

1/7/2012

KINDEREN EN JONGEREN ONAFSCHEIDELIJK VAN HUN SYSTEEM



SCRIPTIE BEGELEIDER:
COR NIKS

SCRIPTIE BEOORDELAAR:
MAURITS UIJTING

WELKE SPECIFIEKE BIJDRAGE GEEFT PMST AAN
DE BEHANDELING VAN KINDEREN EN JONGEREN
BINNEN DE KINDER- EN JEUGDSPYCHIATRIE?

In dit artikel wordt de situatie geschetst van kinderen en jongeren met psychiatrische problematiek die behandeld worden binnen Karakter, een psychiatrische kinder- en jeugd instelling. Hierbij zal voornamelijk de bijdrage van Psychomotorische systeem therapie (PMST) worden beschreven. Daarnaast wordt gekeken hoe betrokkenen bij de behandeling tegenover PMST staan.

Voor PMST bestaat nog geen vaste definitie. Ter verduidelijking van wat PMST is, wordt een onderscheid gemaakt tussen psychomotorische therapie (PMT) en systeemtherapie (ST). Dit samengevoegd vormt psychomotorische systeem therapie. Kenmerkend voor de psychomotorisch therapeuten is het hanteren van de therapeut- cliënt relatie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van gearrangeerde ervaringscontexten, waarbinnen bewegen en lichaamservaringen als aangrijpingspunt dienen om psychische processen en inhouden te beïnvloeden (Hekking & Fellingier, 2011). Systeemtherapie kan opgevat worden als een hoeveelheid gedragsinterventies, een methodiek, om behandeling aan te bieden aan individuen, paren, gezinnen, bredere families en nog uitgebreidere contexten met altijd het accent op de relatie (Mikesell, Lusterma & McDaniel, 1995). De praktijk wijst uit dat er verschillende benamingen gebruikt worden om de combinatie van PMT en ST te definiëren. Binnen Karakter wordt de afkorting PMST gebruikt.

Bij kinderen en jongeren kan de vraag worden gesteld of het door middel van individuele behandeling mogelijk is om de hulpvraag beantwoord te krijgen. De hulpvraag heeft vaak invloed op het functioneren van het kind en zijn gehele systeem. De vraag die deze werkwijze oproept is; wat levert het kinderen en jongeren op om uit hun systeem te worden gehaald om daarna te worden opgenomen en een individuele behandeling te krijgen in de psychiatrie. Dit buiten hun gezinscontext met als gevolg een grote kans op terugval in oud gedrag wanneer ze weer in hun oude omgeving worden geplaatst (Delleman, 2006). Of dat kinderen poliklinisch in een individueel behandeltraject terecht zijn gekomen terwijl het kind in zijn dagelijkse thuissituatie direct weer vastloopt. Door overheidsbezuinigingen is er steeds vaker sprake van poliklinische behandelingen (van Hoof, 2011). Karakter heeft een nieuwe werkwijze moeten ontwikkelen om met deze bezuinigingen op professionele wijze om te kunnen gaan. Waar het echt nodig mocht zijn om tot opname over te gaan, wordt het kind alleen nog opgenomen in combinatie met, in ieder geval, één ouder of verzorger. Deze opname is dan voor één of twee nachten. Hierna keert het kind vervolgens weer zo snel mogelijk terug naar zijn of haar eigen omgeving. De behandeling wordt hierna voortgezet met het

gezin. Deze ideeën en ontwikkelingen voor de behandelstrategie komen voort vanuit een Zweedse methodiek die beschreven wordt door Den Teuling (2011). Het zou passend zijn als hierbinnen een aansluitend PMT aanbod ontwikkeld en uitgevoerd wordt. Binnen Karakter zijn er locaties waarbij er inmiddels een intensieve samenwerking is ontstaan tussen PMT en ST. Hieruit is de ontwikkeling van een bij het behandelplan passende module ontstaan. Naast PMST moet de mogelijkheid blijven bestaan om individuele therapie te kunnen aanbieden als bijdrage aan het leerproces van het kind.

Inleiding

Opvallend is dat de huidige aanwezige therapeuten binnen Karakter zeer geïnteresseerd zijn om mee te gaan met de huidige ontwikkelingen. Wat maakt dat het voor de therapeuten die gewend zijn om individuele cliënten te behandelen de overweging waard is om een gezin mee de zaal in te nemen. Gevolg hiervan is dat de therapeuten wel buiten hun comfortzone moeten treden en zich een hele nieuwe manier van werken moeten aanmeten (Bridges, 2001).

