

“Mama, wil je me helpen?”

Over het effect van Psychomotorische Therapie
op de interactie tussen moeder en kind

Datum: 6 mei 2013

Studenten

Anniek van Velzen
s1024208

Chantal Dees
s1024512

Begeleider

Martin van den Blink

Beoordelaar

Lia van der Maas

Windesheim, Zwolle

School of Human Movements
and Sports

Psychomotorische Therapie en
Bewegingsagogie

Colofon

Naam: Anniek van Velzen

Studentnummer: s1024208

Naam: Chantal Dees

Studentnummer: s1024512

School: School of Human Movements and Sports, Windesheim te Zwolle

Studierichting: Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie

Jaar: 4

Begeleidend docent: Martin van den Blink

Beoordelend docent: Lia van der Maas

Datum: 6 mei 2013

Pagina's: 34 (exclusief bijlagen)

Voorwoord

Wij zijn Anniek van Velzen en Chantal Dees, twee studenten van de opleiding Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie in Zwolle. Onze eindstage lopen we bij het Ambulatorium, begeleidings-, behandel- en kenniscentrum van het Windesheim. Sinds 2012 is er een samenwerkingsverband met de organisatie Optima Forma, waardoor studenten ook bij deze organisatie stage kunnen lopen onder begeleiding van Psychomotorische Therapeuten. Wij doen dit ook: Anniek één dag, Chantal twee dagen.

Binnen deze organisatie wordt veel gebruik gemaakt van het systeem rondom het kind. Dit is dan ook de reden waarom wij geïnteresseerd raakten in het effect van het betrekken van het gezin bij Psychomotorische Therapie. We zijn allebei van mening dat niet alleen ouders, maar ook het hele systeem, een grote invloed hebben op de ontwikkeling van een kind. We hebben de keuze gemaakt om vanuit het biopsychosociale model naar ontwikkeling te kijken. We beredeneren dan dat de ontwikkeling beïnvloed wordt vanuit verschillende aspecten: biologische, psychische en sociale aspecten. Naar aanleiding van de theoretische verdieping is onze mening bevestigd en onderbouwd. Met name rondom het sociale aspect kunnen wij (als beginnend professionals) iets betekenen. De oorzaak en de oplossing van een probleem ligt nooit bij het kind alleen.

Bij dit onderzoek hebben we er uiteindelijk voor gekozen om ons te richten op de interactie tussen moeder en kind, omdat we merkten dat bij Optima Forma met name moeders actief betrokken zijn bij de behandeling van hun kind. Het kostte ons enige tijd om hiertoe te komen, omdat we ons vanuit ons enthousiasme en perfectionisme eerst op het hele gezin wilden richten. Helaas was dit te groot en daarom hebben we uiteindelijk gekozen voor de interactie tussen moeder en kind.

Het was erg lastig om cliënten en moeders te vinden die deel wilden nemen aan het onderzoek. Een onderzoek op zich zou kunnen zijn: Waarom willen mensen niet deelnemen?

We willen Lia van der Maas en Martin van den Blink bedanken voor hun begeleiding tijdens het hele proces. Ze hebben ons steeds weer het vertrouwen gegeven.

We willen het Ambulatorium bedanken voor de gelegenheid die we kregen om dit onderzoek uit te voeren. Vooral hartelijk dank voor het mogen gebruiken van de vragenlijsten.

Ook willen we Optima Forma bedanken voor de gelegenheid ons onderzoek binnen hun organisatie uit te voeren.

Natuurlijk willen we ook alle cliënten en moeders die hebben deelgenomen bedanken voor hun medewerking aan ons onderzoek. Zonder hen hadden we geen resultaten behaald.

Als laatste willen we nog onze vrienden en familie bedanken voor hun steun en hulp bij ons hele onderzoek. In het bijzonder Ellen de Kock, Mirjam Bron, Marjan van Velzen, Nick Hoekman en Ben Bemelmans voor alle feedback die we van hen hebben mogen ontvangen.

We zijn trots en ontzettend blij dat we *nu* deze scriptie aan u mogen presenteren.

Veel leesplezier!

Anniek van Velzen
Chantal Dees

Abstract

In this research, the most important question is:

What is the effect of having Psychomotor Therapy at Optima Forma to children in the age of 7 to 13 who need help to increase the defensibility on the interaction between mother and child?

Motive: At Optima Forma parents of the treated child are often involved in the treatment, but this happens without it being substantiated by a research.

Goal: The goal of this research is to show the effect on the interaction between mother and child during a Psychomotoric treatment at Optima Forma.

Method: At first we try to go deeper into the theoretical knowledge concerning interaction, the influence of interaction on the development of the child and the influence of involving the system in the treatment for the child. Then a practical research has been carried out between five clients with help of the OKIV-R.

Conclusion: Seeing the theoretical enhancement there is a great need to involve the system in the treatment of the child. The interaction between mother and child is very important. The results of the practical research show, though, that there have been positive as well as negative effects.

Inhoudsopgave

Abstract	3
Inleiding	6
Leeswijzer	7
Theoretisch kader	8
1. Interactie, wat houdt dit in?	9
1.1 Interactie.....	9
Samenvatting.....	10
2. Welke rol speelt een moeder in de ontwikkeling van een kind?	11
2.1 Ontwikkeling van het kind	11
2.2 Hechting tussen moeder en kind	11
2.2.1 <i>Hechtingsstijlen</i>	12
2.2.2 <i>Beschermings- en risicofactoren</i>	12
2.3 Interactie tussen moeder en kind	13
2.3.1 <i>Relatie tussen moeder en kind</i>	13
2.3.2 <i>Relatie en communicatie tussen moeder en kind</i>	13
2.3.3 <i>Opvoeding</i>	14
Samenvatting.....	15
3. Wat is belangrijk bij de interactie tussen ouder(s) en therapeut?	16
3.1 Driehoek cliënt, ouders en therapeut	16
3.2 Contextuele therapie.....	17
3.2.1 <i>Intergenerationele therapie</i>	17
3.2.2 <i>Structurele gezinstherapie</i>	17
3.3 Visie van Optima Forma	17
Samenvatting.....	18
4. Casuïstiek	19
5. Methode	20
5.1 Deelnemers onderzoek.....	20
5.2 Onderzoeksinstrument.....	21
5.2.1 <i>OKIV-R in dit onderzoek</i>	21
5.3 Methode dataverwerking	22
5.4 Verloop van het onderzoek	22
6. Resultaten	23
7. Discussie	26
8. Conclusie	28
9. Aanbevelingen	30
Literatuur	31

Bijlagen	34
Informatiebrief aan ouders	
Informed consent.....	
Vragenlijst kind	
Vragenlijst moeder.....	
Uitslagen kind	
Uitslagen moeder.....	
Overzicht contact systeem	
Taakverdeling.....	

Inleiding

Dit onderzoek wordt uitgevoerd bij Optima Forma, partner van het Ambulatorium in Zwolle. Bij Optima Forma wordt er veel gesproken met ouder(s) en scholen van het behandelde kind, maar dit gebeurt zonder dat het onderbouwd wordt vanuit een onderzoek dat het van toegevoegde waarde is. Dit heeft geleid tot de volgende vraag:

Wat is het effect van het geven van Psychomotorische Therapie bij Optima Forma aan kinderen van 7 tot en met 13 jaar die komen met een hulpvraag ter vergroting van weerbaarheid op de interactie tussen moeder en kind?

Het doel van het onderzoek is om aan te tonen wat het verschil in effect is op de interactie tussen moeder en kind bij het wel of niet betrekken van de ouders bij de Psychomotorische Therapiebehandeling van hun kind bij Optima Forma. Dit is relevant om te weten voor therapeuten, ouder(s) en de cliënt zelf, omdat er zo duidelijkheid en inzichten ontstaan met betrekking tot de Psychomotorische Therapie binnen deze organisatie.

In verschillende literatuur wordt er gesproken over de interactie tussen moeder en kind. Er zal dan ook eerst een theoretisch deel zijn in dit onderzoek. De aanleiding hiervoor is als volgt:

Tijdens het leven van de mens vinden veel ontwikkelingen plaats. Deze ontwikkelingen worden omschreven in verschillende theorieën door onder andere Sigmund Freud, Erik Erikson, Lawrence Kohlberg en Jean Piaget. Tijdens die ontwikkelingsfasen kan er van alles misgaan. Bijvoorbeeld in de fysieke ontwikkeling, in de cognitieve ontwikkeling en in de sociale en persoonlijkheidsontwikkeling (Feldman, 2009). Maar ook door meerdere factoren: biologische factoren, psychische factoren en sociale/contextuele factoren. Als kinderen afwijkend gedrag vertonen en als daarbij last wordt ervaren door het kind zelf, de ouders of school, kan er hulp worden ingeschakeld. Verschillende disciplines kunnen hulp aan het kind bieden, zowel op individueel niveau als op gezins- en/of groepsniveau.

Bij individuele therapie staat de cliënt zelf centraal en is hij/zij alleen met de therapeut. Hier wordt de hulpvraag van de cliënt behandeld en wordt er vaak gekeken naar meerdere contexten van het leven van de cliënt.

Bij gezinstherapie probeert de gezinstherapeut vanuit de systemische benadering gezinsleden te helpen om de verborgen boodschap in het gedrag van het kind te begrijpen en hun verhoudingen zo te veranderen dat de behoeften van het kind bevredigd worden (Nevid, Rathus & Greene, 2008).

Bij groepstherapie komen meerdere cliënten met dezelfde problematieken bij elkaar. In de therapie kunnen ze leren omgaan met anderen en steun ontvangen van de groep en de therapeut(en). Samen kunnen ze reflecteren op gedragspatronen en bij een goede atmosfeer kunnen sociale vaardigheden worden geoefend. Een nadeel kan zijn dat een cliënt in sociaal opzicht beperkt/belemmerd wordt om zich op zijn gemak te voelen in de groep (Nevid et al., 2008).

Een cliënt heeft de keuze om voor een therapie te kiezen die bij hem of haar aansluit. Een voorbeeld hiervan is Psychomotorische Therapie, een vorm van vaktherapie die onder andere wordt aangeboden bij de organisatie Optima Forma in Zwolle.

Bij Optima Forma worden cliënten behandeld in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar. Zij komen hier met verschillende hulpvragen, bijvoorbeeld: vergroten van weerbaarheid, vergroten van zelfvertrouwen en verbeteren van samenwerking.

Voor, tijdens en na de behandeling aan het kind (zowel individueel als in een groep) wordt er gestreefd naar nauw contact met ouder(s) en mogelijk ook de school van het kind. Het kan ook voorkomen dat ouder(s), broertjes/zusjes of vriendjes/vriendinnetjes meekomen naar de therapie en meedoen. Door dit contact kan er soms meer inzicht verkregen worden in de hulpvraag van het kind.

Door contact te houden met de ouder(s) worden zij bij het leerproces van het kind betrokken. Uit onderzoek blijkt dat weerbaar worden met drie voorwaarden gestimuleerd kan worden: boosting positive child-adult relationship (stimuleren ouder kind interactie), self-concept (zelfbeeld) en self-control (zelfcontrole) (Miller-Lewis, Searle, Sawyer, Baghurst & Hedley, 2013). Om deze reden is dan ook de transfer van de therapiesessie naar andere contexten, zoals de thuissituatie, van groot belang.

Het contact met ouder(s)/verzorger houdt in dat er wordt besproken wat de vorderingen of bijzonderheden zijn en wat er binnen de therapie gebeurd is. Daarnaast worden eventuele handvatten aangereikt. Dit wordt gedaan zodat het geleerde uit de therapie ook buiten de zaal eigen gemaakt kan worden.

Opzet onderzoek

Het onderzoek is opgebouwd uit een deel theorie en een deel praktijk. In het theoretische gedeelte is er een verdieping naar interactie, naar de rol van moeder in de ontwikkeling van een kind (op gebied van ontwikkeling, hechting en interactie) en naar de interactie tussen ouder(s) en therapeut. Er wordt ook een schets gegeven van de deelnemende cliënten. Vervolgens zal in het praktische gedeelte een vragenlijst worden afgenomen en verwerkt. Hieruit zullen resultaten naar voren komen over mogelijke verandering in de interactie tussen moeder en kind gedurende een behandeling van Psychomotorische Therapie bij Optima Forma. De resultaten worden besproken, conclusies worden getrokken en er is ruimte voor discussie en aanbevelingen voor een mogelijk vervolgonderzoek.

Leeswijzer

Eerst is er een theoretische verdieping in het onderwerp:

Als eerste zal een theoretisch kader (blz. 8) worden gegeven rondom woorden uit de inleiding en de onderzoeksvraag. In hoofdstuk 1 (blz. 9) wordt beschreven wat interactie inhoudt. Hoofdstuk 2 (blz. 11) geeft meer verdieping over de rol van moeder in de ontwikkeling van een kind. In hoofdstuk 3 (blz. 16) wordt beschreven wat belangrijk is in de interactie tussen ouder(s) en therapeut. Het theoretische stuk wordt afgesloten met een schets van de deelnemende cliënten uit het praktijkonderzoek (blz. 19). Tussen het theoretische en praktische gedeelte staat de methode van het onderzoek beschreven (blz. 20).

