

Samen een Gezin

Onderzoek naar het effect van Psychomotorische Systeem therapie op de positionering van de ouders in een gezin.



Larissa van Zummeren

Mei 2013

Hogeschool Windesheim

Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie

Scriptiebegeleider:

Tina Bellemans

Scriptiebeoordelaar:

Gerald Riedstra

Voorwoord

Voor u ligt de uitwerking van een onderzoek dat ik heb gedaan als afstudeeropdracht voor de opleiding Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie, op Hogeschool Windesheim.

Het onderzoek is gegaan over psychomotorische systeemtherapie, een vorm van therapie die wordt aangeboden op de locatie waar ik mijn stage heb volbracht. Ik heb met heel veel plezier en begrip iedere week naar alle gezinnen gekeken. Ieder gezin is zo uniek en bijzonder. Dat is de reden dat ik me daar meer in wilde gaan verdiepen. Bij de gezinnen zag ik vooruitgang als ze psychomotorische systeemtherapie hadden ondergaan. Ik was benieuwd hoe het effect van de behandeling bewezen kon worden, vandaar dat ik dit ben gaan onderzoeken.

Bij dit onderzoek zijn veel personen van belang geweest. Zonder hen had ik dit niet allemaal kunnen doen. Daarom wil ik graag een aantal mensen bedanken. Ten eerste wil ik Herlaarhof bedanken, want zonder Herlaarhof had ik op deze locatie geen therapie kunnen aanbieden aan gezinnen. Daarnaast wil ik Severinus bedanken, een organisatie voor verstandelijk gehandicapten. Voor de psychomotorische systeemtherapie mochten wij gebruik maken van de sportzaal van Severinus.

Verder wil ik heel graag Ralph Vlassak, de psychomotorische therapeut, bedanken. Zonder hem had ik deze stage en dit onderzoek nooit uit kunnen voeren op de manier waarop het nu gebeurd is. Ralph heeft me met zijn kennis en kundigheid heel erg geholpen. Daarbij wil ik ook Jan Geerts bedanken, de systeemtherapeut. Van hem heb ik veel geleerd over de omgang met gezinnen en ik heb iedere week met bewondering naar hem geluisterd. Uiteraard wil ik ook de betrokken gezinnen bedanken, want zonder hen had dit onderzoek niet plaats kunnen vinden. Ik ben dankbaar dat ik met ze heb mogen werken.

Naast de mensen die ik genoemd heb, wil ik ook alle andere betrokkenen bedanken voor hun bijdrage. Ik wil Marco Visser en Minny Kramer bedanken voor hun kennis en behulpzaamheid. Ik wil Tina Bellemans, mijn begeleider van de opleiding, nog graag bedanken voor haar hulp, steun en betrokkenheid bij mijn onderzoek. Zij heeft me vaak gecorrigeerd en positieve feedback gegeven. Daardoor is het resultaat nu zo geworden.

Ten slotte wil ik nog mijn ouders, zus, en tweelingzus bedanken omdat ze me altijd hebben gesteund en achter me hebben gestaan tijdens mijn opleiding.

Larissa van Zummeren

Abstract

“Together a family” is a research on the effect of the module Psychomotor System therapy (PMST) on the positioning of the parents in a family with at least one child with the diagnose autism. Autism does not only affects the child, but the whole family. PMST can give a family the opportunity to grow and develop again. PMST is an intervention in which the whole family will be involved in the treatment, consisting of conversations and activities in the gym. The intention of PMST is treating families involving a disturbed family dynamics, where verbal methods have failed. PMST is consisting of non-verbal and verbal interventions. PMST is not just giving insight to the whole family, but to give the family the experience that it is possible to change the family interaction.

The used method for this research is the OKIV: Parent-Child-Interaction Questionnaire. The results of this research show that the module PMST has a positive effect on the positioning of the parents in a family, in which at least one child has autism. The family is again: “Together a family.” The conclusion is that PMST needs more research to prove the effect.

Inhoudsopgave

§ 1. Inleiding	4
▪ Aanleiding	4
▪ Doelstelling	4
▪ Onderzoeksvraag	5
§ 2. Theoretisch kader	6
▪ Autisme	6
▪ PMST	7
▪ Autisme voor het gezin	8
▪ Module en Behandeltraject	11
§ 3. Methode	13
▪ Type onderzoek	13
▪ Onderzoekspopulatie	13
▪ Meetinstrument	13
§ 4. Onderzoeksresultaten	15
▪ Resultaten	15
§ 5. Conclusie	20
§ 6. Discussie	21
§ 7. Aanbevelingen	22
§ 8. Literatuurlijst	23
§ 9. Bijlagen	24
▪ Bijlage 1: OKIV-r normtabellen en scores normale populatie	24
▪ Bijlage 2: OKIV-r normtabellen en scores klinische populatie	25
▪ Bijlage 3: Scoringstabel OKIV-r	26
▪ Bijlage 4: OKIV-r Vragenlijsten	27

§ Inleiding

§ Aanleiding

Het onderwerp van het onderzoek is ontstaan naar aanleiding van een eindstage psychomotorische therapie bij Herlaarhof, onderdeel van Reinier van Arkel-groep. Herlaarhof is een instelling voor kinderen en jongeren met een psychische/psychosociale stoornis. Cliënten van Herlaarhof kunnen onder andere in aanmerking komen voor psychomotorische systeemtherapie, afgekort PMST. De psychomotorische systeemtherapie is bedoeld voor kinderen/jongeren met één of meerdere gedragsstoornis(sen) en hun gezin. De focus wordt hierbij niet alleen gelegd op het kind met de gedragsstoornis, maar het hele systeem komt in het middelpunt te staan. Onder het systeem worden meestal de gezinsleden verstaan. Individuele of groepstherapie zal niet altijd het gewenste effect opleveren bij een kind. Dat kan komen omdat het gezin een belangrijke rol speelt. PMST kan dan ingezet worden. Het gezin is in dit geval belangrijk bij het vinden en uitvoeren van een oplossing van het probleem (Ramshorst, 2004).

Op Herlaarhof wordt met een module Psychomotorische Systeemtherapie gewerkt, die speciaal voor Herlaarhof geschreven is. De module wordt alleen binnen Herlaarhof toegepast. Deze module is geschreven door Mevrouw O. van Keulen van het K.S. Adviesbureau voor jeugdvraagstukken (Keulen, 2011).

De module PMST wordt aangeboden door een PMT-er en door een systeemtherapeut. Zij werken tijdens de therapiesessies samen en versterken elkaar. De systeemtherapeut begint de sessie door middel van een gesprek met het hele gezin. Vervolgens gaat de PMT-er met het hele systeem aan de slag in de zaal. De systeemtherapeut sluit de sessie af met een gesprek met de ouders, en eventueel kinderen.

De module is ontwikkeld voor gezinnen waarbij sprake is van een verstoorde gezinsdynamiek, waarvan één van de kinderen, tussen 0 en 18 jaar, een psychiatrische stoornis of probleem heeft, die bij verbaal georiënteerde methoden geen succes ervaren. De gezinnen komen maximaal vijf keer naar de therapie, waarbij het probleem van het gezin centraal staat. De nadruk komt te liggen op de interactie tussen de gezinsleden, in plaats van dat de nadruk komt te liggen op het individuele probleem. In de praktijk wordt de module vooral toegepast bij gezinnen waarbij Autisme spectrum stoornis, afgekort ASS, voorkomt bij één of meerdere van de kinderen en waarbij de gezinsrelaties verstoord zijn. Tijdens de therapie wordt er gewerkt aan het doorbreken van patronen, het verbeteren van de communicatie, afstemmen tussen de gezinsleden en het weer ervaren van plezier in de thuissituatie. Het is van belang dat het gezin positieve ervaringen opdoet in de therapie en dat het evenwicht binnen het gezin hersteld wordt. Na te hebben geoefend met nieuw gedrag is het aan het gezin om dit toe te gaan passen in de thuissituatie.

De module is practice-based, nog niet evidence-based. Het is gewenst om de effectiviteit van deze module te bewijzen en dus verder te onderbouwen.

§ 1.2 Doelstelling

Doel van de PMST is het behandelen van gezinnen waarbij sprake is van een verstoorde gezinsdynamiek. Bij deze gezinnen hebben verbale methodieken geen effect gehad. Door de PMST worden patronen binnen het gezin helder en krijgt het gezin daar zelf ook zicht op. Vervolgens wordt er geoefend met nieuw gedrag. Doel van het onderzoek is het helder krijgen van het effect van de module PMST bij gezinnen met ASS.

Daarbij kunnen de resultaten van dit onderzoek mogelijk een bijdrage leveren aan de behandeling van ASS. Er zijn veel mogelijke behandelingen voor ASS, maar er zijn nog maar weinig behandelingen, zowel nationaal als internationaal, onderzocht (Rooijen & Rietveld, 2013).

PMT is niet altijd de juiste behandeling voor kinderen met ASS. Soms spelen er processen tussen gezinsleden, waardoor een individuele of groepstherapie niet aan kan slaan. Daarom wordt het hele

systeem dan uitgenodigd voor PMST. Door onderzoek te doen naar het effect van de module PMST, kan aangetoond worden of PMST een bijdrage levert in de behandeling van ASS. Uit de resultaten van dit onderzoek kan ook blijken dat het aanbieden van de module PMST geen verschil maakt voor de positionering van de ouders ten opzichte van de kinderen.

Het onderzoek heeft ook een maatschappelijke relevantie. Het draagt bij aan oplossingen voor de maatschappij. In 2011 is bewezen dat slechts 2% met het hele gezin hulp vraagt. Er is echter gebleken dat uit alle aanmeldingsklachten van jeugdigen, 10% over gezinsproblemen gaat. In de praktijk blijkt dat 11% te zijn. Dit is gestegen ten opzichte van 2010, toen was het nog 8%. Bij de aanmeldingsklachten van de volwassenen kwamen geen gezinsproblemen voor in de top vijf. De onderzoeken zijn gedaan door de Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (Psychologenpraktijk Element, 2011).

