

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Psychomotorische gezinstherapie

Een effectstudie

Anniek Verschuur & Minny Kramer

Inleiding

Hulpverleners komen vaak in contact met kinderen die in hun ontwikkeling vastlopen of dreigen vast te lopen. Op deze ontwikkelingsproblemen zijn zowel gezinsfactoren als ouderfactoren van invloed (Carr, 2006), naast factoren op het individuele niveau van het kind (Abaied & Rudolf, 2014). Professionals onderstrepen dan ook het belang van interventies die gericht zijn op het verbeteren van de ouder-kind interactie met als doel het verbeteren van het gezinsfunctioneren en het verminderen van het probleemgedrag van het kind. Dergelijke gezinsinterventies winnen aan populariteit in de praktijk, en ook op theoretisch vlak neemt onderzoek naar de effectiviteit toe (Sharma & Sargent, 2015).

Psychomotorische gezinstherapie (pmgt) is een specifieke vorm van gezinstherapie die in Nederland steeds meer wordt toegepast. Pmgt is een non-verbale, ervaringsgerichte interventie waarbij het gedrag van en de interactie tussen de gezinsleden direct zichtbaar worden en daardoor makkelijker veranderbaar zijn. Verondersteld wordt dat door het veranderen van bestaande interactiepatronen het gezinsfunctioneren verbetert en het probleemgedrag van het kind vermindert (Maurer, Visser, Albrechts & Krot, 2011). Het gaat vaak om een kortdurende en gestructureerde interventie binnen een al lopende behandeling, maar pmgt kan ook als afzonderlijke therapie aangeboden worden (Maurer et al., 2011; Visser, Albrechts, Maurer & Kort, 2010; Visser, Maurer & Kramer, 2013). Het effect van pmgt op de relatie tussen gezinsleden en het probleemgedrag van het kind is tot op heden nog weinig onderzocht, en daarom nu onderwerp van deze studie.

Aan het onderzoek namen in totaal 26 gezinnen deel, die binnen de instellingen Mondriaan in Maastricht en Heerlen en Entréa in Nijmegen en Tiel zijn doorverwezen naar pmgt. Eerst geven we een beschrijving van gezinstherapie en pmgt, waarbij we pmgt illustreren aan de hand van een casus van een gezin dat ook aan het onderzoek heeft meegedaan.

Gezinstherapie

Het is bekend dat er een wederkerige relatie bestaat tussen psychopathologie van het kind en ouder- en gezinsfactoren. Zo draagt bepaald ouderlijk gedrag, zoals overbescherming, een gebrek aan warmte of een passieve houding, in belangrijke mate bij aan het ontstaan en voortbestaan van psychische problemen bij kinderen (DiBartolo & Helt, 2007; Hutchings & Lane, 2005). Omgekeerd draagt gezond oudergedrag, zoals autoritatie opvoedgedragingen die gekenmerkt worden door warmte en controle, bij aan de ontwikkeling van het kind tot een autonoom en zelfverzekerd individu en aan de inhibitie van verschillende risicogedragingen (Carr, 2006; Newman, Harrison, Dashiff & Davies, 2008; O'Connor, 2002). Naast de invloed van ouders op kinderen, is tegelijk de impact van kinderen op ouders en het gezin onmiskenbaar. Een moeilijk temperament van een kind is bijvoorbeeld geassocieerd met een negatieve opvoedingsstijl van de ouders, verstoringen in het gezinsfunctioneren en conflictueuze ouder-kind relaties (Achtergarde, Postert, Wessing, Romer & Müller, 2015; Johnston & Mash, 2001). Los van de niet te beantwoorden vraag naar oorzaak en gevolg, is het duidelijk dat in gezinnen met kinderen met psychische problemen inadequate interactiepatronen gezien worden (Carr, 2006) en dat er interventies nodig zijn die zich richten op het hele gezin.

Wat de ouder-kind interactiepatronen betreft, blijkt uit onderzoek dat het belangrijk is dat ouders een hoge mate van acceptatie en conflictantering laten zien (Carr, 2006; Lange, 2001). Een adequaat niveau van conflictantering, ook wel omschreven als controle, omvat communicatievaardigheden en vaardigheden om de complementaire relatie met het kind te realiseren (Lange, 2001; Van der Schaar & Schwarz, 1989). Acceptatie of warmte staat voor de positieve en liefhebbende attitude van de ouders opzichte van het kind (Lange, 2001; Van der Schaar & Schwarz, 1989).

Psychomotorische gezinstherapie

Psychomotorische therapie is een bewegings- en lichaamsgerichte therapie. Het is een eclectische, experiëntiële therapie: ervaringen tijdens bewegings- en lichaamsgerichte activiteiten worden gebruikt om bewustwording te creëren en gevoelens, gedachten en gedragingen te beïnvloeden (Nederlandse Vereniging voor Psychomotorisch Therapie, 2009).