Vervolgens zal er in het praktische gedeelte het volgende aan bod komen:

De resultaten van de vragenlijsten zijn te vinden op blz. 23 tot en met 25. In de discussie wordt kritisch gereflecteerd op de methode, resultaten en uitvoering van het onderzoek (blz. 26). Bij de conclusie wordt er besproken wat de mogelijke veranderingen zijn op het gebied van interactie tussen moeder en kind (blz. 28). In de aanbevelingen (blz. 30) zal aan de hand van het doel van het onderzoek worden gekeken naar mogelijke vervolgonderzoeken.

Theoretisch kader

In dit hoofdstuk staat centraal de uitleg over verschillende begrippen die eerder genoemd worden in de hoofdvraag. De begrippen Psychomotorische Therapie, onderzoek gericht op moeder en kind en weerbaarheid worden toegelicht.

Psychomotorische therapie

Psychomotorische Therapie richt zich op gedragsbeïnvloeding van cliënten met psychische en psychosociale problematiek. Beweging en lichaamsgerichte oefeningen worden als middel ingezet om bewust te worden van lichaamssignalen, lichaamsbeleving, houding en attitude. In de interactie met de context vinden gevoelens, gedrag en gedachten plaats. Door dit inzichtelijk te maken, ontstaat er inzicht in het eigen gedrag. Zo kan nieuw gedrag eigen worden gemaakt (Hekking & Fellingner, 2011; Weerd & Spijkerman, 2013).

Onderzoek gericht op moeder en kind

Dit onderzoek richt zich op de interactie tussen moeder en kind. In de praktijk blijkt dat de moeder het meest contact heeft met de therapeut over de behandeling aan een kind bij Optima Forma. Daarnaast is uit onderzoek gebleken dat een pasgeboren baby specifiek aandacht besteedt aan de stem van zijn moeder (Feldman, 2009). Volgens Erik Erikson is de moederpersoon de belangrijkste relatie in het eerste stadium van vertrouwen versus wantrouwen (Feldman, 2009).

Weerbaarheid

Vanuit de deelnemende cliënten in dit onderzoek blijkt dat er binnen Optima Forma veel problemen op het gebied van weerbaarheidsproblematiek voorkomen. Luthar omschrijft weerbaar zijn als volgt: *“A phenomenon or process reflecting relatively positive adaptation despite experience of adversity or trauma”* (Lyons & Woods, 2012, p. 19). Vertaald: Een fenomeen of proces waarbij iemand relatief positief reflecteert, ondanks ervaring van tegenslagen of trauma. Om weerbaar te worden heeft Daniel's (2010) een *“three interrelated ‘building blocks of resilience’”* (Lyons & Woods, 2012, p. 20), drie bouwstenen voor weerbaarheid gemaakt. Gehechtheid (liefde en veiligheid krijgen), zelfvertrouwen (waardering en erkenning ervaren) en zelfredzaamheid (nieuwe uitdagingen en verantwoordelijkheid aangaan) (Lyons & Woods, 2012). Zoals in de casuïstiek beschreven staat, blijkt dat het veelal hulpvragen zijn met betrekking tot weerbaarheid, zelfvertrouwen en interactie met anderen (zie hoofdstuk 4). Tijdens de Psychomotorische Therapie wordt de hulpvraag behandeld.

Adriaenssens benoemt in zijn onderzoek dat een perfecte, weerbare houding niet aan te leren is. Het gaat om de juiste combinatie tussen opvoeding, zorg, wijsheid en speelsheid. Deze combinatie is vanuit iedere ouder verschillend (Adriaenssens, Vanderhoeven & Vercammen, 2000). Binnen veel trainingen wordt er echter wel gewerkt aan het vergroten van de weerbaarheid, zoals in 'Rots en Water' (Langhorn, 2008). Hierbij is het vergroten van de (fysieke) weerbaarheid niet alleen het doel, maar ze gebruiken het ook voor het ontwikkelen van mentale en sociale vaardigheden (Ykema, sd.).

Een belangrijke stimulans voor een cliënt om weerbaarder te worden, is in het bezit zijn van meewerkende factoren zoals het stimuleren van de kind-ouderrelatie, het zelfbeeld en de zelfcontrole. Het in de vroege jaren stimuleren van deze factoren zorgt voor een stevig fundament voor de toekomst, ongeacht wat er op zijn verdere levenspad komt (Miller-Lewis et al., 2013). Uit verschillende studies in de laatste veertig jaar is gebleken dat de individuele kenmerken van het kind, de kwaliteit van de ouders en de externe ondersteuning vanuit het systeem noodzakelijk zijn voor het opbouwen van de weerbaarheid (Nasvytienė, Lazdauskas & Leonavičienė, 2012).

1. Interactie, wat houdt dit in?

In dit hoofdstuk is te lezen wat interactie inhoudt. Omdat dit onderzoek gericht is op de interactie tussen moeder en kind, is het dus van belang dat helder is wat onder interactie wordt verstaan.

1.1 Interactie

“Interactie is het op elkaar reageren door zaken, processen, personen of organisaties. Het betreft een zeer groot aantal en daarmee zijn er dan ook vele verschillende soorten interactie” (Interactie, 2013). Dit onderzoek richt zich op sociale interactie, omdat het zal gaan over interactie tussen moeder en kind. *“Sociale interactie is de wijze waarop mensen en groepen ten opzichte van elkaar handelen, op elkaar reageren en elkaar proberen te beïnvloeden”* (Sociale interactie, 2013).

Vaak worden interactie en communicatie door elkaar gebruikt. In wezen betekent het ook hetzelfde. Zoals Van Dale zegt: *“Communicatie= contact, gemeenschap; verbinding, verkeer. Interactie= wisselwerking”* (Van Dale, 2013). Wetzels, Van Dalen, Dijkman en Zewald (1997) geven aan waarom deze betekenissen overeenkomen: *“Communicatie is uitwisseling van informatie tussen personen.”* (p. 373). Dit vindt plaats tussen twee personen. Inter=tussen, daarom wordt het ook wel interactie genoemd.

Er worden vaak twee vormen van communicatie benoemd: bewuste communicatie en onbewuste communicatie. Bij deze beide vormen van communicatie gaat het over het zenden en ontvangen van boodschappen.

“De twee vormen van communicatie:

- *Bewuste communicatie: gedrag en verbale en non-verbale communicatie waarover vooraf is nagedacht en daardoor meestal goed gestructureerd en vormgegeven;*
- *Onbewuste communicatie: veelal non-verbale communicatie: stemgebruik, lichaamshouding, ruimtegebruik, persoonlijke omgeving en meer”* (Veenman, 2000, p. 46).

Bij interactie en communicatie is sprake van een zender en een ontvanger. De zender probeert een bepaalde boodschap over te brengen op de ontvanger.

Aristoteles had het al over spreker, boodschap en luisteraar. De wiskundigen Shannon en Weaver maakten er in 1949 het zender-ontvanger model van (Schwartz, 2013):



Volgens Schulz von Thun (2010) miste er nog iets. Hij beschreef het communicatieproces in zijn model zo dat er bij alle communicatie tussen mensen de volgende vier aspecten een rol spelen:

- *Zakelijk aspect (inhoudsniveau):* informatie met een beschrijving van de feiten.
- *Expressioneel aspect (betrekkingsniveau):* informatie over de zender (zo zie ik mijzelf);
- *Relationeel aspect (betrekkingsniveau):* informatie over de manier waarop de zender tegenover de ontvanger staat (zo zie ik de ander);
- *Appelerend aspect (betrekkingsniveau):* informatie waarbij het doel is om invloed uit te oefenen (zo zie ik onze relatie).

De bovenstaande aspecten zijn weer in verschillende niveaus onder te verdelen, zoals: massacommunicatie, groepscommunicatie en interpersoonlijke communicatie. Dit onderzoek is gericht op de interpersoonlijke communicatie, omdat het binnen het onderzoek gaat over de

interactie tussen moeder en kind. De interpersoonlijke communicatie zijn dyadische relaties (duorelatie) (Rebel, 2000). Bij dyadische relaties gaat het om twee personen:

Een dyade (Grieks: dýo, "twee") is een groep bestaande uit twee personen. Het is de kleinst mogelijke sociologische eenheid waarbij sprake kan zijn van interactie. Doordat er slechts twee personen zijn, is er in deze groep slechts een relatie en daarmee een beperkte groepscomplexiteit (Encyclo).

Samenvatting

Interactie is de wisselwerking tussen mensen, hiervan zijn meerdere vormen te benoemen. Binnen dit onderzoek is gekozen voor de interactie tussen moeder en kind, een interpersoonlijke communicatie. Binnen deze communicatie gaat het om onbewuste en bewuste communicatie, zoals verbaal, non-verbaal en paraverbaal contact. Deze vormen van interactie vallen ook onder de niet-selectieve vaardigheden voor een Psychomotorisch Therapeut.

2. Welke rol speelt een moeder in de ontwikkeling van een kind?

Eerder is besproken wat interactie inhoudt. In dit hoofdstuk is te lezen over de interactie tussen moeder en kind. Binnen dit onderzoek wordt onderzocht wat het effect is op de interactie tussen moeder en kind wanneer Psychomotorische Therapie wordt aangeboden aan kinderen van 7 tot en met 13 jaar die komen met een hulpvraag ter vergroting van weerbaarheid. In veel literatuur over deze interactie wordt er over hechting gesproken. Daarom is hier een verdieping rondom dit onderwerp te vinden. Daarnaast gaan we in op de relatie en communicatie tussen moeder en kind en op de invloed van opvoeding op de interactie.

2.1 Ontwikkeling van het kind

Naar de ontwikkeling van het kind is door verschillende theoretici onderzoek gedaan. De meest gebruikte theorieën zijn van Jean Piaget, Erik Erikson, Sigmund Freud en Lawrence Kohlberg (Feldman, 2009). De ontwikkeling van het kind wordt op meerdere aspecten beïnvloed: biologische aspecten, psychische aspecten en sociale/contextuele aspecten. Dit wordt ook wel het biopsychosociale model genoemd. Dit wordt uitgelegd in 2.2. Een ouder is van grote invloed op de ontwikkeling van het kind. Biologisch gezien draagt hij/zij genen over. Daarnaast is een ouder op sociaal/contextueel gebied van grote invloed. Zoals Peters-Meinema (2013, p. 44) zegt in haar interview met Van Egmond in het tijdschrift voor vaktherapie: *“De focus moet gelegd worden op zowel de kind-, ouder-, omgevings-, en opvoedingsfactoren.”* In dit onderzoek is een verdieping over hechting, relatie en opvoeding te vinden.

2.2 Hechting tussen moeder en kind

“Met het doorknippen van de navelstreng ontstaat een fysieke scheiding tussen moeder en kind” (Van der Stelt, 1990, p. 51). Na deze gebeurtenis is het de belangrijkste taak van de moeder om gevoelig te zijn voor de behoeften en wensen van haar kind. Sensitief en responsief reageren op de signalen van het kind veroorzaakt een onzichtbare draad (Van Sabben, 2013). Daarnaast voldoet de moeder aan de vraag van haar kind door te anticiperen op stemmingen en gevoelens. Warmte en tederheid zijn hierbij vereisten voor de moeder van een veilig gehechte baby (Feldman, 2009). *“Een kind kan onveilig hechten wanneer het door de ouder vaak wordt afgewezen in de interactie”* (Hell, 2013, p. 4).

Over hechting bestaan verschillende visies. Hieronder staan er enkele beschreven.

Bowlby formuleerde in 1944 dat de ervaringen van jonge kinderen in interpersoonlijke relaties (zie ook 1.1) cruciaal zijn voor de psychologische ontwikkeling. Ainsworth heeft hier verder onderzoek naar gedaan. *“De baby beschikt over vaardigheden om het contact met ouders uit te lokken en vast te houden; huilen, aankijken, glimlachen, vastgrijpen, zuigen. De ouder reageert op deze signalen door contact te bieden”* (Spijkerboer, 2010, p. 3). Lieberman en Zeanah benoemen het als volgt: *“De gedragsmatige uiting van hechting heeft als doel het kind in contact te brengen met de hechtingsfiguur”* (Jacobs, 2002, p. 2).

Zoals Ainsworth et al. het beschrijven, wordt hechting benoemd op gedragskenmerken. Crittenden trekt dit breder en beschrijft hechting in zijn ‘Attachment and psychopathology’ op het biopsychosociale model (Rigter, 2010). Dit model gaat ervan uit dat zowel biologische, psychische en sociale factoren van invloed zijn op het gedrag (Schmidt, 2012). Crittenden beschrijft hechting als volgt: *“Hechting aan ouders en verzorgers wordt opgevat als een op neuronaal niveau vastgelegde informatiestrategie over gevaar en veiligheid, of deze nu van de omgeving komen of van binnenuit”* (Nicolai, 2001). Bronfenbrenner gaat ook uit van meerdere invloeden op de ontwikkeling van een kind. Hij gaat alleen uit van invloeden van de omgeving van het kind. Hij verdeelt dit in vijf omgevingsniveaus: micro-, meso-, eco-, macro- en chronosysteem. Zijn model heet het bio-ecologisch model (Feldman, 2009).