Uit deze percentages blijkt dus dat er wel degelijk gezinsproblemen zijn, maar dat er lang niet altijd iets mee gedaan wordt. Het onderzoek is dus relevant voor de maatschappij. Wellicht gaan meer mensen in therapie als ze weten dat het bewezen is.

§ 1.3 Onderzoeksvraag

In dit onderzoek staat de volgende vraag centraal:

Wat is het verschil in positionering van de ouders ten opzichte van de kinderen, waarvan ten minste één kind ASS heeft, na het toepassen van de module PMST, ten opzichte van de positionering van de ouders ten opzichte van de kinderen, voorafgaand aan de module PMST?

In de uitwerking van dit onderzoek zal eerst een theoretisch kader gegeven worden. Hierin wordt de doelgroep toegelicht en wordt er weergegeven wat PMST betekent en wat het inhoudt voor het gezin. Vervolgens wordt de onderzoeksmethode besproken, met het bij dit onderzoek gebruikte meetinstrument. De resultaten die naar voren zijn gekomen door het gebruik van dit meetinstrument worden in hoofdstuk vier weergegeven in tabellen en grafieken. Gedurende het onderzoek zijn er ook discussiepunten naar voren gekomen die besproken zullen worden in de discussie. Daaruit worden vervolgens ook aanbevelingen gegeven voor een mogelijk vervolgonderzoek. Alle bijlagen die van toepassing zijn geweest voor dit onderzoek zullen ten slotte na de literatuurlijst te vinden zijn.

§ 2. Theoretisch kader

§ 2.1 Autisme

Een Autisme Spectrum Stoornis wordt ook wel aangeduid met de benaming pervasieve ontwikkelingsstoornis, wat een stoornis in allerlei aspecten van de ontwikkeling inhoudt. Uit alle aspecten van de pervasieve ontwikkelingsstoornis is de sociaalcognitieve ontwikkeling het meest kenmerkend (Rigter, 2010).

Onder pervasieve ontwikkelingsstoornissen vallen de volgende diagnoses:

- Klassiek Autisme
- Rett-syndroom
- Desintegratieve stoornis
- Syndroom van Asperger
- PDD-NOS: Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified

Oorzaak

Genetische factoren zijn de oorzaak van een autisme spectrum stoornis. Invloeden uit de psychosociale omgeving of opvoedkundige vaardigheden spelen geen rol bij het ontstaan van autisme. Complicaties of infecties gedurende een zwangerschap of andere medische aandoeningen, kunnen (mede) een oorzaak zijn van autisme. Dit is volgens Rutter (1999) bij ongeveer 10 procent van de autistische stoornissen van invloed.

Prevalentie

Uit een onderzoek, uitgevoerd door de gezondheidsraad (2009), kan geschat worden dat de prevalentie 60 tot 100 per 10.000 mensen een autisme spectrum stoornis heeft. Dit onderzoek is in het buitenland uitgevoerd, maar er wordt aangenomen dat deze resultaten ook gelden voor Nederland. Er zijn namelijk geen verschillen in cultuur, sociaaleconomische status of etnische groepen gevonden (Gezondheidsraad, 2009).

De verhouding van de stoornis tussen man of jongen en vrouw of meisje is 4:1. Daarnaast heeft ongeveer 50 procent van mensen met een autisme spectrum stoornis, een verstandelijke beperking. Van het totale percentages autisme spectrum stoornissen is 25 procent klassiek autisme en ruim 50 procent PDD-NOS en de Stoornis van Asperger. De stoornis van Rett en de desintegratieve stoornis bevatten samen ongeveer 12,5 procent (Gezondheidsraad, 2009).

Veel onderzoek naar autisme wordt gedaan met tweelingen. Uit onderzoek is gebleken dat als de ene helft van een eeneiige tweeling autisme heeft, de kans dat de andere helft ook autisme heeft 50-90 procent is. En de kans dat het broertje of zusje van een kind met autisme ook autisme heeft, is 3-7 procent. Dit laat zien dat er een grote erfelijke invloed is, als deze percentages worden vergeleken met de prevalentie bij de bevolking. Bij autisme is er sprake van poligenetische overerving: er is een onbekend aantal genen nodig om de stoornis te krijgen (Rigter, 2010).

§ 2.2 Psychomotorische Systeemtherapie

PMT

Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met psychische of psychiatrische problemen, waarbij gebruik gemaakt wordt van lichaamsgerichte activiteiten en bewegingsgerichte activiteiten (Beroepsprofiel psychomotorische therapeut, 2009).

Systeemtherapie

Systeemtherapie is een verbale therapievorm met het hele systeem. Een belangrijk uitgangspunt van de systeemtherapie is dat problemen altijd samenhangen en beïnvloed worden door de context waarin zij voorkomen. De context kan zowel een gezin, een familie, of een maatschappelijke context zijn. Systeemtherapie omvat dus meer dan de gezinsleden afzonderlijk, het gaat om de betrekking tussen de gezinsleden onderling (Keulen, 2011).

Relaties kunnen zowel steunend en helpend, maar ook schadelijk voor het welbevinden zijn. De systeemtherapie richt zich op de complexiteit van relaties en kijkt naar de moeilijkheden in het systeem (Savenije, Lawick & Reijmers, 2008).

Indien een systeem niet goed kan functioneren, betekent dit dat het gezin uit balans is. Om het evenwicht weer te vinden, is positieve feedback van belang. Het is de bedoeling dat er weer een dynamisch evenwicht ontstaat. Deze balansverstoring kan pas verholpen worden indien er inzicht is in het verstoorde patroon. Pas als er bewustwording van het probleem is, kan er gewerkt worden aan gedragsverandering (Keulen, 2011).

PMST

Uit onderzoek is gebleken dat 42,7% van de Nederlanders een psychiatrische stoornis ontwikkelt op enig moment in het leven (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010).

Een psychiatrische stoornis in het gezin, heeft invloed op alle leden van dit systeem. Er zijn veel behandelvormen voor individuen vanuit de hulpverlening, maar weinig behandelvormen richten zich op het gezin. De behandelvormen die er zijn voor het gezin, richten zich vaak allen op de ouders, alleen op het zieke kind, of zijn veelal verbaal. Verbale therapie, zoals systeemtherapie, werkt niet voor iedereen. Om deze redenen, is PMST als therapie ontstaan (Keulen, 2011).

PMST is een combinatie van psychomotorische therapie en systeemtherapie. Oftewel, een combinatie van een non-verbale therapie met een verbale therapie. De systeemtherapeut en psychomotorische therapeut zijn co-therapeuten. Dit betekent dat ze zowel in de gymzaal als in de gespreksruimte beiden aanwezig zijn (Lange, 2010) en (Maurer, 2012).

De systeemtherapie is krachtig wat betreft communiceren en verbaliseren. De non-verbale interventies van de psychomotorische therapie blijken behulpzaam te zijn bij deze verbale zijde van de systeemtherapie. De kwaliteiten van beide disciplines worden gebundeld (Lange, 2010).

Binnen de PMST worden kwaliteiten van de systeemtherapie en van de PMT benut. Binnen de PMT wordt meer gekeken naar het individu als geheel, en binnen de systeemtherapie wordt er juist gekeken naar het systeem in zijn geheel. Binnen de PMT kan onder andere de lichaamsbeleving niet los van de persoon zelf gezien worden, en binnen de systeemtherapie kan de persoon zelf niet los van het systeem gezien worden. Door dit samen te voegen, wordt er gekeken naar hele systeem en de daarbij horende context. Het probleem kan op deze manier beter begrepen en behandeld worden (Zimmer, z.d.).

§ 2.3 Autisme voor het gezin

Naast de lasten die kinderen ervaren van een pervasieve ontwikkelingsstoornis, ervaren de ouders en het gezin ook problemen of lasten van de stoornis. Om te onderzoeken welke problemen de ouders ervaren, is er een onderzoek gedaan met behulp van de CBCL (Child Behaviour Check List) (Greaves-Lord, 2007).

Dit onderzoek is gepubliceerd in het Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme. Uit dit onderzoek van Greaves-Lord (2007) zijn de meest voorkomende problemen bij kinderen met autisme, van de kleuterleeftijd tot aan de adolescentie volgens de ouders als volgt:

Tabel 1 Meest voorkomende problemen in de kleutertijd (n = 36)

Probleem	Percentage ouders
1. Wisselt snel de ene activiteit voor de andere	65,7%
2. Kan zich niet concentreren, de aandacht erbij houden	62,9%
3. Van slag door elke verandering in de dagelijkse routine	54,3%
4. Kan niet wachten, wil alles onmiddellijk	51,4%
5. Eist veel aandacht op	51,4%

Tabel 2 Meest voorkomende problemen in de kindertijd (n = 114)

Probleem	Percentage ouders
1. Eist veel aandacht op	58,8%
2. Let niet goed op of is snel afgeleid	57,0%
3. Kan zich niet concentreren, de aandacht erbij houden	48,2%
4. Kan niet stil zitten, rusteloos, hyperactief	43,0%
5. Impulsief of doet dingen zonder erbij na te denken	40,4%
6. Kan bepaalde gedachten niet uit zijn/haar hoofd zetten	39,5%
7. Spreekt veel tegen of maakt veel ruzie	37,7%
8. Dagdromen of gaat op in zijn/haar gedachten	36,8 %
9. Doet zich te jong voor	36,0%
10. Klampt zich vast aan volwassenen of is te afhankelijk	36,0%

Tabel 3 Meest voorkomende problemen in de adolescentie (n =14)

Probleem	Percentage ouders
1. Gesloten, ander weet niet goed wat er in hem/haar omgaat	71,4%
2. Zenuwachtig of gespannen	71,4%
3. Kan bepaalde gedachten niet uit zijn/haar hoofd zetten	64,3%
4. Maakt zich zorgen	61,5%
5. Dagdromen, gaat op in zijn/haar gedachten	57,1%
6. Teruggetrokken, komt niet tot contact met anderen	57,1%
7. Ongelukkig, verdrietig, gedeprimeerd	50,0%
8. Slaapt minder dan de meeste leeftijdsgenoten	50,0%
9. Is te angstig of te bang	46,2%
10. Klampt zich vast aan volwassenen of is te afhankelijk	42,9%

De tabellen laten zien dat er een verschuiving plaats vindt van de problematiek die de ouders bij het kind ervaren. De stoornis van een kind in een gezin heeft invloed op alle gezinsleden. De interacties tussen de gezinsleden kunnen erdoor veranderen en het kan een negatieve invloed hebben op gezinsrelaties (Keulen, 2011). Een kind met autisme vraagt veel van de ouders, vooral van de opvoedingsvaardigheden van moeder. Dit omdat moeders vaak sneller in de gaten hebben wat er gaande is, wat hen alert en betrokken maakt en houdt bij het kind. Bovendien is de moeder vaak het meeste aanwezig in het gezin. Kinderen met autisme kunnen daarnaast moeite hebben met het

opbouwen van meerdere relaties. Doordat het kind met autisme veel van de ouders vraagt, kan er extra druk komen te staan op de relatie van de ouders (Aerts & Kroes, 2010).

