

Gezinsdynamiek in beweging

De waarde van psychomotorische gezinstherapie bij jongeren met lichte verstandelijke beperkingen

Inge Zomervrucht en Tina Bellemans

SAMENVATTING

Psychomotorische gezinstherapie (PMGT) is een ervaringsgerichte behandelvorm waarin gezinnen via spel-, bewegings- en lichaamsgerichte interacties inzicht krijgen in hun onderlinge patronen van afstemming, controle en nabijheid. Vanuit theoretische kaders zoals het structurele perspectief, embodiment en betekenisvolle bewegingservaringen richt PMGT zich op het zichtbaar maken en veranderen van impliciete interactieprocessen binnen het gezin. Door ervaringen in het hier-en-nu centraal te stellen, ontstaat ruimte voor co-regulatie, gedeelde succeservaringen en het ontwikkelen van nieuwe interactiepatronen. De focus verschuift daarmee van individueel probleemgedrag naar relationele afstemming en duurzame verandering binnen het gezin. Binnen deze brede toepassing van PMGT vormt de inzet bij gezinnen met een kind met een lichte verstandelijke beperking (LVB) en gedragsproblemen een specifiek en veelbelovend werkgebied. In deze gezinnen komen moeilijkheden in emotieregulatie, communicatie en wederzijdse afstemming vaak sterk tot uiting in dagelijkse interacties. PMGT sluit hierbij aan doordat het minder talig en meer ervaringsgericht werkt, waardoor gezinsleden via concrete lichamelijke ervaringen kunnen oefenen met contact, samenwerking en regulatie. Hoewel onderzoek naar PMGT binnen deze specifieke doelgroep momenteel nog beperkt is, biedt deze context een waardevolle invalshoek voor zowel observatie als behandeling. Juist de directe en belichaamde interacties binnen PMGT kunnen helpen om relationele patronen zichtbaar te maken en aanknopingspunten te bieden voor therapeutische verandering.

Trefwoorden: psychomotorische gezinstherapie, jongeren met een LVB, gedragsproblemen, systeem

Inleiding

Jongeren met lichte verstandelijke beperkingen (LVB) worden frequent aangemeld bij behandelcentra voor mensen met een verstandelijke beperking of bij de kinder- en jeugd-

Inge Zomervrucht is psychomotorisch therapeut en onderzoeker binnen Alliade.

Tina Bellemans is associate lector Bewegen, Gezondheid en Welzijn aan Hogeschool Windesheim.

✉ i.zomervrucht@alliade.nl en t.bellemans@windesheim.nl

psychiatrie vanwege aanhoudende gedragsproblemen. Het betreft externaliserend gedrag, zoals boosheid, impulsiviteit, oppositioneel gedrag en grensoverschrijdend handelen, evenals internaliserende problematiek, waaronder terugtrekking, angst, somberheid en overmatige afhankelijkheid (Totsika et al., 2022). Deze gedragsproblemen zijn doorgaans hardnekkig en hebben invloed op zowel het functioneren van het kind als op het gehele gezinssysteem. Ze kunnen dan ook niet los worden gezien van de wederzijdse beïnvloeding tussen het kind en het gezinssysteem waarin het opgroeit. Mede hierom wordt een systeemgerichte en contextuele benadering geadviseerd wanneer de ontwikkeling van jongeren wordt belemmerd (Carr, 2019).

Gezinnen waarin een jongere met LVB opgroeit, staan vaak onder verhoogde druk (Crnic et al., 2017). Dagelijkse opvoedingssituaties zijn complex voor ouders en escaleren snel door de beperkingen in cognitieve vermogens, adaptief functioneren en emotieregulatie van het kind. Ouders ervaren regelmatig stress en gevoelens van machteloosheid (Staunton et al., 2023). Naast ouders/verzorgers, kunnen ook broers en zussen zich aanpassen, zich terugtrekken of eigen klachten ontwikkelen. Hierdoor kunnen disfunctionele interactiepatronen ontstaan, zoals escalatiepatronen waarin controle, correctie en tegenreacties elkaar afwisselen, of juist vermijdingspatronen waarin contact en afstemming afnemen. Deze patronen van reageren zijn begrijpelijk vanuit de behoefte aan houvast en veiligheid, maar kunnen het probleemgedrag onbedoeld versterken of in stand houden (Carr, 2006).

Bij jongeren met LVB spelen veel psychologische processen zich af op een impliciet en lichamelijk niveau. Zij hebben vaak moeite om gevoelens, behoeften en spanningen te verwoorden, waardoor gedrag fungeert als primaire vorm van communicatie. In hoofdzakelijk talige therapieën blijven de hierdoor ontstane belichaamde en relationele patronen regelmatig buiten beeld. Vaak hebben deze gezinnen al meerdere hulpverleningstrajecten doorlopen, maar sloten deze onvoldoende aan bij het gezin, het ontwikkelingsniveau van het kind met een LVB of hebben deze tot onvoldoende verandering gezorgd in het dagelijks gezinsleven. Hierdoor is de motivatie voor verdere behandeling soms laag (Hosseini et al., 2025).

