

# **'Psychomotorische therapie als meerwaarde bij agressieregulatie op de Kinderkliniek'**

*Bevindingen van een psychomotorische  
therapeute in opleiding*

**Schrijfster:**  
Carolien van der Sluis

**Beoordelaar:**  
Maurits Uijting



**Scriptie artikel**

# Psychomotorische therapie als meerwaarde bij agressieregulatie op de Kinderkliniek

## *Bevindingen van een psychomotorische therapeute in opleiding*

*Carolien van der Sluis*

Stel je bent psychomotorisch therapeut (PMTer) op de Kinderkliniek van Accare in Groningen en je krijgt de vraag of je wat aan de boosheid van een kind kunt doen. De PMTer is er, de cliënt met boosheid is er, de motivatie is er, maar wat is er voor de rest eigenlijk? Wat zijn de huidige standaarden van aanpak van agressieregulatie op de Kinderkliniek? En wat is de meerwaarde van PMT bij de huidige standaard van aanpak van agressieregulatie op de Kinderkliniek van Accare?

### Inleiding

Agressieve gedragsproblemen komen voor bij 5% van de jongens en meisjes in de leeftijd van 4 tot en met 11 jaar in de algemene bevolking (Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996). Ernstig agressief gedrag beperkt de ontwikkelingskansen van kinderen. Immers, het kind heeft geen rustige uitgangspositie van waaruit het competenties kan ontwikkelen (Verheij & Van Doorn, 2002). Agressief gedrag van een kind is dan ook de belangrijkste reden voor verwijzing naar een residentiële hulpverleningsinstelling (Van der Ploeg, 1997; Reid, 1993; Rice, Woolston, Stewart, Kerker & Horwitz, 2002). Binnen de residentiële jeugdzorg en kinder – en jeugdpsychiatrie komt agressie dan ook frequent voor (Wielemaker, in voorbereiding). Bij escalatie leidt het agressieve gedrag regelmatig tot verwondingen of trauma bij het kind zelf. Bij de andere kinderen op de groep roept de agressie angst op, vaak gerelateerd aan eerdere trauma's. Ook roept de agressie van het ene kind dikwijls agressie op bij andere kinderen.<sup>1</sup>

### Kinderen en agressie

Ook binnen de Kinderkliniek van Accare (divisie UCKJP) komt agressie voor, zo blijkt uit de dagelijkse ervaring én uit de cijfers van de commissie Middelen en Maatregelen. Maar hoe ontstaat dit agressieve gedrag eigenlijk?

De eerste vijf levensjaren lijken cruciaal te zijn voor het ontwikkelen van een al of niet gezonde agressieregulatie. Vanaf de eerste dag dat het kind leeft exploreert het alle facetten van zijn omgeving, ook zijn sociale omgeving. Het toenemend motorisch vermogen en ontbrekende taal die het handelen en denken bij volwassenen sturen, maken het kind grenzeloos, gretig en ongeremd. Het kind moet in dat prille stadium in zijn leven, vanuit een goede hechtingsrelatie ontdekken waar het Zelf ophoudt en waar de Ander begint. Des te ouder het kind wordt, des te groter zullen de cognitieve vermogens worden en des te meer rekening kan het kind houden met de ander. Doordat het kind kan internaliseren en spelenderwijs leert ontdekken dat samenspel leuker wordt naarmate er regels gemaakt worden, ontstaat er bij het kind de mogelijkheid minder egoïstisch te reageren en zich meer en meer sociaal op te stellen. Hierin heeft het kind echter veel begeleiding nodig door ouders<sup>2</sup>. Ouders moeten grenzen geven en een holding environment bieden waar binnen het kind kan experimenteren met zijn boosheid en agressie, zonder dat de ouder hem als persoon afwijst.

Wanneer de ouders herhaaldelijk met tegen – agressie reageren, het kind afwijzen of de agressieve tendensen onderdrukken, verliest het kind de beschikking over deze levenskracht en zo ook het vermogen om zijn ongenoegen of boosheid op een sociaal aanvaardbare manier te uiten.

In sommige gevallen blijft deze situatie voortbestaan, de rest van het leven; er is voortdurend agitatie en zo af en toe komt hier een agressieve uitbarsting achter weg. In andere gevallen verdwijnt de agressie naar binnen en creëert het kind een ingehouden en geremde persoonlijkheid.

---

<sup>1</sup> Bron: Handleiding Proactieve Methode van M.W. Valenkamp en F. Verheij

<sup>2</sup> Overal waar in dit artikel 'ouders' staat worden ook 'verzorgers' bedoeld.