Uit hetzelfde onderzoek van Aerts & Kroes (2010) is gebleken dat moeders meer gezondheidsklachten ervaren en dat het gezin geïsoleerd is, ten opzichte van gezinnen zonder een kind met ASS. Vaders blijken minder klachten te ervaren als ouder, en blijken hun aandacht vooral te richten op de problemen van het kind met ASS.

Naast de gevolgen van ASS op het kind zelf en op de ouders, heeft het ook gevolgen voor de broers en zussen. Omdat het kind met autisme veel aandacht van de ouders vergt, kan het broertje of zusje zichzelf gaan wegcijferen. Hierdoor kan de eigen ontwikkeling vertragen. Bovendien geeft het hebben van een broer of zus met autisme een hoger risico op psychosociale of psychiatrische problemen (Aerts et al, 2010).

Broertjes of zusjes hebben vaak het idee dat ze met niemand over hun gevoelens kunnen praten, omdat ze denken dat moeder het gezin dan bijvoorbeeld niet meer goed aankan.

Zoals uit bovenstaand blijkt, kan een gezin uit elkaar groeien doordat er ASS in het gezin voorkomt. Daarvoor kan PMST een uitkomst zijn. Door het gezamenlijk doen van activiteiten in de gymzaal ervaart het gezin een goed gevoel, een gevoel van saamhorigheid en een gevoel van hoop. Hoop dat problemen toch wel aangepakt kunnen worden (Ramshorst, 2004).

Als het gezin zich zo natuurlijk mogelijk gedraagt, kan de gezinsinteractie het beste geobserveerd worden. Door middel van een non-verbale therapievorm, zoals psychomotorische therapie, kan deze gezinsinteractie goed naar voren komen. Het biedt het gezin de mogelijkheid om zich niet alleen met woorden uit te drukken, maar ook op een andere manier (Ramshorst, 2004).

Volgens Rober (2002) ben je door middel van psychomotorische middelen bezig met het vertellen van een verhaal dat nog niet verteld is.

Voor een kind met autisme kan het erg prettig zijn om niet altijd woorden te hoeven gebruiken om zichzelf uit te kunnen drukken. Bovendien nemen ze woorden en uitdrukkingen vaak erg letterlijk, waardoor dat verwarring op kan leveren. Daarnaast is het voor iemand met autisme vaak lastig om de essentie van datgene wat gezegd is te begrijpen. Door middel van activiteiten die gedaan worden binnen de PMST kan het voor iemand met autisme duidelijker zijn wat er bedoeld wordt (Landelijk Netwerk Autisme, z.d.).

Het kan ook lastig zijn om emoties te verwoorden of om te vertellen wat er in een persoon met autisme om gaat. Het doen van activiteiten in de PMST kan bijdragen om deze emoties duidelijker te maken. Lichaamssignalen kunnen aangeven wat voor emotionele impact een gebeurtenis of activiteit heeft op het kind met autisme (Ramshorst, 2004). Binnen de PMST gaat het ook niet om de gebreken van het kind, of om wat het kind moet veranderen aan zichzelf. De aandacht verschuift van de problematiek van de cliënt naar het gehele gezin (Lange, 2005). Het gaat om het krijgen van inzicht in de onderlinge verhoudingen van het gezin, en om het verbeteren daarvan.

Zoals in de kenmerken van de DSM-IV vermeld staat, heeft een kind met autisme een stoornis in het gebruik van verschillende vormen van non-verbaal gedrag. Binnen de PMST komen deze kenmerken duidelijk naar voren, alleen wordt er niet gekeken naar het kind zelf, maar naar hoe het gezin hier mee om gaat. Daarnaast is het voor een kind met autisme lastig om een gesprek te beginnen of te onderhouden. Binnen de PMST is het gespreksdeel kort, en staat de bewegingscontext centraal. Daarbij gaat het niet om het uitvoeren van een perfecte beweging. Dan komt de nadruk namelijk te liggen op een probleem waar de nadruk niet op hoort te liggen binnen de PMST. Binnen de bewegingscontext kan heel snel geobserveerd worden hoe ouders omgaan met de kinderen en wie de regels of structuur bepaalt. Voor een kind met autisme is structuur en routine erg belangrijk. Binnen verbale therapievormen zal die structuur niet duidelijk naar voren komen. In de PMST wel, aangezien er direct geobserveerd kan worden hoe en of ouders de kinderen aansturen. De nadruk binnen de PMST ligt dus op de manier van omgang tussen ouders en kinderen.

PMST gaat niet zozeer om het geven van inzicht bij het gezin, maar meer om het gezin te laten ervaren dat er verandering mogelijk is. Het inzicht in het gedrag komt later (Lange, 2005). PMST laat concreet zien wat er binnen een gezin gebeurt. Dit is het makkelijkste weer te geven door middel van een voorbeeld.

Een gezin, bestaande uit vader, moeder, en twee kinderen van 9 en 11 met PDD-NOS, komen voor de tweede keer naar therapie. De eerste keer was opgemerkt dat de kinderen moeilijk kunnen afstemmen. Moeder neemt daarom vaak de leiding om ze te sturen. Vader stelt zich afwachtend op en laat heel veel aan moeder over.

De tweede keer was de activiteit als volgt: er wordt gedraaid met een springtouw en iedereen moet er om beurten onder door gaan. Al snel bleek dat vader er als enige met gemak onder door kon gaan. Moeder kon, voordat ze onder het springtouw door ging, de afstand tussen haar en het springtouw niet inschatten. Ze raakte hierdoor het touw al voordat ze er onderdoor was gegaan. De twee kinderen hadden er ook moeite mee en konden niet op het juiste moment onder het springtouw door komen. Uit deze activiteit kwam dus naar voren dat zowel kinderen, als moeder, moeite hebben met afstemmen. Vader moet hierin dan duidelijk de leiding nemen.

Door deze activiteit wordt duidelijk dat moeder niet altijd de leiding kan nemen, omdat zij ook moeite heeft met afstemmen. Moeder kan niet alles alleen, want zij is tot sommige dingen niet in staat. Hierdoor kan zij de kinderen op dat moment niet helpen. Vader moet hier dan inspringen, want hij heeft geen moeite met afstemmen. Vader moet dus een duidelijkere rol aannemen, om meer duidelijkheid in het gezin te krijgen. Doordat vader in de activiteit de leiding kreeg, kreeg hij ook een duidelijke rol. De sturing van vader was op dat moment nodig en zorgde voor een succeservaring. En dat zal in thuissituaties ook vaker voorkomen. Door dit inzicht is het helder dat vader soms juist moet inspringen, in plaats van afwachtend te zijn.

§ 2.4 Module en Behandeltraject

Tegenwoordig zijn er diverse behandelingen mogelijk om om te leren gaan met autisme en om de secundaire klachten te verminderen of te verhelpen. Autismen en de primaire kenmerken zijn echter niet te genezen en niet te voorkomen. Als er gesproken wordt over behandeling, wordt dan ook symptoombestrijding en het voorkomen van gevolgen bedoeld (Rooijen et al, 2013). Volgens de Gezondheidsraad is in 2009 gebleken dat er nog weinig bewezen effectieve behandelingen voor autisme zijn. Dit geldt zowel voor nationale als internationale behandelingen. Er zijn diverse redenen voor het feit dat er nog maar zo weinig behandelingen zijn aangetoond:

- ASS is relatief zeldzaam. Het opstellen van een controle- en een onderzoeksgroep wordt hierdoor bemoeilijkt. Het is voornamelijk lastig om de groepsgrootte dusdanig samen te stellen dat de gegevens valide zijn.
- ASS is een spectrum, wat inhoudt dat er diverse stoornissen onder één naam vallen. Het samenstellen van een homogene groep wordt hierdoor moeilijker.
- Ethische redenen. De controlegroep zou geen behandeling aangeboden krijgen gedurende de onderzoeken. De vraag is dan waar een groter belang ligt en wat ethisch verantwoord is (Rooijen & Rietveld, 2013).

Er is geen onderzoek gedaan naar therapievormen voor het hele gezin. Dit onderzoek wil daar aan bijdragen door een onderzoek te doen naar het effect van de module PMST. De module is opgesteld voor gezinnen met minstens één kind met een psychische stoornis, in de leeftijd van 0 t/m 18 jaar, die niet gebaat zijn bij verbaal georiënteerde hulpverlening. In het onderzoek zijn alleen gezinnen betrokken waarbij sprake is van een Autisme Spectrum Stoornis.

