

Samen aan de slag: onderzoek naar psychomotorische gezinstherapie bij gezinnen met een kind met LVB

Inge Zomervrucht¹

Imke de Witt²

Marjanne van der Hoek³

Johanna Hovenkamp-Hermelink³

Alain Dekker⁴

¹ Psychomotorisch therapeut-onderzoeker bij de afdeling Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek (PWO) van Alliade – i.zomervrucht@alliade.nl

² Orthopedagoog-generalist bij de poli van Alliade

³ Senior onderzoeker bij de afdeling PWO van Alliade

⁴ Hoofd van de afdeling PWO van Alliade en docent-onderzoeker bij Rijksuniversiteit Groningen

SAMENVATTING

De ontwikkeling van een kind met lichte verstandelijke beperkingen (LVB) leidt tot verschillende uitdagingen voor zijn of haar opvoeders. Wanneer er psychische en gedragsproblemen bij een kind zijn, dan hebben deze op verschillende vlakken invloed op het gezin. Op basis van praktijkervaringen en kennis over lichaams- en ervaringsgericht werken wordt in de jeugd- en gehandicaptenzorg al vele jaren psychomotorische therapie en systeemtherapie gecombineerd ingezet als psychomotorische gezinstherapie (PMGT). Desondanks ontbreekt tot nu onderzoek naar de werkzaamheid van PMGT bij deze doelgroep.

Door middel van systematisch literatuuronderzoek en praktijkonderzoek is onderzocht wat de invloed van het PMGT-traject op de interactie binnen het gezin met minimaal één kind met LVB is en wat de ervaringen van het gezin en de betrokken behandelaren zijn. Het praktijkonderzoek omvat kwantitatief en kwalitatief onderzoek met herhaalde metingen.

Uit dit allereerste pilotonderzoek naar PMGT komen aanwijzingen naar voren dat PMGT een waardevolle behandeling kan zijn voor gezinnen waarin sprake is van disfunctionele interactiepatronen. De therapie lijkt een positief effect te hebben op de interactie tussen ouder(s) en kind en zorgt ervoor dat het gezin meer rust ervaart. Het ervaringsgericht werken en samen als gezin plezier hebben, bleken de belangrijkste werkzame factoren.

INLEIDING

De ontwikkeling van een kind met lichte verstandelijke beperkingen (LVB) leidt tot verschillende uitdagingen voor zijn of haar opvoeders (Crnic et al., 2017). Naast het lagere intellectuele functioneren van het kind met LVB (IQ 50 tot 70-75) zijn er ook beperkingen in adaptieve vaardigheden. Zo zijn meestal de sociale en taal- en communicatievaardigheden minder ontwikkeld. Ook is de sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijd lager dan verwacht zou worden op basis van het intellectueel functioneren en de kalenderleeftijd. Verder is bij jeugdigen met LVB aangetoond dat zij een drie tot vier keer grotere kans hebben op emotionele problemen, gedragsproblemen en/of psychiatrische stoornissen (Dekker & Koot, 2003). Dit alles heeft in meer of mindere mate invloed op het welzijn van het kind, maar ook op dat van het gezin.

Bij opgroeien en opvoeden is er altijd een wisselwerking tussen ouder(s), kind en omgeving (De Beer, 2011). Als er psychische en gedragsproblemen bij een kind zijn, dan hebben deze op verschillende vlakken invloed op het gezin. Tussen de problemen van het kind en de ouder- en gezinsfactoren, zoals gezinsklimaat en opvoedstijl, blijkt zelfs een wederkerige relatie te bestaan: de gedragsproblemen leiden tot meer disfunctionele interactiepatronen tussen de gezinsleden, maar de disfunctionele interactiepatronen verergeren ook de gedragsproblemen van het kind (Carr, 2006; Savenije et al., 2014). Hierbij valt te denken aan dwingende interacties tussen ouder(s) en kind, veel aandacht voor ongewenst gedrag, inconsequent en te toegeeflijk handelen, hard straffen, overwegend negatieve communicatie tussen ouder(s) en kind en

weinig affectie tussen de gezinsleden (De Lange et al., 2020). Bij gedragsproblemen van het kind is er sprake van een complexe interactie tussen het kind en zijn sociale omgeving; ze zijn niet goed op elkaar afgestemd (Carr, 2006; Visser et al., 2021).

Om deze disfunctionele interactiepatronen te verbeteren worden in de praktijk diverse therapieën ingezet, zoals psychomotorische therapie (PMT) en systeemtherapie (zie tekstvak). Het ervaringsgericht werken van PMT sluit goed aan bij de manier van leren van mensen met LVB. Door hun intellectuele beperkingen hebben zij moeite met abstract leren. Leren door informatie uit geschreven taal, gesproken taal en beeld vinden zij hierdoor moeilijker. Mensen met LVB hebben dan ook vaak een voorkeur voor leren door concreet te ervaren, 'leren door doen' (De Beer, 2011; Došen et al., 2008). Daarnaast is het van belang aandacht te hebben voor de context rondom de cliënt (Carr, 2019): de focus moet niet alleen gericht zijn op de individuele problemen van het kind, maar ook op de omgevingsfactoren en de interactie tussen het kind en zijn omgeving. Dit staat in systeemtherapie centraal.

WAT IS PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE (PMT)?

PMT is een ervaringsgerichte therapie waarbij ervaringen het uitgangspunt zijn om lichaamssignalen, gevoelens en gedragspatronen te herkennen, verwoorden en begrijpen. Door gebruik te maken van bewegings- en/of lichaamsgeoriënteerde interventies komt de cliënt letterlijk in beweging of staat hij/zij juist stil bij zijn/haar ervaringen.

WAT IS SYSTEEMTHERAPIE?

Systeemtherapie is een vorm van psychotherapie, die ook relatie- of gezinstherapie wordt genoemd. Het belangrijkste kenmerk is dat belangrijke naasten, zoals de partner, kinderen, broer, zus, ouders, burens, vrienden of collega's, bij de therapie worden betrokken. Tijdens de therapie is er veel aandacht voor de onderlinge interactiepatronen en de verbetering hiervan.

WAT IS PSYCHOMOTORISCHE GEZINSTHERAPIE (PMGT)?

PMGT is een ervaringsgerichte therapie voor gezinnen, waarbij de bewegings- en/of lichaamsgeoriënteerde interventies vanuit PMT met systeemtherapie worden gecombineerd. Doordat gezinsleden in een zaal letterlijk en figuurlijk met elkaar in beweging komen, worden interactiepatronen voelbaar en zichtbaar. Disfunctionele patronen worden op deze manier het aangrijpingspunt voor verandering.

Psychomotorische gezinstherapie (PMGT) combineert het lichaams- en ervaringsgerichte van PMT en de focus op de context van systeemtherapie. Naar PMGT is nog weinig onderzoek gedaan: slechts een beperkt aantal artikelen beschrijven casussen en mogelijke werkingsmechanismen (o.a. Krot & Maurer, 1995; Mercera et al., 2023; Visser et al., 2010, 2013). Daarnaast hebben Verschuur & Kramer (2018) een eerste effectonderzoek naar PMGT uitgevoerd binnen de reguliere jeugd-GGZ. Wat het effect is van de inzet van PMGT bij mensen met LVB is echter nog onduidelijk. In het eerste deel van deze studie werd dan ook systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de inzet van bewegings- en/of lichaamsgerichte systemische interventies, waarin onderzoeken naar de behandeling van zowel gezinnen met een kind met (L)VB als gezinnen met een kind zonder (L)VB zijn meegenomen.