In de jaren zeventig ontstond binnen de psychomotorische therapie de werkwijze om gezinsleden te betrekken bij een individuele psycho-

motorische behandeling (Lokerman-Soentjens, 1975; Van den Blink, 1988; Verhagen & Van den Blink, 1991). Door de jaren heen heeft de pmgt zich stapsgewijs ontwikkeld. Pmgt wordt geïndiceerd voor gezinnen die (a) te sterk zijn in rationalisatie, (b) in de war raken wanneer ze alleen verbaal worden aangesproken, (c) niet in staat zijn de transfer van reflectie naar actie te maken of (d) het geleerde in individuele therapie niet kunnen generaliseren naar de gezinsomgeving (Visser et al., 2010). Pmgt kenmerkt zich door een samenwerking tussen een psychomotorisch therapeut en een systeemtherapeut (Krot & Maurer, 1995; Visser et al., 2010; Visser et al., 2013). De taak van de psychomotorisch therapeut is lichaams- en bewegingsgeoriënteerde activiteiten aan te bieden en interventies te doen gericht op de interactiepatronen tussen de gezinsleden. De systeemtherapeut heeft de leiding in de verbale onderdelen en neemt tijdens de activiteiten in de bewegingsruimte een observerende rol aan van waaruit hij de interactiepatronen van de gezinsleden in kaart kan brengen en systemische hypothesen kan formuleren.

Remco (15 jaar, PDD-NOS en ADHD) heeft al verschillende behandelingen gehad op het moment dat het gezin voor pmgt wordt aangemeld. Remco kan het geleerde niet toepassen in zijn dagelijkse leven. Een grote wens van zijn ouders is dat Remco minder ruzie heeft met zijn broertje Jeroen (12 jaar, ADHD en mogelijk PDD-NOS). Tijdens het startgesprek wordt duidelijk dat beide jongens elkaar de schuld geven, elkaar weinig gunnen en dat er veel jaloezie is onderling. Na doorvragen komen ze uiteindelijk beiden met een doel. Remco: 'Ik wil vaker iets leuks doen met Jeroen.' Jeroen: 'Ik wil minder ruzie met Remco.' De overeenkomst wordt herkaderd en verbreed tot 'Jullie willen het beter met elkaar hebben.' Vader geeft aan dat hij geen hulpvraag heeft, enkel: 'De jongens, vooral Remco, moeten wat meer rekening houden met elkaar.' En moeder geeft aan al veel hulp te hebben gehad, dus zelf heeft ze geen hulpvraag.

Een vaak gehanteerde werkwijze binnen de pmgt, waarvan tevens in deze studie gebruik is gemaakt, is de cyclische procedure beschreven door Visser et al. (2010). Concreet bestaat deze uit een introductiegesprek, enkele sessies in de bewegingsruimte en een evaluatiegesprek. Het evaluatiegesprek kan hierbij tevens het startgesprek van een volgende cyclus zijn. In het introductiegesprek worden de doelen van het gezin besproken en wordt uitleg gegeven over de werkwijze binnen de pmgt. Tijdens de sessies in de bewegingsruimte worden activiteiten aangeboden waarin gezinsleden de mogelijkheid krijgen samen activiteiten te doen, stil te staan bij hun ervaringen en te oefenen met nieuw interactioneel gedrag.

Tijdens en na de aangeboden activiteiten worden de ervaringen van de gezinsleden besproken. Deze reflecties kunnen cliënten bewust maken van de interactiepatronen en leiden tot experimenten met nieuw gedrag in een volgende stap (Visser et al., 2010).

Tijdens de eerste sessie in de bewegingsruimte wordt wandklimmen aangeboden. In deze activiteit is non-verbale samenwerking vereist, en het leidt vrijwel altijd tot een succeservaring. De beperkte momenten waarin de broers communiceren, verlopen via de psychomotorisch therapeut. Ouders staan net als de systeemtherapeut tijdens deze activiteit aan de zijlijn. Vanaf de zijlijn stimuleren ze Remco beter te luisteren naar Jeroen. Nadat beide jongens trots zijn op wat ze bereikt hebben, wordt de activiteit met elkaar besproken. De therapeuten vertellen wat ze hebben gezien, namelijk dat Remco, tegen de verwachtingen in, wel afstemde. Jeroen daarentegen deed zijn eigen ding. Ouders herkenden dit vanuit de sessie, maar in eerste instantie niet vanuit het dagelijkse leven. In de weken die volgen zien ouders steeds beter wat de beperkingen zijn van Jeroen (de aandacht lag eigenlijk altijd op de problematiek van Remco). Daarnaast zien ze de dynamiek beter, waarbij zichtbaar wordt dat beide jongens een aandeel hebben in de ruzies.

Psychomotorische (gezins)therapie is gebaseerd op een relationeel bewegingsconcept. Deze opvatting over bewegen gaat uit van de onlosmakelijke en intentionele verbondenheid van de mens met zijn omgeving waarmee hij betekenisvolle relaties onderhoudt (Tamboer, 1995). Binnen de pmgt betekent dit dat de bewegingen en acties van een gezinslid niet los gezien kunnen worden van de bewegingen en acties van de andere gezinsleden. Pmgt richt zich op de betekenis van het relationele bewegingsgedrag en op het relationele aspect van communicatie. Gedrag en interactiepatronen die thuis plaatsvinden, worden ook zichtbaar tijdens de pmgt; er is weinig mogelijkheid tot het verhullen ervan (Van Ramhorst, 2004). Er ontstaat bewustwording van de interactiepatronen en er kan met nieuw concreet interactiegedrag geoefend worden (Maurer et al., 2011; Van den Blink, 1988).

