aan dat Karin thuis vaker aangeeft wat zij wel en niet wil. Dat is even wennen voor moeder, maar zij begrijpt dat dit een belangrijke ontwikkeling is voor Karin.

Slotbeschouwing

Zowel de kinderen als hun ouders en betrokkenen van de Guyotschool voor SO zijn positief over de PMT. Kinderen zeggen het fijn te vinden naar de PMT te gaan en kunnen adequaat aangeven wat ze geleerd hebben. Ouders herkennen de problematiek van hun kind, voelen zich erkend in hun eigen ervaringen (en probleemsituaties) met hun kind en ervaren dat het gedrag van hun kind positief verandert. Ouders vinden het prettig dat therapie op school mogelijk is; de stap naar begeleiding binnen de GGZ blijkt voor ouders en kinderen vaak heel groot.

Leerkrachten hadden (en hebben) tijd nodig om te wennen aan een dergelijke vorm van therapie binnen de school. De leerkrachten die inmiddels ervaring hebben opgedaan met PMT aan één of meerdere kinderen uit hun groep, vinden dat PMT een belangrijke bijdrage levert aan de ontwikkeling van het kind/de kinderen.

Met contra-indicaties voor PMT hebben we nog niet te maken gehad. In alle gevallen was sprake van een voldoende veilige thuissituatie en positieve houding van de ouders tegenover PMT. Het is, zeker in het geval van complexe problematiek, wenselijk te investeren in samenwerking met de GGZ. Zo kan gezamenlijk worden nagegaan welk aanbod gewenst en haalbaar is.

Aan het bieden van PMT zijn een aantal voorwaarden verbonden. De therapeut van dove kinderen moet vaardig zijn in communiceren via de Nederlandse Gebarentaal, kennis hebben van de (sociaal-emotionele) ontwikkeling van dove kinderen en inzicht in specifieke aspecten van de Dovencultuur. Een andere voorwaarde is, dat het bieden van een therapievorm binnen een school ondersteund



wordt door de directie en het team van de school. Het is belangrijk vanuit een gedeelde visie naar het gedrag van kinderen te kijken en met dat gedrag om te gaan. Niet alleen voor het adequaat signaleren van probleemgedrag, maar ook voor een goede transfer naar de school- en klas-situatie.

Naast PMT zijn speltherapie en creatieve therapie (beel-dend en drama) ook behandelvormen waarbij de directe ervaring als uitgangspunt genomen wordt en die niet primair verbaal van aard zijn. Welke therapievorm (en dus welk middel) het beste past bij een kind wordt bepaald door leeftijd, interesse en kwaliteiten van het kind en de aanwezige problematiek. Naar onze ervaring is PMT een vorm van therapeutische begeleiding die past bij dove kinderen van alle leeftijden én bij verschillende vormen van sociaal-emotionele ontwikkelingsproblematiek. Zoals verwacht is bewegen en lichamelijke een geschikt aangrij-pingspunt voor therapie bij dove kinderen.

Onze ervaring geldt auditief beperkte kinderen, maar geeft aanleiding te veronderstellen dat PMT ook een pas-sende therapievorm kan zijn voor kinderen met communi-catieve beperkingen (ESM-en SH-kinderen). PMT doet immers niet primair een beroep op de verbale vaardighe-den van een kind.

De positieve ervaringen met PMT op de Guyotschool voor SO hebben er toe geleid dat de aanvankelijk op tijde-lijke basis toegekende uren voor PMT structureel worden. Daarnaast stelt de afdeling Ambulante Zorg Noord-/Mid-den uren beschikbaar voor het ontwikkelen en aanbieden van PMT op andere scholen binnen de regio. **VHZ**

Samenvatting

Op de Guyotschool voor SO bestaat de mogelijkheid psy-chomotorische therapie (PMT) in te zetten bij individuele gedragsproblematiek en problemen in de groepsinteractie. De PMT gaat er van uit dat problemen op psychosociaal of psychiatrisch gebied zichtbaar zijn in het bewegen en richt zich op de lichaamservaring en het handelen in bewegingssituaties. Dove kinderen uiten zich primair via bewegen en lichaamstaal en worden door de PMT direct aangesproken. Inmiddels is op de Guyotschool voor SO twee jaar ervaring opgedaan met individuele en groeps-gewijze PMT bij kinderen met verschillende vormen van gedragsproblematiek. Aan de hand van praktijkvoorbeel-den wordt het proces van probleemsignalering, indicatie-stelling, behandeling en evaluatie besproken. De ervaringen van de kinderen, hun ouders en betrokkenen van de school zijn positief. PMT blijkt een vorm van therapeuti-sche begeleiding die heel goed past bij dove kinderen met sociaal-emotionele ontwikkelingsproblematiek. Tot slot wordt, naast een aantal andere evaluatieve punten, aange-geven dat PMT breder toepasbaar zou kunnen zijn bin-nen cluster 2 dan alleen bij dove kinderen.

Over de auteurs

Bianca Boomsma is psychomotorisch therapeut, werkzaam bij de afdeling Ambulante Zorg Noord-/Midden-Nederland van de Effatha Guyot Groep. Daarnaast is zij leerkracht bewegingsonderwijs op de Guyotschool voor SO in Haren, basisschool voor dove kinderen (B.Boomsma@KEGG.nl).

Katja Sterkman is orthopedagoog op de Guyotschool voor SO in Haren (K.Sterkman@KEGG.nl).

De Guyotschool voor SO is onderdeel van de Koninklijke Effatha Guyot Groep

Literatuur:

- Beck, G. & J. de Jong (1990) **Opgroeien in een horende wereld**. Twello, Van Tricht
- Eldik, Th. Van, J.W. Veerman, F.D.A. Treffers & F.C. Verhulst (2000) Probleemgedrag en opvoedingsomgeving van dove kinderen. **Kind en Adolescent**, 21 (4), p. 233 - 251
- Gent, T. van (1999) Gedragsproblemen bij ernstig auditief beperkte kinderen. **Van Horen Zeggen**, 40 (4), p. 8 -12
- Gent, T. van (2000) Onderzoek en diagnostiek bij dove kinderen en jeugdigen. **Kinder- en jeugdpsychiatrie. Onderzoek en diagnostiek**. Assen, Van Gorcum. Hoofdstuk 21, p. 393 - 406
- Hamminck, M. (2003) **Psychomotorische diagnostiek binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld - ontwikkeling van een Psychomotorisch Diagnostisch Construct**. Maastricht, Shaker Publishing BV.
- Meerum Terwogt, M., C. Rieffe & C. Smit (2002) Hoe brengen dove en horende kinderen een emotioneel geladen boodschap over? **Van Horen Zeggen**, 43 (3)
- Pamerijer, N.K. & J.T.E. van Beukering (1997) **Handelingsgerichte diagnostiek - een praktijkmodel voor diagnos-tiek en advisering bij onderwijsleerproblemen**. Leuven / Voorburg, Acco.
- Rieffe, C, M. Meerum Terwogt, E. Dirks & C. Smit (2001) Voorspellen en verklaren van emoties bij dove kinderen. **Kind en Adolescent**, 22 (2), p. 73 - 84

