

Psychomotorische gezinstherapie

Een eerste aanzet tot effectonderzoek

Zowel psychomotorische als systeemtherapeuten zien bij gezinnen positieve verschuivingen optreden wanneer ze samen met het gezin de bewegingsruimte ingaan. In de tot nu toe beschreven vakliteratuur over psychomotorische gezinstherapie (PMGT) is vooral aandacht geschonken aan de praktische uitwerking hiervan. Relatief weinig is stilgestaan bij de plaatsbepaling van de PMGT en theorievorming over de werkzame factoren binnen deze therapievorm.

In dit artikel ...

- ... een samenvatting van de methodiek van de psychomotorische gezinstherapie;
- ... een plaatsbepaling van de psychomotorische gezinstherapie;
- ... een pilotonderzoek naar de effectiviteit van psychomotorische gezinstherapie.

Inleiding

In dit artikel beschrijven we de aanzet tot een onderzoekslijn betreffende PMGT. Kramer (2012) is een pilotonderzoek gestart in het kader van haar masterthesis voor de masteropleiding Psychomotorische Therapie, Windesheim, Zwolle. Het onderzoek zal in de loop van 2013 plaatsvinden. In het kort worden hier enkele theoretische overwegingen voorgelegd die aan dit onderzoek ten grondslag liggen, en waarop de keuzes voor de onderzoeksvariabelen, het onderzoeksdesign en de gekozen meetinstrumenten gebaseerd zijn. We starten met een uitleg rondom de methodiek van de PMGT zoals eerder gepubliceerd (Visser et al., 2010; Maurer et al., 2011). Vervolgens zullen we dit plaatsen in de huidige ontwikkelingen binnen de systeemtherapie, waarbij we onze manier van werken uiteenzetten en kaderen vanuit verschillende systeemtherapeutische theorieën en invalshoeken. Deze plaatsbepaling geeft kaders voor de praktijk en vormt eveneens de basis voor het pilotonderzoek.

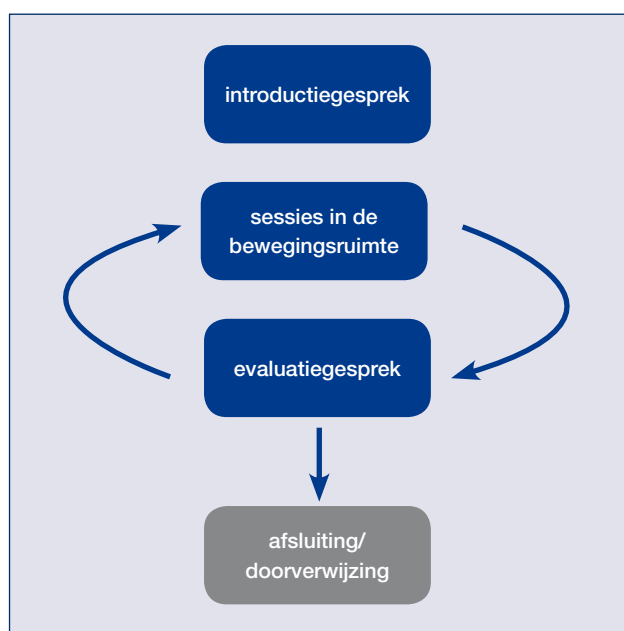
Psychomotorische gezinstherapie

Een psychomotorisch therapeut is in de regel vertrouwd met het geven van individuele en groepstherapieën, niet met het geven van gezinstherapie. Als deze dat doet begeeft hij zich op onbekend terrein, in de overtuiging dat het zinvol en helpend is voor gezinnen om het samen weer goed

geregeld te krijgen, om verandering ten goede te bereiken. Voor een systeemtherapeut is het niet gebruikelijk om gezinnen in een gymzaal te ontmoeten. Het werken in een gymzaal is vaak een onontgonnen gebied, waar de systeemtherapeut hoopvol samen met het gezin en een psychomotorisch therapeut situaties creëert die het gezin verder helpen in de zoektocht naar meer verbondenheid onderling.

Het is mooi wanneer behandelaren merken dat gezinnen inderdaad verder komen en het gezin als geheel en de gezinsleden afzonderlijk met nieuwe hoop hun levensreis kunnen vervolgen. In de literatuur over PMGT geven verschillende auteurs aan dat ze positieve verschuivingen zien in gezinnen en wordt psychomotorische therapie bij gezinnen als een zeer bruikbare methodiek beschreven binnen de systeemtherapie. In eerdere publicaties geven wij een overzicht van de Nederlandse literatuur betreffende deze therapievorm en beschrijven wij de werkwijze zoals wij deze toepassen en nu nader willen onderzoeken (Visser et al., 2010; Maurer et al., 2011).