Doordat kinderen niet goed is voorgedaan hoe agressie op de juiste wijze geuit kan worden, reageren deze kinderen vaak egocentrisch en vanuit eigenbelang. Ze staan daardoor minder open voor relevante sociale informatie en hebben dus een andere waarneming in sociale situaties. Door deze 'nauwe' waarneming en inschatting van sociale situaties, blijkt uit onderzoek, reageren kinderen overwegend agressief. Er bestaat bij deze kinderen vaak een vooringenomen beeld van de bedoelingen van de ander, deze worden als overwegend vijandig opgevat.<sup>3</sup>

#### Agressie en agressief gedrag

Het blijkt dus dat agressie een bron is waaruit elk mens vroeger geput heeft. Agressie is dus ook niet per definitie negatief, maar is ook een positieve krachtbron. Een combinatie van factoren zoals situationele -, psychologische -, biologische -, genetische -, sociologische -, opvoedings -, persoonlijkheids -, en omgevingsfactoren maakt dat agressie kan ontaarden in een negatieve vorm van agressie.<sup>4</sup> Agressie is dan ook nooit toe te schrijven aan slechts één van deze factoren!

De vorm van agressie die de meeste mensen bedoelen met die negatieve vorm van agressie is *destructieve agressie*. Destructieve agressie leidt tot mentaal of fysiek geweld. Hiervan zijn onderdrukte gevoelens vaak de oorzaak. Dit zie ik veel terug bij kinderen op de Kinderkliniek. Kinderen hebben vaak (nog) te weinig cognitief vermogen, te weinig inschattingsvermogen of sociale vaardigheden om een situatie tot een ander eind te brengen, dan (mentale of) fysieke agressie te gebruiken. Uiteraard kan er bij destructieve agressie ook sprake zijn van een organisch defect. Maar agressie is niet per definitie negatief. Agressie is ook een positieve, drijvende kracht. Dit is eigenlijk het tegenovergestelde van destructieve agressie, namelijk *constructieve agressie*. Een kind heeft agressie namelijk ook nodig om eigenheid te verwerven, op een ander af te stappen, om zich te kunnen binden én begrenzen. Wanneer het kind zijn agressie op een constructieve manier gebruikt dan wordt het niet voortdurend onderdrukt of ingehouden, maar dan wordt het in een juiste dosering vrijgelaten.<sup>5</sup>

Het is dan ook niet de agressie die verkeerd is, maar wel de manier waarop dit geuit wordt naar het kind zelf of naar de ander. Vandaar dat ook wel wordt gesproken over agressief gedrag.

#### Accare en haar visie op agressief gedrag

Agressief gedrag is niet zo gemakkelijk te definiëren, aangezien het afhankelijk is van vele factoren, waaronder de factoren cultuur, tijdsgeslacht en subjectiviteit. Dus, stelt Accare dat een definitie van agressie niet objectief te formuleren valt, maar afhankelijk is van de tijd waarin het zich afspeelt en van de beleving van het individu, of groep mensen. Binnen (de groep) Accare wordt onder agressief gedrag verstaan:

*Agressief gedrag is zowel verbaal als fysiek gedrag, waardoor iemand zich bedreigd voelt, of daadwerkelijk wordt aangetast of beschadigd in zijn zelfbeeld, persoon en / of lichaam. Hierbij hoeft het gevoel van bedreiging niet overeen te stemmen met de feitelijke kans op aantasting of beschadiging. Agressief gedrag is niet alleen gericht op anderen, maar is ook gedrag waardoor iemand zichzelf beschadigt, of zichzelf bedreigt in zijn eigen voortbestaan (Van Delft, Rooijendijk & Sjerps, 1997).*

Het bestaan van agressie is, ook binnen Accare, een gegeven. Deze erkenning betekent niet dat agressie daarmee geaccepteerd moet worden als onvermijdelijk onderdeel van het werken, maar meer gezien moet worden als motivatie om een eenduidige methodiek en veiligheidsbeleid te ontwikkelen binnen de instelling.<sup>6</sup>

Binnen de kliniek heeft men dan ook een aantal methodieken waarmee gewerkt wordt. Allereerst de methode door Accare zelf ontwikkelt; de ABC methode.

#### ABC methode

De ABC methode is ontwikkeld door medewerkers van Accare. De letters ABC staan voor Agressievisie, Beroepshouding en Communicatie. De ABC methodiek is gericht op het voorkomen en het omgaan met agressie en is gericht op mensen die tijdens hun werk te maken hebben met agressief gedrag.