Door deze ontwikkelingen en interesses is een vraag geformuleerd die meer duidelijkheid kan bieden over het werken met gezinnen, namelijk; Welke specifieke bijdrage geeft PMST aan de behandeling van kinderen en jongeren binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie?

Het artikel is geschreven aan de hand van de module "Gezin in beweging" (2011). De behandelvraag en de daarbij behorende doelgroep en andere zaken die daarbij van toepassing zijn zullen worden besproken en zijn allen gebaseerd op de module "Gezin in beweging" (2011). Verder zal aandacht worden besteed aan een aantal thema's, met daarbij een theoretische onderbouwing. Als laatste zal de meerwaarde van de therapie worden besproken. Zal PMST een waardevolle aanvulling zijn voor de toekomst van het huidige therapie aanbod?

De behandelvraag

De doelgroep bestaat uit kinderen en/of jongeren met diverse psychiatrische problematiek, samen met hun gezinnen. Het doel binnen PMST is dat het gezin en het aangemelde kind de handen ineen slaan. De reden hiervoor is dat er een probleem is ontstaan rondom disfunctionele of negatieve interactie- en communicatiepatronen. De module "Gezin in beweging" (2011) kan ingezet worden bij de volgende zorgprogramma's; depressieve stoornissen, ADHD, autisme spectrumstoornissen, hechtingsstoornissen, gedragsstoornissen, angststoornissen en psychosen.

Doelstelling

Rondom het aangemelde kind zijn binnen het gezin vaak problemen ontstaan in opvoeding en ontwikkeling (Hermanns, 2009). Het gezin wordt door middel van PMST geholpen bij het overwinnen van obstakels. Volgens Blom (2005) is psychomotorische therapie niet alleen een aanvulling op systeemtherapie, hij geeft ook aan dat wanneer een systeemtherapie dreigt vast te lopen vaak beroep wordt gedaan op psychomotorische therapie. "De psychomotorische therapie fungeert dan als katalysator om de gezinstherapie weer op gang te helpen". Systeemtherapeuten geven aan dat wanneer zij vast lopen in de gesprekskamer, dit probleem door middel van een ervaringsgerichte oefening in de zaal van de psychomotorisch therapeut voor verduidelijking zorgt. Hieruit blijkt dat het gezinnen helpt om in het hier en nu (Stern, 2004) ondersteund worden om de problemen in het gezin op praktische wijze te verduidelijken.

Indicaties en contra-indicaties

Binnen de module Gezin in beweging (2011) worden de volgende (contra-) indicaties benoemd. Indicaties: een gezin dat voor het aangemelde kind of jongere in de diagnostiek of behandelfase zit en een hulpvraag heeft met betrekking tot het gezinsfunctioneren. Met het doel het verbeteren van de interacties tussen de gezinsleden. Het gezin is bereid om hier in de zaal mee aan het werk te gaan. Contra-indicaties: wanneer er geen overeenstemming met cliënt en/ of ouders kan worden bereikt over de te behalen doelen. Of wanneer het voor één of meerdere gezinsleden de therapie of gezinssituatie als dermate onveilig wordt ervaren dat behandelen niet mogelijk is, bijvoorbeeld bij mishandeling, seksueel misbruik of een psychose.

Thema's

Alle modaliteiten vanuit de PMT (ervaren/oefenen/ontdekken) staan in relatie tot elkaar, maar oefenen en ervaren staan het meest centraal in de module. Ervaren is een modaliteit waarin het ervaringsproces van de cliënt een belangrijke rol speelt. Het ervaren van verschillen in het opdoen van allerlei gedragsalternatieven en de effecten hiervan ten opzichte van de eigen persoon en zijn relatie tot de omgeving, staan centraal (NVPMT, 2005). Oefenen is een modaliteit voor het eigen maken van nieuw gedrag. De cliënt krijgt contact en kan in contact blijven met zijn lichaam of omgeving (gezin) binnen de aangeboden manier van de therapeut (NVPMT, 2005). Bij de modaliteiten passen verschillende thema's voor het behalen van de doelstelling binnen het gezin.

Versterken van de hiërarchie

Tijdens de psychiatrische ziekteperiode van een kind, is de hiërarchie vaak uit balans. Het zieke kind neemt vaak alle aandacht op zich, waardoor het voorkomt andere kinderen worden vergeten. Ook kan het zijn dat het zieke kind de macht van de ouders/verzorgers heeft overgenomen. Dit moet terug gebracht worden naar een situatie die voor het gezin als 'normaal' beschouwd wordt (Deijnen, Wolters, 2011).