Onze werkwijze vatten wij als volgt samen. De PMGT is opgebouwd uit enkele onderdelen die, wat betreft doelen, kenmerken en de bijbehorende rolverdeling van de betrokken therapeuten, helder te onderscheiden zijn. Deze onderdelen zijn: het introductiegesprek, enkele sessies in de bewegingsruimte, de activiteiten die binnen deze sessies plaatsvinden en een evaluatiegesprek. Deze stappen verlopen cyclisch, waarmee een evaluatiegesprek weer een startgesprek van een volgende cyclus kan zijn (zie figuur 1). De PMGT is vaak een kortdurende gestructureerde interventie binnen een al lopende behandeling, maar kan ook als een afzonderlijke therapie aangeboden worden.



Figuur 1: Het cyclische proces van de PMGT (Visser e.a. 2010).

Psychomotorische gezinstherapeutische technieken

In recente publicaties van Visser e.a. (2010) en Maurer e.a. (2011) worden de technieken voor de therapeuten als volgt beschreven: De PMGT wordt gegeven door een systeemtherapeut en een psychomotorisch therapeut gezamenlijk. Beiden zijn bij alle sessies aanwezig en handelen via een duidelijke rolverdeling. De taak van de psychomotorisch therapeut in de gymzaal is om activiteiten aan te bieden en interventies te plegen, waarbij het accent ligt op de interactiepatronen (het betrekkningsniveau) tussen de gezinsleden. Het is de taak van de systeemtherapeut om hierbij in te voegen. Er ontstaat zo een continue afstemming tussen beide therapeuten en het gezin.

Het gaat bij de aangeboden activiteiten niet om de activiteit op zichzelf (de inhoud), maar om het effect op de onderlinge relatie, patronen of posities. Het impliciete dat speelt op betrekkningsniveau zullen de therapeuten, waar helpend, expliciteren. Door het aanbieden van activiteiten zullen gezinnen een nieuwe manier van met elkaar omgaan oefenen en ervaren.

De therapeuten behouden voldoende afstand van het systeem, omdat zij eerder een bevrugende, reflecterende houding dan een veranderende en sturende inbreng hebben. Daarbij zal het gezin zelf op zoek gaan naar voor hen geschikte oplossingen en worden gezinsleden daarin niet gestuurd door de therapeuten. De therapeuten steunen en helpen de gezinsleden met het verwoorden van het probleem of wat ze voelen of vinden, zodat elk gezinslid zich gehoord en erkend voelt. De systeemtherapeut is vooral steunend en helpend naar ouders, de psychomotorisch therapeut is dit vooral naar de kinderen. De communicatie tussen de therapeuten is open, helder en transparant. Therapeuten bevrugen elkaar en sturen elkaar aan; deze open interactie is tegelijkertijd een voorbeeld voor het gezin. Soms zullen therapeuten patronen in dialoog met het gezin expliciteren. Een andere techniek om het gezin interactiepatronen voor te leggen die therapeuten zien, is elkaar hardop wijzen op wat zij zien en ervaren en dit in dialoog met elkaar delen. Het is aan het gezin om daarvan te gebruiken wat ze willen. De therapeuten hebben vooral een onderzoekende, onbevengende en nieuwsgierige houding (Anderson & Goolishian, 1992), waarin zij zoeken naar intenties van gezinsleden en hun opvattingen over de onderlinge relaties. De therapeuten ondersteunen de gezinsleden en maken gebruik van een dialooggestuurde afstemming. Deze manier van reflectief teruggeven aan het gezin is vergelijkbaar met de in de systeemtherapie bekend geworden methode van 'reflecting team' (Andersen, 1991). Een zeer belangrijk aspect van deze behandelvorm is de volledige aandacht en afgrenzing tot wat zich in het hier-en-nu afspeelt. De concrete manier van met elkaar omgaan binnen

het gezin, tussen de therapeuten en tussen de gezinsleden en de therapeuten, is het doel binnen de sessies in de gymzaal en het instrument van verandering. De geschiedenis van hoe ieder is (geworden) vertaalt zich in dit concrete gedrag. De woorden om hier een verhaal en betekenis aan te geven, krijgen weinig ruimte in deze therapievorm. Binnen de evaluatiesessies is daar meer ruimte voor, hoewel ook daar de aandacht vooral gericht is op de actuele manier van hoe ieder zich tot elkaar verhoudt. Anamnestiche gegevens en diagnostische overwegingen zijn tussen de hulpvragers en hulpverleners eerder al gedeeld in de fase voorafgaand aan de PMGT.