Van den Bergh benoemt in zijn artikel dat de reactie van beide ouders op de signalen van het kind zorgt voor een activering van de geest. Hierdoor kan het kind op emotioneel en cognitief vlak de situatie reflecteren. De bloedband tussen moeder en kind staat niet garant voor een goede gehechtheidsrelatie. Het draait voornamelijk om de sensitiviteit (in de interactie), dus de respons die het kind ontvangt van de moeder of ander gehechtheidspersoon (Van den Bergh, Westerings & Schoenmakers, 2011). Van den Bergh benoemt hechting ook aan de hand van gedragskenmerken.

Volgens Sroufe et al. (2005) is gehechtheid bij uitstek een interactioneel begrip. De moeder bepaalt zo voor een groot deel de kwaliteit van de interactie. Wanneer er negatieve ervaringen opgedaan worden met betrekking tot hechting met de ouder kan het hechtingssysteem minder actief worden. Ook kan de strategie veranderd worden, zodat het kind hechtingsangst ervaart en hierdoor hechtingsproblemen ontwikkelt (Van Sabben, 2013).

Binnen alle visies wordt er uitgegaan van de invloed van de omgeving in interactie op de hechting van het kind. Deze hechting kan op verschillende manieren plaatsvinden. Dit wordt in 'Hechtingsstijlen' (2.2.1) verder uitgelegd.

2.2.1 Hechtingsstijlen

In de eerste levensjaren wordt er hard gewerkt aan een gehechtheidrelatie tussen moeder en kind en die jaren zijn dus cruciaal. De respons die het kind krijgt, zorgt ervoor welke mate van veiligheid er groeit, dit is een hechtingsstijl. *"De aard van de hechting in onze babytijd is bepalend voor de manier waarop we de rest van ons leven met anderen omgaan"* (Feldman, 2009, p. 220).

Er zijn vier hechtingsstijlen, deze zijn als volgt samengevat vanuit de literatuur (Jacobs, 2002; Hell, 2013; Van Sabben, 2013):

- *Veilig gehecht* is een kind wanneer het in vreemde situaties op zoek is naar contact met de moeder en het hoorbaar maakt wanneer moeder er niet is;
- *Vermijdend gehechte* kinderen schenken net zoveel waarde aan anderen als aan hun moeder en vinden hier net zoveel troost. Kinderen hebben geen vertrouwen in de ouder(s) dat zij beschikbaar zijn voor hen;
- Een *afwerend gehecht* kind heeft ervaren dat zijn moeder minimaal of veranderlijk beschikbaar is. Deze kinderen zijn passief, ook in het bijzijn van moeder;
- *Gedesorganiseerde* kinderen vertonen gedrag dat tegenstrijdig is bij de situatie. Deze kinderen hebben (angstige) ouders met een onverwerkt verlies of trauma of ouders die zelf onveilig gehecht zijn. Ze stellen zich behoedzaam op en passen op hun eigen veiligheid, zoeken naar controle om een veilige situatie te creëren. Ze vertrouwen anderen niet.

2.2.2 Beschermings- en risicofactoren

Bij de ontwikkeling van een kind kunnen bepaalde factoren een bedreiging zijn, dit zijn de zogenoemde risicofactoren. Andere factoren kunnen deze risicofactoren juist weer verzwakken of omkeren, dit zijn de zogenoemde beschermingsfactoren. Deze beide factoren die van invloed zijn op de ontwikkeling van het kind, zijn in te delen in drie niveaus: kindniveau, gezinsniveau en omgevingsniveau (Rigter, 2010).

Het zijn de volgende factoren (Rigter, 2010):

Risicofactoren:

- Kindniveau: biologische factoren, vroege symptomatologie, temperament en ingrijpende gebeurtenissen;
- Gezinsniveau: ouder met psychische problematiek, eenoudergezin, echtscheiding, opvoedingsgedrag en ingrijpende gebeurtenissen;
- Omgevingsniveau: omstandigheden van het gezin waarin het kind opgroeit en extreme stressvolle gebeurtenissen.

Beschermingsfactoren:

- Kindniveau: competentie en intelligentie van het kind;
- Gezinsniveau: goede relatie tussen kind en één van de ouders, ouderlijk handelen en een goede huwelijksrelatie;
- Omgevingsniveau: ondersteunende relaties, positieve ervaringen, goede relatie met leeftijdsgenoten, preventieprogramma's.

Door in acht te nemen met welke risico- en beschermingsfactoren het kind te maken heeft, kan een haalbaar behandeldoel gesteld worden in de therapie.

2.3 Interactie tussen moeder en kind

In 2.1 en 2.2 is besproken wat hechting inhoudt. In deze paragraaf wordt verder ingegaan op de interactie tussen moeder en kind. Deze interactie, de wisselwerking tussen moeder en kind, is iets heel bijzonders. Dit begint al vroeg, namelijk tijdens de zwangerschap. Wanneer een kind kan praten met moeder wordt het een actieve onderhandelaar met moeder. Vanaf dat moment staat het communiceren centraal (Jacobs, 2002).

2.3.1 Relatie tussen moeder en kind

Zoals eerder benoemd in 2.2.2 is een van de beschermingsfactoren voor een goede ontwikkeling van het kind een goede relatie met de ouder. Erik Erikson benoemt moeder als de belangrijkste relatie in de zuigelingenfase (Feldman, 2009).

Met betrekking tot het contact binnen een ouder-kindrelatie hangt de opbouw van de relatie af van de input van de ouders. Er is dus sprake van disbalans in de ouder-kindrelatie. Dit wordt door Nagy verstaan onder loyaliteit, een rationeel begrip van investering in contact. Nagy onderscheidt existentiële loyaliteit en verworven loyaliteit. In existentiële loyaliteit staat de bloedband centraal; hierdoor ontstaat zijnsverbondenheid en dus zijnsloyaliteit. Zijnsloyaliteit is weer van toepassing tijdens de opvoeding, omdat dit nauw verbonden is met de aard van de ouder-kindrelatie en op de identiteitsvorming (Van den Bergh et al., 2011).

Tijdens een therapie is het hoofddoel het behalen van het gestelde behandeldoel. In de Psychomotorische Therapie staat het bieden van inzichten in het gedrag van de cliënt centraal. Het is hierbij de bedoeling dat de cliënt het geleerde gedrag meeneemt naar andere contexten. Gezien de invloed van de relatie tussen moeder en kind is het van toegevoegde waarde als de moeder investeert (loyaliteit toont) in haar zoon of dochter om het geleerde eigen te kunnen maken.

2.3.2 Relatie & communicatie tussen moeder en kind

Al op zeer jonge leeftijd ontwikkelen mensen actief een relatie met hun omgeving. In eerste instantie vaak met de primaire verzorger, in onze maatschappij meestal de moeder. Het kleine kind kijkt, grijpt, lacht en huult, kortom: het handelt ten aanzien van zijn omgeving en ervaart de reactie van de omgeving op dit handelen. In deze wisselwerking groeit de relatie. Mensen kunnen niet anders dan hun hele leven een wisselwerking met de omgeving te onderhouden (Spijkerboer, 2010).

In 1988 wees Emde erop dat in het eerste levensjaar van een kind de emotionele beschikbaarheid van de moeder de belangrijkste stimulans tot groei is. Mahler zegt dit ook in de theorie over de symbiotische fase: de fase waarin moeder en kind van elkaar afhankelijk zijn. Ook Van Schore heeft hier uitgebreid onderzoek naar gedaan, hoewel hij het meer als een neurobiologisch ritme omschrijft. Zodra dit ritme niet goed op elkaar is afgestemd, ontstaat er geen veilige hechting, zo zegt Van Schore (Vliegen & Leroy, 2001). Hier is eerder in 2.2.1 al over gesproken. Maar wat gebeurt er dan op het gebied van communicatie? Er vindt geen of te weinig oogcontact plaats en het kind kan gaan vermijden om nog meer pijnlijke confrontaties te ontlopen. Er kan ook op de momenten dat de ouder behoefte heeft aan contact, te veel contact worden gezocht zonder dat hierbij wordt gekeken

naar wat het kind nodig heeft. Het kind raakt hierdoor in de war en kan angstig reageren en een moeilijk temperament ontwikkelen (Vliegen & Leroy, 2001).

Om te communiceren met kinderen zijn er door Delfos (2000) communicatievoorwaarden geformuleerd. Regelmatig oogcontact is onder andere belangrijk voor het vertellen van een verhaal, maar een positief contact zonder oogcontact kan de concentratie bevorderen. Naast (meta-)communicatieve voorwaarden is ook de aard van de vraag van invloed op de kwaliteit van een gesprek met kinderen. Worden er open of gesloten vragen gesteld? In het spreken met kinderen is het belangrijk hun – mentale – leeftijd te betrekken. Effectieve communicatie betekent aansluiten bij zijn belangstellingen, gedachtewereld, gevoelswereld en wijze van communicatie. Als therapeut is het dan ook belangrijk dat er gecommuniceerd wordt op een manier die aansluit op het kind.

2.3.3 Opvoeding

Tijdens de ontwikkeling van het kind is opvoeden heel belangrijk. Onder opvoeding kan worden verstaan: het gedrag dat ouders vertonen in de interactie met hun kind (Groenendaal & Dekovic, 2000).

De belangrijkste taak binnen het opvoeden die voor een ouder is: “Het bieden van een verzorgende en beschermende omgeving waarin het kind zich kan ontwikkelen en ten tweede overdracht van kennis, waarden en normen en het bieden van structuur” (Groenendaal & Dekovic, 2000).

In verschillende literatuur wordt beschreven dat er twee belangrijke dimensies binnen het opvoeden zijn: ondersteuning en controle. Deze twee dimensies worden door elke ouder in verschillende situaties anders ingevuld. Beide dimensies vallen namelijk onder doelgericht gedrag in interactie met het kind (Groenendaal & Dekovic, 2000).

- Ondersteuning houdt in dat een ouder zorg voor het kind draagt en deze liefde en geborgenheid geeft, zodat het kind zich begrepen en geaccepteerd voelt;
- Controle is erop gericht hoe de ouder omgaat met het aangeven van grenzen in het gedrag van het kind.

In 1989 is er ook onderzoek gedaan door Schwartz en Van der Schaar, hierin waren ze op zoek naar het effect van verschillende opvoedingsstijlen. Dit leverde weer drie andere dimensies op die tijdens de opvoeding van belang zijn, namelijk gezag, acceptatie en democratische communicatievaardigheden. Deze dimensies zijn de uitgangspunten geworden voor de constructie van de items van de Ouder-Kind Interactie Vragenlijst (OKIV) (Lange, Blonk, Wiers & Van der Schaar, 1997):

- **Gezag** heeft betrekking op vaardigheden die de complementaire relatie tussen ouders en kinderen bewerkstelligen;
- **Acceptatie** heeft betrekking op door het kind voelbare onvoorwaardelijkheid van het positieve basisgevoel voor het kind;
- **Democratische communicatievaardigheden** hebben 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. (pp. 11-12)

“Een positieve ouder-kindrelatie wordt verder gekarakteriseerd door een lage mate van psychologische controle, veel warmte en geen extreme betrokkenheid. Een grote mate van ouderlijke betrokkenheid en controle hebben een negatieve invloed op de ouder-kindrelatie” (Van den Broek, Van Delft, Feenstra & De Kruyk, 2010, p. 3).

Het kan zijn dat kinderen door diverse factoren een lager zelfbeeld, minder zelfwaardering of minder zelfredzaamheid ontwikkelen en zo minder weerbaar zijn in de samenleving (Miller-Lewis et al., 2013; Lyons & Woods, 2012). Deze kinderen kunnen een behandeling binnen de Psychomotorische Therapie krijgen, waarin zij handvatten krijgen voor behandeling van hun hulpvraag. Wanneer dit

gegroeid is, zal het zelfbeeld van de cliënt positiever zijn en zal hij weerbaarder zijn in de samenleving.

Samenvatting

De ontwikkeling van het kind vindt plaats op biologisch, psychisch en sociaal aspect. Ouders zijn hierbij belangrijk in het systeem van het kind. Op sociaal gebied houdt dit in dat er een relatie ontstaat. Deze relatie is van grote invloed op de hechting. De aard van de hechting in de babytijd is bepalend voor de manier waarop de rest van het leven met anderen wordt omgegaan. Hechting wordt beïnvloed door de balans in beschermings- en risicofactoren. Interactie tussen moeder en kind speelt een grote rol bij hechting. *“Een kind kan zich onveilig hechten wanneer het door de ouder vaak wordt afgewezen in de interactie”* (Hell, 2013, p.4).

In de opvoeding is het van essentieel belang om een verzorgende en beschermende omgeving te creëren waarin het kind zich kan ontwikkelen. Hierbij staan meerdere dimensies centraal.

In het praktijkgedeelte van dit onderzoek komt dit terug in de items in de vragenlijst OKIV-R die gebaseerd zijn op drie dimensies: gezag, acceptatie en democratische communicatievaardigheden (Lange et al., 1997).