Er zijn indicatiecriteria en contra-indicaties opgesteld voor de deelname aan de module:

Indicatiecriteria:

- De veranderingsbereidheid: gezinnen zijn bereid om hun gedrag te veranderen.
- Vrijwillige aanmelding: het gezin meldt zich op advies van de behandelcoördinator vrijwillig aan.

Contra-indicaties:

- Ouderproblematiek: ernstige verslaving- of psychotische problemen.
- Geen toekomstperspectief meer mogelijk: gezinnen waarbij zich drastische situaties voordoen en ouders zich al bij deze situatie hebben neergelegd, of wanneer er geen kader voor verandering meer gemaakt kan worden, is hulpverlening niet mogelijk.

De PMST module is een interventie van een aantal sessies met tussenperiodes. Vaak wordt uitgegaan van maximaal vijf sessies van 60 minuten, met een tussenperiode van ongeveer vier tot vijf weken. PMST vindt plaats in de gymzaal, waar ook een gespreksruimte bij aanwezig is.

Het is belangrijk dat er een duidelijke rolverdeling is onder de therapeuten, zodat dit voor het gezin duidelijk is. Het gezin staat centraal in de behandeling. De therapeuten laten het gezin eerst voelen en ervaren wat er in het systeem gebeurt en vervolgens gaat het gezin zelf experimenteren met activiteiten. De onderlinge verhoudingen binnen het gezin staan centraal in de behandeling (Keulen, 2011).

De psychomotorische therapeut richt zich voornamelijk op de betrekkingen in het gezin. Met betrekkingen worden de interactiepatronen tussen de gezinsleden bedoeld. Ook de interventies en activiteiten die de psychomotorische therapeut toepast, richten zich op de betrekkingen. Het expliciet maken van de impliciete gebeurtenissen op betrekkingsniveau is hierbij van belang. De systeemtherapeut richt zich voornamelijk op het verbale gebied (Lange, 2010). De systeemtherapeut kijkt mee in de zaal, en let daarbij op het gedrag van de gezinsleden. Het gedrag in het hier en nu staat centraal. De systeemtherapeut analyseert dit gedrag en trekt hier conclusies uit. De conclusie heeft betrekking op de onderlinge verhoudingen en de patronen in het gezin. Daarbij wordt vooral gelet op de manier van communiceren. De systeemtherapeut koppelt alle

observaties terug naar het gezin, in aanwezigheid van de psychomotorische therapeut (Keulen, 2011). Elke sessie heeft een vaste structuur:

1. Gezamenlijk starten
2. Verkennen: Klacht omzetten in een wens of kort terug koppelen hoe het thuis gaat
3. Herkennen: Wens wordt omgezet in een PMT-activiteit
4. Erkennen: Verandering van gedrag, indien mogelijk, en koppeling aan thuissituatie
5. Gezamenlijk afsluiten: afsluitend gesprek

(Keulen, 2011. Pag. 10)

Fase:	Omschrijving:
Gezamenlijk starten	Korte wandeling naar de sporthal, waarin een veilig klimaat wordt geschept. Het is een overgang van het dagelijkse leven naar een veilige oefenplek.
Verkennen	Vakgebied van de systeemtherapeut. Er wordt gevraagd naar de thuissituatie, naar concrete situaties. Daar komt een doel en een thema uit naar voren. Het doel is een positieve herdefiniëring van de klacht.
Herkennen	Vakgebied van de psychomotorische therapeut. Activiteiten passend bij het doel worden aangeboden. Er wordt toestemming aan het gezin gevraagd om te experimenteren met nieuw gedrag. Patronen in het gezin worden zichtbaar en het ervaren van succesvol gedrag staat centraal. Er wordt gewerkt met thema's zoals vertrouwen, samenwerking, afstemmen enzovoorts.
Erkennen	Uitvoering van de activiteit, waarbij de systeemtherapeut bijvoorbeeld de onderlinge communicatie observeert. De psychomotorische therapeut participeert vaak. Beleving van het gezin staat centraal. Tussendoor is er ruimte voor een korte terugkoppeling. Er wordt geëxperimenteerd met nieuw gedrag en er wordt eventueel psycho-educatie gegeven.
Gezamenlijk afsluiten	Afsluitend gesprek door de systeemtherapeut. Psychomotorische therapeut vult aan indien nodig. Er worden handvaten en suggesties gegeven zodat het gezin het nieuwe gedrag ook kan gaan toepassen in de thuissituatie.

Er is een duidelijke rolverdeling tussen de systeemtherapeut en de psychomotorische therapeut. In deze module zijn de rollen als volgt geformuleerd:

De psychomotorische therapeut richt zich op:

- Uitvoering van de activiteiten waarbij de omgang van het gezin centraal staat
- Het inzetten van activiteiten waarbij de klacht voor het gezin zichtbaar wordt en waarin geoefend kan worden met nieuw gedrag
- Het inzetten van activiteiten die aansluiten bij de ontwikkelingskansen van het gezin
- Het inzetten van activiteiten aan de hand van de observaties van de systeemtherapeut

De systeemtherapeut richt zich op:

- Het observeren van patronen binnen het gezin
- Het observeren van de interactie tussen de gezinsleden
- Het terugkoppelen van observaties aan het gezin
- Het aanbieden van suggesties en/of handvatten
- Indien nodig het geven van psycho-educatie over de stoornis

De rolverdeling kan gedurende een langere samenwerking van de systeemtherapeut en de psychomotorische therapeut minder duidelijk worden. De therapeuten vullen elkaar aan en de rollen zullen meer in elkaar verworven raken (Keulen, 2011).

§ 3. Methode

§ 3.1 Type onderzoek

Het betreffende onderzoek is een evaluerend onderzoek. Het doel van dit onderzoek is het meten van het effect van de module PMST. Daarnaast is het een toetsend onderzoek, omdat het gaat om de toetsing van het effect van de module PMST.

Ten slotte is het een longitudinaal onderzoek, wegens het meten op verschillende momenten. Er wordt een vragenlijst ingevuld voorafgaand aan de behandeling en bij de afsluiting van de behandeling. Het is een prospectief onderzoek, omdat de uitkomst van het onderzoek nog niet bekend is (Bakker & Buuren, 2009).

Een onderzoek heeft ook een experimenteel onderzoeksdesign. Dit onderzoek komt het meeste overeen met een pre-experiment. Binnen dit onderzoek is geen controlegroep samengesteld. Het is een voor- en-na vergelijking. De gezinnen die PMST krijgen binnen Herlaarhof, zijn betrokken bij het onderzoek. De reden dat er geen controlegroep is gebruikt, is omdat de nadruk alleen lag op het effect van de module op een gezin dat naar PMST komt. Het is lastig om te meten of de gezinssituatie is veranderd door de PMST of door andere behandelingen of omstandigheden. Er zouden gezinnen zonder behandeling bij het onderzoek betrokken moeten worden om te kijken wat de meerwaarde van de PMST is in vergelijking met andere interventies. In dit onderzoek zijn gezinnen die niet aangemeld zijn bij Herlaarhof, niet betrokken.

§ 3.2 Onderzoekspopulatie

De externe populatie van dit onderzoek zijn gezinnen met kinderen met ASS. De theoretische populatie zijn gezinnen met kinderen met ASS die aangemeld zijn bij Herlaarhof. Gezinnen die niet aangemeld zijn bij Herlaarhof, komen niet in aanmerking voor de aangeboden PMST module. Niet alle gezinnen die naar de PMST komen, worden ook betrokken in het onderzoek. Vandaar dat de feitelijke populatie er als volgt uit ziet: Gezinnen waarvan minstens één kind ASS heeft, die aangemeld zijn bij Herlaarhof. Van deze feitelijke populatie kunnen niet alle gezinnen deelnemen aan het onderzoek, omdat de gebruikte vragenlijst niet in te vullen is voor kinderen jonger dan 8 jaar. De steekproef bestaat uit gezinnen waarvan minstens één kind ASS heeft, tussen de leeftijd van 8 t/m 18 jaar, die aangemeld zijn bij Herlaarhof. Niet alle gezinnen zullen mee willen werken aan het onderzoek en wegens tijdgebrek zullen ook niet alle gezinnen deel kunnen nemen aan het onderzoek. De onderzoekspopulatie bestaat dan uit alle gezinnen die deelnemen aan PMST in de periode van maart tot mei, die toestemming hebben gegeven om mee te werken aan het onderzoek.

De inclusiecriteria van het onderzoek zijn als volgt geweest:

- Binnen het gezin moet minstens één kind de diagnose ASS hebben
- Het gezin moet aangemeld zijn bij Herlaarhof
- Het gediagnosticeerde kind met ASS moet een leeftijd hebben tussen de 8 en 18 jaar

Er zijn eveneens exclusiecriteria geweest in het onderzoek:

- Er dient geen ouderproblematiek aanwezig te zijn zoals een acute of langdurige verslaving, psychotische stoornissen, of ernstige persoonlijkheidsproblemen
- Er dient geen grensoverschrijdend gedrag of (seksueel) misbruik binnen het gezin te zijn
- Binnen het gezin dient niemand suïcidaal te zijn

§ 3.3 Meetinstrument

De onderzoeksvraag richt zich specifiek op het effect van de PMST voor de positionering van de ouders. Om het effect meetbaar te maken zal er gebruik gemaakt worden van de OKIV-r: Ouder-Kind Interactie Vragenlijst Revised. De OKIV-r is een zelfbeoordelingslijst, waar ouders en kinderen vragen invullen die betrekking hebben op de verhoudingen tussen ouder en kind. De vragenlijst is voor kinderen van 8 t/m 18 jaar. De opvoedingssituatie kan op deze manier vanuit het oogpunt van de ouders en van de kinderen beoordeeld worden. De OKIV-r kan van toepassing zijn voor betrokken

van een kind of jongere met een psychische stoornis, zoals leraren, pedagogen, behandelaren en andere hulpverleners.

