



‘Vier ogen zien meer dan twee!’

‘Een onderzoek naar elementen van Psychomotorische systeemtherapie die een bijdrage leveren aan het veranderen van gedrag bij adolescenten met een licht verstandelijke beperking’

Naam: Ronald Haakman & Jeroen Meijerink
Studentnummer: 1011380 & 304596
Instelling: Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle
Sectie: Calo, Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie
Begeleider: Cor Niks
Beoordelaar: Lia van der Maas
Datum: 23 mei 2012

Voorwoord

Aanleiding voor het onderzoeksonderwerp van deze scriptie is ontstaan vanuit onze nieuwsgierigheid als studenten psychomotorische therapie en onze betrokkenheid als medewerker en stagiair bij Ambiq¹ in Hengelo. We merkten namelijk dat met name voor adolescenten (die doorgaans meer bekend staan als jongeren, jeugdigen of jongvolwassenen) met een lichtverstandelijke beperking moeilijk blijkt om nieuw gedrag aan te leren. In het bijzonder het toepassen van geleerd gedrag in het leven van alle dag, op bijvoorbeeld de groep of thuis, lijkt vaak problematisch te zijn.

Vaktherapie zoals, muziektherapie of psychomotorische therapie zijn populaire behandelvormen binnen Ambiq. Jongeren gaan er over het algemeen graag naar toe omdat zij praktisch en concreet, en dus aansluitend bij hun belevingswereld, kunnen werken aan hun leerdoelen. Vaak is er verloop van tijd, in de zaal of muziekrimte, vooruitgang te zien doordat het gedrag in positieve zin is veranderd. Echter, de praktijk leert dat het vaak nog moeilijk is deze vaardigheden te generaliseren naar alle andere bestaansvelden waar jongeren zich in 'bewegen'.

Om jongeren beter te kunnen behandelen streeft Ambiq er naar om de sociale omgeving, zoals ouders, intensief te betrekken binnen haar zorg. Een gevoel van veiligheid, begrip voor elkaar en wederzijdse betrokkenheid hoopt men hierdoor te vergroten tussen jongere en ouder. Wij zijn, samen met Ambiq, van mening dat het betrekken van de sociale omgeving, zoals ouders maar bijvoorbeeld ook groepsleiding of school, binnen de algemene behandeling maar juist ook binnen de vaktherapieën van toegevoegde waarde kan zijn voor de behandeling van de jongere. Vanuit deze gedachte is onze interesse ontstaan in systemisch werken binnen vaktherapie, met name binnen psychomotorische therapie. Binnen Ambiq bleken er al enkele samenwerkingsvormen tussen psychomotorisch therapeuten en systeemtherapeuten te bestaan. Volgens de therapeuten bevalt de samenwerking en lijkt deze effectief te zijn. Echter, er is tot nog toe weinig afgesproken over de vorm en inhoud van deze specifieke therapievorm in formele zin. Reden hiervoor lijkt vooral het gebrek aan richting omdat er weinig gepubliceerd en dus bekend is over deze specifieke samenwerkingsvorm.

Onze nieuwsgierigheid naar systemisch werken binnen psychomotorische therapie werd door dit kennelijke gebrek aan informatie nog meer getriggerd. We waren benieuwd wat er tot nu toe bekend is over systemisch werken binnen psychomotorische therapie. Maar we zijn vooral benieuwd welke aspecten van beide therapievormen nu kenmerkend en dus van toegevoegde waarde kunnen zijn voor de behandeling van adolescenten met een licht verstandelijke beperking. Reden genoeg om een literatuurstudie te wijden aan dit interessante maar ook relatief onbekende onderwerp.

Graag willen wij een aantal mensen bedanken die ons hebben geholpen bij het tot stand komen van deze scriptie. Allereerst onze afstudeerbegeleider Cor Niks om zijn deskundigheid, steun en prikkelende feedback. Daarnaast psychomotorisch therapeute Marjon van Kemenade en systeemtherapeute Marieke Warnawa in het bijzonder en alle andere betrokkenen van Ambiq die ons op weg hebben geholpen met dit project door middel van hun enthousiasme en openheid. Tot slot willen wij natuurlijk onze partners, kinderen en naaste familie bedanken voor hun begrip en steun in deze drukke periode.

¹ Ambiq is een orthopedagogisch centrum in het oosten en noorden van Nederland en biedt specialistische zorg voor kinderen, jongeren en volwassenen met een licht verstandelijke beperking en bijkomende problematiek.

Samenvatting

In deze literatuurstudie is onderzocht welke elementen binnen psychomotorische systeemtherapie een bijdrage kunnen leveren aan het veranderen van gedrag bij adolescenten met een lichtverstandelijke beperking.

Allereerst wordt een omschrijving gegeven van de gehanteerde onderzoeksmethode en de belangrijkste begrippen. Vervolgens worden de onderzoeksresultaten behandeld. Uit analyse komen vijf elementen naar voren die van toegevoegde waarde kunnen zijn voor behandeling en typerend zijn voor psychomotorische systeemtherapie, te weten; een gestructureerde fasering van therapie, het accent op een non-verbale benaderingswijze, insteek op ervaringsgericht leren, een afgebakende rolverdeling tussen therapeuten en de specifieke behandelcontext. Deze uiteenzetting wordt afgesloten met een kritische blik en praktische suggesties in de vorm van een discussie en enkele aanbevelingen.

Inhoud

Voorwoord	2
Samenvatting	3
1. Inleiding	5
1.1 Hypothese	6
2. Methode	6
2.1 Bronnen	6
2.2 Zoektermen	6
2.3 Selectiecriteria	6
3. Lichtverstandelijke beperking	6
3.1 Definitie	7
3.2 Invloed sociale context	8
4. Adolescenten	8
4.1 Definitie	8
4.2 Ontwikkelingstaken	8
4.3 Ontwikkeling adolescenten met een LVB	9
5. Psychomotorische therapie	9
5.1 Definitie	9
5.2 Behandeldoelstellingen	9
5.3 Behandelstrategieën	9
6. Systeemtherapie	10
6.1 Definitie	11
6.2 Behandeldoelstellingen	11
6.3 Behandelstrategieën	11
7. Psychomotorische systeemtherapie	12
7.1 Definitie	12
7.2 Behandeldoelstellingen	13
7.3 Behandelstrategieën	13
8. Elementen PMST bij adolescenten met een LVB	13
8.1 Gestructureerde fasering therapie	14
8.2 Accent non-verbale werkwijze	15
8.3 Ervaringsgericht leren	16
8.4 Afgebakende rolverdeling therapeuten	16
8.5 Specifieke behandelcontext	17
9. Conclusie	18
10. Discussie	18
11. Aanbevelingen	19
Literatuur	20
Bijlagen	23

1. Inleiding

Jeugdigen met een LVB hebben een drie tot vier keer grotere kans op emotionele problemen, gedragsproblemen en/of psychiatrische stoornissen (Dekker & Koot, 2003). Zowel biologische factoren (genetische afwijking of niet-aangeboren hersenletsel) als psychosociale factoren (zoals leerproblemen, negatief zelfbeeld, beperkte probleemoplossende vaardigheden, faalervaringen) kunnen hiervan de oorzaak zijn (De Beer, 2011). Onderzoek toont aan dat deze problemen ook niet zo maar verdwijnen en vaak blijven voortbestaan (De Ruiter, Dekker, Douma, Verhulst & Koot, 2008).

Om voor behandeling in aanmerking te komen moet in staat zijn om te veranderen en om te kunnen veranderen moet men in zekere zin leerbaar zijn. Leren is het verwerven van vaardigheden, inzicht en kennis, leren staat voor veranderen (De Beer, 2011). Aangezien de problemen van mensen met een licht verstandelijke beperking (verder LVB genoemd) zich vaak op psychosociaal gebied manifesteren richt de behandeling zich vaak op het aanleren van nieuwe gedragingen of gedachten. Dit is vaak problematisch omdat juist het leervermogen van mensen met een LVB beperkt is en plaatsvindt op specifieke wijze. Mensen met een LVB hebben problemen met het abstract denken, het leren vindt vooral plaats door concrete ervaringen (De Beer, 2011).

Jeugdigen met een LVB hebben moeite met de generalisatie van een geleerde vaardigheid naar andere personen, plaatsen en situaties (Kleinert, H.L., Browder, M.D., & Towles-Reeves, E. A., 2009). Zo blijken ze na een sociale vaardigheidstraining goed in staat om verschillende oplossingen te bedenken en de assertieve oplossing als de meest adequate oplossing te beoordelen. Het probleem ontstaat echter bij de transfer van deze kennis naar het dagelijks leven. Ondanks de jeugdige na een training beschikt over kennis van adequate oplossingsvaardigheden blijkt het moeilijk om deze nieuwe kennis te generaliseren naar situaties buiten de gestructureerde trainingssituaties (Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro, Wijnroks & Vermeer, 2009). Deze moeite met generaliseren kan op verschillende manieren worden verklaard. Ten eerste kan het te maken hebben met problemen met abstraheren, oftewel het vermogen om de kern uit een probleem te halen door het scheiden van de hoofd- en bijzaken (Kleinert et al., 2009).

Een andere mogelijke verklaring is dat de interne reactiepatronen of probleemgedragingen bij jeugdigen met een LVB zijn ontstaan na jaren van ervaring. Deze zijn vervolgens niet met een enkele, relatief korte training op te lossen (Van Nieuwenhuijzen et al., 2009). Tot slot reageren jeugdigen met een LVB, vanwege de problemen met zelfregulatie, eerder vanuit een automatische reactie in plaats van uit een weloverwogen beslissing (Dermizaki, I., Stravroussi, P., Bandi, M., & Nisiotou, I., 2008). Dit zou pleiten voor veelvuldig oefenen om zodoende de automatische reacties blijvend te beïnvloeden.

Het afstemmen van de behandeling op en met het sociale netwerk van de jongere (degenen die langdurig belangrijk voor de jongere zijn in zijn leven) is een voorwaarde voor het slagen van een behandeling, nu en in de toekomst (De Beer, 2011). Om vaardigheden te generaliseren is het wenselijk om de sociale omgeving c.q. het systeem van de jongere binnen de behandeling te betrekken. Systemisch denken is goed te gebruiken bij mensen die in hun leven chronisch te maken hebben met hulpverlening en hulpverleners (Savenije, Van Lawick & Reimers, 2010). Om vaardigheden dus beter in te laten slijten is het belangrijk om de sociale omgeving te betrekken en dus systemisch te denken.

