

Observatie & Diagnostiek in Vaktherapie

29 mei

2009

*Onderzoek naar de bijdrage van vaktherapeutische observatie aan
verfijning van de diagnostiek op Vosseveld, kinderpsychiatrische
behandelafdeling van het UMC Utrecht.*

Elke Tilborghs 1503566
Fleur Taken 1506050
Beoordelaar:
Huub Notermans

Contactgegevens Opleiding

Hogeschool Utrecht, locatie Amersfoort
Creatieve Therapie
Hooglandseweg-Noord 140
3813 VE Amersfoort
Tel: 033 421 23 00
Consulent: Gemmy Willemars
Email: gemmy.willemars@hu.nl

Contactgegevens Vosseveld

Universitair Medisch Centrum Utrecht, locatie Vosseveld
Birkstraat 84
3768 HJ Soest
Tel: 035-6013753
Contactpersoon: Ria Veldhuizen
Email: R.Veldhuizen@umcutrecht.nl

Abstract

This research examines the added value of using creative therapies (art and music) as an observational tool in fine-tuning the clinical diagnosis in Vosseveld, a psychiatric clinic for children with ADHD and/or behavioural problems. Results indicated that the use of creative therapies was a good additional observational tool as it increases insight within the already existing observational points. Specifically the action and experience orientated aspects of creative therapy make observation of the client eligible.

Observational themes which are most used in creative therapy are: self-image, the regulation of emotions, and anger management. Art therapy is indicated most frequently for client's having self-image issues. Music therapy is indicated almost equally for all themes (self-image, regulating emotions and anger management). The diagnostic trend indicates that there are more girls diagnosed with self-esteem issues and more boys are diagnosed with emotional regulation and anger management. The disciplinary team, which includes the creative therapists find art therapy more suitable for observing self-esteem problems. They also find that emotional regulation is best observed using music therapy. The terms self-image and emotional regulation are further described in chapter 10.

Keywords: art therapy - music therapy – observation – children – behavioural disorders

Samenvatting

In dit onderzoek wordt onderzocht welke bijdrage vaktherapeutische observatie levert aan verfijning van de diagnostiek op Vosseveld, psychiatrische kliniek voor kinderen met ADHD en/of gedragsstoornissen. Gebleken is dat vaktherapie een goede bijdrage levert aan verfijning van de diagnostiek doordat vaktherapie het inzicht vergroot in een groot aantal observatiepunten. Vooral het handelings- en ervaringsgerichte aspect van vaktherapie maken het mogelijk om het handelen van de cliënt te observeren.

De observatiepunten die het vaakst worden geïndiceerd voor vaktherapie zijn zelfbeeld, emotieregulatie en de omgang met boosheid. Zelfbeeld wordt veruit het meest geïndiceerd voor beeldende therapie. Voor muziektherapie is het aantal indicaties voor zelfbeeld ongeveer gelijk aan het aantal indicaties voor emotieregulatie en de omgang met boosheid. Observatie van het zelfbeeld wordt relatief vaker geïndiceerd bij meisjes en emotieregulatie en de omgang met boosheid worden enkel geïndiceerd bij jongens. De leden van het multidisciplinaire team, waaronder ook de vaktherapeuten, vinden beeldende therapie meer geschikt voor het observeren van het zelfbeeld. Emotieregulatie kan volgens het team beter worden geobserveerd in muziektherapie. Als aanvulling op dit onderzoek worden in hoofdstuk 10 de begrippen zelfbeeld en emotieregulatie nader beschreven.

Trefwoorden: beeldende therapie – muziektherapie - observatie – kinderen – gedragsstoornissen

Inhoudsopgave

	Voorwoord	6
	Inleiding	7
1	Probleemstelling, Hoofdvraag, Deelvragen en Doelstelling	8
1.1	Probleemstelling	8
1.2	Hoofdvraag en Deelvragen	8
1.3	Doelstelling	9
1.4	Hypothese	9
2	Het onderzoeksdesign	10
2.1	Onderzoekstype	10
2.2	Dataverzamelings technieken	10
2.3	Respondenten	11
2.4	Meetinstrumenten en meetmomenten	11
2.5	Segmenten	11
3	Begripsbepaling van observatie en diagnostiek	13
3.1	Observatie	13
3.2	Diagnostiek	13
4	Beschrijving van de onderzoekssetting ‘Vosseveld’	14
4.1	Doelgroepbeschrijving	14
4.2	De opnameperiode	14
4.3.1	De diagnostiekfase	14
4.3.2	Diagnostiek en vaktherapie	15
5	Literatuuronderzoek	16
5.1	Vaktherapie en diagnostiek	16
5.2	Meedoen met diagnostiek: wat is de toegevoegde waarde?	16
5.3	Meedoen met diagnosticeren, wat levert het op?	17
5.4	Meedoen met diagnosticeren: hoe?	18
5.5	Hoe staan we ervoor?	19
6	Data Analyse	20
6.1	Interviews	20
6.2	Dossieronderzoek	20
6.3	Enquêtes	20
7	Resultaten	21
7.1	Resultaten van de interviews met het vaktherapeutische team	21
7.1.1	Tot standkoming	21
7.1.2	Observatiedoelen	21
7.1.3	Specifieke bijdrage van vaktherapie	21
7.1.4	Manier van werken	22
7.2	Resultaten van het dossieronderzoek	24
7.2.1	Verschillen in leeftijd en geslacht tussen de geïndiceerde media	24
7.2.2	Verschil in behandelgroepen tussen de geïndiceerde media	24
7.2.3	De geïndiceerde observatiepunten	25
7.2.4	Verschillen in geïndiceerde observatiepunten tussen de media	26
7.2.5	Verschillen in geslacht, leeftijd en behandelgroep tussen de geïndiceerde	

	Observatiepunten	26
7.3	Resultaten van de enquête	28
7.3.1	bijdrage aan de observatiepunten	27
7.3.2	Samenhang tussen frequentie van de geïndiceerde observatiepunten en de bijdrage	29
7.3.3	Vaktherapie; aanvullend of bevestigend?	30
7.3.4	Verschillen tussen de media	30

8 Conclusie 31

9 Discussie en Aanbevelingen 33

10 Begripsbepaling van zelfbeeld en emotieregulatie 34

10.1	Observatie van het 'zelf' in beeldende therapie	34
10.1.2	Het 'zelf'	34
10.1.3	Zelfbeeld en zelfwaardering	34
10.1.4	Identiteit	35
10.1.5	Faalangst	35
10.1.6	Problemen bij het zelfbeeld bij kinderen met ADHD	36
10.1.7	De observatie in beeldende therapie	36
10.1.8	Begrippenlijst	37
10.1.9	Referenties	38
10.2	Emotieregulatie	39
10.2.1	Zelfregulatie	39
10.2.2	De ontwikkeling van emotieregulatie	39
10.2.3	Emotieregulatiestrategieën	41
10.2.4	Het observeren van emotieregulatie in muziektherapie	42
10.2.5	Begrippenlijst	42
10.2.6	Referenties	43

Nawoord 44

Literatuurlijst 45

Bijlagen

- 1 Vragen interview vaktherapeutische team
- 2 uitgewerkte interviews
 - 2.1 Interview Ria Veldhuizen, muziektherapeute Vosseveld
 - 2.2 Interview Peter Rouw, stagiair muziektherapie Vosseveld
 - 2.3 Interview Kim van Rijn, stagiaire beeldende therapie Vosseveld
- 3 Enquêtes
- 4 Geïntervieweerde werkwijzen bij observatie en diagnostiek
- 5 Telefonisch interview
- 6 Tabellen SPSS

Voorwoord

In dit onderzoeksverslag wordt uitgebreid ingegaan op de bijdrage die vaktherapie levert op Vosseveld, psychiatrische kliniek voor kinderen met ADHD en/of gedragsstoornissen. Wij hebben ervoor gekozen om een groot praktijkonderzoek te doen en geen praktijkproduct te maken. Er waren enkele misverstanden tussen ons en de praktijkbegeleidster van de instelling waarbij wij ons onderzoek hebben gedaan, over de opzet van het onderzoek. Hierdoor hebben we niet altijd even efficiënt kunnen werken en is veel tijd verloren gegaan. In overleg met onze consultant is toen besloten om enkel een groot praktijkonderzoek te doen.

Wel hebben wij besloten om een aanvullend hoofdstuk toe te voegen waarin de begrippen zelfbeeld en emotieregulatie nader worden beschreven. De reden hiervoor is dat uit de interviews bleek dat de stagiaires behoefte hebben aan meer kennis van deze veel geïndiceerde begrippen. De informatie uit dit aanvullende hoofdstuk kan door het vaktherapeutische team op Vosseveld worden gebruikt om hun observaties en de daaruit volgende bevindingen meer theoretisch te onderbouwen.

Wij hebben geprobeerd om op een zo objectief mogelijke manier de vaktherapeutische bijdrage van observatie en diagnostiek op Vosseveld te beschrijven maar daarbij niet uit het oog te verliezen welke informatie interessant en relevant is voor de lezer. Wij zijn tevreden over het uiteindelijke resultaat. Wij denken dat dit onderzoek erg zinvol is en dat het bijdraagt aan een betere positie van vaktherapie op Vosseveld.

Inleiding

Gedurende het derde jaar van de opleiding creatieve therapie hebben wij als stagiaires muziektherapie en beeldende therapie gewerkt op Vosseveld. Vosseveld is een buitenkliniek van het Universitair Medisch Centrum die zich richt op de diagnostiek en behandeling van kinderen met een normale intelligentie met (een vermoeden op) ADHD en gedragsstoornissen.

Vaktherapeutische observatie ten bate van de diagnostiek vond slechts bij enkele kinderen plaats. Aan het einde van het jaar hebben wij voorgesteld om de rol van vaktherapie bij het verfijnen van de diagnostiek te vergroten. Dit voorstel was tevens in het kader van de opdracht voor Beleid en Organisatie. Het multidisciplinaire team reageerde enthousiast op dit voorstel en de muziektherapeute heeft dit plan na ons vertrek doorgevoerd. Vanaf september 2008 komen daarom alle kinderen naar vaktherapie voor observatie.

Nu vaktherapie een grotere rol speelt bij verfijning van diagnostiek, is het van belang om in kaart te brengen welke bijdrage vaktherapie hieraan levert. Immers, de grotere tijdsinvestering van vaktherapie in observatie en diagnostiek, moet gerechtvaardigd zijn. Daarom richt dit onderzoek zich op het in kaart brengen van de bijdrage die vaktherapie nu levert aan de verfijning van de diagnostiek. Zo kan worden bepaald of deze bijdrage zinvol genoeg is om de grotere rol die vaktherapie nu heeft, te behouden. In hoofdstuk 1 wordt deze onderzoeksvraag verder toegelicht en worden de deelvragen genoemd. De deelvragen richten zich enerzijds op het in kaart brengen van de geïndiceerde observatiepunten en op mogelijke verschillen tussen de media muziek en beeldend. Anderzijds richten de deelvragen zich op de vraag wat de leden van het multidisciplinaire en het vaktherapeutische team vinden van de bijdrage van vaktherapeutische observatie. Hoofdstuk 2 gaat in op de toegepaste methodische aspecten in dit onderzoek. In hoofdstuk 3 worden enkele begrippen verder gedefinieerd. In het daarop volgende hoofdstuk 4 wordt de onderzoekssetting 'Vosseveld' nader beschreven en wordt een globale schets gegeven van hoe de opnameperiode op Vosseveld is opgebouwd. Hoofdstuk 5 is het literatuuronderzoek waarin wordt getracht een beeld te schetsen van de in de literatuur beschreven rol van vaktherapie bij diagnostiek en observatie. In hoofdstuk 6 wordt kort ingegaan op de verwerking van de data. Hoofdstuk 7 beschrijft de resultaten van het onderzoek. Dit hoofdstuk is opgebouwd uit 3 onderdelen. Ten eerste worden de resultaten beschreven van de interviews die hebben plaatsgevonden met het vaktherapeutische team. Vervolgens worden de resultaten van het dossieronderzoek beschreven. Hierna volgen de resultaten van de enquêtes die zowel zijn afgenomen bij het multidisciplinaire team als bij het vaktherapeutische team. Aan het einde van dit hoofdstuk wordt gekeken naar een mogelijke samenhang tussen de resultaten van de interviews, het dossieronderzoek en de enquêtes. Hoofdstuk 8 bestaat uit de conclusies van dit onderzoek. In Hoofdstuk 9 worden enkele discussiepunten besproken en worden aanbevelingen genoemd voor het werkveld en voor vervolgonderzoek. Hoofdstuk 10 is een aanvulling op dit onderzoek en is een uitwerking van de begrippen 'zelfbeeld' en 'emotieregulatie'.

Dit onderzoek heeft als doel om expliciet te maken welke bijdrage vaktherapeutische observatie levert aan verfijning van de diagnostiek op Vosseveld. Zodoende kan weloverwogen worden besloten of de bijdrage van vaktherapie aan verfijning van de diagnostiek weer moet worden verkleind, of dat het gerechtvaardigd is om de grotere rol die vaktherapie sinds september heeft, te behouden.

De meeste onderdelen van dit onderzoek hebben we samen vormgegeven. Echter, Elke heeft zich vooral gericht op het verwerken van de resultaten van de interviews en Fleur op het uitwerken van het literatuuronderzoek. Ook hebben we de taken verdeeld die horen bij het aanvullende hoofdstuk over emotieregulatie en zelfbeeld. Elke heeft het deel over zelfbeeld geschreven en het deel over emotieregulatie is geschreven door Fleur.

Hoofdstuk 1: Probleemstelling, Hoofdvraag, Deelvragen en Doelstelling

1.1 Probleemstelling

Gedurende het derde jaar van de opleiding, hebben wij stage gelopen op Vosseveld. Vosseveld maakt onderdeel uit van de zorglijn disruptief van de kinderpsychiatrische afdeling van het UMC Utrecht. De zorglijn disruptieve gedragsstoornissen richt zich op de diagnostiek en behandeling van kinderen met een normale intelligentie met een (vermoeden) op ADHD en gedragsstoornissen.

Op Vosseveld wordt gewerkt volgens de richtlijnen van het TRIMBOS Instituut (2005). In de richtlijnen van het TRIMBOS Instituut is vaktherapie niet opgenomen als een middel dat kan worden ingezet voor diagnostische doeleinden. Wel is vaktherapie opgenomen als een psychosociale interventie die kan worden ingezet tijdens de behandelfase. In de richtlijnen van Vosseveld wordt creatieve therapie (beeldend en muziek) daarom alleen genoemd als behandelvorm die kan plaatsvinden op indicatie.

Toch wordt vaktherapie al jaren op indicatie ingezet ter verfijning van de diagnostiek. Aan het eind van ons stagejaar, hebben wij een klinische les gegeven over de wijze waarop vaktherapie kan bijdragen aan de diagnostiek en hebben wij voorgesteld om alle kinderen in de diagnostiekfase, standaard naar vaktherapie te laten komen voor observatie. Hier werd door de leden van het multidisciplinaire team enthousiast op gereageerd. Dit is reden geweest voor onze praktijkbegeleidster om het voorstel concreet vorm te geven. Vanaf september 2008 loopt er daarom een pilot die inhoudt dat alle kinderen vaktherapeutisch onderzoek krijgen in de diagnostiekfase.

Nu vaktherapie een grotere rol speelt bij verfijning van diagnostiek, is het van belang om in kaart te brengen welke bijdrage vaktherapie hieraan levert. Immers, de grote tijdsinvestering van vaktherapie in observatie en diagnostiek, moet gerechtvaardigd zijn. Daarom richt dit onderzoek zich op het in kaart brengen van de bijdrage die vaktherapie nu levert aan de verfijning van de diagnostiek. Zo kan worden bepaald of deze bijdrage zinvol genoeg is om de grotere rol die vaktherapie nu heeft, te behouden.

Er wordt onderzocht hoe vaktherapeutische indicatie tot stand komt en voor welke observatiepunten vaktherapie wordt ingezet en in hoeverre het vaktherapeutische team en de overige leden van het multidisciplinaire team vinden dat vaktherapie het inzicht in deze observatiepunten vergroot. Dit onderzoek draagt zodoende bij aan de expliciete kennis rondom observatie en diagnostiek en draagt er aan bij dat vaktherapie op Vosseveld in de toekomst optimaal kan worden ingezet.

1.2 Hoofdvraag en Deelvragen

Welke bijdragen leveren vaktherapeutisch onderzoek beeldend en muziek aan het behandel doel 'verfijnen van de diagnostiek' op Vosseveld, buitenkliniek van het UMC Utrecht voor kinderen in de leeftijd van zes tot en met twaalf met gedragsproblemen en/ of ADHD?

Deelvragen

1. Welke specifieke kenmerken van vaktherapie maken dat het een bijdrage kan leveren aan verfijning van de diagnostiek op Vosseveld?
2. Bij welke observatiepunten, deelsluitmakend van behandel doel 'verfijnen van de diagnostiek' wordt muziek vaktherapeutische observatie geïndiceerd op Vosseveld?
3. Bij welke observatiepunten, deelsluitmakend van behandel doel 'verfijnen van de diagnostiek' wordt beeldend vaktherapeutische observatie geïndiceerd op Vosseveld?
4. In welke mate vinden de leden van het vaktherapeutische team, dat vaktherapie een bijdrage heeft geleverd aan een beter inzicht in de voor vaktherapie geïndiceerde observatiepunten?
5. In welke mate vinden de overige leden van het multidisciplinaire team, dat vaktherapie een bijdrage heeft geleverd aan een beter inzicht in de voor vaktherapie geïndiceerde observatiepunten?

1.3 Doelstelling

Dit praktijkonderzoek richt zich op het inventariseren van de bijdrage die vaktherapeutische observatie levert aan verfijning van de diagnostiek op Vosseveld. Doel is om te bepalen of de bijdrage van vaktherapie aan het verfijnen van de diagnostiek dermate zinvol is, dat het gerechtvaardigd is dat de rol van vaktherapie binnen de diagnostiekfase is vergroot. Zodoende kan worden bepaald of de huidige situatie, waarin vaktherapie een grotere rol heeft, moet worden behouden of dat de situatie weer terug moet naar wat die was voordat de pilot werd ingevoerd.

1.4 Hypothese

Afgaande op onze ervaringen als stagiaires vaktherapie op Vosseveld, is onze verwachting dat vaktherapie een goede bijdrage levert aan verfijning van de diagnostiek. Wij denken dat vaktherapie de grootste bijdrage levert aan een beter inzicht in de de observatiepunten 'zelfbeeld' en emotieregulatie. Ook verwachten wij dat deze observatiepunten voor vaktherapie het vaakst worden geïndiceerd. Daarbij is tevens onze verwachting dat zelfbeeld vaker wordt geobserveerd in beeldende therapie en emotieregulatie vaker wordt geobserveerd in muziektherapie.

Hoofdstuk 2: Het onderzoeksdesign

In dit hoofdstuk worden de toegepaste methodische aspecten nader toegelicht.

2.1 Onderzoekstype

De onderzoeksmethode die wordt gehanteerd is een inventariserend onderzoek, subtype 'inventariserend'. Dit type onderzoek bevat het in beeld brengen, inventariseren, beschrijven en analyseren in de uitgangssituatie (Migchelbrink, 2006). De functie van het onderzoek is primair inzicht geven in de bijdrage van vaktherapeutische observatie, om van daaruit meer onderbouwd en gericht te kunnen handelen.

Afhankelijk van de uitkomst, kan besloten worden of de rol van vaktherapie tijdens de observatiefase terug moet worden gedraaid naar de oude situatie of niet.

2.2 Dataverzamelingstechnieken

Volgens Migchelbrink (2006) zijn de verschillende dataverzamelingstechnieken in te delen in drie hoofdgroepen: ondervragen, observeren en inhoudsanalyse. Zowel de dataverzamelingstechniek 'ondervragen' als de dataverzamelingstechniek 'inhoudsanalyse' worden in dit onderzoek toegepast. Hiervoor worden zowel kwalitatieve technieken gebruikt (interview) als kwantitatieve dataverzamelingstechnieken (dossieronderzoek en enquête).

Deelvraag 1

Om de eerste deelvraag te beantwoorden, worden interviews afgenomen bij de leden van het vaktherapeutische team op Vosseveld, bestaande uit 1 muziektherapeute, 1 stagiair muziek en 1 stagiaire beeldend. De interviews worden mondeling afgenomen bij één individu, aan de hand van vooraf opgestelde open vragen, er is dan ook sprake van halfgestructureerde interviews. Hierdoor is het mogelijk om diep in te gaan op de redeneringen en motieven van de individuele respondent (Migchelbrink, 2006).

Tevens vindt een literatuuronderzoek plaats met als doel om een beeld te schetsen van de rol van vaktherapie bij observatie en diagnostiek in multidisciplinair teamverband. Daarbij wordt ook ingegaan op de specifieke kenmerken van vaktherapie die maken dat het een bijdrage kan leveren aan verfijning van de diagnostiek. Deze informatie is ter ondersteuning van het beantwoorden van deelvraag 1.

Deelvragen 2 en 3

De tweede en derde deelvragen die zich richten op het in kaart brengen de geïndiceerde observatiepunten voor muziektherapie en beeldende therapie, worden beantwoord middels een kwantitatieve inhoudsanalyse van het vaktherapeutische dossieronderzoek. Dit dossieronderzoek is beschrijvend en explorerend van aard. Bij beschrijvend en explorerend onderzoek wordt gekeken naar eventuele samenhangen tussen bepaalde fenomenen waarvoor al een vermoeden bestaat op basis van de praktijk (Smeijsters, 2006).

In het vaktherapeutische dossier zijn gegevens over de behandeling en observatie van cliënten in vaktherapie beschreven. Er zullen nadrukkelijk geen gegevens worden gebruikt waaruit de identiteit van de cliënt kan worden achterhaald. Doel van dit dossieronderzoek is om de verschillende observatiedoelen die voor vaktherapie worden gesteld te inventariseren en te kijken naar mogelijke verschillen of overeenkomsten in geïndiceerde observatiepunten tussen beeldend en muziek en tussen de dag- en klinische behandelgroep.

Er zal worden gekeken welke observatiepunten worden geïndiceerd, hoe vaak zij worden geïndiceerd, in hoeverre dit samenhangt met leeftijd en geslacht van de cliënt en of er verschillen zijn tussen vaktherapie beeldend en muziek. Tevens wordt in de interviews ingegaan op deelvragen 2 en 3 en wordt aan het vaktherapeutische gevraagd voor welke observatiepunten vaktherapie wordt geïndiceerd. De antwoorden zijn verwerkt in de resultaten.

Er zal worden gekeken naar overeenstemming tussen de observatiedoelen die worden genoemd in de interviews en de observatiedoelen zoals genoteerd in het dossieronderzoek. Overeenstemming draagt bij aan de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten.

Deelvragen 4 en 5

Tot slot zal doormiddel van een korte gestructureerde vragenlijst (enquête) worden geïnventariseerd in hoeverre het vaktherapeutische team (deelvraag 4) en de overige disciplines (deelvraag 5) vinden dat vaktherapie een bijdrage heeft geleverd aan een beter inzicht in de observatiepunten waarvoor vaktherapie is geïndiceerd gedurende de periode september 2007 tot en met februari 2009 (18 maanden).

Een gestructureerde vragenlijst is een dataverzamelingstechniek waarvan de vragen of uitspraken die worden voorgelegd, van tevoren precies zijn geformuleerd (Migchelbrink, 2006). In de enquête zijn alle observatiepunten opgenomen zoals die zijn geïnventariseerd uit het dossieronderzoek. Per observatiepunt geven de respondenten op een 5 puntschaal aan in hoeverre vaktherapie heeft bijgedragen aan een beter inzicht in het betreffende observatiepunt. De 5 punt schaal is dimensioneel van aard en loopt van 'helemaal geen bijdrage' tot 'heel grote bijdrage'.

De enquête bestaat voornamelijk uit gesloten vragen. Er is één openvraag opgenomen.

De enquête wordt afgenomen bij het vaktherapeutische team, bestaande uit:

- vaktherapeut muziek
- stagiair vaktherapie muziek
- stagiaire vaktherapie beeldend

Tevens wordt dezelfde enquête uitgedeeld aan de leden van het multidisciplinaire team die met regelmaat aanwezig zijn bij patiëntbesprekingen. Dit zijn:

- psychiaters
- orthopedagogen
- psychologen
- ouderbegeleiders
- senior groepsleiders

2.3 Respondenten

De respondenten van dit onderzoek zijn de 3 leden van het vaktherapeutische team en de leden van het multidisciplinaire team die met regelmaat deelnemen aan patiëntbesprekingen.

2.4 Meetinstrumenten en meetmomenten

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de volgende meetinstrumenten:

- halfgestructureerde interviews. Deze (zie bijlage 1) worden afgenomen met behulp van een vragenlijst met daarop de vooraf opgestelde open vragen. Geprobeerd wordt om de interviews af te nemen binnen een half uur. De interviews worden opgenomen met behulp van een voice-recorder.
- Een enquête (zie bijlage 3).

De halfgestructureerde interviews worden allereerst afgenomen. Vervolgens vindt het dossieronderzoek plaats. De enquêtes worden als laatste afgenomen.

2.5 Segmenten

Door de opleiding zijn beroepskwalificaties opgesteld waaraan de creatieve therapie student aan het eind van het vierde jaar moet voldoen. Deze beroepskwalificaties zijn direct afgeleid uit de startkwalificaties van het opleidingsprofiel creatieve therapie en zijn onderverdeeld in 3 segmenten (studiehandleiding portfolio/ studieloopbaanbegeleiding 2008/2009).

Dit onderzoek is inventariserend van aard. Onderzocht wordt welke bijdrage vaktherapeutische observatie levert aan het verfijnen van de diagnostiek. Het inventariseren en evalueren van het eigen handelen binnen multidisciplinair verband via zelfonderzoek en intercollegiale toetsing, past bij

segment 2. Dit segment omvat de competenties die horen bij het werken in en vanuit een werksomgeving. Het in kaart brengen van de bijdrage van vaktherapie, draagt bovendien bij aan professionaliteit en professionalisering. Dit behoort tot de competenties van segment 3. Het onderzoek maakt het mogelijk om te beargumenteren of vaktherapie als middel kan worden ingezet voor het verfijnen van de diagnostiek. Het draagt hierdoor bij aan een goede afstemming tussen hulpvraag en aanbod. Hierdoor is dit onderzoek ook waardevol voor segment 1, het behandelen van cliënten.

Hoofdstuk 3: Begripsbepaling van Observatie en Diagnostiek

3.1 Observatie

Van de Sande (1999) hanteert twee definities voor observatie. Als eerste definieert hij observatie als waarneming met de bedoeling conclusies te trekken. De tweede definitie is dat gedragsobservatie het indelen van waargenomen gedrag in categorieën is. Deze beide definities zijn toepasbaar op de werkzaamheden van de vaktherapeut.

Uiteraard is een goede observatie een voorwaarde om goede diagnostiek te kunnen bedrijven. Goede observatie is valide, er wordt gemeten wat er beoogd wordt te meten. Volgens Van de Sande (1999) zijn observaties meer valide naarmate zij:

1. Minder subjectief zijn. De subjectiviteit kan worden verminderd door zo min mogelijk te interpreteren bij het vertalen van gebeurtenissen in woorden of scores. Dit kan door het hanteren van strikte regels voor het vertaalproces. Hiervoor zijn observatie-instrumenten van groot belang.
2. Selectief zijn. De observator kan niet op alles tegelijkertijd letten. Daardoor kan deze zich het beste richten op specifieke elementen van gedrag. Dit kan door de vraagstelling (het observatiedoel) scherp af te bakenen. Observatie-instrumenten zijn ook hier bruikbare middelen.
3. Meer betrouwbaar zijn. De betrouwbaarheid neemt toe wanneer de observaties meer stabiel zijn. Wanneer bijvoorbeeld hetzelfde soort gedrag meerdere keren wordt waargenomen en gescoord, neemt de betrouwbaarheid van de observatie van dat gedrag toe.