In dit hoofdstuk kwam naar voren dat de moeder een grote invloed heeft op de ontwikkeling van een kind. Wanneer een kind in behandeling is bij Psychomotorische Therapie is het, gezien de relatie tussen moeder en kind, van belang dat moeder loyaliteit toont aan het kind (Van den Bergh et al., 2011). Hierdoor kan het kind eenvoudiger het geleerde gedrag in andere contexten oefenen. Omdat de moeder hier een grote invloed heeft, is het ook van belang dat er interactie is tussen therapeut en moeder (het systeem). Dit wordt verder besproken in hoofdstuk 3.

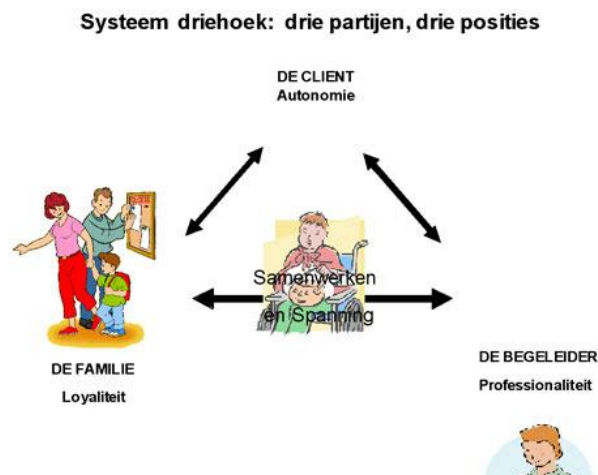
3. Wat is belangrijk bij de interactie tussen ouder(s) en therapeut?

In dit hoofdstuk wordt er gekeken naar de interactie tussen ouder(s) en therapeut. Naast de uitleg over de relatie tussen cliënt, ouders en therapeut zal er ook worden gekeken naar verschillende vormen van therapie waarbij het hele gezin betrokken is. *“In veel onderzoeken is inmiddels aangetoond dat het gezinsklimaat een belangrijke factor is wanneer het gaat om psychologische problemen bij kinderen”* (Lange, 2001, p.9). Omdat moeder deel uitmaakt van het gezin, is ervoor gekozen om dit wat meer toe te lichten. Daarnaast wordt de koppeling gemaakt tussen de verschillende vormen van gezinstherapie en Psychomotorische Therapie. Ook wordt er gekeken hoe dit bij Optima Forma in zijn werk gaat.

3.1 Driehoek cliënt, ouders en therapeut

Over de interactie tussen ouder(s) en therapeut is weinig te vinden in de literatuur. Er wordt dan gesproken over systeemtherapie, een vorm van therapie waarbij het hele gezin in behandeling is en de interacties tussen mensen centraal staan (Lange, 2006).

In “Ouders op hún plek” van Chiel Egberts wordt er over de relatie tussen cliënt, ouders en therapeut gesproken. Deze wordt weergegeven in een driehoek als model voor de hulpverlening. Deze driehoek wordt in de jaren '70 al beschreven door gezinstherapeut Haley: de perverse triade (Egberts, 2007). Deze driehoek wordt vaker gebruikt. Egberts doet dat op de volgende manier:



Bron: Van der Hulst & Eggink, 2009

Wanneer de driehoek in balans is, staat elke hoek in verbinding met beide andere hoeken en heeft elke hoek een eigen identiteit. Autonomie, loyaliteit en professionaliteit worden als volgt omschreven (Egberts, 2007):

- *Autonomie* van de cliënt betekent dat de cliënt een zo groot mogelijke speelruimte gegund wordt door ouders en professionals. Uiteindelijk is het het leven van de cliënt, niet van ouders en professionals;
- *Loyaliteit* van de ouders wordt genoemd, omdat cliënten met niemand anders zo verbonden zijn als met hun ouders. 'Er voor elkaar zijn, bij elkaar horen, elkaar helpen', zijn aspecten die naar voren komen bij loyaliteit;
- *Professionaliteit* van de therapeut betekent dat de therapeut deskundig is in een vak en wordt betaald voor de deskundigheid die hij/zij kan leveren.

Wanneer de driehoek niet in balans is, kan dit aan de drie verschillende hoeken liggen: die van de cliënt, die van de ouders en die van de therapeut. Dat ziet er als volgt uit (Egberts, 2007):

- Cliënt: de vraag van de cliënt is uitgangspunt;
- Ouders: ouders bepalen wat er wanneer gebeurt met de cliënt;
- Therapeut: de professional bepaalt wat er wanneer gebeurt met de cliënt.

Zoals hierboven beschreven staat, is de driehoek niet in balans wanneer er in een van de hoeken van de driehoek bepaald wordt wat er gebeurt. Het is dus belangrijk dat de driehoek in balans is. *“Intensieve en vooral constructieve samenwerking tussen professionals en ouders is een noodzakelijke voorwaarde voor het welbevinden van cliënten”* (Egberts, 2007, p. 41).

3.2 Therapie met het hele gezin

Wanneer het hele gezin wordt betrokken bij de behandeling van een van de leden van het gezin, wordt de therapie ook wel systeem- of gezinstherapie genoemd. Binnen de gezinstherapie zijn meerdere stromingen, zoals de intergenerationele therapie van Nagy en de structurele gezinstherapie van Minuchin. Deze twee stromingen worden hieronder verder uitgelegd met daarin een koppeling naar hoe dit binnen de Psychomotorische Therapie geldt.

3.2.1 Intergenerationele therapie

Bij de therapie van Nagy wordt gesproken over het individu als fundamenteel verbonden met de ‘existentiële context’. De existentiële context zijn de relaties van vroeger (ouders, kinderen, familie) en belangrijke relaties die later zijn ontstaan (huwelijk) (Heyndrickx, Barbier, Driesen, Van Ongevalle & Vansevenant, 2005).

Voor die relaties worden vier dimensies beschreven (Egberts, 2007; Heyndrickx et al., 2005):

- Feiten: leeftijd, sekse, nationaliteit;
- Psychologie: ontwikkelingspsychologische fasen van een kind (verdriet, geluk);
- Interacties: communicatiepatronen, parentificatie, subsystemen;
- Ethisch-relatieel (omvat en overstijgt de eerdere drie dimensies): balans van geven en nemen, rechtvaardigheid binnen relaties.

De therapeut moet over een veelzijdige partijdigheid beschikken. Dit betekent dat hij/zij niet partijdig is voor de cliënt, maar dat hij/zij naar de gehele situatie kijkt vanuit meerdere invalshoeken. Daarnaast moet er vanuit de therapeut de nadruk worden gelegd op actie. In deze context houdt dat ‘de zorg die aangepast wordt op de ander’ in. De actie zorgt voor beweging in de balans tussen geven en ontvangen (Van den Blink, 2012).

3.2.2 Structurele gezinstherapie

Binnen de structurele gezinstherapie van Minuchin ligt de focus op het gezin als eenheid. Wanneer deze eenheid niet in balans is door een teveel of tekort aan wederzijdse betrokkenheid, zou dit leiden tot het slecht functioneren van een van de gezinsleden, met name kinderen (Lange, 2006). De structuur van de therapie houdt in dat het gezin interactiepatronen kan veranderen en toch ook zijn continuïteit en identiteit kan bewaren (Van den Blink, 2012). Bij deze vorm van therapie is het belangrijk dat de therapeut zich probeert in te voegen binnen de structuur van het gezin. Aanpassen van taal en doorvragen over persoonlijke kwesties is hierbij van belang (Lange, 2006).

Wanneer binnen de Psychomotorische Therapie gebruik gemaakt wordt van het hele gezin bij de behandeling wordt er gesproken over Psychomotorische Gezinstherapie (PMGT) of Psychomotorische Systeemtherapie (PMST). De gezinssituaties, rolpatronen en conflicten worden in bewegings-belevings-arrangementen geplaatst, zodat deze voelbaar, zichtbaar, bespreekbaar en bewerkbaar kunnen worden (Hekking & Van den Blink, 2012).

Het kan natuurlijk ook zo zijn dat het gezin niet (altijd) mee de zaal in komt. Ouders en eventueel broertjes/zusjes kunnen dan toch betrokken worden bij de behandeling, maar dan op een verbale manier en vaak buiten de therapie zelf. Bij Optima Forma is dit vaak het geval. Dit wordt in de volgende paragraaf beschreven.

3.3 Visie van Optima Forma

Bij Optima Forma wordt ‘systemisch’ gewerkt (het gezin als systeem): *“Het betrekken van het*

systeem binnen de behandeling is onmisbaar. De focus moet gelegd worden op zowel de kind- ouder-omgevingsfactoren, als op de opvoedingsfactoren” (Peters-Meinema, 2013, p. 44). Bij Optima Forma richten de therapeuten zich op het kind. Dit is gebaseerd op de cliëntgerichte stroming (client centered). Binnen deze stroming van Psychomotorische Therapie staat centraal wat de cliënt beleeft. De overtuiging is er dat deze beleving sturing geeft aan de behandeling. Daarnaast gaat deze stroming uit van wat de cliënt diep van binnen zelf is (Weerman, 2006).

Omdat zowel de oorzaak als de oplossing van het probleem nooit alleen bij het kind ligt, wordt er ook gekeken naar het systeem van het kind (Van Rossum, 2013). Om te kunnen oefenen in nieuw/ander gedrag is steun en veiligheid van de rest van het gezin, het systeem, noodzakelijk (Leenders, 2013). Daarnaast is het ook belangrijk dat het kind feedback krijgt vanuit het systeem om inzicht te krijgen in zijn geïmiteerde gedrag om te kunnen veranderen. Vanuit de visie *“it takes a village to raise a child”* (Payne, 2009, p.2) gaan de therapeuten te werk. Hierin komt het sociale aspect van het biopsychosociale model aan de orde (zie 2.2) en ook het bio-ecologische model van Bronfenbrenner (zie 2.2); de omgeving is van grote invloed op de ontwikkeling van het kind. Ze gaan op zoek naar de patronen in het gedrag van een kind, zo ook de interactiepatronen van het hele systeem. Deze worden uitgezocht en onder de loep genomen (Leenders, 2013). Als de uitkomst relevant is in de behandeling van het kind, wordt deze meegenomen in de therapie.

Omdat de therapeuten de kinderen maar 45 tot 60 minuten per week zien, wordt het als noodzakelijk gezien dat het systeem wordt betrokken bij de behandeling. Die reden hiervoor is dat zij de kinderen veel vaker en langer zien. Zij worden ingezet om de transfer makkelijker te maken voor het kind. Ook wordt er gekeken naar het patroon van opvoeden van de ouders. Soms is dit niet passend voor het kind, waardoor het kind negatief gedrag laat zien. Mocht dit het geval zijn, dan spreken de therapeuten van Optima Forma de ouders hierop aan en bieden hen handvatten (Veen, 2013).

Voor, tijdens en na de behandeling aan het kind (zowel individueel als in een groep) wordt er gestreefd naar nauw contact met ouder(s) en mogelijk ook de school van het kind. Het kan voorkomen dat ouder(s), broertjes/zusjes of vriendjes/vriendinnetjes meekomen naar de therapie en meedoen. Het kan ook betekenen dat er wordt besproken wat de vorderingen of bijzonderheden zijn. Dit kan face to face, telefonisch of per e-mail.

Samenvatting

Tijdens de behandeling van een cliënt is het belangrijk dat het systeem wordt betrokken in het proces, omdat het dan eenvoudiger is voor de cliënt om de transfer te maken naar andere contexten. Een balans in de autonomie van de cliënt, de loyaliteit van de ouders en de professionaliteit van de therapeut is gewenst voor het welbevinden van de cliënt. Bij Optima Forma wordt gewerkt vanuit de visie *“It takes a village to raise a child”* (Payne, 2009, p. 2). Omdat de therapeuten het kind te weinig zien, is het belangrijk dat het systeem van het kind wordt betrokken bij de behandeling. Omdat het systeem zo nauw betrokken wordt bij de behandeling van het kind bij Optima Forma, wordt er in dit onderzoek gekeken naar het effect van Psychomotorische Therapie op de interactie tussen moeder en kind.

4. Casuïstiek

Aan dit onderzoek nemen verschillende cliënten deel. Deze cliënten zijn allemaal in behandeling bij Optima Forma op de locaties Zwolle of Emmeloord. Een korte schets van de cliënten en hun hulpvraag (hun namen worden in verband met privacygevoeligheid niet genoemd, maar zijn veranderd in cijfers):

1. Cliënt 1 is een jongen van 7 jaar oud. Hij heeft geen diagnose en is niet getest. De jongen is aangemeld omdat hij niet lekker in zijn vel zit. Hij werd vroeger gepest en komt onzeker over. Hij is veel afgewezen op zijn school en kreeg vaak te horen dat hij het niet kon.

Zijn hulpvraag is: leer mij weerbaarder worden. Help mij om niet meer in mijn schulp te kruipen, maar om anderen te vertellen wat er aan de hand is.

2. Cliënt 2 is een jongen van 9 jaar oud. Hij heeft geen diagnose en is niet getest. De jongen ervaart gepest te worden. Ouders hebben hem aangemeld om weerbaarder te worden.

