

“Beweeg me maar”

Een praktijkonderzoek naar gehanteerde methodieken binnen de psychomotorische therapie bij kinderen en jeugdigen met een dysthyme stoornis, die in een ambulante of klinische setting worden behandeld.



‘Just move me’

A practical survey which examines the methodology that psychomotor therapists use during the treatment of children and youth with dysthymia and who are treated ambulatory or in a clinical environment.

Hillona Beugels

Mei 2008

Begeleider: M. Uijting

School of human movement and sports, Windesheim
Opleiding: Psychomotorische therapie & bewegingsagogie

Voorwoord

Voor u ligt mijn artikel 'Beweeg me maar'. Het artikel is geschreven naar aanleiding van een cliënt met een dysthyme stoornis die ik ben tegen gekomen binnen mijn eindstage in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Ik heb deze cliënt een aantal maanden mogen begeleiden en ik moest mij richten op de plezierbeleving van de cliënt. Dit riep vragen op over het 'waarom', 'hoe' en 'wanneer' verder te gaan met volgende behandeldoelen.

Ik ging mij afvragen hoe er door andere psychomotorische therapeuten met deze doelgroep werd gewerkt en waarom. Zo is het idee ontstaan om een praktijkonderzoek op te zetten en daar een artikel over te schrijven.

Bij deze wil ik Maurits Uijting bedanken voor de begeleiding die hij mij heeft gegeven tijdens het schrijven van het artikel. Daarnaast bedank ik Roger Linger voor zijn hulp tijdens het opzetten van de enquête.

Mijn dank gaat uit naar iedereen, die in welke vorm dan ook, een steentje heeft bijgedragen aan mijn artikel.

Westerbork, mei 2008,

Hillona Beugels

Inhoudsopgave	pag.
Voorwoord	1
Inhoudsopgave	2
Samenvatting	3
Het artikel: 'Beweeg me maar'	4
Bijlage: enquête	11

Samenvatting

Dit artikel beschrijft een praktijkonderzoek naar gehanteerde methodieken binnen de psychomotorische therapie bij kinderen en jeugdigen met een dysthyme stoornis. Een dysthyme stoornis is een lichte chronische depressie. Een dysthyme stoornis bij kinderen wordt vaak niet direct gediagnosticeerd als gevolg van het meer op de voorgrond treden van andere stoornissen of gedragsproblemen. Binnen de psychomotorische therapie is het belangrijk om oog te hebben voor gedragsproblemen die voort komen uit een mogelijk onderliggende dysthyme stoornis, wil men tot een succesvolle behandeling kunnen komen.

Psychomotorisch therapeuten kiezen voornamelijk voor het toepassen van bewegingsgerichte methodieken, gezien dit beter aansluit bij de beleavingswereld van het kind. Er wordt aangegeven dat lichaamsgerichte methodieken een zinvolle aanvulling kunnen zijn op de behandeling van het kind. Lichaamsgerichte methodieken zijn moeilijker te integreren voor een kind en daarom is het belangrijk eerst een ingang te creëren door middel van de bewegingsgerichte methodieken. Veelal wordt er gewerkt vanuit een cognitieve en humanistische visie. Men neemt daarbij een steunende attitude aan en past daarbij een pragmatisch structurerende en inzichtgevende werkvorm toe. Een steunende attitude en een pragmatisch structurerende werkvorm zorgen voor een klimaat waarin inzichtgevend gewerkt kan worden.

Om aan te sluiten bij de groeiende vraag naar evidence based werken en het meer zichtbaar en inzichtelijker maken van het werk van de psychomotorische therapeut binnen deze doelgroep doet de auteur aanbeveling voor nader onderzoek.

Summary

This article will describe a practical survey which examines the methodology that psychomotor therapist use during the treatment of children and youth who are diagnosed with dysthymia. Dysthymia is a chronic mild depression. Dysthymia is a disorder which is often not diagnosed as a consequence of other disorders or behaviour that is more prominent. Within the psychomotor therapy it is important to notice the problems in behaviour as a result of a possible underlying dysthymic disorder for successful treatment. Psychomotor therapists mainly apply movement oriented methods, because this method corresponds better with the child's perception of the world. Therapists say that body oriented methods could be supplementary next to the movement oriented methods. Body oriented methods are much more difficult to integrate for the child and therefore it is important to find acceptance by using movement oriented methods.

Mostly, therapists work from a cognitive and humanistic vision and apply mostly a supportive, pragmatic and structured method. A supportive and pragmatic structured method realises a working climate which gives the opportunity for the therapist to work with insights.