3.2 Diagnostiek

In dit onderzoek wordt met (verfijning van) diagnostiek geduid op de omschrijving van dit begrip van het Trimbos Instituut (2005). Volgens het Trimbos Instituut is diagnostiek het proces waarbij de probleemgebieden in het functioneren van het kind in alle nuances worden beschreven en waarbij tevens de ontwikkeling van het kind op veel verschillende deelgebieden uitvoerig in beeld wordt gebracht. Hierbij hoort een inventarisatie van verschillende omgevingsvariabelen die van invloed zijn op het functioneren van het kind. Het diagnostische proces geeft aanknopingspunten voor prioritering in de behandeling. Diagnostiek is dus niet gericht op het traceren van een bepaald type problematiek, maar het proces is gericht op de volle breedte van de ontwikkeling van het kind, het inventariseren van de probleemgebieden en het vinden van factoren die van invloed zijn op het functioneren. Classificatie vindt plaats wanneer de probleembeschrijving gewogen wordt getoetst aan de formele criteria van de classificatiecategorieën van een classificatiesysteem, bijvoorbeeld de DSM. Hierdoor kan de problematiek geclassificeerd worden in één categorie of meerdere categorieën.

Hoofdstuk 4: beschrijving van de onderzoekssetting 'Vosseveld'.

4.1 Doelgroepbeschrijving

Vosseveld maakt onderdeel uit van de zorglijn disruptief van de kinderpsychiatrische behandelafdeling van het UMC Utrecht. De zorglijn disruptieve gedragsstoornissen richt zich op de diagnostiek en behandeling van kinderen met een normale intelligentie met een (vermoeden) op Aandachtsstoornis met Hyperactiviteit (ADHD) en gedragsstoornissen. Met gedragsstoornissen wordt geduid op de Oppositioneel- Opstandige gedragsstoornis (ODD) en de antisociale gedragsstoornis (CD). Deze stoornissen behoren tot de zogeheten externaliserende psychische stoornissen, waarbij het verstorende effect van het gedrag op de omgeving centraal staat.

4.2 De opnameperiode

Vosseveld heeft 3 diagnostiek/behandelgroepen voor kinderen in de leeftijd van 6 tot 12 jaar met een (vermoeden van een) disruptieve gedragsstoornis, vaak in combinatie met andere stoornissen. De Poolvos is een klinische groep waar van zondagmiddag tot vrijdagmiddag 24-uurszorg wordt geboden. De Dagvos en de Zilvervos zijn dagbehandelinggroepen. De behandeling vindt plaats gedurende 5 dagen per week van 8.15 tot 16.00 uur.

De opnameperiode bestaat uit verschillende fasen. De eerste fase is de diagnostiekfase. In deze fase ligt de nadruk op diagnostiek en observatie van het kind. Deze fase wordt eventueel gevolgd door een periode van behandeling en afgesloten met een ontslagfase. In de behandelperiode wordt gewerkt aan de behandeldoelen zoals die zijn geformuleerd in een behandelplan. Een behandelperiode duurt ongeveer drie maanden. Hierna vindt een uitgebreide evaluatie plaats van het verloop van de behandeling. Besloten wordt of de opname verlengd wordt. De gemiddelde behandelduur ligt tussen de zes en negen maanden. Tweewekelijks is er een bespreking over alle patiënten. Eens in de twee à drie maanden wordt ieder kind uitgebreid besproken in een behandelplanbespreking.

4.3.1 De diagnostiekfase

De diagnostiekfase duurt ongeveer 3 maanden. In deze periode wordt het kind onderzocht door de arts (kinder- en jeugdpsychiater of arts-assistent) en geobserveerd op de groep en op de aan Vosseveld verbonden Prof. Fritz Redlschool. Daarnaast vindt er psychologisch onderzoek van het kind plaats tenzij dit al relatief kort geleden is gebeurd. De arts en ouderbegeleider hebben gesprekken met de ouders over de huidige klachten, de ontwikkeling van het kind, en relevante gegevens betreffende de opvoeding, het gezin en de eigen achtergrond. Ook kan er aanvullend onderzoek gedaan worden in de vorm van een psychologisch onderzoek, gezinsgesprekken of huisbezoek. Doel van de onderzoeken is om na te gaan wat er precies met het kind aan de hand is en welke behandeling het meest geschikt is. Meestal wordt ernaar gestreefd het kind een periode zonder medicatie te observeren. In deze fase wordt ook al gestart met behandeling indien vastgelegd in het behandelplan.

Aan het eind van de diagnostiekfase bespreekt het behandelteam alle observaties en uitslagen van de onderzoeken. Aan de hand van de bevindingen wordt in een bespreking het behandelplan geformuleerd over het eventuele vervolg van de behandeling.

Omdat de kernsymptomen van ADHD, ODD en CD doorgaans gepaard gaan met problemen in het sociale functioneren en andere gebieden binnen het dagelijkse functioneren, wordt extra aandacht besteed aan co-morbiditeit binnen het diagnostische traject. Zo gaat ADHD samen met een verhoogde kans op antisociaal gedrag, drugsgebruik, persoonlijkheidsproblemen (Biederman e.a. 1998 In: Trimbos Instituut, 2005) en emotionele problemen (Jensen, 1997 In: Trimbos Instituut, 2005).

De diagnostiek kan plaatsvinden in het kader van aanvullende diagnostiek bij kinderen bij wie al een diagnose is gesteld en die voor behandeling zijn verwezen of in het kader van een klinische of dagbehandelobservatie van kinderen bij wie er vragen zijn over de aard en oorzakelijkheden van de gedragsproblemen en/of over de benodigde behandeling.

4.3.2 Diagnostiek en vaktherapie

In de omschrijving van Vosseveld (2007) worden de volgende diagnostische middelen genoemd:

- interview van de ouders (inventarisatie van klachten en ontwikkelings- en familieanamnese)
- informatie van de school
- observatie/interview van het kind in de onderzoekssetting (probleeminventarisatie in algemene zin en de beoordeling van aspecten van bijvoorbeeld contactname, stemming, oppositie en agressie, taalontwikkeling, motoriek, sociaal inzicht, orientie, angst, dwangmatigheid, rigiditeit, neiging tot contact en tics)
- instrumenten

Zoals te lezen, wordt vaktherapie niet genoemd als middel voor observatie en diagnostiek. De reden hiervoor is dat op Vosseveld wordt gewerkt volgens de richtlijnen die zijn opgesteld voor het behandelen van ADHD door het TRIMBOS Instituut (2005). In de richtlijn van het TRIMBOS Instituut is vaktherapie niet opgenomen als een middel dat kan worden ingezet voor diagnostische doeleinden. Wel is vaktherapie opgenomen als een psychosociale interventie die kan worden ingezet tijdens de behandelfase. In de richtlijnen van Vosseveld wordt creatieve therapie (beeldend en muziek) daarom alleen genoemd als behandelvorm die kan plaatsvinden op indicatie.

Voor ODD en CD ontbreken dergelijke richtlijnen. Echter, omdat bij bijna alle kinderen sprake is van (een vermoeden van) ADHD worden de richtlijnen voor ADHD op Vosseveld breed ingezet.

Hoofdstuk 5: Literatuuronderzoek

Doel van dit literatuuronderzoek is om een beeld te schetsen van de rol van vaktherapie bij observatie en diagnostiek in multidisciplinair teamverband. Daarbij wordt gepoogd te beantwoorden welke specifieke kenmerken van vaktherapie maken dat het een bijdrage kan leveren aan verfijning van de diagnostiek. Deze informatie is ter ondersteuning bij het beantwoorden van deelvraag 1. Tevens wordt in dit literatuuronderzoek ingegaan op de vraag hoe vaktherapie haar bijdrage het beste kan vormgeven en wordt ingegaan op de vraag waarom vaktherapie zou moeten deelnemen aan observatie en diagnostiek in multidisciplinair teamverband.

Voor dit literatuuronderzoek is gezocht met de zoektermen: ADHD, ODD, CD, observatie, observeren, diagnose, diagnostiek, diagnosestelling, vaktherapeutisch onderzoek, meetinstrumenten en observatie-instrument. Er is ook gezocht met de Engelse vertaling van deze zoektermen. Een groot aantal tijdschriften is zowel met behulp van de digitale catalogus als handmatig doorgezocht. Alle jaargangen vanaf 1995 van het Tijdschrift voor Vaktherapie (voorheen Tijdschrift voor Creatieve Therapie) en The Arts in Psychotherapy zijn handmatig doorgenomen. Voor muziektherapeutische literatuur is gezocht in het Nordic Journal of Music Therapy, Der Musiktherapeutische Umschau, Journal of Music Therapy, en het British Journal of Music Therapy. Voor literatuur over beeldende therapie is gezocht in het American Journal of Art Therapy. Tevens is gezocht met behulp van de digitale zoekmachines PsychInfo en Omega. Deze zoekmachines, die toegankelijk zijn via de Universiteit Utrecht, geven toegang tot een zeer groot aantal tijdschriften.

5.1 Vaktherapie en diagnostiek

Zoals genoemd wordt vaktherapie in de richtlijnen van het TRIMBOS Instituut en die van Vosseveld niet genoemd als een van de middelen die kan worden ingezet voor het verfijnen van de diagnostiek. Volgens onderzoek van CINOP uit 1999 naar het beroepsprofiel van de creatief therapeut behoort diagnosticeren ook niet tot de tien kerntaken van de creatief therapeut (Nafziger & Van Gaalen-Oordijk, 1999 uit: Smeijsters, 2003). Dit geldt wel voor de taak 'stelt diagnose, doelstellingen en behandelwijze bij op basis van observatie/evaluatie'.

Ondanks dat diagnosticeren niet tot de kerntaken behoort, laat onderzoek van Neijmeijer, Wiggert en Hutschemaekers uit 1996 zien dat 30% van de beeldend therapeuten en 11% van de muziektherapeuten structureel betrokken is bij de diagnosestelling. 10% van de beeldend therapeuten en 17% van de muziektherapeuten is nooit betrokken bij de diagnosestelling. De overige therapeuten zijn soms tot frequent betrokken bij diagnosestelling. De cliënten worden doorverwezen door het multidisciplinaire team of komen via vaststaande observatiesystematiek bij de therapeut terecht.

Volgens Smeijsters (2003) levert de creatief therapeut in toenemende mate een bijdrage aan diagnostiek in multidisciplinair verband. Ook Tubben (2006) stelt dat de vaktherapeut binnen de huidige hulpverlening een steeds belangrijkere rol heeft bij het doen van diagnostiek. Verbugt en de Vries in (2005) noemen vaktherapeutische observatie ten behoeve van de psychodiagnostiek zelfs al als één van de 7 functies van vaktherapie, in tegenspraak met het beroepsprofiel.

5.2 Meedoen met diagnostiek: wat is de toegevoegde waarde?

Volgens Hakvoort (2007) biedt het ervaringsgerichte aspect van muziektherapie goede mogelijkheden om de meerwaarde van vaktherapie aan de diagnostiek te onderbouwen. Psychologische rapportages vermelden voornamelijk wat de cliënt zelf vertelt en welke indruk hij maakte op de psycholoog of psychiater. Sociotherapie beschrijft vooral het leefgedrag op de afdeling. Vaktherapie is daarentegen instaat om belangrijke situaties en mechanismen bloot te leggen waarin de cliënt zich neerzet, zich positioneert, reageert en uitdrukt terwijl hij handelt en in actie is. Deze mogelijkheid om het handelen van de cliënten te observeren en daarin actief te interveniëren en te experimenteren, is wat vaktherapieën onderscheidt van de meer verbaal georiënteerde therapieën (Hakvoort, 2007). Volgens Tubben (2006) is het handelingsgerichte aspect van vaktherapie extra

waardevol bij het observeren van jonge kinderen. De reden hiervoor is dat jonge kinderen tot een jaar of negen nog onvoldoende leesvaardigheden en zelfinzicht hebben, waardoor aan hen nog geen gedragsvragenlijsten kunnen worden voorgelegd.

Ook biedt vaktherapie goede mogelijkheden om minder gestructureerde situaties te creëren waarin goed kan worden geobserveerd hoe het kind zich gedraagt in dergelijke situaties. Volgens de richtlijnen van het TRIMBOS Instituut (2005) kan het observeren van kinderen in minder gestructureerde situaties, verhelderend zijn voor de diagnostiek. Verder is volgens Hakvoort (2007) de kans op sociale wenselijkheid binnen vaktherapie minder groot dan bij psychologisch onderzoek vanwege het handelingsgerichte aspect van vaktherapie.

Het ervaringsgericht werken stelt de vaktherapeut dus in de gelegenheid om weloverwogen situaties te creëren zodat het kan observeren hoe de cliënt hierin handelt en reageert. Dit gedrag is direct waarneembaar in de therapie, in de klank, het muzikale werk, in de mimiek, in reacties, spierspanning en in houding (Hakvoort, 2004; Hakvoort, 2007). De vaktherapeut onderzoekt zo de beperkingen van de cliënt en exploreert zijn vaardigheden.

De aandacht tijdens de therapeutische observatie gaat uit naar analogieën (Smeijsters, 2003) tussen gedrag in het medium (beeldend of muziek) en ontbrekende competenties of aanwezige vaardigheden op cognitief, gedragsmatig en emotioneel gebied (Hakvoort, 2004). Via het analogiemodel kan de vaktherapeut vervolgens de koppeling maken naar het dagelijkse gedrag. De assumptie is dat reactiepatronen van een cliënt op beeldende of muzikale situaties analogie vertonen met reactiepatronen hierbuiten (Smeijsters, 2003).

5.3 Meedoen met diagnosticeren: wat levert het op?

Volgens Van der Drift (1995) kan vaktherapeutische diagnostiek een belangrijke functie vervullen om te komen tot het gewenste professionaliseringsproces. Het bedrijven van diagnostiek vraagt namelijk van de vaktherapeut om op het individuele niveau, gedetailleerd en uitgebreid verslag te doen. Door vervolgens de bevindingen op systematische wijze vast te leggen, ontstaat de mogelijkheid tot het uitwisselen van gegevens met collega's. Ook kunnen door deze systematische verslaglegging, patronen zichtbaar worden. Dit kan zowel op het niveau van de cliënt als op het niveau van de therapeut of de therapeutische interventie, plaatsvinden. Er kan bijvoorbeeld een samenhang aan het licht komen tussen bepaalde problematiek bij cliënten en de vormgeving van deze cliënten in het medium. Op deze wijze kunnen onderliggende theoretische concepten uit diagnostische verslagen worden gehaald. Zodoende kan dan vanuit diagnostische werkzaamheden theorievorming tot stand komen.

Theorievorming is erg belangrijk. Door theorievorming worden de werkwijze en de gehanteerde methodes van de vaktherapeut voor anderen en voor onszelf inzichtelijk en overdraagbaar. Als de vaktherapeut theorieën ontwikkelt om op terug te vallen, verstevigt de positie van de vaktherapeut, ook in het behandelteam. Ook Muijen (1999) benadrukt het belang van de ontwikkeling van een eigen taal en conceptueel kader. Wanneer we ons kunnen beroepen op een algemeen geaccepteerde 'body of knowledge' maakt dat ons minder kwetsbaar en kan aanspraak gemaakt worden op meer status en erkenning door de wetenschappelijke gemeenschap. Muijen stelt dat verantwoording en theoretische onderbouwing een noodzakelijke schakel vormen in ontwikkeling van creatieve therapie. Muijen benadrukt dat de creatief therapeut een proactieve houding moet aannemen en zich binnen de (re)organisatie actief moet afvragen wat zij kan betekenen. Ook Rekkers (2005) stelt dat we af moeten van het beeld dat we niet serieus worden genomen. Dit betekent dat we ons proactief opstellen en onszelf serieus nemen en profiteren van de mogelijkheden die worden geboden. We moeten ons profileren en vertrouwen hebben in onze deskundigheid. Net als Van der Drift benadrukken Tubben (2006) en Hakvoort (2004) het belang van systematische observatie en van gestandaardiseerd werken door de vaktherapeut omdat dit ten goede komt aan de positie van vaktherapie en het de transparantie van de vaktherapeutische hulpverlening verhoogd. Tevens kan hierdoor doelgerichter gewerkt worden. Volgens Smeijsters (2002) is het steeds belangrijker dat de

vaktherapeut doelgericht te werk gaat en zijn werkwijze goed afstemt op de doelstellingen en de hulpverleningssituatie.

Het leveren van een bijdrage aan (verfijning van) de diagnostiek, biedt dus allerlei kansen om de positie van vaktherapie te versterken en om vaktherapie verder te profileren en te professionaliseren.

5.4 Meedoen met diagnosticeren: hoe?

Literatuurstudie observatie in vaktherapie

Literatuurstudie naar de manier van werken van vaktherapeuten binnen multidisciplinair teamverband, wekt de indruk dat er erg veel variatie is in de manier waarop vaktherapeuten invulling geven aan de bijdrage aan diagnostiek. Binnen sommige instellingen vindt vaktherapeutische observatie plaats op indicatie en binnen andere instellingen is vaktherapie standaard onderdeel van het diagnostische traject. De ene therapeut gebruikt slechts 1 observatiesessie, terwijl een andere therapeut 6 observatiesessies hanteert. De ene therapeut observeert de cliënten in de groep, een andere therapeut observeert haar cliënten individueel en een derde therapeut observeert haar cliënten zowel in groepsverband als individueel. Wel is het zo dat alle therapeuten, voor zover zij dit hebben beschreven, gebruikmaken van vaststaand aantal werkvormen die zij aanbieden gedurende de observatiesessies. Op individueel niveau is dus wel sprake van enige systematisering. Immers, de meeste therapeuten hebben hun eigen systematiek ontwikkeld voor het observeren ten bate van de diagnostiek. Echter, wanneer je de manieren van werken met elkaar gaat vergelijken, zijn er grote verschillen te vinden. In bijlage 5 zijn de werkwijzen van de creatief therapeuten (de Bruyn, 2007; Cleven, 1998; Tubben, 2006; Ulman, 1992 & Hakvoort, 2004) beschreven die onze literatuurstudie heeft opgeleverd.

Gebruik van meetinstrumenten

Volgens Tubben (2006) is goede diagnostiek is effectief, efficiënt en transparant en is het een voorwaarde voor een effectieve en efficiënte en dus goedkope hulpverlening. Tubben noemt in haar onderzoek dat goede diagnostiek afhankelijk is van deugdelijke diagnostische instrumenten die voorzien in concreet toepasbare uitkomsten voor de hulpverlening. Een korte literatuurstudie naar bestaande creatief therapeutische meetinstrumenten, laat zien dat er per medium (beeldend en muziek) slechts een aantal meetinstrumenten bestaan en dat van veel van deze instrumenten niet bekend is hoe valide en betrouwbaar zij zijn. Zo is er voor beeldend observatie, de Diagnostic Drawing Series (DDS) (Cohen & Lesowitz, 1981 In: Henskens, 2007). De DDS is een tekentest die individueel wordt afgenomen en aspecten van de tekeningen die de cliënt maakt, worden op systematische en objectieve wijze beoordeeld door de therapeut. Zo vormt de DDS een hulpmiddel bij het stellen van een aan de DSM-IV gerelateerde diagnose en geeft ze handvatten voor de beeldende therapie. Volgens Henskens (2007) wordt dit instrument op veel plaatsen in Nederland gebruikt als een vast onderdeel van de beeldende therapie. Een ander beeldend meetinstrument is de Silver Drawing Test (SDT) (Silver, 2007). Er bestaat echter geen Nederlandse versie van deze test. Onbekend is of deze test in Nederland wordt gebruikt maar het feit dat er geen Nederlandse versie van is, doet vermoeden van niet. Literatuurstudie naar het eventuele gebruik van deze test in Nederland leverde niets op.

Voor observatie in de muziektherapie is er de Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP) (Baxter et al., 2007). Deze test bestaat uit tien domeinen, variërend van motorische vaardigheden tot emotionele vaardigheden. De geselecteerde vaardigheid domeinen worden meerdere keren gescoord, verdeeld over drie therapiesessies. Er bestaat geen Nederlandse versie van deze test. Ook Layman et al. (2002) hebben een muziektherapeutisch meetinstrument ontwikkeld. Hun meetinstrument is bedoeld om observaties uit te voeren bij kinderen die ernstig emotioneel verstoord zijn. Ook van deze test is geen Nederlandse versie beschikbaar. Literatuurstudie naar het gebruik van deze twee testen of andere muziektherapeutische

meetinstrumenten, leverde niets op. Het gegeven dat er geen Nederlandse versies van zijn, doet vermoeden dat deze testen niet of nauwelijks worden gebruikt in Nederland.

5.5 Hoe staan we ervoor?

Zoals hierboven is te lezen, voldoet de creatief therapeutische observatie en diagnostiek nog lang niet aan de door Tubben (2006) beschreven eisen voor effectieve en efficiënte observatie. Waar de psycholoog ruime toegang heeft tot een groot scala van meetinstrumenten en andere testen, heeft de creatief therapeut slechts toegang tot een beperkt aantal meetinstrumenten en is van meeste de creatief therapeutische meetinstrumenten niet bekend hoe betrouwbaar en valide zij zijn. Maar zoals het onderzoek van Tubben laat zien, vaktherapeuten zijn in toenemende mate bezig met het ontwikkelen van dergelijke meetinstrumenten en het inzichtelijk maken van hun werkzaamheden. Dit is ook noodzakelijk om te overleven in deze tijden waarin de nadruk steeds meer ligt op de systematische en evidence based hulpverlening. Hulpverlening waarbij eerst moet worden bewezen dat een behandeling effect heeft voordat deze ingezet en/of vergoed wordt.

Hoofdstuk 6: Data Analyse

6.1 Interviews

Voor de data-analyse van de interviews zullen de interviews chronologisch worden uitgeschreven. Dan zullen eventuele niet relevante passages worden geschrapt en wordt de tekst opgesplitst in fragmenten die bij dezelfde van tevoren opgestelde vraag horen. Per vraag wordt geprobeerd het antwoord van de respondenten samen te vatten in een aantal door hen gebruikte trefwoorden. Deze samenvattende trefwoorden worden teruggekoppeld aan de respondent zodat deze kan aangeven of zijn/haar antwoord goed is samengevat.

Via het toekennen van trefwoorden spoor je inhoudelijke thema's, structuren, patronen of concepten in de gegevens op (Migchelbrink 2006). Vervolgens wordt aan de hand van de trefwoorden van iedere respondent, per vraag gekeken naar overeenkomsten en verschillen. De uitkomst per vraag zal bestaan uit een samenvatting van deze overeenkomsten en verschillen.

6.2 Dossieronderzoek

De gegevens verkregen uit de dossiers worden ingevoerd in SPSS en zullen worden geanalyseerd middels frequentieonderzoek. In dit dossier zijn van alle kinderen die in vaktherapeutische observatie zijn gekomen, gedurende de periode september 2007 t/m februari 2009, de geïndiceerde doelen beschreven. Er is gekozen om alle beschikbare gegevens omtrent observatie en diagnostiek uit dit dossier mee te nemen in de analyse. Dit betekent dat ook gegevens van voor de start van de pilot in september 2008 worden gebruikt. Dit is gedaan omdat onder andere wordt gekeken naar verschillen tussen de media en het bij groepsvergelijkingen belangrijk is dat de groepen niet te klein zijn.

Naast de geïndiceerde observatiedoelen worden in het dossier ook per kind het geslacht, de leeftijd en de behandelgroep (dagbehandeling of klinisch) genoemd. In totaal zijn er van 35 kinderen gegevens opgenomen. Er zal worden gekeken welke observatiedoelen worden geïndiceerd, hoe vaak zij worden geïndiceerd, in hoeverre dit samenhangt met leeftijd en geslacht van de cliënt en of er verschillen zijn tussen vaktherapie beeldend en muziek. Het gaat hier dus zowel om samenhangvragen als om verschilvragen. De frequentiegegevens worden geanalyseerd met SPSS.16 (Statistical Packages for the Social Sciences, 2007).

6.3 Enquêtes

Net als de dossiergegevens zullen ook de enquêtes op kwantitatieve wijze worden geanalyseerd. Hiervoor zal Microsoft Excel 2003 worden gebruikt. Per observatiepunt zullen gemiddelde scores worden berekend. Vervolgens zal worden gekeken naar eventuele verschillen tussen de scores van het vaktherapeutische team en de scores van de overige leden van het multidisciplinaire team. Ook zal worden gekeken in hoeverre de scores die worden toegekend aan de observatiepunten samenhangen met de mate waarin de observatiepunten worden geïndiceerd.

Hoofdstuk 7: Resultaten

7.1 Resultaten van de interviews met het vaktherapeutische team

De eerste data van dit onderzoek is verkregen middels interviews met het vaktherapeutische team. Deze interviews hebben als doel om de eerste deelvraag te beantwoorden die zich richt op de specifieke waarde van vaktherapie, die maakt dat vaktherapie kan bijdragen aan observatie en diagnostiek. Tevens worden in de interviews vragen gesteld die als doel hebben om in kaart te brengen hoe de leden van het vaktherapeutische team denken over overige aspecten van de bijdrage van vaktherapie aan verfijning van de diagnostiek op Vosseveld. Zo wordt ook ingegaan de wijze waarop vaktherapeutische indicatie tot stand komt, op veel geïndiceerde observatiedoelen en op de wijze waarop vaktherapie te werk gaat bij het doen van observatie en diagnostiek. Hieronder zijn de resultaten van deze interviews weergegeven.

7.1.1 Totstandkoming

Zoals reeds genoemd, is in september 2008 gestart met een pilot die inhoudt dat alle kinderen in diagnostiekfase in vaktherapie worden geobserveerd, tenzij er een contra-indicatie is. Dit betekent ook dat de hoofdbehandelaar (de psychiater) vaktherapie sinds september in de behandelplannen van de kinderen opneemt als middel voor het verfijnen van de diagnostiek. Vaktherapie is dus niet opgenomen in de richtlijnen rondom diagnostiek maar wordt nu wel genoemd in de behandelplannen van de kinderen. Observatie ter verfijning van de diagnostiek valt onder behandeldoel 1. Sinds de invoer van de pilot wordt vaktherapie dus genoemd als een van de middelen om behandeldoel 1 te behalen. Echter, dit wordt nog wel eens vergeten waardoor het vaktherapeutische team er soms zelf achteraan moet.

7.1.2 Observatiedoelen

In de behandelplannen zijn meestal brede observatiedoelen opgesteld zoals 'meer zicht krijgen op ADHD symptomen'. Tijdens behandelvergaderingen worden observatiedoelen meer geconcretiseerd. Er wordt aan vaktherapie gevraagd of er wordt door de vaktherapeut voorgesteld om bepaalde observatiedoelen mee te nemen naar vaktherapie. Dit zijn nog steeds brede observatiedoelen. Uit alle drie de interviews kwam naar voren dat de observatiepunten die het vaakst worden geïndiceerd voor vaktherapie het kijken naar zelfbeeld, emotieregulatie en de omgang met boosheid zijn.

Bij de keuze voor het medium wordt door het multidisciplinaire team niet gelet op specifieke kenmerken van het medium die bruikbaar zijn voor een bepaald observatiedoel maar wordt vooral rekening gehouden met de interesses van het kind. De keuze voor het medium wordt overgelaten aan het vaktherapeutische team. Binnen het vaktherapeutische team bestaat de voorkeur om zelfbeeld te observeren in beeldende therapie en omgang met boosheid en emotieregulatie in muziektherapie.

Veel van de geïndiceerde observatiedoelen rondom zelfbeeld, emotieregulatie en omgang met boosheid, worden door de vaktherapeut verder opgedeeld in subdoelen.

De subdoelen die het vaktherapeutische team noemt voor zelfbeeld zijn: omgang met succes-ervaringen, identiteitsverkenning, zich krijgen op zelfvertrouwen en krenking. Omgang met boosheid (emotieregulatie) wordt door het team opgedeeld in de subdoelen: zicht krijgen op angsten, omgang met identiteit van emoties, zelfregulatie en spanningsregulatie.

Naast de geïndiceerde observatiedoelen geven alle leden van het vaktherapeutische team aan dat zij tevens altijd kijken naar de houding, contactname, werkwijze, vormgeving en stemming van het kind.