Bij mensen met een lichtverstandelijke handicap is het lichaam een belangrijke zijnsvorm om zelfcontrole mee te oefenen. Lichamelijk gerichte oefeningen in combinatie met taal zijn het meest effectief gebleken (Savenije et al., 2010). Bij meer zelfcontrole kan iemand ervaren dat hij verantwoordelijk is voor zijn eigen handelingen en krijgt hij meer besef van de effecten van zijn gedrag op anderen. Dat besef ontstaat bij iemand met een verstandelijke handicap niet op een abstracte manier maar op een heel concrete. Het is onmogelijk om jezelf totaal en van de een op de ander dag te beheersen, het is een leerproces. Samen met anderen is het mogelijk op zodanige manier samen te leven dat de zelfcontrole op een duidelijk omschreven gebied geleerd, gestimuleerd en uiteindelijk verworven wordt (Savenije, et al., 2010). Systeemtherapie samen met psychomotorische therapie, waarin het lichaam een centrale plaats in neemt, kunnen op deze behoefte en kwaliteiten aansluiten.

1.1 Hypothese

Onze hypothese is dat psychomotorische systeemtherapie (verder PMST genoemd), waarin elementen vanuit de systeemtherapie en psychomotorische therapie (verder PMT genoemd) samengevoegd worden, een bijdrage levert aan het veranderen van gedrag bij adolescenten met een LVB. Deze literatuurstudie geeft antwoord op wat PMST inhoudt en welke elementen daarin doorslaggevend kunnen zijn om bij te dragen aan een betere behandeling. Onze onderzoeksvraag luidt derhalve:

‘Welke elementen binnen PMST leveren een bijdrage aan het veranderen van gedrag bij adolescenten met een LVB?’

Alvorens antwoord te geven op de onderzoeksvraag beschrijven we de gehanteerde methode en de belangrijkste begrippen.

2. Methode

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de volgende methodische keuzes.

2.1 Bronnen

Het onderzoek is gestart door elektronische databestanden te doorzoeken. Er is van een aantal zoeksystemen gebruik gemaakt waaronder: SeekQ, Pubmed, HBO kennisbank, Google Scholar, Google Books en Scirus. Daarnaast is gebruik gemaakt van sites, zoals die van de Nederlands Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT), de Nederlandse Vereniging voor relatie en gezinstherapie (NVRG), Verstandelijk gehandicapten zorg en Surfsharekit.nl.

Er is gebruik gemaakt van verschillende online mediatheken, waaronder: Mediacentrum Windesheim, Mediatheek Dimence, Mediatheek van Enschede en Maastricht. Er is gezocht naar artikelen en boeken in de bibliotheek van Enschede en een boek is opgestuurd vanuit de bibliotheek van Maastricht.

Naast literatuur uit eigen bezit, van het werk en stageplekken, is er informatie verkregen uit een interview en is er een module opgevraagd. Tijdens het doorlezen van literatuur is aan de hand van verwijzingen verder gezocht naar meer relevante literatuur.

2.2 Zoektermen

Vooraf zijn er zoektermen opgesteld door de onderzoeksvraag te ontleden in aparte begrippen, zoals; systeemtherapie, psychomotorische therapie, lichtverstandelijke beperking en adolescenten. Om de zoekresultaten te verbeteren is er gezocht naar delen van de begrippen, zoals: systeem, therapie, psychotherapie, motorisch en verstandelijke beperking c.q. handicap. Vanuit de ‘hits’ is er gebruik gemaakt van aanverwante woorden om de kans op het vinden relevante literatuur te vergroten.

2.3 Selectiecriteria

Er is begonnen met het zoeken naar de deelvragen, om vanuit deze informatie per gevonden zoekterm verder verdieping te zoeken naar de combinatie van de verschillende onderwerpen, PMT en adolescent, PMT en systeemtherapie, systeemtherapie en vaktherapie, systeemtherapie en adolescent, co-therapieën, verstandelijke beperking en adolescentie.

3. Een licht verstandelijke beperking

Wanneer er over een LVB gesproken wordt kan er eigenlijk geen eenduidige omschrijving worden gegeven over de betekenis hiervan. In de praktijk wordt er vaak gewerkt met verschillende definities: een formele definitie en een praktijkdefinitie (De Beer, 2011). De formele definitie van een LVB is geformuleerd in de DSM-IV en valt onder het hoofdstuk ‘Zwakzinnigheid’ (Mental Retardation). In deze literatuurstudie is gekozen voor de praktijkdefinitie wanneer over een LVB gesproken wordt. De praktijkdefinitie is meer compleet omdat deze een hogere IQ-grens hanteert en, naast een beperkt sociaal aanpassingsvermogen, ook rekening houdt met bijkomende problematiek.

3.1 Definitie

Volgens Bodde & Hagen (2009) in De Beer (2011) bestaat de praktijkdefinitie voor een LVB uit drie criteria:

- een IQ-score tussen de 50 en 85;
- een beperkt sociaal aanpassingsvermogen: tekorten of beperkingen in het aanpassingsgedrag van wat op zijn leeftijd en bij de cultuur verwacht mag worden op ten minste twee van de volgende gebieden: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid;
- bijkomende problematiek, zoals leerproblemen, een psychiatrische stoornis, medisch-organische (lichamelijke) problemen en/of problemen in het gezin en sociale omstandigheden.

Intelligentie

Voor de LVB-specifieke kenmerken (intelligentie en sociaal aanpassingsvermogen) geldt dat de intelligentie niet alleen beneden gemiddeld is, maar meestal ook een disharmonisch profiel kent waarbij het performale IQ vaak hoger is dan het verbale IQ (Kraijer, 2006). Dit betekent dat mensen met een LVB beter zijn in het uitvoeren van concrete handelingen dan zich verbaal kunnen uitdrukken en verbale informatie begrijpen. Het zijn echter juist die praktische vaardigheden die door anderen gebruikt worden om in te schatten wat iemand kan en begrijpt. Dit leidt bij mensen met een LVB vaak tot een te hoge inschatting van hun begripsvermogen met als risico dat ze overschat worden. Dit kan vervolgens leiden tot faalervaringen en faalgevoelens. Het taalbegrip blijkt vaak ook minder goed ontwikkeld dan het niveau van taalgebruik doet vermoeden. Tot slot blijkt dat het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau vaak lager is dan op basis van de kalenderleeftijd en IQ-score verwacht zou mogen worden. Ook op deze gebieden is er dus regelmatig sprake van een discrepantie, wat eveneens een vergroot risico op overvraging meebrengt.

Beperkt sociaal aanpassingsvermogen

Een beperkt sociaal aanpassingsvermogen wil zeggen dat mensen met een LVB tekort komen op gebieden als communicatie, zelfverzorging, sociale en relationele vaardigheden, ontspanning, gezondheid en veiligheid. Hij voldoet niet aan dat wat op basis van zijn kalenderleeftijd verwacht wordt op die gebieden. Zij hebben het moeilijk om zich in diverse sociale situaties te redden. Zij begrijpen anderen niet altijd even goed en schat reacties daardoor niet goed in. Dat kan hen in problemen brengen, wat kan leiden tot frustraties, welke zich vervolgens kunnen uiten in ernstige gedragsproblemen.

Voor een diagnose 'verstandelijke beperking' is er dus sprake van een wisselwerking tussen enerzijds de intellectuele en aanpassingsvermogens van het individu en anderzijds de specifieke eisen uit de omgeving (Kraijer, 2007). De eisen van de maatschappij zijn afgestemd op een persoon met gemiddelde cognitieve en adaptieve vermogens. Dit betekent dat een persoon met een LVB alleen optimaal kan functioneren op het moment dat hij ondersteund wordt daar waar zijn cognitieve en/of adaptieve vermogens tekortschieten.

Bijkomende problematiek

Bijkomende problemen zijn leerproblemen. Het leren van mensen met een LVB wordt gekenmerkt door concreet en minder snel denken. Zij hebben moeite met abstracte begrippen en met het onthouden van nieuwe dingen. Pas vanaf groep drie worden schoolse vaardigheden belangrijker, dat is het moment dat deze leerproblemen meer gaan spelen. Vaak vindt er dan verwijzing naar het speciaal onderwijs plaats.

Zoals in het begin van de inleiding is aangegeven, hebben jeugdigen met een LVB, vergeleken met anderen zonder een LVB, een drie tot viermaal grotere kans op psychiatrische stoornissen. Veel voorkomende DSM-diagnoses bij intramuraal opgenomen jeugdigen met een LVB zijn: een Oppositioneel-opstandige Gedragsstoornis (ODD), Gedragsstoornis (CD), ADHD, Reactieve hechtingsstoornis en een stoornis uit het autistisch spectrum (Vermeulen, Jansen & Feltzer, 2007).

De praktijk wijst uit dat bij mensen met een LVB, vergeleken met anderen zonder een LVB, relatief vaker sprake is van specifieke medisch-organische aandoeningen, waaronder syndromen als Fragiele X, Prader-Willi en het Foetaal Alcohol Syndroom. Bij deze syndromen worden ook weer vaker bepaalde probleemgedragingen gezien.

3.2 Invloed sociale context

De belangrijkste constatering is dat de aanwezigheid en ernst van de problematiek voor een aanzienlijk deel bepaald wordt door de sociale context. Jeugdigen met een LVB komen vaak uit zogenaamde Multi-probleemgezinnen met een zwakke sociaaleconomische positie, waar vaak financiële problemen zijn. Daarnaast hebben deze ouders vaker psychiatrische problemen dan ouders van kinderen zonder een LVB en heeft ongeveer dertig procent van de jeugdigen ouders waarvan een of beide zelf ook een LVB heeft (Spierenburg & Hagen, 2008). Deze problematiek vermindert het sensitief kunnen zijn voor en responsief zijn naar de behoeften van hun jonge kinderen, soms zelfs in die mate dat er sprake is van verwaarlozing. Dit leidt regelmatig tot hechtingsproblemen bij deze kinderen. Wanneer de behoefte aan troost en veiligheid van het kind stelselmatig niet wordt beantwoord door de ouder(s) ontstaan niet alleen negatieve gevoelens over zichzelf maar ook over de ouder(s). De ouder wordt dan niet meer gezien als iemand waar het kind op terug kan vallen of op kan vertrouwen. Een veilige omgeving die het kind stimuleert om zich verder te ontwikkelen ontbreekt dan.

4. Adolescenten

Dit onderzoek richt zich op adolescenten. Voor deze groep is gekozen omdat adolescenten in het algemeen, maar met name zij die dreigen vast te lopen in hun ontwikkeling, juist steun en begrenzing van hun ouders of verzorgers in deze moeilijke periode nodig hebben. Systeemgerichte therapie kan hierbinnen van betekenis zijn.

4.1 Definitie

De adolescentie is de ontwikkelingsfase die begint met de puberteit en eindigt met de verwerving van volwassenheid. De term puberteit heeft slechts betrekking op het biologische proces van geslachtsrijp worden, terwijl de term adolescentie de gehele periode tussen de kinderjaren en volwassenheid bestrijkt en niet alleen betrekking heeft op de biologische, maar ook op de psychologische en sociale veranderingen. De puberteit begint bij meisjes ongeveer bij 9-13 jaar en bij jongens bij 10,5-14,5 jaar, terwijl de adolescentie de periode van ongeveer 10-12 tot 22 jaar beslaat (Verhulst & Verheij, 2000).