Door middel van de OKIV-r kunnen zowel ouder als kind zich uitspreken en dus kan de relatie tussen ieder kind en ouder afzonderlijk gekwantificeerd worden. Dit betekent dat de OKIV-r vanuit twee kanten naar het gezin benaderd (Lange, 2001). Met de verhouding tussen ouder en kind wordt bedoeld dat er gekeken wordt naar concreet gedrag, opvattingen en affect tussen beiden.

Uit een steekproef blijkt dat de betrouwbaarheid voldoende tot hoog is, met een gemiddelde van $\alpha=0,85$ (Lange, 2001). Ook de validiteit is voldoende. Daarnaast zijn er normtabellen voor de normale populatie en de klinische populatie gemaakt, om zo de scores van cliënten met de score van de landelijke bevolking te vergelijken. Er wordt gebruikt gemaakt van quintielen in de OKIV-r. Dit betekent dat er een frequentieverdeling is opgesteld. Quintiel 1 is de 20% die het laagste heeft gescoord en Quintiel 5 is de 20% die het hoogst heeft gescoord (Lange, 2001).

De vragenlijst is bij de eerste PMST bijeenkomst door de gezinnen ingevuld. Het invullen neemt maximaal 20 minuten in beslag. Vervolgens is bij de laatste of een na laatste bijeenkomst een vragenlijst aan het gezin mee naar huis gegeven. Deze hebben ze vervolgens retour gestuurd. Alle gegevens zijn vervolgens verzameld en met elkaar vergeleken.

Ieder gezin wordt weergegeven met een cijfer; gezin 1, gezin 2, gezin 3 en gezin 4.

§ 4. Onderzoekresultaten

§ 4.1 Resultaten

De resultaten van de voormeting en de nameting zijn weergegeven in tabellen en in een grafiek. De resultaten zijn per gezin weergegeven.

De gegevens zijn opgedeeld in conflicthantering, acceptatie en de totale score van conflicthantering en acceptatie samen. De scores voor de ouders zijn anders dan de scores bij de kinderen.

- Ouders

De vragenlijst voor de ouders bevat in totaal 21 vragen. Daarvan zijn er 12 vragen met betrekking tot conflicthantering en 9 vragen met betrekking tot acceptatie.

Score op conflicthantering is minimaal 12 en maximaal 60.

Score op acceptatie is minimaal 9 en maximaal 45.

Totale score is minimaal 21 en maximaal 105.

- Kinderen

De vragenlijst voor de kinderen bevat in totaal 25 vragen. Daarvan zijn er 17 vragen met betrekking tot conflicthantering en 8 vragen met betrekking tot acceptatie. Kinderen vullen een vragenlijst in over moeder en over vader.

Score op conflicthantering is minimaal 17 en maximaal 85.

Score op acceptatie is minimaal 8 en maximaal 40.

Totale score is minimaal 25 en maximaal 125.

De quintielen die vermeld zijn in de tabellen, zijn afkomstig uit de normtabellen voor de normale populatie en voor de populatie van gezinnen met een kind met een psychologische of psychofarmacologische behandeling (Lange, 2001).

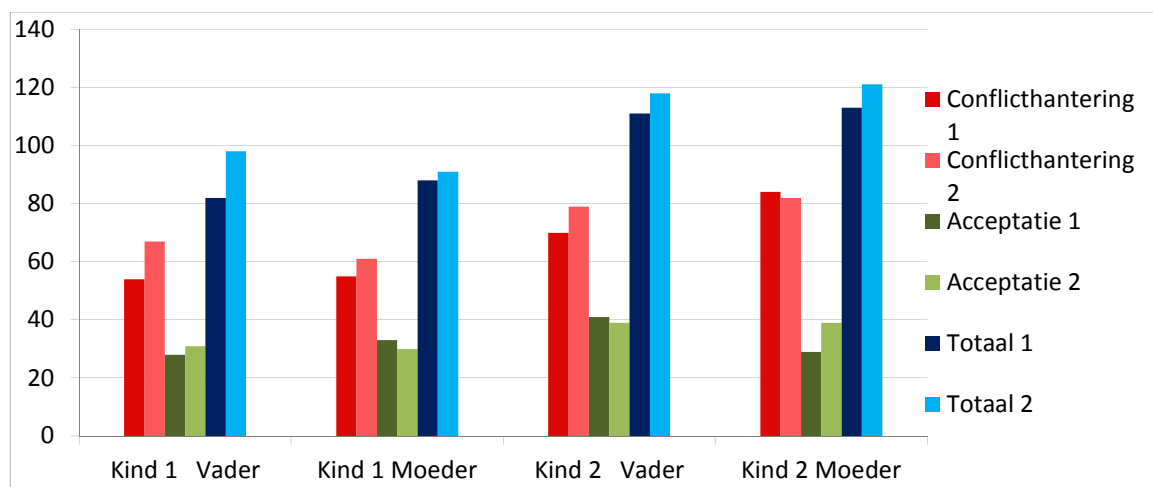
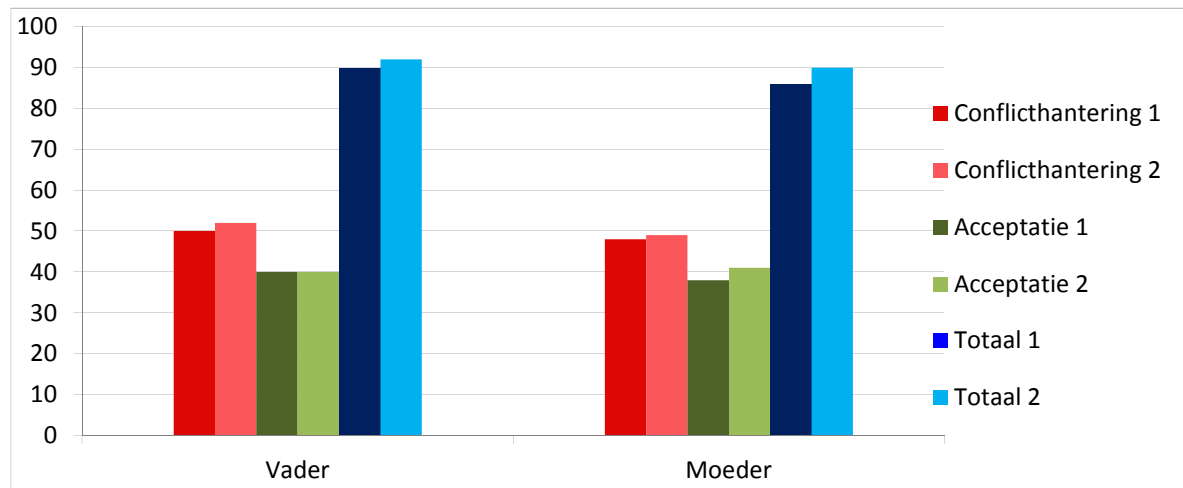
Het kind waar een * bij staat, is het kind met de diagnose ASS.

Gezin 1: Voormeting

Gezinslid	Conflicthantering	Quintiel	Acceptatie	Quintiel	Totaal	Quintiel
Vader	50	4	40	5	90	5
Moeder	48	3	38	4	86	4
Kind 1*(♂, 8jr)						
Over vader	54	2	28	2	82	2
Over moeder	55	2	33	3	88	2
Kind 2 (♂, 11 jr)						
Over vader	70	3	41	5	111	4
Over moeder	84	5	29	2	113	5

Gezin 1: Nameting

Gezinslid	Conflicthantering	Quintiel	Acceptatie	Quintiel	Totaal	Quintiel
Vader	52	5	40	5	92	5
Moeder	49	4	41	5	90	5
Kind 1*(♂, 8jr)						
Over vader	67	4	31	3	98	4
Over moeder	61	3	30	3	91	3
Kind 2 (♂, 11 jr)						
Over vader	79	5	39	5	118	5
Over moeder	82	5	39	5	121	5

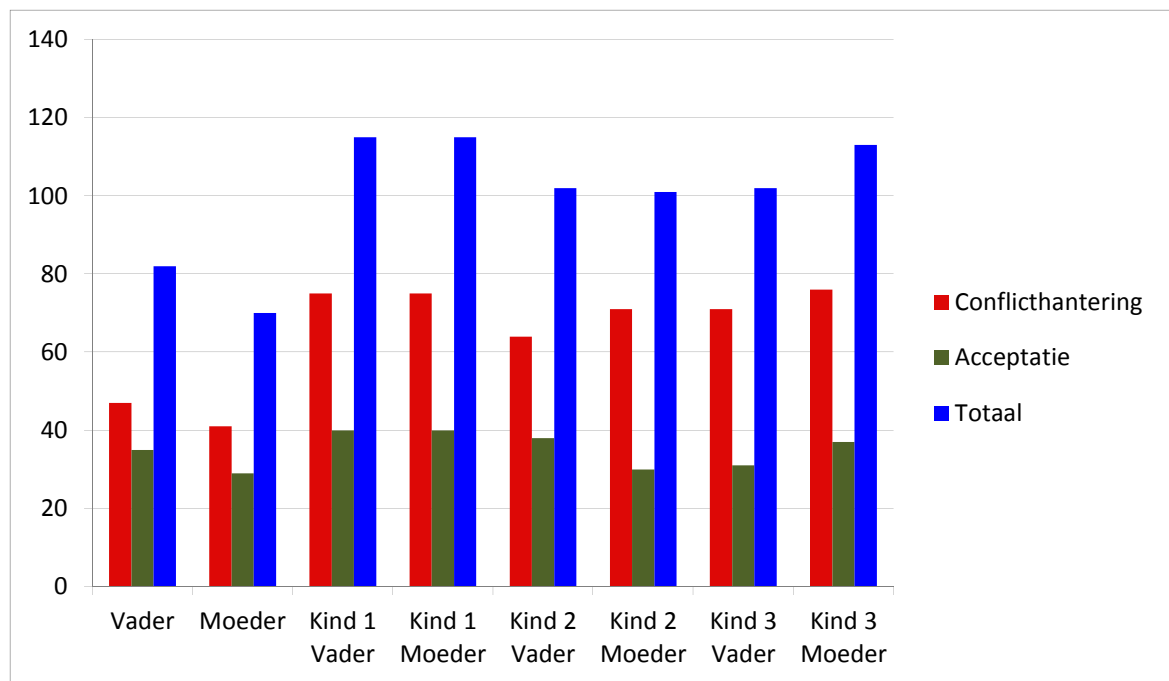


Gezin 2: Voormeting

Gezinslid	Conflict ­ hantering	Quintiel	Acceptatie	Quintiel	Totaal	Quintiel
Vader	47	3	35	4	82	4
Moeder	41	1	29	2	70	2
Kind 1* (♀, 12 jr)						
Over vader	75	5	40	5	115	5
Over moeder	75	5	40	5	115	5
Kind 2 (♂, 7 jr)						
Over vader	64	2	38	5	102	3
Over moeder	71	4	30	2	101	3
Kind 3 (♂, 11 jr)						
Over vader	71	4	31	3	102	3
Over moeder	76	5	37	5	113	5