7.1.3 Specifieke bijdrage van vaktherapie

Ria Veldhuizen (muziektherapeute) stelt dat je jezelf meeneemt in de dingen die je doet. Daarom biedt het handelings- en ervaringsgerichte aspect van vaktherapie goede aanknopingspunten om zicht te krijgen op het kind. Immers, vaktherapie is gericht op de directe ervaring, de ervaring in het er nu. Volgens Ria sluit dit aan bij de kinderen op Vosseveld, die zijn sterk op actie en ervaring gericht en hebben vaak moeite met zelfreflectie. Aanvullend hierop noemt Ria Veldhuizen (1997) dat het

gedragsgestoorde kind geen taal prefereert om te communiceren, maar zichzelf uitdrukt door actie in plaats van woorden. Het gedragsgestoorde kind beschikt dan ook vaak over minder verbale uitdrukkingsvaardigheden. Muziektherapie kan dan helpen bij het nonverbaal tot uitdrukking brengen van gevoelens. Ook sluit het aan bij de kinderen met een disharmonisch intelligentieprofiel omdat deze kinderen vaak moeite hebben met het verbaliseren van hun gedachten en gevoelens. Vaktherapie kan tevens aansluiten bij kinderen waarbij juist de cognitieve ontwikkeling voorloopt op hun sociaal-emotionele of motorische ontwikkeling. Deze kinderen kunnen zich verbaal goed uiten terwijl ze op andere gebieden meer problemen hebben. Het handelingsgerichte aspect van vaktherapie maakt dat de probleemgebieden beter aan het licht komen en geobserveerd kunnen worden, aldus Peter, stagiair muziektherapie.

Met behulp van vaktherapie kan volgens Ria dus een goed beeld worden verkregen van de belevingsaspecten van het kind. Vooral de sociaal-emotionele en de psychodynamische processen zijn goed te observeren omdat je direct met die aspecten bezig bent. Doordat ervaringsgericht wordt gewerkt, wordt het kind zich meer bewust van deze processen en kan er ook aan gewerkt worden. Daarnaast noemt Veldhuizen dat andere zintuigen worden geprikkeld. Volgens haar is bij vaktherapie sprake van een integratie van zintuiglijke prikkels, zodat meer crossmodale processen ontstaan. Hoe meer zintuigen erbij betrokken zijn hoe groter de kans is dat je contact hebt met andere mensen.

Daarnaast geeft Peter Rouw, stagiair muziektherapie aan dat er op Vosseveld erg gedragsmatig gewerkt wordt en vaktherapie een plek is waar minder met straffen en belonen wordt gewerkt. Hierdoor kan het gedrag anders geobserveerd worden.

Ook biedt vaktherapie goede mogelijkheden om aan te sluiten bij het niveau en de gezonde aspecten van het kind. Zo kan de gezonde kant van het kind worden gestimuleerd.

Specifiek voor beeldende therapie is de concreetheid van het medium. Het materiaal blijft zichtbaar en tastbaar. Dit maakt het gemakkelijker om de aandacht van het kind bij het beeldende werk te houden en dit verminderd vluchtig gedrag. Dit is vooral waardevol voor kinderen die moeite hebben planmatig te werken. Beeldend werken doet vooral een beroep op tactiele ervaringen, aldus Ria.

De specifieke waarde van muziektherapie zit hem vooral in de interactionele aspecten van muziek. Muziek nodigt heel direct uit tot communicatie en interactie. Bij muziek worden vooral de auditieve sensoren geprikkeld. Daarnaast gaat muzikale activiteit vaak samen met fysieke activiteit. Volgens Ria verhoogt deze fysieke betrokkenheid de emotionele betrokkenheid. Ook biedt muziek goede mogelijkheden om jezelf te leren aansturen.

7.1.4 Manier van werken

Aanvullend op de interviews heeft telefonisch contact plaatsgevonden waarin is gevraagd naar de manier waarop de leden van het vaktherapeutische team invulling geven aan de observaties die zij doen (zie bijlage 4). Door omstandigheden heeft geen contact plaatsgevonden met de muziektherapeute. De beschrijving van haar werkwijze is gebaseerd op onze eigen ervaringen en de ervaringen van de huidige stagiaires.

De muziektherapeute en de stagiair muziektherapie zetten standaard werkvormen in tijdens de observatie. Hierdoor is het beter mogelijk om gedragingen van de kinderen met elkaar te vergelijken. Tevens zetten zij dezelfde werkvormen meerdere malen in. Door soortgelijk gedrag meerdere malen uit te lokken en te observeren, neemt de betrouwbaarheid van de observaties toe. Ook kan de therapeut zo zien of het gedrag van de client zich ontwikkelt of juist stagneert. De werkvormen die de muziektherapeute inzet, zijn gebaseerd op jarenlange ervaringen met observeren in muziektherapie. De muziektherapie stagiair heeft zijn werkvormen afgeleid van de werkvormen van de muziektherapeute maar zet niet geheel dezelfde werkvormen in. De ingezette werkvormen zijn dus niet afhankelijk van het geïndiceerde doel. Wel worden de interventies aangepast op het geïndiceerde doel. Daarbij past wel de opmerking dat de meeste geïndiceerde observatiedoelen erg op elkaar lijken. De ingezette werkvormen van de muziektherapeute en de stagiair lijken op elkaar maar er is wel sprake van onderlinge variatie omdat niet geheel dezelfde werkvormen worden ingezet.

De stagiaire beeldende therapie maakt minder gebruik van vaststaande werkvormen en laat de ingezette werkvorm meer afhangen van het geïndiceerde doel. Zij zet dezelfde werkvormen in bij gelijke indicaties.

Deze manier van werken komt overeen met de gegevens verkregen uit het literatuuronderzoek waaruit bleek dat veel therapeuten hun eigen werkwijze systematiseren maar dat er onderling verschillen zijn.

De bevindingen rondom observatie en diagnostiek worden door alle leden van het vaktherapeutische team vastgelegd. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van observatieverslagen met een vast format.

Het is een goede zaak dat door het vaktherapeutische team wordt geprobeerd de betrouwbaarheid van de observaties te verhogen door dezelfde werkvormen meerdere malen in te zetten zodat hetzelfde soort gedrag, meerdere malen kan worden geobserveerd. Tevens is het goed dat het vaktherapeutische team systematiek aanbrengt in de manier waarop zij observatie en diagnostiek uitvoeren. Dit doen zij door gebruik te maken van vaststaande werkvormen en verslaglegging te laten plaatsvinden volgens een vast format. Echter, deze manier van werken voldoet nog niet geheel aan door Tubben (2006) beschreven eisen, voor effectieve, doelgerichte en efficiënte observatie, zoals vermeld in het literatuuronderzoek. Tevens voldoet deze wijze nog niet geheel aan de door van de Sande (1999) genoemde criteria voor valide observaties. Immers, er wordt geen gebruik gemaakt van meetinstrumenten en tevens valt te betwijfelen in hoeverre sprake is van doelgerichte en effectieve observatie wanneer enkel de interventies en dus niet de werkvormen, worden aangepast aan de geïndiceerde observatiepunten.

7.2 Resultaten van het dossieronderzoek

Hieronder worden de resultaten van het vaktherapeutische dossieronderzoek besproken en worden deelvraag 2 en deelvraag 3 beantwoord. Er wordt ingegaan op eventuele verschillen in leeftijd, geslacht en behandelgroep tussen de geïndiceerde media. Ook wordt uitvoerig ingegaan op de geïndiceerde observatiepunten en op eventuele verschillen tussen de media.

Er heeft een kwantitatieve inhoudsanalyse plaatsgevonden van het dossieronderzoek met behulp van SPSS. In bijlage 7 is de SPSS output, inclusief significantietabellen toegevoegd. Hieronder wordt niet ingegaan op de significantieniveaus. De reden hiervoor is dat de onderzoekspopulatie dermate klein is, dat de uitkomsten omtrent significantieniveaus niet heel bruikbaar zijn. Immers de meeste statistische toetsen zijn pas bruikbaar wanneer gegevens van grotere aantallen respondenten zijn opgenomen. De meeste verschillen die in dit onderzoek zijn gevonden, zijn niet significant.

7.2.1 Verschillen in leeftijd en geslacht tussen de geïndiceerde media

Bij het analyseren van de dossiergegevens is allereerst gekeken naar eventuele verschillen tussen de groep kinderen die wordt geobserveerd in beeldende therapie, de groep die wordt geobserveerd in muziektherapie en de groep kinderen die in beide media worden geobserveerd. In de tabel 1 is te zien dat de groep kinderen die naar muziektherapie komt het grootst is en de groep die naar beeldende therapie komt, het kleinst is. Dit is te verklaren door het feit dat op Vosseveld 1 muziektherapeute werkt, 1 stagiair muziektherapie en 1 stagiaire beeldende therapie. Muziektherapie is dus twee keer zo sterk vertegenwoordigd als beeldende therapie. Het is dus logisch dat er meer kinderen naar muziektherapie komen. Zoals te zien, zijn de kinderen die worden geobserveerd in beide media, het jongst. De verhouding tussen het aantal jongens en meisjes is voor de drie groepen ongeveer gelijk.

Tabel 1 verschil in leeftijd, geslacht en behandelgroep tussen de geïndiceerde media

	Muziek (N=17)	Beeldend & Muziek (N=10)	Beeldend (N=8)	Totale groep (N=35)
gemiddelde leeftijd (jaren)	9.1 (sd = 1.5)	8.3 (sd = 2.1)	9.1 (sd = 1.6)	8,9 (sd = 1,9)
Percentage jongens	70 %	76,5 %	75 %	73 %
Percentage kinderen van kliniek	29,4 %	40 %	50 %	37 %
Percentage kinderen van dagbehandeling	70,6 %	60 %	50 %	63 %
gemiddeld aantal geïndiceerde doelen per kind	1,8	2,0	1,3	1,7

(N = aantal kinderen, sd = standaarddeviatie)

7.2.2 Verschil in behandelgroepen tussen de geïndiceerde media

Op Vosseveld is de groep kinderen van de dagbehandeling ongeveer twee keer zo groot als de klinische groep. Het is dus te verwachten dat er meer kinderen van de dagbehandeling naar vaktherapie komen dan van de kliniek. Als wordt gekeken naar de totaalcijfers van vaktherapie (rechter kolom), is de verhouding tussen het aantal kinderen van de dagbehandeling en de kliniek, ongeveer gelijk aan de verhouding tussen het aantal kinderen op Vosseveld dat op de kliniek zit en het aantal kinderen van de dagbehandeling. Echter, als wordt gekeken naar de verschillende media, valt op dat de verdeling tussen kinderen van de kliniek en dagbehandeling voor beeldend 50 % is. Daarbij past wel de opmerking dat de totale groep kinderen die naar beeldend observatie komt, een stuk kleiner is dan de groep kinderen die worden geobserveerd in muziektherapie. Ondanks dat er verhoudingsgewijs meer kinderen van de kliniek worden geobserveerd in beeldende therapie, is het totale aantal kinderen dat wordt geobserveerd in beeldende therapie (4 kinderen) lager dan het totale aantal kinderen dat wordt geobserveerd in muziektherapie (5 kinderen) en gelijk aan het aantal kinderen van de kliniek dat wordt geobserveerd in beide media (4 kinderen).

Onze eigen ervaringen als de stagiaires vaktherapie van vorig jaar, zijn dat observatie in beeldende therapie voor sommige kinderen van de kliniek meer geschikt is vanwege de structuur en houvast die het beeldende medium biedt. De kinderen van de kliniek hebben vaak meer ernstige concentratie- en gedragsproblemen en de concreetheid en tastbaarheid van het beeldende medium, zijn dan erg waardevol. Aanvullend hierop noemt Ria Veldhuizen in het interview dat het planmatig, concreet en tastbaar werken in beeldende therapie erg waardevol is voor kinderen die vluchtig in de omgang zijn.

Het valt op dat er verschillen zijn tussen de media in het aantal geïndiceerde observatiepunten (tabel 1). Voor beeldende therapie worden gemiddeld 1,3 observatiepunten geïndiceerd, voor muziektherapeutische observatie worden gemiddeld 1,6 observatiepunten geïndiceerd en de kinderen die in beide media worden geobserveerd, hebben een indicatie voor gemiddeld 1,9 observatiepunten.

7.2.3 De geïndiceerde observatiepunten

In tabel 2 zijn alle observatiepunten weergegeven die in de periode september 2007 t/m februari 2009 zijn opgenomen in het vaktherapeutische dossier. Daarbij wordt per medium aangegeven bij hoeveel procent van het aantal kinderen die in het betreffende medium zijn geobserveerd, het observatiepunt is geïndiceerd. Ook is aangegeven hoeveel procent van de totale groep kinderen (35), een indicatie heeft voor het betreffende observatiepunt.

Tabel 2: Percentage kinderen met indicatie voor betreffende observatiepunt (totale groep (2^e kolom), beeldende therapie (3^e kolom), muziektherapie (4^e kolom) en beide media (5^e kolom))

Observatiepunten	Totale groep (N=35) (tussen haakjes het aantal kinderen)	BT (N=8)	MT (N=17)	BT & MT (N=10)
Zelfbeeld	43% (15)	62%	29%	50%
Emotieregulatie	17% (6)		18%	30%
Omgang met boosheid	14% (5)	12%	24%	
Ouder-kind interactie	14% (5)		12%	20%
Stemming	11% (4)		18%	10%
Angst	11% (4)			20%
Contact	9% (3)		12%	10%
Rigiditeit	6% (2)		6%	10%
Faalangst	6% (2)		6%	10%
Fantasie	6% (2)		6%	10%
ODD kenmerken	6% (2)		6%	10%
ADHD kenmerken	6% (2)		6%	10%
Frustratietolerantie	3% (1)		6%	
Gezinsbeleving	3% (1)	12%		
Eigenheid	3% (1)		6%	
Krenking	3% (1)		6%	
Probleem oplossing	3% (1)		6%	
Identiteit	3% (1)	12%		
CD kenmerken	3% (1)			10%
taalproblemen	3% (1)			10%

Wanneer wordt gekeken naar de totale groep (tweede kolom), valt op dat zelfbeeld veruit het vaakst wordt geïndiceerd (43%). Daarop volgen emotieregulatie (17%), omgang met boosheid (14%), ouder-

kind interactie (14%), stemming (11%) en angst (11%). De overige observatiepunten worden bij minder dan 10% van de kinderen geïndiceerd.

7.2.4 Verschillen in geïndiceerde observatiepunten tussen de media

Als de drie groepen met elkaar worden vergeleken, valt op dat zelfbeeld bij alle groepen het vaakst wordt geobserveerd. Vooral beeldende therapie krijgt veel indicaties voor het observeren van het zelfbeeld want maar liefst 62% van de kinderen die voor observatie naar beeldende therapie komen, hebben een indicatie voor zelfbeeld. Bij muziektherapie zijn de indicaties meer verdeeld over zelfbeeld (29%) en omgang met boosheid (24%). De indicaties voor de groep kinderen die in beide media worden geobserveerd, zijn tevens meer verspreid over de punten emotieregulatie (30%) en zelfbeeld (50%). Emotieregulatie wordt het een na vaakst geïndiceerd maar wordt opvallend genoeg, nooit geïndiceerd bij de kinderen die alleen in beeldende therapie worden geobserveerd.

7.2.5 Verschillen in geslacht, leeftijd en behandelgroep tussen de geïndiceerde observatiepunten

Tabel 3 is een aanvullende analyse waarbij los van de media waarin wordt geobserveerd, is gekeken naar eventuele verschillen tussen geslacht, behandelgroep (dagbehandeling of klinisch) en leeftijd voor de geïndiceerde observatiepunten. Deze aanvullende analyse laat zien dat het observatiepunt zelfbeeld vaker wordt geïndiceerd bij meisjes (67%) dan bij jongens (35%). Ook blijkt uit deze tabel dat emotieregulatie en omgang met boosheid alleen worden geïndiceerd bij jongens.

De geïndiceerde doelen voor de kinderen van de kliniek en dagbehandeling, lijken weinig van elkaar te verschillen. Emotieregulatie wordt vaker geobserveerd bij kinderen van de kliniek en contact wordt alleen geobserveerd bij kinderen van de dagbehandeling.

Tabel 3: analyse naar verschillen in geslacht, behandelgroep en leeftijd voor de geïndiceerde observatiepunten

	Man (n=26)	Vrouw (n=9)	Kliniek (n=13)	Dagbehandeling (n=22)	< 8.9 (n=13)*	> 8.9 (n=17)*
Zelfbeeld	35%	67%	46%	41%	46%	47%
Emotieregulatie	23%		23%	14%	15%	24%
Omgang met boosheid	19%		15%	14%	23%	12%
Angst	12%	11%	15%	9%	23%	6%
Frustratietolerantie	4%			5%	8%	
Ouder-kind interactie	12%	11%	15%	9%	8%	12%
Faalangst	8%		8%	5%		12%
Eigenheid		11%	8%		8%	
Identiteit	4%			5%	8%	
Eigenwaarde	4%			5%	8%	
Fantasie	8%		8%	5%	8%	6%
Contact	8%	11%		14%	15%	6%
Probleem opl.	4%			5%		6%
Rigiditeit	8%		8%	5%	15%	
CD kenmerken	4%		8%		8%	
ODD kenmerken	8%		8%	5%	8%	
ADHD kenmerken	8%		8%	5%	8%	
Taalstoornis		11%		5%		
Krenking	4%		8%			6%
Gezinsbeleving	4%	0%	0%	5%	0%	6%

*Van 5 kinderen was de leeftijd onbekend

Tot slot is de totale groep opgesplitst in twee leeftijdsgroepen (twee meest rechtse kolommen) en is gekeken of er verschillen zijn in de geïndiceerde doelen tussen de jongere (<8.9) en oudere (>8.9) kinderen. Ook hier zijn de verschillen matig. Bij de jongere kinderen wordt omgang met boosheid vaker geïndiceerd en bij de oudere groep emotieregulatie. Verder worden observatie van angst en rigiditeit vaker geïndiceerd bij jonge kinderen.

7.3 Resultaten van de enquête

De observatiepunten die uit het dossieronderzoek naar voren zijn gekomen, zijn voorgelegd aan het multidisciplinaire team en aan het vaktherapeutische team, middels een enquête. Zodoende kan antwoord worden gegeven op deelvraag 4 en 5. In deze enquête kan aan ieder observatiepunt een score van 1 (helemaal geen bijdrage) tot en met 5 (een heel grote bijdrage) worden toebedeeld. In grafiek 1 zijn de uitkomsten van deze enquête weergegeven. De enquête is ingevuld door 8 leden van het multidisciplinaire team (MDT) en door het volledige vaktherapeutische team (VT) bestaande uit 1 muziektherapeute en 2 stagiaires.

7.3.1 Bijdrage aan de observatiepunten

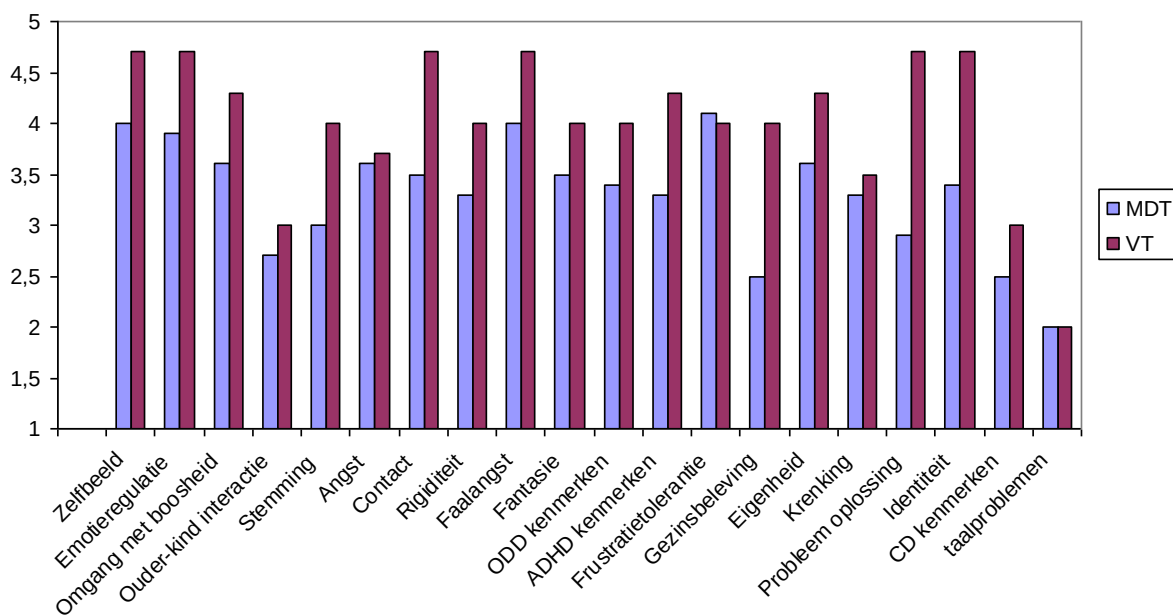
Zoals zichtbaar in deze grafiek, kan vaktherapie volgens het multidisciplinaire team de grootste bijdrage (>3.5) leveren aan de observatiepunten zelfbeeld, emotieregulatie, omgang met boosheid, angst, faalangst en frustratietolerantie. Observatiepunten die relatief laag scoren (< 3.0) zijn ouder-kind interactie, gezinsbeleving, CD kenmerken en taalproblemen.

Het vaktherapeutische team geeft substantieel hogere (gemiddeld 0.7 punt hoger) scores aan bijna alle observatiepunten wat er op duidt dat zij hun eigen bijdragen groter vinden dan het multidisciplinaire team hun bijdrage ervaart. De hoogste scores (>4.5) wordt door het vaktherapeutische team gegeven aan zelfbeeld, emotieregulatie, contact, faalangst, probleemoplossing en identiteit. De laagste scores (<3.5) worden gegeven aan ouder-kind interactie, CD kenmerken en taalproblemen.

Observatiepunten	Percentage kinderen met indicatie voor observatiepunt	Gem. score multidisciplinaire team (n=8)	Gem. score Vaktherapeutisch Team (n=3)
Zelfbeeld	43% (15)	4,0	4,7
Emotieregulatie	17% (6)	3,9	4,7
Omgang met boosheid	14% (5)	3,6	4,3
Ouder-kind interactie	14% (5)	2,7	3,0
Stemming	11% (4)	3,0	4,0
Angst	11% (4)	3,6	3,7
Contact	9% (3)	3,5	4,7
Rigiditeit	6% (2)	3,3	4,0
Faalangst	6% (2)	4,0	4,7
Fantasie	6% (2)	3,5	4,0
ODD kenmerken	6% (2)	3,4	4,0
ADHD kenmerken	6% (2)	3,3	4,3
Frustratietolerantie	3% (1)	4,1	4,0
Gezinsbeleving	3% (1)	2,5	4,0
Eigenheid	3% (1)	3,6	4,3
Krenking	3% (1)	3,3	3,5
Probleem oplossing	3% (1)	2,9	4,7
Identiteit	3% (1)	3,4	4,7
CD kenmerken	3% (1)	2,5	3,0
taalproblemen	3% (1)	2,0	2,0
		M = 3,3	M = 4,0

Wanneer wordt gekeken naar overeenkomsten tussen het vaktherapeutische team en het multidisciplinaire team, valt op dat beide groepen een hoge score toekennen aan zelfbeeld, emotieregulatie en faalangst. Ook geven beide groepen de laagste scores aan ouder-kind interactie, CD kenmerken en taalproblemen. Wat opvallend is dat het observatiepunt frustratietolerantie als enige observatiepunt, een hogere score krijgt van het multidisciplinaire team dan van het vaktherapeutisch team. Mogelijk duidt dit op een onderschatting van de vaktherapeuten van hun eigen bijdrage aan dit observatiepunt.

Grafiek 1 Uitkomsten enquête



7.3.2 Samenhang tussen frequentie van de geïndiceerde observatiepunten en de bijdrage

De volgorde waarin de observatiepunten in de grafiek zijn afgebeeld, geeft aan hoe vaak zij zijn geïndiceerd (links staan de meest geïndiceerde observatiepunten en de observatiepunt vanaf rigiditeit zijn slechts 1 of 2 keer geïndiceerd). De verwachting was dat de observatiepunten die het vaakst geïndiceerd worden, de hoogste score zouden krijgen in de enquête. Immers, observatiepunten die vaak worden geïndiceerd worden, worden vaker geobserveerd en naar verwachting daarom vaker teruggekoppeld naar het team. Deze verwachting is deels uitgekomen. De observatiepunten zelfbeeld, emotieregulatie en omgang met boosheid worden het vaakst geïndiceerd en hebben ook hoge scores gekregen van zowel het vaktherapeutische team als van het multidisciplinaire team. Echter bij de overige observatiepunten lijkt er geen relatie te zijn tussen de mate waarin vaktherapie een bijdrage heeft geleverd aan een beter inzicht en de mate waarin vaktherapie een indicatie heeft om het observatiepunt te observeren. Vaktherapie levert dus ook een sterke bijdrage aan observatiepunten waarvoor het slechts zelden een indicatie heeft. Deze resultaten kunnen op verschillende wijzen worden verklaard.

Een eerste verklaring is dat (stagiaires) vaktherapie geneigd zijn hun cliënten heel breed te observeren, ook wanneer het geïndiceerde observatiedoel heel specifiek is. Hier lijkt sprake van te zijn want uit de interviews kwam naar voren dat het vaktherapeutische team het kind altijd breder observeert en ook altijd kijkt naar punten zoals houding, contactname, werkwijze, vormgeving en stemming van het kind. Door de bredere benadering van de therapeut, is deze dan ook in staat een bijdrage te leveren aan niet geïndiceerde observatiepunten.

Een tweede verklaring is dat sommige observatiepunten die niet vaak worden geïndiceerd maar waarover vaktherapie wel wat te zeggen hebben, overlap vertonen met observatiepunten waar vaktherapie wel vaak een indicatie voor krijgt. Zo sluiten de observatiepunten eigenheid en identiteit die slechts zelden worden geobserveerd, nauw aan bij het observatiepunt zelfbeeld dat wel erg vaak geïndiceerd wordt. Uit de interviews met het vaktherapeutische team kwam naar voren dat veelal subdoelen worden opgesteld voor de vaak wat brede observatiepunten waarvoor zij een indicatie krijgen. Zo wordt bij het observeren van het zelfbeeld ook gekeken naar faalangst en identiteit. Wanneer de vaktherapeut het zelfbeeld observeert, worden dus ook andere, gerelateerde punten geobserveerd. Hierdoor kan de vaktherapeut ook over deze begrippen iets zeggen. Hetzelfde geldt voor frustratietolerantie. Dit doel wordt niet vaak geïndiceerd maar uit de interviews bleek dat dit observatiepunt wel als subdoel wordt geobserveerd bij het observeren van emotieregulatie. Beide verklaringen lijken dus van toepassing.

Een derde verklaring is dat dit komt door het handelingsgerichte aspect van vaktherapie. Immers, doordat de cliënt constant in actie is, kunnen snel gedragingen waarneembaar zijn die niet zozeer te maken hebben met het geïndiceerde observatiedoel maar die wel dermate zinvol kunnen zijn, dat de vaktherapeut deze terugkoppelt aan het team. Zo zou dit een goede verklaring zijn voor de uitkomst dat vaktherapie een grote bijdrage levert aan meer inzicht in het weinig geïndiceerde observatiepunt faalangst.

Het valt op dat het observatiepunt ouder-kind interactie relatief vaak wordt geïndiceerd maar dat zowel het vaktherapeutische team als het multidisciplinaire team aangeeft dat het niet echt een grote bijdrage levert. Ouder-kind observaties worden alleen gedaan door de muziektherapeute en niet door de stagiaires. Navraag bracht aan het licht dat er het afgelopen schooljaar geen ouder-kind observatie hebben plaatsgevonden en dat alle indicaties uit het dossieronderzoek nog van voor de zomer zijn. De huidige stagiaires hebben hier dus nog geen ervaring mee en dit verklaart hun lage scores. Het feit dat het dus al even geleden is dat er een ouder-kind observatie heeft plaatsgevonden verklaart mogelijk ook dat het multidisciplinaire team een relatief lage score toekent aan dit punt. Onze ervaringen staan haaks op deze resultaten. Wij vonden de bijdrage die de muziektherapeute kon leveren aan het inzicht in de ouder-kind interactie altijd erg waardevol.

7.3.3 Vaktherapie; aanvullend of bevestigend?

Naast de vraag in hoeverre vaktherapie een bijdrage levert aan een beter inzicht in de genoemde observatiepunten, is ook gevraagd op welke manier vaktherapie een bijdrage levert aan een beter inzicht in de genoemde observatiepunten. 5 van de 8 leden van het multidisciplinaire team gaven aan dat vaktherapie in gelijke mate zorgt voor bevestiging als voor nieuw inzicht. 3 van de 8 respondenten gaven aan dat vaktherapie voornamelijk de bevindingen van andere disciplines bevestigd. Het totaalbeeld neigt dus wat naar een bevestigende rol voor vaktherapie. Een van de leden van het multidisciplinaire team gaf aan dat zij de rol van de stagiaires vooral als bevestigend ervaart en dat zij rol van de muziektherapeute naast bevestigend, ook aanvullende vindt.