Psychomotorische gezinstherapie (PMGT), een combinatie van psychomotorische therapie en systeemtherapie, biedt een ervaringsgerichte ingang om de eerdergenoemde patronen binnen een gezin zichtbaar, voelbaar en beïnvloedbaar te maken (Visser et al., 2021). Door het gezin letterlijk in beweging te brengen, worden interacties niet alleen besproken, maar ook zichtbaar en ervaren in het hier-en-nu. Juist deze gedeelde belichaamde ervaringen vormen een basis voor – hernieuwde – motivatie en hoop. Door hun concrete en lichamelijke karakter bieden zij de mogelijkheid om nieuwe ervaringen op te doen en te oefenen met andere interactiepatronen, waardoor gezinsleden kunnen ervaren dat verandering binnen het gezin zelf mogelijk is. Met name bij gezinnen met

beperkte taalvaardigheden, die moeite hebben om ervaringen en reflecties verbaal te vertalen naar ander gedrag, of bij gezinnen waarin gezinsleden sterk cognitief georiënteerd zijn, vormt dit een belangrijke indicatie. De concrete en lichamelijke ervaringen die via bewegingsgerichte activiteiten worden opgedaan, kunnen daarbij een krachtig aangrijpingspunt bieden om veranderingsprocessen in gang te zetten.

In dit artikel beschrijven we de theoretische fundamenten van PMGT en de waarde van deze therapie bij gezinnen met een jeugdige met LVB, met specifieke aandacht voor motivatie en gedeelde succeservaringen.

Theoretisch fundament

Drie theoretische kaders zijn richtinggevend voor de PMGT in relatie tot het systeem en het lichaams- en bewegingsgerichte werken: het structurele perspectief, embodiment en betekenisvolle bewegingservaringen.

Structurele perspectief: gedrag in context

Het structurele perspectief binnen de systeemtherapie benadrukt dat gedrag altijd wordt gevormd binnen interacties en relaties (Savenije et al., 2014). Gedrag krijgt pas betekenis binnen wederkerige interactiepatronen en is niet los te zien van de omgeving waarin zij ontstaat. Voor jongeren met LVB is deze contextuele benadering bijzonder belangrijk. Zij hebben vaak beperkingen in zelfregulatie, planning en probleemoplossend vermogen (APA, 2013). Hierdoor zijn zij in sterke mate aangewezen op hun omgeving voor structuur, ondersteuning en het aanleren van copingvaardigheden. Ouders spelen een belangrijke rol in het helpen dragen van emoties, onder meer door middel van co-regulatie waarbij zij gezamenlijk de (lichamelijke) regulatieprocessen kunnen ondersteunen, overzicht bieden en betekenis geven aan ervaringen. Wanneer dit proces onder druk komt te staan – bijvoorbeeld door (opvoed)stress en /of gedragsproblemen van het kind, – neemt de sensitiviteit en responsiviteit van ouders af en kunnen disfunctionele interactiepatronen ontstaan (Camisasca et. al, 2022; Crnic, 2024). Anderzijds geldt ook dat het gezin waarin het kind opgroeit, (het gedrag van) het kind beïnvloedt. Stress en gedrag van ouders of broers/zussen hebben eveneens invloed op het functioneren van een kind met LVB. Vanuit het structurele perspectief wordt probleemgedrag niet primair gezien als een individueel tekort, maar als een signaal van verstoorde afstemming binnen het gezins-systeem. In dit licht kan het ontstaan of het in stand houden van onder andere moeilijk gedrag bij jongeren worden begrepen als het resultaat van een complexe interactie tussen de jongere en diens sociale context. Het betrekken van het gezin in de therapie is daarom van meerwaarde voor positieve therapieresultaten (Carr, 2017).

PMGT sluit hier nauw bij aan, doordat niet het individuele kind, maar de interacties binnen het gezinssysteem centraal staan. In bewegings- en spelopdrachten wordt zichtbaar gemaakt hoe steun, structuur en voorbeeldgedrag in het gezin vorm kunnen krijgen. Door gezamenlijke activiteiten worden patronen van leiden en volgen, nabijheid en afstand, spanning en ontspanning zichtbaar. Deze ervaringsgerichte manier van werken maakt het mogelijk om gedrag te begrijpen als onderdeel van de relationele dynamiek in het gezin, in plaats van als een tekort van één gezinslid. Hiermee wordt niet het gedrag, maar de interactie zelf het aangrijpingspunt voor verandering. Dit sluit aan bij het concept *enactment* uit het structurele perspectief (Rucińska & Fondelli, 2022). In een *enactment* wordt het gezin uitgenodigd om aan de hand van een opdracht met elkaar in interactie te gaan en nieuwe ervaringen op te doen. Binnen PMGT wordt dit op een fysieke manier gedaan door letterlijk en figuurlijk samen in beweging te komen.

Embodiment: het lichaam als ingang voor doorbreken van patronen

Het embodiment-perspectief benadrukt dat psychisch functioneren onlosmakelijk verbonden is met lichamelijke processen (Gallagher, 2005; Geuter, 2016; Koch et al., 2019). Emoties, cognities en interacties worden ervaren en gereguleerd via het lichaam. Denk aan spierspanning, houding, beweging en ritme als uitdrukking van innerlijke toestanden en relationele processen. Deze fysieke uitingen manifesteren zich vaak buiten het bewustzijn om. Zo speelt bij jongeren met LVB het lichaam een centrale rol in emotieregulatie en communicatie. Spanning, onzekerheid of frustratie uiten zich direct in houding, beweging en gedrag, mede doordat het onder woorden brengen minder vanzelfsprekend is. Ook ouders reageren lichamelijk: stress kan leiden tot verkramping, versnelling, overname van controle of juist terugtrekking. Deze lichamelijke reacties worden onderdeel van interactiepatronen die zichzelf in stand kunnen houden of versterken. Deze lichamelijke interactiepatronen betreffen dus een dynamisch proces waarin jeugdigen en ouders elkaar voortdurend wederzijds beïnvloeden. PMGT benut daarom het lichaam als bron van informatie en verandering. Door bewegingsopdrachten worden subtiele reacties zichtbaar en kunnen deze bewust ervaren worden. Het verwoorden van deze ervaringen helpt gezinsleden om meer bewustzijn te ontwikkelen over hun eigen patronen en die van de ander. Het lichaam fungeert daarmee als brug tussen onbewust patronen en bewuste reflectie.