Verhelderen van grenzen binnen het gezin

Als de hiërarchie uit balans is wordt vergeten grenzen aan te geven. Hierdoor verandert een situatie binnen het gezin al snel. Wil het gezin op een voor hen normale manier functioneren, zal het aangeven van grenzen noodzakelijk zijn (Vos, 1991). Door De therapeuten sturen het gezin naar de grenzen, maar het gezin bepaalt uiteindelijk waar voor hen de grens ligt.

Vergroten of versterken van samenwerking en afstemming tussen ouders/ verzorgers

Doordat de situatie in een gezin door een kind met gedragsproblemen veranderd, wordt er vaak hard aan gewerkt om nog enigszins te kunnen functioneren als een prettig gezin. De communicatie en samenwerking verslechtert daardoor vaak tussen ouders, maar ook naar de kinderen toe. Tijdens de therapie wordt aandacht besteed aan de samenwerking tussen beiden. Hierdoor leren ouders opnieuw te communiceren met elkaar, zodat ook de kinderen beter weten wat ze aan ouders hebben. Doordat de samenwerking verbeterd, zal dit positieve invloed uitoefenen op de communicatie (Erp, Place, Michon 2009).

Vergroten van kennis en inzicht omtrent het ontwikkelingsprobleem of stoornis van het kind

Door het geven van psycho-educatie krijgt het kind een beter inzicht in eigen moeilijkheden. Hierdoor wordt het vaak makkelijker om te kunnen omgaan met de stoornis. Ook voor broertjes, zusjes en ouders is het gemakkelijk te weten hoe een kind kan reageren. Hierdoor wordt omgang met elkaar vergemakkelijkt. Als men weet hoe iemand reageert of waarom iemand dat doet is daar

makkelijker op in te spelen en/ of reactie op te geven. Zoals Elling en Minderaa (2009) beschrijven; “Ouders leren zich de praktische opvoedingsvaardigheden eigen te maken, waarbij aansluiting wordt gezocht bij de competenties die zij hebben.”

Leren omgaan met gedragsproblemen

Alleen het weten hoe een stoornis of probleem werkt is niet voldoende om het gezinsfunctioneren te verbeteren. Het is minstens even belangrijk dat ieder lid van het gezin weet welke manier van omgang het beste aansluit bij het specifieke gedragsprobleem van het kind (Elling en Minderaa, 2009). Deze problemen worden vaak alleen gezocht bij het kind met psychiatrische problematiek. Echter is dit niet geheel terecht, de problemen zijn vaak over het gezin verspreid.

Er zijn veel meer thema's waar aan gewerkt kan worden binnen PMST. De thema's die binnen het gezin aan bod komen staan hiervoor genoemd. Daarnaast is belangrijk dat gekeken wordt bij de keuze van de thema's welke het beste aansluiten bij het gezin dat in behandeling is.

Bij individuele therapie zullen hiervoor genoemde thema's ook aan bod moeten komen, om het leerproces, waardoor gedragsverandering(en) moeten plaatsvinden te bevorderen. Op deze manier kan optimaal gewerkt worden aan het verbeteren van het gezinsfunctioneren. Als extra stimulans voor het leren van het kind wordt bij individuele therapie binnen Karakter aandacht besteed aan thema's als; aangeven van grenzen, assertiviteit, lichaamssignalen enzovoorts. Het geleerde uit de individuele therapieën kan tijdens PMST direct geïmplementeerd worden.

Specifieke bijdrage

De specifieke bijdrage van het combineren van psychomotorische therapie met systeemtherapie zit in een aantal aspecten. Allereerst is belangrijk dat in een ervaringsgerichte oefening met het gezin in de zaal direct de systeemdynamiek zichtbaar wordt. Hier haalt de therapeut informatie uit die bruikbaar is voor behandeling. Ook wanneer in de gesprekskamer bij een systeemtherapeut onduidelijk is waar het probleem vandaan komt, wordt dit snel zichtbaar in de zaal. Weerman (2006) schrijft: “Wie het probleem veroorzaakt, is niet duidelijk. Het is een interactieprobleem, een circulair proces.” Via de praktische oefenvormen is vaak te herleiden wie de actoren zijn en kan hierdoor de behandeling beter afgestemd worden.