Hoewel er de afgelopen jaren bij verschillende Nederlandse zorginstellingen praktijkervaring is opgedaan met PMGT bij gezinnen met minimaal één kind met LVB, ontbreekt onderzoek naar de werkzaamheid. Uit onderzoek van Carr (2006) blijkt dat de onderlinge acceptatie en conflicthantering belangrijke thema's zijn in de ouder-kindinteractie. Op basis van praktijkervaringen van behandelaren lijkt PMGT een verbetering te geven in zowel de interactie als de onderlinge acceptatie in het gezin en in de conflicthantering van ouders. Hoewel de eerste indrukken van gezinnen, behandelaren en verwijzers van de inzet van PMGT positief zijn, ontbreekt onderzoek naar de werkzaamheid ervan bij gezinnen met een kind met LVB. Het is bijvoorbeeld de vraag of de verbetering van de conflicthantering daadwerkelijk zorgt voor afname van het probleemgedrag van het kind. Daarom werd in het tweede deel van deze studie een eerste praktijkonderzoek uitgevoerd waarin werd geëvalueerd welk effect het PMGT-traject had op de gedragsproblemen van het kind en de interactie binnen het gezin. Ook werden ervaringen van het gezin en de betrokken behandelaren opgehaald.

METHODE

De studie bestond uit twee delen:

- 1) Een literatuuronderzoek naar het effect van PMGT bij mensen met (L)VB. Er is gekozen om te zoeken naar zowel LVB als VB (alle niveaus), omdat artikelen over PMGT bij mensen met VB ook mensen met LVB kunnen omvatten.
- 2) Een praktijkonderzoek bij gezinnen met een kind met LVB.

Systematisch literatuuronderzoek naar PMGT bij gezinnen met minimaal één kind met (L)VB

Voor het opstellen van de onderzoeksvraag en de zoekcriteria hanteerden we de PICO-criteria. De uitwerking baseerden we op de PRISMA-criteria. Middels trefwoorden gerelateerd aan (L)VB, systemische behandeling, psychomotorische therapie en non-verbale therapie werd gezocht in (inter)nationale literatuur (Bijlage 1). Hierbij is het goed om te nuanceren dat, zeker in de Engelstalige literatuur, bewegings- en lichaamsgerichte interventies die psychomotorisch therapeuten gebruiken, slechts deels worden aangeduid als psychomotorische interventie. Vaak worden ze genoemd naar de aard (*body oriented*) of het doel (*exercise*) van de interventie. Daarom werd ook dit brede scala aan interventies als zoekterm gebruikt. Op 14 december 2022 werd de zoekstrategie uitgevoerd in de elektronische databases PubMed, Scopus en PsycInfo. Voor de Nederlandstalige literatuur werd gezocht in het *Tijdschrift Systeemtherapie*, *Tijdschrift voor Vaktherapie*, *Tijdschrift voor Psychotherapie*, *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, *LVB Onderzoek & Praktijk*, *Bewegen & Hulpverlening*, *'t Web* en *Kind & Adolescent Praktijk*.

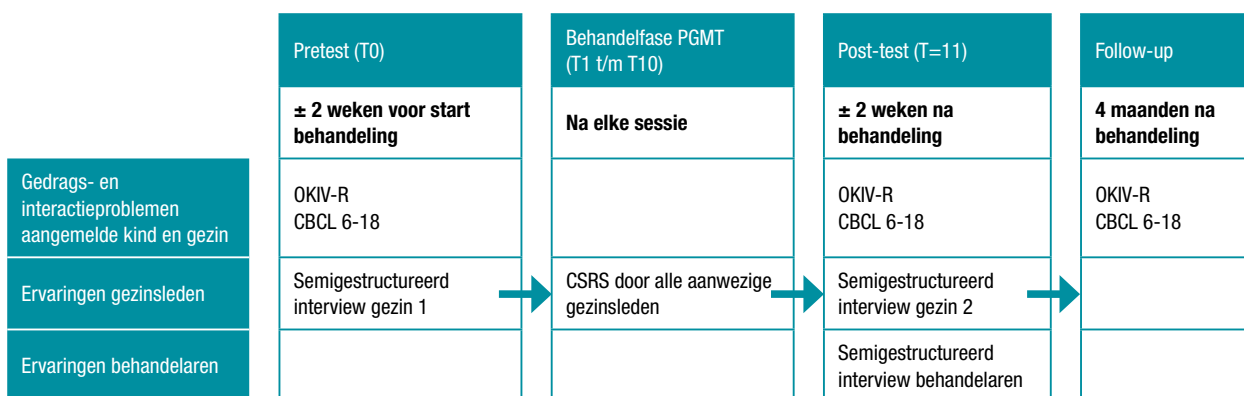
Relevante artikelen werden geselecteerd aan de hand van de in- en exclusiecriteria. Inclusiecriteria: 1) de onderzochte groep betrof een gezin bestaande uit minimaal één ouder en één kind; 2) bij het kind was sprake van psychische of gedragsproblemen en/of binnen het gezin was sprake van problemen in de interactie; 3) de hoofdbehandeling betrof een interventie waarin bewegings- en/of lichaamsgericht werd gewerkt en die gericht was op het verminderen van de gedragsproblematiek van het kind en/of het verbeteren van de interacties in het gezin; 4) de beschreven interventie betrof een therapeutische

interventie; 5) de gezinsleden deden gezamenlijk mee aan de interventie; en 6) het artikel was in de Nederlandse of Engelse taal geschreven. Exclusiecriteria: 1) de beschreven interventie betrof een training; 2) ouder(s) en kind volgden de hoofdbehandeling niet samen; 3) de beschreven interventie was niet gericht op het verminderen van gedrags- en/of interactieproblemen.

Twee onderzoekers (IZ en MvdH) screenen onafhankelijk van elkaar de gevonden artikelen op basis van de titel en samenvatting. Als de titel en samenvatting aan de gestelde criteria voldeden, lazen ze de volledige tekst. Wanneer de volledige tekst niet beschikbaar was, werd het artikel uitgesloten. De verschillen in selectie tussen de onderzoekers werden bediscussieerd tot consensus werd verkregen.

Praktijkonderzoek naar PMGT bij gezinnen met minimaal één kind met LVB

In het praktijkonderzoek werden gezinnen geïncludeerd waarbij bij minimaal één kind sprake was van LVB, dat wil zeggen met een IQ tussen de 50 en 70-75, met daarnaast beperkingen in het adaptief functioneren en eventueel bijkomende problematiek. Ook kinderen met zwakbegaafdheid (IQ 70-85) die een dermate beperkt adaptief functioneren hadden waardoor ze op LVB-niveau functioneerden, kwamen in aanmerking. In het gezin was bij de aanmelding sprake van een disfunctioneel interactiepatroon. Het aangemelde kind was jonger dan 18 jaar bij de start van het traject en het gezin bestond uit minimaal één kind en één opvoeder. Wanneer de gezinsleden de Nederlandse taal niet voldoende beheersten, kon het gezin niet aan het onderzoek deelnemen. De gezinnen werden geïnformeerd door de regiebehandelaar en onderzoeker en werden na het ondertekenen van het toestemmingsformulier geïncludeerd.



Figuur 1: Opzet praktijkonderzoek.

T: meetmoment; OKIV-R: Ouder-Kind-Interactie vragenlijst; CBCL 6-18: Child Behavior Checklist 6-18 jaar; CSRS: Child Session Rating Scale.

De PMGT-behandeling werd uitgevoerd door een psychomotorisch therapeut en systeemtherapeut samen. Bij de negen gezinnen waren drie systeemtherapeuten en vier psychomotorisch therapeuten in verschillende samenstellingen betrokken. Alle therapeuten hadden de basis cursus psychomotorische gezinstherapie gevolgd en hadden al ervaring in het werken met gezinnen.

Het praktijkonderzoek bestond uit een herhaalde-metingen-design en omvatte zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek (mixed methods) (Figuur 1).

Veranderingen in gedrags- en interactieproblemen: kwantitatief

Voor het in kaart brengen van de mogelijke veranderingen in de gedragsproblemen van het kind en de interacties binnen het gezin werd in zowel de voor- en nameting als in de follow-up gebruikgemaakt van de Ouder-Kind-Interactie vragenlijst (OKIV-R) en de Child Behavior Checklist 6-18 jaar (CBCL 6-18). De OKIV-R is een zelfbeoordelingslijst die de kwaliteit van de ouder-kindrelatie in kaart brengt. De vragenlijst werd in elk gezin door iedere ouder over ieder kind ingevuld en vice versa. De kindversie bestaat uit 25 items, de ouderversie uit 21 items. De items worden beantwoord op een vijfpuntsschaal van 'nooit' tot en met 'altijd'. Er wordt op twee dimensies gemeten: acceptatie en conflicthantering. Voorbeelditems zijn 'Mijn moeder is trots op mij' en 'Mijn kind heeft echt vertrouwen in mij'. Hoe hoger de score, hoe positiever het gevoel over de ouder-kindrelatie. De OKIV-R heeft een hoge interne consistentie en test-hertestbetrouwbaarheid en is een gevalideerde vragenlijst (Lange, 2001).