4.2 Ontwikkelingstaken adolescenten

Verhulst & Verheij (2000) geven aan dat in de adolescentie de volgende veranderingen in de volgende ontwikkelingsgebieden centraal staan:

- lichamelijke veranderingen, zoals groeispurt, de rijping van de geslachtsorganen en het verschijnen van secundaire geslachtskenmerken;
- cognitieve veranderingen, zoals de ontwikkeling van abstract-logisch denken;
- sociale veranderingen, zoals losmaking van de ouders en de verwerving van een eigen identiteit.

Verwerving van een eigen identiteit is een belangrijke periode voor de adolescent om 'goed' door te komen omdat deze hierin te maken kan krijgen met eigen onzekerheid en mogelijke weerstand of onbegrip vanuit de sociale omgeving. De adolescent staat namelijk volgens Verhulst & Verheij (2000) voor de taak zich los te maken van de wereld van zijn ouders en het gezin en geleidelijk aan een eigen stijl te ontwikkelen omdat dit bij uitstek de periode is waarin geëxperimenteerd kan worden met diverse rollen en identificaties, met het nemen van beslissingen, met kleding en haardracht, met de keuze van vrienden, hobby's en verenigingen en/of met politieke en religieuze voorkeuren. Men gaat er vanuit dat voor het ontwikkelen van autonomie ook behoud van een binding met de ouders nodig is (Doorn & Kaansdorp, 2001). Steun, begrip en begrenzing door ouders en gezin zijn daarom belangrijk om tot een gezonde identiteitsontwikkeling te komen. Systemische therapie, waarin deze aspecten centraal staan, zou uitkomst kunnen bieden wanneer deze ontwikkeling dreigt te stagneren of scheef te groeien.

Ontwikkeling adolescenten met een LVB

Verhulst & Verweij (2000) geven aan dat volgens voorstanders van de ontwikkelings-benadering een kind met een verstandelijke handicap dezelfde ontwikkelingsstadia doorloopt als een gewoon kind, met dit verschil dat deze stadia langer duren en dat het eindniveau van de ontwikkeling lager is dan bij een gewoon kind. Gesteld wordt dat licht verstandelijk gehandicapte (met een IQ tussen 50 en 70) adolescenten de symptomen redelijk gedifferentieerd zijn en dat bij deze groep in de regel dezelfde psychiatrische diagnostische categorieën kunnen worden onderscheiden als bij een niet gehandicapte adolescent. Naast de bij niet verstandelijk gehandicapte adolescenten vaak voorkomende psychopathologie, wordt bij deze lichtverstandelijk gehandicapte adolescenten vaak een aanpassingsstoornis aangetroffen of een impuls-controlestoornis. Hiernaast lijkt het erop dat psychotische en depressieve toestanden bij deze adolescenten vaker voorkomen bij niet - gehandicapte leeftijdgenoten. Delinquent gedrag komt ook betrekkelijk vaak voor bij deze groep. Persoonlijkheidsstoornissen zijn ook vastgesteld. Het is echter aannemelijk dat de persoonlijkheid van deze adolescenten eerder als onrijp dan als typisch gestoord beschouwd kan worden.

5. Psychomotorische therapie

De PMT-er richt zich op gedragsbeïnvloeding van cliënten met psychische en psychosociale problematiek, met als te manipuleren factoren; de lichamelijke-, emotionele-, cognitieve- en sociale componenten ervan.

5.1 Definitie

Psychomotorisch therapeutisch handelen is het professioneel hanteren van de therapeut-cliëntrelatie, waarbij gebruik wordt gemaakt van gearrangeerde ervaringscontexten, waarbinnen bewegen en lichaamservaringen als aangrijpingspunt dienen om psychische processen en inhouden te beïnvloeden, zodat integratie en participatiemogelijkheden behouden blijven of vergroot kunnen worden (Hekking & Fellinger, 2011).

De PMT-er richt zich op het opheffen of verminderen van de psychische en psychosociale problematiek, het terugdringen van de gevolgen hiervan of het voorkomen van verergering van de problematiek. De behandeling geschiedt op grond van een diagnose, op indicatie en is gericht op met de cliënt overeengekomen doelstellingen.

De kracht van PMT ligt in het manipuleren van de directe ervaring van interacties en relationeel-sociaal gedrag. Het gedrag dat zich in de gymzaal voordoet, is niet te verloochenen: 'Het lichaam kan niet liegen'. De cliënt kan zich niet achter zijn verbaliteit verstoppen. PMT betekent voor de meeste jongeren plezier, spelen en sparren. Door de fysiekemotionele actiegerichtheid van de jongere met een LVB kan de beweging- en lichaamsgeoriënteerde PMT-er vaak naadloos aansluiten bij deze doelgroep.

5.2 Behandeldoelstellingen

Op basis van het diagnostisch instrument 'De Psymot' (Emck, C., Bosscher, R.J. & Hammink, M.N., 2007) kan een zevental behandeldoelstellingen beschreven worden op het gebied van psychomotorisch functioneren, deze zijn; aanvaarden van het eigen lijf, ontwikkelen van plezier in bewegen, een realistische motorische competentiebeleving, verminderen van motorische achterstand, verbeteren van zelfcontrole, stimuleren van zelfvertrouwen en expressiviteit en als laatste ontwikkelen van samenspel en interactievaardigheden.

5.3 Behandelstrategieën

Om de doelstellingen van de behandeling te bereiken volgt de PMT-er een specifieke behandelstrategie. Voor deze behandelstrategieën zijn verschillende indelingen mogelijk. Onderstaande indeling wordt veelvuldig toegepast en past bij een biopsychosociale- (Engel, 1980) en integratieve (Petzold, 1996) benadering.

De oefengerichte-functionele strategie

Deze strategie is gericht op stabilisering en op het ontwikkelen en/of herstellen van de functies van het lichaam. Hiervan is bijvoorbeeld sprake bij een aanbod gericht op spanningsregulatie. Meestal vindt een dergelijk aanbod gestructureerd en in de vorm van een training plaats. Ook fitness- en sportactiviteiten gericht op functionele aspecten als beweeglijkheid, lenigheid,

uithoudingsvermogen, kracht, oefeningen gericht op lichaamsbewustwording en ademhaling en sterk gedragsgeoriënteerde trainingen maken deel uit van deze strategie.

De ervaringsgerichte-stimulerende strategie

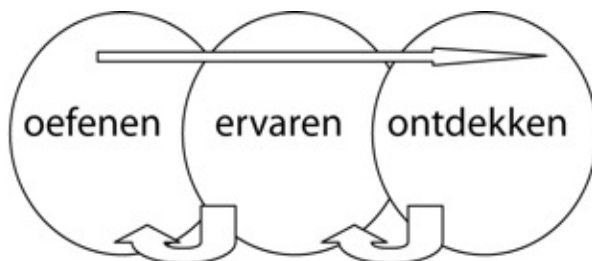
Deze strategie is primair gericht op het aanbieden van concreet-lichamelijke nieuwe of alternatieve ervaringen en daarmee op het uitbreiden van mogelijkheden en gedragsrepertoire. Het ontwikkelen van of herontdekken van (bewegings)mogelijkheden kan ook onderdeel van deze strategie zijn en daarmee bevat deze strategie dus elementen van identiteitsversterking, zelfontplooiing en persoonlijkheidsontwikkeling. Te denken valt aan het werken met contextmanipulatie binnen bewegingssituaties, bewegingsimprovisatie en bewegingsexpressie, Sensory Awareness.

De ontdekkende-conflictgerichte strategie

Binnen deze strategie staat inzicht in en waar mogelijke verwerking van (elementen uit) de persoonlijke biografie centraal. Het accent ligt meer dan in de vorige strategieën op de koppeling van lichamelijke ervaringen in het hier en nu met vroegere sferen, gebeurtenissen en ervaringen. Niet alleen inzicht maar ook het aanbieden van corrigerende ervaringen op het niveau van het lichaam is van belang. Gedacht kan worden aan elementen uit de actieve therapie, Pesso Boyden Psychomotor Therapy, Gestalttherapie of andere benaderingen waarin symbolisch werken en beleefde en relationele lichamelijke geïntegreerd worden.

De strategieën kunnen zowel op individueel, groeps-, als systeemniveau worden aangeboden. De keuze van de strategie is afhankelijk van het doel van de therapie en de fase van de therapie. Vanzelfsprekend wordt rekening gehouden met draagkracht en problematiek van de cliënt. Benadrukt moet worden dat er geen sprake is van een hiërarchie in die zin dat altijd gestreefd zou moeten worden naar een ontdekkende fase. Wel zou gesteld kunnen worden dat ervaringen die opgedaan worden tijdens de oefengerichte strategie vaak een essentiële voorwaarde zijn tot verandering omdat concrete veranderingen op gedragsniveau zeker mede afhankelijk zijn van contact met en grip op het lichaam.

Hieronder worden de behandelstrategieën schematisch weergegeven:



6. Systeemtherapie

Om duidelijk te krijgen wat systeemtherapie is, moet eerst de term 'systeem' nader omschreven worden. Von Bertalanffy (1968) schreef over een systeem: 'Een systeem bestaat uit elementen die met elkaar in verbinding staan en niet los van elkaar gezien kunnen worden. Bovendien bestaat een systeem uit subsystemen en staat het eveneens in contact met de omringende omgeving. Een systeem kan dus meer of minder gesloten zijn.' Hij duidt hiermee op het sociale systeem waar mensen deel van uitmaken, de mensen die wij kennen en waar we een band mee hebben. Iedereen maakt deel uit van verschillende sociale systemen: thuis, op school of in ons werk hebben we contact met andere mensen. Met sommige mensen hebben we oppervlakkig contact, met anderen onderhouden we een intensieve of intieme relatie. Een systeemtherapeut zal de problemen altijd bezien tegen de achtergrond van de wisselwerking met anderen. Ook wordt bekeken wie kan bijdragen aan het oplossen van de problemen.

6.1 Definitie

Systeemtherapie kan opgevat worden als een hoeveelheid interventies, een methodiek, om behandeling te bieden aan individuen, paren, gezinnen, bredere families, en nog uitgebreidere contexten, zoals die voorkomen op school of op het werk, en de culturele omgeving waarbinnen ze ingebed zijn (Mikesell, Lusterman & McDaniel, 1995).

6.2 Behandeldoelstellingen

Het doel van de systeemtherapie is het verminderen van klachten door interacties, communicatiepatronen en oplossingsvaardigheden binnen het gezin te veranderen. Binnen de systeemtherapie wordt individuele problematiek gekoppeld met relationele problematiek. Beiden beïnvloeden elkaar, en om individuele problematiek te kunnen aanpakken moet er tevens worden gekeken naar de relationele problematiek. Als gevolg van bepaalde hardnekkige patronen kan het moeilijk zijn om goed met elkaar om te gaan en wordt de stoornis van het kind door het systeem in stand gehouden. Systeemtherapie helpt deze patronen te doorbreken zodat de onderlinge verhoudingen tussen de gezinsleden verbeteren.