Gezin 2: Nameting

Gezin 2 heeft ervoor gekozen om na de eerste keer therapie, niet wederom naar therapie te komen. Moeder gaf aan wel te willen komen, maar vader wilde niet. Toch is de grafiek hier weergegeven, aangezien er vele verschillen zichtbaar zijn. Zo voelt vader zich competent­er in conflict­hantering en acceptatie dan moeder. Daarnaast valt het op dat kind 1 gemiddeld het hoogst scoort van de drie kinderen. Bovendien is het opvallend dat moeder hoger scoort bij de kinderen op conflict­hantering dan vader. Op het gebied van acceptatie zijn verschillen te zien.

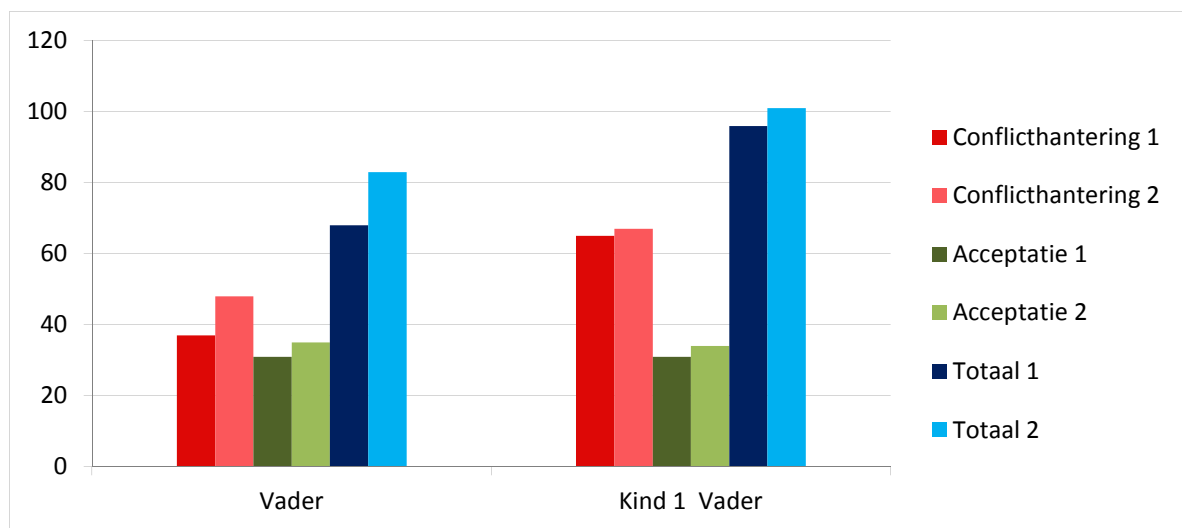


Gezin 3: Voormeting

Gezinslid	Conflict handling	Quintiel	Acceptatie	Quintiel	Totaal	Quintiel
Vader	37	1	31	2	68	2
Kind 1*(♂, 12 jr)						
Over vader	65	4	31	3	96	3

Gezin 3: Nameting

Gezinslid	Conflict handling	Quintiel	Acceptatie	Quintiel	Totaal	Quintiel
Vader	48	4	35	4	83	4
Kind 1*(♂, 12 jr)						
Over vader	67	4	34	4	101	4

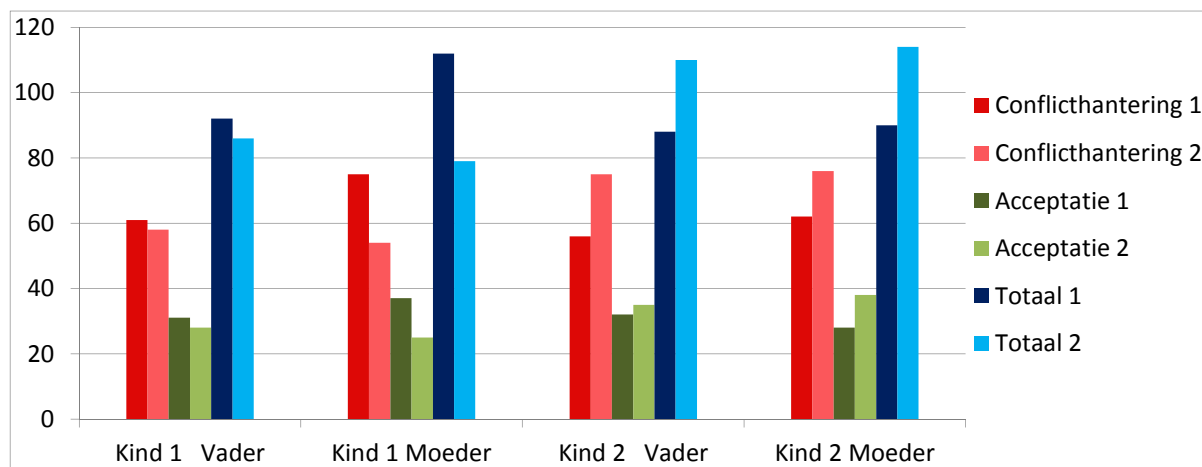
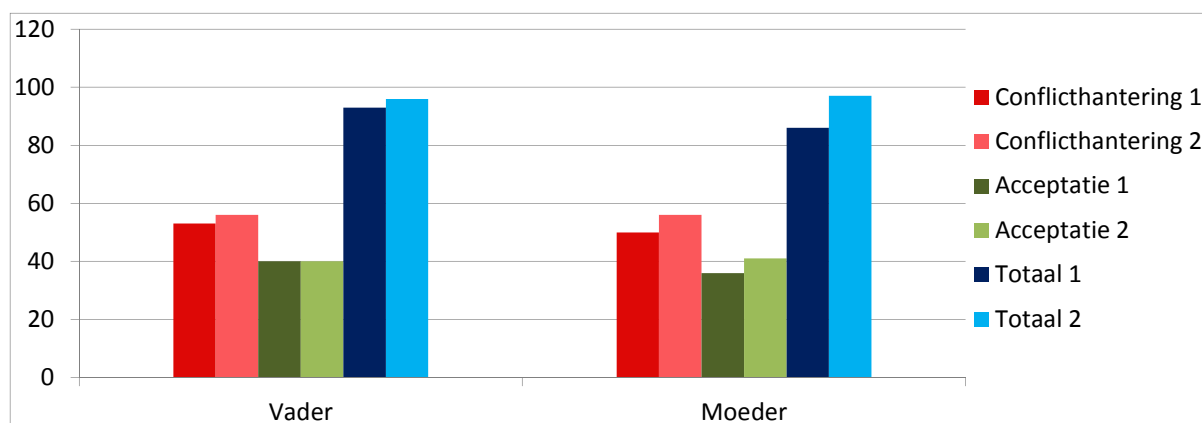


Gezin 4: Voormeting

Gezinslid	Conflicthantering	Quintiel	Acceptatie	Quintiel	Totaal	Quintiel
Vader	53	5	40	5	93	5
Moeder	50	4	36	3	86	4
Kind 1*(♂, 9 jr)						
Over vader	61	3	31	3	92	3
Over moeder	75	5	37	5	112	5
Kind 2 (♂, 11 jr)						
Over vader	56	2	32	4	88	3
Over moeder	62	3	28	2	90	3

Gezin 4: Nameting

Gezinslid	Conflicthantering	Quintiel	Acceptatie	Quintiel	Totaal	Quintiel
Vader	56	5	40	5	96	5
Moeder	56	5	41	5	97	5
Kind 1*(♂, 9 jr)						
Over vader	58	2	28	2	86	3
Over moeder	54	2	25	1	79	2
Kind 2 (♂, 11 jr)						
Over vader	75	5	35	5	110	5
Over moeder	76	5	38	5	114	5



Als er gekeken wordt naar de resultaten van de ingevulde vragenlijsten is er bij alle gezinnen eenzelfde resultaat zichtbaar. Bij alle gezinnen is er over het algemeen genomen een vooruitgang zichtbaar.

In de tabellen is te zien dat de scores van de ouders op het gebied van conflicthantering bij de nameting hoger is dan bij de voormeting. Ook het merendeel van de kinderen heeft de vragen over de ouders met betrekking tot conflicthantering bij de voormeting hoger gescoord dan bij de nameting.

In de tabellen is te zien dat de scores van de ouders op het gebied van acceptatie bij de nameting hoger is dan bij de voormeting. Ook het merendeel van de kinderen heeft de vragen over de ouders met betrekking tot acceptatie bij de nameting hoger gescoord dan bij de voormeting.