De CBCL 6-18 is een diagnostisch instrument om probleemgedrag en vaardigheden van kinderen en jongeren te kwantificeren. De vragenlijst wordt ingevuld door een volwassene die het kind goed kent. Voor het onderzoek werd alleen het deel over gedragsproblemen ingevuld. Dit bestaat uit 120 vragen over gedrags- en emotionele problemen in de afgelopen zes maanden. De vragen worden beantwoord op een driepuntsschaal (niet – soms – vaak). De meeste vragen zijn gesloten; bij een aantal vragen wordt gevraagd het probleem te omschrijven. Voorbeelditems zijn 'Maakt veel ruzie' en 'Kijkt met een lege blik'. De totaalscore kan worden verdeeld in de subschalen internaliserende, externaliserende en overige problemen. Hoe hoger de score, hoe meer problemen worden waargenomen. Uit onderzoek van Verhulst et al. (1990) blijkt dat voor de CBCL 6-18 de interbeoordelaars- en de test-

hertestbetrouwbaarheid ruim voldoende zijn en de validiteit hoog is.

Zowel de OKIV-R als de CBCL 6-18 is niet specifiek gericht op kinderen (en ouders) met LVB. Vanuit het Nederlands Jeugdinstituut wordt de CBCL 6-18 wel geadviseerd voor het screenen van emotionele en gedragsproblemen bij jongeren met LVB. Ook is de OKIV-R eerder gebruikt in onderzoek onder jongeren met LVB (Hogewind & Collot d'Escury, 2010). Voor de CBCL 6-18 en OKIV-R was sprake van een herhaalde-metingen-design. Voor de analyse gebruikten we de rangtekentoets van Wilcoxon. Hiervoor maakten we gebruik van het programma voor statistische analyse JASP, versie 18.3. Een p -waarde $<0,05$ werd beschouwd als statistisch significant.

De verzamelde data werden beheerd met Research Electronic Data Capture (REDCap), gehost bij Alliade.

Ervaringen gezinnen en behandelaren: kwantitatief en kwalitatief

Om ervaringen op te halen werd na elke PMGT-sessie bij alle aanwezige gezinsleden de Child Session Rating Scale (CSRS) afgenomen. De CSRS meet aan de hand van vier vragen het gevoel dat de gezinsleden overhouden aan het behandelcontact. De vier onderwerpen zijn: 'luisteren', 'hoe belangrijk', 'wat we hebben gedaan' en 'alles bij elkaar' (Crouzen, 2010). Aan de hand van een visuele analoge schaal (VAS) geven de gezinsleden aan hoe ze het behandelcontact hebben ervaren. Het totaal van de vier subschalen geeft de tevredenheid over het behandelcontact aan. Bij het klinisch gebruik van de CSRS geldt een score van 340 als afkappunt (Crouzen, 2010); bij een score boven 340 kan worden gesteld dat het gezinslid tevreden is over het behandelcontact. De betrouwbaarheid van de Nederlandstalige SRS blijkt uit onderzoek van Boezen-Hilberdink et al. (2014) voldoende tot goed, de validiteit blijkt echter beperkt.

Er is gekozen om bij alle gezinsleden de CSRS (met een op kinderen afgestemd taalgebruik) af te nemen, omdat naast het aangemelde kind ook andere gezinsleden vaak LVB en beperkte taal- en leesvaardigheden hadden. Daarom was de CSRS ook voor hen een passende keus. Om de scores van verschillende gezinsleden goed te kunnen vergelijken, werd besloten bij alle gezinsleden dezelfde vragenlijst af te nemen. Zowel de gezinsleden zonder als met LVB vulden de CSRS dus in. De resultaten van de CSRS werden in een lijngrafiek gevisualiseerd (Figuur 3).

Tabel 1: Topiclijst interviews

Gezinnen	Behandelaren
<i>T=0</i>	<i>T=11</i>
Reden aanmelding	Verwachtingen t.a.v. PMGT
Verwachte resultaat	Resultaten van PMGT-traject
Verwachtingen t.a.v. PMGT	Veranderingen in interactie binnen gezin
Verwachtingen t.a.v. therapeuten	Samenwerking met betrokken behandelaren
	Bevorderende en belemmerende factoren
<i>T=11</i>	Implementatie
Ervaringen met PMGT-traject	
Resultaten van PMGT-traject	
Werkzame elementen	
Ervaringen met behandelaren	
Anekdoten	

Verdiepend aan de metingen met de CSRS werden verwachtingen (voorafgaand aan de therapie) en ervaringen (na afloop) opgehaald met een semigestructureerd interview. Hierbij werden ouders en kinderen afzonderlijk bevestigd. Voor het opstellen van de topiclijst waren informatie uit de beschikbare literatuur en eerdere ervaringen van ouders met PMGT-behandeling richtinggevend. De topiclijst (Tabel 1) werd aangepast aan het taal- en begripsniveau van het gezin.

De betrokken therapeuten, d.w.z. de psychomotorisch therapeuten en systeemtherapeuten die de PMGT-trajecten uitvoerden, evenals de gezinshulpverleners en regie-behandelaren, werden ook bevestigd over hun verwachtingen, ervaringen en de belemmerende en bevorderende factoren die zij zien bij het inzetten van PMGT.

Interviews zijn afgenomen totdat inhoudelijke verzadiging (saturatie) werd bereikt, d.w.z. dat nieuwe interviews geen nieuwe inzichten/onderwerpen zouden opleveren. De interviews werden afgenomen door twee onderzoekers (IZ en IdW) en vonden plaats op een door de geïnterviewde gekozen locatie. De interviews werden opgenomen en na afname woordelijk getranscribeerd. Daarna volgde de inductieve, thematische analyse van de transcripten (Braun & Clarke, 2006; Verhoeven, 2020) met behulp van Taquette-software. Drie onderzoekers (IZ, MvdH, JHMH-H) categoriseerden de codes in (sub)thema's. Bij de rapportage werd de COREQ-checklist toegepast.

RESULTATEN

Systematisch literatuuronderzoek naar PMGT bij mensen met (L)VB

De zoekstrategie leverde binnen de Engelstalige literatuur, na ontdebelling, 94 artikelen op. In de Nederlandstalige

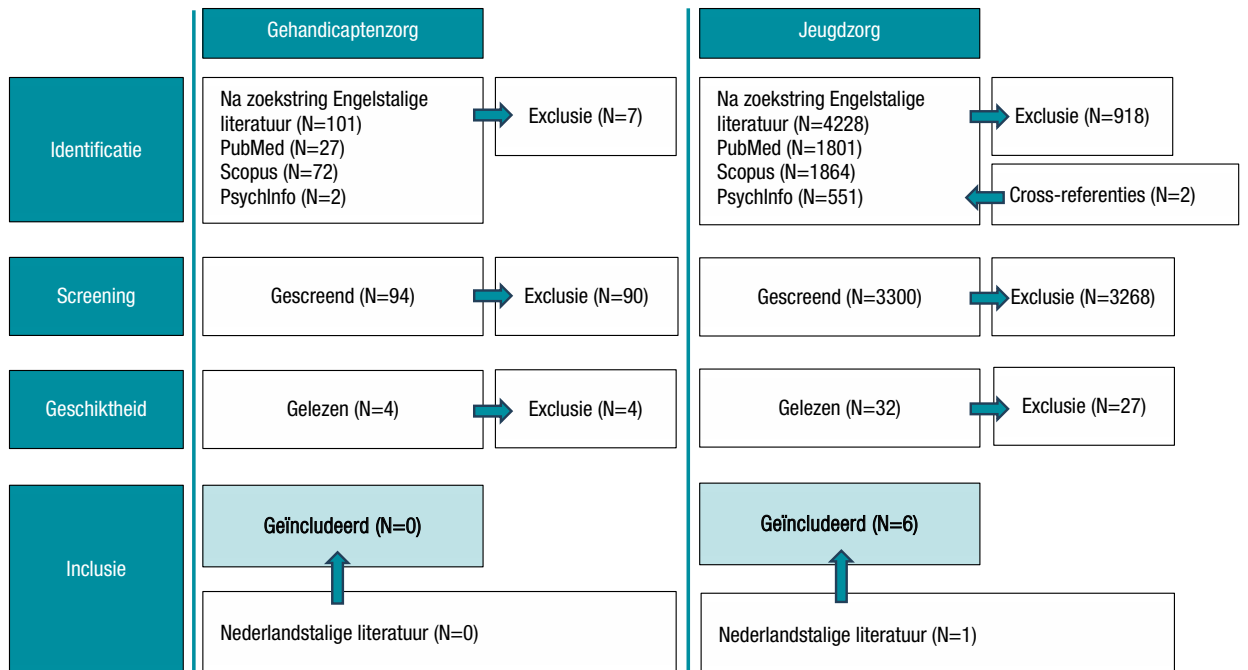
literatuur werden geen relevante artikelen gevonden. Uiteindelijk bleek geen van deze artikelen relevant t.a.v. de gehandicaptenzorg (Figuur 2, Gehandicaptenzorg).