De non-verbale interactie tussen gezinsleden is een centraal element binnen de pmgt. In de pmgt worden de lichaamstaal en emoties van de gezinsleden zichtbaar, en door daar woorden aan te geven ontstaat bij de gezinsleden bewustwording. Non-verbale communicatie tussen ouder en kind en sensomotorische ervaringen zijn van groot belang voor de ontwikkeling van hechting tussen ouder en kind en de ontwikkeling van emotieregulatievaardigheden van het kind (Carr, 2006; Lucas-Thompson & Granger, 2014; Malchiodi, 2014). In de aangeboden activiteiten kan de

non-verbale communicatie tussen gezinsleden worden benadrukt en hersteld (Devereaux, 2008; Verhagen & Van den Blink, 1991) en kunnen kind en ouders adequate emotieregulatievaardigheden oefenen.

Tot slot kunnen pmgt-sessies op zichzelf een corrigerende ervaring vormen (Malchiodi, 2014). Het gezin krijgt de kans te 'spelen' en opnieuw samen plezier te hebben (Devereaux, 2008) en gezinsleden ervaren dat ze samen succesvol uitdagingen kunnen overwinnen in de aangeboden activiteiten (Maurer et al., 2011). Samen plezier en succes ervaren alleen al is winst en biedt hoop (Van Ramhorst, 2004), wat bijdraagt aan positieve interacties tussen de gezinsleden en aan de therapietevredenheid van cliënten en hun therapeuten.

In de derde sessie krijgt het gezin de opdracht zware en grote materialen met elkaar te verplaatsen. Remco heeft zichtbaar tijd nodig voor een oplossing. Ondertussen is Jeroen driftig met een basketbal in de weer. Moeder verdeelt de spullen onder de gezinsleden. Jeroen verplaatst als eerste materiaal. Daarop vertrekken Remco en vader, terwijl moeder intussen een derde van de spullen verzamelt en hijgend en puffend met het materiaal naar de overkant van de zaal loopt. Iedereen is in eerste instantie tevreden. Alle spullen zijn immers verplaatst en de opdracht is tot een goed einde gebracht. Na wat doorvragen, geeft vader echter aan dat het niet eerlijk verlopen is voor moeder. Ook thuis neemt zij gemakkelijk iets over van anderen. Hij voelt zich soms buitenspel gezet door moeder, zoals in de activiteit ook gebeurde. Daarnaast vertelt Remco dat hij vaak wel een mening heeft, maar dat Jeroen daar niet naar luistert, waardoor Remco alleen gaat spelen of maar geïrriteerd doet wat Jeroen voorstelt. Dit laatste leidt vanzelfsprekend tot een zoveelste conflict tussen de broers, en dat maakt ouders dan weer alert en ongerust. In het vervolgesprek vertelt moeder enthousiast dat vader iets leuks met Jeroen heeft ondernomen en moeder met Remco. Moeder voegt daaraan toe: 'Dat is een manier waarop we toch samen iets leuks kunnen doen. Het is niet met het hele gezin, maar wel zonder geruzie.'

Het onderzoek

In deze studie zijn twee onderzoeksvragen vooropgesteld. Ten eerste onderzochten we of de interactie tussen gezinsleden verbetert na het volgen van pmgt. Specifiek verwachtten we meer acceptatie en een betere conflicthantering te registreren bij de deelnemende gezinsleden. Ten tweede onderzochten we of het volgen van pmgt een positief effect heeft

op de aanwezige gedragsproblemen bij het kind. Concreet verwachtten we na afloop minder internaliserend en externaliserend probleemgedrag te observeren bij de deelnemende kinderen. Bijkomend bestudeerden we het welzijn van de gezinsleden alsook de therapietevredenheid van de gezinsleden en de therapeuten betrokken bij de pmgt.

Deelnemers

Het onderzoek vond plaats tussen september 2012 en december 2016 binnen Mondriaan (GGZ Kind en Jeugd) in Maastricht en Heerlen en Entréa (Jeugdzorg) in Nijmegen en Tiel. Gezinnen werden binnen beide instellingen naar de pmgt verwezen door het multidisciplinaire team. Om deel te nemen aan het onderzoek moesten de gezinnen voldoen aan de volgende criteria: (1) in de diagnose is gesproken over ouder-kind relatieproblemen, (2) de leeftijd van het aangemelde kind is tussen 8 en 18 jaar, (3) de gezinnen bestaan minimaal uit een ouder en een kind en (4) alle gezinsleden moeten gemotiveerd zijn om aan het onderzoek deel te nemen.

Aan het onderzoek namen in totaal 26 gezinnen deel. Zes gezinnen vielen uit omdat ze de pmgt niet afronden, op basis van een beslissing van het gezin of omdat de therapie nog niet afgesloten kon worden aan het einde van de onderzoeksperiode. In de onderstaande tabel zijn enkele kenmerken van de deelnemende gezinnen weergegeven. Er werden geen verschillen gevonden tussen de deelnemende gezinnen en de gezinnen die uitvielen, bijvoorbeeld in de leeftijd van het aangemelde kind en de scores van de beginmeting. Eén uitzondering hierop is de therapietevredenheid van de therapeuten na de eerste sessie. Deze was bij de gezinnen die uitvielen significant lager dan voor de deelnemende gezinnen.