Zijn hulpvraag is: leer mij weerbaarder te worden, sterker in mijn schoenen te staan en van mij af te bijten.

3. Cliënt 3 is een meisje van 7 jaar oud. Ze heeft geen diagnose en is niet getest. Ze is aangemeld door haar ouders, die gescheiden zijn. Moeder ervaart vaak dat ze een brutale mond krijgt en vindt haar dochter soms een ander kind lijken. Vader merkt dat dochter bij hem thuis tot rust komt en dat zijn dochter structuur nodig heeft, die hij ook biedt. Het meisje is vaak boos en vindt het lastig om te verwoorden wat er aan de hand is.

Haar hulpvraag is: leer mij weerbaar te worden en meer zelfvertrouwen te hebben. Leer mij mijn emoties op de juiste manier te reguleren. Leer mij om beter samen te werken/te communiceren met mijn moeder.

4. Cliënt 4 is een jongen van 13 jaar oud. Hij heeft geen diagnose en is niet getest. Hij heeft moeite met interactie met andere kinderen. Daarnaast is hij veel gepest en is daardoor in een negatieve spiraal terecht gekomen. Zijn zelfvertrouwen is, zoals vader benoemt, nul.

Zijn hulpvraag is: leer mij meer zelfvertrouwen te hebben waardoor ik beter over mijzelf denk en ook makkelijker met anderen van mijn leeftijd om kan gaan.

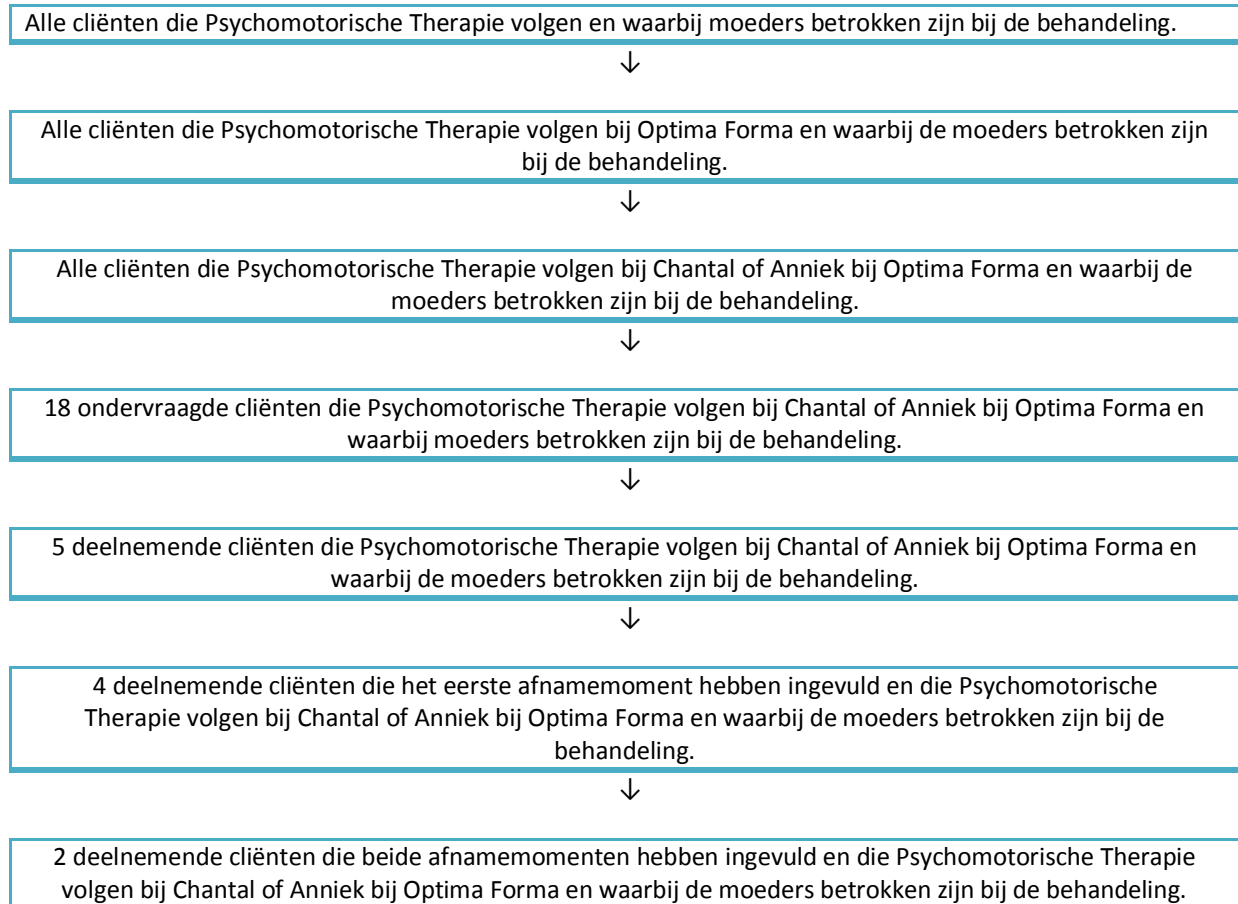
5. Cliënt 5 is een meisje van 10 jaar oud. Zij is getest, maar hieruit is geen diagnose voortgekomen. Het meisje ervaart last met sociaal afstemmen. Ze vraagt veel aandacht van anderen, is ongeduldig en heeft moeite met regels, luisteren naar anderen en stoppen wanneer dit gevraagd wordt.

Haar hulpvraag is: leer mij sociaal af te stemmen op de ander.

5. Methode

5.1 Deelnemers onderzoek

Voor dit onderzoek zal gebruikt gemaakt worden van de doelgroep die hieronder staat beschreven door middel van een schematische weergave van de onderzoekspopulatie, van de externe populatie tot de onderzoekspopulatie (Bakker & Van Buren, 2009):



Inclusiecriteria

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de kinderen van 7 tot en met 13 jaar. Deze kinderen zijn in behandeling bij een Psychomotorische Therapeut bij Optima Forma. Optima Forma is een laagdrempelige organisatie. Dit houdt in dat er veel cliënten worden behandeld zonder dat zij gediagnosticeerd zijn. Deze cliënten ervaren last door henzelf of door anderen. De cliënten komen zelf of vanuit school met de hulpvraag. Optima Forma biedt hier een passende behandeling voor aan. De hulpvragen zijn uiteenlopend van het vergroten van weerbaarheid tot agressieregulatie, van het vergroten van inzicht in zichzelf tot het beter kunnen samenwerken. Deze hulpvragen kunnen zowel individueel als in een groep worden behandeld.

Exclusiecriteria

Cliënten waarbij de vader degene met wie contact het contact verloopt bij de Psychomotorische Therapie behandeling van het kind.

Binnen dit onderzoek geldt N=5

Naam (verborgen i.v.m. privacy)	Jongen/meisje	Leeftijd	Klinisch	Groep / individueel
1	Jongen	7	Nee	Groep
2	Jongen	9	Nee	Groep
3	Meisje	7	Nee	Groep
4	Jongen	13	Nee	Individueel
5	Meisje	10	Nee	Groep

5.2 Onderzoeksinstrument

Voor dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de vragenlijst Ouder-Kind Interactie Vragenlijst – Revised (OKIV-R). De OKIV-R meet de verhoudingen tussen ouder(s) en kind(eren) tussen 8 en 18 jaar, uit Jeugdzorg, (jeugd) GGZ of (speciaal) onderwijs.

Onder verhouding wordt niet alleen verstaan de algemene opvattingen, attitudes of opvoeding van moeder, maar ook de gedragsverhouding tussen moeder en kind. In de OKIV-R wordt er gevraagd naar concreet gedrag tussen een moeder en een kind (Lange et al., 1997).

In de rubriek ‘meetinstrumenten’ van Taken in het tijdschrift voor vaktherapie wordt de OKIV-R als volgt uitgelegd (Taken, 2013):

Doel: in kaart brengen hoe de ouder de opvoedingsrelatie met het kind beoordeelt en vice versa.

Doelgroep: gezinnen met kinderen in de leeftijd van 8 tot en met 18 jaar.

Schalen: Uit onderzoek is gebleken dat de drie aspecten gezag, acceptatie en communicatievaardigheden een doorslaggevende rol spelen in de opvoeding van kinderen. De OKIV-R brengt deze aspecten in twee dimensies: conflicthantering (kwaliteit in het voorkomen en oplossen van conflicten) en acceptatie (warmte, troost, bescherming, trots).

Afname: de kindversie van de OKIV-R bestaat uit 25 vragen. De afname duurt circa 30 minuten. De ouderversie bestaat uit 21 vragen. Het invullen van deze lijst duurt circa 20 minuten. Invullen en scoren kan zowel met de hand als geautomatiseerd via Testweb.

Kwaliteit: De COTAN heeft het testmateriaal, de handleiding en de constructie als goed beoordeeld. De betrouwbaarheid heeft een voldoende gekregen. De normen zijn onvoldoende representatief. Ook de begrips- en criteriumvaliditeit zijn onvoldoende waarmee nog onvoldoende is bewezen dat de test daadwerkelijk meet wat het beoogt te meten.

Interessant: De OKIV-R is het eerste Nederlandse instrument dat het mogelijk maakt om zicht te krijgen op de verhoudingen tussen ouders en kinderen in termen van concreet gedrag en specifieke affecten. Inzicht in concrete interacties tussen ouders en kinderen geeft de therapeut handvatten voor behandeling. (p.59)

5.2.1 OKIV-R in dit onderzoek

In dit onderzoek wordt door middel van de vragenlijst in kaart gebracht hoe de interactie zich verhoudt tussen moeder en kind en vice versa. Er wordt na drie afnamemomenten (in week 0, 5 en 10) beoordeeld of er verandering in de interactie tussen moeder en kind heeft plaatsgevonden doordat het kind Psychomotorische Therapie volgt. Voor dit onderzoek zijn de benodigde documenten aanwezig. Uit de praktijk blijkt dat er door moeder en kind minder tijd wordt besteed aan de vragenlijst. De scoring zal handmatig worden uitgevoerd.

5.3 Methode dataverwerking

Bij dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de OKIV-R. Deze vragenlijst wordt afgenomen bij het kind en bij zijn/haar moeder. De vragenlijst zal op drie momenten worden afgenomen: na de eerste, de vijfde en de tiende Psychomotorische Therapiesessie. De vragenlijst wordt bij ten minste tien kinderen en hun moeder afgenomen. Na afloop worden de vragenlijsten gescoord. De resultaten hiervan worden verwerkt in grafieken met Excel. Daarnaast zullen de quintielen worden weergegeven in tabellen waaraan een interpretatie volgt van zeer negatief, negatief, gemiddeld, positief of zeer positief. Bij elke deelnemende cliënt wordt er tot slot een lijst (zie Bijlagen) ingevuld met aanwezigheid van de moeder tijdens de therapie en met een overzicht van hoe de informatieoverdracht heeft plaatsgevonden.

5.4 Verloop van het onderzoek

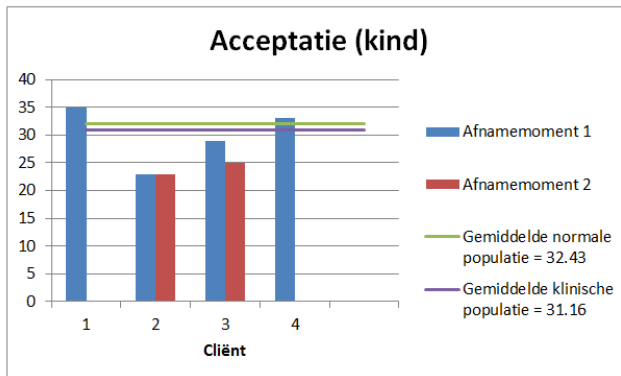
Dit onderzoek is een toetsend onderzoek, omdat het effect van de interventie, betrokkenheid van ouders bij de Psychomotorische Therapie van het kind, onderzocht wordt. Daarnaast is het een kwantitatief onderzoek, omdat er vragenlijsten worden gebruikt welke worden weergegeven in cijfers. De resultaten worden met elkaar vergeleken in een grafiek. Dit onderzoek is een longitudinaal onderzoek. Dit houdt in dat de cliënten op verschillende momenten de vragenlijsten invullen. Het is ook per cliënt verschillend wanneer de meetmomenten zijn. De meetmomenten vinden plaats tijdens de eerste, de vijfde en de tiende Psychomotorische Therapiesessie. De uitkomsten moeten dan ook bij de start van het onderzoek nog optreden. Dit houdt in dat het naast het longitudinaal onderzoek ook een prospectief onderzoek is (Bakker & Van Buren, 2009).