Bij enkele gezinsleden is een bepaalde score echter niet hoger bij de nameting dan bij de voormeting.

Bij enkele leden van het gezin is de score op conflicthantering of acceptatie gelijk of licht gedaald.

Het meest opvallende bij gezin 4 is de daling in cijfers bij kind 1 bij de nameting. Het is bekend dat vader het kind bij de voormeting heeft geholpen met het invullen van de vragenlijst. Het kan zijn dat dit bij de nameting niet het geval is geweest, wat de scores beïnvloed kan hebben.

De totaalscore is bij alle leden van het gezin bij de nameting hoger dan bij de voormeting, behalve bij één van de kinderen van gezin 4.

Bij gezin 1 is te zien dat de totaalscores van de ouders bij de nameting dicht bij elkaar liggen dan bij de voormeting. Bij gezin 4 liggen de totaalscores ook dicht bij elkaar. Bij de andere gezinsleden is wel een vooruitgang gemeten.

De gemiddelde scores zijn als volgt:

	Conflict voormeting	Conflict nameting	Acceptatie voormeting	Acceptatie nameting	Totaal voormeting	Totaal nameting
Vader	47	52	37	38	83	90
Moeder	46	53	34	41	81	94
Kind over Vader	65	69	34	33	99	103
Kind over Moeder	71	68	33	33	105	101

In deze gemiddelde scores is niet altijd een vooruitgang zichtbaar. De reden hiervan is dat alle cijfers mee zijn genomen in de gemiddelde score, waaronder de score van kind 1 van gezin 4. Dat heeft voor een lager gemiddelde gezorgd bij de nameting.

Het gemiddelde van de totale scores is bij het merendeel toegenomen.

§ 5. Conclusie

Het doel van dit onderzoek was het meten van het effect van PMST bij gezinnen waarbij minstens één kind de diagnose autisme spectrum stoornis heeft.

Uit het onderzoek zijn resultaten, en daarmee ook antwoorden op verschillende vragen, naar voren gekomen. In de theorie is toegelicht dat niet alleen het kind met de diagnose autisme, maar ook het gezin problemen of stress kan ervaren door deze diagnose. Uit de gebruikte vragenlijst, de OKIV, is gebleken dat dit ook in dit onderzoek naar voren is gekomen. Sommige kinderen zonder stoornis scoren lager op het gebied van conflicthantering en acceptatie van de ouders, dan kinderen met stoornis. Dat is bijvoorbeeld te zien bij gezin 2.

Uit de resultaten van de voormeting is op te merken dat ouders hun eigen vaardigheid op conflicthantering en acceptatie niet altijd zo hoog scoren. Opmerkelijk is dat moeders bij de deze gezinnen lager hebben gescoord dan de vaders. Dit komt overeen met de theorie over autisme, dat moeders vaak meer lasten ervaren dan de vaders.

Na de deelname aan de PMST hebben de gezinnen de vragenlijst nogmaals ingevuld. Als er gekeken wordt naar de verschillen tussen de voormeting en de nameting is er over het algemeen een toename van de scores te zien. De scores die de kinderen hebben ingevuld over de ouders laten ook een toename zien.

Gekeken naar deze resultaten zou dit betekenen dat de PMST een positief effect heeft gehad op het hele gezin. Door middel van deze resultaten kan er een antwoord gegeven worden op de hoofdvraag waar dit onderzoek mee begonnen is:

Wat is het verschil in positionering van de ouders ten opzichte van de kinderen, waarvan ten minste één kind ASS heeft, na het toepassen van de module PMST, ten opzichte van de positionering van de ouders ten opzichte van de kinderen, voorafgaand aan de module PMST?

Het verschil in de positionering van de ouders, gekeken naar de voormeting en de nameting, is dat de positionering verbeterd is. Dit betekent dat de ouders zich competentier voelen op de gebieden conflicthantering en acceptatie. Ouders weten beter te reageren op het gedrag van de kinderen en ervaren het gezin weer echt als een gezin. Bij alle gezinnen is de totaalscore toegenomen, wat erop wijst dat het hele gezin ervaart dat de ouders weer een duidelijke positie in het gezin aangenomen hebben. Het is weer duidelijk welke rol iedereen in het gezin heeft. Het gezin is weer samen een gezin.

§ 6. Discussie

In het onderzoek zijn diverse punten naar voren gekomen die ter discussie gesteld kunnen worden. Zo zijn er slechts enkele gezinnen bij het onderzoek betrokken wegens tijdgebrek. Bovendien is er nog een gezin weggevalen, omdat deze niet wederom naar de PMST wilde komen. Daardoor zijn er uiteindelijk drie gezinnen geweest waarbij een voor-en-na meting is gedaan. Dit levert een kleine populatie op, waardoor het onderzoek niet betrouwbaar genoeg is. Vanwege het tijdgebrek is de module niet volledig aangehouden, aangezien er dan nog minder gezinnen bij de voor-en-na meting betrokken konden worden. Het tijdgebrek is voornamelijk ontstaan doordat de OKIV moeilijk verkrijgbaar was.

Daarnaast is er slechts gebruik gemaakt van één meetinstrument: de OKIV-r. De vragen die gesteld worden in de OKIV-r zijn niet altijd relevant voor dit onderzoek, waardoor sommige aspecten van de vragenlijst wellicht overbodig waren. Bovendien is de vragenlijst door de ouders alleen ingevuld voor het kind met de problematiek en niet voor de overige kinderen. Kinderen kregen bij het invullen van de vragenlijst vaak hulp van de ouders, waardoor er een vertekend beeld zou kunnen ontstaan. In eerste instantie zou er ook gebruik gemaakt worden van sculpting: het uitbeelden van relaties in een gezin door middel van beelden of foto's. Dit is achterwege gelaten omdat gezinnen niet altijd veel inzicht hebben in hun eigen gedrag. Het is dan lastig om de positionering binnen een gezin weer te geven d.m.v. een foto. Aan het eind van de therapie had sculpting wel ingezet kunnen worden, aangezien het gezin dan meestal meer inzicht heeft. Dit heeft niet plaatsgevonden, wederom wegens tijdgebrek.

Daarnaast is het feit dat er geen controlegroep is ingezet in dit onderzoek, een punt van discussie. Doordat er geen controlegroep is gebruikt is er niet met zekerheid te zeggen of de veranderingen in het gezin zijn ontstaan door de module, of dat deze ook spontaan waren ontstaan.

§ 7. Aanbevelingen

Het doel van het onderzoek was het meten van het effect van de module PMST op de positionering van ouders binnen een gezin waarvan minstens een kind een autisme spectrum stoornis heeft. Er zijn een aantal discussiepunten uit dit onderzoek naar voren gekomen. Aan de hand van deze discussiepunten worden een aantal aanbevelingen gedaan.

Voor betrouwbaardere resultaten zal de populatie groter moeten zijn en zal de module zoals beschreven aangehouden moeten worden. Er zal dus een langer tijdsbestek moeten zijn. Daarnaast is het aan te bevelen om een controlegroep aan het onderzoek toe te voegen. Zo zal er met grotere zekerheid vastgesteld kunnen worden dat de veranderingen in het gezin tot stand zijn gekomen door de module PMST en niet door andere behandelvormen of interventies. Het is ook aan te bevelen om in een vervolgonderzoek naar significantie te kijken, aangezien er nu veel naar losse gegevens is gekeken en niet naar significantie verschillen. Dit kan door bijvoorbeeld SPS6 te gebruiken bij de verwerking van de gegevens.

In dit onderzoek is slechts de OKIV-r gebruikt. Er is echter niet aangetoond dat dit de meest geschikte vragenlijst of het meest geschikte meetinstrument is om het effect van de module PMST te meten. Er zouden andere meetinstrumenten zoals sculpting ingezet kunnen worden om de resultaten betrouwbaarder te maken. In het onderzoek is naar voren gekomen dat het afnemen van de vragenlijst gemiddeld 20 minuten in beslag nam. Dat is lang als dit tijdens de behandeling gedaan moet worden, daarom zou het raadzaam zijn om de vragenlijst op te sturen, of om deze in te laten vullen in de wachtkamer.

Ten slotte is in dit onderzoek slechts de populatie gezinnen met kinderen met de diagnose ASS betrokken. Een aanbeveling zou zijn om te meten wat het effect van de module PMST is bij gezinnen waarbij andere diagnoses gesteld worden, of waarbij nog geen diagnose is gesteld. Er is weinig onderzoek naar gezinsbehandelingen en daarom is het aan te bevelen om meer onderzoek te doen naar de werking van de module PMST. In de praktijk is het resultaat ervan al zichtbaar geworden, alleen het is nog niet voldoende wetenschappelijk bewezen.

§ 8. Literatuurlijst

Boeken

- Bakker, E. & Buuren, H. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Graaf, R., Have, M. & Dorsselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2 Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Lange, A. (2001). *De Ouder-Kind Interactie Vragenlijst – Revised. Verantwoording en handleiding*. Houten/Diegem: BohnStafleu Van Loghum.
- Lange, J. (2010). *Psychomotorische therapie, lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Rober, P. (2002). *Samen in therapie, gezinstherapie als dialoog*. Leusden: Acco.
- Rigter, J. (2010). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Savenije, A, Lawick, M. J, Reijmers, E. T. M, (2008). *Handboek Systeemtherapie*. Utrecht: Tijdstroom Uitgeverij.