Geslacht van het aangemelde kind	Jongen	14
	Meisje	6
Gemiddelde leeftijd van het aangemelde kind		11,7 jaar
Gezinssamenstelling tijdens therapie	K + M	11
	K + M + V	6
	K + M + V + B	3
	K + V	0

Tabel 1: Kenmerken van de deelnemende gezinnen met K = kind; M = moeder; V = vader; B = brus.

Meetinstrumenten en procedure

Met behulp van de ouder-kind interactievragenlijst (OKIV-R; Lange, 2001) brachten we de verhoudingen tussen de gezinsleden in kaart. Deze vragenlijst meet in welke mate iedere ouder afzonderlijk de relatie met het kind als positief of negatief beoordeelt en vice versa. Er zijn twee subschalen gescoord, namelijk acceptatie en conflicthantering. Vragen zijn bijvoorbeeld 'Mijn moeder begrijpt mij niet zo goed' en 'Ik vind het moeilijk iets aardigs te zeggen tegen mijn kind'.

De Child Behaviour Checklist (CBCL) gaf ons een beeld van de gedrags- en emotionele problemen van een kind volgens ouders (Verhulst & Van der Ende, 2013). Dit instrument maakt een onderscheid tussen internaliserende en externaliserende problemen. Voorbeelditems zijn 'Doet te jong voor zijn/haar leeftijd' en 'Is liever alleen dan met anderen'.

De (Child) Outcome Rating Scale ((C)ORS) en de (Child) Session Rating Scale ((C)SRS) zijn afgenomen om respectievelijk zicht te krijgen op het welzijn en het functioneren van de cliënt in het dagelijks leven (Boon, De Boer & Ravestijn, 2012; Miller, Duncan, Brown, Sparks & Claud, 2003) en op diens therapietevredenheid (Boon et al., 2012; Duncan et al., 2003).

De Therapist Satisfaction Scale (TSS) tot slot, is gebruikt om te meten in welke mate de therapeut de behandeling als productief en aangenaam ervoer (Hafkenscheid, 2012).

Er is met twee onderzoeksperiodes gewerkt omdat de studie bestaat uit twee samengevoegde afstudeeronderzoeken. De onderzoeksprocedures waren gelijk, de gezinsleden vulden voor aanvang en na afloop van de pmgt vragenlijsten in die betrekking hadden op de ouder-kind interactie (OKIV-R) en het probleemgedrag van het kind (CBCL). In de tweede onderzoeksperiode zijn twee toevoegingen gedaan. Voorafgaand aan de therapiesessies hebben de gezinsleden een vragenlijst over het subjectief ervaren welzijn ingevuld ((C-)ORS), en na afloop van de therapiesessies hebben de gezinsleden ((C-)SRS) en de therapeuten (TSS) een vragenlijst over de therapietevredenheid ingevuld.

Er is gebruikgemaakt van geavanceerde statistiek om de data zowel op het niveau van alle gezinsleden gezamenlijk als op het niveau van de gezinsleden afzonderlijk te analyseren. Op deze wijze is omgegaan met de kleine steekproefomvang. Binnen de beperkingen van dit artikel voert het te ver hierop op deze plek nader in te gaan.

Resultaten

Kijkend naar de resultaten van alle gezinnen gezamenlijk verbeterden de interactie tussen vader en kind en de conflicthantering van vader volgens het kind significant. Er zijn geen verbeteringen gevonden in de interactie tussen moeder en kind. Daarnaast verminderde het totale probleemgedrag van het kind volgens de beoordeling van de vaders en niet volgens de beoordeling van de moeders. Als we kijken naar de gegevens van de gezinsleden afzonderlijk, zien we enkel een betrouwbare verbetering in de acceptatie tussen vader en kind, beoordeeld door de meeste vaders, maar niet in de interactie tussen moeder en kind.

De meeste kinderen lieten een toename zien in het subjectief ervaren welzijn tijdens de behandeling, waarbij de score na afloop past bij de normale populatie. Ook de scores van de ouders na afloop passen bij de normale populatie. Het verloop van de scores op subjectief ervaren welzijn van ouders tijdens de behandeling verbeterde in sommige gevallen, in andere gevallen veranderde het niet of verslechterde het.

Over het algemeen beoordeelden de meeste kinderen, ouders en therapeuten een toenemende tevredenheid over de behandeling.

Tijdens de eindevaluatie vertellen Remco en Jeroen dat ze een spel op de Wii hebben gespeeld zonder ruzie. Ook hebben ze samen een paar boodschappen gedaan. 'We doen nu vaker wat alleen en soms kunnen we samen iets doen', aldus Remco. Jeroen zou nog wel meer samen met zijn broer willen doen. Ouders beseffen nu dat ook Jeroen een aandeel heeft in de ruzies, dat hun kinderen aansturende begeleiding van hen nodig hebben en dat ze dat waarschijnlijk nog vele jaren zullen moeten volhouden. Moeder probeert voorzichtig een stapje achteruit te doen, waardoor vader actiever wordt binnen het gezin. Zo vertelt moeder dat ze iets voor zichzelf heeft gedaan en dat vader toen bij de kinderen thuis is gebleven.