In systeemtherapie wordt dan niet uitsluitend naar het gedrag van de cliënt gekeken en wordt de oorzaak niet bij de cliënt alleen gezocht. Systeemtherapie richt zich op het gezin als geheel, en er wordt bekeken welk signaal de cliënt afgeeft aan het gezin. Er wordt geanalyseerd welke functie het gedrag van de cliënt heeft voor het hele gezin. Systeemtherapie richt zich dus op het geven van nieuwe betekenissen aan de gebeurtenissen in het leven en op het uitlokken van relationele betrouwbaarheid.

6.3 Behandelstrategieën

In de loop van de tijd zijn er vanuit verschillende bronnen verschillende therapeutische systeemperspectieven gevormd. Savenije, et al. (2010) benoemen de volgende belangrijke perspectieven:

Het communicatietheoretische perspectief

Dit perspectief is gebaseerd op ideeën van de Palo Alto groep, die problemen als disfunctionele interactie en communicatievormen beschouwt. In elke activiteit in elk spel of oefening is een inhouds- en betrekkingaspect te onderscheiden. Hierbij wordt aandacht besteed aan het verhelderen van de intenties en het verbeteren van de communicatie en interactiepatronen.

Het structurele perspectief

Hierbinnen richt men zich vooral op de structuur van een gezin. Verhoudingen binnen het gezin, grenzen en triades komen aan het licht in functionele en disfunctionele patronen. De persoon van de therapeut is een belangrijk instrument in het therapieproces. Door verschillende aspecten van zijn persoonlijkheid in te zetten, sluit de therapeut affectief aan bij de gezinsleden. Hij hoopt zo het vertrouwen van het gezin te winnen, wat nodig is hen te helpen hun vertrouwde patronen los te laten.

Het gezinsontwikkelingsperspectief

De individuele ontwikkeling wordt geplaatst in de multigenerationele context van het gezin. Iedere generatie beïnvloed en wordt beïnvloed door de andere generaties. Tegelijk worden gezinnen ook beïnvloed door de bredere sociale, politieke en culturele context waarin zij zich situeren.

Het ervaringsgerichte perspectief

De experiëntiële systeemtherapie kent weinig algemeen verklarende theorievorming, maar besteedt des te meer aandacht aan het unieke karakter van elk persoon, elke familie en elke therapeutische ontmoeting. Kenmerken voor de bewegingsgeörienteerde experiëntiële systeemtherapeuten is hun onwrikbaar geloof in de krachten en groeimogelijkheden van mensen en families. In de therapie nodigen zij mensen uit om te zien en te horen wat er op het moment werkelijk leeft, om gevoelens vrij toe te laten en datgene uit te spreken wat ze werkelijk voelen.

Het interactieve perspectief

Familieleden reageren op elkaar en beïnvloeden gedrag. Gedrag van de een wordt uitgelokt door het gedrag van de ander. Interacties tussen de familieleden beschouwen als gedrag is een

uitgangspunt dat gebaseerd is op leerprincipes uit de leerpsychologie. Communicatie wordt daarbij opgevat als gedrag.

Het narratieve perspectief

Mensen hebben verhalen over elkaar en over zichzelf, gevoed door hun geschiedenis, hun omgang met elkaar en met anderen. Verhalen bieden samenhang en geven betekenis aan willekeurige gebeurtenissen en maken zo de invloed van die gebeurtenissen sterker. Bijvoorbeeld: Een woonwagenfamilie waarvan de vader geheel volgens de regels in tweedehands auto's handelt, kan gestigmatiseerd worden door het beeld dat deze familie leeft van criminaliteit en geheel hun eigen gang gaan. Deze beelden hebben invloed op de manier waarop zij als familie in het leven staan en hoe anderen met hen omgaan. Verhalen geven identiteit aan de leden van de familie. Therapie kan opgevat worden als het maken van constructieve verhalen met een nieuw plot.

Het hechtingsperspectief

Bowlby omschreef het belang van een veilige hechtingsrelatie met een ouderfiguur voor het opgroeiende kind. Kinderen die opgroeien in relationeel en emotioneel isolement, blijken verschillende stoornissen te ontwikkelen, ook al worden zij gevoed en warm gehouden. Systeemtherapeuten beseffen dat niet alleen moeders, maar ook vaders, verzorgers en familieleden, broertjes en zusjes, vriendjes en andere belangrijke betrokkenen meespelen in het leven van het kind en samen de relationele context vormen waarin het kind een grote verscheidenheid aan relationele ervaringen opdoet. Het eigen temperament, de gezondheid en de intellectuele aanleg van het kind spelen mee in de wijze waarop het kind de inzet van ouders en andere verzorgers al dan niet beantwoordt en op welke wijze. Ook het eigen temperament, de gezondheid, het intellectuele vermogen en de geschiedenis van de ouders en andere verzorgers spelen een rol.

Het oplossingsgerichte perspectief

De rode draad in een oplossingsgerichte benadering is respect voor het gezin, zowel voor de hulpbronnen van het gezin als voor de manier waarop het gezin zich organiseert. Het gezin dat hulp vraagt, is geen falend gezin dat 'niet weet' maar een deskundig gezin dat 'nog niet weet' en iemand vraagt om hen te helpen zodat zij hun arsenaal nuttiger kunnen gebruiken. Aansluiten bij de betekeniswereld en de krachten van een cliënt zijn belangrijke pijlers in het werk van Erickson, geestelijk vader van het oplossingsgericht werken, en vormen ook de premissen in een oplossingsgerichte therapie.

Opvallend is dat er binnen de systeemtherapie veel gewerkt wordt door middel van verbale communicatie en weinig met non-verbale communicatie. Een aantal kenmerken van de structurele school lijkt aan te sluiten bij PMT; er wordt voornamelijk gewerkt op betrekkningsniveau. In beide gevallen heeft de therapeut de rol van coach, deze geeft leiding en is directief. Actualiseren van interactiepatronen en het proberen om de krachtige kanten naar boven te krijgen tijdens de sessies zijn overeenkomsten.

7. Psychomotorische systeemtherapie

Wanneer pmt-ers samenwerken met systeemtherapeuten of binnen de therapie elementen integreren vanuit de systeemtherapie ontstaat er een zeker samenwerkingsmodel tussen beide disciplines. Dit samenwerkingsmodel is een vorm die steeds meer toegepast wordt binnen de gezondheidszorg maar waar nog weinig over gepubliceerd is.

7.1 Definitie

Er is geen eenduidige definitie aan te geven omdat in de praktijk vaak verschillende benamingen worden gehanteerd voor de combinatie van PMT en systeemtherapie. Enkele voorbeelden van veel voorkomende benamingen zijn: Psychomotorische gezinstherapie (Maurer, Visser, Albrechts & Krot, 2011) en (Van den Blink, 1988), Psychomotorische therapie met gezinnen (Blom, 1994), Non-verbale gezinstherapie (Van Ramshorst, 2004), Co-therapie (Nieuwpoort, 2006) of Psychomotorische systeemtherapie (Karakter, 2011). In dit onderzoek is gekozen om de term 'Psychomotorische systeemtherapie' (PMST) te gebruiken omdat deze het beste past bij dit onderzoek. Reden hiervoor is dat PMST, naast het gezin, ook mogelijk andere belangrijke factoren

in de sociale omgeving van de adolescent binnen de behandeling betreft. PMST kan dus ook in plaats van alleen gezinsleden ook groepsleiding, leerkrachten of zelfs vriendjes in de behandeling te betrekken. PMST is derhalve een term die meer compleet en daardoor beter toepasbaar is.

Kinder en jeugdpsychiatrie Karakter Ede [Karakter] (2011) stelt dat PMST een werkwijze is die zich vooral in de praktijk heeft ontwikkeld: 'Een geïntegreerde theorievorming, waarbij de psychomotorische therapie en de systeemtherapie een gelijkwaardig aandeel hebben en samen tot een meerwaarde komen, lijkt vooralsnog te ontbreken. Ondanks het feit dat beide vakgebieden werken vanuit een eigen theoretisch kader is het kijken naar overeenkomsten een zinvolle zoektocht. Het vertrekpunt van zowel de PMT als de systeemtherapie is de competentiegerichte- en oplossingsgerichte benadering waarbij aangesloten wordt bij de kracht van het gezin in het hier en nu. De vraag van ouders en kinderen staat centraal en er wordt gebouwd op de mogelijkheden van ieder. Probleemgedrag wordt vertaald in termen van wensen en vaardigheidstekorten. Met behulp van een voorgevormde context die uitnodigt tot actie en interactie, ontdekt het gezin nieuwe mogelijkheden en oefenen de gezinsleden met nieuwe vaardigheden.'

Contra-indicaties

De contra-indicaties, geformuleerd door Van Ramshorst (2011), voor non-verbale gezinsobservatie lijken ook goed toepasbaar om te indiceren of PMST als behandelvorm aansluit bij mensen met een LVB omdat hierbinnen ook op non-verbale wijze met gezinnen wordt gewerkt. Deze contra-indicaties zijn; ernstig verstoorde relaties, grensoverschrijdend gedrag en seksueel misbruik binnen het gezin. Bij zwakker geïntegreerde jongeren (en/of hun ouders), die meer begrenzing en structuur van buitenaf nodig hebben, is het van belang in te schatten of een gezin confronterende spelvormen en/of opdrachten aankan.

Op basis van de door Karakter (2011) ontwikkelde modulebeschrijving 'Gezin in beweging' waarin kinderen en jongeren met diverse psychiatrische problematieken en hun gezinnen door middel van PMST behandeld worden, wordt hieronder een beschrijving gegeven van de belangrijkste behandel doelstellingen- en strategieën binnen PMST.

7.2 Behandel doelstellingen

Het gezin wordt geholpen bij het oplossen van problemen (coping) die zijn ontstaan rond de opvoeding en ontwikkeling van het aangemelde kind. Door een combinatie van psychomotorische- en systeemtherapie wordt het gezin met praktisch gerichte oefeningen in het hier en nu, ondersteund bij het verder ontwikkelen van vaardigheden en het stimuleren van ieders kwaliteiten. Gezinsleden leren elkaars mogelijkheden en beperkingen beter kennen, ze te gebruiken en er mee om te gaan. De module is competentiegericht en op een systemische leest geschoeid waarbij oefenen en ervaren centraal staan.