Tijdens deze evaluatiegesprekken in de spreekkamer is de systeemtherapeut de gespreksleider en de psychomotorisch therapeut voegt hierbij in. De houding en intenties van de therapeuten zijn in deze situatie identiek aan die in de gymzaal.

Plaatsbepaling van de psychomotorische gezinstherapie

We plaatsen de PMGT zoals wij deze vormgeven vooral binnen de zogenaamde 'postmoderne kaders van behandeling' (Reijmers 2008), waarin binnen de therapeutische relatie, de dialoog en samenwerking een centrale plaats innemen. Daarbij maken wij gebruik van interventies die niet binnen één uitgesproken systeemtheoretische stroming te kaderen zijn, maar de volgende elementen bevatten:

- Directief: helder en transparant, kort, gericht op interactiepatronen;
- Strategisch: voorschrijvend, de therapeuten bepalen de weg naar het doel;
- Structureel: gebruikmakend van de subsystemen ouders en kinderen;
- Dialooggestuurde afstemming: steeds terugkoppeland en bijsturend;
- Bevragend: ervaringsgericht leren.

In onze aanpak is vooral aandacht voor verbondenheid, de krachten, het uiten van emoties en het aansluiten bij de personen en niet primair bij het gedrag. Dit zijn voor ons centrale begrippen. Wanneer we aansluiting zoeken bij de kracht van de gezinnen en ons focussen op de non-verbale aspecten, herkennen we hierin vooral pre-verbale fenomenen, die in de primaire ontwikkelingsfase, in de hechtingsfase, een rol spelen. Op het moment dat gezinnen in behandeling komen, zien we hierin vaak verstoringen: de onderlinge afstemming lukt niet (meer), het vertrouwen in elkaars intenties is (gedeeltelijk) beschadigd en een wederzijds positieve beïnvloeding stagneert. In dit licht zien wij de zoektocht van gezinsleden naar meer toevertrouwen, naar lichamelijke afstemming, naar hoe wederzijds te reageren op behoeften van veiligheid en bescherming en naar het

samen beleven van plezier en ontspanning in gezamenlijke activiteiten.

Wanneer we ons primair richten op deze verbondenheid en afstemming, zullen er verschuivingen optreden in posities, opvattingen en interactiepatronen en zal dit zichtbaar worden in het (bewegings)gedrag in een gezin.

Samengevat laten we ons in onze werkwijze beïnvloeden door meerdere perspectieven en sluiten we hierdoor aan bij het zogenaamde postmodernisme. Een mogelijk verwarrende term, omdat deze niet rechtstreeks verwijst naar bepaalde kenmerken van deze werkwijze, maar meer naar hoe deze zich verhoudt tot de tijd en de actuele algehele context, en daarvan een onderdeel is.

De postmoderne filosoof Jean François Lyotard (1979) beschrijft in enkele van zijn werken dat het nu de periode is waarin er een einde is gekomen aan de grote verhalen. Hij duidt hiermee op de onmogelijkheid om met één theorie alles te kunnen vatten. Dit denken verwerpt daarmee de waarheidsclaim. Men gaat ervan uit dat er geen waarheid bestaat. Deze wordt gecreëerd door de relationele context. Dit uitgangspunt speelt in de PMGT een belangrijke rol. Wanneer je ervan uitgaat dat je niet kan beschikken over een algemene waarheid dan is dat direct van betekenis op de vorming van je hypothese en je positie ten opzichte van een gezin. Lenaerts (2002) schrijft: "In het postmodernisme stelt men dat er geen geprivilegieerd of neutraal perspectief is. De therapeut is een 'not knower'. Dit refereert aan een positie waarbij de therapeut de ander nooit volledig kan verstaan. Hij wordt uitgenodigd om in dialoog te gaan met de cliënt, zijn expertpositie te laten varen en zich voortdurend te laten 'informer' door de cliënt." Wij voegen hieraan toe: zonder dat de inzichten en ervaringen van de hulpverlener verloren gaan (of niet gekend mogen zijn). Het gezin neemt er kennis van en weegt het belang voor hen.

Het is dan ook de dialoog die helpend is om gezinnen te begrijpen. Het verklarende en meer diagnostische model laten we daarmee los. Vanuit de verschillende perspectieven proberen we gezinnen te begrijpen. Het zijn deze kaders die ons helpen om taal te geven aan wat we waarnemen, om zo onze hypothesen te vormen. Het is de dialoog tussen therapeuten onderling en die tussen therapeuten en het gezin, die zorgt dat we deze hypothesen samen met gezinnen bruikbaar kunnen inzetten of afwijzen (zie ook Maurer & Westermann, 2007).