The author recommends further examination in order to correspond with the growing demand of evidence based working and to make the work of a psychomotor therapist more visible and to give more insight in his work within this target group.

“Beweeg me maar”

Een praktijkonderzoek naar gehanteerde methodieken binnen de psychomotorische therapie bij kinderen en jeugdigen met een dysthyme stoornis, die in een ambulante of klinische setting worden behandeld.

“Xander, 12 jaar, loopt letterlijk op zijn tenen. Xander is gediagnosticeerd met een dysthyme stoornis en heeft last van piekergedachten. De groepsleiding doet een beroep op de psychomotorisch therapeut om hem te leren ontspannen en te aarden door middel van ontspanningsoefeningen.

Tennissen doet hij graag en daar beleeft hij aanzienlijk plezier aan. Daarom staat Xander regelmatig samen met zijn therapeut op de tennisbaan. ”

Inleiding

Dit artikel beschrijft een praktijkonderzoek naar gehanteerde methodieken binnen de psychomotorische therapie bij kinderen en jeugdigen met een dysthyme stoornis, die in een ambulante of klinische setting worden behandeld.

Het doel in het onderzoek is uit te zoeken welke methodieken er binnen de psychomotorische therapie binnen de doelgroep kinderen en jeugd met een dysthyme stoornis worden gehanteerd en daarmee de lezer informatie te verschaffen en inzicht te geven in de gehanteerde methodieken.

Aan de hand van ontvangen gegevens uit een enquête, opgesteld voor psychomotorische therapeuten en gericht op de genoemde doelgroep, worden de verschillen en overeenkomsten in gehanteerde methodieken in kaart gebracht.

Een dysthyme stoornis bij kinderen wordt vaak niet direct gediagnosticeerd als gevolg van het meer op de voorgrond treden van andere stoornissen of gedragsproblemen. Binnen de psychomotorische therapie is het belangrijk om oog te hebben voor gedragsproblemen die voort komen uit een mogelijk onderliggende dysthyme stoornis, wil men tot een succesvolle behandeling kunnen komen. Er is nog geen wetenschappelijk onderzoek verricht naar de effectiviteit van psychomotorische werkwijzen voor kinderen en jeugdigen met een dysthyme stoornis. Gezien de groeiende vraag naar evidence based werken, zou dit onderzoek daarvoor wel eens een eerste aanzet kunnen zijn.

In het artikel wordt in het kort uitgelegd wat er wordt verstaan onder een dysthyme stoornis. Vervolgens wordt de opzet van het onderzoek toegelicht en worden de resultaten weergegeven en besproken. Tot slot volgen de conclusie en de discussie ten aanzien van het onderzoek en het belang van dit onderzoek voor de ontwikkeling van de psychomotorische therapie.

Waar in het artikel wordt gesproken van kinderen, wordt ook bedoeld jeugdigen.

Dysthyme stoornis

Drie procent van de Nederlanders lijdt aan een dysthyme stoornis (depressiecentrum, 2008). Een dysthyme stoornis is een chronische milde depressie en valt onder de categorie stemmingsstoornissen, binnen de DSM-IV geclassificeerd op as 1 (DSM-IV, 2001).

Een volwassene met een dysthyme stoornis is voor velen een bekender beeld dan een kind met een dysthyme stoornis. Vroeger ging men er van uit dat stemmingstoornissen niet bij kinderen voorkwamen. Er werd gezocht naar ernstige symptomen zoals die bij depressieve volwassenen voorkwamen en ze gingen uit van bepaalde condities waaraan een kind volgens hen niet zou kunnen voldoen. In de jaren tachtig werd het DSM-IV model aangepast

voor kinderen. Hierin werd rekening gehouden met het ontwikkelingsniveau van het kind. Bij kinderen kan de dysthyme stoornis op verschillende manieren worden geuit. De invloed van emotionele, cognitieve, sociale en morele ontwikkeling die een kind of adolescent op een bepaalde leeftijd bereikt heeft is vrijwel zeker van invloed op de manier waarop hij of zij emotionele problemen ervaart en tot uitdrukking brengt en op de manier waarop hij of zij dat nog niet kan (de Wit, 2000). Uit onderzoek van Luby et al. (2003) is gebleken dat basisschoolkinderen met een depressie meer destructieve speelgedrag vertoonden en meer spelthema's bedachten die gericht waren op zelfmoord dan geestelijk gezonde kinderen.