De doelen kunnen de volgende thema's betreffen:

- Versterken van de hiërarchie en verhelderen van grenzen binnen het gezin
- Vergroten of versterken van de samenwerking en afstemming tussen ouders
- Vergroten van opvoedingsvaardigheden van ouders passend bij de gezinsfase
- Vergroten van kennis en inzicht omtrent het ontwikkelingsprobleem of stoornis van het kind
- Leren omgaan met gedragsproblemen

7.3 Behandel strategieën

Vanuit de PMT wordt gewerkt met de oefengerichte-functionele en ervaringsgerichte-stimulerende strategie. Vanuit de systeemtherapie wordt het gezin gezien vanuit het communicatieve-, structurele-, oplossingsgerichte-, narratieve- en gezinsonwikkelingsperspectief.

8. Elementen PMST bij adolescenten met een LVB

Om antwoord op de vraagstelling krijgen zijn diverse publicaties onderzocht. Er is gekeken wat er beschikbaar is op het gebied van PMST en naar overeenkomsten en verschillen in opvattingen en werkwijzen hierbinnen. Uit de publicaties zijn vijf elementen herleid en gevonden die als specifiek kunnen worden opgevat voor PMST en van toegevoegde waarde kunnen zijn voor de behandeling van adolescenten met een LVB.

8.1 Gestructureerde fasering therapie

Wanneer over 'fasering' gesproken wordt moet gedacht worden aan de specifieke opbouw van de vorm en inhoud van de onderdelen en rolverdeling van de therapeuten in het therapeutisch proces. Hieronder wordt op basis van drie publicaties, waarvan therapeutische faseringen binnen PMST beschreven zijn, de belangrijkste overeenkomsten en verschillen geduid.

Psychomotorische gezinstherapie volgens Blom (1993)

Blom hanteert binnen de Psychomotorische gezinstherapie de volgende fasen:

1. Informatieverzamelen; in deze fase wordt het gezin geobserveerd naar aanleiding van standaard opdrachten en video-opnames;
2. Hypothesevorming en het formuleren van doelstellingen; op basis van de observaties worden doelen gesteld waarin bewegingstherapeutische thema's zoals afstand-nabijheid, verantwoordelijkheid dragen of elkaar helpen centraal staan;
3. Het doen van interventies; in deze fase ligt de nadruk op het geven van bewegingsopdrachten die het gezin in staat stellen om anders met elkaar om te gaan en ongebruikelijk, functioneler gedrag uit te proberen. Overigens is onduidelijk wanneer en op welke wijze de therapie wordt afgerond.

Psychomotorische gezinstherapie volgens Maurer et al. (2011)

Hierbinnen is de Psychomotorische gezinstherapie (G-PMT) in essentie als volgt opgebouwd:

1. Het introductiegesprek; in dit gesprek wordt het probleem gedefinieerd en doelstelling gemaakt. Het introductiegesprek kan worden opgevat als scharnierpunt tussen de fase van probleeminventarisatie en de behandelfase;
2. Een aantal sessies waarin uitvoeren van activiteiten centraal staan. Dit is de kernfase waarbij het samen doen van activiteiten gebruikt worden om concrete belevingen en gedrag bij de gezinsleden op te roepen zodat zij kunnen werken aan veranderingen;
3. Het evaluatiegesprek; in dit gesprek wordt de voortgang besproken en wordt besloten of en op welke wijze verder moet worden gegaan. Er kan mogelijk, al naar gelang behoefte, een volgende cyclus van activiteiten afgesproken worden.

Psychomotorische systeemtherapie volgens Karakter (2011)

De PMST-module van Karakter is opgebouwd uit drie fasen, waarbij de fasen op hun beurt weer zijn opgebouwd uit verschillende stappen:

1. Opbouwen werkrelatie, formuleren van doelen en observatie; in deze fase wordt middels een gesprek kennis gemaakt en behandeldoelen geformuleerd, vervolgens wordt het gezin in de zaal geobserveerd en tot slot wordt in de gesprekkamer de observatie besproken en worden behandeldoelen opgesteld;
2. Ontdekken nieuwe mogelijkheden en oefenen; er wordt in deze fase concreet geoefend met gedragsalternatieven en eventueel worden de behandeldoelen aangescherpt. Vervolgens worden interventies verdiept en toegespitst naar de hulpvraag en een transfer gemaakt naar de thuissituatie;
3. Stabiliseren en afronden; in deze laatste fase wordt geprobeerd de opgedane veranderingen te stabiliseren en wordt de therapie middels een evaluatiegesprek beëindigd.

Er kan in de onderzochte publicaties worden vastgesteld dat er een gemeenschappelijke deler valt te onderscheiden met betrekking tot de fasering van PMST. De therapieën zijn in wezen allen opgebouwd uit drie fasen, namelijk; een beginfase waarin kennisgemaakt, geobserveerd en doelen worden gesteld; een kernfase waarin aan de doelen gewerkt wordt door middel van oefenen en ervaringsgerichte activiteiten en een slotfase waarin geleerde vaardigheden worden ingesleten en/of de therapie wordt geëvalueerd en afgerond. Doorgaans bestaan de therapieën uit een vooraf vastgesteld aantal sessies (meestal zijn dit vijf tot zeven sessies).

Een vooraf afgesproken fasering van de therapie geeft duidelijkheid en richting voor zowel therapeuten als cliënten. Therapeuten weten hoe zij het therapeutisch proces moeten vormgeven. Afspraken zijn gemaakt over aspecten als behandeldoelen, rolverdeling, de duur, interventies en activiteiten. De meerwaarde hiervan zou kunnen zijn dat de therapeuten op een lijn zitten in wat ze doen en op welke wijze. Hierdoor zijn zij op inhouds- en betrekkningsniveau voorspelbaar in hun bejegening naar de cliënt toe. De cliënt op zijn beurt weet daardoor wat hij aan de therapeuten

heeft en wat hij van de therapie kan verwachten. Deze voorspelbaarheid is juist voor mensen met een LVB, die vaak te maken hebben met bijkomende problematiek zoals ADHD of ASS, belangrijk zodat goed met hen kan worden gecommuniceerd. Om succesvol te kunnen communiceren met mensen met een LVB is het raadzaam om rekening te houden met de specifieke behoeftes. De Beer (2011) geeft in haar tips voor succesvol communiceren met mensen met een LVB onder andere aan; ingewikkelde activiteiten in stapjes te verdelen, een onderwerp tegelijkertijd te bespreken, zaken te herhalen en om consequent en betrouwbaar in gedrag te zijn. Genoemde tips maken dat men in communicatie dus duidelijk en voorspelbaar kan zijn. Gefaseerde therapie met duidelijke afspraken over deze inhouds- en betrekkingselementen lijkt aan de behoefte van communicatie 'op maat' tegemoet te komen.

8.2 Accent op non-verbale werkwijze

Een creatief of psychomotorisch therapeut beschikt over een groot arsenaal aan opdrachten en oefeningen die het iemand mogelijk maakt zich uit te drukken op een andere wijze dan alleen met woorden (Blom, 1994; Klijn, 1991; Krot & Maurer, 1995; Manicom & Boronska, 2003; Riley, 1999; Scheller-Dijkers, 1998). Door bewegend met elkaar om te gaan worden de leden van een gezin uitgenodigd om op een andere manier dan alleen pratend met elkaar bezig te zijn. Daardoor ontstaan nieuwe, andere presentaties van een verhaal, die zowel gezin als therapeut uitnodigen op een ander niveau stil te staan bij nieuwe betekenissen van dat verhaal. Anders gezegd, door het gebruik van psychomotorische middelen ben je bezig ruimte te maken voor andere verhalen die nog niet verteld zijn (Rober, 2002).

PMST kan opgevat worden als een therapie waarbij vooral op non-verbale wijze gewerkt wordt. Kenmerkend voor non-verbale therapie is dat men door middel van activiteiten met elkaar 'aan het werk' is en waarbij de focus van de therapeuten op de ervaringen van de cliënten ligt. Thema's binnen de therapie worden dus aangehaald naar aanleiding van de ervaringen uit betreffende activiteiten. Vooral bewegingsgerichte activiteiten worden gebruikt om de cliënten op non-verbale wijze op elkaar gericht te laten zijn. Activiteiten zoals samen een spel bedenken en spelen, op de grote trampoline springen of een brug bouwen staat hierin centraal. De activiteiten kunnen thema's oproepen zoals initiatief nemen, naar elkaar luisteren, overleggen of aangeven van grenzen die de hulpvraag raken. De activiteiten staan als het ware symbool voor hoe er in het leven van alledag met elkaar wordt omgegaan. Van Ramshorst (2004) geeft treffend de kracht van de non-verbale therapieën weer: 'De creatieve en psychomotorische therapieën kunnen een gezin een hier-en-nu situatie aanbieden waarin niet het aangemelde probleem centraal staat maar een symbolisch probleem waar alle gezinsleden vers instappen. Zij kunnen daarin samen iets ondernemen en op eigen niveau insteken.' De wijze waarop de cliënten met de activiteiten in de zaal omgaan, wat zij hierbij denken, voelen en doen, staat dus symbool voor het werkelijke probleem. Natuurlijk wordt er wel met elkaar gepraat, maar dat is meestal achteraf en naar aanleiding van hoe men de activiteiten heeft ervaren. Het accent ligt vooral op het met elkaar doen in plaats van het met elkaar praten. 'Deze vorm van gezinstherapie is vooral geschikt voor gezinnen die door het vele praten niet (meer) aan betekenissen, belevingen of aan het 'doen' toekomen of voor gezinnen die moeilijk met elkaar 'aan de praat' komen. Een andere manier van met elkaar omgaan en ervaren kan wellicht de ontwikkeling weer opgang brengen' (Maurer et al., 2011).

De non-verbale benaderingswijze van PMST is geschikt voor adolescenten met een LVB omdat zij vooral leren door te doen en te ervaren. Bovendien wordt er hierbinnen in mindere mate een appel gedaan op het abstractievermogen van de cliënten omdat de focus van de therapie ligt op de opgedane ervaring in hier en nu situaties. Er wordt dus rekening gehouden met de beperkte cognitieve vermogens van adolescenten met een LVB omdat deze van invloed kunnen zijn op het geheugen (kunnen denken in het verleden) en het voorstellingsvermogen (kunnen denken in de toekomst). Beelen (1991) wijst op het gevaar dat bij gezinnen met jonge kinderen ontstaat dat bij hoofdzakelijk verbaal georiënteerde therapie dat er voor de kinderen te ingewikkeld gepraat wordt en er veel uitgelegd moet worden. Aangezien adolescenten met een LVB doorgaans een mentale ontwikkelingsleeftijd bereiken van een twaalfjarige, geldt deze onduidelijkheid ook voor hen. Volgens Andolfi, Angelo & de Nichilo (1989) biedt spel meer kansen voor een gelijkwaardige interactie. Blom (1993) voegt daar cliëntrelatiecliëntrelatiecotherapiebewegingsgeoriënteerde therapie aan toe: 'De onvermijdbare ongelijkheid op verbaal niveau wordt hier mee ondervangen.'