7.3.4 Verschillen tussen de media

Ook is aan de leden van het multidisciplinaire team voorgelegd of zij bepaalde observatiepunten beter observeerbaar achten in één van beide media. 2 van de 8 respondenten gaven aan dat ze dit niet wisten. Volgens 3 van de 8 zijn er geen verschillen in de mate waarin de observatiepunten observeerbaar zijn in de verschillende media. Volgens de overige 3 respondenten zijn er wel verschillen. Door hen werd genoemd dat de observatiepunten emotieregulatie, contact en frustratietolerantie beter observeerbaar zijn in muziektherapie. Zelfbeeld, gezinsbeleving, eigenheid en fantasie zijn volgens hen beter observeerbaar in beeldende therapie. De observatiepunten angst, faalangst en identiteit werden door sommige respondenten beter observeerbaar geacht in muziek terwijl andere respondenten deze observatiepunten beter observeerbaar vonden in beeldende therapie. Over deze observatiepunten zijn de meningen dus verdeeld.

Ook het gehele vaktherapeutische team geeft aan dat emotieregulatie beter observeerbaar is in muziek en dat zelfbeeld beter observeerbaar is in de beeldende therapie. Alle leden van het multidisciplinaire team, waaronder ook de vaktherapeuten, zijn dus met elkaar eens dat zelfbeeld beter kan worden geobserveerd in beeldende therapie en emotieregulatie beter kan worden geobserveerd in muziektherapie.

Hoofdstuk 8: Conclusie

Vaktherapie kan een zinvolle bijdrage leveren aan diagnostiek en observatie op Vosseveld. Dit blijkt zowel uit de interviews als uit de enquête. De grotere rol die vaktherapie sinds september heeft bij observatie en diagnostiek lijkt daarmee gerechtvaardigd. Met name het handelingsgerichte aspect van vaktherapie maakt dat gedrag goed kan worden geobserveerd.

De muziektherapeute en de stagiair muziektherapie zetten standaard werkvormen in tijdens de observatie. Deze werkvormen zijn niet afhankelijk van het geïndiceerde observatiepunt. Wel worden andere interventies ingezet. De muziektherapeute en de stagiair gebruiken echter niet dezelfde werkvormen. De beeldende therapie stagiaire laat de ingezette werkvorm meer afhangen van het geïndiceerde doel. Zij zet meestal bij verschillende kinderen met hetzelfde observatiepunt, dezelfde werkvormen in. Deze manier van werken komt enigszins overeen met de resultaten uit het literatuuronderzoek. Ook daaruit kwam naar voren dat de meeste therapeuten hun eigen werkwijze systematiseren maar dat er onderlinge variatie is.

Uit de interviews en uit het dossieronderzoek kwam naar voren dat de observatiepunten zelfbeeld (43%), emotieregulatie (17%) en omgang met boosheid (14%) het vaakst worden geobserveerd. Uit het dossieronderzoek kwam tevens naar voren dat ouder-kind interacties (14%) (door ouder-kind observaties in muziektherapie) stemming (12%) en contact (12%), tevens relatief vaak worden geïndiceerd. De gevonden overeenstemming tussen de resultaten uit de interviews en het dossieronderzoek draagt bij aan dat de betrouwbaarheid van deze resultaten. Zelfbeeld wordt vaker geobserveerd bij meisjes (67%) dan bij jongens (35%). Omgang met boosheid en emotieregulatie worden alleen geobserveerd bij jongens.

Als wordt gekeken naar verschillen in geïndiceerde observatiepunten voor de groep kinderen die naar beeldende therapie of muziektherapie of naar beide media komt, vallen een aantal zaken op. Vooral beeldende therapie krijgt veel indicaties voor het observeren van het zelfbeeld want maar liefst 62% van de kinderen die voor observatie naar beeldende therapie komen, hebben een indicatie voor zelfbeeld. Bij muziektherapie zijn de indicaties meer verdeeld over zelfbeeld (29%) en omgang met boosheid (24%). De indicaties voor de groep kinderen die in beide media worden geobserveerd, zijn tevens meer verspreid over de punten emotieregulatie (30%) en zelfbeeld (50%). Deze resultaten komen overeen met de interviews waaruit naar voren kwam dat zelfbeeld vaker worden geobserveerd in beeldende therapie en dat emotieregulatie en omgang met boosheid meer worden geobserveerd in muziektherapie.

Alle leden van het multidisciplinaire team, waaronder ook de vaktherapeuten, gaven in de enquête aan dat zelfbeeld beter kan worden geobserveerd in beeldende therapie en emotieregulatie beter kan worden geobserveerd in muziektherapie.

Relatief gezien komt een groter percentage kinderen dat naar beeldende therapie gaat voor observatie, van de kliniek. De geïndiceerde observatiepunten verschillen echter bijna niet tussen de kinderen van de kliniek en dagbehandeling. Een goede verklaring, zoals naar voren kwam uit de interviews en onze eigen ervaringen, is dat de concreetheid en tastbaarheid van het beeldende medium ervoor zorgen dat beeldende therapie beter kan worden ingezet bij de kinderen van de kliniek. Deze hebben namelijk over het algemeen ernstigere concentratie- en gedragsproblemen. De concreetheid en tastbaarheid van het medium bieden dan houvast.

De samenhang tussen de mate waarin observatiepunten worden geïndiceerd en de mate waarin het alle leden van het multidisciplinaire team vinden dat vaktherapie het inzicht vergroot in de punten, is zwak. De observatiepunten zelfbeeld, emotieregulatie en omgang met boosheid worden het vaakst geïndiceerd en hebben ook hoge scores gekregen van zowel het vaktherapeutische team (>4.5) als van het multidisciplinaire team (>3.5). Echter bij de overige observatiepunten lijkt er geen relatie te

zijn tussen de mate waarin vaktherapie een bijdrage heeft geleverd aan een beter inzicht en het aantal indicaties dat vaktherapie heeft voor het betreffende observatiepunt. Vaktherapie levert dus ook een sterke bijdrage aan observatiepunten waarvoor het slechts zelden een indicatie heeft.

Dit komt mogelijk doordat veel observatiedoelen die slechts zelden worden geïndiceerd, overlap vertonen met de vaker geïndiceerde doelen. Zo kwam uit de interviews naar voren dat bij de veel geïndiceerde subdoelen zelfbeeld, emotieregulatie en omgang met boosheid vaak sub-observatiepunten worden opgesteld zoals faalangst en identiteitsverkenning. Ook lijkt dit te komen doordat de vaktherapeut geneigd is de cliënt breed te observeren, ook wanneer het een specifiek observatiedoel heeft. Uit de interviews kwam namelijk naar voren dat het vaktherapeutische team het kind altijd breder observeert en ook altijd kijkt naar punten zoals houding, contactname, werkwijze, vormgeving en stemming van het kind. Zo kan de therapeuten ook een bijdrage leveren aan niet geïndiceerde observatiepunten. Een derde verklaring voor de zwakke samenhang is dat het handelingsgerichte aspect van vaktherapie maakt dat er snel gedragingen worden waargenomen die niet direct aansluiten op het geïndiceerde observatiepunt maar die dermate van toegevoegde waarde zijn, dat zij worden teruggekoppeld aan het team. Tot slot kan dit ook komen door het gegeven (zoals gebleken uit de interviews) dat het vaktherapeutische team standaard werkvormen inzet en deze dus niet aanpast aan het geïndiceerde observatiepunt. De vaktherapeute en de stagiaires zetten telkens dezelfde werkvormen in en ondanks dat zij hun interventies wel aanpassen op het geïndiceerde doel, is de kans groot dat in zekere mate toch telkens dezelfde gedragingen worden uitgelokt. Mogelijk leidt dit ertoe dat zij ook bij ieder kind over ongeveer dezelfde gedragingen bevindingen kan terugkoppelen waardoor de relatie tussen het geïndiceerde doel en de teruggekoppelde bevindingen grotendeels verdwijnt.

Tot slot blijkt uit de enquête dat de rol van vaktherapie enerzijds als aanvullend maar vooral als bevestigend wordt ervaren door zowel het vaktherapeutische team als de overige leden van het multidisciplinaire team.

Hoofdstuk 9: Discussie en Aanbevelingen

Dit onderzoek heeft laten zien dat vaktherapie een goede bijdrage kan leveren aan een beter inzicht in de observatiepunten die uit het dossieronderzoek naar voren zijn gekomen. Onze aanbeveling is dan ook dat vaktherapie de grotere rol bij observatie en diagnostiek in de toekomst, behoudt.

Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat dit onderzoek ertoe leidt dat vaktherapie voortaan alleen nog wordt geïndiceerd voor de in dit onderzoek bestudeerde observatiepunten. Het is namelijk goed mogelijk dat vaktherapie tevens een bijdrage kan leveren aan andere observatiedoelen waarvoor het geen indicatie heeft gekregen. Een beperking van dit onderzoek is dan ook dat alleen is onderzocht welke bijdrage vaktherapie levert aan reeds geïndiceerde doelen. Zo gaf Peter aan dat hij vindt dat star gedrag goed is te observeren in vaktherapie. Kim noemt dat de omgang met succeservaringen goed te observeren is in vaktherapie. Ria Veldhuizen geeft aan dat trauma's, hechtingsproblematiek en PDD kenmerken goed observeerbaar zijn binnen vaktherapie. Toekomstig onderzoek zou zich dan ook kunnen richten op het onderzoeken van de bijdrage die vaktherapie kan leveren aan observatiepunten waarvoor het geen indicatie heeft. Dit is extra interessant omdat dit onderzoek doet vermoeden dat vaktherapie een grote bijdrage levert aan observatiepunten waarvoor het geen indicatie heeft. Immers, uit dit onderzoek blijkt dat vaktherapie ook een grote bijdrage levert aan observatiepunten waarvoor het slechts zelden een indicatie krijgt.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat veel vaktherapeuten hun werkwijze bij observatie en diagnostiek systematiseren maar dat er onderling weinig overeenstemming is. Ook op Vosseveld is er sprake van systematiek op individueel niveau maar is er onderlinge variatie in de manier waarop te werk wordt gegaan bij observatie en diagnostiek. Zo worden door de leden van het vaktherapeutische team veelal dezelfde werkvormen ingezet tijdens observatie en diagnostiek, ongeacht het geïndiceerde observatiepunt. Dit maakt het mogelijk om bevindingen goed met elkaar te vergelijken. Echter, het valt te betwijfelen in hoeverre hier nog sprake is van doelgericht handelen. Wij zouden de vaktherapeuten op Vosseveld dan ook willen aanbevelen om toe te werken naar een werkwijze waarin enerzijds het geïndiceerde observatiepunt het uitgangspunt is en waarbij per geïndiceerd observatiepunt standaard werkvormen worden ingezet. Ook zouden wij de vaktherapeuten willen aanbevelen om de onderlinge variatie in werkwijze verder te verkleinen. De opkomst van de evidence-based hulpverlening vraagt namelijk om een meer systematische werkwijze van de vaktherapeut. Systematisch werken maakt het namelijk mogelijk om bevindingen op effectieve wijze uit te wisselen met collega's zodat patronen zichtbaar kunnen worden gemaakt. Zo kan er bijvoorbeeld een samenhang aan het licht komen tussen bepaalde problematiek bij cliënten en de vormgeving van deze cliënten in het medium. Deze bevindingen vergroten de body of knowledge van de vakgroep en tevens kunnen vanuit deze bevindingen observatie-instrumenten worden ontwikkeld. Deze observatie-instrumenten kunnen dan de vorm van een werkvorm met bijbehorende observatielijst krijgen. Zo ontstaand deugdelijke diagnostische instrumenten die voorzien in concreet toepasbare uitkomsten voor de hulpverlening. Deze zijn onmisbaar voor goede diagnostiek (Tubben, 2006). Goede observatie is objectief, selectief en betrouwbaar (van de Sande, 1999).

Waar de psycholoog ruime toegang heeft tot een groot scala van meetinstrumenten en andere testen, heeft de vaktherapeut slechts toegang tot een beperkt aantal meetinstrumenten. Van dit beperkte aantal observatie-instrumenten is grotendeels niet bekend hoe betrouwbaar en valide zij zijn. Daarom is het belangrijk dat dergelijke observatie-instrumenten worden ontwikkeld.

Zoals het onderzoek van Tubben (2006) laat zien, vaktherapeuten zijn in toenemende mate bezig met het ontwikkelen van dergelijke meetinstrumenten en het inzichtelijk maken van hun werkzaamheden. Dit is ook noodzakelijk om te overleven in deze tijden waarin de nadruk steeds meer ligt op het de systematische en evidence based hulpverlening. Hulpverlening waarbij eerst moet worden bewezen dat een behandeling effect heeft voordat deze ingezet en/of vergoed wordt.

Het zou erg interessant zijn om in toekomstig onderzoek uit te zoeken in hoeverre de observatiepunten die in dit onderzoek worden genoemd geobserveerd kunnen worden met behulp van het huidige aanbod van psychologische testen en meetinstrumenten. Volgens Tubben (2006) zijn er voor het observeren van emoties e.d. geen goede psychologische testen. Ook Garnefski (2007) benoemt dat er nog geen instrumenten bestaan om emotieregulatie te meten bij kinderen. Dit doet vermoeden dat er buiten vaktherapie, voor veel van de geïndiceerde observatiepunten die in dit onderzoek zijn geïnventariseerd, geen goede alternatieve observatiemiddelen bestaan.

Als bekend is voor welke observatiepunten het huidige testmateriaal niet toereikend is, kan vaktherapie zich nog beter profileren als een goed middel om deze punten te observeren. Vaktherapie kan dan dus inspringen op de behoefte aan goede observaties van deze punten. Door vervolgens alle bevindingen omtrent de observaties van deze punten systematisch vast te leggen, kunnen vaktherapeutische observatie-instrumenten worden ontwikkelen. Wanneer deze meetinstrumenten zijn ontwikkeld is vaktherapie als middel voor observatie en diagnostiek veel meer gefundeerd. Dit zou de positie van de vaktherapeut enorm verstevigen. Tevens kan vaktherapie op deze manier een meer aanvullende rol krijgen. Ook dit komt ten goede aan de positie van de vaktherapeut. Bovendien zijn dergelijke observatie-instrumenten die zorgen voor meer effectieve en efficiënte observaties, ook in het belang van de cliënt.

Uiteraard vereist dit enorme inspanningen van het vaktherapeutische werkveld, zeker omdat het werkveld relatief gezien maar klein is. Maar misschien dat dergelijke inspanningen wel onvermijdelijk zijn wanneer vaktherapie wil overleven in deze tijden, waarin de evidence-based hulpverlening steeds meer de boventoon voert.

Hoofdstuk 10: Begripsbepaling van zelfbeeld en emotieregulatie

10.1 Observatie van het 'zelf' in beeldende therapie

Studies tonen aan dat kinderen met ADHD, ODD en CD (agressief gedrag) meer kritiek krijgen en minder succeservaringen opdoen dan leeftijdgenoten (Harter, 1998 uit: Molendijk & Geurts). Daarnaast worden ze op het sociale vlak negatiever beoordeeld. Wat overeen lijkt te komen met hoe kinderen met ADHD hun sociale acceptatie gemiddeld inschatten (Molendijk & Geurts, 2008). Hierdoor is de verwachting dat ze meer risico lopen om een negatief zelfconcept te ontwikkelen (Harter, 1998 uit: Molendijk & Geurts) en hebben ze kans op het ontwikkelen van een niet-waarheidsgetrouw zelfconcept (o.a. Gresham e.a., 1998; Hoza e.a., 1993; Tabassam & Grainger, 2002 uit: Molendijk & Geurts).

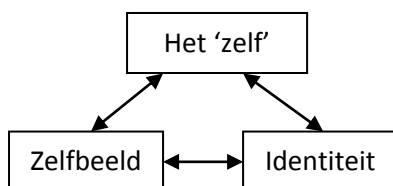
Verworpen worden door leeftijdsgenoten gaat samen met een lage zelfwaardering. Populaire of geaccepteerde kinderen beschikken over een positief zelfconcept, onpopulaire of verworpen kinderen over een negatief zelfconcept. (Donders & Verschueren, 2004).

10.1.2 Het 'zelf'

De term "zelf" wordt gebruikt om onder andere te refereren aan; de essentiële aard van een persoon, het geheel van eigenschappen en vermogens, de individuele identiteit en continuïteit en aan zelfbewustzijnervaringen (Verkuyten, 1988).

De begrippen zelfbeeld en identiteit liggen dicht bij elkaar, zo zegt Ericson (1982 uit: Verkuyten, 1988) dat identiteit zowel de relatie individu-omgeving als de verhouding van het individu ten opzichte van zichzelf. Dit betekent dat psycho-sociale en intra-psychische verschijnselen vereenzelvigd worden en dat er geen begripsmatig onderscheid gemaakt kan worden tussen bijvoorbeeld identiteit en zelfbeeld.

Verkuyten (1988) stelt dat verschil tussen identiteit en zelfbeeld te vinden is in verschillende dynamieken. Hierdoor zijn ze van elkaar te onderscheiden en aan elkaar gerelateerd. Zo beschrijft hij het zelfbeeld als hoe een persoon zichzelf ziet en waardeert. Het begrip identiteit heeft niet betrekking op de persoon als zodanig maar wel op hoe de persoon in een bepaalde relatie met een bepaalde omgeving wordt gedefinieerd en zichzelf definieert.



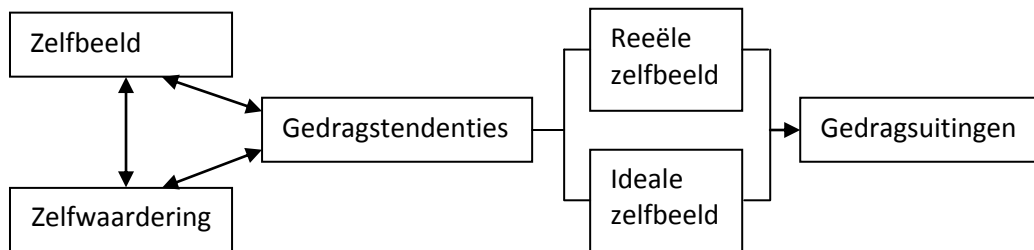
10.1.3 Zelfbeeld en zelfwaardering

De term zelfbeeld, ook wel zelfconcept genoemd, verwijst naar de cognitieve representatie van eigen persoon (Van Gorp, 2001) het beeld dat het individu van zichzelf heeft (van der Meulen, 1993; van Gorp, 2001). Een beschrijving, zonder hieraan een waarde toe te voegen (van Gorp 2001).

'Zelfwaardering' is het gevoelsmatige en affectieve aspect van het zelfbeeld, de positieve of negatieve evaluatie van eigen persoon (Verkuyten, 1988).

Het beeld dat iemand van zichzelf heeft kan tot stand komen vanuit verschillende perspectieven. Onderscheid wordt gemaakt in het reële zelfbeeld en het ideale zelfbeeld (van der Meulen, 1993)

De inhoudelijke elementen worden samengevat in een viertal dimensies (globale zelfwaardering): fysieke en materiele kenmerken (zoals uiterlijk en bezit), activiteiten, sociale relaties en psychologische kenmerken. De globale zelfwaardering van kinderen met ADHD wijkt gemiddeld genomen niet af van de globale zelfwaardering van leeftijdgenoten zonder ADHD (Molendijk & Geurts, 2008).



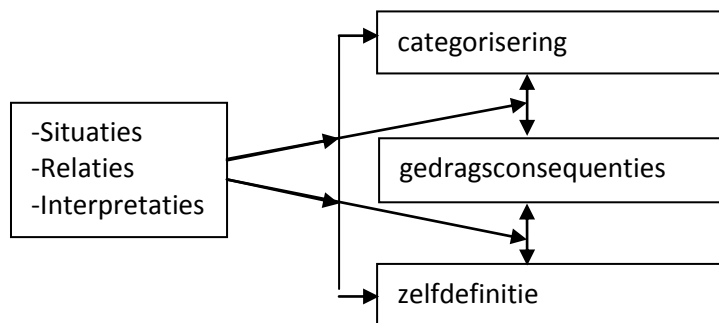
10.1.4 Identiteit

Iedereen heeft een identiteit, zelfs meerdere identiteiten. Het is gebruikelijk om naast de 'persoonlijke' identiteit in elk geval een sociale, een culturele, een professionele en een nationale identiteit te onderscheiden (Abram & Wesly, 2006).

Identiteit verwijst ten eerste naar wie een specifieke persoon in zijn uniciteit, dat wil zeggen in zijn unieke eigenheid, is. Persoonsidentiteit (gelaatstreken, vingerafdrukken en naam), typerend voor bepaald individu, waaraan hij door anderen wordt herkend. Ten tweede verwijst identiteit naar specifieke herkenbare kenmerken die iemand deelt met andere personen. Categoriele lidmaatschapskenmerken, worden door meerdere personen gedeeld (Verkuyen, 1988).

Identiteitsbegrip is; 'een conceptuele verbinding tot stand brengt tussen het individu en zijn sociale omgeving'.

Identiteit is niet alleen een kwestie van vrije keuze, deze wordt ook extern opgelegd (Verkuyen, 1988). Het is het beeld dat anderen zich van jou vormen, hoe anderen jou zien, ervaren, waarderen en dat uiten (Abram & Wesly 2006).



Beschrijving:

Situaties (omstandigheden), relevante indeling voor gedragmogelijkheden, gedragsverwachtingen en zelfbeleving.

Relaties (verhoudingen), groepen en categorieën, die onder bepaalde omstandigheden gecategoriseerd worden.

Interpretaties, die de persoon maakt vanuit zijn eigen inzichten en behoeften, die onder deze omstandigheden en verhoudingen van belang zijn.

10.1.5 Faalangst

Onder faalangst verstaat we de vrees om tekort te schieten. De angst dat iets dat men wil gaan doen of van een ander moet doen, mislukt. De angst voor kritiek, waarbij men niet weet hoe te reageren. Hier zitten tal van normen en waarden aan verbonden die gepaard gaan met de eigen interpretatie van de persoon, het idee er (niet) te mogen zijn in deze samenleving. Het hangt samen met verschillende andere zaken zoals niet serieus genomen worden, de angst om uitgelachen te worden, gebeurtenissen uit het verleden en een negatief zelfbeeld door negatieve kritiek, gevoelens en ervaringen. Dit gaat samen met negatieve verschijnselen zoals verlegenheid, gebrek aan zelfvertrouwen, zich minder voelen dan anderen, niet tegen kritiek kunnen en gevoelig zijn voor vleierij (Langendijk, 2004).

10.1.6 Problemen bij het zelfbeeld bij kinderen met ADHD

Kinderen met ADHD schetsen een positiever beeld om hun zelfconcept te beschermen (Diener & Milich, 1997; Milich, 1994 uit: Molendijk & Geurts). Ze vinden het vooral belangrijk hoe ze overkomen op anderen. Om gevoelens van onvermogen te verbloemen en hun zelfconcept intact te laten, overschatten ze hun vermogens. (Milich, 1994 uit: Molendijk & Geurts). Kinderen die vooral waarde hechten aan hoe hun prestaties overkomen, ervaren moeilijke taken als een bedreiging voor hun zelfconcept (Dweck & Leggett, 1988 uit: Molendijk & Geurts).

Kinderen met ADHD zijn onvoldoende in staat om hun gedrag nauwkeurig te beoordelen (Knouse, Bagwell, Barkley & Murphy 2005 uit: Molendijk & Geurts). Om tot een accuraat zelfconcept te komen, moet men voortdurend verschillende bronnen van informatieve (zelfbeoordeling ten opzichte van beoordeling door anderen) met elkaar vergelijken. Bij onderzoek naar de attributiestijl (d.w.z. de manier waarop mensen goede en slechte uitkomsten met betrekking tot zichzelf verklaren) van kinderen met ADHD komen aanwijzingen naar voren, dat kinderen met ADHD positieve en negatieve ervaringen mogelijk anders interpreteren dan leeftijdgenoten (Treuting & Hinshaw, 2001 uit: Molendijk & Geurts). Echter, komt uit onderzoek naar voren dat kinderen met ADHD hun verwachtingen na feedback bij falen, succes of positieve feedback bijstellen. Dit geeft aan dat kinderen in staat zijn hun zelfbeleving bij te stellen (Molendijk & Geurts, 2008).

10.1.7 De observatie in beeldende therapie

Voordat je begint met observeren is het belangrijk te weten hoe de ontwikkeling van het zelfbeeld verloopt. Kinderen kunnen vanaf ongeveer zes jaar onderscheid maken tussen het reële en ideale zelfbeeld. Het onderscheid tussen het eigen perspectief en dat van de ander wordt pas omstreeks het negende jaar beheerst (Van der Meulen, 1993).

Uit onderzoek blijkt verder dat de discrepantie tussen het eigen perspectief en dat van de ander kleiner is dan de discrepantie tussen reëel en ideaal zelfbeeld. Kinderen in de leeftijd van vier tot zeven jaar kunnen nog geen oordeel geven over zichzelf in termen van globale zelfwaardering. Hun zelfwaardering komt tot uiting in hun gedrag, ze kunnen het echter nog niet verbaliseren (Van der Meulen, 1993). Er zijn aanwijzingen dat de manier waarop kinderen hun eigen kunnen waarnemen en evalueren van belang is bij het behandelen van stoornissen (o.a. Hoza e.a., 2002 uit: Molendijk & Geurts).

In de literatuur zijn geen observatie werkvormen beschreven rondom de observatie van het zelfbeeld, identiteit en faalangst in beeldende therapie. In de verwerkte literatuur kwamen wel punten naar voren die belangrijk zijn bij het zelfbeeld, identiteit en faalangst. Ik heb geprobeerd deze samen te voegen en deze vervolgens hieronder te vermelden.

Punten die in de literatuur belangrijk worden geacht rondom het zelfbeeld:

- Hoe ziet, ervaart, waardeert en uit een kind zichzelf
- Hoe interpreteert het kind zijn eigen leven en hoe geeft hij deze zin
- Hoe verbindt het kind zijn verleden en de toekomst: waar kom ik vandaan en waar ga ik naartoe?
- Waar denkt het kind dat hij goed in is, wat zijn krachten
- Waar denkt het kind dat hij slecht in is, wat zijn zwaktes waaruit ontstaan conflicten
- hoe positief of negatief beoordeeld het kind zichzelf (zelfwaardering)
- hoe ziet het reële en ideale zelfbeeld eruit

Punten die in de literatuur belangrijk worden geacht rondom identiteit:

- Hoe denkt het kind dat anderen hem zien, ervaren, waarderen en dat uiten
- Hoe denkt het kind wat anderen denken over zijn verleden en toekomst: waar komt hij vandaan en waar gaat hij naartoe?
- Van vinden anderen goed aan hem, wat kan hij goed, blinkt hij ergens in uit

- Waar denkt het kind dat anderen vinden dat hij slecht in is
- Tot welke cultuur behoort het kind, komt het uit Nederland, waar voelt het kind zichzelf thuis, wat/ wie heeft het kind graag om zich heen, wat is echt belangrijk voor het kind, wat heeft het kind allemaal al meegemaakt,
- tot welke groepen, verenigingen rekent en herkent het kind zichzelf

Punten die in de literatuur belangrijk worden geacht rondom faalangst:

- Omgang met positieve opmerking, o.a. complimentjes
- Vergelijking met anderen (negatieve zelfkritiek)
- Positieve punten van jezelf zien (zelfbeeld, zelfobservatie)
- Negatieve kritiek, omgang met andere kinderen (veel word letterlijk opgenomen)
- Niet serieus genomen worden (hoge eisen, onvoldoende aandacht, intelligentie en waarneming ondermijnd, teveel bescherming)
- Ketens van negatieve gevoelens en ervaringen

Een onderdeel van de 'verfijning van de diagnostiek' op Vosseveld in beeldende therapie is het onderzoeken van het zelfbeeld. De stagiaire beeldende therapie observeert de volgende punten:

- In hoeverre overschat het kind zichzelf.
- Kiest het sterke of zwakke karikaturen.
- Hoe geeft het kind zichzelf weer, komt dit overeen met hoe het kind is.
- Hoe zou het kind willen zijn en hoe ziet het kind zichzelf. Hoe denkt het kind dat anderen hem/ haar zien.
- Is het kind bang om te falen, kan het keuzes maken.