Betekenisvolle beweegervaringen: een kans tot leren

Het gedachtegoed van Gordijn et al. (1975) (zie ook Emck & Scheffers, 2019) vormt een belangrijk theoretisch fundament voor het gebruik van beweging binnen PMGT. In deze benadering wordt bewegen opgevat als een betekenisvolle ontmoeting met de wereld en met de ander. Beweging is daarbij niet louter functioneel, maar raakt aan existentiële en

relationele thema's zoals vertrouwen, autonomie, afhankelijkheid en verbondenheid. Spel- en bewegcontexten vormen daarmee een waardevolle setting waarin kinderen relationele, emotionele en sociale vaardigheden kunnen oefenen. Voor jongeren met LVB is symbolisch en reflectief spel echter minder vanzelfsprekend; hun spel blijft vaak langer concreet en lichamelijk van aard (Zijlstra & Vlaskamp, 2005). Juist daarom kan beweging voor deze kinderen een natuurlijke en toegankelijke ingang tot leren vormen.

In PMGT worden bewegingsactiviteiten zo vormgegeven dat gezinnen worden uitgenodigd om samen ervaringen op te doen waarin bijvoorbeeld samenwerking, falen, herstel en succes centraal staan. Deze ervaringsgerichte werkwijze sluit aan bij het ontwikkelingsniveau en de leerstijl van jongeren met LVB, die vaak beter leren door concrete en lichamelijke ervaringen dan via verbale reflectie (Beer, 2011; Došen, 2008). Door gezamenlijk te bewegen en samen tot successen te komen, ontstaan gedeelde momenten waarin nieuwe betekenissen en interactiepatronen kunnen ontstaan. Ouders kunnen hun kind op een andere manier zien bewegen, reageren en contact maken, terwijl kinderen ervaren dat spanning kan afnemen, dat zij invloed hebben en dat samenwerken positieve ervaringen kan opleveren. Deze gedeelde, lichamelijk ervaren momenten kunnen een belangrijke bron van motivatie en hoop vormen en bijdragen aan duurzame verandering binnen het gezin.

PMGT bij jeugd: een beknopte historie

PMGT kent een geleidelijke maar duidelijke evolutie binnen de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen, jongeren en gezinnen. Al in de jaren 80 en 90 van de vorige eeuw werd de meerwaarde van PMGT beschreven bij uiteenlopende gezinsproblematieken en psychiatrische stoornissen (Blom, 1993, 1994; Klijn, 1991; Van den Blink, 1988). In deze vroege toepassingen stond vooral de samenwerking tussen systeemtherapeuten en psychomotorisch therapeuten centraal, waarbij bewegings- en ervaringsgerichte interventies werden ingezet om interactiepatronen, communicatie en emotieregulatie binnen gezinnen zichtbaar en bespreekbaar te maken. Later werd deze integratie verder uitgewerkt in publicaties van onder andere Van Ramshorst (2004), Maurer, Visser, Albrechts en Krot (2011) en Visser (2018). Parallel hiermee groeide binnen de systeemtherapie de aandacht voor non-verbale en ervaringsgerichte interventies (Hillewaere & Mous, 2017), terwijl binnen de psychomotorische therapie steeds meer een systemische benadering werd geïntegreerd. Visser, Hillewaere en Van der Veen (2021) benadrukken het belang van lichaamsgerichte en relationele interventies binnen de behandeling van kinderen, adolescenten en hun context. Deze evolutie vraagt van therapeuten een integratie van zowel psychomotorische als systemische kennis en vaardigheden, wat zich onder meer vertaalt in gespecialiseerde opleidingsinitiatieven, zoals worden aangeboden bij Euthopia. Daarbij

blijft een duidelijke rolverdeling en samenwerking tussen verschillende therapeuten essentieel (Visser et al., 2013). Hoewel PMGT in de praktijk steeds vaker wordt toegepast, blijft wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit ervan nog beperkt (Zomervrucht et al., 2024). Verschillende auteurs, waaronder Van Damme en Visser (2015), Verschuur en Kramer (2018) en Visser, Maurer en Kramer (2013) wijzen op de nood aan verdere empirische onderbouwing van deze behandelvorm.

Onderzoek naar PMGT bij gezinnen met een kind met LVB

Het inzetten van PMGT wordt in de praktijk als waardevol ervaren. Ook wetenschappelijke interesse naar dit onderwerp groeit. Ondanks dat er al veel ervaringskennis is opgebouwd (Blom, 1993, 1994; Klijn, 1991; Van den Blink, 1988, Visser 2010, 2013, 2018; Simons et al., 2023), blijkt uit het literatuuronderzoek van Zomervrucht et al. (2024) dat er nog geen studies zijn uitgevoerd naar PMGT specifiek bij gezinnen met jongeren met LVB. In eerdere onderzoeken naar de effectiviteit van PMGT binnen de reguliere jeugd-ggz werd echter wel een verbetering van de interactie tussen ouder(s) en kind gevonden (Devereaux, 2008; Kedem, 2021a; Kedem, 2021b; Verschuur & Kramer, 2018). Ook werd er een afname van de gedragsproblemen van de jongeren gevonden (Devereaux, 2008; Kedem, 2021a; Verschuur & Kramer, 2018; Weston, 2012) en een verbetering van de opvoedvaardigheden (Devereaux, 2008; Regev, 2012).