---

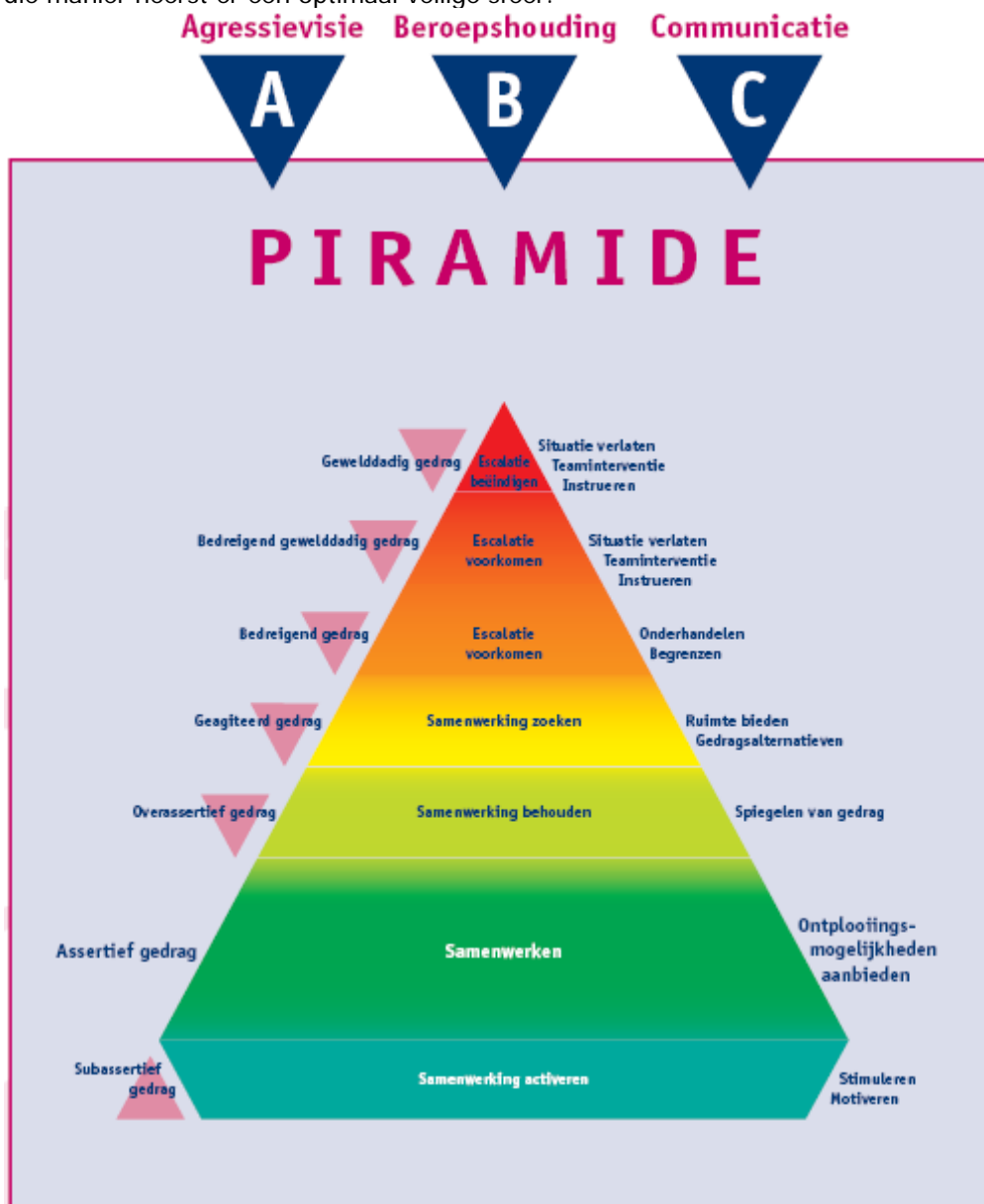
<sup>3</sup> Bron: Artikel 'Zonder slag of stoot' van Y.M. van Engelen.

<sup>4</sup> Bron: Handleiding ABC methode Accare

<sup>5</sup> Bron: Artikel 'Psychomotorische therapie en agressieregulatie: een pilotonderzoek' van Boerhout en Van der Weele.

<sup>6</sup> Bron: Handleiding ABC methode Accare.

Binnen de ABC methode gaat men er vanuit dat agressief gedrag altijd via verschillende fasen, volgens een vast patroon verloopt. Deze fasen gelden voor ieder persoon, de gedragingen in deze fasen zijn voor ieder persoon hetzelfde en zijn concreet te benoemen en te observeren. Wel geldt dat voor elk persoon de snelheid, zichtbaarheid en intensiteit van het doorlopen van de fasen sterk kan verschillen. De verschillende gedragingen per fase staan uitgebreid beschreven in de handleiding. De agressiefasen in gedrag staan ook samenvattend beschreven in de (linkerhelft van de) piramide. De piramide is een praktisch handelingsmodel, dat een richtlijn geeft om op een methodische wijze om te gaan met agressief gedrag. In de piramide wordt duidelijk dat er veelal preventief te werk wordt gegaan. Geprobeerd wordt ten tijde van subassertief, assertief, overassertief en geagiteerd gedrag samen te werken of samenwerking te stimuleren. Wanneer het gedrag escaleert naar bedreigend, bedreigend gewelddadig of gewelddadig zal vooral getracht worden in een lagere laag in de piramide te komen, door verdere escalatie tegen te gaan. Dit alles wordt gedaan aan de hand van de gedragingen van de kant van de hulpverlener, die aan de rechterkant vermeldt staan. Constant doel is om het kind / de jongere weer terug te krijgen bij samenwerken, dus naar assertief gedrag. Op die manier heerst er een optimaal veilige sfeer.<sup>7</sup>



Figuur 1 - Piramide van de ABC methode

<sup>7</sup> Bron: Handleiding ABC methode Accare.