Vervolgens werd gezocht naar de inzet van een bewegings- en/of lichaamsgerichte systemische interventies bij gezinnen binnen de reguliere jeugdzorg. Voor de Engelstalige literatuur resulteerde dit, na ontdebelling, in 3298 artikelen. In de Nederlandstalige literatuur werden 12 artikelen gevonden. Na het toepassen van de selectiecriteria werden vier artikelen geïnccludeerd (Figuur 2, Jeugdzorg). Op basis van de referentielijsten van deze artikelen werden nog twee aanvullende artikelen gevonden.

Tabel 2 geeft een samenvatting van de resultaten. Zowel Devereaux (2008), Kedem et al. (2021), Verschuur & Kramer (2018) als Weston (2012) vonden na de inzet van een bewegings- of lichaamsgerichte systemische interventie een afname van de gedragsproblemen van het aangemelde kind. Devereaux (2008) en Regev et al. (2012) vonden daarnaast een verbetering van de opvoedvaardigheden van ouders. Verder bleek uit de studies van Devereaux (2008), Kedem & Regev (2021), Kedem et al. (2021), Verschuur & Kramer (2018) en Weston (2012) ook een verbetering van de interactie tussen ouder(s) en kind.

Praktijkonderzoek naar PMGT bij gezinnen met minimaal een kind met LVB

Van de 16 gezinnen die een PMGT-behandeltraject binnen Alliade kregen geadviseerd, werden negen geïnccludeerd. Alliade is een organisatie die zorg, ondersteuning, diagnostiek en behandeling biedt aan zo'n 8000 kwetsbare mensen in Friesland, waaronder mensen met LVB. De ander zeven gezinnen voldeden niet aan de inclusiecriteria (n=2) of gaven geen toestemming voor deelname aan het onderzoek (n=5). De belangrijkste aanmeldreden



Figuur 2: Stroomschema systematisch literatuuronderzoek PMGT in de gehandicaptenzorg en reguliere jeugdzorg, gebaseerd op PRISMA.

was spanningen in het gezin. Ouders ervoeren een hoge belasting van de opvoeding en slechte communicatie in het gezin. Zowel de ouders als kinderen benoemden een verstoorde relatie tussen ouder en kind. Daarnaast gaven veel ouders aan dat zij het PMGT-traject gingen volgen op advies van al betrokken hulpverlening.

Van de negen geïnccludeerde gezinnen rondde één gezin het PMGT-traject af in minder dan 10 sessies. Dit gezin behaalde de doelen al na sessie acht. Bij drie gezinnen werd de behandeling vroegtijdig gestopt. Redenen hiervoor waren onvoldoende motivatie van een of meerdere gezinsleden ($n=2$) en eigen problematiek van de ouder ($n=1$). In het kwantitatieve deel van het praktijkonderzoek zijn de gegevens meegenomen van de zes gezinnen die het PMGT-traject hebben afgerond. In het kwalitatieve deel zijn ook de verwachtingen en ervaringen van de gezinnen die het traject vroegtijdig hebben gestopt meegenomen.

Gedragsproblemen en interactieproblemen (kwantitatief)

Uit de resultaten van de rangtekentoets van Wilcoxon bleek dat de metingen met de CBCL 6-18 ten aanzien van de gedragsproblemen van het kind op $T=0$ en $T=11$ niet significant van elkaar verschilden ($Z=-1,153$, $p=0,891$). De follow-upmetingen werden vanwege het kleine aantal niet meegenomen in de analyse.

De rangtekentoets van Wilcoxon toonde aan dat ten aanzien van de interactie tussen ouder en kind de metingen van de OKIV-R op $T=0$ en $T=11$ significant van elkaar verschilden voor de dimensie acceptatie tussen ouder en kind ($Z=-2,698$, $p=0,004$), de dimensie acceptatie tussen moeder en kind ($Z=-2,310$, $p=0,012$), de totale interactie tussen ouder en kind ($Z=-1,789$, $p=0,039$) en de totale interactie tussen moeder en kind ($Z=-2,014$, $p=0,025$), alles vanuit het gezichtspunt van de ouder (Tabel 4). Ook hier werden de follow-upmetingen vanwege het kleine aantal niet meegenomen in de analyse.

Ervaringen (kwantitatief en kwalitatief)

Aan de hand van de gemiddelde totaalscores op de CSRS worden de ervaringen van ouders en kinderen met de therapeuten weergegeven in Figuur 3. Alleen de gemiddelde totaalscore van moeders kwam een aantal keer boven 340 uit; vaders en kinderen scoorden zichtbaar lager, waarbij de kinderen nog lager scoorden dan de vaders.

Ter verdieping van de resultaten werden verwachtingen (vooraf) en ervaringen (na afloop) opgehaald middels interviews. De hieruit volgende thema's zijn weergegeven in Tabel 5. Zowel verwachtingen als ervaringen van gezinnen en behandelaren ($n=11$) overlappen bij een aantal (sub)thema's. Met citaten worden enkele centrale (sub)thema's verdiept.

Tabel 2: Resultaten systematisch literatuuronderzoek PMGT in de reguliere jeugdzorg

Doelgroep		Gem. leeftijd (SD; bereik) in jaren		Reden aanmelding	Interventie	Meetinstrument	Resultaten	Bijzonderheden
Artikel	N	Vrouw (%)	9					
Devereaux (2008)	1	1 (100)	9	Driftbuien kind	Dans- en bewegingstherapie		<ul style="list-style-type: none"> ↑ communicatie ↑ vertrouwen ouder-kind ↑ plezier ↑ opvoedvaardigheden ↓ gedragsproblemen kind 	Gevalsstudie
Kedem et al. (2021)	80	30 (37,5)	5,5 (0,5; 5-6,5)	Emotieregulatie of zorgen gedrag kind	Dans- en bewegingstherapie, met en zonder materiaal	Kind: PSPCSA Moeder: CBCL, RSDQ, BSI Behandelaar: TSR	<ul style="list-style-type: none"> ↑ perceptie kind ↑ perceptie relatie moeder-kind ↑ welzijn moeder ↑ beoordeling therapeuten vooruitgang moeder en kind ↓ gedragsproblemen 	2 groepen: moeder met kind en kind alleen; bij beide groepen effectief
Kedem & Reggev (2021)	80	30 (37,5)	5,5 (0,5; 5-6,5)	Emotieregulatie of zorgen gedrag kind	Dans- en bewegingstherapie, met en zonder materiaal	Semigestructureerd interview met moeder	<ul style="list-style-type: none"> ↑ relatie moeder-kind ↑ quality time tussen ouder en kind 	
Reggev et al. (2012)	26	9 (35)	6,37 (6-8)	Gezondere communicatie tussen gezinsleden; gedragsproblemen kind	Bewegingstherapie	Ouder: PCSC, CBCL, PSOC, IPA, RFMQ Kind: PSPCSA	<ul style="list-style-type: none"> ↑ zelfbeeld kind ↑ opvoedvaardigheden 	2 groepen: moeder met kind en kind alleen; bij beide groepen effectief, maar een grotere verbetering in de groep met moeder
Verschuur & Kramer (2018)	26	6 (30)	11,7 (8-18)	Ouder-kind relatieproblemen	PMGT	OKIV-R, CBCL, (C)ORS, (C)SRS, TSS	<ul style="list-style-type: none"> ↑ interactie vader-kind ↑ conflicthantering vader volgens kind ↑ acceptatie vader-kind volgens vader ↑ subjectief ervaren welzijn kind en ouder ↑ tevredenheid behandeling ↓ gedragsproblemen volgens vader 	11x K+M, 6x K+M+V, 3x K+M+V+B en 0x K+V
Weston (2012)	10	10 (100)	(1,5-8)	Emotionele gedragsproblemen of problemen in geestelijke gezondheid	Developmental Movement Play, gebaseerd op bewegings-pedagogiek van Sherborne	Moeder: Checklist for evaluating adult/child play interaction, PDPVAS, CBI	<ul style="list-style-type: none"> ↑ meer samenspel ouder-kind ↑ helpend ↓ gedragsproblemen 	