6. Resultaten

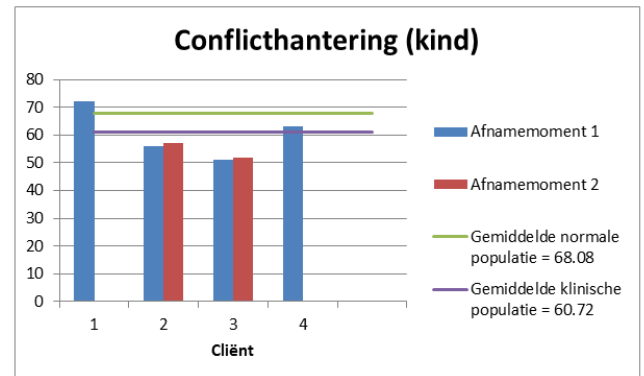
In dit hoofdstuk zijn de resultaten te vinden van de uitslagen van de OKIV-R welke is afgenomen bij vier cliënten en zijn/haar moeder. De grafieken zijn onderverdeeld in de onderdelen 'Acceptatie', 'Conflicthantering' en 'Totaal' vanuit 'moeder over kind' en 'kind over moeder' (Lange, 2001).

De uitslagen worden als volgt weergegeven:

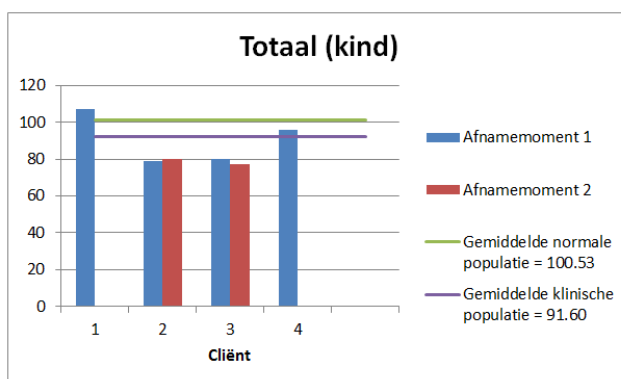
- De **blauwe** staaf is afnamemoment 1.
- De **rode** staaf is afnamemoment 2.
- De **groene** lijn is het gemiddelde van de normale populatie.
- De **paarse** lijn is het gemiddelde van de klinische populatie.



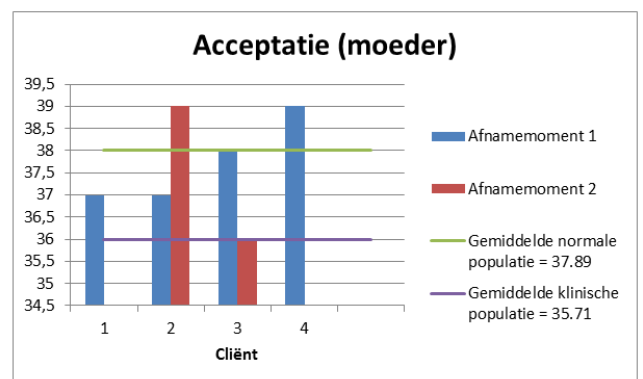
Grafiek 1.1 – Overzicht uitslagen dimensie 'acceptatie' van kind over moeder.
Interpretatie: hoe hoger tussen 8 en 40, hoe positiever.



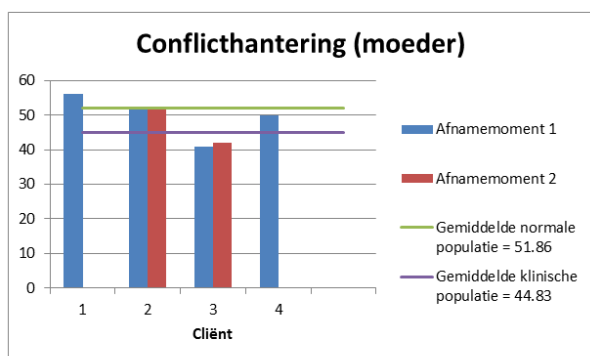
Grafiek 1.2 – Overzicht uitslagen dimensie 'conflicthantering' van kind over moeder.
Interpretatie: hoe hoger tussen 17 en 85, hoe positiever.



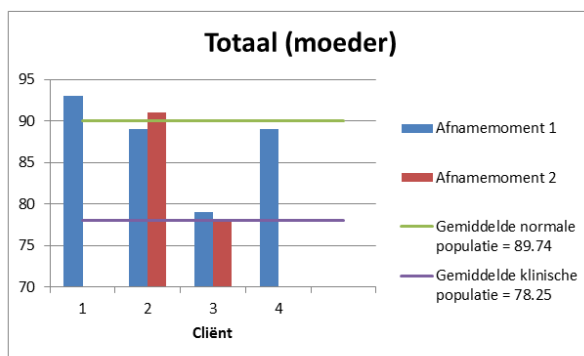
Grafiek 1.3 – Overzicht uitslagen 'totaal' van kind over moeder.
Interpretatie: hoe hoger tussen 25 en 125, hoe positiever.



Grafiek 2.1 – Overzicht uitslagen dimensie 'acceptatie' van moeder over kind.
Interpretatie: hoe hoger tussen 9 en 45, hoe positiever.



Grafiek 2.2 – Overzicht uitslagen dimensie ‘conflicthantering’ van moeder over kind.
Interpretatie: hoe hoger tussen 12 en 59, hoe positiever.



Grafiek 2.3 – Overzicht uitslagen totaal van moeder over kind.
Interpretatie: hoe hoger tussen 21 en 101, hoe positiever.

Quintielen

Er wordt een interpretatie gegeven aan de scores van de vragenlijst door middel van een quintiel. Dit gebeurt om de interactie tussen moeder en kind weer te geven. “Hoe hoger het quintiel waarin de score valt hoe positiever de OKIV-R-score, hoe lager hoe negatiever” (Lange, 2001, p. 42).

Clïënt 1

1^e afnamemoment OKIV-R kind

Schaal	Ruwe Score	Quintiel	Interpretatie
Acceptatie	35	4	Positief
Conflicthantering	52	4	Positief
Totaal	87	4	Positief

2^e afnamemoment OKIV-R kind

1^e afnamemoment OKIV-R moeder

Schaal	Ruwe Score	Quintiel	Interpretatie
Acceptatie	37	3	Gemiddeld
Conflicthantering	56	5	Zeër positief
Totaal	93	4	Positief

2^e afnamemoment OKIV-R moeder

Clïënt 2

1^e afnamemoment OKIV-R kind

Schaal	Ruwe Score	Quintiel	Interpretatie
Acceptatie	23	1	Zeër negatief
Conflicthantering	56	1	Zeër negatief
Totaal	79	1	Zeër negatief

2^e afnamemoment OKIV-R kind

Schaal	Ruwe Score	Quintiel	Interpretatie
Acceptatie	23	1	Zeër negatief
Conflicthantering	57	1	Zeër negatief
Totaal	80	1	Zeër negatief

1^e afnamemoment OKIV-R moeder

Schaal	Ruwe Score	Quintiel	Interpretatie
Acceptatie	37	3	Gemiddeld
Conflicthantering	52	3	Gemiddeld
Totaal	89	3	Gemiddeld

2^e afnamemoment OKIV-R moeder

Schaal	Ruwe Score	Quintiel	Interpretatie
Acceptatie	39	4	Positief
Conflicthantering	52	3	Gemiddeld
Totaal	91	3	Gemiddeld

Clïënt 3

1^e afnamemoment OKIV-R kind

Schaal	Ruwe Score	Quintiel	Interpretatie
Acceptatie	29	2	Negatief
Conflicthantering	51	1	Zeer negatief
Totaal	80	1	Zeer negatief

2^e afnamemoment OKIV-R kind

Schaal	Ruwe Score	Quintiel	Interpretatie
Acceptatie	25	1	Zeer negatief
Conflicthantering	52	1	Zeer negatief
Totaal	77	1	Zeer negatief

1^e afnamemoment OKIV-R moeder

Schaal	Ruwe Score	Quintiel	Interpretatie
Acceptatie	38	3	Gemiddeld
Conflicthantering	41	1	Zeer negatief
Totaal	79	1	Zeer negatief

2^e afnamemoment OKIV-R moeder

Schaal	Ruwe Score	Quintiel	Interpretatie
Acceptatie	36	2	Negatief
Conflicthantering	42	1	Zeer negatief
Totaal	78	1	Zeer negatief

Clïënt 4

1^e afnamemoment OKIV-R kind

Schaal	Ruwe Score	Quintiel	Interpretatie
Acceptatie	33	3	Gemiddeld
Conflicthantering	63	2	Negatief
Totaal	96	2	Negatief

2^e afnamemoment OKIV-R kind

1^e afnamemoment OKIV-R moeder

Schaal	Ruwe Score	Quintiel	Interpretatie
Acceptatie	39	4	Positief
Conflicthantering	50	2	Negatief
Totaal	89	3	Gemiddeld

2^e afnamemoment OKIV-R moeder

Het contact dat heeft plaatsgevonden tussen therapeut en moeder gedurende de eerste vijf weken van de behandeling van de cliënten 2 en 3 zijn hieronder schematisch weergegeven. Het overzicht van de cliënten 1 en 4 zijn weggelaten, omdat er geen tweede afnamemoment heeft plaatsgevonden. De resultaten zijn dus onbruikbaar voor dit onderzoek.

Clïënt	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Week 5
2	Face to face	Face to face	Face to face	Face to face	Face to face + Telefonische tussenevaluatie
3	Face to face	Face to face	Face to face	Face to face	Face to face + Telefonische tussenevaluatie

7. Discussie

In dit hoofdstuk staat de kritische beschouwing over dit onderzoek centraal. Hierin wordt een reflectie weergegeven op de methode, de resultaten en de uitvoering.

Methode

Voor dit onderzoek is de OKIV-R als meetinstrument gebruikt. Deze vragenlijst is geschikt voor kinderen van 8 tot en met 18 jaar oud. De deelnemers voor dit onderzoek zijn tussen de 7 tot en met 13 jaar. De vragenlijst wordt door COTAN op 'normen' en 'begrips- en criteriumvaliditeit' negatief beoordeeld.

Het is niet per definitie zo dat er door de cliënten last wordt ervaren op het gebied van interactie tussen moeder en kind. De vragenlijst is hierop toegespitst, maar onderzocht wordt wat het effect van Psychomotorische Therapie op die vorm van interactie. Dit zegt niets over of er daadwerkelijk ook last wordt ervaren op dat gebied.

Resultaten

In het praktijkgedeelte kunnen de uitslagen van een van de vijf van de deelnemende cliënten niet worden ingevoerd, omdat deze hebben nagelaten de vragenlijsten in te vullen. Voor de vier overige cliënten geldt binnen de resultaten $N=2$, omdat twee cliënten twee invulmomenten hebben gehad. Niemand heeft het derde invulmoment gehad in verband met de beperkte tijd voor de uitvoering dit praktijkonderzoek. Er is voor dit onderzoek geen statistische berekening uitgerekend waarin de minimale steekproefgrootte is gemeten. Om deze reden is het onduidelijk of de onderzoekpopulatie $N=2$ het verwachte verband of effect en de variabiliteit meet (Bakker & Van Buren, 2009).

De resultaten van de vragenlijsten kunnen door verschillende invloeden tot stand gekomen zijn. De uitkomsten betekenen niet dat de mogelijke verandering alleen maar door Psychomotorische Therapie tot stand is gekomen.

Uitvoering

Voor het onderzoek zijn achttien cliënten met hun moeders gevraagd om deel te nemen aan de hand van een brief en het informed consent (zie bijlage 1 en 2). Van de achttien besloten uiteindelijk vijf cliënten en moeders om deel te nemen aan het onderzoek. Er is sprake van een toevallige niet-steekproeffout door non-respons: een aantal personen heeft geweigerd deel te nemen aan dit onderzoek. Deze personen verschillen niet van de personen die deel nemen aan dit onderzoek (Bakker & Van Buren, 2009).

Een overzicht van de afnamemomenten:

Cliënt + moeder	Afnamemoment 1	Afnamemoment 2
1	Ingevuld	Vragenlijst kwijtgeraakt
2	Ingevuld	Ingevuld
3	Ingevuld	Ingevuld
4	Ingevuld	Niet ingevuld i.v.m. stop van behandeling
5	Niet ingevuld	Niet ingevuld

De cliënten hebben de vragenlijsten thuis ingevuld. Hierdoor was er geen toezicht van de onderzoekers. Er is dus niet bekend wie daadwerkelijk welke vragenlijst heeft ingevuld of wie bij welke vragenlijst van invloed is geweest. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat het kind het samen met moeder heeft ingevuld, waardoor moeder invloed heeft gehad op het invullen van de vragenlijst door het kind. Het is belangrijk om rekening te houden met verschillende andere invloeden op het

moment van invullen. Hier vallen onder andere de emoties onder die op dat moment eventueel speelden.

Een voorbeeld hiervan is dat er een vragenlijst terugkwam zonder dat de achterkant was ingevuld, omdat de cliënt boos was. Bij inlevering hebben de onderzoekers gevraagd of de cliënt alsnog de laatste bladzijde in wilde vullen. Het moment van invullen is zo op verschillende momenten geweest en de situatie heeft zo kunnen verschillen. Bij inlevering van de tweede vragenlijst gaf moeder aan dat de cliënt heel boos was toen ze de vragenlijst invulde.

8. Conclusie

In dit onderzoek staat het effect van Psychomotorische Therapie op de interactie tussen moeder en kind centraal.