### Proactieve Methode

Naast de ABC methode wordt er op de Kinderkliniek (met name de Bovengroep) veel gewerkt met de Proactieve Methode. De Proactieve Methode heet voluit de Proactieve individuele agressiehanteringsmethode voor de residentiele jeugdzorg en kinder – en jeugdpsychiatrie. De Sophia afdeling Kinder – en Jeugdpsychiatrie van het Erasmus MC heeft deze pilot ontwikkeld en heeft daarbij aan onder andere de Kinderkliniek gevraagd om deze methode uit te proberen.

Deze methode probeert handvatten te geven voor hoe agressie vroegtijdig kan worden gesignaleerd bij een kind, hoe het gehanteerd en – als nodig – verantwoord beheerst kan worden.

De Proactieve Methode heeft als registratieformulier de REFA/Sophia SOAS-R. Deze formulieren worden door de pedagogische medewerker elke keer als er sprake is geweest van agressief gedrag van een kind wordt ingevuld en worden zo dus op diagnostische wijze gebruikt.

Naar aanleiding van deze informatie wordt samen met het kind een Individueel Proactief Agressiehanteringsplan opgesteld. Dit plan heeft tot doel per kind te beschrijven hoe agressie kan worden gesignaleerd, worden voorkomen en als het zich voordoet hoe de agressie bij voorkeur gehanteerd en beheerst dient te worden. Hierbij hanteert het vier agressiefasen; ontspanning, waarschuwingssignalen, milde agressie en escalerende agressie. Per fase wordt een lijst opgesteld met gedragingen die het kind laat zien in elke fase en een keuzemenu voor het bepalen van de meest geschikte interventie door de groepsleider. Het plan is dus op maat gemaakt en de gedragingen en de te hanteren interventies behorend bij een fase zijn dus per kind sterk verschillend.

Tevens is er een kindversie; de Boosheidsthermometer (op de groepen wordt dit 'het stoplichtplan' genoemd), deze heeft de vier fasen (vereenvoudigd) teruggebracht naar drie fasen, te weten groen / oranje / rood. Ook hierin staan de gedragingen per fase vermeld met de (bijbehorende) interventies die door de groepsleider worden uitgevoerd of aangedragen.

### Sterkte / Zwakte analyse volgens de groepsleiders

Op de Kinderkliniek wordt dus gewerkt met de ABC methode en de Proactieve Methode. Hierbij moet worden opgemerkt dat er naast deze twee methodes op de Kinderkliniek ook nog gewerkt wordt met een Basishouding en met Middelen en Maatregelen. De basishouding is een formulier dat kan worden uitgewerkt per kind, zodat elke betrokkene bij het kind op dezelfde manier reageert op het kind (basishouding). Het is een soort 'handleiding' bij het kind.

Middelen en Maatregelen zijn die acties die worden ondernomen wanneer het kind een bedreiging vormt voor anderen. Op de Kinderkliniek worden dan vrijwel uitsluitend fixatie en afzondering gebruikt als middel of maatregel om het kind te bedaren. Deze beide 'methodes' bespreek ik in dit artikel verder niet, omdat dit beide 'methodes' zijn die de houding van de begeleider bepalen en meer hanteringsvormen zijn dan dat het regulerende of te leren methodes zijn voor het kind. Voor de PMTer in de Kinderkliniek is het relevant te weten welke meerwaarde het kan leveren in het proces van agressieregulatie bij de twee methodes die nu gebruikt worden door groepsleiders om agressie te reguleren; de ABC methode en de Proactieve Methode.