PSPCSA: The Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young Children; CBCL: Child Behavior Checklist; RSDQ: Relationship Questionnaire with Son/Daughter; BSI: The Brief Symptom Inventory; TSR: Therapy Session Report - therapist version; CBI: Child Behavior Inventory; OKIV-R: Ouder-Kind Interactie Vragenlijst; (C)ORS: (Child) Outcome Rating Scale; (C)SRS: (Child) Session Rating Scale; TSS: Therapist Satisfaction Scale; PCSC: Perceived Competence Scale for Children; PSEOC: Parenting Sense of Competence; IPA: Index of Parental Attitudes; RFMQ: Relations with Father/Mother Questionnaire; PDPVAS: Parent Defined Problem Visual Analogue Scale; * 6 gezinnen vielen uit omdat het PMGT-traject niet werd afgerond. K: kind; M: moeder; V: vader; B: broer.

Tabel 3: Algemene gegevens gezinnen

Algemene gegevens	n*	%*
Aangemelde kind	9	
Meisje	4	44
Leeftijd, gemiddelde in jaren (SD), bereik	10 (2)	8-13 jaar
Gezinssamenstelling		
V+M+K+K+K	2	22
V+M+K	1	11
V+M+SV+K+K	1	11
M+SV+K	1	11
M+K+K	1	11
M+K	3	33
Hoogste opleidingsniveau ouders		
Moeder	9	
Praktijkonderwijs	1	11
VMBO	2	22
MBO	5	56
Geen informatie	1	11
Vader	6	
Basisschool	1	17
VMBO	1	17
MBO	2	33
Geen informatie	2	33
Andere betrokken hulpverlening		
Gezinshulpverlening	1	11
Gezinsbegeleiding	1	11
Gezinshulpverlening en gezinsbegeleiding	5	56
Geen	2	22

Opmerkingen: *tenzij anders aangegeven; V = vader; M = moeder; SV = stiefvader; K = kind.

Verwachtingen resultaat

Beide groepen gaven aan te verwachten dat de bewustwording in het gezin na het traject zou zijn vergroot.

Vader 1: "Kijk ook, wij moeten ons er bewust van worden dat misschien ook onze manier van reageren niet altijd correct is, hè."

Behandelaar 1: "Dus ik hoopte dat dat traject ouders ook door de ervaring die ze op zouden doen, dat dat direct nieuwe inzichten zou geven in hoe ze bij hem aan zouden kunnen sluiten. Want als ik het ze zou vertellen, dan zou het niet beklijven."

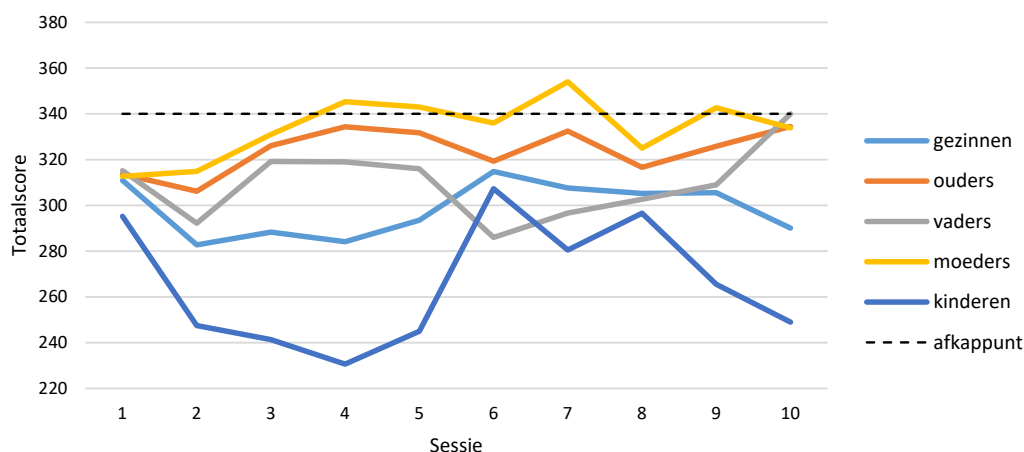
Ervaringen PMGT

Na afloop bleek dat de gezinnen en behandelaars vooral de transfer naar huis hadden gemist en dit als belemmerend hadden ervaren.

Moeder 1: "Dus dat is er ook niet beter op geworden. Op het moment dat we daar zijn wel, maar zodra we daar de deur weer verlieten, was het weer oorlog."

Tabel 4: Resultaten OKIV-R interactie tussen ouder en kind

	Dimensie Acceptatie		Dimensie Conflicthantering		Totaalscore	
	Z	p	Z	p	Z	p
Ouder-kind (n=17)	-2,698	0,004	-0,521	0,309	-1,789	0,039
Kind-ouder (n=17)	-0,024	0,500	-0,740	0,236	-0,846	0,204
Moeder-kind (n=10)	-2,310	0,012	-0,968	0,178	-2,014	0,025
Kind-moeder (n=10)	0,051	0,541	0,000	0,518	-0,178	0,447
Vader-kind (n=7)	-1,363	0,101	0,507	0,724	0,000	0,542
Kind-vader (n=7)	-0,169	0,466	-0,930	0,199	-1,014	0,188



Figuur 3: Vergelijkende grafiek ervaringen (gemiddelde totaalscores CSRS) ouder en kind t.a.v. contact met therapeuten.

Tabel 5: Resultaten thematische analyse interviews

Thema's en subthema's	Gezinnen	Behandelaren
Verwachtingen resultaat		
Minder spanningen in het gezin	✓	
Betere communicatie	✓	
Betere samenwerking	✓	
Lagere opvoedbelasting	✓	
Verbeterde opvoedvaardigheden	✓	
Positieve gedragsverandering	✓	
Bewustwording	✓	✓
Betere band gezinsleden	✓	
Lage verwachtingen	✓	
Verwachtingen over PMGT		
Samen doen	✓	
Sport	✓	
Ontwikkelen als gezin	✓	
Geen verwachting	✓	
Ervaringsgericht		✓
Hele gezin		✓
Verwachtingen over therapeuten		
Respectvolle houding	✓	
Handvatten	✓	
Duidelijkheid	✓	
Geen verwachtingen	✓	
Ervaringen PMGT		
Positief	✓	
Plezier	✓	
Negatief	✓	
Verwachtingen niet uitgekomen	✓	
Confronterend	✓	
Leren door te doen	✓	✓
Belemmerende factoren	✓	✓
Verkeerde verwachtingen		✓
Lage draagkracht gezin		✓
Onvoldoende ervaring therapeuten		✓
Geen transfer naar huis	✓	✓
Bevorderende factoren	✓	✓
Dicht bij huis	✓	
Heldere communicatie	✓	
Motivatie gezin	✓	
Samen plezier	✓	✓
Afwezigheid prikkels	✓	
Gezien worden	✓	
Duidelijke verwachtingen		✓
Praktische voorbeelden		✓
Ouder(s) in hun kracht		✓
Ervaringsgericht		✓
Complimenten		✓
Nazorg		✓
Goede samenwerking		✓
Structuur binnen therapie		✓
Ervaringen therapeuten		
Aardig	✓	
Negatief	✓	
Fijne communicatie	✓	
Prettige werkhouding	✓	