Vanaf het begin van het leven van het kind staat de moeder centraal bij de ontwikkeling, hechting, interactie en opvoeding van het kind. Vanuit het biopsychosociaal model wordt de ontwikkeling van het kind op verschillende aspecten beïnvloed, namelijk: biologische, psychische en sociale aspecten (Schmidt, 2012). Zoals Peters-Meinema ook zegt in een interview in het tijdschrift voor vaktherapie, moet de focus gelegd worden op zowel de kind-, ouder-, omgevings- en opvoedingsfactoren (Meinema, 2013). Hierin wordt dus bevestigd dat moeder, maar ook het hele systeem, grote invloed heeft op de ontwikkeling van het kind. De oorzaak en oplossing van een probleem liggen dan ook nooit alleen maar bij het kind (Leenders, 2013). Daarom is het van belang het systeem te betrekken bij de behandeling. Dit is dan ook de visie waarop de behandeling aan een kind bij Optima Forma is gebaseerd.

De hoofdvraag binnen dit onderzoek is:

Wat is het effect van het geven van Psychomotorische Therapie bij Optima Forma aan kinderen van 7 tot en met 13 jaar die komen met een hulpvraag ter vergroting van weerbaarheid op de interactie tussen moeder en kind?

Tijdens de theoretische verdieping is er de hypothese gesteld dat het van belang is om het systeem te betrekken bij de Psychomotorische Therapie-behandeling van het kind.

Bij de behandeling bij Optima Forma is er sprake geweest van face-to-facecontact tussen moeder en therapeut. Hierin werden aandachtspunten uitgewisseld, zowel van moeder naar therapeut als andersom. In de resultaten komen verschillende punten naar voren. Zoals in de discussie is beschreven, zijn er uit dit onderzoek twee bruikbare resultaten gekomen.

Daarbij is bij cliënt 2 een lichte stijging (+1) waar te nemen rondom conflicthantering bij het kind. Het quintiel voor de normale populatie blijft 1, wat als zeer negatief wordt geïnterpreteerd. Bij moeder vindt rondom acceptatie een lichte stijging plaats (+2). Hierbij verandert het quintiel van 3 naar 4, zodat de interpretatie van gemiddeld naar positief is verschoven. Bij zowel kind als moeder blijft het totaal in quintiel gelijk. Gezien de resultaten van deze cliënt en zijn moeder is te concluderen dat Psychomotorische Therapie een positief effect heeft op de interactie tussen moeder en kind in een periode van vijf weken. Voor het kind geldt nog steeds dat de interactie als zeer negatief wordt geïnterpreteerd.

Bij cliënt 3 is er bij acceptatie een daling (-4), waardoor het quintiel van 2, negatief, naar 1, zeer negatief, verschuift. Bij de schaal conflicthantering vindt een lichte stijging (+1) plaats. Dit verandert niets aan het quintiel, deze blijft 1=zeer negatief. Bij moeder vindt een lichte daling (-2) plaats, waardoor het quintiel van 3, gemiddeld, naar 2, negatief, verschuift. Bij conflicthantering vindt een lichte stijging (+1) plaats, maar hierbij verandert het quintiel gelijk, deze blijft 1=zeer negatief. Gezien de resultaten van deze cliënt en haar moeder is te concluderen dat Psychomotorische Therapie een negatief effect heeft op de interactie tussen moeder en kind in een periode van vijf weken.

Bij het bekijken van de scores van de cliënten op de schalen acceptatie, conflicthantering en totaal is te zien dat de meeste cliënten op of onder het gemiddelde van de klinische populatie scores. Dit is weergegeven door de paarse horizontale lijn in de eerdere grafieken (zie '5. Resultaten').

Het doel van dit onderzoek was om bewijs te leveren dat Psychomotorische Therapie effect heeft op de interactie tussen moeder en kind, zodat therapeut(en), ouder(s) en de cliënt zelf duidelijkheid en

inzicht zouden kunnen krijgen over het effect van Psychomotorische Therapie op die interactie. Psychomotorische Therapie heeft zowel een positief als een negatief effect op de interactie tussen moeder en kind. Dit is gebaseerd op de eerste vijf weken van de behandeling aan kinderen van 7 tot en met 13 jaar bij Optima Forma. Dit kan geconcludeerd worden uit de resultaten N=2.

Gezien de theoretische verdieping is het van groot belang om het systeem te betrekken bij de behandeling van het kind. Omdat er in dit onderzoek geen gebruik gemaakt is van het meenemen van het gezin in de zaal (Hekking & Van den Blink, 2012) is dit nog wel aan te raden voor een vervolgonderzoek. In het volgende hoofdstuk worden aanbevelingen beschreven.

9. Aanbevelingen

- In dit onderzoek is aan achttien cliënten gevraagd om deel te nemen. Hieruit zijn vijf deelnemende cliënten gekomen. Het overzicht van de invulmomenten van de vragenlijst is weergegeven in 'Uitvoering' bij '7. Discussie'. De overige ouders waren niet gemotiveerd of waren bang voor te grote belasting voor het kind. In het vervolg is het dus belangrijk dat er vooronderzoek plaatsvindt naar de mate van welwillendheid mee te willen werken aan een dergelijk onderzoek. Daarnaast is ondersteuning vanuit ouders van belang, om zo een betrouwbaar onderzoeksresultaat te krijgen, want: *"Intensieve en vooral constructieve samenwerking tussen professionals en ouders is een noodzakelijke voorwaarde voor het welbevinden van cliënten"* (Egberts, 2007, p. 41).

- Gezien de tijd die het invullen van de vragenlijsten inneemt, is het noodzakelijk om in de tijdsplanning rekening te houden met uitval van therapieën, bijvoorbeeld door ziekte of feestdagen.

- Bij een vervolgonderzoek is het aan te raden om speciale tijd in te delen voor het afnemen van vragenlijsten. Hierdoor kan de controle behouden worden door de onderzoekers op het invullen van de vragenlijsten.

- Voor een vervolgonderzoek hoeft er niet per definitie gebruik gemaakt te worden van cliënten die last ervaren op het gebied van interactie tussen moeder en kind. In dit onderzoek was dit het geval. De onderzoeksgroep kan hier wel op worden geselecteerd, afhankelijk van het doel van het onderzoek. Wanneer dit aan de orde is, moet er gewerkt worden met een controlegroep: deze cliënten ervaren dan geen last op het gebied van de interactie tussen moeder en kind.

- Aangezien er bij dit onderzoek bleek dat veel cliënten en moeders niet deel wilden nemen, is het aan te bevelen onderzoek te doen naar de reden waarom cliënten en moeders niet deel willen nemen.

- In de resultaten is te zien dat de meeste cliënten op of onder het gemiddelde van de klinische populatie scoren. Het is goed om in een vervolgonderzoek te kijken naar de reden hiervan.

- Van Rossum zegt in zijn artikel (Van Rossum, 2013):

Het gezin kan het ontstaan van het probleem weergeven, de instandhouding, maar ook mogelijke oplossingen in beeld brengen. Juist door de verschillende perspectieven van de gezinsleden naast elkaar te zetten, kan er geleerd en gerepareerd worden. Deze context is waardevol om bij de behandeling te betrekken. (p. 43)

Gezien dit citaat en verdiepende literatuur in hoofdstuk 3 is het aan te bevelen om het systeem nauw te betrekken bij de behandeling voor een kind. Het is nuttig om te onderzoeken wat het effect is van het meenemen van het gezin in de zaal bij Psychomotorische Therapie.

- In dit onderzoek is alleen gebruik gemaakt van telefonisch contact met de moeder of face-to-facecontact op de behandellocatie. Aangezien Van den Blink en Hekking aangeven dat het meenemen van het gezin in de zaal een positief effect heeft op de behandeling van het kind (Hekking & Van den Blink, 2012), is het aan te raden om het effect hiervan in een vervolgonderzoek te bekijken.

- Voor Optima Forma is een vervolgonderzoek naar het effect van Psychomotorische Therapie op de interactie tussen moeder en kind nuttig. Hiermee wordt de invloed van Psychomotorische Therapie bewezen.

Literatuur

- Adriaenssens, P., Vanderhoeven, J. L. & Vercammen, L. (2000). *Opvoeden tot weerbare kwetsbaarheid*. Leuven/Apeldoorn: Garant en VCOV.
- Bakker, E. & Van Buren, H. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen/Houten: Noordhoff.
- Delfos, M. (2000). Over communiceren met kinderen. *PIP – Pedagogiek in praktijk*, 2-7.
- Egberts, C. (2007). *Ouders op hún plek*. Amersfoort: Agiel.
- Encyclo. Opgehaald 12 maart 2013, van: <http://www.encyclo.nl/begrip/Dyade>
- Feldman, R. S. (2009). *Ontwikkelingspsychologie*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Groenendaal, H. & Dekovic, M. (2000). Risicofactoren voor kwaliteit van de opvoeding. *Pedagogiek*.
- Hekking, P. & Fellingner, P. (2011). *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Amsterdam: Boom.
- Hekking, P. & Van den Blink, M. (2012). Het gezin in de zaal. *Systemische vaktherapie*. Zwolle: Windesheim.
- Hell, M. (2013). Zachtjes balen met Toontje. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 3-10.
- Heyndrickx, P., Barbier, I., Driesen, H., Van Ongevalle, M. & Vansevenant, K. (2005). *Meervoudig gekwetsten*. Tielt: Lannoo.
- Interactie (2013). Opgehaald 12 maart 2013, van Wikipedia: <http://nl.wikipedia.org/wiki/Interactie>
- Jacobs, D. (2002). Hechting en hechtingsstoornissen. *TOKK*, 2-15.
- Lange, A., Blonk, R., Wiers, R. & Van der Schaar, D. (1997). De Ouder Kind Interactie Vragenlijst (OKIV). *Kind en Adolescent*, 10-23.
- Lange, A. (2001). *De Ouder Kind Interactie Vragenlijst - Revised*. Amstelveen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lange, A. (2006). *Gedragsverandering in gezinnen*. Amstelveen: Martinus Nijhoff.
- Langhorn, K. (2008). *Measuring psycho-social skills development after implenting the Rock and Water program*. Opgehaald 24 april 2013, van Rots en Water E-line: <http://rotsenwater.e-line.nl/download/research/ENG/Psych%20Report%20completed%20dissertation.pdf> Miller-
- Lewis, L. R., Searle, A. K., Sawyer, M. G., Baghurst, P. A. & Hedley, D. (2013). Resource factors for mental health resilience in early childhood: An analysis with multiple methodologies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 1-23.
- Leenders, R. (2013, april 12). Interview over de visie van Optima Forma. (Van Velzen, A. & Dees, C., Interviewer)
- Lyons, R. & Woods, K. (2012). Effective transition to secondary school for shy, less confident children: A case study using 'Pyramid' group work. *Educational & Child Psychology*, 8-26.
- Van den Broek, M., Van Delft, S., Feenstra, R. & De Kruyk, S. (2010). *Het verband tussen de persoonlijkheid van een kind, de relatie met de ouders en het opvoedingsgedrag van de ouders*. Utrecht: Faculty of Social Science of Utrecht University.

- Nasvytienė, D., Lazdauskas, T. & Leonavičienė, T. (2012). Child's resilience in face of maltreatment: a meta-analysis of empirical studies. *Psychology*, 7-26.
- Nevid, J. S., Rathus, S. A. & Greene, B. (2008). *Psychiatrie een inleiding*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Nicolai, N. (2001). Hechting en psychopathologie: een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 333-342.
- Payne, V. J. (2009). *It takes a village to raise a child*. Howard: Howard University.
- Peters-Meinema, N. (2013). Systeemtherapeuten over vaktherapie. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 43-45.
- Rebel, H. J. (2000). *Communicatiebeleid en communicatiestrategie*. Den Haag: Boom Lemma.
- Rigter, J. (2010). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussem: Coutinho.
- Van Sabben, K. (2013). De verbinding verbroken. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 29-34.
- Schmidt, J. M. (2012). The biopsychosocial model and its potential for a new theory of homeopathy. *Homeopathy*, 121-128.
- Schulz von Thun, F. (2010). *"Hoe bedoelt u?"; Een psychologische analyse van menselijke ervaring*. Groningen/Houten: Noordhoff.
- Spijkerboer, C. (2010). *Hechting van de wieg tot het graf*. Opgehaald 14 maart 2013, van Mens in werking: http://www.mensinwerking.org/index_htm_files/PAPER%20HECHTING.pdf
- Sociale interactie (2013). Opgehaald 1 maart 2013 van Wikipedia: http://nl.wikipedia.org/wiki/Sociale_interactie
- Schworks (2013). *Zender<-->ontvanger*. Opgehaald van speechen: <http://www.speechen.nl/zender-ontvanger-model.htm>
- Taken, F. (2013). Meetinstrumenten. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 59-60.
- Van Dale (2013). Opgehaald 1 Maart 2013, van Van Dale: <http://www.vandale.nl/>
- Van den Bergh, P., Westerings, T. & Schoenmakers, M. (2011). Gehechtheid en loyaliteit bij pleegkinderen. *Tijdschrift voor orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en klinische kinderpsychologie*.
- Van den Blink, M. (2012). Contextuele therapie - intergenerationele therapie Nagy. *Systemische vaktherapie*. Zwolle: Windesheim.
- Van der Stelt, J. M. (1990). Moeder-kind communicatie met oog en oor. *Van horen zeggen*, 21-26.
- Van der Hulst, G. & Eggink, J.W. (2009). *Actief luisteren sleutel voor goed omgaan met verwanten*. Opgehaald 21 maart, van De Professionele Mens: http://www.deprofessionelemens.nl/6_markant.html
- Van Rossum, R. (2013). Systeemtherapeuten over vaktherapie. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 43-45.
- Veen, J. v. (2013, April 12). Interview over de visie van Optima Forma. (Van Velzen, A. & Dees, C., Interviewer)

- Veenman, R. (2000). *Interactie en participatie - de praktijk van communicatie handelen*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Vliegen, N. & Leroy, C. (2001). *Het moederland? - De vroegste relatie tussen moeder en kind in de psychoanalytische therapie*. Leuven: Acco.
- Weerd, H. S. (2013). Samen gaat het beter . *Tijdschrift van vaktherapie* , 18-25.
- Weerman, A. (2006). *Zes psychologische stromingen & één cliënt*. Soest: Nelissen.
- Wetzels, N. P. J., Van Dalen, J., Dijkman, C. I. M. & Zewald, R. J. J. (1997). *Psychologie en sociologie - Interactie in beroepssituaties*. Leiden: Spruyt, van Mantgem & De Does BV.
- Ykema, F. (sd.). *Het Rots en Water programma: sociaal-emotionele ontwikkeling voor jongens en meisjes*. Opgehaald 24 april 2013, van Gadaku Instituut:
http://www.rotsenwater.nl/?action=main.content&article_nID=73&navID=6

Bijlagen

Informatiebrief aan ouders	
Informed consent.....	
Vragenlijst kind	
Vragenlijst moeder.....	
Uitslagen kind	
Uitslagen moeder.....	
Overzicht contact systeem	
Taakverdeling.....	