Om hier een beeld van te krijgen heb ik interviews gehouden met groepsleiders wat volgens hen de sterke en zwakke kanten van de huidige standaard voor agressieregulatie is en wat voor mogelijkheden en bedreigingen dit geeft voor de PMT:

<b>Sterke kanten van bestaande methodes</b>	<b>Zwakke kanten van bestaande methodes</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Preventief werken (ABC en Proactieve Methode)</li><li>- Uniformiteit, herkenbaarheid en eenduidigheid</li><li>- Persoonsgebonden; hiermee leveren we zorg op maat ipv standaard protocollen</li><li>- Hoe ouder het kind, hoe beter het plan samen gemaakt kan worden, hoe meer effectief</li><li>- Stoplichtplan is handig voor het kind</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Werken met deze methodes is te vrijblijvend</li><li>- Wegens tijdgebrek, te weinig overleg met PMT wordt Proactief Plan te laat gemaakt</li><li>- Zowel de ABC methode als Proactieve Methode zijn voor het jonge kind nauwelijks haalbaar</li><li>- Er is geen standaard observatieformulier bij de Proactieve Methode, hierdoor weten groepsleiders niet goed waar op te letten</li><li>- Omdat het kind nieuw is en de groepsleiders zelf ook midden in de situatie zitten zijn signalen horend bij boosheid moeilijk op te pikken</li></ul>
<b>Mogelijkheden voor PMT</b>	<b>Bedreigingen door PMT</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Nadenken en praten over boosheid werkt met</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Teveel protocollair werken, dit is op de groepen</li></ul>

<p>name bij jonge kinderen niet goed → nonverbale ingang is wenselijk</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Waarnemen van lichaamssignalen (voorafgaand aan of tijdens boosheid)</li> <li>- Uitzoeken met kinderen hoe agressie op sociaal aanvaardbare manier te kanaliseren</li> <li>- Agressieregulatievaardigheden aanleren (spelenderwijs)</li> <li>- Kind bewust maken van lichaamssignalen voorafgaand aan boosheid</li> <li>- Het bieden van een veilige oefensituatie voor experimenteren met nieuw gedrag</li> <li>- Waarna gedrag (middels huiswerk) geoefend kan worden op de groep (olv PMTer)</li> <li>- PMTer zit niet in dagelijkse beslommingen met kind</li> <li>- Trainen van groepsleiders op het herkennen van lichaamssignalen bij boosheid</li> <li>- Observeren (evt. middels video) op de groep van boosheid zodat eerder plan gemaakt kan worden</li> <li>- PMT in laat stadium aan ouders en kind samen</li> </ul>	<p>een aantal jaren geleden ook veranderd; men werkt nu meer 'op maat' en dit levert duidelijk (positief) resultaat op.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Te weinig terugkoppeling en overleg met de groep = langs elkaar heen werken</li> <li>- Met jonge kinderen bezig zijn met de vaardigheid van het verplaatsen in de ander → dit levert frustratie op</li> </ul>
--	--

### PMT en agressie

De methodes zoals deze nu naast elkaar bestaan op de Kinderkliniek geven dus een aantal grote mogelijkheden om binnen PMT met kinderen met agressie aan de slag te gaan.

Allereerst is spel een veilige, bekende en normale manier voor kinderen om zich te uiten en om te leren omgaan met elkaar en met emoties. Via onder andere oefenspel (0-3 jaar), waarin het kind zo omgaat met het materiaal dat juist die eigenschappen van voorwerpen op de voorgrond worden gesteld die een appèl doen op de mogelijkheden en experimentatiebehoefte van het kind op dat moment, en symbolisch spel (2-7 jaar), waarin voorwerpen of handelingen worden gebruikt als representatie van een niet werkelijk in het hier en nu aanwezig 'iets of iemand' komt het kind tot regelspel (4/7 jaar tot volwassen), vanaf de eerste gedachten kan het kind leren samenspelen met andere kinderen, door middel van de regels die het gedrag van de deelnemers vastlegt. In regelspel wordt de vaardigheid van het kind om tot samenspel te komen tot uitdrukking gebracht. Hij blijkt wel of niet in staat om zich te begeven in sociale relaties die door regels zijn geordend.<sup>8</sup>

Het spel waar het kind binnen PMT aan meedoet is geen schijnwerkelijkheid, maar een eventueel geënceneerde of geprepareerde werkelijkheid, waar binnen het kind veilig kan oefenen met emoties en het uiten daarvan. Het kind krijgt dus binnen PMT een veilige oefensituatie aangeboden om het adequaat uiten van agressie en adequaat leren omgaan met gevoelens van agressie te oefenen, zonder dat hier gelijk de consequenties aan vast zitten die er in de werkelijkheid (buiten therapie, bijvoorbeeld op de groep) wel aan vast zitten, mocht het kind in de mist gaan.

Nu vraagt u zich wellicht af wat nu precies het verschil is tussen PMT en de dramatherapie en creatieve therapie. Met name dramatherapie houdt zich toch ook bezig met spel en beide bieden toch ook een veilige oefensituatie aan? PMT werkt binnen een sport en spel werkelijkheid, terwijl dramatherapie een speelse werkelijkheid creëert en daarbinnen wordt een rol gespeeld. Daar waar het bij beide andere vaktherapieën gaat om een representatie van uit de werkelijkheid losgemaakte beelden, gaat het bij PMT juist niet om de representatie, maar om de werkelijkheid en de manier waarop men concreet handelend omgaat met die werkelijkheid.