Thema's en subthema's	Gezinnen	Behandelaren
Effect PMGT		
Verandering gedrag	✓	
Verbeterde emotieregulatievaardigheden kind	✓	
Positieve verandering bij kind	✓	
Kleine verandering	✓	
Geen verandering	✓	
Verandering in gezin	✓	
Gezelliger	✓	
Rust in gezin	✓	✓
Geen verandering	✓	
Acceptatie	✓	✓
Betere band ouder-kind	✓	
Meer onderling begrip	✓	
Meer vertrouwen	✓	
Geen verandering	✓	
Samenwerken	✓	
Beter samenwerken	✓	
Geen verandering	✓	
Betere opvoedvaardigheden ouders	✓	
Bewustwording	✓	✓
Conflicten	✓	✓
Minder conflicten	✓	
Geen verandering	✓	
Positie van ouder(s) verbeterd		✓
Inzicht gezinsdynamiek		✓
Positieve van elkaar zien		✓

Behandelaar 2: "Nou ja, wat we nog niet helemaal zien, is dat het ook in de gezinssituaties zelf; dat het doorgetrokken wordt."

Het ervaringsgericht werken en samen plezier hebben werd vooral gezien als positief; als een bevorderende factor van de therapie

Kind 1: "Ik vond het leukste dat schommelen, want toen ging papa ook op een schommel (...) en dan moeten wij hem duwen, dat vond ik leuk."

Vader 2: "Ik vond het erg leuk om al die dingetjes te doen. Niet allemaal even leuk, maar de meeste dingen vond ik gewoon leuk. En vooral omdat je het met z'n allen moest doen."

Behandelaar 3: "Ze zagen het ook echt als een uitje, dus dat was ook heel leuk. Gewoon echt even dat moment voor elkaar. En ik denk dat ze daarvoor ook wel gegroeid zijn. Omdat ze echt even met elkaar dingen doen en er ook echt tijd voor iedereen was."

Effect PMGT

Beide groepen ervoeren dat er na het traject thuis, in het gezin, meer rust was.

Behandelaar 4: “En wat ik heel erg mooi vond... de laatste paar keren is dat er door de benadering ook heel veel rust kwam in het gezin; waar ze anders elkaar helemaal kwijt raken en door deze oefeningen in de zaal helemaal in de ontspanning zaten.”

Moeder 2: “Ja, het is gezelliger thuis. Het is, ja, ik weet niet hoe ik het moet uitleggen. Ja, omdat je elkaar ook beter begrijpt nu (...). Het is sneller over, zeg maar dat je ruzie hebt. Je zegt sneller sorry en (...) Dan is het ook weer goed.”

Ouders ervoeren ook veranderingen in het gedrag van het aangemelde kind en in de interactie met hun kinderen.

Moeder 3: “Nou ja, het heeft mij een betere relatie met de kinderen opgeleverd en dat vind ik wel heel fijn.”

Moeder 4: “[aangemelde kind] heeft wel geleerd om sneller zijn grens aan te geven en zich te uiten als hij iets niet fijn vindt, dat wel.”

DISCUSSIE

Het eerste studiedeel, het systematische literatuuronderzoek, liet zien dat bij mensen met (L)VVB nog geen effectonderzoek is gedaan naar de inzet van bewegings- of lichaamsgerichte systemische interventies. In de reguliere jeugdzorg bleek dat de inzet van zo'n interventie kan leiden tot verbetering van de interactie tussen ouder(s) en kind. De resultaten van het tweede studiedeel, het praktijkonderzoek bij gezinnen met één kind met LVB, sluiten hierbij aan: ondanks de kleine studiegroep wijzen zowel de kwalitatieve interviewresultaten (n=9 gezinnen) als de kwantitatieve vragenlijst resultaten (n=6 gezinnen) er voorzichtig op dat PMGT de interactie en met name de acceptatie van de kinderen door hun ouder(s) verbetert. Hieronder worden de resultaten uit het praktijkonderzoek in de context van de literatuur geplaatst.

Gedragsproblemen en interactieproblemen

Net als in de gepubliceerde onderzoeken van Devereaux (2008), Kedem & Regev (2021), Kedem et al. (2021),

Verschuur & Kramer (2018) en Weston (2012) binnen de jeugdzorg werd in ons praktijkonderzoek een verbetering in de interactie tussen ouder(s) en kind gevonden. In tegenstelling tot het onderzoek van Verschuur & Kramer (2018), waarin een significante verbetering in de interactie en conflicthantering tussen vader en kind werd gevonden, zagen we in dit onderzoek geen verbetering tussen vader en kind. Wel werd een verbetering gevonden in de interactie en acceptatie tussen moeder en kind. Deels kan dit worden verklaard door een kleinere onderzoeksgroep.

In tegenstelling tot de onderzoeken van Devereaux (2008), Kedem et al. (2021), Verschuur & Kramer (2018) en Weston (2012) vonden we in het praktijkonderzoek geen afname van de gedragsproblemen van het aangemelde kind. Dit verschil zou kunnen worden verklaard door de hogere leeftijd van de kinderen en de beperktere omvang van de studiegroep in ons onderzoek. Een andere mogelijke verklaring voor het niet meetbaar afnemen van de gedragsproblemen bij het aangemelde kind zou kunnen zijn dat, ondanks dat er wel een verbetering is gevonden in de interactie, de transfer vanuit therapie naar de thuis-situatie maar beperkt plaatsvond of helemaal uitbleef (zie ook aanbevelingen over transfers in 4.4 Aanbevelingen).

Ervaringen

Uit de interviews met ouders, kinderen en behandelaren kwam naar voren dat ervaringsgericht werken en als gezin samen plezier beleven de belangrijke werkzame factoren zijn voor PMGT. Ook Armstrong et al. (2019) vonden in hun literatuuronderzoek naar speltherapiegroepen voor kinderen met LVB en hun ouders dat vooral de interactie binnen het gezin voordeel opleverde voor de gezinnen. PMGT biedt de mogelijkheid om als gezin samen weer positieve ervaringen op te doen.

Uit de resultaten van de CSRS kunnen we wel opmaken dat over het algemeen de gezinsleden niet altijd een positief gevoel hebben overgehouden aan het behandelcontact. In de interviews vonden we dat er wel degelijk positieve ervaringen waren gedurende het behandelcontact. Zo vonden ouders het fijn dat ze zich gezien voelden door de therapeuten en dat er op een fijne manier werd gecommuniceerd. Beide zijn elementen van de therapeutische alliantie, de relatie tussen de therapeut en cliënt, die wordt gezien als een belangrijke factor voor de efficiëntie en effectiviteit van de behandeling (Bordin, 1979). In de behandeling van een gezin zal een therapeut verschillende allianties tegelijk moeten aangaan en onderhouden. Dit

wordt beschouwd als een van de moeilijkste houdingen voor een therapeut (Van der Meiden, 2021). Juist daarom is het zo belangrijk om stil te staan bij de therapeutische alliantie tijdens een PMGT-behandeling, waarbij met alle gezinsleden (en breder ook met verwijzers, regiebehandelaren en andere betrokken professionals) naar hetzelfde doel wordt gestreefd. Dat dit niet altijd lukt, werd duidelijk doordat zowel gezinnen als behandelaren benoemden dat hun verwachtingen niet altijd werden waargemaakt.

Als belemmerende factor werd door de betrokken hulpverlening een lage draagkracht van het gezin genoemd. Dit zagen we terug bij een aantal gezinnen binnen het praktijkonderzoek. Het kwam frequent voor dat afspraken werden afgezegd, waardoor gaten in het behandeltraject ontstonden. Ook werden enkele trajecten vroegtijdig beëindigd vanwege de bovenliggende eigen problematiek van een ouder. PMGT was bij 78% van de gezinnen een aanvullende behandeling naast een andere vorm van gezinsbehandeling en/of -begeleiding.