Een eerste praktijkonderzoek naar de inzet van PMGT bij gezinnen met een kind met LVB (Zomervrucht et al., 2024) combineerde kwantitatief en kwalitatief onderzoek bij ouders, jongeren en betrokken hulpverleners. Binnen het onderzoek werden negen gezinnen gevolgd, waarbij gebruik werd gemaakt van een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve dataverzameling. Ouders vulden vragenlijsten in, waaronder de Child Behavior Checklist (CBCL) een veelgebruikt instrument om gedrags- en emotionele problemen bij kinderen in kaart te brengen; de Ouder-Kind Interactievragenlijst (OKIV-R), die inzicht geeft in de kwaliteit van de ouder-kindrelatie; en de Child Session Rating Scale (CSRS), waarmee de ervaren kwaliteit en beleving van de behandeling wordt geëvalueerd. Daarnaast werd bij deze gezinnen een semigestructureerd interview afgenomen, gericht op het verdiepen van de ervaringen met de behandeling en veranderingen binnen de gezinsinteractie. Ter aanvulling werden ook elf betrokken hulpverleners geïnterviewd aan de hand van een semigestructureerde topiclijst, om vanuit professioneel perspectief inzicht te krijgen in de waargenomen veranderingen, werkzame elementen en contextfactoren binnen het behandelproces.

Hoewel verder onderzoek nodig is, wijzen deze eerste resultaten op een positief effect van PMGT op de ouder-kindrelatie. Ouders rapporteerden meer acceptatie in de relatie met

hun kind(eren). Daarnaast bleek dat er meer rust werd ervaren thuis en waren er minder conflicten in het gezin. Er werd echter geen effect gevonden op de gedragsproblemen van het kind. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat verbeteringen in de gezinsinteractie zich nog onvoldoende hebben vertaald naar observeerbaar gedrag bij het kind. Jongeren met een LVB hebben vaak meer tijd nodig om nieuw gedrag te internaliseren en te generaliseren naar verschillende situaties. Tegelijkertijd kunnen veranderingen die primair in de gezinsdynamiek plaatsvinden, zoals betere onderlinge afstemming en vermindering van stress, al wel optreden zonder dat deze op korte termijn zichtbaar zijn in het gedrag van het kind. Het is aannemelijk dat juist deze verbeterde manier van omgaan met probleemgedrag binnen het gezin leidt tot minder stress en een positievere gezinsdynamiek, terwijl gedragsverandering bij het kind pas in een later stadium zichtbaar wordt. Verder benoemen zowel ouders als betrokken hulpverleners dat het bewust worden van wat er in de gezinsinteracties gebeurt, leren door de ervaring en samen plezier hebben belangrijke elementen zijn van PMGT. Kortom, de resultaten geven eerste aanwijzingen dat PMGT voor deze doelgroep een waardevolle bijdrage kan leveren in de behandeling.

PMGT in de praktijk

PMGT bestaat in de praktijk uit een observatiefase en, indien geïndiceerd, een daaropvolgende behandel fase.

Observatiefase: patronen zichtbaar maken

De observatiefase vormt het startpunt van PMGT en is gericht op het zichtbaar maken van interactiepatronen binnen het gezin. Door gezinsleden samen te laten bewegen en te laten samenwerken worden deze patronen in het hier-en-nu zichtbaar. In een bewegingscontext komen interactiepatronen vaak snel en direct naar voren, doordat gedrag slechts beperkt wordt beïnvloed door sociale wenselijkheid of uitgebreide cognitieve reflectie. Waar gesprekssituaties ruimte laten voor interpretatie of uitleg achteraf, laat het lichaam in actie vaak zien wat er daadwerkelijk gebeurt. Zo kan zichtbaar worden wie de leiding neemt, wie corrigeert, wie zich terugtrekt en hoe gezinsleden omgaan met spanning wanneer iets niet lukt. Spel en bewegen vormen daarmee een natuurlijke context om spontaan gedrag en systeem patronen te observeren. In het spel wordt duidelijk hoe gezinsleden omgaan met regels, frustratie en afhankelijkheid, en hoe ouders structuur bieden, voorbeeldgedrag tonen of juist taken overnemen. Gezinnen herkennen deze patronen vaak direct en benoemen regelmatig al tijdens de eerste sessie: 'Dit is precies wat er thuis ook steeds gebeurt.' De observatiefase fungeert daarnaast als een belangrijke brug naar het verdere behandelproces. Tijdens spel- en bewegingsactiviteiten kunnen al kleine interventies plaatsvinden,

zoals het structureren van onderlinge interacties, het ondersteunen van emotieregulatie en het in het hier-en-nu markeren en gezamenlijk onder woorden brengen van het interactieproces, wat kan bijdragen aan het ontstaan van eerste succeservaringen. Zo kan het bijvoorbeeld lukken om samen te werken, neemt de spanning af of ontstaat er plezier in het samenspel. Dergelijke ervaringen laten gezinsleden zien dat verandering mogelijk is en kunnen de intrinsieke motivatie voor verdere behandeling versterken. De behandeldoelen die hieruit voortkomen, worden verankerd in concrete, gezamenlijke opgedane ervaringen, waarbij gezinsleden bijvoorbeeld verwijzen naar momenten van rust of geslaagde samenwerking die zij tijdens de activiteiten hebben ervaren en die zij vaker willen laten ontstaan in het dagelijks gezinsleven. Op deze manier vormt de observatiefase niet alleen een bron van diagnostische informatie, maar ook een eerste stap in het veranderproces.