10.1.8 Begrippen

Ideale zelf: geeft weer wie of hoe we eigenlijk zouden willen zijn.

Reële zelf: is zoals we ons zelf zien of zoals we denken dat we werkelijk zijn.

Negatief zelfbeeld: jezelf, over de hele linie of op een of meer gebieden, als minder ziet dan je werkelijk bent, dus dat je denkt minder te weten, minder handig te zijn of er minder leuk uit te zien dan de werkelijkheid is. Gaat vaak samen met vele negatieve opmerking die men tegen zichzelf maakt (Langendijk, 2004).

Positieve zelfwaardering: de opvattingen die je hebt over jezelf (zelfbeeld) en de opvattingen over datgene dat je zou willen doen of zou willen zijn dicht bij elkaar liggen.

Gunstige percepties en evaluaties van de eigen persoon. De persoon respecteert, aanvaardt en ziet zichzelf als waardevol, ondanks dat hij zich wel degelijk bewust is van zijn fouten en tekortkomingen (Verkuyten, 1988).

Negatieve zelfwaardering : verschillende opvattingen (uit de positieve zelfwaardering) die juist niet overeenkomen en er weinig overeenkomsten zijn tussen de werkelijkheid en hetgeen je zou willen. De persoon heeft geen respect voor zichzelf, beschouwt zich als tekortkomend, en heeft weinig zelfvertrouwen (Verkuyten, 1988).

Zelfrespect: heeft betrekking op de mate waarin mensen vinden dat ze en bepaalde innerlijke standaard of overtuiging recht doen (Verkuyten, 1988).

Zelfvertrouwen: het gevoel dat men greep heeft op zijn omgeving, dat men zijn doelen kan bereiken en dat de eigen pogingen succesvol zullen zijn. Het daadwerkelijk niet-succesvol zijn gaat veelal gepaard met schaamtegevoelen terwijl trots een specifieke gevoelsinhoud is bij het succesvol zijn (Verkuyten, 1988).

Zelfacceptatie: mate van overeenstemming tussen zelfconcept en zelfideaal. De mate van overeenstemming wordt ook als een openrationalisatie van zelfwaardering gezien. Omschrijvingen van zelfacceptatie en (positieve) zelfwaardering verschillen nauwelijks van elkaar (Verkuyten, 1998).

10.1.9 Referenties

- Abram, I. & Wesly, J. (2006). *Elkaar leren kennen is leren van elkaar*. Rotterdam: Ger Guijs
- Donders, W. & Verschueren, K. (2004). Zelfwaardering en acceptatie door leeftijdgenoten. Een longitudinaal onderzoek bij basisschoolkinderen. *Kind en Adolescent*, 25, 74-90.
- Gurp, S., van (2001). Self-concept of deaf secondary school students in different educational settings. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 6, 54-69.
- Langendijk, P. (2004). *Faalangst: naar meer zelfvertrouwen en assertiviteit*, Deventer: Ankh-Hermes
- Meulen, M., van der (2003). Zelfbeeld en psychisch functioneren. Een introductie. *Kind en Adolescent*, 14, 115-126.
- Molendijk, N. & Geurts, H. (2008). Het zelfconcept van kinderen met ADHD. *Kind en Adolescent*, 3, 162-179.
- Verkuyten, M. (1988). *Zelfbeleving en identiteit van jongeren uit etnische minderheden*. Arnhem: Gouda Quint BV.

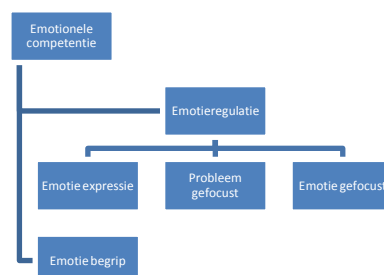
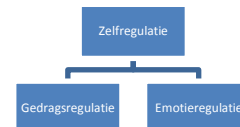
10.2 Emotieregulatie

Diverse studies tonen aan dat kinderen met ADHD, ODD en CD een verhoogde kans hebben op emotionele problemen. Zo vond Casey (1996) dat kinderen met externaliserende stoornissen vaker negatieve emoties uiten. Dit suggereert dat bij deze groep kinderen sprake is van een onderregulatie van emoties (bij kinderen met een depressieve stoornis vond hij juist een overcontrole). Ook blijkt dat deze kinderen vaak een slecht ontwikkeld begrip hebben van verschillende emotionele processen zoals kennis van de mogelijke aanleidingen van emoties.

Een mogelijke oorzaak van de emotionele problemen is dat deze kinderen niet in staat zijn om belangrijke contextuele informatie op te pikken of te verwerken.

10.2.1 Zelfregulatie

Emotieregulatie wordt veelal omschreven als een aspect van zelfregulatie. Met zelfregulatie wordt geduid op de vaardigheden om cognitie, emotie en gedrag te controleren en te regelen. De functie van zelfregulatie is het bereiken van een doel en/of het zich aanpassen aan de cognitieve en sociale eisen van specifieke situaties. (Berger, Kofman, Livneh en Hennik, 2007). Onder emotieregulatie worden de externe en interne processen verstaan die verantwoordelijk zijn voor het controleren, evalueren en wijzigen van emotionele reacties om een bepaald doel te bereiken. Daarbij gaat het vooral om de verwerking van de intense en tijdelijke kenmerken van de emotionele reacties (Thompson, 1994). Emotieregulatie wordt tevens gezien als een kerncomponent van emotionele competentie dat daarnaast ook uit emotiebegrip bestaat. Met emotiebegrip wordt de bewuste kennis van emotionele processen verstaan. Hierbij hoort dus ook de bewuste kennis die het kind heeft van emotieregulatie.



10.2.2 De ontwikkeling van Emotieregulatie

Vanaf het tweede levensjaar, laten kinderen enig inzicht zien in de mate waarin emoties hun gedachten en die van anderen beïnvloeden. (Bartsch & Wellman, 1995; Dunn & Brown, 1991; Harris, 1994; Stein & Levine, 1989 Uit:). Een belangrijk element van de ontwikkeling rondom emoties is dat kinderen zich bewust worden van het feit dat emoties intern zijn en emoties doelgericht kunnen worden veranderd met behulp van emotieregulatiestrategieën.

Er worden in de literatuur verschillende emotieregulatiestrategieën beschreven. Emotie-expressie, wordt gezien als de vroegste vorm van emotieregulatie. Immers, door het uiten van emoties, wordt voor anderen zichtbaar hoe jij je voelt zodat anderen kunnen helpen bij het reguleren en omgaan met de emotie. Denk bijvoorbeeld aan een baby die door te huilen laat zien dat het zich niet goed voelt en er zo voor zorgt dat de moeder het gaat troosten. Problemen op het niveau van de emotie-expressie kunnen zijn:

1. inhibitie van expressie
2. slechte controle van expressie
3. ongebruikelijke, non-normatieve expressie.

Naarmate kinderen ouder worden, en tevens meer begrip van emoties krijgen, gaan ze meer geplande emotieregulatie strategieën toepassen. Ze ontwikkelen meer emotieregulatie strategieën

en deze strategieën verschuiven van puur extern en gedragsgeoriënteerd naar meer interne en op cognities gebaseerde strategieën. Gemiddeld genomen hebben kinderen vanaf 9 jaar geleerd om emoties te reguleren met behulp van cognities of gedachten over zichzelf, hun gevoelens of anderen. Lazarus en Folkman (1984) delen deze cognitieve emotieregulatiestrategieën op in probleemgefocuste strategieën en op emotie gefocuste strategieën. Onder probleemgefocuste strategieën worden de strategieën verstaan waarmee de persoon probeert om de situatie zelf te veranderen, meestal met behulp van probleemoplossende strategieën (probleem definiëren, bedenken van alternatieve oplossingen, wegen van de opties). Onder emotiegefocuste strategieën worden die activiteiten verstaan (fysiek of cognitief) die als doel hebben om de emotionele stress te verminderen (bijvoorbeeld vermijden, selectieve aandacht en de positieve kant bekijken). Beide strategieën kunnen even zinvol zijn.

Zo zullen sommige kinderen zichzelf de schuld ervan geven als er iets mis gaat terwijl andere kinderen een ander de schuld geven. Kinderen vanaf 9 jaar zijn dus in staat om cognitieve emotieregulatie strategieën te gebruiken bij het verwerken van emotionele informatie uit hun omgeving.

10.2.3 Emotieregulatiestrategieën

Garnefski et al. (2007) noemen de volgende 9 cognitieve emotieregulatie strategieën:

1. Self-blame: gedachtes van het kind waarin het zichzelf de schuld geeft van hetgeen dat is gebeurd.
2. Other-blame: gedachtes van het kind waarin het anderen de schuld geeft van hetgeen dat is gebeurd.
3. Acceptance: gedachtes van het kind die ervoor zorgen dat het accepteert wat is gebeurd.
4. Planning: gedachtes van het kind over de stappen die het moet nemen om de negatieve situatie te verwerken.
5. Positive refocusing: vrolijke en plezierige gedachtes van het kind die ervoor zorgen dat het kind niet aan de negatieve gebeurtenis hoeft te denken.
6. Rumination or focus on thoughts: De gedachtes van het kind blijven gefocust op de negatieve gevoelens en gedachtes behorende bij de negatieve ervaring.
7. Positive reappraisal: gedachtes waarin het kind iets positief toevoegt aan de negatieve gebeurtenis in termen van 'persoonlijke groei'.
8. Putting into Perspective: gedachtes die als doel hebben om de ernst van de situatie te ontcrachten of om de situatie te relativiseren door deze met andere situaties te vergelijken.
9. Catastrophizing: gedachtes waarin het kind expliciet de nadruk legt op de nare aspecten van de ervaring.

Er kan niet zomaar gezegd worden dat een bepaalde emotieregulatie strategie het meest optimaal is. Verschillende omgevingen vragen namelijk om andere emotieregulatie strategieën. Een kind dat heeft geleerd zijn emoties niet te uiten omdat zijn vader hem dan slaat, hanteert misschien wel de beste emotieregulatiestrategie in deze situatie. Echter, op de lange termijn is de kans groot dat deze strategie schadelijk is voor het kind. Onderzoek van Garnefski et al. (2007) laat namelijk zien dat kinderen die de emotieregulatiestrategieën 'self-blame' en 'catastrophizing' veelvuldig toepassen meer angst hebben en zich meer zorgen maken. Ook blijken deze scores samen te hangen met een grotere kans op psychopathologie.

Verder hebben ook culturele en etnische factoren invloed op de emotieregulatiestrategie die het meest efficiënt is. Uiteraard hangt de effectiviteit van de emotieregulatiestrategie ook af van de ontwikkelingsfase waarin het kind zich bevindt. Zo zal heel anders worden gereageerd op een stampvoetende peuter dan op een meisje van elf met hetzelfde gedrag.

Over het algemeen wordt gezegd dat matige regulatie het beste is. Teveel regulatie resulteert in overgecontroleerd gedrag en te weinig resulteert in ondergecontroleerd, impulsief gedrag.

10.2.4 Het observeren van emotieregulatie in muziektherapie

In de vaktherapeutische literatuur is weinig informatie te vinden die direct in gaat op de observatie van emotieregulatie. Wel is er vaktherapeutische literatuur die ingaat op aanverwante begrippen. Zo beschrijft Hakvoort (2004) hoe zij het sociaal-emotionele gedrag van forensisch psychiatrische patiënten observeert. Daarbij besteedt zij aandacht aan de volgende punten:

1. Interactie met de therapeut: Imitiert of volgt de patiënt mijn muzikale spel, of neemt hij eigen initiatieven? Is de patiënt vriendelijk, vijandig of onverschillig? Is hij in staat te luisteren naar uitleg of muziek? Wil hij muzikaal domineren of laat hij zich wegdrukken?
2. Emotionele lading: vertoont de cliënt onverwachte gedragingen of emotionele uitingen? Is de impulsief, rigide, teatraal of egocentrisch? Is er sprake van congruentie tussen de emotie die hij aangeeft en die de therapeut waarneemt?

Hakvoort beschrijft 5 werkvormen die zij inzet om bovenstaande punten te observeren. Daarbij kijkt zij tevens naar copingmechanismen en handelingsvaardigheden en naar muzikale en meer algemene gedrag. Hakvoort beschrijft de volgende werkvormen:

1. drumstel opdracht: de patiënt krijgt een beat aangeleerd. Daarbij wordt de frustratietolerantie, concentratie, wijze van structurering e.d. geobserveerd
2. drumpatroon opdracht: patiënt speelt eigen beat en therapeut speelt een ander ritme doorheen. Daarbij wordt geobserveerd of de patiënt bij zijn eigen spel kan blijven, contact kan houden met omgeving, de opdracht accepteert, het instrument hanteert e.d.
3. dalcroze-opdracht. Patiënt en therapeut spelen om de beurt een toon. Zodra de toon is uitgeklonken mag de ander een toon aanslaan. Geobserveerd wordt of de patiënt meegaat in het ritme of de swing van de muziek.
4. Piano improvisatie met als doel interactiemogelijkheden te observeren. De patiënt en therapeut spelen tegelijkertijd met als enige opdracht om gelijktijdig te eindigen.
5. Territorium van het toetsenbord. Vervolg op de piano improvisatie waarbij de rollen worden omgedraaid. De therapeut neemt steeds meer ruimte in en kijkt hoe de patiënt hierop reageert.

10.2.5 Begrippen

Zelfregulatie: de vaardigheid om cognitie, emotie en gedrag te controleren en te regelen, om hierdoor een bepaald doel te bereiken en/of om zich aan te kunnen passen aan de cognitieve en sociale eis van specifieke situaties.

Emotieregulatie: de externe en interne processen die verantwoordelijk zijn te controleren, evalueren en aanpassen van emotionele reacties en vooral de intensieve en tijdelijke kenmerken van, om op een bepaald doel te bereiken.

Gedragsexpressie: het hebben van controle over impulsen, kunnen onderdrukken van gedrag en aandachtsprocessen als aandacht richten en verschuiven. Het gaat om **vaardigheden** die de gedragsexpressie van impulsen en gevoelens regelen.

Probleemgefocusste strategieën: de strategieën waarmee de persoon probeert om de situatie zelf te veranderen, meestal met behulp van probleemoplossende strategieën (probleem definiëren, bedenken van alternatieve oplossingen, wegen van de opties).

Emotiegefocusste strategieën: die activiteiten (fysiek of cognitief) die als doel hebben om de emotionele stress te verminderen (bijvoorbeeld vermijden, selectieve aandacht en de positieve kant bekijken).

10.2.6 Referenties

- Berger, A., Kofman, O., Livneh, U., & Henik, A. (2007). Multidisciplinary perspectives on attention and the development of self-regulation. *Progress in Neurobiology*. 82, 256-286.
- Casey, R.J. (1996). Emotional competence in children with externalizing and internalizing disorders In: Southam-Gerow, M. A. & Kendall, P.C.(2002). Emotion regulation and understanding implications for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review*. 189-222.
- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, MM. & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11 year-old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 16:1-9.
- Lazarus & Folkman, (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Nawoord

Wij hebben beide met veel enthousiasme en plezier aan dit onderzoek gewerkt. Wel waren er wat misverstanden tussen ons en de praktijkbegeleidster van de instelling waarbij wij ons onderzoek hebben gedaan over de opzet van het onderzoek. Hierdoor hebben we niet altijd even efficiënt kunnen werken. Het was een uitdaging om de wensen van onze praktijkbegeleidster en onszelf samen te voegen in één onderzoek. We hebben het onderzoeksvoorstel meerdere keren aan moeten passen. Toch zijn we tevreden over het uiteindelijke resultaat.

Omdat wij beide gedurende het derde jaar stage hebben gelopen op Vosseveld, hebben wij ook uiteraard onze mening over verschillende aspecten van het onderzoek. Het was soms lastig om te bepalen hoeveel van onze bevindingen we konden verwerken in dit verslag. We hebben ervoor gekozen onze eigen bevindingen slechts sporadisch mee te nemen en dit telkens duidelijk aan te geven in de tekst.

Door ons enthousiasme waren we er soms toe geneigd erg te verbreden tijdens ons onderzoek. Er is dan ook door ons veel informatie vergaard die uiteindelijk niet in dit verslag is terecht gekomen. Toch hebben we in dit onderzoek ook informatie verwerkt die niet direct ingaat op de onderzoeksvraag. Echter, wij zijn van mening dat deze aanvullende informatie zoals beschreven in de hoofdstukken 4 en 10 toch een aanvullende waarde heeft voor dit onderzoek.

Naast de studie creatieve therapie–muziek, studeert Fleur ook Psychologie aan de Universiteit Utrecht. Voor haar andere opleiding heeft Fleur al enkele keren een onderzoek moeten uitvoeren. Zij was dus al enigszins bekend met de stappen die nodig zijn voor het uitvoeren van een onderzoek. Het was erg prettig om deze kennis, toe te passen in dit onderzoek. Wel vond Fleur het soms lastig omdat praktijkonderzoek en de wijze van onderzoek zoals zij die krijgt onderwezen op de Universiteit Utrecht, enigszins om een andere aanpak en opbouw vragen. Fleur heeft erg veel geleerd van dit onderzoek. Zowel over de verschillende stappen die nodig zijn voor het doen van praktijkonderzoek als inhoudelijk over het onderwerp observatie en diagnostiek. Tevens heeft Fleur door het literatuuronderzoek een veel beter beeld gekregen van het vakgebied en van de wijze waarop verschillende vaktherapeuten invulling geven aan het beroep. Fleur is door dit onderzoek extra gemotiveerd geraakt om ook in toekomst onderzoek te doen naar vaktherapie. Het lijkt Fleur erg interessant en nuttig om daarbij de kennis die zij opdoet bij beide opleidingen, in te zetten.

Elke haar eerste ervaring met onderzoek was in het 3^e jaar tijdens de lessen, voor het onderzoek. De stappen die nodig zijn bij het doen van onderzoek, zijn voor haar dit jaar meer gaan leven. Met Fleur aan haar zijde leerde ze op een snelle, verdiepende manier onderzoek doen. Samen met Fleur nam Elke bekende onderzoeksbegrippen door maar via Fleur maakte ze ook kennis met tot dan toe onbekende onderzoeksmiddelen zoals SPSS.16. Door het literatuuronderzoek heeft Elke haar kennis rondom observatie en diagnostiek en ADHD en gedragsstoornissen verder verbreed. Ook werd Elke bij het verwerken van informatie bewuster van haar manier van schrijven en de opbouw van teksten. Tot slot heeft Elke geleerd een stevige onderbouwing neer te zetten.

We hebben vanaf het begin erg structureel met elkaar afgesproken en bijna dagelijks aan het onderzoek gewerkt. Hierdoor hebben we bijna alle onderdelen van het onderzoek gezamenlijk vormgegeven. Ook zijn wij hierdoor goed uitgekomen met onze planning. Wij kijken dan ook terug op een erg prettige samenwerking die wij eventueel in de toekomst willen voortzetten.

Literatuurlijst

- Abram, I. & Wesly, J. (2006). *Elkaar leren kennen is leren van elkaar*. Rotterdam: Ger Guijs
- Baxter, H.T., Berghofer, J.A., MacEwan, L., Nelson, J., Peters, K. & Roberts, P. (2007). *The individualized Music Therapy Assessment Profile*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Berger, A., Kofman, O., Livneh, U., & Henik, A. (2007). Multidisciplinary perspectives on attention and the development of self-regulation. *Progress in Neurobiology*. 82, 256-286.
- Bruijn, de J. (2007). Het gezin als veelkoppig dier: beeldend therapeutische gezinsobservaties. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2007/1.
- Casey, R.J. (1996). Emotional competence in children with externalizing and internalizing disorders In: Southam-Gerow, M. A. & Kendall, P.C.(2002). Emotion regulation and understanding implications for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review*. 189-222.
- Cleven, G. (1998). Van inspiratie naar integratie: over observatiemethodiek in dramatherapie. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 1998/4.
- Donders, W. & Verschuieren, K. (2004). Zelfwaardering en acceptatie door leeftijdgenoten. Een longitudinaal onderzoek bij basisschoolkinderen. *Kind en Adolescent*, 25, 74-90.
- Drift, I van der. (1995). Professionalisering van de beeldende creatieve therapie: de plaats van diagnostiek en onderzoek in beeldende creatieve therapie. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 1995/1.
- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, MM. & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11 year-old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 16:1-9.
- Gurp, S., van (2001). Self-concept of deaf secondary school students in different educational settings. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 6, 54-69.
- Hakvoort, L. (2004). Dadergedrag waarneembaar gemaakt: Muziektherapie als observatie-instrument voor forensische patiënten. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 2004/4.
- Hakvoort, L. (2007). Muziektherapie en coping: scorelijstontwikkeling in de forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor vaktherapie*: 2007/3.
- Henskens, B. (2007). Meetinstrument: de DDS. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2007/3.
- Hogeschool Utrecht, Faculteit Maatschappij en Recht, opleiding Creatieve Therapie. (2008) *studiehandleiding portfolio/ studieloopbaanbegeleiding*
- Langendijk, P. (2004). *Faalangst: naar meer zelfvertrouwen en assertiviteit*, Deventer: Ankh-Hermes
- Layman, D.L., Hussey, S.J., Laing, S (2002) . Music therapy assessment for severely emotionally disturbed children: A pilot study. *Journal of Music Therapy*, 164-187.
- Lazarus & Folkman, (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Meulen, M., van der (2003). Zelfbeeld en psychisch functioneren. Een introductie. *Kind en Adolescent*, 14, 115-126.
- Migchelbrink, F. (2006). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Molendijk, N. & Geurts, H. (2008). Het zelfconcept van kinderen met ADHD. *Kind en Adolescent*, 3, 162-179.
- Muijen, H. (1999). Creatief buitenskamers! De appelwaarde van de verzakelijkte de zorg. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie* 1999/4.
- Neijmeijer, L., Wijgert, J. van de, & Hutschemaekers, G. (1996), *Beroep: vaktherapeut/vakbegeleider*, Utrecht: NcGV.
- Rekkers, M. (2005). Inspirerend en stroperig: vaktherapie in de multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2005/1.
- Sande, J.P. van de (1999). *Gedragsobservatie: een inleiding tot systematisch observeren*. Groningen: Martinus Nijhoff.
- Silver, R. (2007). *The Silver Drawing Test and Draw a Story. Assessing Depression, Agression and Cognitive Skills*. New York: Routeledge, Taylor & Francis Ltd.
- Smeijsters, H. (2002). De (toegevoegde) waarde van Creatieve Therapie. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 2002/4.
- Smeijsters, H. (2003). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho
- Smeijsters, H. (2006). *Handboek Muziektherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Trimbos-instituut (2005). *Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen*. Houten: Ladenius Communicatie BV.
- Tubben, M. (2006). 'Hutten bouwen' als meetinstrument. Van observatie-opdracht in dramatherapie naar wetenschappelijk meetinstrument. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2006/3.
- Ulman, E. (1992). A New Use of art in psychiatric diagnosis. *American journal of art therapy*. Vol.30.
- Veldhuizen, R. (1997). Etude voor ervaringen. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 1997/1.
- Verburgt, J. & De Vries, W. (2005). Vaktherapie en Wetenschap: Wie de meester, Wie de knecht? *Tijdschrift voor Creatieve therapie*, 2005:2.
- Verkuyten, M. (1988). *Zelfbeleving en identiteit van jongeren uit etnische minderheden*. Arnhem: Gouda Quint BV.

Bijlagen

Bijlage 1 Vragen interview vaktherapeutische team

1. Hoeveel procent van de kinderen wordt aangemeld voor vaktherapeutische observatie?
2. Worden er duidelijk observatiedoelen gesteld vanuit het multidisciplinaire team voor vaktherapeutische observatie?
 - a) Zo, ja, zie vraag 3
 - b) Zo, nee; hoe wordt bepaald op welke doelen de vaktherapeutische observatie zich richt?
zie vraag 3
3. Voor welke observatiedoelen wordt vaktherapie nu geïndiceerd?
4. Zijn er volgens jou nog andere observatiedoelen waarvoor vaktherapie wat kan betekenen maar die niet worden geïndiceerd? Welke?
5. Welke eigenschappen van vaktherapie zorgen er volgens jou voor dat het iets toe kan voegen aan de diagnostiek?
6.
 - a) Is er volgens jou verschil tussen de media?
 - b) Zo ja, wat?
7.
 - a) Wat zie je als de sterke (en zwakke) punten van je media?
8. Heb je het gevoel dat je binnen het multidisciplinair team je bevindingen (ten aanzien van jouw observaties) kwijt kan, wordt er naar geluisterd?
9.
 - a) Heb je zelf het gevoel dat je wat toevoegt en/of bevestigt tijdens multidisciplinair overleg?
 - b) Voeg je iets toe? Bevestig je iets? Over welke dingen kun je vooral wat zeggen?
10.
 - a) Zou je het wenselijk vinden als op papier wordt gezet welke bijdrage vaktherapie kan leveren zodat dit voor de andere disciplines duidelijker is?
 - b) Wat zijn de voordelen hiervan?
 - c) Wat zijn de nadelen hiervan?
11. Wat vind jij contra-indicaties voor vaktherapeutische observatie?
12. Mogen we jou straks nog meer uitgebreid vragen stellen over werkvormen die je hanteert bij de gestelde observatiedoelen?

Bijlage 2 uitgewerkte interviews

2.1 Interview Ria Veldhuizen, muziektherapeute Vosseveld

1. Hoeveel procent van de kinderen worden aangemeld voor vaktherapeutische observatie?

We zitten nu eigenlijk 100% want in principe komen alle kinderen daarvoor in aanmerking, tenzij anders gecontra-indiceerd. Dit wil zeggen: dit is eigenlijk niet zozeer van toepassing. Wij zijn natuurlijk daar vorig jaar pas mee begonnen. Dus dat wil zeggen dat het wat aanloop tijd nodig heeft, in het eerste behandeldoel van observatie en diagnostiek soms staat er meer van 'observatie van', dat is een beetje vanuit de psychiater. Je ziet in de dagkliniek dat ze het vaak opschrijven als 'verfijning van de diagnostiek'. Waar meer een rol speelt bij de klinische groepen, waar vaak een voor trajecten aan vooraf is gegaan dan omdat je dan pas klinisch gaat. Dan staat er meer 'observatie van' vaak. En dan worden de factoren genoemd. Dan heb je dus dat er onderscheid wordt gemaakt welke aspecten worden behandeld. Dus in principe het percentage dat was de vraag he, alle kinderen.

2. Worden er duidelijk observatiedoelen gesteld vanuit het multidisciplinaire team voor vaktherapeutische observatie?

Dat heeft natuurlijk een aanloop zoals ik al zei in principe vindt je ze terug in de verslagen, je kent dat nog wel he, kun je het terug vinden in het eerste behandeldoel. Dan staat dat meestal in het teken van diagnostiek. Dan is het zo dat je dat in het eerste benadeldoel terug moet vinden en dan bij de middelen van wie dat gaat doen, waar behandelaars wordt genoemd daar moet vaktherapeuten ook genoemd worden. En dat is nog wel eens een eugel geweest dat, dat vergeten werd bijvoorbeeld dus dan euh duurt dat wel even omdat je denkt er is toch geen speciale indicatie voor dus dan loop je soms een klein beetje vertraging op in het traject. Dus dat is wel eens een reden geweest en dat bijvoorbeeld bij aanvang van een intake de doelen natuurlijk moeten worden opgesteld worden in die observatiefase maar dat dat gedurende de looptijd gespecialiseerd moet worden. En dan vraag ik nog een keer van zijn er nog specifieke aandachtsgebieden voor vaktherapeutisch onderzoek. En dan kunnen ze gespecificeerd worden, in de behandelplanen euh de voortgangs-bespreking. Fleur: in het behandelplan worden observatiedoelen opgesteld waar ze vaak wat breder zijn en dan word vaktherapie daar onder gezet en dan ben jij de person die dat in een later stadium meer specifiek maakt voor, specifieke observatiedoelen formuleerd voor vaktherapie.

Ria: nou soms staan ze goed vermeld maar dan moet soms euh komt het toch dat ze dat een kind meer last heeft van rigiditeit bijvoorbeeld, dan komt het toch van waar moeten we nog meer opletten. Want rigiditeit is eigenlijk ook wel een probleem. Dat hij moeite heeft met overgangen misschien kunnen we daar toch nog even naar kijken. Of het contact is in de loop van de tijd toch wel een beetje anders verlopen of die is, of euh een kind toch angstiger lijkt dan, nou kun je toch nog eens beter kijken naar de angst. Dat soort dingen bevoorbeeld of dat of word nog eens benoemd kun je ook eens letten naar welke lichaamsbeweging het kind dan omdat dat meestal eigenlijk niet standaard opgenomen is in het traject weet je.