Er wordt geschat dat 1% van de kinderen onder de vijf jaar een stemmingsstoornis heeft. Onder basisschoolkinderen is dit percentage 2-4%. Het percentage tieners met een stemmingsstoornis ligt aanzienlijk hoger. Er wordt geschat dat 5-8% van de tieners lijdt aan een stemmingsstoornis (Braams & Talma, 2001).

Bij een dysthyme stoornis is er vaak sprake van co-morbiditeit. Ongeveer 50% van de kinderen met een dysthyme stoornis heeft daarnaast een andere stoornis die meer op de voorgrond staat (Rigter, 2002). Veel voorkomende stoornissen naast een dysthyme stoornis zijn angststoornissen, ADHD, obsessieve-compulsieve stoornis, antisociale stoornis en eetstoornissen. Om een kind met meervoudige problematiek goed te kunnen behandelen is het van wezenlijk belang om een dysthyme stoornis niet te onderschatten (Braams & Talma, 2001).

In de DSM-IV (2001) wordt er gesproken over een dysthyme stoornis bij kinderen wanneer er sprake is van een depressieve stemming het grootste deel van de dag, meer dagen wel dan niet, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen ofwel uit observatie door anderen. De stoornis is gedurende minstens een jaar aanwezig. Wanneer de diagnose dysthyme stoornis wordt gesteld is er sprake van een of meer van onderstaande symptomen:

- slechte eetlust of te veel eten
- insomnia of hypersomnia
- weinig energie of moeheid
- gering gevoel van eigenwaarde
- slechte concentratie of moeilijkheden om tot een besluit te komen
- gevoelens van hopeloosheid.

Een uitgebreidere beschrijving van een dysthyme stoornis is te vinden in de DSM-IV.

Andere symptomen die bij kinderen met een dysthyme stoornis zijn waargenomen en niet opgenomen zijn in de DSM-IV zijn overmatige geïrriteerdheid, boosheid en ongehoorzaamheid (Braams & Talma, 2001). De Wit (2000) beschrijft specifieke kenmerken die voorkomen bij kinderen met een depressie. Volgens hem kan er bij deze kinderen naast de beschreven symptomen uit de DSM-IV ook sprake zijn van onderstaande symptomen:

- agressief gedrag
- verandering in schoolprestaties
- verminderde socialisatie
- verandering in school attitude
- somatische klachten.

Een dysthyme stoornis kan een voorloper zijn van een depressie, de symptomen lijken op elkaar, daarom is het van belang de kenmerken die de Wit beschrijft, ook in het achterhoofd te houden tijdens een behandeling. Het lange termijn onderzoek naar het verloop van een dysthyme stoornis van Klein et al (2001) bevestigt dit doordat naar voren is gekomen dat kinderen na het ontwikkelen van een dysthyme stoornis grote kans hebben om een zware depressie te ontwikkelen of psychosociaal zeer slecht te functioneren in hun latere leven (Klein et al. in Flament et al. 2001). Ook Braams en Talma (2001) geven aan dat een dysthyme stoornis niet als een lichte depressie gezien moet worden en wel weer over zal gaan. De kans op herhaling is namelijk groot.

Het biopsychosociale evenwicht bij kinderen met een dysthyme stoornis is verstoord. Het kind kan in aanleg een genetisch bepaalde kwetsbaarheid voor depressie hebben meegekregen. Affectieve en pedagogische tekorten van de ouders kunnen ook een rol

spelen bij het ontwikkelen van de dysthyme stoornis. Wanneer een kind zich cognitief gaat ontwikkelen, is het mogelijk dat de nadruk dan ligt op belevingen van gemis, tekort, benadeling, krenking en zichzelf niet goed genoeg vinden. Een kind met een dysthyme stoornis heeft vaak een internaliserende aard en betreft negatieve ervaringen op zichzelf (de Wit, 2000). Een dysthyme stoornis is van negatieve invloed op de omgeving van het kind. Kinderen die een stemmingsstoornis hebben vinden het moeilijk om zich open te stellen voor troost, aandacht en complimenten. Wanneer anderen proberen om met ze in contact te treden, worden de goed bedoelde intenties vaak afgewezen. Het gevolg daarvan is dat anderen in het vervolg negatief op het kind zullen reageren (Rigter, 2002).

Er zijn meerdere factoren die van invloed zijn op het ontstaan van een dysthyme stoornis. Zeker is dat factoren in aanleg en interactiefactoren samen van invloed zijn op het biopsychosociale evenwicht (de Wit, 2000).