Vertaling naar de praktijk

In de observatiefase wordt regelmatig gebruikgemaakt van een activiteit waarbij een geblinddoekt gezinslid door een ander gezinslid door een parcours met obstakels in de zaal wordt begeleid. Dit maakt interactiepatronen rondom vertrouwen, controle, nabijheid en afhankelijkheid direct zichtbaar. Hoe geven ouders leiding? Hoe gaan kinderen om met onzekerheid? En hoe wordt spanning gedeeld of juist vermeden? In gezinnen met een kind met LVB is vaak te zien dat ouders snel ingrijpen of aanwijzingen blijven herhalen, terwijl het kind verstijft, afhaakt of ontregeld raakt. Deze dynamiek weerspiegelt veelal dagelijkse interacties rondom probleemgedrag. Tegelijkertijd biedt de activiteit ook ruimte voor positieve ervaringen. Wanneer ouder en kind er samen in slagen het parcours af te leggen – al is het met haperingen en met tips van de therapeut – kan er een moment van opluchting, trots en verbondenheid ontstaan. Dit gezamenlijke succes werkt motiverend, juist omdat het gedeeld wordt. In gezinnen waarin disfunctionele interacties de boventoon voeren, vormen dergelijke ervaringen een belangrijk tegenwicht: ze laten zien dat het gezin óók in staat is tot afstemming en wederkerigheid, wat hoop op verandering kan versterken.

Praktijkvoorbeeld: van controle en overname naar herstel en plezier

Chris: Een moeder komt samen met haar tienjarige zoon Chris, die een LVB heeft, naar de sessie. Thuis is de sfeer al langere tijd gespannen. Het maken van huiswerk leidt dagelijks tot strijd, wat vervolgens doorwerkt in de rest van de dag.

Tijdens de activiteit begeleidt moeder haar geblinddoekte zoon door het parcours. Ze blijft continu dicht naast hem lopen en grijpt hem al vóór het eerste obstakel bij de arm, waarna ze hem in hoog tempo meeneemt. Chris verstijft vrijwel direct. Moeder merkt zijn weerstand op en reageert door nog meer sturing te geven. In deze interactie wordt hun dagelijkse patroon zichtbaar: controle en overname aan de kant van de ouder, spanning en blokkering bij het kind.

De therapeut intervineert door moeder te vragen het tempo te vertragen en meer ruimte te laten voor haar zoon. Met deze aanpassing lukt het moeder en zoon om de opdracht samen succesvol af te ronden. Achteraf benoemen beiden meer rust en plezier. Het moment markeert een verschuiving van controle naar samenwerking en geeft bij moeder het inzicht dat een kleine verandering in interactiepatroon kan leiden tot herstel van contact en positieve gedeelde ervaringen.

Emma: Een gezin, bestaand uit een vader, moeder, Ruben (vijftien jaar) en Emma (twaalf jaar), is aangemeld voor PMGT. Emma heeft een LVB. In de thuissituatie nemen de gedragsproblemen van haar steeds meer toe, waarbij ze heel claimend gedrag bij moeder kan laten zien, zich steeds vaker niet meer houdt aan de gemaakte afspraken en al een aantal keren van huis is wegge- lopen.

In de observatiefase wordt zichtbaar hoe sterk Emma leunt op de bevestiging van haar ouders. Ze zoekt hen voortdurend verbaal en non-verbaal op, waarbij vooral moeder direct inspringt en zaken van haar overneemt. Vader daarentegen neemt juist meer afstand. In de activiteiten is dit terug te zien dat vader letterlijk (én figuurlijk) een stap achteruit doet en moeder haar bij de hand neemt.

Ook voor Ruben wordt duidelijk dat hij zich steeds meer terugtrekt in het gezin. Waar in eerste instantie werd gedacht dat het goed met hem ging, blijkt in de sessie dat hij regelmatig aan de kant gaat zitten en weinig betrokken lijkt – een patroon dat aansluit bij hoe hij thuis veel tijd op zijn kamer doorbrengt.

Tijdens de eerste opdracht begeleiden moeder en vader ieder één kind door het parcours. Moeder houdt Emma stevig vast en benoemt voortdurend wat zij verwacht. Emma laat zich leiden, maar er is steeds minder afstemming in het contact tussen moeder en dochter. Emma draait haar hoofd weg van moeder en haar spierspanning stijgt zichtbaar. Vader zet humor in om Ruben te activeren en geeft hem ruimte om initiatief te nemen, terwijl hij nabij blijft bij de meer gevaarlijke obstakels. Halverwege het parcours wordt het gezin stilgezet voor een korte reflectie op wat fijn of niet fijn is. Vervolgens wisselen de ouders van rol. Moeder probeert ook Ruben bij de hand te nemen, maar hij trekt zijn hand meteen terug. Ze blijft dicht bij hem en stuurt verbaal stevig aan. Ook nu stijgt de spierspanning bij Emma, die deze keer bij vader staat; hij blijft nabij en daagt haar uit om met minder steun verder te gaan. Hierdoor neemt de ontspanning toe en komt er zelfs een lach op haar gezicht. Moeder houdt ondertussen haar dochter nauwlettend in het oog en spreekt vader aan wanneer zij vindt dat Emma meer hulp nodig heeft.