Discussie

Uit de resultaten komt naar voren dat de meeste veranderingen optreden in de interactie tussen vader en kind. Dit wijst erop dat vooral gezinnen waarvan de vader deelneemt aan de pmgt, ervan profiteren. Een eerste verklaring hiervoor is dat de ervaringsgerichte benadering beter past bij de opvoedingsstijl van vaders. Er zijn immers, naast de overeenkomsten tussen de rollen van moeders en vaders en de kenmerken van hun relatie met hun kind (Lamb, 2013), ook duidelijke verschillen in de activiteiten

die moeders en vaders met hun kinderen ondernemen. Vaders doen vaak lichamelijke spelactiviteiten, terwijl moeders zich vaker bezighouden met dagelijkse opvoedingsactiviteiten (Bucx, 2011). (Fysiek) spel is vaker prominent aanwezig in de vader-kind interactie en zorgt voor een context waarin vaders hun kind kunnen uitdagen en de ontwikkeling van zelfregulatie en interpersoonlijke vaardigheden van hun kind kunnen ondersteunen (Paquette, 2004; Peterson & Flanders, 2005; Riedstra, 2015).

Een tweede verklaring is dat pmgt vaders in staat stelt meer tijd met hun kinderen door te brengen dan normaal, omdat moeders doorgaans meer tijd met hun kinderen doorbrengen dan vaders (Bucx, 2011). Dit kan vaders de kans geven met hun kinderen positieve (non-verbale) interacties te hebben, wat leidt tot een hogere acceptatie in de vader-kind interactie (Lange, 2001). Ook ander onderzoek stelt dat de betrokkenheid en deelname van vaders in therapie belangrijk is (Andolfi, 2013; Carr, 2014b) en zorgt voor betere resultaten bij de ouders en daarmee bij het kind. In behandelingen met beide ouders kan het bewustzijn van de eigen opvoedingsstijl en de stijl van de andere ouder helpen om beter samen te werken in het ouderschap. Dit zorgt voor betere opvoedings-effecten bij de kinderen (Tavassolie, Dudding, Madigan, Thorvardarson & Winsler, 2016) en bevordert eventueel aanvullend het herstel van het ouder-subsysteem. Dit zou de toename van de conflicthantering van de vaders, zoals beoordeeld door de kinderen, in dit onderzoek kunnen verklaren. Deze toename in de conflicthantering van vaders kan mogelijk ook een verklaring zijn voor de afname van het probleemgedrag van het kind in deze studie zoals beoordeeld door de vaders, doordat vaders dankzij de pmgt het probleemgedrag van hun kinderen beter kunnen hanteren. Onderzoek laat immers zien dat adequate conflicthantering (controle) belangrijk is in de opvoeding van kinderen met gedragsproblemen (Hutchings & Lane, 2005; Newman et al., 2008).

De stijging in het welzijn van het kind, als resultaat van het doorlopen van het pmgt-aanbod, is een hoopvolle uitkomst, aangezien kinderen en jongeren met psychologische problemen een lager welzijn en een lagere kwaliteit van leven rapporteren (Crone, Wiefferink & Reijneveld, 2005; Schoemaker, Zwaanswijk & Meijer, 2008). In het licht van de enkele concrete verbeteringen in de ouder-kind interactie en in het probleemgedrag van het kind in dit onderzoek, is het lastig om de globale verbetering in het zelfgerapporteerde welzijn van de kinderen te verklaren. Onderzoek maakt wel duidelijk dat verbetering van de vaardigheden van de ouder het welzijn van het kind beïnvloedt (Enebrink et al., 2015; Jones & Prinz, 2005). Deze variabele is echter niet gemeten in de huidige studie.

In tegenstelling tot de stijging van het welzijn van de meeste kinderen, zagen we slechts bij sommige ouders een stijging in het welzijn, bij ande-

ren een daling of geen verandering. Dit zou mogelijk verklaard kunnen worden door de ervaren opvoedingsbelasting. Over het algemeen ervaren ouders van kinderen met psychosociale problemen een hogere opvoedingsbelasting en zijn ze negatiever over hun ouderschap dan ouders van kinderen zonder psychosociale problemen (Crone & Zeijl, 2005; Wels & Robbroeckx, 1996). Uit onderzoek van Van Voorst, Jansma, Van de Wiel en Matthys (2004) blijkt dat moeders een hogere opvoedingsbelasting ervaren dan vaders. Mogelijk is dit een verklaring waarom we in het huidige onderzoek alleen veranderingen vonden in de interactie tussen vader en kind en in de beoordeling van de vaders van het probleemgedrag van het kind. Bovendien kunnen ouders zich tijdens pmgt meer bewust worden van hun opvoedingsvaardigheden en hun eigen gedragspatronen (Bloomfield & Kendall, 2012). Dit kan aanvankelijk leiden tot een grotere subjectieve belasting en minder vertrouwen bij de ouders (Bloomfield & Kendall, 2012), wat mogelijk verklaart waarom in de meeste gevallen – op korte termijn – geen verbetering is gevonden in de ouder-kind interactie. Een andere verklaring voor de resultaten met betrekking tot het welzijn van ouders zou kunnen zijn dat ouders minder bereid en gemotiveerd zijn hun eigen opvoedingsgedrag aan te passen. Dit kan het geval zijn wanneer zij zelf, samen met hun kinderen, voor behandeling worden verwezen door het multidisciplinaire team (Crouzen, 2010). Daardoor ligt de focus niet meer alleen op het probleemgedrag van hun kind, maar nu ook op de eigen pedagogische competenties.