8.3 Ervaringsgericht leren

Ervaringsgericht leren binnen de PMST kan gezien worden als een vorm van therapie waarbij de therapeut er primair op gericht is om het gezin te laten ervaren dat verandering mogelijk is. Door het aanbieden van verschillende bewegingssituaties, die symbool staan voor dagelijkse situaties, krijgt het gezin de gelegenheid om andere, of nieuwe ervaringen op te doen, die zij kunnen leren toepassen in het dagelijkse leven.

Blom (1993) streeft ernaar de situatie zo in te richten, dat de kans dat het nieuwe gedrag lukt zo groot mogelijk is. Daarbij stimuleert de therapeut, beloont hij en zoekt de gezonde, krachtige kant van het gezin, opdat het zoveel mogelijk succeservaringen opdoet in het bewerkstelligen van veranderingen.

Naast het primair gericht zijn op het laten ervaren dat verandering mogelijk is een ander voordeel van ervaringsgericht leren dat er volgens Blom (1996) geen hoge eisen worden gesteld aan het introspectief vermogen. Hiermee wordt bedoeld 'het naar binnen kijken', of te wel het vermogen van mensen om van een afstand te kijken naar gedachten, fantasieën, motieven en gedragingen. Leren gaat beter in beelden of door ervaringsleren, omdat volgens Kraijer (2006) met een LVB dit vermogen beperkt ontwikkeld is. Daarnaast is herhaling een belangrijk aspecten nieuwe vaardigheden eigen te kunnen maken omdat volgens Impuls, William Schrikker Groep, De Bascule, Cordaan, Bureau jeugdzorg & Raad voor de Kinderbescherming (2008) in het algemeen zaken vaker herhaald moeten worden en het langer duur voordat tot inzicht gekomen wordt. Tenslotte geven Van der Zee, Van der Molen & Beek (1989) aan dat mensen met een LVB moeten experimenteren om te kunnen ervaren wat ze kunnen en wat bij ze past. Mensen met een LVB leren door dingen echt te doen, ervaringsleren.

Met het primair gericht zijn op het laten ervaren dat veranderen mogelijk is en het gegeven dat ervaringsgericht leren weinig hoge eisen stelt aan het introspectief vermogen, lijkt ervaringsgericht leren aan te sluiten bij de manier waarop adolescenten met een LVB leren. Het bewegen in de zaal is vaak synoniem voor plezier, spelen en sparren. Dit maakt de drempel om aan de therapie deel te nemen lager. Door het aanbieden van bewegings- en lichaamsgerichte ervaringsoefeningen kan met PMST aangesloten worden bij deze doelgroep.

8.4 Afgebakende rolverdeling therapeuten

Een specifieke rolverdeling binnen PMST kan in de samenwerking voordelen opleveren:

Blom (1994) benadrukt het belang om vanaf het begin duidelijkheid te verschaffen over de rolverdeling tussen de systeemtherapeut en de PMT-er, om te voorkomen dat er verwarring ontstaan bij het gezin. Hij omschrijft dat de verbale sessie geleid dient te worden door de systeemtherapeut, de PMT-er kan hierbij aanwezig zijn, maar dient zich te beperken tot de rol van cotherapeut. Tijdens de sessies in de bewegingsruimte zijn de rollen omgekeerd. De PMT-er neemt dan de leiding en de systeemtherapeut is co-therapeut. Manicom & Boronska (2003) schrijven over de rolverdeling: 'De systeemtherapeut bewaakt de context en zit het verbale gedeelte voor. De vaktherapeut is verantwoordelijk voor het proces dat wordt vormgegeven met behulp van vaktherapeutische middelen. De rolverdeling krijgt al vorm voordat de gezinsobservatie begint. De hypothese met onderzoeksvragen legt hij voor aan de vaktherapeut, die vervolgens bedenkt welke opdrachten en spelvormen hij kan gebruiken. De vaktherapeut neemt in zijn natuurlijke omgeving (de zaal of creatieve ruimte) al bijna automatisch de meer inhoudelijke kant voor zijn rekening. Hij geeft de opdrachten, stelt vragen, geeft duidingen, vat samen en begeleidt het proces.'

De vaktherapeut heeft dus meer een invoelende en/of confronterende rol. Door deze verdeling kan de systeemtherapeut een meer afstandelijkere rol innemen. Hij kan bijvoorbeeld vragen naar de betekenis die de PMT-er aan een gespeeld spel geeft, om vervolgens de gezinsleden te vragen of ze dit herkennen en of dit in het dagelijks leven opgaat.

Blom (1994), Van Ramshorst (2004) & Nieuwpoort (2006) kiezen ervoor om de therapeuten een reflecterende of een participerende rol te geven, waarbij de systeemtherapeut op betrekkningsniveau kan werken en de PMT-er op inhoudsniveau. De mogelijkheid om bij een afgebakende rolverdeling als therapeut in te voegen bij het gezin en van daaruit de interactie te beïnvloeden wordt benoemd in de literatuur. Door afstand te nemen kan de systeemtherapeut zich vrijer verhouden tot door het gezin of anderen (bijvoorbeeld de vaktherapeut) ontwikkelde ideeën

over wat er aan de hand is (Berkvens & Robbe, 2002). Rober (2002) schrijft in dit verband over de participerende en de reflecterende posities die een systeemtherapeut in de loop van een zitting afwisselend moet innemen. De participerende therapeut gaat als het ware mee in de gezinsdynamiek, terwijl de reflecterende therapeut meer op een afstand observeert en ook aandacht heeft voor wat er tussen het gezin en therapeut gebeurt. Beide posities kunnen door één therapeut ingenomen worden, maar het heeft voordelen wanneer de posities verdeeld kunnen worden tussen de systeemtherapeut en de PMT-er. Blom (1994) zegt dat door actief deel te nemen is de therapeut in staat om 'in te voegen', dat wil zeggen dichtbij een of meer leden van het gezin komen, op die manier interacties beïnvloeden en als model fungeren. Blom (1994) heeft de ervaring dat, met name het invoegen bij kinderen, volgens Ackerman (1970) moeilijker dan bij volwassenen, wordt vergemakkelijkt door PMT.

Een ander element welke in de literatuur wordt besproken is 'Modeling', of te wel; het hebben van een rolmodel als therapeut. Modeling is het overnemen van gedrag van een rolmodel. Mensen nemen waarden, normen en gedrag over van de mensen die zij belangrijk vinden. Zoals eerder omschreven is het belangrijk dat de rolverdeling voor het gezin duidelijk is. Manicom & Boronska (2003) zeggen hierover dat: 'De wijze van samenwerken dan model kan staan en een uitnodiging kan zijn voor open en respectvolle communicatie.' En volgens Manicom & Boronska, (2003) & Blom (2004) kan het model staan geeft de therapeut de mogelijkheid geven om de interactie binnen het gezin te beïnvloeden.

Door een duidelijke rolverdeling ontstaat er een zekere herkenbare structuur voor de cliënten. Dit levert een voorspelbaar en leerzaam werkklimaat dat van belang kan zijn adolescenten met een LVB. Boer, Mogan, & Curfs (2006) zeggen hierover: 'Een veilige, vertrouwde en gestructureerde omgeving, geeft LVG'ers de mogelijkheid om te leren.'

Door een vooraf afgesproken rolverdeling kan men op verschillende wijze binnen de interactie invoegen en deze beïnvloeden. Dit belangrijk omdat, zoals Dekker, Douma, Ruiten & Koot (2006) & Van der Wielen (2006) omschrijven: 'Mensen met een LVB zijn tijdens het leren bovendien extra gevoelig voor de effecten van leerprocessen tijdens interactie, zoals inadequate bekrachtiging, onjuiste bestraffing en onverwachte reacties.'

8.5 Specifieke behandelcontext

Het aanbieden van PMST in een andere context dan bijvoorbeeld een gespreksruimte, om het gezin te stimuleren tot het uitproberen van nieuw gedrag, kan een belangrijke factor zijn. Verheij & Aptroot (2000) zeggen hierover: 'Om een gezinsinteractie te onderzoeken, moet het gezin zo natuurlijk mogelijk functioneren en in een gymzaal is daar meer kans op dan in een spreekkamer netjes op de stoel.' Therapie in een bewegingsruimte kan leiden tot ambivalente reacties bij mensen. Men vindt het eng maar is ook nieuwsgierig. 'De impact van het werken in de zaal kan leiden tot verwarring, het probleem wordt geherdefinieerd Blom (1994). Deze ambivalente gevoelens kunnen leiden tot een zekere motivatie voor de cliënten. Daarnaast kan de bewegingsruimte een gevoel van vrijheid oproepen om te experimenteren aangezien mensen met een LVB beter leren door het doen van concrete handelingen, zoals bewegingsgerichte activiteiten, in plaats van erover te praten.

Doordat mensen met een LVB ervaringsgericht leren is in sommige gevallen terughoudendheid van de therapeuten in het stellen van grenzen op zijn plaats. Geus en Van Gennip (2004) wijzen namelijk op het effect van een positieve ontwikkeling in de eigenwaarde wanneer cliënten meer vrijheid krijgen om te kunnen experimenteren.

9. Conclusie

In deze studie is gepoogd om inzicht te krijgen welke elementen van PMST van toegevoegde waarde zijn voor de behandeling van adolescenten met een LVB. In de beschikbare publicaties bleken er relatief veel overeenkomsten te zijn over de vorm en inhoud van aan PMST gerelateerde therapieën. Er is een vijftal elementen naar voren gekomen die de onderzoeksvraag beantwoorden.

De meeste therapieën bleken een vaste opbouw te hebben. Deze opbouw in structuur en fasering sluit aan op de behoefte van adolescenten met een LVB aan een voorspelbare en daardoor veilige leeromgeving.

Vervolgens bleek dat de non-verbale insteek binnen PMST, waarbij het accent ligt op het met elkaar uitvoeren van activiteiten die symbool staan voor de 'problemen', ervoor zorgt dat thema's op een begrijpelijke en emotioneel hanteerbare en wijze behandeld worden.

Daarnaast is het gebleken dat verandering van gedrag sneller gerealiseerd kan worden door te ervaren dat zaken anders of beter kunnen. Inzicht in zichzelf of de ander, een ontwikkelingstaak die adolescenten met een LVB in mindere mate voltooien, is dus niet perse nodig om te kunnen veranderen. PMST sluit op deze beperking aan omdat op ervaringsgerichte wijze wordt gewerkt. Verder wordt PMST doorgaans door een pmt'er en een systeemtherapeut aangeboden. In de samenwerking in de zaal is vaak een participerende en reflecterende rolverdeling tussen de therapeuten afgesproken. Door deze specifieke rolverdeling kunnen therapeuten voorbeeldgedrag laten zien op welke wijze men met elkaar zou kunnen omgaan. Aangezien mensen met een LVB goed leren volgens het principe van 'modeling', is het aannemelijk dat zij dit voorbeeldgedrag kunnen gaan overnemen.