Moeder ziet echter ook Emma ontspannen en reflecteert na afloop op haar eigen handelen: haar neiging om het beste te willen voor haar kinderen door te sturen, controleren en voortdurend aanwijzingen geven leidt juist tot wat ze niet wil, meer spanning en minder contact. Zij heeft ook gezien en vader zelf ervaren dat zijn rustige aanwezigheid en humor regulerend werken voor de kinderen.

Behandelfase: nieuwe ervaringen opdoen

In de behandelfase wordt bewust voortgebouwd op de ervaringen die zijn opgedaan tijdens de observatie. Door oefeningen te herhalen en te variëren, krijgen gezinsleden steeds opnieuw de kans om succeservaringen op te doen en om nieuwe manieren van afstemmen te verkennen. Deze ervaringen versterken het gevoel van competentie en onderlinge verbondenheid. De therapeut begeleidt dit proces door aandacht te besteden aan tempo, veiligheid en reflectie.

Hierbij richt PMGT zich niet op het aanleren van ‘juist gedrag’, maar op het ervaren en versterken van alternatieven. Ouders ervaren bijvoorbeeld dat zij invloed hebben op het contact met hun kind, zonder voortdurend te hoeven corrigeren of sturen, terwijl het kind ervaart dat het invloed kan uitoefenen zonder de relatie te verliezen. Hierdoor ontstaat meer balans in nabijheid en autonomie. Het effect van de PMGT wordt door het gezin vooral ervaren als meer rust en ontspanning in de thuissituatie, waarbij er een verbetering is in onderlinge acceptatie en interactie en niet direct in minder probleemgedrag (Zomer-vrucht et al., 2024).

Co-regulatie

Een mooi voorbeeld van versterkt contact met het kind is het ervaren van co-regulatie in de ouder-kindrelatie. Voor kinderen met LVB is de ondersteuning van de omgeving van belang bij het structureren, vereenvoudigen en omgaan met spanning en emoties. In PMGT wordt dit niet zozeer uitgelegd, maar vooral samen geoefend. Wanneer een kind vastloopt, leert de ouder hoe nabijheid, vertraging en ondersteuning kunnen helpen om lichaamssignalen te reguleren en daarmee ook emoties en gedrag te kunnen beïnvloeden, zonder de autonomie van het kind te ondermijnen. Dit proces kan worden begrepen als co-regulatie: het ondersteunen van het kind in het moment, waardoor het tot rust kan komen ten tegelijkertijd vaardigheden voor zelfregulatie kan ontwikkelen. Het kind ervaart lichamelijk hoe het is om ondersteuning te ontvangen, terwijl het tegelijkertijd invloed behoudt. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is dat ouders zelf in staat zijn om lichamelijke en emotionele rust vinden en behouden. De ondersteuning bij het reguleren van gedrag en emoties kan daarbij twee richtingen op werken: enerzijds kan er sprake zijn van disregulatie, waarbij stress bij de ouders voelbaar wordt voor het kind, en anderzijds van co-regulatie, waarbij rust bij de ouder juist een positief effect heeft op het kind.

Motivatie door gedeelde succeservaringen

In de behandelfase wordt voortgebouwd op de motivatie die is ontstaan tijdens de observatie. Het gezin krijgt in PMGT steeds de kans om succeservaringen op te doen. Deze ervaringen versterken het gevoel van competentie en onderlinge verbondenheid. Voor kinderen en jongeren met een LVB is dit van bijzonder belang. Motivatie ontstaat bij

hen minder door verbale uitleg of toekomstgerichte doelen, en meer door het hier-en-nu ervaren dat iets lukt en dat dit samen gebeurt. Voor ouders is het motiverend om te ervaren dat zij invloed hebben op het contact met hun kind, zonder voortdurend te hoeven corrigeren of sturen. Door deze successen expliciet te markeren en verbaliseren, door stil te staan bij wat lukte, hoe dat voelde en wat dit zegt over de relatie, worden deze ervaringen verankerd. Zo fungeert motivatie niet als voorwaarde voor behandeling, maar als resultaat van het therapeutisch proces zelf.

Transfer

De ervaringen van veranderde interactiepatronen lijken door te werken in het dagelijks leven van gezinnen. Er wordt meer rust ervaren en de onderlinge interactie verbeterd. Binnen het praktijkonderzoek komt naar voren dat deze verandering in afstemming en omgang een belangrijke voorwaarde vormt voor verdere ontwikkeling. Tegelijkertijd blijken voor sommige gezinnen de ervaringen binnen de therapieruimte op zichzelf onvoldoende om tot duurzame verandering in de thuissituatie te leiden (Zomervrucht et al., 2024). Voor deze gezinnen is aanvullende ondersteuning nodig, waarbij vergelijkbare ervaringen ook in de thuissituatie worden opgedaan. Dit lijkt gezinnen te helpen om nieuwe interactiepatronen beter te generaliseren en te integreren in het dagelijkse gezinsleven.