Daarnaast beschrijft Weerman ook dat er vaak tegenstrijdige boodschappen worden afgegeven in een gezin, waardoor zaken onuitgesproken blijven of worden verzwegen. Wanneer een activiteit in de zaal wordt aangeboden zijn zulke zaken vrijwel direct zichtbaar door de interactie die plaatsvindt. Een andere bijdrage is dat een kind er niet alleen voor staat in therapie. Een kind voelt zich meer gesteund door het gezin wanneer zij samen werken aan het probleem wat er in het gezin aanwezig is. Daarbij blijft het belangrijk om psycho-educatie te geven aan het kind en gezin. Hierdoor wordt het aangemelde kind beter begrepen in het gezin en kunnen zij elkaar ondersteunen doordat ze weten waarom dingen gaan zoals ze gaan (Elling en Minderaa, 2009). Tevens ervaren ouders ook bijdrage van PMST. Ze kunnen zich niet alleen beter inleven in de kinderen, ze leren ook welke factoren van invloed zijn om het gezin te laten functioneren. Het aangemelde kind kan de onderwerpen die hij/ zij heeft ervaren tijdens de individuele therapie toepassen tijdens PMST. Hierdoor wordt voor een kind duidelijk waarom en wat hij/zij leert en oefent tijdens de therapie en kan succeservaringen opdoen in het gezin.

Uit de ongestructureerde interviews welke zijn gedaan met de psychomotorisch therapeuten en systeem therapeuten van Karakter kan worden opgemaakt dat zij enthousiast zijn over hun ervaringen met PMST. Ze zien daadwerkelijk hulpvragen kunnen beantwoorden door therapie aan

het hele gezin. Voorbeelden hiervan zijn dat zij zien dat het gezin tijdens hun behandeling steeds beter om kunnen gaan met elkaar en efficiënter omgaan met moeilijkere in de zaal geënceneerde spelsituaties. Daarnaast ontvangen zij positieve feedback van gezinnen naar aanleiding van de therapie.

Naast alle voordelen zijn er ook nadelen voor PMST. Vroeger was er vaak maar één werkende ouder, wat het meegaan naar een therapie eenvoudig maakte. Door het veranderende tijdsbeeld onder meer door de economische en culturele veranderingen werken ouders vaak allebei. Dit bemoeilijkt het bij elkaar krijgen van het gezin voor de therapieën. Het is een voorwaarde dat het gezin, bij voorkeur eens per week, bij elkaar komt om de therapie tot een leerproces voor het hele gezin te laten worden. Ouders beseffen vaak al snel dat de therapie voor hen ook confronterend zal zijn en dat ook van hen er een gedragsverandering wordt gevraagd.

Niet alleen de ouders maar ook het kind moet het ermee eens zijn dat het gezin bij de therapie betrokken wordt. Als het kind tegen PMST is, zal dit de samenwerking bemoeilijken. Hierdoor zal niet optimaal aan de gedragsverandering kunnen worden gewerkt. Een kind of jongere kan gedragsproblematiek externaliseren naar het gezin als gevolg van de problemen die zich daar voordoen (Knorth, 2008). Daarnaast kan het zijn dat kinderen bij start van individuele therapieën een band hebben gecreëerd met de therapeut(en). Het kan voor een kind dan moeilijk zijn dat het gezin op een plek komt waar het kind zich veilig voelt.

Een belemmerende factor in PMST is wanneer er sprake is van een situatie dat ouders gescheiden zijn, of dat een kind bij pleegouders woont (Fischer en Graaf, 2001). Dit levert vaak problemen op bij het starten van PMST, denk dan aan een onstabiele samenwerking tussen ouders. Hierbij is belangrijk dat uitgezocht wordt op welke manier de PMST vormgegeven gaat worden. Een duidelijk dilemma waar binnen Karakter nog geen eenduidig beleid of gedragscode voor is gemaakt..

Voor een succesvolle PMST behandeling is het een voorwaarde dat de therapeuten die thans voornamelijk ervaring met individuele cliënten of met cliëntgroepen hebben, open moeten staan voor de intensieve samenwerking met verschillende anders opgeleide systeem therapeuten. Door deze samenwerking moeten zij buiten hun comfortzone (Bridges, 2001) treden. Zij zullen in elkaars werkruimten gaan werken en zich moeten bekwamen in voor hen nog relatief onbekende methodieken. Pas dan kunnen de therapeuten waardevolle PMST sessies aanbieden.