Tot slot is gebleken dat de bewegingsruimte een positief effect kan hebben op de behandeling van de doelgroep. PMST vindt grotendeels plaats in de bewegingsruimte en af en toe, vaak bij aanvang en einde, wordt gekozen voor een gespreksruimte. Deze specifieke behandelcontext kan, wanneer men gemotiveerd is om een bewegingsgerichte therapie te doen, aansluiten bij de kwaliteiten en interesses van adolescenten met een LVB. De 'zaal' nodigt uit om te experimenteren met gedrag omdat het accent ligt op het doen in plaats van praten.

De hierboven genoemde elementen geven de 'kracht' weer waarom PMST een geschikte behandelvorm lijkt te zijn voor mensen met een LVB. In het bijzonder lijkt PMST voor adolescenten met een LVB geschikt omdat zij steun, begrip en begrenzing van hun naaste omgeving in deze 'roerige' fase hard nodig hebben zodat een gezonde identiteitsontwikkeling zo goed mogelijk tot zijn recht kan komen.

10. Discussie

Een discussiepunt over de 'validiteit' van dit onderzoek is de beperkte hoeveelheid publicaties die voorhanden waren. Deze publicaties leverden veel informatie op, maar waren meestal subjectief van aard. Vanuit de ervaringen uit de praktijk wordt PMST omschreven als een waardevol instrument, maar een bewezen effect is tot op vandaag niet beschikbaar. Omdat er weinig over modules en richtlijnen bekend zijn, maakt dit het lastig om PMST een practicebased of zelfs evidencedbased 'label' te geven.

Veel ervaringen met PMST worden vaak als positief bestempeld, maar onbekend is of ervaringen in de zaal ook daadwerkelijk gegeneraliseerd worden naar het leven van alle dag. In publicaties wordt omschreven dat verandering waarneembaar is op korte termijn, maar onbekend is wat de effecten zijn op langere termijn. Er is geen zicht op de manier waarop het resultaat wordt geborgd en op welke wijze de transfer vanuit de zaal naar het gezinssysteem plaatsvindt.

11. Aanbevelingen

Het is aan te bevelen om effectmetingen en follow-up onderzoek toe te passen binnen bestaande PMST-vormen. Mooi aangrijpingspunt zou de module 'Gezin in beweging' van Karakter kunnen zijn aangezien deze reeds is uitgeschreven en daadwerkelijk aangeboden wordt. De bevindingen zouden wat ons betreft als basis kunnen dienen om door een werkgroep een PMT-module te laten schrijven volgens richtlijnen van de NVPMT. Deze informatie kan dan overigens ook input zijn voor een eventueel verder 'evidenced based' onderzoek.

Binnen PMST staat het gezin vaak centraal. Echter, een 'systeem' rondom mensen bestaat uit meer factoren dan gezinsleden. Veelal wonen mensen met een LVB buiten het gezin en komen daardoor in aanraking met hulpverleners en begeleiders die hen ook kunnen beïnvloeden. School, de hobbyclub of bijvoorbeeld de vriendenkring zijn ons inziens evengoed van invloed op het psychosociale functioneren.

De werkwijze en referentiekaders van de systeemtherapeut en de pmt-er kunnen verschillen, daarom is het raadzaam om bijscholing te volgen in elkaars disciplines. Wellicht kan het 'multidisciplinaire' inzicht dat hierdoor zou kunnen ontstaan een synergetisch effect hebben op de kwaliteit van de therapie.

Literatuur

- Ackerman, N.W. (1970). Child participation in family therapy. *Family Process*, 19, 403-410.
- Andolfi, M., Angelo, C. & Nichilo, M. (1989). *The myth of atlas*. New York: Brunner/Mazel.
- Aponte, H.J. (1992). Training the person of the therapist in structural family therapy. *Journal of Marital Family Therapy*, 18, 269-281.
- Beelen, F. (1991). Creatieve therapie met gezinnen: een structurerende benadering volgens de interactieve methode. In E.J.I. Kijn (red), *systeemtaxatie in beweging: behandelcontext en het gebruik van psychomotorische en creatieve technieken bij gezinsdiagnostiek en gezinsbehandeling in de geestelijke gezondheidszorg* (pp. 65-89) Amsterdam: Swets en Zeitlinger.
- Brown-Standridge, M.D. (1989). A paradigm for construction of family therapy tasks. *Family Progress* 28, 471-489.
- Beer, Y. de (2011). De Kleine Gids 'Mensen met een lichtverstandelijke beperking 2011'. Alphen aan de Rijn: Kluwer.
- Bertalanffy, L. Von (1968). General systems theory. *Foundations, developments, applications*. New York; Braziller.
- Blankstein, H. (2010). What's in a name? Systeem dan wel gezinstherapie. *Systeemtherapie*, 22(1), 19-21.
- Berkvens, E. & Robbe, M. (2002). De waarde van gezinsdiagnostiek in de kinder- en jeugdpsychiatrie. *Systeemtherapie*, 14(3), 130-147.
- Blink, M.J. Van den (1988). Psychomotorische gezinstherapie; een bericht uit de praktijk. *Bewegen en hulpverlening*, 5, 76-81.
- Blom, L.M., (1994). Het samenspel van gezinstherapie en psychomotorische therapie. *Systeemtherapie*, 11, 159-172.
- Bodde, J., Hagen, B. (2009). *LVG-jongeren beter in beeld*. Utrecht: Vilans/VOBC/IVG.
- Boer, H., Mogan, C., Curfs, L. (2006). Verstandelijke beperking en de wet: klinische behandeling van mensen die met justitie in aanraking komen, In R. Didden (ed.), *In perspectief* (p.211-214). Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.
- Bosland, J. (2008). Vluchtelingen. In: A. Savenije, M.J. Van Lawick & E.T.M. Reijmers (red.), *Handboek systeemtherapie* (pp. 261-273). Utrecht: De Tijdstroom.
- Dekker, M. C., & Koot, H. M. (2003). DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. I: Prevalence and impact. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 915-922.
- Dekker, M.C., Douma, J.C.H., Ruiten, K. De & Koot, H. (2006). Aard, ernst en beloop van gedragsproblemen en psychische stoornissen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking, In R. Didden (ed.), *In perspectief* (p.21-40). Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.
- Doorn, J., & Kaansdorp, N. (2001). *Is de speeltuin niemandsland*. In: C.J.A. Roosen, A. Savenije, A. Kolman & R. Beunderman (redactie), *Over een grens; psychotherapie met adolescenten*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Dermitzaki, I., Stravroussi, P., Bandi, M., & Nisiotou, I. (2008). Investigations ongoing strategic behaviour of students with mild mental retardation: Implementation and relations to

- performance in a problem-solving situation. *Evaluation & Research in Education*, 21, 96-110.
- Emck, C., Bosscher, R.J. & Hammink, M.N. (2007). *PsyMot. Psychomotorische diagnostiek en indicatiestelling voor kinderen van 6 tot 12 jaar*. Utrecht: 't Web.
- Engel, G.L (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of psychiatry*, 137, 137, 535-544.
- Geus, R., Genep, A. van (2004). *Gewoon er bij*. Woonvoorzieningen voor mensen met lichte cognitieve beperkingen en psychische en/of gedragsproblemen. Utrecht: NIZW/LKNG.
- Hekking. P., Fellingier, P. (2011). *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Amsterdam: Boom.
- Hendrickx, J. (1991). De algemene systeemtheorie. In: J.Hendrickx, Boeckhorst, F., Compennolle, T. & Pas, A. Van der (eds.) (1991). *Handboek gezinstherapie Deel 1 en deel 2*. Houten/Antwerpen: Bohn, Stafleu, van Loghum.
- Impuls, William Schrikker Groep, de bascule, Cordaan, Bureau jeugdzorg & Raad voor de Kinderbescherming, (2008). *Een samenhangende aanpak voor LVG-plus jongeren in Amsterdam*. Amsterdam: auteurs.
- Karakter kind en jeugdpsychiatrie (2011). Modulebeschrijving Psychomotorische Systeemtherapie 'Gezin in beweging'. Ede: Van Henten, F., Huis in 't Veld, K., Kuhlman, E. & Simons, M.
- Klijn, W.J.L. *Systeemtaxatie in beweging: behandelcontext en het gebruik van psychomotorische en creatieve technieken bij gezinsdiagnostiek en gezinsbehandeling in de geestelijke gezondheidszorg*. Amsterdam: Swets en Zeitlinger.
- Verhulst, F.C. & Verheij, F. (2000). *Adolescenten psychiatrie*. Assen: Van Gorcum & Comp.
- Kleinert, H.L., Browder, M.D., & Towles-Reeves, E. A. (2009). Models of cognition for students with significant cognitive disabilities: Implications for assessment. *Review of Educational Research*, 79, 301-326.
- Kraijer, D. (2006). Mensen met een licht verstandelijke beperking: Psychodiagnostisch een tussen categorie. In R.Didden (Red), *In perspectief: gedragsproblemen. Psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp.53-65). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Manicom, H., Boronska, T. (2003). Co-creating change within a child protection system: integrating art therapy with family therapy practice. *Journal of family Therapy*, 25. 217-232.
- Menuchin, S. (1973). *Gezinstherapie*. Utrecht: Het Spectrum.
- Mikesell, R.H., Lusteran, D.D., & McDaniel, S.H. (EDS.) (1995). *Integration family therapy; Handbook of family psychology and systems theory*. Washington: American Psychological Association.
- Mulder, M., Didden, R. Lenderink, A. & Enserink, J (2006). Behandeling van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen bij adolescenten en volwassenen: een aanzet tot deeltijdbehandeling, In: R. Diddens (ed.), *In perspectief* (p.225-248). Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.
- Nieuwenhuijzen, M. Van, Orobio de Castro, B., Wijnroks, L., Vermeer, A., & Matthijs, W. (2009). *Social problem-solving and mild intellectual disabilities: relations with externalizing behavior and therapeutic context*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 114 (I), 42-51.