Wanneer men PMT aanbiedt in groepssituaties kan het kind niet om de werkelijkheid, bijvoorbeeld zijn eigen sociale (on)vaardigheden, heen. De kinderen spelen met of tegen elkaar en lopen zo dus letterlijk en figuurlijk tegen hun sociale (on)vaardigheden aan. Dit is het ervaringsgerichte element binnen PMT. Kinderen doen binnen PMT de ervaring van hun sociale (on)vaardigheden aan den lijfe op. Het is taak aan de PMTer dit te verwoorden, via verbalisatie kan het kind zich bewust worden van

<sup>8</sup> Bron: 'Het woord aan verbeelding' van J. van Rosmalen.

de ervaring, en de PMTer dient hier nieuw gedrag voor aan te dragen, waarmee geoefend kan worden door het kind, in spel.

Naast het interactionele aspect, waarin de kinderen hun sociale patronen in interactie direct terug zien in spel met anderen, werkt PMT ook intrapsychisch. Intrapsychisch houdt in dat het kind naar binnen leert kijken; welke lichaamssignalen kan ik waarnemen bij mezelf en wat betekenen deze? Welke van deze lichaamssignalen merk ik op bij mijn agressieve buien?

Agressie uit zich via lichamelijkeheid. Het kind wordt bijvoorbeeld warm of onrustig; agressie uit zich dus in het lijf. En het moet dus ook gereguleerd worden door het lijf. Bij kinderen met agressieproblemen is deze regulatie onderontwikkeld of verstoord. Vandaar dat PMT het lijf, de waarneming van het lijf en signalen van dat lijf als uitgangspunt neemt. Het kind heeft immers nog niet veel meer referentiekader dan zijn eigen lijf? Kinderen kunnen middels deze ingang meer leren over hoe agressie voelt in hun lijf en ze kunnen leren hoe ze agressie op een adequate manier kunnen uiten in spel.

#### De aansluiting van PMT bij de huidige methodes

Uit het voorgaande blijkt dus dat PMT een uitermate geschikte oefensituatie biedt voor kinderen met agressieproblemen. Maar wat maakt nu dat PMT zo aansluit bij de bestaande methodes?

Gebleken is dat er toch nog een redelijk verschil zit in aanpak tussen de verschillende groepen op de Kinderkliniek. Dit komt vooral door de leeftijdscategorie van de kinderen; de jongere kinderen kunnen nog niet goed verbaliseren en kunnen dus ook niet goed meedenken en meepraten in de plannen die gemaakt worden voor hen, omtrent agressieregulatie. Bovendien maakt dit dat zij veelal nog leren op een speelse manier, in plaats van leren op een geverbaliseerde manier.

Jongere kinderen nemen veelal hun eigen lichaam, met de bijbehorende behoeftes, als referentiekader en handelen hieruit. Vandaar dat veel situaties voor het kind gereguleerd moeten worden, door middel van bijvoorbeeld Middelen en Maatregelen of pedagogische interventies. De groepsleiders zijn dus veel bezig met het preventief werken binnen zowel de ABC methode als de Proactieve Methode, maar de jongere kinderen zelf zullen hier zelf nog weinig mee doen en kunnen weinig op hun eigen verantwoordelijkheid worden aangesproken.

Oudere kinderen zijn veelal sterker in verbaliseren en kunnen dus ook beter meedenken en meepraten in de plannen die gemaakt worden voor hen, omtrent agressieregulatie. Met hen kunnen afspraken gemaakt worden en zij kunnen meer aangesproken worden op hun gedrag en de verantwoordelijkheid die zij hebben, binnen dit gedrag, naar anderen toe. Uiteraard moeten de situaties ook voor deze kinderen nog regelmatig gereguleerd worden, maar binnen de groep van oudere kinderen wordt veel sneller, middels de ABC methode en voornamelijk de Proactieve Methode toegewerkt naar het zelf reguleren van de agressie en het zelf inzetten van agressieregulatie vaardigheden. Hierdoor hoeven steeds minder Middelen en Maatregelen te worden toegepast.

Binnen PMT kan een duidelijke toevoeging worden gegeven aan de methodes die gebruikt worden op de groepen. Allereerst kan in een diagnostische fase door de PMTer geobserveerd worden op lichaamssignalen die ingevuld kunnen worden in het Individueel Proactief Agressiehanteringsplan van het kind. Dit kan in de zaal, maar zou ook op de groep kunnen gebeuren.