Het is vooral de eenzijdige expertpositie die we willen loslaten, niet onze expertise.

Kramer (2012) maakt in haar onderzoeksvorstel onderscheid tussen de effecten van de PMGT en de tevredenheid over de PMGT. Twee keuzes die aansluiten bij de plaatsbepaling van onze werkwijze. Enerzijds een meer

resultaatgericht onderzoek dat enkele werkzame factoren in kaart brengt betreffende de onderlinge acceptatie, conflictantering en gedragsproblemen. Anderzijds een meer procesgericht onderzoek, dat de tevredenheid van gezinnen over elke sessie in kaart brengt. De resultaten van dergelijk onderzoek kan ons behandelaren helpen om processen in de PMGT beter te begrijpen. Het geeft ons een kader van waaruit we kunnen denken en hypothesen kunnen vormen die onze reacties kunnen aansturen. Het kan ons helpen om de aansluiting bij gezinnen te vinden en zo ook gebruik te maken van het belang van de zogenaamde nonspecifieke factoren. We zien therapie dan als dialogisch proces tussen hulpverlener en hulpvrager (Rober, 2012).

Rober (2002, p.134) omschrijft in een eerdere publicatie de afstemming van hypothesen als volgt: "De therapeut selecteert hypothesen, niet op grond van hun waarheidsgehalte (Is mijn hypothese waar?), maar op grond van hun dialogische waarde (Sluit mijn hypothese voldoende aan bij de visie van gezinsleden?) en op grond van een ethische bekommernis (Zijn mijn hypothesen constructief en respectvol tegenover de gezinsleden?)".

Psychomotorische gezinstherapie in relatie tot onderzoek

Gezien de klinische ervaringen die tot nu toe zijn opgedaan binnen Mondriaan (GGZ Kind en Jeugd) te Maastricht en Heerlen, wordt een positief effect verwacht bij alle gezinsleden ten aanzien van de gezinsinteractie en de mate van probleemgedrag van het aangemelde kind. De gezinsinteractie specificeren we in de onderlinge acceptatie en conflictantering. Onder probleemgedrag wordt het gedrag genoemd waarmee een psychiatrische diagnose gekwalificeerd wordt. Gezien onze werkwijze, waarin er een continue dialoog plaatsvindt tussen gezinsleden en therapeuten, wordt de samenwerking voortdurend bijgestuurd. Naar aanleiding hiervan en van klinische ervaringen binnen Mondriaan Maastricht en Heerlen, wordt verwacht dat de gezinsleden tevreden zijn over het algehele resultaat van deze manier van werken. Deze hypothesen zijn vertaald in de volgende onderzoeksvragen:

1. Verbetert de mate van acceptatie en conflictantering binnen een gezin met tenminste één kind met een psychiatrische stoornis na een kortdurende psychomotorische gezinstherapie?
2. Verbetert de mate van het probleemgedrag van een kind met een psychiatrische stoornis, na een kortdurende psychomotorische gezinstherapie?
3. In welke mate zijn de gezinsleden en therapeuten tevreden over de kortdurende psychomotorische therapie?
4. In welke mate correleren de effecten van acceptatie en conflictantering met de tevredenheid van de cliënten en therapeuten?

N.B. De term probleemgedrag zoals gebruikt in de tweede bovenstaande hypothese is in onze ogen een ongelukkige benaming gezien de mogelijk beschuldigende betekenis van het woord, echter deze worden door ons overgenomen omdat in de CBCL en YSR vragenlijsten dezelfde termen worden gebruikt.

Instrumenten

De genoemde variabelen worden met de volgende instrumenten gemeten:

Ouder-Kind Interactie Vragenlijst - Revised (OKIV-R) (Lange, 2009)

De OKIV-R is een zelfbeoordelinglijst waarmee de verhoudingen tussen de gezinsleden in kaart gebracht kunnen worden. De vragenlijst wordt door iedere ouder over ieder kind ingevuld en vice versa.

Twee dimensies vormen het uitgangspunt voor de constructie van de items van de OKIV-R:

'Acceptatie' heeft betrekking op door het kind voelbare onvoorwaardelijkheid van het positieve basisgevoel voor het kind. 'Conflictantering' heeft betrekking op het uitleggen door de ouder van de redenen van zijn eisen, en het rekening houden met de argumenten en wensen van het kind. Daarnaast heeft het betrekking op vaardigheden die de complementaire relatie tussen ouders en kinderen bewerkstelligen (Lange et al., 1997; Lange, 2009).