Conclusie

Om aan te kunnen sluiten bij de ontwikkelingen binnen de zorg is het belangrijk dat er door de PMT-ers binnen Karakter ook nieuwe behandelstrategieën ontwikkeld moeten worden. Uit praktijk onderzoek, wat ondersteunt wordt door literatuur, blijkt dat PMST veel specifieke bijdragen geeft aan de kinder- en jeugdpsychiatrie. In Ede bij een locatie van Karakter is sinds een jaar ervaring opgedaan met de module Gezin in beweging (2011). Daarnaast ontstaat er door de interactie tussen de gezinsleden een samenwerking waar therapeuten op in kunnen spelen. Hierdoor kunnende ervaringen tijdens de PMST direct geïmplementeerd worden. De ervaringen zijn voor het gezin belangrijk om mee te nemen naar huis. Kinderen en jongeren horen thuis in hun systeem, hier moeten ze dan mee leren omgaan. PMST geeft de mogelijkheid om door middel van ervaringsgerichte praktijkoefeningen te werken aan samengestelde doelen. Op deze manier kan de kinder- en jeugdpsychiatrie mee met de ontwikkelingen van het sluiten van de kliniek. Wordt het behandelen van het gezin de toekomst?

Bibliografie

- Blom L.M. (2005) Het samenspel van gezinstherapie en psychomotorische therapie. In J. de Lange (red.) Een vak apart; artikelen over psychomotorische therapie, 269-282. Utrecht: 't Web.
- Bridges, Nancy A. (2001). Therapist's self-disclosure: Expanding the comfort zone. Washington: American Psychological Association.
- Deijnen, A.H., Wolters, K. (2011). De verschillen in conflictoplossing van ouders met verschillende opvoedstijlen gedurende de adolescentie van hun kind. Utrecht: Faculty of Social and Behavioural Theses
- Delleman, Otto (2006). De impact van de sociale context. Neuropraxis, volume 10, number3, 64-69.
- Erp, Nicole van, Place Caroline, Michon, Harry (2009). Familie in de langdurige GGz deel 1: Interventies. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hekking, P., Fellingner, P (2011). Psychomotorische therapie: een inleiding. Amsterdam: Boom.
- Henten, F, van, Huis in 't Veld, K., Kuhlman, E. & Simons, M (2011) Gezin in beweging. Ede: Karakter kinder- en jeugdpsychiatrie.
- Hermanns, Jo (2009). Het opvoeden verleerd. Amsterdam: Vossiuspers UvA.
- Hoof, F. van (2011). Trendrapportage GGZ 2011: Ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Knorth, Erik J. (2008). Externaliseren. Kind & Adolescent, volume 29, number 3, 132-133.
- Lange, J. de (). Psychomotorischetherapie; lichaam- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ. Amsterdam: Boom.
- Mikesell, R.H., Lusteran, D.D., & McDaniel, S.H. (EDS.) (1995). Integration family therapy; Handbook of family psychology and systems theory. Washington; American Psychologicalassociation.
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (2005). Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut. Utrecht: NVPMT.
- Stern, Daniel N. (2004). The present moment in psychotherapy and everyday life. New York City: W.W. Norton.
- Teuling, E.C.M den (2011). Alternatief voor klinische opname, een Zweedse methodiek. Kind en adolescent praktijk, nr 4 dec, 184-188.
- Vos, Roelof C. (1991). De houding van jongeren in detentie ten opzichte van sociale grenzen. Groningen: Universiteit van Groningen.
- Weerman, A (2006) Zes psychologische stromingen één cliënt. Soest: Nelissen

Over de auteur

Nicole van de Ven is vierdejaars student van de opleiding Psychomotorische therapie & Bewegingsagogie aan de Christelijke Hogeschool Windesheim, te Zwolle. Door een stageplek bij Karakter kinder- en jeugdpsychiatrie, locatie Zetten, waar veel veranderingen te wachten staan, ontstond het plan om PMT en ST aan elkaar te verbinden. Op andere locaties binnen Karakter is de combinatie van PMT en ST al gemaakt en dat heeft de interesse gewekt. Ook psychomotorisch therapeuten moeten meegaan met de ontwikkelingen in de toekomst en daar kan PMST een aansluiting voor bieden.

Nicole van de Ven (2012) heeft dit artikel geschreven onder begeleiding met Cor Niks, opleidingsdocent Psychomotorische Therapie.

Samenvatting

Door overheidsbezuinigingen moet in de kinder- en jeugdpsychiatrie meer poliklinisch gewerkt worden. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid om het gezin, waarbij het kind nog thuis woont, te gaan behandelen. Psychomotorisch therapeuten werken nu nog veel individueel, maar als ze willen aansluiten bij de huidige politieke ontwikkelingen zullen ook zij gezinnen moeten gaan behandelen. Binnen Karakter bestaat de mogelijkheid volgens de module Gezin in beweging (2011) gezinnen te behandelen. De bijdrage die deze module kan leveren wordt besproken.