Belangrijk bij de behandeling is het letterlijk weer in beweging krijgen van het kind. Een dysthyme stoornis zorgt ervoor dat het kind als het ware stilstaat, waardoor de sociale en psychologische ontwikkeling stagneert. Het kind onderneemt weinig tot helemaal niet, waarbij de kans bestaat dat het kind in een sociaal isolement terecht komt. Om in zijn volwassen leven actief deel uit te kunnen maken van de maatschappij en daar van te kunnen genieten zal het kind in beweging gezet moeten worden om zo stappen te gaan ondernemen en daardoor ervaringen op te doen. Het kind heeft immers ervaringen nodig om zichzelf te kunnen ontwikkelen.

Onderzoeksopzet

Beschrijving van de onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit 7 personen die werkzaam zijn als psychomotorisch therapeut binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Van deze personen hebben er 2 de bacheloropleiding psychomotorische therapie gevolgd en 1 persoon de VO-PMT opleiding. Twee personen hebben zowel de PMT als de VO-PMT gevolgd. Twee personen hebben een universitaire PMT opleiding gevolgd.

Gemiddeld hebben de therapeuten 8,64 jaar werkervaring, waarbij het laagste aantal werkjaren 2,5 bedroeg en het hoogste 18 jaren.

Methodiek

Er zijn 31 enquêtes verstuurd naar instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, verspreid over Nederland. Voorafgaande aan het versturen zijn er proefafnamen geweest bij 6 personen werkzaam als psychomotorisch therapeut of elders in de hulpverlening en/of met een academische achtergrond. Na terugname is de feedback vergeleken en zijn de meest genoemde opmerkingen verwerkt in de enquête. Er zijn 11 enquêtes geretourneerd, waarvan 7 volledig en 4 niet ingevuld. Instellingen die de enquêtes niet hebben ingevuld geven aan dat zij de betreffende doelgroep niet behandelen.

Onderzoeksinstrument

De enquête bestaat uit 11 vragen, onderverdeeld in 3 vragen gericht op de doelgroep en 8 vragen gericht op de gehanteerde methodiek en visie van de therapeut.

Bij elke vraag wordt de therapeut verondersteld om aan te geven waarom hij voor een bepaalde methodiek of visie kiest.

Resultaten

De onderzoeksgroep geeft aan dat het houdingsbeeld van deze kinderen kenmerkend is. Ze hebben een lage spierspanning of juist een hoge spierspanning, vertonen weinig mimiek, zijn geremd en hebben een in elkaar gedoken houding. Zoals de Wit (2000) ook beschrijft, geven de proefpersonen aan dat de kinderen zichzelf overschreeuwen en druk gedrag vertonen. Dit wordt vaak geplaatst onder de noemer gedragsproblematiek, maar kan heel goed een gevolg zijn van een al langer bestaande chronische lichte depressie, oftewel een dysthyme

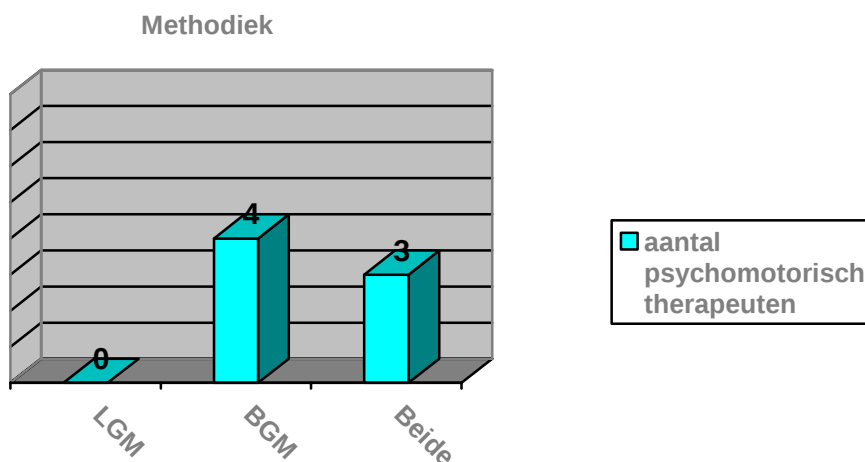
stoornis. Om te voorkomen dat de dysthyme stoornis over het hoofd wordt gezien is het van belang goed na te gaan waar de symptomen vandaan komen.