3. Voor welke observatiedoelen wordt vaktherapie nu geïndiceerd?

Fleur: brede observatiedoelen die soms wel bruikbaar zijn en soms niet.

Nou ja brede observatiedoelen we hebben hier natuurlijk te maken met kinderen met gedragsstoornissen. Dan merk jij eigenlijk altijd dat het te maken heeft met het contact. Dat het voor ons voor vaktherapie eigenlijk wel een heel goed doel. tijd te maken heeft met de manier waarop dat hij het doet. Om daar eens naar te kijken he van hoe doet hij dat nou eigenlijk. En date r altijd boosheid genoemd word bij kinderen met gedragsproblemen. Omgaan met boosheid is vaak behandeldoel twee.euh ja omgaan met boosheid. En ja dan is het aan ons eigenlijk om te traceren euh dat word dan bijvoorbeeld bij de klinische groepen ookwel geïndiceerd van aanleiding van boosheid ofzo. Dus dan kunnen wij eigenlijk gaan kijken waar komt die boosheid nu uit voort kunnen komen. Is dat meer uit frustratie of euh zie je date en kind zich helemaal niet kan beheersen zit het meer in de zelfregulatie. Of moeten we meer denken aan angst dat het euh uit gemis aan overzicht aan euh date r dingen op hem af komen, teveel . dang a je kijken waar heeft die boosheid mee te maken, maar die twee pijlers komen veel voor.

Fleur: komen veel voor; kijken naar contact en boosheid

Ria: contact met ander kinderen ook vaak omdat het kdajdf. Dan hangt het van het kind af of er dan angst genoemd word, dat komt ook vaak in het observatiedoel naar voren maar dat varieerd dus. Stemming, je ziet

ook vaak dat kinderen bedrukt zijn om euh ja dingen mislopen en zelfbeeld. Zelfbeeld komt er ook terugkerend uit. Fleur: en emotieregulatie Ria: en emotieregulatie maarja dat hoort eigenlijk bij omgang met boosheid, wij noemen dat vanuit de vaktherapie meestal emotie regulatie maar hier wordt het eigenlijk meestal altijd geformuleerd als omgaan met boosheid. En vooral die emotieregulatie komt te pas en als je dan ook ziet dat kinderen met de identiteit van emoties eigenlijk niet zo goed om kunnen gaan. Dus bijvoorbeeld dat je ziet dat ze met verdriet ook op dezelfde manier qua intensiteit omgaan dat is bijvoorbeeld van alles of niets weet je wel dat een kind van verrek wat ben ik verdrietig of als het angs kent dan is het ook verschrikkelijk angstig dat kom je dan ineens tegen. Dat soort elementen dat is met die boosheid ook dat je ziet van eeeeeeh dan zit er waarschijnlijk toch meer in date en kind zich zelf heel moeilijk kan reguleren of beheersen. Dus dan heeft het meer met zelfregulatie te maken. En soms ben je meer met boosheidregulatie of emotieregulatie dan je denkt van dat ze opens ontploffen en dat ze beschrijven ja mijn potje zit opens vol. Dus ja kennelijk loopt het heel erg op die spanning. Dus euh dat is eigenlijk ook wel een punt spanningsregulatie, dat vind ik zelf ook nog een punt van aandacht. Hoe gaat een kind eigenlijk om met spanning.

Fleur: dat zijn ook de doelen die jij dus later nog specificieerd. Ria: nouja dat is ook later dan gezegd word van of boosheid dan proberen we die elementen meet e nemen. De aanleidingen, spanningen, emotieregulatie, zelfregulatie hoe is de zelfwaardering het zelfbeeld. Komt het meer voort uit krenking bijvoorbeeld. Sommige kinderen is dat het probleem.

4. Zijn er volgens jou nog andere observatiedoelen waarvoor vaktherapie wat kan betekenen maar die niet worden geïndiceerd? Welke?

doelen: nog meer doelen. Ik kan wel 5 doelen noemen, corry cleven artikel bechrijft 5 doelen. Nou ja kijk alle genoemde doelen hebben wij zegmaar onder een en dat is vaktherapeutische observatie daar staan eigenlijk alle doelen die ze noemt en een tweede poot is ere en aanleiding voor behandeling. Welke adviezen geven we nou ja die adviezen kunnen zijn richting juist mileu therapie, behandeling elders die adviezen kunnen ook op het gebied liggen op dat er iets speelt tussen de ouder kind relatie of ligt dat ook nog binnen de behandeling van vaktherapie en welke doelen zijn dat en dan hebben we eigenlijk een opsplitsing van gho dan gaan we kijken is er enige affiniteit en is dit kind ook behandelbaar binnen/ met dit medium.welke behandelitems gaat het dan. Bijvoorbeeld bij een kind bij wie dan traumatische behandelervaringen zijn zou je dan kunnen kijken naar gho kunnen we daar wat mee maar in de regel is dat eer uitzondering. Net als hechtingsproblematiek en PDD kenmerken. Over het algemeen gaat het meer over contact en communicatie als het daar als er binnen de interactive kinderen gebeuren dan dat het meer gaat over volwassenen zoals het daar eigenlijk meer op zit. Maar daarnaast gaat het ook over groepstherapie, de interactie bij leeftijdsgenootjes. Maar daar hebben we niet altijd de gropejes voor dus euh die items contact en communicatie en vooral binnen de emotieregulatie dus euh de beheersing van. En dan hebben we het nog zelfbeeld het zelfbeeld verbeteren, zelfvertrouwens vergroten . identiteitsversterken. En je zou haast kunnen zeggen dat euh het zelfbeeld het verbeteren van het zelfbeeld date en kind leert planmatig werken dat dat meer voorkomt in beeldende therapei nou jai k merk dat daar euh fleur: meer aanknopingspunten zijn Ria : euh ja dat dat natuurlijk houvast geeft dat medium dan is het dat vaak en dat we bij muziek vaak zittneop de emotie regulatie Fleur: en dan bedoel je zowel de observatie als de behandeling. Ria: nee dat je de aangrijpingspunten ziet zoals de behandelpuntenvan gho is een kind bevattelijk voor de vorm van behandeling of heeft het juist de concreetheid van het medium nodig euh beeldend iszelfbeeld echt een behandelitem is date en goede om te gaan takelen en euh dat is met emotieregulatie ook. Je krijgt natuurlijk heel veel kinderen in therapei en je zou natuurlijk kunnen zeggen ze kunnen allemaal in therapie komen maar er moet natuurlijk echt een behandelitem zijn dat je zegt van he daar kunnen we aan werken binnen de vaktheapie

5. Welke eigenschappen van vaktherapie zorgen er volgens jou voor dat het iets toe kan voegen aan de diagnostiek?

eigenshcappen: nog eens even de vraag. Nou het heeft te maken, je neemt jezelf mee in de dingen die je doet. Dat vind ik altijd wel een ghoed uitgangspunt voor vaktheapie. Dus de dingen die je meeneemt zie je in de directe ervaring en interactive met andere mensen die heb je natuurlj kook voor een deel op de groep maar in de individuele contacten binnen vaktherapie zijn de actie ervaringsgericht bezig. En deze kinderen zijn nou eenmaal op de actie en ervaring gericht. Dus wat je kunt is dat je belevingsaspecten vaak in het slotje krijgt. In het vizier krijgt. Dus ervarings en belevingsaspecten zijn de dingen die je goed kunt zien en ook op de psychodynamische processen die zich afspelen dus de procesen die zich tussen de mensen en de ervaring afspelen. Dat lijkt me een goede toch kunnen we zo overnemen. Als vaktheapie waar ze zich zo wie zo

oprichten zijn de sociaal emotionele aspecten. Daaronder ook de psychodynamiek en dat zie je binnen de vaktheapie omdat je daar en met de sociaale aspecten bezig bent en met de emotionele aspecten direct werkzaam bent en dat zie je in de directe ervaring terug. En dat zijn natuurlijk de aspecten waar we iets mee kunnen en de andere is dat we altijd op het snijvlak zitten tussen dat gene. Kijk binnen de milieu theapie zie je ook nog wel dat de kinderen van zelfreflectie nodig hebben en we hebben hier ook jonge kinderen zitten die minder gericht zijn op de zelfreflectie dan heb je nog de kinderen die moeite hebben te verbaliseren omdat ze een disharmonisch intelligentieprofiel hebben bv dan kun je met zo'n ervaringsgerichte theapie nou ja goed uit de voeten en ook omdat het zich op dat snijvlak bevindt van dat je datgene wat zich aandringt om op het bewuste vlak toegelaten te worden. Dat je daarop zit dat je dus eigenlijk een handje helpt om dat bewuste te ervaren. Van hooft nou dat ik het toch al weer zo, hooft was stom zeg, dat ik het weer zo en dat merk je dat voel je dat ervaar je. Dus dat is het snijvlak waar wij opzitten. Dus datgene wat zich aandringt op tot het bewust te worden toegelaten. Het is natuurlijk een term uit de psychoanalytisch stroming en dat wil ik eigenlijk helemaal niet genoemd hebben hoor maar het is natuurlijk dat is de kracht van ons werken dat wij bezig zijn juist om op een ervaringsgerichte manier te werken waardoor het ook euh in het bewustzijn bezig zijn wordt opgeslagen waardoor je er ook iets meekant.

Fleur: Peter noemt ook dat het feit dat deze kinderen vaak ook verbaal vaardig zijn maar dat ze handelingsgericht minder ontwikkeld zijn date u.

Ria: maar dat komt ook door het wat ik eigenlijk al noemde het disharmonisch intelligentieprofiel dat je ziet dat kinderen, dan moet je eigenlijk zeggen dat euh het cognitieve deel eigenlijk vooruit loopt met het sociaal emotionele ontwikkeling. Dus niet dat ze daar extra capaciteiten maar eigenlijk zie je dat in die leeftijdsfase dat dat niet in de pas loopt met elkaar dan geeft dat ook een probleem want dan loopt het gereedschap achter en dan kun je er ook niet mee uit de voeten dan dan krijg je problemen. Fleur: vaktherapie mee uit de voeten. Ria: nou je bent eigenlijk een brug aan het slaan, je slaat een brug tussen de cognities en euh. Omdat je eigenlijk op het snijvlak zit dat het euh tot het bewustzijn wordt toegelaten maar dan op een andere manier. Het legt euh ja dan leg je eigenlijk een ander traject af. Die ... komt naar boven. Dat je bezig bent met vanuit de directe ervaring bij een aantal kinderen zeg je we praten nu even niet we zijn nu bezig dus dan euh he dus dan ben je aan het directe ervaren. Maar ook dat euh je bij kinderen bezig bent, sommige die zitten op de positieve ervaring zit op het leeftijdsadequate dingen kan zitten dus ook het gezonde aspect van kinderen krijgt hier in de vaktherapie krijgt hier ook een aandacht in date u het vizier eigenlijk natuurlijk ook erg gericht is op de symptomologie maar aan de andere kant natuurlijk eigenlijk versterkt je ook de gezonde kant. Dat is natuurlijk ook heel hard nodig ook want die heb je natuurlijk ook nodig om te kunnen compenseren.

6. Is er volgens jou verschil tussen de media? Zoja, wat?

Fleur: verschillen tussen de media dat het concrete beter past bij beeldend dat het andere dingen mogelijk maakt als muziek. Nog vertellen verschil media

Ria: kracht het ene medium, dan begin ik even bij beeldend ik ben natuurlijk zelf geen beeldend therapeut (ik moet concreet zijn) maar wat ik er zelf van neem is dat zeg maar die sensorische zintuiglijke ervaring bij beeldende therapie vooral op de tactiele ervaring zitten dus euh alles wat met die sensorische ervarings-elementen zitten bij beeldend zitten worden bij beeldend wat meer getakteld en bij ons zit dat zeg maar wel voor een deel op die sensorische ervaring maar meer op auditieve prikkels zeg maar dus andere zintuigen worden geprikkeld de overeenkomst die je hebt is dat je eigenlijk binnen creatieve theapie dat je eigenlijk altijd zorgt naar de integratie van zintuiglijke prikkels. Hoe zintuigen erbij betrokken zijn hoe meer de kans eigenlijk groter is dat je in contact bent met andere mensen ook. Dus die cross modale processen waar storm het eigenlijk over heeft. Dus euh ja die heb je eigenlijk binnen beeldende beeldende vaktheapie verlopen die een beetje anders dan anders als binnen muziektherapie want daar heb je en die sensorisch en je hebt de concreetheid van het materiaal dus het tastbare. Dus kinderen die moeite hebben met het planmatige vind ik dat en euh extra dimensie geven, die euh die vluchtige omgang hebben en waarvan je zegt het moet gewoon concreet en tastbaar zijn, en het werken met het zelfbeeld omdat je het zelfbeeld zeg maar nog meer kan concretiseren en invullen want je wordt geconfronteerd met een product en bij muziektherapie moet je daar altijd nog wat extra's voor doen om hetzelfde te bereiken dus dan dan denk ik van hooft bij muziektherapie heb je ook wel die crossmodale verbindingen alleen dan op een iets andere manier. Vaak zien en horen en in contact treden zijn dan ook prikkels die je dan ook kunt integreren en die lichamelijke aspecten die motorische betrokkenheid is natuurlijk een kracht want hoe meer lichamelijke betrokkenheid hoe emotionelere betrokkenheid. Dat heb je natuurlijk als je heel hard hamert en slaat met materiaal ook alleen moet je er net iets meer voor doen want je kan ook klein prischelen en gedetailleerd. Dus kinderen die gedetailleerd bezig zijn die kun je dus ook daar naar toe sturen. Omdat het dat ook heel fijn maakt en bij muziek zorg je dus date u die

emotionele betrokkenheid dus ik vind vooral de kracht daar liggen op het sociaal emotionele vlak van contact communicatie dat is bij muziek zo direct, dus dat ligt op dat gebied dat heeft een geheel passende vorm daarvoor. Enne die emotieregulatie en jezelf leren aansturen dat ligt muziek dus heel erg. Omdat je altijd patronen hebt, bij muziek heb je eigenlijk altijd te maken met patronen en patronen die zitten in het leven van mensen. Die heb je van je teen totaan je kruis. Dat zijn allemaal patronen Die lopen zo parallel dat zijn eigenlijk parallel processen waarmee je spreekt. Die heeft smijesters beeldde van he, dus dat vind ik dat heb je met muziek heel je dat heel sterk dat patronen hoe je het ordend met het reguleren met die emotieregulatie. Dat vind ik de kracht daarvan. Misschien zie ik nog wel iets over het hoofd maar in ieder geval zou dit het antwoord moeten zijn.

7. Wat zie je als de sterke (en zwakke) punten van je media?

Fleur: zijn er ook zwakke punten? Van muziek of beeldend. Nou kijk als je het hebt over, kinderen hebben soms heel veel moeite met interpersoonlijk grenzen. Dat kun je voor een deel kun je dat ook merken in muziek therapie maar ik vind ook dat je soms ook merkt dat je merkt, deze kinderen hebben daar niet altijd de gevoelens voor he. Bij muziektherapie heb je natuurlijk de empathisch dingen. Maar bij sommige kinderen denkt ik dus van he hier moet je nog meer fysieke dingen inzetten om datzelfde doel te bereiken, terwijl je misschien bij PMT denkt nou dat zou nou daarin ook wel een nou ja als je denkt vaktherapie, psychomotore therapie omdat die dat zegmaar heel fysiek ervaart. Als dat op dat gebied ligt zou je dat ook in je muziek therapie dan zou je daar dus ook aanknopingspunten in kunnen vinden. Dus meer op het gebied van interpersoonlijke grenzen. Ook al ser bijvoorbeeld misbruik is geweest op dat vlak dan bereik je dat eigenlijk ook op die manier iets. Maar het kan ook bedreigend zijn weet ik, daar werk ik zelf niet mee. Maar dan denk ik als het op dat vlak ligt dan denk ik van hoe dan moet je daar eigenlijk wat extra multiflaueer aangeven toepassen. Terwijl je bij psychomotore therapie heb je dat iets sneller, naar mijn idee, nou ik heb er natuurlijk ook niet helemaal kaas van gegeten. Maar ik zou mezelf voor kunnen stellen dat dat een nadeel zou kunnen zijn dat je zegt van hoe dat zou je op een andere manier makkelijk kunnen testen.

Fleur: concreetheid van beeldend ook een zwak punt kunnen zijn? Ria: of date en zwak punt is die concreetheid, nou ik denk dat het vanuit hier een sterk punt is die concreetheid. Omdat je, kinderen daar heel veel behoefte aan hebben. Fleur: en bij muziek zou je kunnen zeggen het contact en communicatie: zwak? Nou ik vind dat juist wel een heel sterk, omdat je natuurlijk zoals ik al zei je bent eigenlijk voortdurend in communicatie met anderen daar kun je niet zo heel snel omheen. Fleur: vluchtigheid: de vluchtigheid van muziek kan juist ook een extra, nou ja kijk, een deel is date en zwakte. He maar met dat soort dingen heb je vaak wel te maken met twee kanten van een verhaal he. Aan de ene kant dat het zo is date en kind heel ongrijpbaar is, dan probeer je juist, want de vluchtigheid is ook juist een uitingsvorm van iets hoe het kind zich manifesteert. Dat is hetzelfde met een gebrek aan overzicht, dan moet je dus andere handvaten leer je om daar mee om te gaan. aangeven om daar mee om te gaan./ dus al een kind juist op dat gebied iets te komt heeft probeer je dat toch te versterken zodat dat toch in dat pakketje komt he. En die vluchtigheid is even zozeer het is eigenlijk niet een vanzelfsprekend iets om heel vluchtig met de dingen om te gaan. Het is mensen eigen, ze willen toch kijken wat er achter de dingen manifesteert. Dus die vluchtigheid is meestal een signaal van iets. En dat is dan meer in de zin date en kind niet zo graag gehecht is he date eigenlijk zulke vluchtige he euh angsten heeft op dat vlak en euhm de vluchtigheid kan hem eigenlijk ook zitten op de angststoornis, die kinderen kunnen eigenlijk niet zo makkelijk taakgericht werken. En die hebben veel, meer aansturing nodig, dus dan weet je dat. dan weet je dat je daar op een andere manier mee om moet leren gaan. Dus voor hun is die vluchtigheid dan iets om mee om te gaan. Je moet iets neerzetten waar een begin en eind aanzit want dat kan natuurlijk niet zo langer. Zomaar aan iets beginnen en dan maar kijken waar. Fleur: dan is het juist fijn dat je door die vluchtigheid van muziek daarop kan aansluiten. Ria: dat je daar eerst op aansluit he bij de kinderen, dat je eerst eilandjes met van lussen van ervaringen noem ik dat altijd en dan probeer je dat juist uit te breiden dat je eerst daarmee bezig zijn dat je het opdeelt in vijf minute dat je, euh het kan soms wat minder lang duren maar dat je in ieder geval een aantal punten hebt van he, je moet dat eigenlijk zien van die desvelt morris die had dan eigenlijk zijn wereldje beschreven als baby, van euh wanneer die zijn soepje heeft pheeeeeee moet je je voorstellen dat je zelf in die wereld zit van euh ja dat is heel leuk dat je heel vluchtig dan is het weer weg dan weet je echt niet meer wat er gebeurd en dan ben je weer aan het eten en dat is weer een ander soepje van ja zo. Maar eigenlijk probeert een baby eigenlijk vanaf dat moment de constantheid, de objectconstantheid van oja de dingen lopen door dan zag ik net dat gezicht en nu verrek zie ik haar weer. Dan kunnen ze op een gegeven moment ook een innerlijke wereld maken van iets he, en dat is bij deze kinderen eigenlijk ook een beetje verstoord dat ze de innerlijke wereld niet goed kunnen vasthouden, dus wat je probeert is dat innerlijke beeld wat langer vast te

houden. We waren hier nu mee bezig en we proberen dat eilandje nu te zien zodat je weet dat het weer terugkomt.

8. Heb je het gevoel dat je binnen het multidisciplinair team je bevindingen (ten aanzien van jouw observaties) kwijt kan, wordt er naar geluisterd?

9. Heb je zelf het gevoel dat je wat toevoegt en/of bevestigt tijdens multidisciplinair overleg? b) Voeg je iets toe? Bevestig je iets? Over welke dingen kun je vooral wat zeggen?

Fleur: rol van vaktherapie in het team, idee jouw observaties kwijt kan, word er naar geluisterd?

Ria: ik denk dat het zeker aandacht voor is. Je merkt dat er ook naar gevraagd wordt als vaktherapeutische observatie naar de bevindingen daarvan men is er ook nieuwsgierig naar zeg maar en ik vind zelf ook dat tussen vaktherapeutisch onderzoek en psychologisch onderzoek zeg maar ook heel veel dwarsverbindingen zitten, dat wij met veel dezelfde constatering komen, die op het zelfde gebied lijken te liggen. Dat bevestigt eigenlijk het beeld.

Fleur: neem jij het woord of vraagt het team naar jouw bevindingen? Ria: dat is een beetje een samenspel de ene keer komt het meer voort uit het team en de volgende keer komt het meer voort uit jezelf. Soms heb je net vaktherapeutisch onderzoek gehad en wil je daar zelf ook iets over zeggen, we zijn natuurlijk ook een beetje anders gaan vergaderen dus het dat vraagt met die behandeldoelen, moet je zorgen dat je het behandeldoel 'e' en ook op de kaart wordt gezet als je vaktherapeutisch onderzoek doet dus dat is zeg maar eigenlijk voor ons euh allertheid. Ook. Omdat de groepsleiding eigenlijk meer zit op de actuele ervaringen zeg maar die euh die zich zeg maar net hebben afgespeeld vanuit de groepen.

Fleur: verslagen, gelezen? Ria: ik heb het gevoel dat verslagen misschien dat daar nog wel verbeter punten in zitten, he, dat dat nog wel wat beter kan. Maar we zijn nu ook bezig met het elektronische dossier bezig en daarin zie je nu dus dat daar verschuivingen inkomen omdat alle je zeg maar decursus per keer in het euh epd moeten worden opgenomen. Dus euh die zijn meer zichtbaar geworden en euh verslagen worden in samenvattingen samengevat dus dan zie je dat het euh jaw at sneller toegankelijk wordt. Fleur: o euh ja: Ria: dat date en andere, doordat het een andere vorm is vraagt dat ook weer een andere vorm van hoe je je daartoe verhoudt maar ik denk dat het het de zichtbaarheid zeg maar ten goede komt.

Fleur: bevestigen met jouw digne. Ria: ja want euh soms is het zeg maar dat het niet zo zeer bevestigen is zelf maar maar dat je ook zegt van gho dit dat je dat zijn parallelle processen die zich in de interacties of op de groep, school, thuis plaatsvinden. En soms is het zo dat jij als vaktherapeut dat signaleert en dat het later gezien wordt op vice versa. Fleur: aanvullen en bevestigen. Ria: gho ja aanvullen en bevestigen of dat je het juist wel signaleert maar dat dat op zich pas later door andere gesignaleert, gezien wordt. Soms predenderen we erop heb ik het idee. Want het komt allemaal voor. Snap je. Soms spreadenderen we op een signaal dat we zeggen van gho dit zou best kunnen en dan later zie je het weer terug dat iemand anders het noemt en dan komt het weer terug zeg maar. Soms spreadenderen we erop zeg maar. Go leuk word. Nou dat heb ik zelf ook wel vaak dat we, dat het alleen is maar dat het een voorloper is maar dat het ook nog gesignaleerd moet worden op andere vlakken. Fleur: Bevestigen zeg maar.

11. Wat vind jij contra-indicaties voor vaktherapeutische observatie?

contra- indicaties: nou kijk als kinderen zeg maar als kinderen zeg maar een heel hoog angstniveau hebben zeg maar wat bij mcdd nog wel eens het geval kan zijn en dat je denkt van gho wat levert het voor meerwaarde op dan vind ik het wel een contra indicatie. Als je al van tevoren weet dat het het angstniveau stimuleert dan zou ik het niet zo gauw doen nee. Dat is wel een een verhoogd angstniveau zou ik het dan noemen. Want ik ga niet zo gauw met een diagnose smijten, en wanneer een kind nog heel erg in een voorwaardelijke sfeer zit zeg maar wanneer het eigenlijk nog maar amper toe is aan zeg maar 1 op 1 situaties.

12. Mogen we jou straks nog meer uitgebreid vragen stellen over werkvormen die je hanteert bij de gestelde observatiedoelen?

Meer vragen stellen over werkvormen: Fleur: handelingwijze werkwijze. Zodat we naar een productontwikkeling toe kunnen.

2.2 Interview Peter Rouw, stagiair muziektherapie Vosseveld 2008/2009

1. Hoeveel procent van de kinderen worden aangemeld voor vaktherapeutische observatie?

Procent: 75 %, niet alle kinderen. Geen doorverwijzing voor kinderen waar niet een vinger op te leggen is wat eraan de hand is. Worden niet direct doorverwezen.

2. Worden er duidelijk observatiedoelen gesteld vanuit het multidisciplinaire team voor vaktherapeutische observatie?

De doelen zijn duidelijk, aanmelding komt voor uit observatie. Gedacht aan vaktheapie, dan stellen wij voor om observatie te doen. Fleur: indicatie vind plaats als jullie denken dat vaktheapie iets kan betekenen voor de behandeling. Peter: niet voorgekomen dat gelijk aan therpaie word begonnen Fleur: ingezet puur aan verfijning van diagnostiek? Perer: Ja Fleur: Ieder kind aangemeld voor observatie: Peter: nee, zo duim dik ligt het er neit boven op meer oja dat is een goed we kunnen ook wel even vaktherapeutische observatie doen. Volgens mij gebeurt het niet bij alle kinderen gelijk. Fleur: team die dat zegt of denken jullie ook wel eens van he vaktherapie kanhier ook wel eenseven naar kijken? Peter: ik denk dat wel een, zeg dit niet laat dit over aan Ria. Fleur: dus kind komt binnen en word dan in 75% van de gevallen gezegd gho mss kan vaktherapie wel iets beteken en Anders ria, zijn er duidelijk obsrvatie doelen? Peter: begin is het heel erg breed, kind met bepaalde problematiek aangemeld, hier is word het geobserveerd, behandeldoelen zijn volgens mij voor niemand nog erg concreet. Eerst moet duidelijk heid verkregen worden wat het is.

3. Voor welke observatiedoelen wordt vaktherapie nu geïndiceerd?

Fleur: brede doelen? Peter: wij meestal zelfvertrouwen, zelfbeeld, emotieregulatie. Dat maken wij er meestal zelf van. Fleur: geen bruikbare doelen? Peter: wel bruikbare doelen maar wij moeten daar bruikbare subdoelen van maken/ formuleren. Fleur: team zegt we moeten kijken naar zelfbeeld, vaktheapie. Ja Fleur: stel jij dan andere doelen voor observatie of doet ria dat? Peter: in overleg, in supervisie. Elke: wat houden die doelen in? Peter: in vaktherapie moet kijken naar zelfvertrouwen dan is het een groot doel wat je niet in vier keer, concrete observaties kan maken zegmaar dan is het meestal nemen we een stukje uit de angst, waar een kind meek an zitten, een stukje contact wat een kind zoekt of niet. Via dat maken we er dan wat meer tastbare doelen doelen van. Fleur: ben je het ermee eens als ik zeg date r binenn het multidisciplinaire team niet echt hele duidelijke observatiedoelen worden gesteld maar dat jij samen met ria specifieke doelen formuleerd? Peter: ja. Denk weld at dat waar is. Fleur: observatiedoelen zelfbeeld, zelfvertrouwen en emoties, emotieregulaties. Maak je bij emotieregulaties ook subdoelen samen met ria? Peter: nee ja emotieregulatie is wel een doel wat wij koppelen aan, vaak word het behandeldeel gesteld client x moet meer leren luisteren naar ouders, samen werken met leeftijdsgenootjes of moet leren luiteren naar volwassenen. Vaktherapie onder een van deze doelen word geschaard dan zijn er verschillende fassen waaraan je moet werken om dit doel te bereiken. De doelen van het team zijn erop gericht op het kind zelf maar toch ook weer op Fleur: hoe met de omgang uit zijn omgeving. Hoe hij daarmee kan werken. Je ziet dat de groepsleiding erg met straffen en belonen werkt, dat de speltraining dat ook nog doet, je ziet dan dat vaktherapie als enige de doelen kan stellen om bijvoorbeeld emotieregulatie past daar erg goed bij want als je moet leren luiteren naar iemand anders moet leren omgaan moet iemand anders moet je jezelf wel erg goed in de hand hebben jezelf controleren want als je dat niet kunt dan is dat heel erg lastig. Vandaar dat we die dingen er wel uit halen.