Artikelen

- Aerts, F.H. & Kroes, G. (2008). Behandeling van ASS in de gezinscontext. *Wetenschappelijk Artikel Autisme* (nr. 1), 4-13.
- Greaves-Lord, K., & Dekker, M., & Huizink, A., & Verhulst, F., & Verheij, F. (2010). Pervasieve ontwikkelingsstoornis, welke problemen ervaren ouders het meest? *Wetenschappelijk Artikel Autisme*, 110-112.
- Keulen, O. (2011) Psychomotorische Systeemtherapie, een interventiebeschrijving. *K2 adviesbureau voor jeugdvraagstukken*, 5-16.
- NVPMT Nederlandse Vakbond Psychomotorische Therapie (2009). *Beroepsprofiel van psychomotorische therapeut*, 3-5.
- Ramshorst, G. (2004). Samenspel, samenwerking van systeemtherapeut en vaktherapeuten bij gezinsdiagnostiek en gezinsbehandeling. *Systeemtherapie, jaargang 16* (nr. 3), 136.
- Rooijen, K., & Rietveld, L. (2013). Wat werkt bij autisme? *Nederlands jeugdinstituut*, 1-5.
- Zimmer, R. (z.d.). Konzeption und Erprobung einer psychomotorischen Familientherapie. *Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades des Fachbereichs Erziehungs- und Kulturwissenschaften*, 31-32.

Websites

- Gezondheidsraad (2009). *Autismespectrumstoornissen: een leven lang anders*. Verkregen op 20 april, 2013, van <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/17/053.html>.
Afkomsig van Gezondheidsraad. Pub.nr. 2009/09, 48.
- Landelijk netwerk autisme. *Tips met betrekking tot communicatie*. Verkregen op 23 maart, 2013, van <http://www.landelijknetwerkautisme.nl/index.php?pid=96>
- Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (2011). *Jaarbericht 2011*. Verkregen op 23 maart, 2013, van <http://www.psychologenpraktijkelement.nl/jaarbericht-lve-2011>

§ 9. Bijlagen

BIJLAGE 1:

OKIV-R Normtabellen en scores normale populatie

Normtabellen voor de normale populatie*

Kinderen en adolescenten

Quintielen	Kind over moeder			Kind over vader		
	Conflict-hantering	Acceptatie	Totaal	Conflict-hantering	Acceptatie	Totaal
5	75 – 85	36 – 40	111 – 125	76 – 85	37 – 40	112 – 125
4	70 – 74	34 – 35	104 – 110	71 – 75	33 – 36	104 – 111
3	67 – 69	32 – 33	98 – 103	67 – 70	31 – 32	98 – 103
2	62 – 66	29 – 31	91 – 97	63 – 66	29 – 30	92 – 97
1	17 – 61	8 – 28	25 – 90	17 – 62	8 – 28	25 – 91
Gem	68.08	32.43	100.53	68.90	32.11	101.21
Sd	7.50	4.24	11.14	7.71	4.48	11.49
N	326	372	360	341	352	332

Ouders

Quintielen	Moeder over kind			Vader over kind		
	Conflict-hantering	Acceptatie	Totaal	Conflict-hantering	Acceptatie	Totaal
5	55 – 59	41 – 45	95 – 101	55 – 60	39 – 45	94 – 103
4	53 – 54	39 – 40	92 – 94	53 – 54	37 – 38	90 – 93
3	51 – 52	37 – 38	89 – 91	51 – 52	36	87 – 89
2	49 – 50	35 – 36	85 – 88	48 – 50	33 – 35	82 – 86
1	12 – 48	9 – 34	21 – 84	12 – 47	9 – 32	21 – 81
Gem	51.86	37.89	89.74	51.36	36.39	87.84
Sd	3.85	3.19	6.24	4.30	3.55	6.97
N	326	333	318	308	302	297

* Hoe hoger het quintiel waarin de score valt hoe positiever de okiv-score, hoe lager hoe negatiever.

Gemiddelde scores en standaarddeviaties op de schalen van de OKIV-R in de normale populatie, voor kinderen van 8 t/m 12 jaar en 13 tot 18 jaar

	Kind over vader						Kind over moeder					
	8 t/m 12			13 tot 18			8 t/m 12			13 tot 18		
	N	SD	Gem	N	SD	Gem	N	SD	Gem	N	SD	Gem
Conflict-hantering	236	7.8	70	104	7.2	67	254	7.6	68	112	7.4	67
Acceptatie	249	4.6	32	102	4.0	31	257	4.4	33	113	3.9	32
Totaal	231	11.7	102	100	10.7	98	248	11.3	101	110	10.7	99

	Vader over kind						Moeder over kind					
	8 t/m 12			13 tot 18			8 t/m 12			13 tot 18		
	N	SD	Gem	N	SD	Gem	N	SD	Gem	N	SD	Gem
Conflict-hantering	202	4.5	51	106	3.9	51	213	4.1	52	112	3.4	52
Acceptatie	197	3.7	37	105	3.2	36	220	3.2	38	112	3.1	38
Totaal	194	7.2	88	103	6.4	87	207	6.5	90	110	5.8	90

BIJLAGE 2:
OKIV-R Normtabellen en scores klinische populatie

Normtabellen voor de klinische populatie*

Kinderen en adolescenten

Quintielen	Kind over moeder			Kind over vader		
	Conflict-hantering	Acceptatie	Totaal	Conflict-hantering	Acceptatie	Totaal
5	73 – 85	36 – 40	107 – 125	72 – 83	35 – 40	105 – 122
4	64 – 72	33 – 35	97 – 106	65 – 71	32 – 34	97 – 104
3	59 – 63	30 – 33	89 – 96	59 – 64	30 – 31	85 – 96
2	51 – 58	27 – 29	77 – 88	48 – 58	25 – 29	69 – 84
1	17 – 50	8 – 26	25 – 76	17 – 47	8 – 24	25 – 68
Gem	60.72	31.16	91.60	59.14	30.25	89.23
Sd	14.10	5.45	17.26	15.25	5.61	18.08
N	146	148	139	139	140	134

Ouders

Quintielen	Moeder over kind			Vader over kind		
	Conflict-hantering	Acceptatie	Totaal	Conflict-hantering	Acceptatie	Totaal
5	51 – 60	40 – 45	90 – 102	51 – 60	38 – 45	86 – 102
4	49 – 50	37 – 39	84 – 89	48 – 50	35 – 37	82 – 85
3	46 – 48	35 – 36	81 – 83	45 – 47	33 – 34	77 – 81
2	40 – 45	32 – 34	70 – 80	39 – 44	31 – 32	67 – 76
1	12 – 39	9 – 31	21 – 69	12 – 38	9 – 30	21 – 66
Gem	44.83	35.71	78.25	43.88	34.26	80.62
Sd	10.03	4.73	11.31	11.10	4.86	11.59
N	101	106	100	82	80	77

* Hoe hoger het quintiel waarin de score valt hoe positiever de OKIV-score, hoe lager hoe negatiever.

Gemiddelde scores en standaarddeviaties op de schalen van de OKIV-R in de klinische populatie, voor kinderen van 8 t/m 12 jaar en 13 tot 18 jaar

	Kind over vader						Kind over moeder					
	8 t/m 12			13 tot 18			8 t/m 12			13 tot 18		
	N	SD	Gem	N	SD	Gem	N	SD	Gem	N	SD	Gem
Conflict-hantering	101	16.7	58	35	9.5	61	108	15.1	60	38	9.9	64
Acceptatie	105	5.5	31	35	5.5	28	108	5.4	31	40	5.6	31
Totaal	100	19.3	89	34	14.3	89	103	18.0	91	36	14.8	95

	Vader over kind						Moeder over kind					
	8 t/m 12			13 tot 18			8 t/m 12			13 tot 18		
	N	SD	Gem	N	SD	Gem	N	SD	Gem	N	SD	Gem
Conflict-hantering	67	11.9	43	15	5.9	47	78	10.9	44	23	5.6	47
Acceptatie	64	5.0	35	16	4.0	33	81	5.1	36	25	3.4	36
Totaal	62	11.8	78	15	9.0	80	77	12.4	80	23	8.0	83

BIJLAGE 3:

Scoringstabel OKIV-R Ouder over Kind

1 C	5	4	3	2	1
2 C	5	4	3	2	1
3 A	5	4	3	2	1
4 C	5	4	3	2	1
5 C	5	4	3	2	1
6 C	5	4	3	2	1
7 C	1	2	3	4	5
8 A	1	2	3	4	5
9 C	1	2	3	4	5
10 C	5	4	3	2	1
11 A	1	2	3	4	5
12 C	5	4	3	2	1
13 A	1	2	3	4	5
14 C	5	4	3	2	1
15 C	5	4	3	2	1
16 A	5	4	3	2	1
17 C	5	4	3	2	1
18 A	1	2	3	4	5
19 A	1	2	3	4	5
20 A	1	2	3	4	5
21 A	5	4	3	2	1

OKIV-R Kind over Vader/Moeder

1 C	5	4	3	2	1
2 C	5	4	3	2	1
3 C	1	2	3	4	5
4 C	5	4	3	2	1
5 C	5	4	3	2	1
6 C	5	4	3	2	1
7 A	1	2	3	4	5
8 C	1	2	3	4	5
9 C	1	2	3	4	5
10 A	5	4	3	2	1
11 A	1	2	3	4	5
12 C	1	2	3	4	5
13 C	5	4	3	2	1
14 A	1	2	3	4	5
15 C	1	2	3	4	5
16 A	1	2	3	4	5
17 C	5	4	3	2	1
18 C	5	4	3	2	1
19 C	1	2	3	4	5
20 C	5	4	3	2	1
21 A	1	2	3	4	5
22 C	5	4	3	2	1
23 A	1	2	3	4	5
24 A	1	2	3	4	5
25 C	1	2	3	4	5

BIJLAGE 4:

OKIV-R Vragenlijsten

- OKIV Vragenlijst voor de kinderen, ten aanzien van hun vader. Aangezien de vragenlijst voor hun moeder dezelfde vragen bevat als de vragenlijst voor hun vader, is alleen de vragenlijst voor hun vader als bijlage toegevoegd.
 - OKIV Vragenlijst voor de ouders
- De OKIV is niet toegevoegd, omdat het een betaalde vragenlijst is.