Belangrijke elementen binnen PMGT waren volgens ouders de flexibiliteit van de therapeuten, de prettige ondersteuning door de therapeuten, de nabijheid van de therapiezaal en de prettige (prikkelarme) ruimte. Dit is in overeenstemming met de resultaten uit de review van Armstrong et al. (2019) over speltherapiegroepen met ouder-kindkoppels. Ook zij vonden dat elementen als de mate van flexibiliteit van de therapeuten, respectvolle communicatie, beperkte reistijd en een prettige ruimte een positieve invloed hadden op de behandeling. Verder vonden zij dat de routines en structuur die binnen de behandeling worden geboden een positieve bijdrage leveren. Dit werd in het onderzoek naar PMGT ook genoemd door de behandelaren.

Uit de interviews na afloop kwam naar voren dat ouders meer handvatten hebben voor het omgaan met conflicten binnen het gezin. Dit is voor ouders een belangrijke vaardigheid in de opvoeding van hun kinderen. Ook in het onderzoek van Devereaux (2008) en Regev et al. (2012) werd een verbetering van de opvoedvaardigheden van ouders gevonden. Verschuur & Kramer (2018) zagen een significante verbetering in de mening van kinderen over de omgang met conflicten door hun vader. Dit is in lijn met onderzoek naar de systemische inzet van andere non-verbale therapieën bij gezinnen met een kind met LVB. Zo zien we dat bij muziek- en speltherapie de ouder-kindrelatie wordt gefaciliteerd en versterkt (Wetherick, 2009; Armstrong et al., 2019, 2021; Yang, 2016). Hierin

blijkt vooral de responsiviteit van de ouder ten opzichte van het kind verbeterd (Yang, 2016).

Sterktes en zwaktes van het onderzoek

Dit is het eerste onderzoek naar het effect van PMGT binnen de zorg voor mensen met LVB. De resultaten geven eerste richtingen voor het mogelijke effect van deze behandeling. Wel kent dit onderzoek enige beperkingen. Zo heeft het plaatsgevonden bij een kleine studiepopulatie, waardoor de resultaten met de nodige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Daarnaast was bij de meeste gezinnen naast PMGT sprake van een andere vorm van gezinsbehandeling en/of -begeleiding, die van ouders de nodige tijd kostte. Naast lage motivatie zou dit een reden kunnen zijn waarom het soms moeilijk was om voor de PMGT-sessies afspraken te maken met deze gezinnen, wat resulteerde in een langer dan wenselijke tijdsinterval tussen de meetmomenten. Door deze gaten werd de continuïteit van de behandeling doorbroken, wat van invloed kan zijn geweest op het resultaat.

Tijdens het onderzoek zagen we vooral bij de kinderen regelmatig weerstand bij het invullen van de vragenlijsten na de sessie, mogelijk doordat PMGT niet voldeed aan hun verwachtingen. Deze weerstand kan invloed hebben gehad op de scores van de vragenlijsten, omdat deze dan niet altijd serieus werden ingevuld. Daarnaast is naar het gebruik van de CSRS binnen de LVB-doelgroep geen onderzoek gedaan.

Ook de ervaring met het inzetten van PMGT binnen de behandeling door de deelnemende therapeuten verschilde, ondanks dat ze hierin allemaal waren geschoold. Dit zou van invloed kunnen zijn geweest op het behandeltraject en de gevonden resultaten.

Aanbevelingen

Uit de resultaten kunnen lessen voor de toekomstige inzet van PMGT worden getrokken. Ten eerste komt uit de interviews na afloop naar voren dat de therapie niet heeft voldaan aan de verwachtingen van gezinnen. Dit bleek ook uit de scores op de CSRS. De tevredenheid werd als redelijk tot slecht beoordeeld. Mogelijk speelde de reden van aanmelding hierin een rol. Uit de interviews vooraf bleek dat een groot deel van de gezinnen niet een eigen reden zag om deel te nemen aan een PMGT-traject, maar dat de betrokken behandelaren het belangrijk voor hen vonden. Hierdoor kan sprake zijn geweest van een lagere motivatie en onvoldoende commitment voor het behandeldoel.

Het lijkt dus van belang om zowel voor als tijdens het traject de verwachtingen van de gezinsleden en betrokken behandelaren te monitoren en waar nodig bij te stellen. Hierin zou bijvoorbeeld gebruik kunnen worden gemaakt van de principes van gezamenlijke besluitvorming (Elwyn et al., 2012).

Ten tweede zal meer aandacht moeten worden besteed aan de transfer van de in de therapie verkregen inzichten en geleerde vaardigheden naar de situatie thuis. Deze werd zowel door de gezinnen als behandelaren gemist. In de zaal lukte het de gezinsleden om een positievere interactie te laten zien, maar thuis vervielen ze in de bekende inadequate patronen. Het is bekend dat mensen met LVB moeite hebben met de generalisatie van een geleerde vaardigheid in relatie tot andere personen, plaatsen en situaties (Kleinert et al., 2009). Bij het aangelde kind was sprake van LVB, maar een deel van de ouders had ook een lagere intelligentie. Verschillende gezinsleden hadden dan ook meer moeite met het generaliseren van de geleerde vaardigheden. Uit de interviews met de betrokken hulpverlening kwam naar voren dat de gezinshulpverlener of -begeleider hierin een rol zou kunnen spelen.

Ten derde is het nuttig om te kijken naar het meest geschikte moment voor de inzet van PMGT. Tot op heden wordt PMGT vaak ingezet middenin of richting het einde van een behandeltraject. Ook de gezinnen binnen ons onderzoek hadden al verschillende andere behandelingen gevolgd. Mogelijk is de inzet van PMGT juist aan het begin van een behandeltraject van meerwaarde, omdat het gezin dan al vroeg inzicht krijgt in hun onderlinge dynamiek.

Ten vierde bleek in dit praktijkonderzoek dat praktische randvoorwaarden een belemmerende dan wel bevorderende factor kunnen zijn bij het volgen van PMGT door een gezin. Hierbij kan worden gedacht aan de nabijheid van de therapieruimte, de frequentie van afspraken en afstemming t.a.v. afspraken met de andere betrokken behandelaren. Met het oog op de beperkte draagkracht van de gezinnen is het voor het slagen van het PMGT-traject belangrijk dat praktische zaken goed geregeld zijn.

CONCLUSIE

Door een gebrek aan onderzoek is er tot op heden nog geen wetenschappelijke onderbouwing gevonden voor effect van PMGT bij mensen met (L)VB. Ons kleinschalige, voor zover wij weten, allereerste praktijkonderzoek bij gezinnen met minimaal één kind met LVB wijst voorzichtig

op een positief effect van PMGT op de interactie tussen ouder(s) en kind en de ervaren rust in het gezin. Opvallend was wel dat de gedragsproblemen van het kind niet significant afnamen. De ervaringen van gezinnen en behandelaren suggereren dat ervaringsgericht werken, samen als gezin plezier hebben en een sterke therapeutische alliantie tussen de gezinsleden en behandelaren belangrijke werkzame factoren zijn. Hoewel vervolgonderzoek in een grotere studipopulatie noodzakelijk is, geeft dit praktijkonderzoek de eerste aanwijzingen dat PMGT een waardevolle behandeling kan zijn voor gezinnen met een kind met LVB waarin sprake is van disfunctionele interactiepatronen. De resultaten geven ook aanleiding voor verbeteringen bij de toekomstige inzet van PMGT, bijvoorbeeld ten aanzien van verwachtingen en de transfer naar huis.

Dankbetuiging

Dit onderzoek werd mede mogelijk gemaakt door het Zorgondersteuningsfonds (KPO-64), de afdeling Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek (PWO) van Alliade en alle gezinnen die eraan hebben meegewerkt.