De meeste gezinsleden gaven een hogere therapietevredenheid aan gedurende de therapie, in lijn met de casusbeschrijvingen die in de literatuur worden vermeld (Krot & Maurer, 1995; Visser et al., 2010; Visser et al., 2013). Mogelijk heeft dit te maken met de ervaringsgerichte werkwijze binnen de pmgt. Interactiepatronen die thuis plaatsvinden, treden uiteraard ook op tijdens de activiteiten gedurende de therapiesessies. In plaats van abstract te praten over deze patronen, ziet de therapeut 'eindelijk' hoe het er thuis aan toe gaat, is een vaak gehoorde reactie van gezinsleden op deze therapievorm (Maurer et al., 2011; Wiener & Oxford, 2003). Door het observeren en herkennen van de ingewikkelde dynamiek in het gezin voelen gezinsleden zich gehoord, begrepen en gerespecteerd, wat van groot belang is voor de therapeutische alliantie (Duncan et al., 2003) en bijgevolg voor de uitkomst van de therapie (Bartelink, Meuwissen & Eijgenraam, 2015; Friedlander, Lee, Shaffer & Cabrera, 2014). Gezinsleden krijgen door de ervaringsgerichte insteek ook meer inzicht in elkaars beleving (Wiener & Oxford, 2003). Zo kunnen zowel ouders als kinderen meer betrokken raken bij de behandeling, wat tevens bijdraagt aan de therapeutische alliantie (Johnson, Ketring, Rohacs & Brewer, 2006) en de therapie-uitkomst (Karver Handelsman, Fields & Bickman, 2006). De hoge

therapietevredenheid van zowel gezinsleden als therapeuten, gevonden in de huidige studie, laat zien dat er gedurende de pmgt een waardevolle therapeutische werkrelatie wordt opgebouwd. Tevens leidt een hoge terapietevredenheid binnen systemische interventies tot een betere therapietrouw en lagere uitvalpercentages (Carr, 2014a; Sharma & Sargent, 2015).

De resultaten voor de steekproef als geheel verschilden van die voor alle gezinsleden apart. In de steekproef als geheel vonden we significante veranderingen in de interactie tussen de gezinsleden en het probleemgedrag van het kind. Kijkend naar de gezinsleden afzonderlijk zagen we echter slechts in sommige gevallen betrouwbare veranderingen. Deze bevinding wijst op de noodzaak van een gedetailleerder onderzoek naar de indicaties voor pmgt en een nadere analyse van de kenmerken van gezinnen die daadwerkelijk van pmgt profiteren. Deze aanbeveling wordt ondersteund door de bevinding dat de scores van de therapeuten op de TSS, voorafgaand aan de pmgt, significant verschilden tussen de gezinnen die hebben deelgenomen en de gezinnen die zijn uitgevallen. Hoewel deze bevinding is gebaseerd op een kleine steekproefomvang, kan dit erop wijzen dat de therapeuten aan het begin van de behandeling al geen vertrouwen hadden in een positieve behandeluitkomst en twijfelden of pmgt een juiste indicatie was.

Beperkingen

De resultaten van de huidige studie moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd, omdat de studie verschillende beperkingen kent. Ten eerste was de onderzoekspopulatie erg klein, omwille van diverse redenen, waaronder het uitblijven van verwijzingen, veranderingen in teamsamenstelling en organisatorische veranderingen gedurende de looptijd van dit onderzoek.

Ten tweede is er geen strikt behandelprotocol gebruikt. Dit resulteerde in verschillen in de inhoud van de therapeutische sessies, in het aantal sessies, in de gezinssamenstelling en in de werkwijze van de therapeuten. Het was daarnaast niet mogelijk een controlegroep op te nemen in het onderzoek en vervolgmetingen te doen. Ook kon er geen rekening worden gehouden met storende factoren zoals andere interventies naast de pmgt, ouderlijke (psychische) problemen, leeftijd en geslacht van het kind, ouderschapsvaardigheden en opvoedingsstress. Met de huidige onderzoeksopzet is echter wel aangesloten bij de klinische praktijk.

Conclusie

Voor de klinische praktijk is het belangrijk doelbewust meer vaders in pmgt te betrekken. Verder lijkt het belangrijk de verwachtingen van de ouders tijdens de introductie uitgebreid aan de orde te stellen, om bij aanvang van de behandeling hun intrinsieke motivatie voor verandering te vergroten. Rekening houdend met de beperkingen van deze studie, leveren de uitkomsten onderbouwde aanduidingen voor het positieve effect van pmgt op de ouder-kind interactie en het probleemgedrag van het kind, samen met een toename van het welzijn van het kind en toenemende tevredenheid van de gezinsleden en de therapeuten in de loop van de therapie. Daarmee lijkt de huidige studie de implementatie van pmgt in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen te ondersteunen. Verder onderzoek naar de effectiviteit van deze specifieke vorm van gezinstherapie is nog nodig.