In het bewegingsbeeld van een kind met een dysthyme stoornis ziet men een psychomotore remming, ze lopen traag en vaak in een tempo. Ze zijn voorzichtig en bewegen krampachtig, kunnen zich slecht focussen, hebben weinig kracht en nemen weinig ruimte in. Ze hebben weinig energie en nemen weinig initiatief. Zoals al eerder in het artikel is aangegeven kan een dysthyme stoornis op verschillende manieren worden geuit. De uiting van de stoornis is afhankelijk van de ontwikkelingsfase waarin het kind zich bevindt. Vooral jonge kinderen uiten hun stoornis meer naar buiten en bij oudere kinderen is de uiting van een dysthyme stoornis meer internaliserend van aard.

Er is geen specifiek lichaamsbeeld dat kenmerkend is voor kinderen met een dysthyme stoornis. Enkele psychomotorisch therapeuten noemen dat het voorkomt dat kinderen niet geïnteresseerd zijn in hun eigen lichaam.

Naast de al eerder genoemde co-morbiditeit, komt het ook voor dat ouder-kind problematiek van invloed is op de gesteldheid van het kind en daardoor de dysthyme stoornis in stand houdt dan wel verergert. Ook wordt er door één psychomotorisch therapeut aangegeven dat een dysthyme stoornis vaak samen gaat met een sociale angststoornis.

Binnen de psychomotorische therapie wordt zowel gebruik gemaakt van bewegingsgerichte methodieken (BGM) en lichaamsgerichte methodieken (LGM). In figuur 1 is een overzicht weergegeven van toegepaste methodieken door de psychomotorische therapeuten uit het onderzoek.



Figuur 1. Het aantal psychomotorisch therapeuten dat LGM en/of BGM toepast

In eerste instantie wordt er gekozen voor bewegingsgerichte methodieken. Er is één evidence based methode die door enkele psychomotorisch therapeuten wordt toegepast, runningtherapie. Ruud Bosscher (1991) deed onderzoek naar de effecten van runningtherapie bij patiënten met een depressieve stoornis, deze effecten bleken zeer positief en waardevol te zijn. Tegenwoordig wordt runningtherapie ook steeds meer toegepast binnen de behandeling van kinderen met een psychiatrische stoornis. Uit ervaring blijkt dat kinderen zich door de runningtherapie meer bewust worden van hun lichaam en actiever worden. Zoals bekend zorgt beweging, in dit geval running, ervoor dat er endorfinen vrijkomen in de hersenen die ons goed doen voelen en een depressief gevoel kunnen verminderen.

Verder geven de psychomotorisch therapeuten aan zich vooral te richten op de plezierbeleving van het kind. Na verloop van tijd kunnen lichaamsgerichte methodieken de behandeling aanvullen gericht op spanningsregulatie en het herkennen van lichaamssignalen en gevoelens. Bewegingsactivering geeft een ingang tot een gesprek en reflectie door het kind. Opvallend is dat geen enkele psychomotorisch therapeut er voor kiest om te beginnen met lichaamsgerichte methodieken.

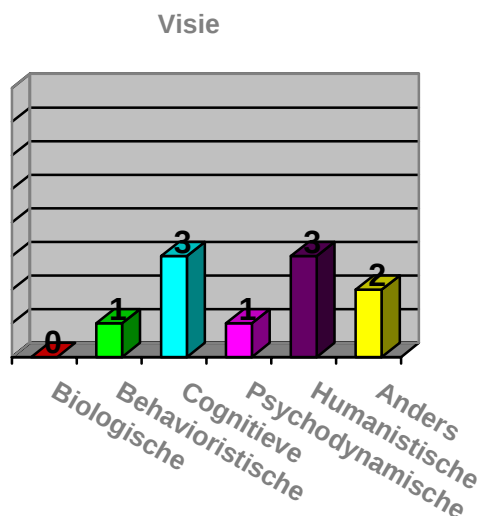
Naast de algemeen geldende regels voor het scheppen van vertrouwen en veiligheid binnen de behandeling, wordt er als eerste doel vaak gewerkt aan het aangeven van grenzen, zich durven uiten, activering en het ontwikkelen van copingsvaardigheden.

De psychomotorisch therapeuten geven aan dat zij geen specifieke methoden gebruiken, naast de al eerder genoemde runningtherapie. Er wordt gekozen voor activiteiten waarbij kracht en energie opgewekt wordt en daarnaast wordt er vooral gebruik gemaakt van spel en turnvormen.