Fleur: je noemde eigenlijk, zou je kunnen zeggen dat je date en kracht vind van vaktherapie dat je dat straffen en belonen erg.. Peter: ja ja dat vind ik zeker een van de krachtern van vaktheapie. Fleur: en zou je nog meer kunnen noemen, die maken dat je dingen kan observeren die je in andere situaties moeilijker kan observeren? Peter: ja, als ik voor muziektherapie spreek. Speelt taal niet zo'n heel belangrijke rol, in taal worden kinderen vaak overschat terwijl je in muziekaalspel zie je bij volwassenen, zie je mensen toch meer het spel terugpakken. En bij kinderen kunnen ze zichzelf niet meer anders voor doen, ze zijn door de muziek, krijg ik de indruk dat ze dichter bij elkaar euh zichzelf staan. Fleur: wat kun je hierdoor beter observeren? Peter: hoe iemand met zijn eigen frustraties omgaat. Of iemand makkelijk contact legt of snel de ander afstoot. Fleur's samenvatting: dat handelingsaspect, dat je gericht bent op het doen het handelen en niet op de taal dat maakt dat je dus andere dingen kan observeren. P:ja

4. Zijn er volgens jou nog andere observatiedoelen waarvoor vaktherapie wat kan betekenen maar die niet worden geïndiceerd? Welke?

5. Welke eigenschappen van vaktherapie zorgen er volgens jou voor dat het iets toe kan voegen aan de diagnostiek?

Andere observatiedoelen: Fleur: andere dingen observeerd die niet worden, andere dingen dan de observatiedoelen die worden aangereikt. Peter: ja denk dat ik er gedeeltes van zie bijvoorbeeld als iemand heel erg rigide gedrag vertoont, in herhaling valt, in gedragingen ook. Star gedrag kan ik daar wel iets uit concluderen voor mezelf maar meestal word er bij psychologisch en/ of psychiatrisch onderzoek zeg maar al een conclusie getrokken op basis van wetenschappelijk onderzoek. Dus denk ik bij mezelf ik kan er wel iets over zeggen maar. Als mijn bedenkingen zijn dat zou best iemand met autisme kunnen zijn dan laat ik dat liever aan de psychiater over dan dat ik daar zelf over begin te praten of begin te handelen. Fleur: dus je wacht totdat ze erover beginnen? Peter: ja en anders kan ik het een keer opperen. Fleur: richt jij je verslag ook nog op andere dingen, dan alleen het observatiedoel? Peter: ja, de manier van contact maken beschrijf ik, stukje zelfvertrouwen komt erin voor. Een algemene indruk die je ziet. Fleur: zelfde als vorig jaar? stemming, contact, houding, werkwijze die punten. Zijn dat ook punten die je in het team nog aanhaalt? Peter: dat gaat meestal alleen meerstl over de behandeldoelen, soms past het er wel tussen en dan kun je ze ertussen gooien. Het jij het idee dat het team weet wat jij doet? Peter: niet altijd. Fleur: verschilt dat per persoon? Peter: algemene indruk die je krijgt, vragen die je ook van groepsleiding krijgt. Fleur: wat voor vragen? Petr: of ik muzikles wil geven aan een jongentje, gingen er vanuit dat het de normaalste zaak van de wereld was die indruk kreeg ik. De kinderen zeggen hier dat ze hier komen voor hun boosheid maar het ligt natuurlijk veel gecompliceerder. Als een kind bij mij is geweest, heeft het hard op de trammels geslagen, het moet een uitlaatklep zijn zeg maar. En dat is volgens mij het belangrijkste wat de groepsleiding vind. Een uitlaatklep en een plek om positieve ervaringen op te doen. Terwijl je veel meer de nuance kunt leggen. Fleur: hoe denk je dat de psychiater dat ziet, de overige disciplines zien die wel mee r nuances? Peter: dat weet ik niet precies.

6. Is er volgens jou verschil tussen de media? Zoja, wat?

7. Wat zie je als de sterke (en zwakke) punten van je media?

Verskil tussen de media: ja veel kinderen hier hebben de neiging om alles zelf te willen bepalen dat muziek zich daar beter toe leent dan euh beeldende theapie. Beeldend ervaar ik toch iets meer als zelfbeschouwend soms waarbij je alle individuele dingen van jezelf ontdekt waardoor je bijvoorbeeld handvatten van de theapeut die ernaast staat. En muziek is meer interactief. Fleur: ander dingen observeren? Jai k denk dat bij zelfvertrouwen en zelfbeeld positieve ervaringen ook sneller bij een beeldende theapeut terecht komt. En als je ergens zelf bepaling in wil hebben of communiceerd dat je moeilijk begrepen word eerder in muziek. Fleur: du seen kind vind sneller aansluiting bij een bepaald medium en je kunt daardoor ook sneller en beter dingen observeren? Peter: ja Fleur: denk je doordat een kind bij het ene medium meer aansluiting vind dat je daardoor beter gedrag kunt observeren. Peter: ik denk dat je ook moet kijken naar wat dicht bij het kind zelf ligt, als het heel graag knutselt en dat soort dingen doen dan krijg je zo wie zo een gemotiveerder kind dan in beeldende therapie dan in muziek. Dat hebben we al een paar keer zo meegemaakt dat er toch anders werd besloten door ria doordat je later de verslagen naast elkaar legt. Fleur: dus je vind dat iemands voorkeur ook bij de observatie meespeelt? Ja als je iets doe twat dichter bij jezelf ligt kun je e rook makkelijker iets van je zelf inleggen dan dat je er de moeite voor moet doen. Fleru: daar kan de therapeut dan ook weer meer uit aflezen? Peter: ja denk het wel.

8. Heb je het gevoel dat je binnen het multidisciplinair team je bevindingen (ten aanzien van jouw observaties) kwijt kan, wordt er naar geluisterd?

9. Heb je zelf het gevoel dat je wat toevoegt en/of bevestigt tijdens multidisciplinair overleg? Voeg je iets toe? Bevestig je iets? Over welke dingen kun je vooral wat zeggen?

Team bevindingen: ja, je moet je momenten wel pakken. Als iemand iets zegt waarvan je dingen in je eigen therapie herkent moet ik die meepakken moet ik daarop inhaken. Fleur: momenten pakken maar word e rook naar jou bevinden gevraagd? Peter: ja maar meestal als laatste van al omdat vaktherapie hier een doorgaand process is en het is je begint ermee totdat je weggaat. Dat is gewoon een process waaraan je aan doelen werkt en je gaat er maar een half uurtje per weer of 2 keer per week heen. De groepsbegeleiding, ouderbegeleiding, psychiater, psycholoog maken meer momenten van het kind mee en hebben een totaler beeld van hoe het kind zich gedraagt op de groep denk ik. Die zien ook interactie met anderen en dat verdient ook weld at er langer over gepraat word. Dus wat dat betreft denk ik dat je als vaktheperapeut waardevol kan zijn in het specifieke wat je hier observeerd. Bijvoorbeeld emotieregulatie, zelfbeeld, het in contact komen en de

voorwaarden daarvoor, rigiditeit waar ik in muziek veel in kan zien en in kan doen. Fleur: succeservaringen vooral in beeldend. Peter: ja maar ook in muziek. Fleur: observatieverslagen idee dat ze worden gelezen? Peter: stuur ze naar ria en naar het secretariaat en psychiater en heb het idee dat ze worden gelezen omdat al ser iets instaat wat afwijkt wat ik alleen heb geobserveerd kan er altijd naar gevraagd worden.

10. Zou je het wenselijk vinden als op papier wordt gezet welke bijdrage vaktherapie kan leveren zodat dit voor de andere disciplines duidelijker is? Wat zijn de voordelen hiervan? Wat zijn de nadelen hiervan?

Wenselijk vinden dit op papier te zetten bijdrage: dat zou veel schelen, waardevol zal zijn. Elke: waar waardevol van worden, waar zit de meerwaarde dan in? Peter: je kan dingen wel vertellen hoe ze in elkaar zitten maar als ze op papier staan kun je er ook op terug pakken dan alleen maar in een gewoon gesprek. Fleur: wat willen date r op papier wordt gezet? Peter: het stukje nuance, net ook over had. Fleur: dneke je dan aan observatiedoelen specifiek maken die je allemaal kan observeren in vaktheapie? Petre: ja mss wel. Fleur: nadelen aan zittenn het op papier zetten? Peter: nee denk het het. Fleur: voor jezelf behoefte om meer op papier te zetten, meer handvaten te hebben? Peer: ik dneke heel veel. Er is een jaar of twee jaar geleden een student geweest die allerlei werkvormen heeft gebundeld, die heb ik zelf gedownload en ik merk dat ik daar heel veel aan heb zoals de roesia technieken. Daar, vooral, omdat ik werk best veel met improvisatie. Die technieken kun je weer herleiden maar ik dneke hoe meer er op papier staat hoe meer je inspiratie je tijdens een improvisatie of die je vooraf kunt herleiden zegmaar. Fleur: je zou meer werkvormen op papier willen hebben? P: ja den het wel. Fleur: En zou je willen dat die dan aansluiten bij de observatiedoelen die dan worden gesteld? Peter: ja. Fleur: observatiedoelen die dan worden gesteld dat daar subdoelen voor op papier worden gezet en daar dan ook weer werkvormen bij hebt. Peter: ja maar dan moet je, dat is, tot elkaar, blijft wel bij de eigenheid van het kind. Fleur: blijft bij de observatiedoelen. Peter: ja dat zou ik wel positief vinden. Fleur: voor behandeling minder enthousiast zijn? Peter: nou ja daar kun je het wel gebruiken maar je moet het toch specificeren op de persoon zelf waar zijn interesses liggen.

11. Wat vind jij contra-indicaties voor vaktherapeutische observatie?

Contra-indicaties: kinderen met mcdd maar dat heb ik van Ria zelf meegekregen. Zeker voor muziektherapie omdat die makkelijk het contact met zichzelf en hun omgeving kwijt kunnen raken en zichzelf erin kunnen verliezen.

12. Mogen we jou straks nog meer uitgebreid vragen stellen over werkvormen die je hanteert bij de gestelde observatiedoelen?

Later meer vragen stellen: nou oke..

2.3 Interview Kim van Rijn, stagiaire beeldende therapie Vosseveld 2008/2009

1. Hoeveel procent van de kinderen worden aangemeld voor vaktherapeutische observatie?

Nou ja in principe ze zeggen dat iedereen die binnen komt observatie krijgt in vaktheapie. Elke: in praktijk ook zo. Kim: Ja nadenken, jai k dnek het opzich wel. We moetne er wel zelf achteraan gaan staat niet altijd standaard in het behandelplan vermeld zegmaar maar als we het zelf benoemne dan zeggen ze van oja dat moet ook nog. Het word gedaan maar wel heel erg zegmaar vanuit onszelf.

Fleur: aan de ene kant is het de insteek van het team om ieder kind in observatie te laten komen alleen vergeten ze het nog wel eens en in zo'n geval. Kim: ze weten dat het een afspraak is dat het gaat geberugen maar ze vergeten het nog wel eens. Fleuru: en dan zeggen jullie van euh..

2. Worden er duidelijk observatiedoelen gesteld vanuit het multidisciplinaire team voor vaktherapeutische observatie?

Doelen: meestal word het ondergeschoven bij de doelen die er zegmaar al zijn. Oja vaktheapie oja die zetten we dan. Fleur: dan zijn er doelen in het behandelplan onder het verfijnen van de diagnostiek en daar komt vaktheapie dan ook onder bij een of meerdere (kim: een) van die doelen onder geschoven.

Fleur: doelen bruikbaar? Kim: vaak groot, doel is verfijnene van de diagnostiek staat achter kijken naar de ADHD symphomen en zulke dingen echt vaktheapie gericht is het niet. Fleuru: hoe werken jullie daarmee, verfinjd, wie doet dat? Kim: Ria of we doen hetzelfde. Kijken naar behandelplan kijken wat daar in naar voren komt maar vaak is het toch wel emotieregulatie, zelfbeeld. Fleuru: kind komt binnen, insteek is ieder kind in vaktherapeutisch observatie te laten komen en vaak is er vanuit het brede team niet echt een duidelijk kdoel maar dat word dan door ria of door jullie gespecificeerd aan de hand van. Kim: in vergadering komt dit of dat naar voren en dan word er gezegt van mss kan vaktherapie hier nog wel even naar kijken.

3. Voor welke observatiedoelen wordt vaktherapie nu geïndiceerd?

Doelen geïndiceerd: Fleur: noemde al emotieregulatie, zelfbeeld. Kim: ja die twee vooral. Fleur: emotie-regulatie verder gespecificeerd? Kim: niet voor ons dat moeten we zelf doen, de stagiaires. Lastig, valt zoveel onder, zo breed. Zelfbeeld ook, lastig.prettig. Eerst concrete doelen stellen voordat je aan observatie gaat beginnen. Anders leuk observeren maar..

4. Zijn er volgens jou nog andere observatiedoelen waarvoor vaktherapie wat kan betekenen maar die niet worden geïndiceerd? Welke?

Jij naar kijkt niet door het team aangedragen: Fleur: omgaan met success ervaringen ofzo. Kim: ja zit er altijd bij, observatieschema, houding enz. Doe je aan de hand van verslag, vraag mezelf af hoeveel dat word gelezen. Andere observatiedoelen: gaat er breed in, andere observatiedoelen. Kind ind. Elke:Wat nog meer? contact, houding, dat soort dingen. Optimal benut word wat eruit komt dat weet ik niet.

5. Welke eigenschappen van vaktherapie zorgen er volgens jou voor dat het iets toe kan voegen aan de diagnostiek?

Eigenschappen: lastig, zien dingen, maar bij testen komt eruit rollen wat het zou moeten zijn, dus ik lastig is leuk wat ik heb gezien maar wie zegt mij dat dat dan helemaal klopt. Cijfertje word naar mijn idee zwaarder meegenomen dan vaktherapie. Waarom? Omdat het theroretischer is fleuru: gefundeerd. kim vaktherapie begint meer te komen therorie. Fleur: idee er iets meek an? Situatie creeren niet op groep of school ontstaan door het beeldende werken? Kim ja denk ik wel, ja. Werken aan het zelfbeeld, individuele is erg prettig. Groepjes nog niet gedaan. Meer tijd, kan met beeldend werken veel meer dan met praten. Op groep geven ze ook pen en papier. Beeldende th meer mee kunt dan op de groep. Fleur: specifiek doelgroep? Kim: zo wie zo moeilijk te vertellen wat je voelt, gevoelens. vertellen op een andere manier dat is dan makkelijker voor deze kinderen.

6. Is er volgens jou verschil tussen de media? Zoja, wat?

Verschillen media: leiding en commanderen, leuk voor beeldend kan je wel wat mee maar ik dnek dat je daar in muziek daar beter kunt vormgeven. Fleur: In interactive. Kim: ja beeldend is toch wel alleen of .. muziek samenspelen, naast elkaar spelen. Fleur: waar beeldend meer. Kim: zelfbeeld.

7. Wat zie je als de sterke (en zwakke) punten van je media?

Kracht beelden: niet hoeft te praten, concreet bezig bent, blijft zichtbaar. Fleur: zichtbaar minder bij muziek. Kim: ja.

8. Heb je het gevoel dat je binnen het multidisciplinair team je bevindingen (ten aanzien van jouw observaties) kwijt kan, wordt er naar geluisterd?

Bevindingen kwijt kan: verslagen weet niet in hoeverre (ria sturen,secretariat) gelezen word. Hoor nooit terug van heb dat en dat gelezen hoe zit dat precies. In vergaderingen wel gevraagd hoe staat het met de therapie, hoe gaat dan, is fijn word gevraagd hoe het ervoor staat. Elke: doen ze daar iets mee, voel je jezelf gehoord? Kim: ja. Het begint steeds meer zijn plek te krijgen. EPD is nieuw continu inzetten wat gedaan, kunnen er moeilijker onderuit, iedereen ziet het in het epd iedereen lezen en zien. Zorgt voor meer bekendheid opener. Begin, wij hier bovver, los stond van elkaar nu vergadering meer naar geïnformeerd, is wel goed.

9. Heb je zelf het gevoel dat je wat toevoegt en/of bevestigt tijdens multidisciplinair overleg? Voeg je iets toe? Bevestig je iets? Over welke dingen kun je vooral wat zeggen?

Toevoegd of bevestigd/ aanvult: situatie die helemaal anders zijn dan tot nu toe word gezecht of op de groep is zien maar ook situaties waar herkenning, of aanvult, als ik dat zie doe ik dat en dat en dat misschien kun je dat kun je dat meenemen. Dat is zeker zo. Fleur: je kan zowel dingen bevestigen ,gedrag dat jij hebt gezien maar je kunt ook dingen aanvullen. Kim: ja Fleur: waar vooral bevestigen of aanvullen. Kim: houding, interactive best wel veel. Stemming zelfbeeld.

10. Zou je het wenselijk vinden als op papier wordt gezet welke bijdrage vaktherapie kan leveren zodat dit voor de andere disciplines duidelijker is? Wat zijn de voordelen hiervan? Wat zijn de nadelen hiervan?

Wenselijkheid op papier zetten diagnostiek: goed naar voren brengen, belichten. Fleur: voor jezelf ook wel prettig zou vinden als. Kim: het wat concreten word gemaakt . Fleur: ja dat je bijvoorbeeld observatiedoelen zoals het verfijnen van de diagnostiek al een uitgewerktlijsje hebt met punten die daaronder belangrijk zijn. Met allemaal subdoelen die daarbij horen. Kim: ja is per kind weer anders. Maar wat meer richtlijnen. Ja. Fleur: meer richtlijnen willen hebben voor jezelf. Kim: ja concreter aan het werk bent, doelgerichter kunt werken. Fleur: denk je dat het goed is voor de positie, dat andere disciplines ook wat op papier hebben staan. Kim ja denk dat het goed is al men weet waar we mee bezig zijn, dat we er zijn, wat we doen wat zij aan ons zouden kunnen hebben. Fleur: weten waarmee bezig zijn? Kim: verschillend per person, een merk je weet waar mee bezig zijn, bijdrage kunnen leveren ander twijfel ik nog. Elke: verschil in disciplines? Kim: nee per person. Elke: idée waardoor kunnen komen? Kim: eigen stanpunt wat hun vinden, leuk kleien maar zie het nut er niet van in. Al denk ik dat iedereen hier genoeg geïnformeerd moet zijn. Fleur: nut niet van inzien, niet weten wat jullie doen? Ria: ja, euh ria introductie workshop enige wat ze weten, is goed maar niet genoeg beter is als je veel meer te laten zien als therapeut. Fleur: manieren van informeren: Klinische les. En observaties goed kunt benutten, in kan zetten. Zonder bij iedere vergaderingen overleg moet zijn, vanuit daar dingen kunt vertellen laat je jezelf ook al meer zien. Fleur: mss ook beeld materiaal. Kim: ja ja meer betrekken bij wat jezelf doet. Zodat ze dat beter kunnen volgen. Fleur: transparantie over wat je doet, goed word. Kim: ja dat ze wat meer zicht krijgen. Fleur: richtlijnen onderdeel? Kim: ja als dat voor hun duidelijk is kunnen hun zich ook wat meer vinden inleven, zicht krijgen in wat we doen. Fleur: samenvat; het verschilt in het team per persoon hoe ze oor hebben voor je bevindingen, en waarde aan hechten. Er is meer transparantie binnen het team nodig voor wat jullie doen maar ook dat voor jezelf meer richtlijnen zou willen hebben zodat je wat meer concreet en doelgericht zou kunnen werken. Denkt je dat de richtlijnen goed zijn voor het team maar als ik het goed heb begrepen is idt niet voldoende . moet e rook beeldmateriaal komen ofzo Elke: maar ook dat het vastgelegd word op papier dat je iets kan tonen . kim: ja dat je terug kunt vallen op. Fleur: kunt verwijzen. Kim: bedoel al seen kind word aangemeld dan bepaalde punten die gezien worden bij het kind, vraag ik me af, he dit is mss

wel iets voor vaktherapie. Goed als ze weten waar we precies mee bezig zijn, beter kunnen kijken van he dat hebben we van vaktherapie gekregen, daar kunnen we in mee dat zien we terug. Elke: vaktheapie doelgerichter ingezet kan worden. Duidelijker omschreven naar overige disciplines waardoor men sneller kan zeggen dit kind heeft problemen rondom zelfbeeld dus laten we daadkrachtiger naar vaktheapie verwijzen. Wat zijn de mogelijkheden van vaktherpaie. Fleur: wat wil je dat wij doen? Kim: plan schrijven, belangrijk om ons te laten zien, dat ze weten dat we er zijn en wat we doen. Fleur: idée, hier plaatje met doelen en subdoelen, dit kunne wij allemaal doen en als je wil welke werkvormen bij welk observatiedoel gebruiken. Hier aanbevelingen voor observatiedoelen in vaktheapie mss is dit wel leuk dit wel aankruisen interessant.

11. Wat vind jij contra-indicaties voor vaktherapeutische observatie?

Contra- indicaties: nog niet gehad. Wel dat dit kind beter geen beeldende theapie kan krijgen maar dat was na observatie. Bv meisje er de leiding nam, beter passen bij muziek dan bij beeldend. Fleur: is het meer omdat je meer ziet in het andere medium niet omdat het wat kwaad doet.

12. Mogen we jou straks nog meer uitgebreid vragen stellen over werkvormen die je hanteert bij de gestelde observatiedoelen?

Later meer vragen stellen: ja alvast over na denken. Fleur: Aanbevelingen en handelingsinstructies.

Bijlage 3 Enquêtes

Vaktherapie en diagnostiek op Vosseveld

Wij zijn Fleur en Elke en hebben het afgelopen schooljaar stage gelopen op Vosseveld als stagiaires vaktherapie.

Aan het eind van het vorige schooljaar is door vaktherapie voorgesteld dat alle kinderen tijdens de diagnostiekfase worden geobserveerd in vaktherapie. Vanaf september 2008 komen daarom bijna alle kinderen naar vaktherapie voor observatie. In het kader van ons afstudeerproject willen wij onderzoeken of vaktherapeutische observatie ook echt een bijdrage levert aan het verfijnen van de diagnostiek. Daarvoor vragen wij u deze enquête in vullen.

Het invullen van de enquête duurt ongeveer 5 tot 10 minuten. De enquête kan worden ingeleverd in postvak nr. 30.

Alvast heel erg bedankt voor het invullen van de enquête.

Met vriendelijke groeten,

Fleur en Elke

Ingevuld door: psychiater/ orthopedagoog/ psycholoog/ groepsleider/ ouderbegeleider/ afgevaardigde van school

Hieronder staan allemaal observatiepunten. Geef alstublieft aan in hoeverre u vindt dat vaktherapeutische observatie (beeldend én muziek) bijdraagt aan een beter inzicht in onderstaande punten.

	Geen bijdrage				heel grote bijdrage
1. Emotieregulatie	1	2	3	4	5
2. Contact	1	2	3	4	5
3. Angst	1	2	3	4	5
4. Frustratietolerantie	1	2	3	4	5
5. Zelfbeeld	1	2	3	4	5
6. Rigiditeit	1	2	3	4	5
7. Faalangst	1	2	3	4	5
8. Gezinsbeleving	1	2	3	4	5
9. Eigenheid	1	2	3	4	5
10. Stemming	1	2	3	4	5
11. Ouder-kind interactie	1	2	3	4	5
12. Krenking	1	2	3	4	5
13. Fantasie	1	2	3	4	5
14. Omgang met boosheid	1	2	3	4	5
15. Identiteit	1	2	3	4	5
16. Probleem oplossing	1	2	3	4	5
17. CD kenmerken	1	2	3	4	5
18. ODD kenmerken	1	2	3	4	5
19. ADHD kenmerken	1	2	3	4	5
20. Taalproblemen	1	2	3	4	5

21. Op welke manier vindt u dat vaktherapie voornamelijk een bijdrage levert aan een beter inzicht in bovenstaande punten?

- ☐ Het *bevestigt* voornamelijk de bevindingen van andere disciplines.
- ☐ Het geeft voornamelijk *nieuw inzicht*.
- ☐ Het zorgt in gelijke mate voor bevestiging als voor nieuw inzicht.
- ☐ Weet ik niet/ geen mening.

22a. Denk jij dat in het ene medium observatiepunten beter observeerbaar zijn als in het ander medium?

- ☐ Weet ik niet. *Bedankt voor het invullen van de enquête. De enquête kan worden ingeleverd in postvak nr. 30.*
- ☐ Nee. *Bedankt voor het invullen van de enquête. De enquête kan worden ingeleverd in postvak nr. 30.*
- ☐ Ja, zie vraag 22b.

22b. Waarin verschillen de bijdragen van vaktherapie beeldend en muziek?

- ☐ de volgende punten (zoals hierboven beschreven) zijn beter in muziek te observeren:.....
- ☐ de volgende punten (zoals hierboven beschreven) zijn beter in beeldend te observeren:.....

Opmerkingen

.....

.....

.....

Bedankt voor het invullen van de enquête. Deze kan worden ingeleverd in postvakje nr. 30.

Bijlage 4 Uitwerking van het telefonisch interview

Telefonisch zijn de aanvullende vragen gesteld:

Welke werkvormen zet jij in tijdens observatie en diagnostiek? In hoeverre bepalen de geïndiceerde observatiedoelen de ingezette werkvormen en in hoeverre hanteer je telkens dezelfde werkvormen?

Vanwege langdurige ziekte van de muziektherapeute hebben we geen aanvullend contact gehad met Ria Veldhuizen. Echter, door de stagiaires en onze eigen ervaringen weten wij dat Ria een vaststaand observatieprogramma heeft. Ria past de interventies aan op het geïndiceerde observatiepunt en niet zozeer de werkvorm. De werkvormen die zijn standaard inzet zijn o.a., solo-tutti spel (therapeut en cliënt spelen afwisselend samen en alleen waarbij de therapeut of de cliënt de leiding heeft), improvisatie op de xylofoons gericht op dynamiek en volgen/leiden, uitspelen van emotie m.b.v van een emotiedobbelsteen.

Peter heeft enkele keren observatie gedaan. Hij gebruikt dezelfde werkvormen om een consistent beeld te krijgen. De gehanteerde werkvormen heeft hij deel overgenomen van Ria. Hij heeft ze wat aangepast zodat ze dichter bij hemzelf liggen. Peter zegt dat hij 4 observatieaanbiedingen aanbiedt en dat hij per zitting 4 verschillende werkvormen inzet. Hij zet iedere zitting dezelfde werkvormen in. Hierdoor is het mogelijk om te zien of gedrag consistent is, zich ontwikkelt of stagneert. Peter zet iedere sessie dezelfde werkvormen in, ongeacht het geïndiceerde observatiepunt. Wel past hij zijn interventies aan op de geïndiceerde observatiepunten.

De meeste kinderen komen met dezelfde vragen, waaruit soms nieuwe vragen ontstaan. In het begin vond Peter het moeilijk een oordeel te geven vanwege een gebrek aan referentiekader. Door iedere keer dezelfde werkvormen in te zetten werd het gemakkelijker om het gedrag van de kinderen te vergelijken en te plaatsen.

De werkvormen die hij inzet zijn, dynamiek en volgspeel op de djembé, op een instrument naar keuze een emotie uitbeelden, improvisatie op het klokkenspel en een vrije improvisatie op een blaasinstrument naar keuze waarbij Peter zelf een begeleidend instrument bespeelt.

Kim kijkt vaak wel naar het observatiedoel. Kim heeft vaak dat ze dezelfde opdracht geeft als het bijvoorbeeld om zelfbeeld of stemming gaat. Daarnaast kijkt Kim zelf ook nog naar het kind en kijkt ze naar wat haar verder nog opvalt (bijvoorbeeld gezinsbeleving) en als het nodig is kan ze hier ook nog een opdracht aan koppelen. Tijdens het observeren let ze altijd op een aantal punten los van het observatie doel zoals reeds genoemd in de interviews.