Vervolg praktijkvoorbeeld: inzichten eigen maken en alternatieven ervaren

Chris: In een van de volgende sessies na de observatiefase doen Chris en zijn moeder een activiteit waarbij ze, zonder de vloer te raken, met verschillende materialen de overkant van de zaal moeten bereiken. Tijdens de eerdere activiteit op het parcours hebben ze ervaren dat vertragen hun helpt om succes te bereiken.

Bij deze activiteit neemt moeder meteen het initiatief. Ze vertelt wat ze gaan doen en begint de eerste materialen neer te leggen. Chris reageert gefrustreerd en weigert mee te werken. De therapeut legt de situatie kort stil en benoemt wat hij ziet gebeuren. Moeder herkent dit patroon uit de eerdere ervaringen tijdens de activiteit in de observatieperiode en benoemt dat ze veel te snel ging. In het vervolg van de activiteit houdt ze zich iets meer op de achtergrond en vraagt naar de ideeën van Chris. Het tempo van de activiteit wordt zo lager, waardoor Chris tijd en ruimte krijgt en initiatief durft te nemen. Dit leidt tot gedeeld succes en plezier, waarbij de activiteit bij het behalen van de overkant wordt afgesloten met een 'high five'. Met deze inzichten wordt in de week na deze sessie ook thuis geoefend, waarbij moeder ziet dat er minder momenten van frustratie ontstaan wanneer zij de rust neemt.

Emma: In de behandelfase krijgt het gezin de opdracht om aan twee kanten van een rechtopstaande dikke mat hetzelfde bouwwerk te bouwen. Hierbij staan vader en Emma aan de ene kant, en moeder en Ruben aan de andere kant. Beide ouders geven de kinderen de ruimte om

hierin initiatief te nemen en oefenen zelf met het bieden van nabijheid. Het gezin bouwt hier verder op de eerdere ervaringen uit de observatiefase. Vader ervaart dat zijn aanwezigheid bij Emma rustgevend werkt en ouders zien haar meer ontspannen en meer lachen. Moeder ervaart dat vertragen en niet meteen handelen zorgt dat Ruben zich meer betrokken en gewaardeerd voelt. Het letterlijk met haar handen op haar rug gaan staan en wat meer afstand nemen helpt haar om dit te doen. Deze inzichten, opgedane ervaringen en vaardigheden vertalen zich naar meer betrokkenheid van vader thuis en minder claimend gedrag van Emma naar moeder. Ook zien ze dat Ruben thuis minder vaak naar boven vlucht. De ouders zijn ze zich meer bewust geworden dat ze in de opvoeding gebruik kunnen maken van elkaars kwaliteiten.

Conclusie

PMGT lijkt een veelbelovende therapie voor gezinnen met jeugdigen met LVB, waarin gedragsproblemen bij het kind vaak samengaan met verstoorde interactiepatronen binnen het gezin. De integratie van structurele en *embodiment*-perspectieven, en betekenisvolle en relationele bewegingservaringen vormen hierbij een theoretisch fundament. Bij deze vorm van behandeling hoeft motivatie voor verandering niet vooraf aanwezig te zijn, maar kan ontstaan door de opgeroepen ervaring. Door gezinnen samen te laten bewegen en succes te laten beleven, worden interactiepatronen zichtbaar en veranderbaar en groeit ook het vertrouwen in het behandelproces. Daarnaast nodigt PMGT gezinnen uit om niet alleen anders te denken over hun interacties, maar deze ook anders te beleven. Juist deze belichaamde ervaringen vormen een krachtige motor voor duurzame verandering bij gezinnen met jeugdigen met LVB. Verandering begint niet noodzakelijkerwijs bij woorden, maar kan in gang gezet worden en kracht bijgezet worden door beweging.

REFERENTIES

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). APA.
- Blom, L. M. (1993). Psychomotorische therpaie met gezinnen, *Bewegen en Hulpverlening*, 10, 259-275.
- Blom, L. M. (1994). Het samenspel van gezinstherapie en psychomotorisch therapie. *Systeemtherapie*, 11, 159-172.
- Camisasca, E., Miragoli, S., Di Blasio, P., & Feinberg, M. (2022). Pathways among negative co-parenting, parenting stress, authoritarian parenting style, and child adjustment: The emotional dysregulation driven model. *Journal of Child and Family Studies*, 31, 3085-3096. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02408-9>
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach*. Routledge.

- Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: The current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41(2), 153-213.
- Crnic, K. A. (2024). Parenting stress and child behavior problems: Developmental psychopathology perspectives. *Development and Psychopathology*, 36, 2369-2375. <https://doi.org/10.1017/S0954579424001135>
- Crnic, K. A., Neece, C. L., McIntyre, L. L., Blacher, J., & Baker, B. L. (2017). Intellectual Disability and Developmental Risk: Promoting Intervention to Improve Child and Family Well-Being. *Child development*, 88(2), 436-445. <https://doi.org/10.1111/cdev.12740>
- De Beer, Y. (2011). *De kleine gids. Mensen met een licht verstandelijke beperking. Moeilijke zaken makkelijk uitgelegd*. Kluwer.
- Devereaux, C. (2008). Untying the knots: Dance/movement therapy with a family exposed to domestic violence. *American Journal of Dance Therapy*, 30(2), 58-70. <https://doi.org/10.1007/s10465-008-9055-x>
- Došen, A., Gardner, W. I., Griffiths, D. M., King, R. & Lapointe, A. (2008). Richtlijnen en principes voor de praktijk. Beoordeling, diagnose, behandeling en bijbehorende ondersteuning voor personen met verstandelijke beperkingen en probleemgedrag. Nederlandse bewerking: Ad van Gennep. Vilans / LKNG.
- Emck, C. & Scheffers, M. (2019). Psychomotor interventions for mental health: an introduction. In J. de Lange, O. Glas, J. van Busschbach, C. Emck, & T. Scheewe (red.) *Psychomotor interventions for mental health: adults*. Boom.
- Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Oxford University Press.
- Geuter, U. (2016). Body psychotherapy: Experiencing the body, experiencing the self. *International body psychotherapy journal*, 15(1), 6-19.
- Gordijn, C.C.F., van den Brink, C., Meerdink, P., Tamboer, J.W.I. & Vermeer, A. (1975). *Wat beweegt ons*. Bosch & Keuning.
- Hosseini, S. J., Ramezani, M., Ashrafzadeh, F., & Jamali, J. (2025). Exploring Caring Motivation Barriers among Mothers of Children with Intellectual and Developmental Disabilities: A Qualitative Content Analysis. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 13(1), 77.
- Hillewaere, B. & Mous, J. (2017). Creativiteit en doelgerichtheid in dialogische systeemtherapieën. *Systeemtherapie*, 29(4), 260-277.
- Kedem, D., & Regev, D. (2021a). Parent-child dance and movement therapy (PCDMT): Mothers' subjective experiences. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 16(2), 136-149. <https://doi.org/10.1080/17432979.2021.1883740>
- Kedem, D., Regev, D., & Guttmann, J. (2021b). Moving together: Assessing the effectiveness of group mother-child dance and movement therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 74. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.aip.2021.101803>
- Klijn, W. J. L. (1991). *Systentaxatie in beweging: Behandelcontext en het gebruik van psychomotorisch en creatieve technieken bij gezinsdiagnostiek en gezinsbehandeling in de geestelijke gezondheidszorg*. Swets & Zeitlinger.
- Maurer, J., Visser, M., Albrechts, B. & Krot, H. (2011). Psychomotorische gezinstherapie in de praktijk. *Kind & Adolescent Praktijk*, 10(2), 60-66.
- Regev, D., Kedem, D., & Guttmann, J. (2012). The effects of mothers' participation in movement therapy on the emotional functioning of their school-age children in Israel. *Arts in Psychotherapy*, 39(5), 479-488. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.08.003>
- Rucińska, Z., & Fondelli, T. (2022). Enacting metaphors in systemic collaborative therapy. *Frontiers in Psychology*, 13, 867235.

- Staunton, E., Kehoe, C., & Sharkey, L. (2023). Families under pressure: Stress and quality of life in parents of children with an intellectual disability. *Irish journal of psychological medicine*, 40(2), 192-199.
- Savenije, A., van Lawick, M. J., & Reijmers, E. (red.) (2014). *Handboek systeemtherapie*. De Tijdstroom.
- Simons, M., Degen-Hofman, J., Huis in 't Veld, K., Kuhlmann, E., van Henten, F., & van den Blink, M. (2023). *Samen in beweging: Een werkwijzer voor therapeuten. Psychomotorische systeemtherapie*. Uitgegeven in eigen beheer
- Totsika, V., Liew, A., Absoud, M., Adnams, C., & Emerson, E. (2022). Mental health problems in children with intellectual disability. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 6(6), 432-444.
- Van den Blink, M.J. (1988). Psychomotorische gezinstherapie: Een bericht uit de tijd. *Bewegen en Hulpverlening*, 5, 76-81.
- Van Ramshorst, G. (2004). Samespel, samenwerking van systeemtherapeut en vaktherapeuten bij gezinsdiagnostiek en gezinsbehandeling. *Systeemtherapie*, 16, 132-148.
- Verschuur, A., & Kramer, M. (2018). Psychomotorische gezinstherapie: Een effectstudie. *Systeemtherapie*, 30(3), 91-105.
- Visser, M. (2018). Contextcreatie, het co-creëren van een betekenisvolle vaktherapeutische context. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 14(4), 16-22.
- Visser, M., Maurer J, & Kramer, M. (2013). Psychomotorisch gezinstherapie, een eerste aanzet tot effectonderzoek. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2, 11-17.
- Visser, M., Hilleware, B., & van der Veen, E. (2021). Psychomotor family therapy: a system-oriented approach. In C. Emck, J. de Lange, T. Scheewe, J. van Busschbach, & T. van Damme (red.). *Psychomotor interventions for mental health – Children & Adolescents. A movement, and body-oriented developmental approach* (pp. 371-389). Boom.
- Weston, C. (2012). Becoming bonded through Developmental Movement Play: Review of a parent and child movement group incorporating the theory, practice and philosophy of Sherborne Developmental Movement. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 7(4), 245-262. <https://doi.org/10.1080/17432979.2012.669795>
- Zijlstra, H. P., & Vlaskamp, C. (2005). The impact of medical conditions on play development in children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(7), 537-546.
- Zomervrucht, I., de Witt, I., van der Hoek, M., Hovenkamp-Hermelink, A., & Dekker, A. D. (2024). Samen aan de slag: onderzoek naar psychomotorische gezinstherapie bij gezinnen met een kind met LVB. *Tijdschrift LVB Onderzoek & Praktijk*, 22(2), 12-25. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14044707>