In de enquête werd ook gevraagd naar de visie en de toegepaste werkvorm. De psychomotorisch therapeuten konden aangeven of ze gebruik maken van een biologische benadering, een behavioristische benadering, een psychodynamische benadering, een humanistische benadering of dat ze gebruik maakten van een andere benadering. Twee psychomotorisch therapeuten kozen voor anders en gaven aan dat ze voor een eclecticische benadering kiezen. Onder eclecticisch wordt verstaan dat de therapeut kenmerken uit meerdere benaderingen combineert. De psychomotorisch therapeuten mochten meer dan één voorkeur aangeven. In figuur 2 wordt weergegeven waar de voorkeur van de psychomotorisch therapeuten naar uit gaat.

Veelal werd er gekozen voor een cognitieve en humanistische benadering. Kenmerkend voor de cognitieve benadering is dat de gebeurtenissen die zich in het individu afspelen minstens net zo belangrijk worden geacht als de omgevingsfactoren om het gedrag te kunnen begrijpen. Door middel van een cognitieve benadering kan er gewerkt worden aan attitudeverandering. De humanistische benadering gaat er vanuit dat mensen keuzes kunnen maken, een vrije wil hebben, en dat de therapeut het individu probeert te begrijpen vanuit zijn standpunt. De therapeut wil dan weten hoe het individu naar de wereld kijkt (Geluk, 2004).

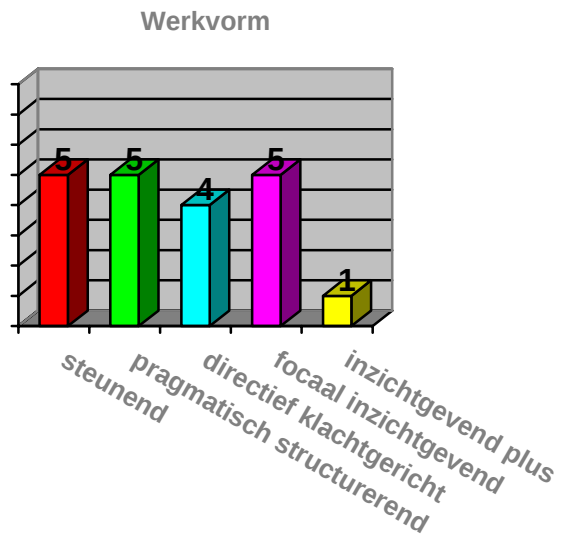
Kenmerkend voor beide visies is dat ze beide inspelen op het hier en nu en gericht zijn op de cliënt.



Figuur 2. Visies van waaruit psychomotorisch therapeuten werken

De werkvormen en attitudes genoemd in de enquête zijn steunend, pragmatisch structurerend, directief klachtgericht, focaal inzichtgevend en inzichtgevend plus. In figuur 3 wordt weergegeven welke attitude en werkvorm de voorkeur heeft van de psychomotorisch therapeuten binnen de behandeling. De psychomotorisch therapeuten gebruiken veelal meerdere werkvormen naast elkaar. Over het algemeen gaven de psychomotorisch therapeuten aan dat ze in eerste instantie steunend bezig gaan om het kind veiligheid te bieden en vervolgens pragmatisch structurerend omdat het kind zelf weinig tot geen structuur heeft in zijn leven. Ook Ouwens et al (2007) concludeerden uit hun onderzoek naar interventievormen door vaktherapeuten dat voornamelijk de steunende werkwijze wordt toegepast bij het behandelen van as 1- stoornissen. Veiligheid en structuur zijn voorwaarden

om vervolgens inzichtgevend te kunnen werken. Er zijn ook psychomotorisch therapeuten die aangeven directief klachtgericht te werk te gaan. Zij stellen dan, wanneer mogelijk, samen met de cliënt het behandeldoel op.



Figuur 3. Toegepaste werkvormen

Vier van de zeven psychomotorisch therapeuten geven aan het zeer belangrijk te vinden om non-verbaal te werken. Dit sluit erg goed aan bij de belevingswereld van het kind. Een van de psychomotorisch therapeuten geeft aan dat praten het ervaren van gevoelens in de weg kan zitten en leidt tot vermijding van die gevoelens. In bewegingsactiviteiten zit het kind in de ervaring en wordt er cognitief geen sterk beroep op hem gedaan.

Wanneer er gebruik gemaakt wordt van specifieke verbale technieken wordt er door twee psychomotorisch therapeuten neurolinguïstisch programmeren (NLP) toegepast en één psychomotorisch therapeut geeft aan specifieke elementen uit de cognitieve gedragstherapie toe te passen.

Conclusie

Psychomotorisch therapeuten geven in de enquête aan dat de doelgroep kinderen met een dysthyme stoornis veel onduidelijkheden bij hen oproept. Een dysthyme stoornis wordt binnen hun werkveld vaak niet als hoofddiagnose gesteld.