De jongere kinderen leren, door hun gebrek aan verbalisering, veel binnen spel. Binnen PMT kunnen spelen worden aangeboden, waar binnen de verschillende agressieregulatie vaardigheden geoefend kunnen worden. Deze agressieregulatie vaardigheden zullen ervoor kunnen zorgen dat het kind minder snel in bedreigend/ (bedreigend) gewelddadig gedrag komt of in rood van het stoplichtplan komt. Verder zal de PMTer dus vooral bezig zijn om het gedrag voor het kind te reguleren, net als de groepsleiders doen. Wanneer het kind de juiste agressieregulatie vaardigheden bijleert in dit vroege stadium, dit wil zeggen nieuwe competenties aanleert die het oude gedrag langzaam doen verdwijnen, en men het kind bevestigt in zijn identiteit<sup>9</sup>, zal het kind een goede ondergrond hebben voor de rest van zijn ontwikkeling. Het kind zit echter nog in een leeftijd waarin het de ouders nodig heeft, dus zou het voor de ouders ook een goed idee kunnen zijn om PMT te volgen en hierin te leren hoe de geleerde agressieregulatie vaardigheden van het kind in stand gehouden kunnen worden, hoe ouders zich zouden moeten gedragen om het oude gedrag van het kind voorgoed achterwege te laten en hoe zij het kind kunnen bevestigen in de identiteit. Voor een deel wordt hier tijdens de ouderparticipatie samen met groepsleiders aan gewerkt. Ouders zouden hiervoor echter ook een veilige oefensituatie geboden kunnen worden, om samen met hun kind hierin te oefenen in spel bij de PMT.

---

<sup>9</sup> Zie ook de logische niveaus van Bateson in *'Steps to an Ecology of Mind'*

Met het oudere kind kan binnen PMT totaal anders worden gewerkt. Hierin kan ook een stukje cognitieve therapie worden meegenomen, het kind kan immers veel meer verbaliseren. Men kan het kind een veilige oefensituatie bieden om te oefenen in het zelfstandig terugkomen van rood/oranje naar groen binnen het stoplichtplan, of om binnen de ABC methode terug te komen naar assertief gedrag / samenwerken. Bovendien kan met het kind veel intrapsychisch gewerkt worden; het kind kan immers vertellen over wat er gebeurt in het lijf en wat het aan lichaamssignalen verneemt. Daarnaast kan samen met het kind gezocht worden naar een mogelijkheid de agressie op een andere manier lijfelijk te kanaliseren dan via agressief gedrag.

### Conclusies en aanbevelingen

PMT kan dus op een aantal manieren een meerwaarde zijn voor de huidige standaard van aanpak van agressieregulatie op de Kinderkliniek van Accare. Onder die huidige standaarden kan men de ABC methode en de Proactieve Methode verstaan. Wanneer ik deze twee methodes echter naast elkaar bekijk, gaat mijn persoonlijke voorkeur uit naar de Proactieve Methode. De twee methodes verschillen niet veel van elkaar, maar de ABC methode heeft voor elke fase een aantal vaststaande gedragingen genoemd op welke op een vaststaande manier gereageerd kan worden. De Proactieve Methode daarentegen geeft meer handelingsvrijheid en is nauwkeurig afgestemd op het kind. Dit is wat de groepsleiders ook adviseren, naar aanleiding van ervaring, aan de PMTers; dat zij maatwerk leveren en niet (terug) overgaan op een te protocollaire manier van werken. Daarnaast is de Proactieve Methode wetenschappelijk wat verder uitgebouwd dan de ABC methode.

In de diagnostische fase kan de PMTer meekijken naar de gedragingen horend bij de verschillende fasen binnen het Individueel Proactief Agressiehanteringsplan, zodat deze sneller opgesteld kan worden.

De PMTer zal met het jonge kind vooral situaties vóór het kind moeten reguleren, door nieuwe agressieregulatie vaardigheden aan te bieden, waarmee het kind kan oefenen. Dit alles spelenderwijs; de manier waarop het jonge kind leert.

De PMT kan meewerken aan de stoplichtplannen van de oudere kinderen, door met het kind intrapsychisch en interactioneel te werk te gaan. 'Hoe kan ik voelen wanneer mijn boosheid op komt zetten', 'Hoe kan ik mijn agressie wel op de juiste manier kanaliseren?' en 'Hoe kan ik zelfstandig voorkomen dat ik doorschiet van groen naar oranje of rood?', zijn hierbij belangrijke vragen die samen met het kind spelenderwijs beantwoord kunnen worden.

Aangezien agressie zich vrijwel altijd interactioneel uit, zal voor het kind met agressief gedrag, de ander erg belangrijk zijn om dit nieuwe gedrag mee te oefenen, vandaar dat ik aanraad de sessies te laten plaatsvinden in groepsverband.

Als laatste zijn alle kinderen nog in de leeftijd dat ze sterk afhankelijk zijn van ouders, vandaar dat ik aanraad dat het kind, verderop in het therapieproces, samen met de ouders de zaal in komt. Zodat niet alleen het kind de nieuwe competenties kan oefenen in een veilige setting, maar zodat ouders ook de nieuwe competenties kunnen oefenen, samen met het kind.