Child Behavior Checklist (CBCL 6/18) (Achenbach. Nederlandse vertaling: Verhulst, Van der Ende, 1996)

De Nederlandse versie 'gedragsvragenlijst voor kinderen' is een gedragsvragenlijst voor kinderen van 6-18 jaar en dient ingevuld te worden door volwassenen die het kind goed kennen (ouder, verzorger, hulpverlener). Door het invullen van de vragenlijst wordt er een beeld verkregen van het kind zoals de invullers dit zien op dat moment of in de afgelopen zes maanden.

De vragenlijst bestaat uit twee delen: het competentie deel en het gedragsprobleem deel. Voor dit onderzoek wordt alleen het gedragsprobleem deel gebruikt.

Het gedragsprobleem deel bestaat uit 120 vragen betreffende gedrags- en emotionele problemen van nu of van de laatste zes maanden, die op driepuntsschalen beantwoord worden. Uiteindelijk wordt er een totaalscore gevormd en wordt met behulp van acht syndroomschalen het probleemgedrag gekwalificeerd in: teruggetrokken, lichamelijke klachten, angstig/depressief, sociale problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen, delinquent gedrag en agressief gedrag.

De meeste vragen zijn gesloten, bij een aantal vragen wordt er gevraagd het probleem te omschrijven.

Youth Self Report (YSR) (Achenbach. Nederlandse vertaling: Verhulst, Van der Ende, Koot, 1997)

De Nederlandse versie 'gedragsvragenlijst voor kinderen van 11-18 jaar' is een gedragsvragenlijst waarbij de jeugdige aangeeft hoe hij zichzelf ziet. Door het invullen van de vragenlijst wordt er een beeld verkregen van de jeugdige zelf, van zijn of haar interesses, gevoelens en gedrag. Evenals de CBCL 6/18 bestaat de vragenlijst uit twee delen en wordt voor dit onderzoek alleen het gedragsprobleemdeel gebruikt.

Het gedragsprobleemdeel bestaat uit 113 vragen betreffende gedrags- en emotionele problemen op dat moment of van de laatste zes maanden, die op driepuntsschalen beantwoord worden. De vragen zijn identiek aan de probleemvragen van de CBCL, met uitzondering van het feit dat de YSR in de eerste persoon zijn gesteld en dat in de YSR 16 sociaal wenselijke vragen zijn opgenomen ter vervanging van probleemvragen die ongeschikt geacht werden om jeugdigen te stellen. De meeste vragen zijn gesloten, bij een aantal vragen wordt er gevraagd het probleem te omschrijven. Ook bij deze vragenlijst wordt er een totaalscore gevormd en wordt het probleemgedrag gekwalificeerd met behulp van syndroomschalen (Verhulst, Van der Ende, Koot, 1997).

Session Rating Scale (SRS) (Miller, Duncan & Hubble. Nederlandse vertaling: Crouzen, 2010)

De SRS is een zogenaamde 'engagement schaal', bedoeld om (negatieve) feedback te ontlokken en zo de therapeutische relatie te verbeteren. Deze schaal wordt ingevuld door elk gezinslid. Er is een versie voor volwassenen en een voor kinderen. Er zijn vier subschalen: Relatie, Doelen en onderwerpen, Aanpak en/of werkwijze, en Algeheel. Aan de hand van een visueel-analoge schaal (VAS) kunnen de kinderen en ouders aangeven hoe ze de behandelafpraak van die dag hebben ervaren. Het totaal van de vier subschalen geeft de tevredenheid over de sessie aan. De kinderschaal, de 'Child Session Rating Scale' (CSRS) is voor kinderen in de leeftijd tussen 6-13 jaar. De kinderen vanaf 14 jaar maken gebruik van de volwassenenschaal (Hafkenscheid, Duncan, Miller, 2010).

Therapist Satisfaction Scale (TSS) (Tracey. Nederlandse vertaling: Hafkenscheid, 2005)

De Nederlandse versie 'therapeuten tevredenheidschaal' bestaat uit zeven items die de behandelafpraak van die dag als referentiekader hebben. Deze schaal wordt ingevuld door beide therapeuten. De tevredenheidsschaal bestaat uit zeven uitspraken, deze items worden gescoord met behulp van een zevenpunts Likertschaal (Hafkenscheid, Duncan, Miller, 2010).

Methode

Deelnemers

De onderzoeksgroep bestaat uit gezinnen waarvan tenminste één van de kinderen aangemeld is met psychiatrisch te duiden klachten bij Mondriaan te Maastricht en Heerlen. De aanmeldingen vinden zowel plaats binnen de algemene als de orthopsychiatrische setting.