Er is een brede range, waarop men het behandelaanbod kan afstemmen. Duidelijk is dat het aanbod zal bestaan uit de bewegingsgerichte methodiek om het kind letterlijk in beweging te krijgen. Een steunende attitude van de therapeut beïnvloedt de relatie tussen kind en therapeut positief en zorgt samen met een structurerende werkvorm voor een werkklimaat waarin inzichtgevend gewerkt kan worden. Bij vooral de jongere kinderen is het aanbod van bewegingsgerichte activiteiten toepasbaar, gezien dit goed aansluit bij hun belevingswereld. Het kost tijd om over te kunnen stappen naar lichaamsgerichte activiteiten. Deze zijn voor de kinderen moeilijker toe te passen en moeilijker te begrijpen en te integreren in hun leven.

Aansluiten bij de belevingswereld van het kind en tijd nemen om het kind plezier te laten ervaren en daar van te kunnen en mogen genieten is een aanbeveling voor de behandeling. Bewegingsgerichte methodieken sluiten hier beter op aan dan de lichaamsgerichte methodieken. Neemt niet weg dat lichaamsgerichte methodieken in een latere fase van behandeling een zeer zinvolle aanvulling kunnen zijn. Lichaamsgerichte methodieken kunnen het kind helpen om hun eigen lijf beter te leren kennen en te waarderen.

Discussie

De resultaten van het praktijkonderzoek zijn gebaseerd op gegevens van zeven psychomotorische therapeuten. Dit is een relatief kleine onderzoeksgroep. Er mag daardoor niet vanuit worden gegaan dat de gegevens generaliseerbaar zijn.

De vragen in de enquête zijn mogelijk te breed gesteld, waardoor de resultaten van het onderzoek niet erg verrassend zijn.

Gezien de groeiende vraag naar evidence based werken in de geestelijke gezondheidszorg zou het relevant kunnen zijn om dit onderzoek verder uit te werken om een gedetailleerder beeld te kunnen geven over het werken met deze doelgroep binnen de psychomotorische therapie en de behandeling te kunnen verantwoorden.

Een suggestie voor verder onderzoek is het afnemen van een interview bij zowel de therapeut als het kind. Face to face kan er dieper worden ingegaan op de antwoorden die er gegeven worden en kan er direct naar verheldering worden gevraagd. Het bereik zal door het afnemen van een interview aanzienlijk groter kunnen worden. Daarnaast zal de enquête opnieuw gebruikt kunnen worden, wanneer de vragen specifiekere worden gemaakt.

Een dysthyme stoornis bij kinderen wordt vaak niet als hoofddoel gesteld of over het hoofd gezien als gevolg van gedragsproblematiek en is daardoor minder bekend onder psychomotorische therapeuten. Om er meer bekendheid aan te geven zou het gunstig zijn om het onderwerp, kinderen met een dysthyme stoornis, in te brengen in een vakgroepoverleg.

Literatuur

- American psychiatric association (2001). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Association.
- Braams, T., & Talma, T. (2001). *Kinderen en jongeren met een depressie*. Amsterdam: uitgeverij Boom.
- Flament, M.F., Cohen, D., Choquet, M., Jeammet, P., & Ledoux, S. (2001). Phenomenology, psychosocial correlates, and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence. *Journal of American academy of child and adolescent psychiatry*, 40(9), 1070-1087.
- Geluk, H. (2004). *Stromingen in de psychologie*. Baarn: HB uitgevers.
- <http://www.depressiecentrum.nl/cms/upload/files/Extra%20informatie%20dysthyme%20depressie.pdf>
- Huizinga, J.C., Bosscher, R.J. Run for your life: een therapeutisch avontuur. In: J. de Lange en R.J. Bosscher, *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen, Cure & Care publishers, 2005, pp.141-160.
- Luby, J.L., Heffelfinger, A.K., Mrakotsky, C., Brown, K.M., Hessler, M.J., Wallis J.M.(2003). The clinical picture of depression in preschool children. *Journal of American academy of child and adolescent psychiatry*, 42(3), 340-348.
- Ouwers, M., Vroling, M., Haeyen, S., Faasen, L., Kranendonk, H., Metzemaekers, R. (2007). Gluren bij de burens: een inventariserend onderzoek naar interventievormen door vaktherapeuten. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 17- 22.
- Rigter, J. (2002). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: uitgeverij Coutinho.
- Wit, C.A.M. de (2000). *Depressie bij kinderen en adolescenten: theorie en onderzoek, diagnostiek en behandeling*. Houten: uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.