- Nieuwpoort, J. (2006). De synergie van co-therapie; een therapievorm waarbij waarlijk samenwerken van belang is. *Systeemtherapie*, 18 (1), 5-6006
- Papp, P. (1980). The greek chorus and other techniques of paradoxal therapy, *Family Progress*, 19. 45-57.
- Petzold, H.G. (1996). *Integrative und Leibtherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Ponsioen, A. J.G.B. (2001). Cognitieve vaardigheden van licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren. *Academisch proefschrift*. Amsterdam: Auteur
- Rober, P. (2002). *Samen in therapie (gezinstherapie als dialoog)*. Leusden: Acco.
- Ruiter, K.P. De, Dekker, M.C., Douma, J.C.H., Verhulst, F.C., Koot, H.M. (2008). Development of parent-and teacher-reported emotional and behavioural problems in young people with intellectual disabilities: Does level of intellectual disability matter? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21, 70-80.
- Savenije, A. Lawick, J, van, & Reimers, E. (red.). (2010). *Handboek Systeemtherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Spierenburg, M., & Hagen, B. (2008). *Integrale werkwijze voor LVG-jongeren met gedragsproblemen: sluitende aanpak van zorg, onderwijs en arbeid*. Utrecht: Vilans.
- Verheij, F., Aptroot, E. (2000). *Het diagnostisch interview met het gezin*. In: F.C. Verhulst & F. (red), *Kinder- en jeugdpsychiatrie; onderzoek en diagnostiek*. Assen: Van Gorcum.
- Visser M., Albrechts, B., Maurer, J. & Krot, H (2010). Psychomotorische gezinstherapie. Een dialoog tussen systeemtherapeut, psychomotorische therapeut en gezin. In Jan de Lange (red), *Psychomotorische therapie*. Amsterdam: Boom.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1970). *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer: Van Loghum en Slaterus.
- Wielen, H, van der (2006). *Een Paar apart*. Spreekbeurt bij de werkconferentie 'Samenhang en Kwaliteit ondersteuning'. Georganiseerd door MEE Noordwest-Holland, 24 januari 2006, Hoorn.
- Zee, S.A.M. Van der, Molen, H.T. van der & Beek, D.T. Van der. (1989). *Praktijkboek Goldsteintraining*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Bijlagen

Verkennd interview

Met psychomotorisch therapeute, Marion van Kemenade en systeemtherapeute, Marieke Warnawa van Ambiq d.d. 22-02-2012.

Wat wordt door de therapeuten onder Systeemgerichte psychomotorische Therapie (SGPMT) verstaan?

In het gesprek wat ontstaat worden een aantal punten benoemd:

- Beiden geven aan dat het verder gaat dan de transfer via het schriftje of sowieso verder dan de transfer.
- Maar ook het kind in psychomotorische therapie en dan de transfer maken in de samenwerking met de Systeemtherapie.
- De focus niet alleen leggen op het kind maar op het gezin, het gezin meenemen in therapie.
- Systeemtherapeute meer met moeder in de diepte alleen, samen verder in de gymzaal.
- SGPMT is meer op het hier en nu gericht, op het ja-nee gevoel, het leiden-volgen, herkennen van grenzen, inzichtelijk maken van interacties en de koppeling naar thuis leggen, integreren psychomotorische therapie, snappen waar het over gaat.

Maar bovenal is SGPMT een samenwerkingsvorm tussen de Systeemtherapie en Psychomotorische Therapie die plaatsvindt in de gymzaal en ingezet wordt wanneer de hulpvraag voortkomt vanuit het gezin en waarbij het hele gezin verandering dient te ondergaan.

Wat is de reden en eventuele hulpvraag om SGPMT aan te bieden bij cliënten?

Marieke en Marjon geven verscheidene redenen aan waarom men is gestart met SGPMT;

- Vanuit een MDO waarin men het eens was dat de combinatie van SGPMT op dat moment de juiste interventie zou kunnen zijn.
- Wanneer de hulpvraag voortkomt vanuit het gezin en waarbij het hele gezin verandering dient te ondergaan
- Als interventie wanneer beide therapeuten het idee hebben dat de cliënt weinig vooruitgang boekt in zijn proces zowel binnen de Systeemtherapie als de Psychomotorische therapie.
- Wanneer een van de Psychomotorische Therapeuten het idee heeft dat er knelpunten zijn binnen het gezin die het proces van de individuele cliënt kunnen stagneren.
- Maar ook omdat het beleid van Ambiq aangeeft dat zij de cliënt en zijn systeem willen benaderen.
- Bij bepaalde hulpvragen heb je elkaar soms nodig, Psychomotorische Therapie werkt meer op gedrag en gedachten terwijl de Systeemtherapeute meer kijkt naar overtuigingen, posities t.o.v. elkaar en eventuele generatie problematiek.
- Hoeveel last wordt er ervaren en heeft het probleem er voor gezorgd dat mensen in posities/patronen zijn beland waarin men niet wil verkeren.
- Om inzicht te verkrijgen of het kindsproblematiek of gezinsproblematiek is, is het gedrag van een kind wel een signaal om het hele gezin in beeld te brengen of heeft het kind zoveel last van het niet gezien worden dat het zich daarom zo gedraagt.
- Bij één SGPMT traject is de reden dat er vooraf gezinsdiagnostisch onderzoek gedaan is, waaruit bleek dat de problemen voortkwamen uit het gezin.
- Systeemtherapeute geeft aan dat zij meestal bij de intake voor opname zit en daarna gezinsdiagnostisch onderzoek uitvoert. Om van daaruit kijken of er een indicatie voor Systeemtherapie ligt.

Wat is de meerwaarde van deze vorm in vergelijking tot de therapieën apart.

Het verbale versus het non-verbale, Systeemtherapie is meer verbaal, het non-verbale vanuit de Psychomotorische Therapie heeft de meerwaarde.

Het non-verbale komt volgens beiden meer bij het voelen en ervaren.

Welke vormen van SGPMT worden binnen Ambiq aangeboden?

Er blijken verscheidene vormen te zijn binnen Ambiq;

- Psychomotorische Therapie en Systeemtherapie samen in de zaal, waarbij de systeemtherapeute individueel naspreekt met de moeder
- Psychomotorische Therapie en Systeemtherapie ieder afzonderlijk maar wel met overleg tussen beide therapieën.
- Parallel aan elkaar Psychomotorische Therapie en Systeemtherapie soms ook om het kind even individueel de ruimte te geven.
- Psychomotorische Therapie met een moeder en 2 zonen, waarbij video wordt nagekeken met moeder.
- Individuele Systeemtherapie.
- Psychomotorische Therapie met één ouder.

Benadrukt wordt dat het nog steeds zoeken is om goed af te stemmen op elkaar en dat een ieder nu vanuit zijn kwaliteit aan het werk is.

Hoeveel SGPMT- en worden er op dit moment aangeboden?

Er zijn 3 lopende therapieën en er zijn een aantal therapieën in overweging.

De Systeemtherapeute merkt op dat het voordeel van multidisciplinair overleg (MDO) is dat je meer bij elkaar in de keuken kijkt en hierdoor meer kennis krijgt wat elkaars kwaliteiten en mogelijkheden zijn. Vanuit de visie van Ambiq wordt er tijdens de MDO's steeds vaker besloten om combi-therapieën te starten.

Wordt deze visie door alle therapeuten gedragen?

Er wordt nog verschillend over gedacht, voor de ene therapeut is het vanzelfsprekend dat ouders erbij worden betrokken, maar er zijn ook therapeuten die hier nog niet veel bij stilstaan.

Redenen hiervoor kunnen zijn volgens de Systeemtherapeute dat collega's zich er nog niet makkelijk genoeg bij vinden. Zij kan zich ook voorstellen dat als je net van de opleiding af bent dat het nog eng kan zijn om er gelijk ouders erbij te hebben in de zaal. De gedachten zijn nog in ontwikkeling.

Sinds wanneer wordt er binnen Ambiq SGPMT aangeboden?

Er zijn sinds een aantal jaar bieden systeemtherapeuten en Psychomotorische Therapie deze vorm aan. Verschillende systeemtherapeuten en psychomotorische therapeuten zijn hier mee bezig, helemaal precies kan niet worden aangegeven.

De psychomotorische therapeute geeft aan dat zij nu anderhalf jaar mee op deze manier werkt.

Hoeveel zijn er in het verleden aangeboden?

Ook op deze vraag kan niet concreet geantwoord worden, een aantal.

Wat zijn contra-indicaties?

Verslaving, therapie ontrouw, teveel afzeggen, te laag IQ je moet inzicht hebben.

Binnen Ambiq hebben de Systeemtherapeute en Psychomotorische Therapie nog niet de ervaring dat er een contra-indicatie aanwezig was voor SGPMT. Ook wordt benoemd dat overbelasting door het aanbieden van verschillende therapieën tegelijkertijd een contra-indicatie kan zijn.

Is er een bestaande uniforme therapievorm (c.q. module) of moet deze nog ontwikkeld worden?

Er is op dit moment nog geen uniforme therapie vorm, cq module. Hierbij wordt aangegeven dat een uniforme therapievorm ook belemmerend kan werken.

Wat is er bekend over SGPMT bij collega-instellingen?

Bij karakter is er een module SGPMT. We vragen de Systeemtherapeute om ons in contact te brengen met de Psychomotorische Therapeut aldaar en daarnaast gaan we gaan we i.s.m Frank (projectmanager) om een verbinding te leggen met Karakter om zodoende kennis te gaan delen.

Hoe ziet de werkwijze eruit (rolverdeling, attitude, duur, structuur, thema's)?

Er is geen specifieke rolverdeling gemaakt tussen de systeemtherapie en de psychomotorische therapie. De sessie zijn nu 1x in de twee weken. Mede om het proces te laten gebeuren terwijl er geen therapie plaatsvond.

Er is geen vaste structuur ook niet in de zaal. Systeemtherapie is er meer voor moeder en de Psychomotorische Therapie meer voor het kind. Nabespreken gebeurt in de zaal. Er is niet bewust voor gekozen om dit in de zaal te laten plaatsvinden. De voorbereiding is wisselend soms samen soms individueel soms vindt deze niet plaats.

De regie onderling is ook wisselend soms afhankelijk van thema.

Wat betekent deze vorm van therapie voor de LVB-doelgroep (bevorderen generalisatie, begrip en betrokkenheid)

Er ontstaat een discussie, met een praktijkvoorbeeld met als doel om de cliënten meer begrip naar elkaar te laten tonen, waarin beide therapeuten zich af vragen of het uiteindelijk wel beklijft om de cliënt te laten begrijpen waarom iemand b.v de zorg aan een ander over laat.

Ze vermoeden van wel maar geven aan meerdere contacten nodig te hebben om het te kunnen bevestigen.

Wat zijn budgettaire voorwaarden om SGPMT te kunnen geven?

Het is begonnen als een pilot waarbij op dit moment iedere therapeut zijn eigen kosten declareert. Nu nog vanuit AWBZ. De Psychomotorische Therapie werkt vanuit eerstelijns en wordt betaald door de zorgverzekeraar. In de toekomst wordt het beperkter en komen er meer richtlijnen. Er wordt meer productie gevraagd. Helemaal helder is het nog niet.

Mogen we een casus volgen/inzien/bijwonen t.b.v. onze scriptie?

Systeemtherapeute vind het gezin hierin leidend of het goed is of niet maar vindt het ook nuttig dat collega's mee kunnen kijken en geeft aan dat de wijze waarop je het voorstelt veel doet.

Verbeterpunten, wensen t.a.v. deze therapievorm?

Niet besproken, wel waardevol om dit alsnog te vragen.