Inclusiecriteria voor de interventie zijn:

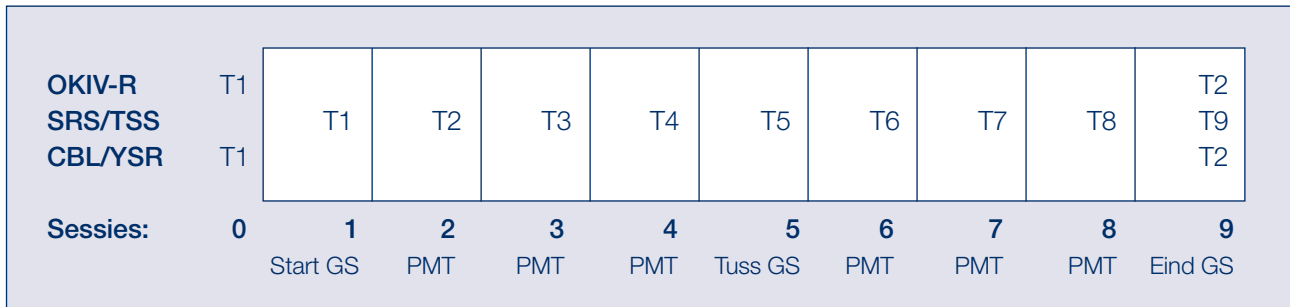
- De deelnemende gezinnen bestaan minimaal uit 1 kind tussen 8 en 16 jaar met een psychiatrische stoornis en 1 opvoeder.
- Elke deelnemer heeft een totaal IQ van boven de 80;
- Het gezin wordt gekenmerkt door een inadequaat interactiepatroon;
- Het gezin heeft voldoende beheersing van de Nederlandse taal, zowel sprekend als schrijvend.

Therapeuten

Aan het onderzoek nemen een viertal psychomotorisch therapeuten deel en meerdere systeemtherapeuten. Elk gezin krijgt 'at random' een vast therapeutenkoppel toegewezen. Alle therapeuten hebben deelgenomen aan een interne training van twee dagen en een herhalingstraining van een dag volgens de methode beschreven door Visser et al. (2010). Tevens hebben de bij het onderzoek betrokken therapeuten om de week intervisie voor PMGT-therapeuten. Een van de trainers is een keer in het half jaar bij deze intervisie aanwezig, waarmee de trouw aan de behandelingsmethode in zekere mate gewaarborgd is.

Interventie

De indicatie voor PMGT kan in verschillende fases van hulpverlening worden gesteld, zowel direct na een intake en diagnostiektraject, als tijdens een lopende behandeling. Deze indicatie vindt altijd plaats in multidisciplinair overleg tijdens een behandelbeleidsvergadering, waarna de hoofdbehandelaar in gesprek met het gezin gaat om na te gaan in hoeverre de inschatting van de behandelaren over een mogelijk behandelingstraject aansluit bij hun vragen, noden, verwachtingen en mogelijkheden. Doordat de PMGT-behandeling die gebruikt wordt door het onderzoek gelijk is aan de huidige behandeling, wordt ervan uitgegaan dat gezinnen deelnemen aan het onderzoek. Mocht een gezinslid of meerdere gezinsleden bezwaar hebben, dan zal dat gezin niet meedoen aan het onderzoek. De gezinsleden en de therapeuten wordt gevraagd bovengenoemde vragenlijsten op de aangegeven momenten in te vullen. De onderzoekgegevens worden anoniem verwerkt. Vervolgens zal er gestart worden met het introductiegesprek door beide therapeuten. Vanaf dit moment wordt er gewerkt vanuit het therapeutisch kader dat eerder beschreven is.



Figuur 2: Overzicht trails ten opzichte van de behandelingsessies. T = trail (meting), GS = Gesprek (Kramer, 2012)

Onderzoeksdesign

In het onderzoeksdesign worden na twee cycli vragenlijsten afgenomen, los van het gegeven of het gezin en de therapeuten besluiten tot een vervolgcyclus. Het onderzoek heeft een louter inventariserend karakter. Er wordt geen gebruik gemaakt van een controlegroep. Er vindt een premeting (T1) en postmeting (T2) plaats met de OKIV-R, CBCL en YSR (zie figuur 2). Er vindt geen follow-up plaats, doordat PMGT een traject is dat tijdelijk aangeboden wordt in een langer durend behandelingstraject, waardoor niet vast te stellen is welke interventie daarna verantwoordelijk is voor mogelijke verdere verschuivingen. Wekelijks (T1-T9) worden de SRS en TSS afgenomen. Als gezinnen deze behandelingsvorm voor de 9^e sessie afronden, dan worden hun gegevens meegenomen in de statistische verwerking. Als gezinnen langer doorgaan, dan worden de latere sessies niet meegenomen in het onderzoek. Gestreefd wordt naar het verzamelen van gegevens van minimaal 15 gezinnen in behandeling.