Over de auteur

Hillona Beugels is afgestudeerd aan de Rijksuniversiteit Groningen als Bachelor bewegingswetenschapper en heeft dit artikel geschreven in haar laatste jaar van de bachelor opleiding psychomotorische therapie aan de Calo, te Zwolle. Het onderwerp voor dit artikel is gekozen naar aanleiding van stage ervaringen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Veelal werd er binnen de behandeling als doel gesteld 'plezier' ervaren. Dit riep vragen op over het 'waarom', 'hoe' en 'wanneer' verder te gaan met volgende behandeldoelen.

Bijlage



Enquête

‘Een praktijkonderzoek naar gehanteerde methodieken binnen de psychomotorische therapie bij kinderen en jeugdigen met een dysthyme stoornis, die in een ambulante of klinische setting worden behandeld’.

*Hillona Beugels
Begeleider: M. Uijting*

Deze enquête is bedoeld om inzicht te krijgen in het werken als psychomotorisch therapeut met de doelgroep kinderen en jeugdigen met een dysthyme stoornis. Aan de hand van een aantal algemene vragen over de doelgroep en enkele specifiekere vragen over uw werkwijze, zullen de verschillen en de overeenkomsten in gehanteerde methodieken door psychomotorisch therapeuten, in kaart worden gebracht en worden verwerkt in een artikel. Alle gegevens worden anoniem verwerkt.

Om het artikel aan u toe te kunnen zenden wil ik u vragen onderstaande gegevens in te vullen:

Naam therapeut:

Naam instelling:

Vraag 1. Wilt u onderstaande invullen zodat ik een beeld kan geven van de doelgroep die de enquête heeft ingevuld?

Opleiding(en) van de therapeut:

Aantal jaren werkervaring van de therapeut:

Alle onderstaande vragen zijn gericht op de specifieke doelgroep kinderen en jeugdigen met een dysthyme stoornis. Houdt u bij het invullen van de vragen hier rekening mee.

Vraag 2.

Wat vindt u kenmerkend aan kinderen en jeugdigen met een dysthyme stoornis die bij u in behandeling komen?

a) houdingsbeeld:

.....
.....
.....

b) bewegingsbeeld:.....

.....
.....

c) lichaamsbeeld:

.....
.....
.....

Vraag 3.

Hebben deze kinderen en jeugdigen naast een dysthyme stoornis vaak ook andere stoornissen en/of problemen die u belangrijk vindt om mee te nemen in uw behandeling? Zo ja , welke?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vraag 4.

Welke behandelmethode(n) past u toe in de behandeling van kinderen en jeugdigen met een dysthyme stoornis? Kunt u uitleggen waarom u voor deze methode(n) kiest?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....

Vraag 5.

Wat is meestal het eerste doel waar u aan gaat werken? Kunt u daar deelstappen in aangeven?
Zo ja, welke?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vraag 6.

Kunt u aangeven of u voor deze doelgroep voornamelijk gebruik maakt van lichaamsgerichte methodieken (LGM) of bewegingsgerichte methodieken (BGM) en waarom?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vraag 7.

Maakt u binnen de door u bovengenoemde methodieken gebruik van specifieke methoden?
(Bijvoorbeeld ademtherapie, ontspanningstherapie, symbolische werkwijze, exposure in vivo, runningtherapie, klimmen, skeeleren, spelvormen of turnachtige activiteiten).

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vraag 8.

Vanuit welke therapeutische visie werkt u?

- ☐ Biologische visie
- ☐ Behavioristische visie
- ☐ Cognitieve visie
- ☐ Psychodynamische visie
- ☐ Humanistische visie
- ☐ Anders,
namelijk.....
.....
.....

Vraag 9.

Van welke van onderstaande prototypische werkvormen en/of attitudes maakt u gebruik?

- ☐ steunend
- ☐ pragmatisch structurerend
- ☐ directief klachtgericht
- ☐ focaal inzichtgevend
- ☐ inzichtgevend plus
- Omdat,.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vraag 10.

Maakt u bewust de keuze om de nadruk te leggen op of de non-verbale technieken of de verbale technieken, gezien de doelgroep? Kunt u uitleggen waarom wel/niet?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- Omdat,.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vraag 11.

Past u buiten de algemene verbale therapeutische technieken om specifieke verbale technieken toe als bijvoorbeeld Neurolinguistisch programmeren?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Zoja, welke en waarom?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vraag 12.

Hebt u nog aanvullingen of op- of aanmerkingen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bedankt voor uw medewerking!