LITERATUUR

- Armstrong, J., Girdler, S., Davidson, E., Mizen, J., Bear, N., Wray, J., & Elliott, C. (2021). Randomised controlled trial of a therapeutic playgroup for children with developmental delays. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(4), 1039-1053. <https://doi.org/10.1007/S10803-020-04580-7>
- Armstrong, J., Paskal, K., Elliott, C., Wray, J., Davidson, E., Mizen, J., & Girdler, S. (2019). What makes playgroups therapeutic? A scoping review to identify the active ingredients of therapeutic and supported playgroups. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(2), 81-102. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1498919>
- De Beer, Y. (2011). *De kleine gids: Mensen met een licht verstandelijke beperking. Moeilijke zaken makkelijk uitgelegd*. Wolters Kluwer.
- Boezen-Hilberdink, L., Janse, P., Van Dijk, M., & Verbraak, M. (2014). De Outcome Rating Scale en de Session Rating Scale – de psychometrische eigenschappen van de Nederlandse versies. *Directieve Therapie*, 34(1), 15-33.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach*. Routledge.
- Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: The current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41(2), 153-213. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12226>
- Crnic, K. A., Neece, C. L., McIntyre, L. L., Blacher, J., & Baker, B. L. (2017). Intellectual disability and developmental risk: Promoting intervention to improve child and family well-being. *Child Development*, 88(2), 436-445. <https://doi.org/10.1111/cdev.12740>
- 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 & Adolescent Psychiatry*, 42(8), 915-922. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046892.27264.1A>
- Devereaux, C. (2008). Untying the knots: Dance/movement therapy with a family exposed to domestic violence. *American Journal of Dance Therapy*, 30(2), 58-70. <https://doi.org/10.1007/s10465-008-9055-x>
- Došen, A., Gardner, W. I., Griffiths, D. M., King, R., & Lapointe, A. (2008). *Richtlijnen en principes voor de praktijk: Beoordeling, diagnose, behandeling en bijbehorende ondersteuning voor personen met verstandelijke beperkingen en probleemgedrag*. Nederlandse bewerking: Ad van Gennep. Vilans / LKNG.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361-1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Hogewind, H., & Collot d'Escury, A. (2010). Het steunogram: Een instrument voor interventie en risicotaxatie op basis van het sociale netwerk van licht verstandelijk beperkte zedendelinquente jongeren. *Onderzoek & Praktijk*, 8(1), 5-13.
- Kedem, D., & Regev, D. (2021). Parent-child dance and movement therapy (PCDMT): Mothers' subjective experiences. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 16(2), 136-149. <https://doi.org/10.1080/17432979.2021.1883740>
- Kedem, D., Regev, D., & Guttmann, J. (2021). Moving together: Assessing the effectiveness of group mother-child dance and movement therapy. *Arts in Psychotherapy*, 74. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101803>
- 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(1), 301-326. <https://doi.org/10.3102/0034654308326160>
- Krot, J., & Maurer, J. M. G. (1995). Gezinsbehandeling middels psychomotorische therapie. *Bewegen en Hulpverlening*, 12, 167-179.
- Lange, A. (2001). *De Ouder-Kind Interactie Vragenlijst – Revised (OKIV-R): Verantwoording en handleiding*. Bohn Stafleu van Loghum.
- De Lange, M., Matthys, W., De Veld, D., Foolen, N., Addink, A., Menting, A., & Bastiaanssen, I. (2020). *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Te verkrijgen via <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/ernstige-gedragsproblemen/>
- Van der Meiden, J. (2021). De toepasbaarheid van contextuele interventies in systeemtherapie. *Systeemtherapie*, 33(2), 171-185.
- Mercera, G., Mulder, A., Zomervrucht, I., & Rijk, M. (2023). Problematische gehechtheidsontwikkeling en LVB. Psychomotorische gezinstherapie onderzocht. *Kind en Adolescent Praktijk*, 22(3), 39-42. <https://doi.org/10.1007/s12454-023-1250-x>
- Regev, D., Kedem, D., & Guttmann, J. (2012). The effects of mothers' participation in movement therapy on the emotional functioning of their school-age children in Israel. *Arts in Psychotherapy*, 39(5), 479-488. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.08.003>
- Savenije, A., Van Lawick, M. J., & Reijmers, E. (Red.) (2014). *Handboek systeemtherapie*. De Tijdstroom.
- Verhoeven, N. (2020). *Thematische analyse: Patronen vinden bij kwalitatief onderzoek*. Boom uitgevers.
- Verhulst, F. C., Koot, J. M., Akkerhuis, G. W., & Veerman, J. W. (1990). *Praktische handleiding voor de CBCL (Child Behavior Checklist)*. Uitgeverij Van Gorcum.
- Verschuur, A., & Kramer, M. (2018). Psychomotorische gezinstherapie: Een effectstudie. *Systeemtherapie*, 30(3), 91-105.

- Visser, M., Albrechts, B., Maurer, J., & Krot, H. (2010). Psychomotorische gezinstherapie. In J. de Lange (Red.), *Psychomotorische therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ* (pp. 115-132). Boom uitgevers.
- Visser, M., Hillewaere, B., & Van der Veen, E. (2021). Psychomotor family therapy: A system-oriented approach. In C. Emck, J. de Lange, T. Scheewe, J. van Busschbach & T. van Damme (Red.), *Psychomotor interventions for mental health: Children & adolescents*. Boom uitgevers.
- Visser, M., Maurer, J., & Kramer, M. (2013). Psychomotorische gezinstherapie: Een eerste aanzet tot effectonderzoek. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 9(2), 11-16.
- Weston, C. (2012). Becoming bonded through Developmental Movement Play: Review of a parent and child movement group incorporating the theory, practice and philosophy of Sherborne Developmental Movement. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 7(4), 245-262. <https://doi.org/10.1080/17432979.2012.669795>
- Wetherick, D. (2009). Music in the family: Music making and music therapy with young children and their families. *Journal of Family Health Care*, 19(2), 56-58.
- Yang, Y. H. (2016). Parents and young children with disabilities: The effects of a home-based music therapy program on parent-child Interactions. *Journal of Music Therapy*, 53(1), 27-54. <https://doi.org/10.1093/JMT/THV018>

Bijlage 1: Zoekstring literatuuronderzoek

Zoektermen	
Verstandelijke beperking	"developmental abnormalit*" OR "developmental challenge*" OR "developmental defect*" OR "developmental deficienc*" OR "developmental difficult*" OR "developmental disabilit*" OR "developmental disorder" OR "developmental handicap*" OR "developmental retardation" OR "intellectual abnormalit*" OR "intellectual challenge*" OR "learning defect*" OR "intellectual deficienc*" OR "intellectual difficult*" OR "intellectual disabilit*" OR "intellectual disorder" OR "intellectual handicap*" OR "intellectual retardation" OR "learning abnormalit*" OR "learning challenge*" OR "learning defect*" OR "learning deficienc*" OR "learning difficult*" OR "learning disabilit*" OR "learning disorder" OR "learning handicap*" OR "learning retardation" OR "mental abnormalit*" OR "mental challenge*" OR "mental defect*" OR "mental deficienc*" OR "mental difficult*" OR "mental disabilit*" OR "mental disorder" OR "mental handicap*" OR "mental retardation" OR "neurodevelopmental abnormalit*" OR "neurodevelopmental challenge*" OR "neurodevelopmental defect*" OR "neurodevelopmental deficienc*" OR "neurodevelopmental difficult*" OR "neurodevelopmental disabilit*" OR "neurodevelopmental disorder" OR "neurodevelopmental handicap*" OR "neurodevelopmental retardation" OR "cognitive abnormalit*" OR "cognitive challenge*" OR "cognitive defect*" OR "cognitive deficienc*" OR "cognitive difficult*" OR "cognitive disabilit*" OR "cognitive disorder" OR "cognitive handicap" OR "cognitive retardation"
Systemische behandeling	systemic intervention OR family therapy OR family based OR systemic approach OR parent-child OR parent child OR parent-infant OR parent infant OR family counseling OR family intervention OR family systems therapy OR parent-child interactions
Psychomotorisch therapie	body oriented psychotherap* OR dance therap* OR movement therap*OR psychomotor therap* OR exercise OR exercise therap* OR mind body therap*