Besluit

Vanuit praktijkervaringen wordt PMGT als een beloftevolle interventie ervaren. In dit artikel zijn mogelijke theoretische fundamenteën verkend met betrekking tot onderlinge verbondenheid binnen gezinnen en met betrekking tot postmoderne opvattingen rond systeemtherapie. Centraal staat het zoeken naar een zo goed mogelijke afstemming in dialoog tussen hulpvragers en hulpverleners. Deze overwegingen zijn vertaald naar een ingezet onderzoeks-traject waarbij wij hopen op korte termijn verslag van de resultaten te kunnen doen. We zien deze exploratieve studie als startpunt voor verder onderzoek. Het is in dit kader positief te noemen dat zowel het lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn van Hogeschool Windesheim te Zwolle, enkele zorginstellingen en een aantal psychomotorisch en systeemtherapeuten verspreid door het land bereid zijn gevonden om zich samen actief in te zetten voor een vervolg.

Literatuurlijst

- Andersen, T. (1991). *The reflecting team*. New York: W.W. Norton.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). *The client is the expert; a not-knowing approach to therapy*. In S. McNamee & K.J. Gergen (Red.), *Therapy as social construction* (p. 25-39). London: Sage Publications.
- Hafkenscheid, A., Duncan, B.L. & Miller S.D. (2010). The outcome and session rating scales: a cross-cultural examination of the psychometric properties of the dutch translation. *Journal of Brief Therapy*, 7, 1&2.
- Kramer M. (2012). *Tevredenheid met en het effect van kortdurende psychomotorische gezinstherapie: een exploratieve studie*. Intern verslag. Zwolle: Windesheim.
- Lange, A. (2009). *OKIV-R*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lange, A., Blonk, R., Wiers, R. & van der Schaar, D. (1997). De Ouder-Kind Interactie Vragenlijst (OKIV). *Kind en Adolescent*, 18, 10-23.
- Lenaerts, P. (2002). De invloed van postmodernisme op psychotherapie. *Tijdschrift voor familietherapie*, 8, 3, 165-193.
- Lyotard, J.F. (1979). *La condition postmoderne: rapport sur le savoir*. Parijs: Minuit.
- Maurer, J., Visser, M., Alberts, B. & Krot, J. (2011). Psychomotorische gezinstherapie in de praktijk. *Kind & Adolescent Praktijk*, 2, 60-66.
- Maurer, J. & Westermann, G (2007). *Beter communiceren in de hulpverlening. Het Dialoogmodel als leidraad*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Reijmers, E. (2008). Ontwikkelingen in theorie en praktijk. In Save-nije, A., e.a.. *Handboek systeemtherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Rober, P. (2002). *Samen in therapie, Gezinstherapie als dialoog*. Leuven/Den Haag: Acco.
- Rober, P. (2012). *Gezinstherapie in praktijk*. Leuven/ Den Haag: Acco.
- Verhulst, F.C., Ende J. van der & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/6-18*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/ Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Verhulst, F.C., Ende J. van der & Koot, H.M. (1997). *Handleiding voor de Youth self-report (YSR)*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Visser, M., Albrechts, B., Maurer, J. & Krot, H. (2010). Een dialoog tussen systeemtherapeut, psychomotorisch therapeut en gezin. In J. de Lange, *Psychomotorische therapie*, 115-131. Amsterdam: Boom.

Website

- Crouzen (2010). Handleiding Client Directed Outcome Informed. Verkregen op 5 mei 2012 van <http://www.stress-management-nl.org/lezingen/27sept2010-crouzen.pdf>.
- www.gezinspmt.nl



Door Albert Berman

Auteurs:

Marco Visser, psychomotorisch therapeut/systeemtherapeut De Viersprong, afdeling jeugd, Halsteren.

E: Marco.Visser@deviersprong.nl

Jac Maurer, klinisch psycholoog/psychotherapeut/systeemtherapeut Orbis GGZ, afdeling kinderen en jeugd, Sittard-Geleen.

Minsky Kramer, psychomotorisch therapeut, master psychomotorisch therapeut i.o. Mondriaan, afdeling kinderen en jeugd, Maastricht-Heerlen.