Beste ouder/verzorger,

Op dit moment zijn wij, Anniek van Velzen en Chantal Dees, bezig met ons afstudeeronderzoek. Dit doen wij bij Optima Forma, in opdracht van het Ambulatorium. Het Ambulatorium is het begeleidings-, behandel- en kenniscentrum van de Christelijke Hogeschool Windesheim in Zwolle. In het kader van ons afstudeeronderzoek vragen wij om uw medewerking.

Ons onderzoek is gericht op de interactie tussen ouder en kind. Wij willen onderzoeken wat het effect is van de behandeling bij Optima Forma op de wisselwerking tussen u en uw kind. De resultaten van het onderzoek zullen bijdragen aan meer zicht op de werking van Psychomotorische Therapie bij Optima Forma.

Voor ons onderzoek willen we een vragenlijst afnemen bij de (ouder/verzorger van) kinderen die last ervaren bij interactie. Dit kan zijn op het gebied van interactie tussen het kind en ouders, maar bijvoorbeeld ook tussen het kind en broertjes/zusjes, klasgenootjes of anderen.

Bij het begin van de behandeling willen we een vragenlijst bij u en bij uw kind afnemen, dit willen we herhalen bij de tussenevaluatie en na afloop van de behandeling. Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer tien minuten voor u en ongeveer een kwartier voor uw kind. De vragenlijst wordt ter plekke ingevuld. Mocht dit niet lukken, dan kan deze in overleg ook thuis ingevuld worden. Het onderzoek heeft geen effect op de behandeling aan uw kind; deze zal gegeven worden zoals van tevoren is afgesproken. Ook als u besluit niet deel te nemen aan dit onderzoek, zullen er voor de behandeling aan uw kind geen gevolgen zijn.

Als u ons wilt helpen met dit onderzoek, vragen wij u om bijgevoegde verklaring te ondertekenen. In deze verklaring staat onder meer dat u vrijwillig deelneemt aan dit onderzoek. Het onderzoek zal volledig anoniem plaatsvinden. De resultaten van het onderzoek gebruiken wij in ons verslag.

Mocht u meer informatie willen over dit onderzoek, dan horen wij graag van u.

Met vriendelijke groet,

Anniek van Velzen
Chantal Dees



Toestemmingsverklaring voor het onderzoek naar interactie tussen ouder en kind na behandeling bij het kind bij Optima Forma

Hierbij verklaart

Naam:

Adres:

Plaats:

Telefoonnummer:

Vader/moeder van:

vrijwillig mee te willen werken aan het onderzoek naar de interactie tussen ouder en kind bij de behandeling van het kind bij Optima Forma.

Ondergetekende is schriftelijk voldoende op de hoogte gesteld van de doelstelling en de inhoud van het onderzoek en weet wat deelname voor hem/haar inhoudt. Hij/zij is in de gelegenheid gesteld om vragen te stellen. Ondergetekende kan op ieder moment de medewerking aan het onderzoek intrekken.

Ondergetekende gaat ermee akkoord dat, ten behoeve van dit onderzoek, interactionele gegevens van zijn/haar kind door de hulpverlener worden verstrekt. De gegevens die verzameld worden in dit onderzoek zullen vertrouwelijk worden behandeld.

Ondergetekende geeft toestemming tot publicatie van de uit dit onderzoek voortkomende resultaten (geen individuele gegevens!). Bij publicatie van de resultaten wordt anonimiteit gewaarborgd. Na afloop van het onderzoek wordt u van de resultaten op de hoogte gesteld.

Plaats:

Plaats:

Datum:

Datum:

Handtekening ouder:

Handtekening onderzoeker(s):

Vragenlijst kind

Vragenlijst niet inbegrepen in verband met copyright.

Vragenlijst moeder

Vragenlijst niet inbegrepen in verband met copyright.

Uitslagen – Kind

Cliënt 1		Cliënt 2		Cliënt 3		Cliënt 4	
Afname 1	Afname 2	Afname 1	Afname 2	Afname 1	Afname 2	Afname 1	Afname 2
1. C4		1. C3	1. C4	1. C1	1. C5	1. C4	
2. C4		2. C4	2. C4	2. C3	2. C5	2. C4	
3. C4		3. C4	3. C4	3. C3	3. C5	3. C4	
4. C5		4. C4	4. C5	4. C4	4. C5	4. C5	
5. C5		5. C4	5. C3	5. C3	5. C5	5. C4	
6. C4		6. C3	6. C4	6. C2	6. C1	6. C3	
7. A4		7. A3	7. A4	7. A3	7. A5	7. A4	
8. C4		8. C3	8. C4	8. C3	8. C3	8. C3	
9. C4		9. C2	9. C3	9. C5	9. C2	9. C4	
10. A4		10. A2	10. A2	10. A4	10. A3	10. A4	
11. A4		11. A4	11. A3	11. A4	11. A4	11. A4	
12. C4		12. C3	12. C4	12. C4	12. C2	12. C2	
13. C4		13. C4	13. C1	13. C2	13. C2	13. C4	
14. A5		14. A1	14. A2	14. A3	14. A1	14. A4	
15. C4		15. C3	15. C3	15. C5	15. C3	15. C4	
16. A4		16. A2	16. A2	16. A5	16. A4	16. A4	
17. C4		17. C3	17. C3	17. C3	17. C3	17. C3	
18. C4		18. C3	18. C3	18. C2	18. C2	18. C3	
19. C4		19. C3	19. C3	19. C3	19. C3	19. C3	
20. C5		20. C5	20. C5	20. C3	20. C3	20. C5	
21. A4		21. A5	21. A4	21. A3	21. A3	21. A5	
22. C5		22. C2	22. C3	22. C3	22. C2	22. C3	
23. A5		23. A2	23. A1	23. A4	23. A3	23. A4	
24. A5		24. A4	24. A5	24. A3	24. A2	24. A4	
25. C4		25. C3	25. C1	25. C2	25. C1	25. C2	
A= 35	A=	A= 23	A= 23	A= 29	A= 25	A= 33	A=
C= 72	C=	C= 56	C= 57	C= 51	C= 52	C= 63	C=
T= 109	T=	T= 79	T= 80	T= 80	T= 77	T= 96	T=

Uitslagen – Moeder

Cliënt 1		Cliënt 2		Cliënt 3		Cliënt 4	
Afname 1	Afname 2	Afname 1	Afname 2	Afname 1	Afname 2	Afname 1	Afname 2
1. C5		1. C5	1. C5	1. C4	1. C4	1. C4	
2. C5		2. C3	2. C3	2. C2	2. C1	2. C3	
3. A5		3. A5	3. A5	3. A5	3. A4	3. A5	
4. C5		4. C5	4. C5	4. C4	4. C4	4. C5	
5. C5		5. C5	5. C5	5. C4	5. C5	5. C5	
6. C5		6. C4	6. C4	6. C4	6. C4	6. C4	
7. C5		7. C5	7. C5	7. C4	7. C4	7. C5	
8. A4		8. A4	8. A4	8. A4	8. A4	8. A5	
9. C4		9. C5	9. C5	9. C4	9. C4	9. C4	
10. C5		10. C3	10. C3	10. C3	10. C3	10. C3	
11. A4		11. A3	11. A4	11. A4	11. A4	11. A4	
12. C4		12. C5	12. C5	12. C3	12. C2	12. C3	
13. A5		13. A5	13. A5	13. A5	13. A5	13. A5	
14. C4		14. C4	14. C3	14. C2	14. C3	14. C5	
15. C5		15. C5	15. C5	15. C5	15. C5	15. C5	
16. A3		16. A3	16. A3	16. A4	16. A3	16. A3	
17. C4		17. C3	17. C4	17. C2	17. C3	17. C4	
18. A4		18. A4	18. A4	18. A3	18. A3	18. A3	
19. A5		19. A5	19. A5	19. A5	19. A5	19. A5	
20. A4		20. A4	20. A4	20. A4	20. A4	20. A5	
21. A3		21. A4	21. A5	21. A4	21. A4	21. A4	
A= 37	A=	A= 37	A= 39	A= 38	A= 36	A= 39	A=
C= 56	C=	C= 52	C= 52	C= 41	C= 42	C= 50	C=
T= 93	T=	T= 89	T= 91	T= 79	T= 78	T= 89	T=

Overzicht contact systeem

Nummer:

Naam:

Leeftijd:

Individueel/groep (doorhalen wat niet van toepassing)

Dag van behandeling: maandag/woensdag (doorhalen wat niet van toepassing)

Aanwezigheid

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.

Aanwezigheid papa

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.

Aanwezigheid mama

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.

Aanwezigheid broertje(s)/zusje(s) (Noteren wie)

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.

Intake

- Datum:

- Aanwezig: (stief)papa/(stief)mama/kind (doorhalen wat niet van toepassing is)

Eerste keer

- Aanwezig in de zaal: (stief)papa/(stief)mama/kind (doorhalen wat niet van toepassing is)

Contact met ouder(s)

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Bel	Bel	Bel	Bel	Bel	Bel	Bel	Bel	Bel	Bel
Mail	Mail	Mail	Mail	Mail	Mail	Mail	Mail	Mail	Mail
Face to face	Face to face	Face to face	Face to face	Face to face	Face to face	Face to face	Face to face	Face to face	Face to face
Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen

Tussenevaluatie

-Datum:

- Aanwezig: (stief)papa/(stief)mama/kind (doorhalen wat niet van toepassing is)

- Bel/mail/face to face/geen (doorhalen wat niet van toepassing is)

Evaluatie

-Datum:

- Aanwezig: (stief)papa/(stief)mama/kind (doorhalen wat niet van toepassing is)

- Bel/mail/face to face/geen (doorhalen wat niet van toepassing is)

Taakverdeling

Taak	Wie?
Voorkant	Ben, Chantal en Anniek
Voorwoord	Chantal en Anniek
Abstract	Chantal en Anniek
Inhoudsopgave	Chantal en Anniek
Inleiding	Chantal en Anniek
Theoretisch kader	Anniek
Deelvraag 1: Interactie - Interactie - Samenvatting	Chantal Chantal en Anniek
Deelvraag 2: Rol moeder in ontwikkeling - Ontwikkeling van het kind - Hechting tussen moeder en kind - Hechtingsstijlen - Bescherm- en risicofactoren - Interactie tussen moeder en kind - Relatie tussen moeder en kind - Relatie en communicatie - Opvoeding - Samenvatting	Chantal Anniek Chantal Chantal Anniek Anniek Anniek Chantal Anniek Chantal en Anniek
Deelvraag 3: Interactie ouder(s) en therapeut - Driehoek - Therapie met het gezin - Visie Optima Forma - Samenvatting	Chantal en Anniek Chantal Chantal Chantal en Anniek
4. Casuïstiek	Chantal
5. Methode - Deelnemers - Onderzoeksinstrument - Methode data verwerking - Verloop van het onderzoek	Chantal en Anniek Anniek Chantal en Anniek Chantal en Anniek
6. Resultaten - Grafieken	Chantal en Anniek Chantal
7. Discussie	Chantal en Anniek
8. Conclusie	Chantal en Anniek
9. Aanbeveling	Chantal en Anniek
Literatuur	Chantal en Anniek
Bijlagen	Chantal en Anniek