Deze zaken zijn de meerwaarde van PMT op de huidige standaard van aanpak van agressieregulatie op de Kinderkliniek van Accare.



## Literatuur

### **Boeken:**

- Accare Opleidingen (2006). *Cursusboek ABC*. (Ongepubliceerde nota).
- Bateson, G. (1972) *Steps to an Ecology of Mind*. New York: Ballantine Books
- Bosscher, R.J. & Stegeman, H. (2005). *Windesheimreeks kennis en onderzoek: Bewegen en gedragsbeïnvloeding*. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim
- Delft, F., Rooijendijk, L., Sjerps, N. (1997). *Agressie in het sociaal pedagogisch werk*. Baarn: Nelissen.
- Holt, N.L. (2008). *Positive youth development through sport*. Goudy: HWA Text and Data Management.
- Lange, J. de (red.) (2005). *Een vak apart: Artikelen over psychomotorische therapie*. Utrecht: 't Web – Netwerk rondom Bewegen.
- Lotens, Y. (2004). *Opvoeden door stoeien*. Rijswijk: Uitgeverij Elmar BV.
- Maliapaard, G.A., Fellinger, P.R.G. & Tummers, H.M.L. (1999). *Psychomotorische assertiviteitsmodule*. Assen: NVPMT
- Ploeg, J.D., van der (1997). *Gedragsproblemen. Ontwikkelingen en risico's*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Rosmalen, J. van (2000). *Het woord aan de verbeelding: Spel en kunstzinnige middelen in het sociaal agogisch werk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Simons, J. (red.) (2004). *Actuele themata uit de pmt*. Leuven: Uitgeverij Acco
- Valenkamp, M.W. & Verheij, F. (2007). *Proactieve individuele agressiehanteringsmethode voor de residentiële jeugdzorg en kinder – en jeugdpsychiatrie: Handleiding*. Rotterdam: Erasmus MC - Sophia afdeling Kinder – en Jeugdpsychiatrie. (Ongepubliceerde nota).
- Verheij, F. & van Doorn, E.C. (2002). *Ontwikkeling en leren; Psychiatrie op school*. Assen: Van Gorcum
- Verhulst, F.C., Van der Ende, J. & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Wielemaker, J. (in voorbereiding). *Langdurig klinisch behandeld binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie: een follow-up onderzoek na 5-25 jaar*. Rotterdam: Erasmus MC – Sophia afdeling Kinder – en Jeugdpsychiatrie. (Ongepubliceerde nota).

### **Artikelen:**

- Boesjes, R. (2008). Minder separeren, het kan! Ervaringen vanuit de groepsleiding. *Kind en Adolescent*, 4, p. 156-162.
- Emck, C. (2001). *Ik ben te oud om slechts te spelen...: Over indicatiestelling voor vaktherapie, PMT in het bijzonder*. 't Web, 4, p. 6-16
- Engelen, Y.M. van & Fleury, H.W. (2000/2001). Zonder slag of stoot: Agressiehantering en het afstemmen van methoden en technieken op leeftijd en aard van kinderen in Kinder- en Jeugdinstituten. *Bundel 'Studiedagen Agressiehantering gepresenteerd'*. Uitgever: Connecting, maatschap voor consult en training.
- Hekking, P.J.A.M. & Blink, M.J. van den (2005). Ervaringsgerichte psychomotorische therapie met jeugdigen. *Psychomotorische therapie in de praktijk*, p.173-193.
- Koot, H.M. (2002). Preventie van agressie: onbegonnen werk? *Kind en Adolescent*, 1, p. 63-65.
- Reid, J. (1993). *Prevention of conduct disorder before and after school entry: relating interventions tot developmental findings*. *Development and Psychopathology*, 5, p. 243-262.
- Rice B.J., Woolston J., Steward E., Kerker B.D., Horwitz S.M. (2002) *Differences in younger, middle, and older children admitted in child psychiatric inpatient services*. *Child Psychiatry Human Development*, 32, p. 241-261
- Sentener, E. (2008). Agressie en ggz: onvermijdelijk onafscheidelijk? *Kind en Adolescent*, 1, p. 4-10.

### **Artikelen internet:**

- Boerhout, C. & Weele, K. van der (2008). Psychomotorische therapie en agressieregulatie: een pilotonderzoek. Geraadpleegd op 1 mei 2009 om 14.00 uur, <http://www.pmtinfosite.nl/index.php>
- Uijting, M. (2004). Behandeling van agressieproblemen: Probleemgedrag bij jongeren met een Licht Verstandelijke Handicap. Geraadpleegd op 1 mei 2009 om 14.00 uur, <http://www.pmtinfosite.nl/index.php>