Samenvatting

In dit artikel plaatsen de auteurs de psychomotorische gezinstherapie in een postmodern kader. Voordat ze dit doen staan ze kort stil bij hoe zij deze methodiek vormgeven zoals eerder beschreven (Visser et al., 2010; Maurer et al., 2011). De auteurs geven vervolgens een beknopte reflectie over de verschillende (systeemtheoretische) perspectieven die zij herkennen wanneer zij deze methodiek in praktijk brengen. Daarbij sluiten ze aan bij het postmoderne denken waardoor de therapeutische relatie, de dialoog en samenwerking worden benadrukt. Ze reiken de lezer vooral een theoretisch en filosofisch gedachtegoed aan dat de basis vormt waarop de auteurs de expertpositie van de therapeut willen loslaten, en meer de positie van 'not knower' proberen in te nemen. Vanuit reflectie op dit postmoderne denken is het beschreven exploratief onderzoek (Kramer, 2012) voortgekomen. In dit onderzoek wordt nagegaan of de variabele onderlinge verbondenheid tussen de gezinsleden een belangrijke rol speelt bij de positieve verschuivingen die in de praktijk zichtbaar zijn. Aan de hand van vier onderzoeksvragen wordt dit onderzoek uitgewerkt. De gebruikte meetinstrumenten zijn toegelicht en het onderzoeksdesign is beschreven. Het geschetste onderzoek dient als basis voor verder onderzoek. ■

Toen ik hoorde over het themanummer 'Systemen' was ik meteen verkocht. Persoonlijk ben ik van mening dat het huidige Systeem van geen kant deugt. Ik zeg altijd:

fight the system met radicale aksie! Een staking, bezetting, fijne protestmars met opruiende leuzen (DBC, nee nee neel), je kunt me ervoor wakker maken. Zoals je kunt lezen ben ik opgegroeid in de jaren zeventig, toen deden we het bijna elke dag, dus voor mij is actievoeren gesneden koek. Wij waren het helemaal met elkaar eens: "Mensen helpen is mensen aanpassen aan het Systeem!" Of is iedereen de antipsychiatrie soms vergeten? Laing, Szasz, Foucault en Foudraïne, 'One flew over the cuckoo's nest'... Het waren mooie, maatschappijkritische tijden. Ik herinner me vooral de lange nachten in de kroeg, maar daar gaat het hier even niet om. Nu hoorde ik net dat het themanummer meer over systeemtherapie gaat. Het Systeem bevechten is niet direct de bedoeling. Maar systeemtherapie, daar weet ik nou juist heel weinig van. Behalve dat ik na het in elkaar zetten van een systeemkast van een bekend Zweeds woonwarenhuis absoluut systeemtherapie nodig heb. Dus hiermee moet mijn bijdrage eindigen, denk ik. Hoewel, het is eigenlijk eeuwig zonde dat ik geen systeemtherapie geef. Mijn eigen systeem, ook wel thuisfront genaamd, is behoorlijk positief over mij. Ik word door mijn twee dochters wel regelmatig liefdevol 'sukkel' genoemd, maar dat betekent fiets in het Deens, antwoord ik dan even liefdevol. Of ik krijg "je luistert weer eens niet, pap", naar mijn hoofd. Daar hebben ze gewoon gelijk in, want luisteren is lastig als je tegelijk de krant wilt lezen en de mail wilt checken op de iPad. Je hoort vaak dat juist (vak)therapeuten er thuis een potje van maken, maar daar hoor ik niet bij. Ik kom na mijn werk gewoon zonder omwegen naar huis, echt waar. En ik zit niet meer de hele avond achter de computer, dat doe ik echt niet meer. Een goede systeemtherapeut is zoiets als een aanwezige vader, lijkt mij.

Ik ben er dus helemaal klaar voor om zelf systemen te behandelen, daar ben ik vast goed in. Bovendien heb ik vaak het gevoel dat ik net het verkeerde gezinslid in therapie heb. "Mijn moeder heeft me emotioneel verwaarloosd, mijn vader was depressief en mijn zus kreeg alle aandacht, want die had anorexia", snikte een cliënt laatst bijvoorbeeld. "Neem je familie de volgende keer maar mee, dan kan ik het even checken", had ik willen zeggen. Alleen vindt Het Systeem dat natuurlijk weer niet goed, want dan wordt het drie keer zo duur. Dus zette ik een trommel als moeder neer, een blokfluit als vader en een triangel als zus en gingen we een familieopstelling doen, maar of dat nou hielp weet ik niet. Als ik het hele gezin had gezien dan hadden we samen, heel verbindend, een protestlied kunnen maken, want alle problemen zijn immers de schuld van Het Systeem!