Anniek Verschuur is psychomotorisch therapeut en werkzaam bij GGZ Oost Brabant en Entréa Jeugdzorg en heeft onderzoek gedaan in het kader van haar master Mental Health, Child & Adolescent track, Maastricht University. Email: anniekverschuur@hotmail.com.

Minny Kramer is psychomotorisch therapeut en werkzaam bij Kinnik GGZ Friesland en heeft onderzoek gedaan in het kader van haar master psychomotorische therapie, Windesheim, Zwolle.

Literatuur

- Abaied, J. & Rudolph, K. (2014). Family relationships, emotional processes, and adolescent depression. In C.S. Richards & M.W. O'Hara (eds.), *The Oxford handbook of depression and comorbidity* (pp. 460-475). New York: Oxford University Press.
- Achtergarde, S., Postert, C., Wessing, I., Romer, G. & Müller, J.M. (2015). Parenting and child mental health – Influences of parent personality, child temperament, and their interaction. *The Family Journal*, 23(2), 167-179.
- Andolfi, M. (2013). Engaging fathers in family therapy with violent adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 34(3), 172-185.
- Bartelink, C., Meuwissen, I. & Eijgenraam, K. (2015) *Richtlijn samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Retrieved from: <http://richtlijnenjeugdhulp.nl/samen-beslissen-over-passende-hulp/>
- Bloomfield, L. & Kendall, S. (2012). Parenting self-efficacy, parenting stress and child behaviour before and after a parenting programme. *Primary Health Care Research & Development*, 13(04), 364-372.
- Boon, D.A., De Boer, D.S. & Ravestijn, D.E. (2012). De child outcome rating scale (C-ORS) en de child session rating scale (C-SRS). *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 38(2), 73-87.
- Bucx, F. (eds.) (2011). *Gezinsrapport 2011 – Een portret van het gezinsleven in Nederland*. Retrieved from: <https://www.scp.nl/Publicat>

- cities/Alle_publicaties/Publicaties_2011/Gezinsrapport_2011
- Carr, A. (2006). *Handbook of child and adolescent clinical psychology – A contextual approach*. London/New York: Routledge.
- Carr (2014a). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36, 107-157.
- Carr, A. (2014b). Thematic review of family therapy journals in 2013. *Journal of Family Therapy*, 36, 420-443.
- Crone, M., Wiefferink, K. & Reijneveld, M. (2005). Psychosociale gezondheid van kinderen. In E. Zeijl, M. Crone, K. Wiefferink, S. Keuzenkamp & M. Reijneveld (red.), *Kinderen in Nederland* (pp. 65-89). Retrieved from: <https://www.scp.nl/dsresource?objectid=e20595eb-5a20-4f72-927c-830c54118cbc&type=org>
- Crone, M. & Zeijl, E. (2005). Kinderen met problemen. In E. Zeijl, M. Crone, K. Wiefferink, S. Keuzenkamp & M. Reijneveld (red.), *Kinderen in Nederland* (pp. 90-103). Retrieved from: https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2005/Kinderen_in_Nederland
- Crouzen, M. (2010). *Handleiding client directed outcome informed (CDOI)*. Retrieved from: <http://www.oplossingsgericht.nu/assets/Uploads/Documenten/CDOI-handleiding-Crouzen-September-2010.pdf>
- Devereaux, C. (2008). Untying the knots – Dance/movement therapy with a family exposed to domestic violence. *American Journal of Dance Therapy*, 30(2), 58-70.
- DiBartolo, P.M. & Helt, M. (2007). Theoretical models of affectionate versus affectionless control in anxious families – A critical examination based on observations of parent-child interactions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 253-274.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Sparks, J.A., Claud, D.A., Reynolds, L.R., Brown, J. & Johnson, L.D. (2003). The Session Rating Scale – Preliminary psychometric properties of a ‘working’ alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3-12.
- Enebrink, P., Danneman, M., Mattsson, V.B., Ulfssdotter, M., Jalling, C. & Lindberg, L. (2015). ABC for parents – Pilot study of a universal 4-session program shows increased parenting skills, self-efficacy and child well-being. *Journal of Child and Family Studies*, 24(7), 1917-1931.
- Friedlander, M.L., Lee, H.H., Shaffer, K.S. & Cabrera, P. (2014). Negotiating therapeutic alliances with a family at impasse. *Psychotherapy*, 51(1), 41-52.
- Hafkenscheid, A. (2012). Monitoren van het therapeutische proces – Het perspectief van de therapeut. *Tijdschrift voor Cliënt-gerichte Psychotherapie*, 50, 339-356.
- Hutchings, J. & Lane, E. (2005). Parenting and the development and prevention of child mental health problems. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(4), 386-391.
- Johnson, L.N., Ketring, S.A., Rohacs, J. & Brewer, A.L. (2006). Attachment and the therapeutic alliance in family therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 34(3), 205-218.
- Johnston, C. & Mash, E.J. (2001). Families of children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder – Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183-207.
- Jones, T.L. & Prinz, R.J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment – A review. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 341-363.
- Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fields, S. & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy – The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 50-65.
- Krot, J. & Maurer, J.M.G. (1995). Gezinsbehandeling middels psychomotorische therapie. *Bewegen en Hulpverlening*, 12, 167-179.
- Lamb, M.E. (ed.) (2013). *The father's role – Cross cultural perspectives*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Lange, A. (2001). *De Ouder-Kind Interactie Vragenlijst-Revised: OKIV-R*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lokerman-Soentjens, T. (1975). Kom maar eens over de brug – De bewegingstherapie ingeschakeld als observatie- en confrontatiemiddel in een gericht onderzoek naar de relatie tussen paren.

- Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 4(5), 158-176.
- Lucas-Thompson, R.G. & Granger, D.A. (2014). Parent-child relationship quality moderates the link between marital conflict and adolescents' physiological responses to social evaluative threat. *Journal of Family Psychology*, 28(4), 538-548.
- Malchiodi, C.A. (2014). Creative arts therapy approaches to attachment issues. In C.A. Malchiodi & D.A. Crenshaw (eds.), *Creative arts and play therapy for attachment problems* (pp. 3-18). New York/London: The Guilford Press.
- Maurer, J., Visser, M., Albrechts, B. & Krot, H. (2011) Psychomotorische gezinstherapie in de praktijk. *Kind en Adolescent Praktijk*, 2, 60-66.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Brown, J., Sparks, J. & Claud, D. (2003). The Outcome Rating Scale – A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91-100.
- Newman, K., Harrison, L., Dashiff, C. & Davies, S. (2008). Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: An integrative literature review. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 16(1), 142-150.
- NVPMT (2009). *Beroepsprofiel psychomotorische therapeut*. Retrieved from <http://nvpmt.nl/bestuur/documenten/file/7-beroepsprofiel-pmt.html>.
- O'Connor, T.G. (2002). Annotation – The 'effects' of parenting reconsidered: findings, challenges, and applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 555-572.
- Paquette, D. (2004). Theorizing the father-child relationship – Mechanisms and developmental outcomes. *Human Development*, 47(4), 193-219.
- Peterson, J.B., & Flanders, J.L. (2005). Play and the regulation of aggression. In R.E. Tremblay, W.W. Hartup & J. Archer (eds.), *Developmental origins of aggression* (pp. 133-157). New York: Guilford.
- Riedstra, G. (2015) *Stoeien tussen vader en kind*. Unpublished master's thesis. Windesheim, Zwolle.
- Schoemaker, C., Zwaanswijk, M. & Meijer, S. (2008) Psychische problemen. In C.T.M. Schrijvers & C.G. Schoemaker (red.), *Spelen met gezondheid – Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd* (pp. 85-108). Retrieved from <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270232001.pdf>
- Sharma, N. & Sargent, J. (2015). Overview of the evidence base for family interventions in child psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 471-485.
- Tamboer, J.W.I. (1995). *Filosofie van de bewegingswetenschappen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Tavassolie, T., Dudding, S., Madigan, A.L., Thorvardarson, E. & Winsler, A. (2016). Differences in perceived parenting style between mothers and fathers – Implications for child outcomes and marital conflict. *Journal of Child and Family Studies*, 25(6), 2055-2068.
- Van den Blink, M.J. (1988). Psychomotorische gezinstherapie – Een bericht uit de tijd. *Bewegen en Hulpverlening*, 5, 76-81.
- Van der Schaar, D. & Schwartz, N. (1989). *De ontwikkeling van de 'Ouder-Kind Interactie Vragenlijst'*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, vakgroep klinische psychologie.
- Van Ramhorst, G. (2004) Samenspel – Samenwerking van systeemtherapeut en vaktherapeut bij gezinsdiagnostiek en gezinsbehandeling. *Systeemtherapie*, 16, 132-148.
- Van Voorst, G.J., Jansma, H.B., Van de Wiel, N.M.H. & Matthys, W. (2004). Kinderpsychiatrische stoornissen en gezinsbelasting. *Kind en Adolescent*, 25(3), 137-142.
- Verhagen, S. & Van den Blink, M.J. (1991). Psychomotorische gezinstherapie. In: W.J.L. Klijn (red.), *Systeemtaxatie in beweging – Behandelcontext en het gebruik van psychomotorische en creatieve technieken bij gezinsdiagnostiek en gezinsbehandeling in de geestelijke gezondheidszorg* (pp. 93-104). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Verhulst, F. & Van der Ende, J. (2013). *Handleiding ASEBA – Vragenlijsten voor leeftijden 6 tot en met 18 jaar*. Rotterdam: ASEBA Nederland.

-
- Visser, M., Albrechts, B., Maurer, J. & Krot, H. (2010). Een dialoog tussen systeemtherapeut, psychomotorisch therapeut en gezin. In J. de Lange (red.), *Psychomotorische therapie – Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz* (pp. 115- 31). Amsterdam: Boom.
- Visser M., Maurer J. & Kramer M. (2013). *Psychomotorische gezinstherapie – Een eerste aanzet tot effectonderzoek*. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 9, 11-16.
- Wels, P. & Robbroeckx, L. (1996). *NVOS: Nijmeegse vragenlijst voor de opvoedingssituatie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Wiener, D.J. & Oxford, L. (2003). *Action therapy with families and groups*. Washington, DC: American Psychological