Bijlage 5 Geïntervieweerde werkwijzen bij observatie en diagnostiek

Therapeut	Doelgroep	Aantal obs. sessies	Doel <i>Zicht krijgen op:</i>	Standaard of indicatie	Werkwijze
Gorry Cleven (1998) drama	Forensische psychiatrie (TBS)	3 Indiv. 3 Groep	1. Kennismaken VT 2. diagnostiek en behandelprognose 3. spelniveau/mogelijkheden (vertaalt in automatisme, imitatie, expressie, traditie, herbeleving en creatieve expressie) 4. thema's patiënt 5. advies indicatie behandelmogelijkheden binnen VT	Niet expliciet genoemd maar lijkt standaard	<i>Theoretische bouwstenen</i> Theorie omtrent fasen die moeten worden doorlopen om te komen tot creatieve expressie (Jack C. Bartelsman, 1973). Achtereenvolgens: automatisme, imitatie, expressie om de expressie, traditie, herbeleving, creatieve expressie. <i>Praktische uitwerking</i> 3 groepsbijeenkomsten: 1. imiteren 2. improviseren 3. spelen met tekst 3 individuele bijeenkomsten: Begint met afname vragenlijst. Daarna gericht op gebruik van ademend stem, op expressie van het lichaam, op improvisatie aan de hand van rollenspel ouder en kind-volwassene, op het gebied van de emoties en op het gegeven 'wat er in hun leven anders had moeten lopen om niet tot het delict te komen of niet op de stoel van de patiënt terechtgekomen'
De Bruyn (2007) beeldend	Psychiatrisch kinder-en jeugd ziekenhuis Gezinsdiagnostiek bij adolescenten	1 gezin	Doelstelling wordt afgestemd op hypothese van gezinstherapeut. Het betreft observatiedoelen omtrent gezinsdynamiek.	standaard	Gezin maakt gezamenlijk meerkoppig dier.
De Bruyn (2007) beeldend	Psychiatrisch kinder-en jeugd ziekenhuis Afdeling kinderen	onbekend	Onbekend	Op indicatie	onbekend
Tubben (2006) Drama	Kinderpsychiatrie leeftijd 7-14	1 l indiv.	Dit instrument biedt mogelijkheden voor beschrijvende en verklarende diagnostiek: 1. globale screening psychosociaal functioneren 2. beoordeling functioneren op specifieke deelgebieden van de psychosociale ontwikkeling. De scores op de subschalen van het observatie-instrument geven de mogelijkheid tot het formuleren en bijstellen van expliciete behandel doelstellingen.	Onbekend	Maken van een hut: Het observatie-instrument 'het bouwen van een hut' is een projectieve techniek. Tobben maakt bij het observeren van vormgeving onderscheidt tussen vier niveaus. 1. 'het product 2. .het proces 3. het betekenis verlenen 4. het thematisch spel Deze 4 niveaus worden allen gescoord op de volgende fasen uit ontwikkelingsmodel van Erikson: 1. basisveiligheid vs. basiswantrouwen 2. autonomie vs. schaamte/twijfel

					3. initiatief vs. schuld 4. er is hier vs. Inferioriteit
Elinor Ulman (1992) beeldend	Psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis Grote variëteit aan patiënten	1 I	Snelle, efficiënte accumulatie van diagnostische informatie	Op indicatie (maar bijna alle patiënten krijgen indicatie)	Met standaard set van materialen. vier beelden maken. De 4 opdrachten zijn: Opdracht 1: maak alsjeblieft van deze materialen een beeld. Opdracht 2a: bewegingen in de lucht maken Opdracht 2b: bewegingen op papier maken Opdracht 3: Ritmische scribble met ogen dicht Opdracht 4: patient mag kiezen tussen scribble of leeg papier
Hakvoort (2004) muziek	Forensische psychiatrie (gedragsproblemen)	6 I	Zicht krijgen op emotionele functioneren en gedrag dat is gerelateerd aan het delict, de coping mechanisme handelingsvaardigheden	onbekend	In het eerste deel van het observatie programma staan vijf werkvormen centraal: 6. drumstel opdracht: de patiënt krijgt een beat aangeleerd. Daarbij wordt de frustratietolerantie, concentratie , wijze van structureren geobserveerd 7. drumpatroon opdracht: patiënt speelt eigen beat en therapeut speelt een ander ritme doorheen. Daarbij wordt geobserveerd of de patiënt bij zijn eigen spel kan blijven, contact kan houden met omgeving, de opdracht accepteert, het instrument hanteert e.d. 8. dalcroze-opdracht. Patiënten te uitspreken om de beurt een toon. Zodra de ene tonus uitgeblonken mag de anderen toon aanslaan. Geobserveerd wordt of de patiënt meegaat in het ritme of de swing van de muziek. 9. Piano improvisatie met als doel in de actie mogelijkheden te observeren. De patiënt en therapeut spelen tegelijkertijd met als enige opdracht om gelijktijdig te eindigen. 10. Territorium van het toetsenbord. Vervolg op de piano improvisatie waarbij de rollen worden omgedraaid. De therapeut neemt steeds meer ruimte in en kijkt hoe de patiënt hierop reageert.

Bijlage 6 Tabellen SPSS

Verskil in geïndiceerde doelen tussen jongens en meisjes

Group Statistics

	geslacht	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
zelfbeeld	man	26	.35	.485	.095
	vrouw	9	.67	.500	.167
emotieregulatie	man	26	.23	.430	.084
	vrouw	9	.00	.000	.000
omgang met boosheid	man	26	.19	.402	.079
	vrouw	9	.00	.000	.000
angst	man	26	.12	.326	.064
	vrouw	9	.11	.333	.111
frustratie	man	26	.04	.196	.038
	vrouw	9	.00	.000	.000
ouder-kind	man	26	.12	.326	.064
	vrouw	9	.11	.333	.111
faalangst	man	26	.08	.272	.053
	vrouw	9	.00	.000	.000
eigenheid	man	26	.00	.000	.000
	vrouw	9	.11	.333	.111
identiteit	man	26	.04	.196	.038
	vrouw	9	.00	.000	.000
eigenwaarde	man	26	.04	.196	.038
	vrouw	9	.00	.000	.000
fantasie	man	26	.08	.272	.053
	vrouw	9	.00	.000	.000
contact	man	26	.08	.272	.053
	vrouw	9	.11	.333	.111
probl. oplossing	man	26	.04	.196	.038
	vrouw	9	.00	.000	.000
rigiditeit	man	26	.08	.272	.053
	vrouw	9	.00	.000	.000
CD kenmerken	man	26	.04	.196	.038
	vrouw	9	.00	.000	.000
ODD kenmerken	man	26	.08	.272	.053

	vrouw	9	.00	.000	.000
ADHD kenmerken	man	26	.08	.272	.053
	vrouw	9	.00	.000	.000
taalstoornis	man	26	.00	.000	.000
	vrouw	9	.11	.333	.111
krenking	man	26	.04	.196	.038
	vrouw	9	.00	.000	.000
gezinsbeleving	man	26	.04	.196	.038
	vrouw	9	.00	.000	.000

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
zelfbeeld	Equal variances assumed	.019	.891	-1.695	33	.099	-.321	.189	-.705	.064
	Equal variances not assumed			-1.670	13.602	.118	-.321	.192	-.733	.092
emotieregulatie	Equal variances assumed	20.781	.000	1.596	33	.120	.231	.145	-.063	.525
	Equal variances not assumed			2.739	25.000	.011	.231	.084	.057	.404
omgang met boosheid	Equal variances assumed	13.922	.001	1.421	33	.165	.192	.135	-.083	.468
	Equal variances not assumed			2.440	25.000	.022	.192	.079	.030	.355
angst	Equal variances assumed	.005	.946	.034	33	.973	.004	.127	-.254	.262
	Equal variances not assumed			.033	13.687	.974	.004	.128	-.271	.280
frustratie	Equal variances assumed	1.473	.233	.583	33	.564	.038	.066	-.096	.173

	Equal variances not assumed			1.000	25.000	.327	.038	.038	-.041	.118
ouder-kind	Equal variances assumed	.005	.946	.034	33	.973	.004	.127	-.254	.262
	Equal variances not assumed			.033	13.687	.974	.004	.128	-.271	.280
faalangst	Equal variances assumed	3.366	.076	.841	33	.406	.077	.091	-.109	.263
	Equal variances not assumed			1.443	25.000	.161	.077	.053	-.033	.187
eigenheid	Equal variances assumed	16.009	.000	-1.751	33	.089	-.111	.063	-.240	.018
	Equal variances not assumed			-1.000	8.000	.347	-.111	.111	-.367	.145
identiteit	Equal variances assumed	1.473	.233	.583	33	.564	.038	.066	-.096	.173
	Equal variances not assumed			1.000	25.000	.327	.038	.038	-.041	.118
eigenwaarde	Equal variances assumed	1.473	.233	.583	33	.564	.038	.066	-.096	.173
	Equal variances not assumed			1.000	25.000	.327	.038	.038	-.041	.118
fantasie	Equal variances assumed	3.366	.076	.841	33	.406	.077	.091	-.109	.263
	Equal variances not assumed			1.443	25.000	.161	.077	.053	-.033	.187
contact	Equal variances assumed	.366	.549	-.307	33	.761	-.034	.111	-.261	.192
	Equal variances not assumed			-.277	11.903	.786	-.034	.123	-.303	.235
probl. oplossing	Equal variances assumed	1.473	.233	.583	33	.564	.038	.066	-.096	.173
	Equal variances not assumed			1.000	25.000	.327	.038	.038	-.041	.118
rigiditeit	Equal variances assumed	3.366	.076	.841	33	.406	.077	.091	-.109	.263
	Equal variances not assumed			1.443	25.000	.161	.077	.053	-.033	.187

CD kenmerken	Equal variances assumed	1.473	.233	.583	33	.564	.038	.066	-.096	.173
	Equal variances not assumed			1.000	25.000	.327	.038	.038	-.041	.118
ODD kenmerken	Equal variances assumed	3.366	.076	.841	33	.406	.077	.091	-.109	.263
	Equal variances not assumed			1.443	25.000	.161	.077	.053	-.033	.187
ADHD kenmerken	Equal variances assumed	3.366	.076	.841	33	.406	.077	.091	-.109	.263
	Equal variances not assumed			1.443	25.000	.161	.077	.053	-.033	.187
taalstoornis	Equal variances assumed	16.009	.000	-1.751	33	.089	-.111	.063	-.240	.018
	Equal variances not assumed			-1.000	8.000	.347	-.111	.111	-.367	.145
krenking	Equal variances assumed	1.473	.233	.583	33	.564	.038	.066	-.096	.173
	Equal variances not assumed			1.000	25.000	.327	.038	.038	-.041	.118
gezinsbeleving	Equal variances assumed	1.473	.233	.583	33	.564	.038	.066	-.096	.173
	Equal variances not assumed			1.000	25.000	.327	.038	.038	-.041	.118

Verskil in geïndiceerde doelen tussen kinderen van de dagbehandeling en kliniek

Group Statistics

	behandelgroep	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
zelfbeeld	k	13	.46	.519	.144
	d	22	.41	.503	.107
emotieregulatie	k	13	.23	.439	.122
	d	22	.14	.351	.075
omgang met boosheid	k	13	.15	.376	.104
	d	22	.14	.351	.075
angst	k	13	.15	.376	.104
	d	22	.09	.294	.063
frustratie	k	13	.00	.000	.000
	d	22	.05	.213	.045

ouder-kind	k	13	.15	.376	.104
	d	22	.09	.294	.063
faalangst	k	13	.08	.277	.077
	d	22	.05	.213	.045
eigenheid	k	13	.08	.277	.077
	d	22	.00	.000	.000
identiteit	k	13	.00	.000	.000
	d	22	.05	.213	.045
eigenwaarde	k	13	.00	.000	.000
	d	22	.05	.213	.045
fantasie	k	13	.08	.277	.077
	d	22	.05	.213	.045
contact	k	13	.00	.000	.000
	d	22	.14	.351	.075
probl. oplossing	k	13	.00	.000	.000
	d	22	.05	.213	.045
rigiditeit	k	13	.08	.277	.077
	d	22	.05	.213	.045
CD kenmerken	k	13	.08	.277	.077
	d	22	.00	.000	.000
ODD kenmerken	k	13	.08	.277	.077
	d	22	.05	.213	.045
ADHD kenmerken	k	13	.08	.277	.077
	d	22	.05	.213	.045
taalstoornis	k	13	.00	.000	.000
	d	22	.05	.213	.045
krenking	k	13	.08	.277	.077
	d	22	.00	.000	.000
gezinsbeleving	k	13	.00	.000	.000
	d	22	.05	.213	.045

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means
--	---	------------------------------

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
zelfbeeld	Equal variances assumed	.255	.617	.295	33	.770	.052	.178	-.310	.415
	Equal variances not assumed			.292	24.689	.773	.052	.180	-.317	.422
emotieregulatie	Equal variances assumed	1.888	.179	.700	33	.489	.094	.135	-.180	.369
	Equal variances not assumed			.661	21.091	.516	.094	.143	-.203	.391
omgang met boosheid	Equal variances assumed	.076	.784	.139	33	.891	.017	.126	-.239	.274
	Equal variances not assumed			.136	23.956	.893	.017	.128	-.247	.282
angst	Equal variances assumed	1.202	.281	.552	33	.585	.063	.114	-.169	.295
	Equal variances not assumed			.518	20.727	.610	.063	.122	-.190	.316
frustratie	Equal variances assumed	2.574	.118	-.764	33	.450	-.045	.059	-.167	.076
	Equal variances not assumed			-1.000	21.000	.329	-.045	.045	-.140	.049
ouder-kind	Equal variances assumed	1.202	.281	.552	33	.585	.063	.114	-.169	.295
	Equal variances not assumed			.518	20.727	.610	.063	.122	-.190	.316
faalangst	Equal variances assumed	.567	.457	.377	33	.708	.031	.083	-.138	.201
	Equal variances not assumed			.352	20.421	.728	.031	.089	-.155	.218
eigenheid	Equal variances assumed	8.229	.007	1.315	33	.198	.077	.059	-.042	.196
	Equal variances not assumed			1.000	12.000	.337	.077	.077	-.091	.245
identiteit	Equal variances assumed	2.574	.118	-.764	33	.450	-.045	.059	-.167	.076

	Equal variances not assumed			-1.000	21.000	.329	-.045	.045	-.140	.049
eigenwaarde	Equal variances assumed	2.574	.118	-.764	33	.450	-.045	.059	-.167	.076
	Equal variances not assumed			-1.000	21.000	.329	-.045	.045	-.140	.049
fantasie	Equal variances assumed	.567	.457	.377	33	.708	.031	.083	-.138	.201
	Equal variances not assumed			.352	20.421	.728	.031	.089	-.155	.218
contact	Equal variances assumed	10.917	.002	-1.391	33	.173	-.136	.098	-.336	.063
	Equal variances not assumed			-1.821	21.000	.083	-.136	.075	-.292	.019
probl. oplossing	Equal variances assumed	2.574	.118	-.764	33	.450	-.045	.059	-.167	.076
	Equal variances not assumed			-1.000	21.000	.329	-.045	.045	-.140	.049
rigiditeit	Equal variances assumed	.567	.457	.377	33	.708	.031	.083	-.138	.201
	Equal variances not assumed			.352	20.421	.728	.031	.089	-.155	.218
CD kenmerken	Equal variances assumed	8.229	.007	1.315	33	.198	.077	.059	-.042	.196
	Equal variances not assumed			1.000	12.000	.337	.077	.077	-.091	.245
ODD kenmerken	Equal variances assumed	.567	.457	.377	33	.708	.031	.083	-.138	.201
	Equal variances not assumed			.352	20.421	.728	.031	.089	-.155	.218
ADHD kenmerken	Equal variances assumed	.567	.457	.377	33	.708	.031	.083	-.138	.201
	Equal variances not assumed			.352	20.421	.728	.031	.089	-.155	.218
taalstoornis	Equal variances assumed	2.574	.118	-.764	33	.450	-.045	.059	-.167	.076
	Equal variances not assumed			-1.000	21.000	.329	-.045	.045	-.140	.049

krenking	Equal variances assumed	8.229	.007	1.315	33	.198	.077	.059	-.042	.196
	Equal variances not assumed			1.000	12.000	.337	.077	.077	-.091	.245
gezinsbeleving	Equal variances assumed	2.574	.118	-.764	33	.450	-.045	.059	-.167	.076
	Equal variances not assumed			-1.000	21.000	.329	-.045	.045	-.140	.049

Verschillen in geïndiceerde doelen tussen de media

Group Statistics

medium		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
zelfbeeld	muziek	17	.29	.470	.114
	beeldend	8	.62	.518	.183
emotieregulatie	muziek	17	.18	.393	.095
	beeldend	8	.00	.000	.000
omgang met boosheid	muziek	17	.24	.437	.106
	beeldend	8	.12	.354	.125
angst	muziek	17	.12	.332	.081
	beeldend	8	.00	.000	.000
frustratie	muziek	17	.06	.243	.059
	beeldend	8	.00	.000	.000
ouder-kind	muziek	17	.12	.332	.081
	beeldend	8	.00	.000	.000
faalangst	muziek	17	.06	.243	.059
	beeldend	8	.00	.000	.000
eigenheid	muziek	17	.06	.243	.059
	beeldend	8	.00	.000	.000
identiteit	muziek	17	.00	.000	.000
	beeldend	8	.12	.354	.125
eigenwaarde	muziek	17	.00	.000	.000
	beeldend	8	.12	.354	.125
fantasie	muziek	17	.06	.243	.059
	beeldend	8	.00	.000	.000
contact	muziek	17	.12	.332	.081
	beeldend	8	.00	.000	.000

probl. oplossing	muziek	17	.06	.243	.059
	beeldend	8	.00	.000	.000
rigiditeit	muziek	17	.06	.243	.059
	beeldend	8	.00	.000	.000
CD kenmerken	muziek	17	.00	.000 ^a	.000
	beeldend	8	.00	.000 ^a	.000
ODD kenmerken	muziek	17	.06	.243	.059
	beeldend	8	.00	.000	.000
ADHD kenmerken	muziek	17	.06	.243	.059
	beeldend	8	.00	.000	.000
taalstoornis	muziek	17	.00	.000 ^a	.000
	beeldend	8	.00	.000 ^a	.000
krenking	muziek	17	.06	.243	.059
	beeldend	8	.00	.000	.000
gezinsbeleving	muziek	17	.00	.000	.000
	beeldend	8	.12	.354	.125

a. t cannot be computed because the standard deviations of both groups are 0.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
zelfbeeld	Equal variances assumed	.501	.486	-1.592	23	.125	-.331	.208	-.761	.099
	Equal variances not assumed			-1.535	12.646	.149	-.331	.216	-.798	.136
emotieregulatie	Equal variances assumed	10.219	.004	1.256	23	.222	.176	.141	-.114	.467
	Equal variances not assumed			1.852	16.000	.083	.176	.095	-.026	.379
omgang met boosheid	Equal variances assumed	1.846	.187	.622	23	.540	.110	.177	-.257	.477

	Equal variances not assumed			.673	16.877	.510	.110	.164	-.236	.456
angst	Equal variances assumed	5.226	.032	.991	23	.332	.118	.119	-.128	.363
	Equal variances not assumed			1.461	16.000	.163	.118	.081	-.053	.288
frustratie	Equal variances assumed	2.094	.161	.678	23	.504	.059	.087	-.121	.238
	Equal variances not assumed			1.000	16.000	.332	.059	.059	-.066	.184
ouder-kind	Equal variances assumed	5.226	.032	.991	23	.332	.118	.119	-.128	.363
	Equal variances not assumed			1.461	16.000	.163	.118	.081	-.053	.288
faalangst	Equal variances assumed	2.094	.161	.678	23	.504	.059	.087	-.121	.238
	Equal variances not assumed			1.000	16.000	.332	.059	.059	-.066	.184
eigenheid	Equal variances assumed	2.094	.161	.678	23	.504	.059	.087	-.121	.238
	Equal variances not assumed			1.000	16.000	.332	.059	.059	-.066	.184
identiteit	Equal variances assumed	12.164	.002	-1.495	23	.149	-.125	.084	-.298	.048
	Equal variances not assumed			-1.000	7.000	.351	-.125	.125	-.421	.171
eigenwaarde	Equal variances assumed	12.164	.002	-1.495	23	.149	-.125	.084	-.298	.048
	Equal variances not assumed			-1.000	7.000	.351	-.125	.125	-.421	.171
fantasie	Equal variances assumed	2.094	.161	.678	23	.504	.059	.087	-.121	.238
	Equal variances not assumed			1.000	16.000	.332	.059	.059	-.066	.184
contact	Equal variances assumed	5.226	.032	.991	23	.332	.118	.119	-.128	.363
	Equal variances not assumed			1.461	16.000	.163	.118	.081	-.053	.288

probl. oplossing	Equal variances assumed	2.094	.161	.678	23	.504	.059	.087	-.121	.238
	Equal variances not assumed			1.000	16.000	.332	.059	.059	-.066	.184
rigiditeit	Equal variances assumed	2.094	.161	.678	23	.504	.059	.087	-.121	.238
	Equal variances not assumed			1.000	16.000	.332	.059	.059	-.066	.184
ODD kenmerken	Equal variances assumed	2.094	.161	.678	23	.504	.059	.087	-.121	.238
	Equal variances not assumed			1.000	16.000	.332	.059	.059	-.066	.184
ADHD kenmerken	Equal variances assumed	2.094	.161	.678	23	.504	.059	.087	-.121	.238
	Equal variances not assumed			1.000	16.000	.332	.059	.059	-.066	.184
krenking	Equal variances assumed	2.094	.161	.678	23	.504	.059	.087	-.121	.238
	Equal variances not assumed			1.000	16.000	.332	.059	.059	-.066	.184
gezinsbeleving	Equal variances assumed	12.164	.002	-1.495	23	.149	-.125	.084	-.298	.048
	Equal variances not assumed			-1.000	7.000	.351	-.125	.125	-.421	.171

Group Statistics

medium		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
zelfbeeld	muziek&beeldend	10	.50	.527	.167
	beeldend	8	.62	.518	.183
emotieregulatie	muziek&beeldend	10	.30	.483	.153
	beeldend	8	.00	.000	.000
omgang met boosheid	muziek&beeldend	10	.00	.000	.000
	beeldend	8	.12	.354	.125
angst	muziek&beeldend	10	.20	.422	.133
	beeldend	8	.00	.000	.000
frustratie	muziek&beeldend	10	.00	.000 ^a	.000
	beeldend	8	.00	.000 ^a	.000

ouder-kind	muziek&beeldend	10	.20	.422	.133
	beeldend	8	.00	.000	.000
faalangst	muziek&beeldend	10	.10	.316	.100
	beeldend	8	.00	.000	.000
eigenheid	muziek&beeldend	10	.00	.000 ^a	.000
	beeldend	8	.00	.000 ^a	.000
identiteit	muziek&beeldend	10	.00	.000	.000
	beeldend	8	.12	.354	.125
eigenwaarde	muziek&beeldend	10	.00	.000	.000
	beeldend	8	.12	.354	.125
fantasie	muziek&beeldend	10	.10	.316	.100
	beeldend	8	.00	.000	.000
contact	muziek&beeldend	10	.10	.316	.100
	beeldend	8	.00	.000	.000
probl. oplossing	muziek&beeldend	10	.00	.000 ^a	.000
	beeldend	8	.00	.000 ^a	.000
rigiditeit	muziek&beeldend	10	.10	.316	.100
	beeldend	8	.00	.000	.000
CD kenmerken	muziek&beeldend	10	.10	.316	.100
	beeldend	8	.00	.000	.000
ODD kenmerken	muziek&beeldend	10	.10	.316	.100
	beeldend	8	.00	.000	.000
ADHD kenmerken	muziek&beeldend	10	.10	.316	.100
	beeldend	8	.00	.000	.000
taalstoornis	muziek&beeldend	10	.10	.316	.100
	beeldend	8	.00	.000	.000
krenking	muziek&beeldend	10	.00	.000 ^a	.000
	beeldend	8	.00	.000 ^a	.000
gezinsbeleving	muziek&beeldend	10	.00	.000	.000
	beeldend	8	.12	.354	.125

a. t cannot be computed because the standard deviations of both groups are 0.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
zelfbeeld	Equal variances assumed	.593	.453	-.504	16	.621	-.125	.248	-.651	.401
	Equal variances not assumed			-.505	15.262	.621	-.125	.248	-.652	.402
emotieregulatie	Equal variances assumed	37.333	.000	1.746	16	.100	.300	.172	-.064	.664
	Equal variances not assumed			1.964	9.000	.081	.300	.153	-.046	.646
omgang met boosheid	Equal variances assumed	6.914	.018	-1.127	16	.276	-.125	.111	-.360	.110
	Equal variances not assumed			-1.000	7.000	.351	-.125	.125	-.421	.171
angst	Equal variances assumed	12.642	.003	1.333	16	.201	.200	.150	-.118	.518
	Equal variances not assumed			1.500	9.000	.168	.200	.133	-.102	.502
ouder-kind	Equal variances assumed	12.642	.003	1.333	16	.201	.200	.150	-.118	.518
	Equal variances not assumed			1.500	9.000	.168	.200	.133	-.102	.502
faalangst	Equal variances assumed	4.000	.063	.889	16	.387	.100	.112	-.138	.338
	Equal variances not assumed			1.000	9.000	.343	.100	.100	-.126	.326
identiteit	Equal variances assumed	6.914	.018	-1.127	16	.276	-.125	.111	-.360	.110
	Equal variances not assumed			-1.000	7.000	.351	-.125	.125	-.421	.171
eigenwaarde	Equal variances assumed	6.914	.018	-1.127	16	.276	-.125	.111	-.360	.110
	Equal variances not assumed			-1.000	7.000	.351	-.125	.125	-.421	.171

fantasie	Equal variances assumed	4.000	.063	.889	16	.387	.100	.112	-.138	.338
	Equal variances not assumed			1.000	9.000	.343	.100	.100	-.126	.326
contact	Equal variances assumed	4.000	.063	.889	16	.387	.100	.112	-.138	.338
	Equal variances not assumed			1.000	9.000	.343	.100	.100	-.126	.326
rigiditeit	Equal variances assumed	4.000	.063	.889	16	.387	.100	.112	-.138	.338
	Equal variances not assumed			1.000	9.000	.343	.100	.100	-.126	.326
CD kenmerken	Equal variances assumed	4.000	.063	.889	16	.387	.100	.112	-.138	.338
	Equal variances not assumed			1.000	9.000	.343	.100	.100	-.126	.326
ODD kenmerken	Equal variances assumed	4.000	.063	.889	16	.387	.100	.112	-.138	.338
	Equal variances not assumed			1.000	9.000	.343	.100	.100	-.126	.326
ADHD kenmerken	Equal variances assumed	4.000	.063	.889	16	.387	.100	.112	-.138	.338
	Equal variances not assumed			1.000	9.000	.343	.100	.100	-.126	.326
taalstoornis	Equal variances assumed	4.000	.063	.889	16	.387	.100	.112	-.138	.338
	Equal variances not assumed			1.000	9.000	.343	.100	.100	-.126	.326
gezinsbeleving	Equal variances assumed	6.914	.018	-1.127	16	.276	-.125	.111	-.360	.110
	Equal variances not assumed			-1.000	7.000	.351	-.125	.125	-.421	.171

Group Statistics

medium	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
--------	---	------	----------------	-----------------

zelfbeeld	muziek&beeldend	10	.50	.527	.167
	muziek	17	.29	.470	.114
emotieregulatie	muziek&beeldend	10	.30	.483	.153
	muziek	17	.18	.393	.095
omgang met boosheid	muziek&beeldend	10	.00	.000	.000
	muziek	17	.24	.437	.106
angst	muziek&beeldend	10	.20	.422	.133
	muziek	17	.12	.332	.081
frustratie	muziek&beeldend	10	.00	.000	.000
	muziek	17	.06	.243	.059
ouder-kind	muziek&beeldend	10	.20	.422	.133
	muziek	17	.12	.332	.081
faalangst	muziek&beeldend	10	.10	.316	.100
	muziek	17	.06	.243	.059
eigenheid	muziek&beeldend	10	.00	.000	.000
	muziek	17	.06	.243	.059
identiteit	muziek&beeldend	10	.00	.000 ^a	.000
	muziek	17	.00	.000 ^a	.000
eigenwaarde	muziek&beeldend	10	.00	.000 ^a	.000
	muziek	17	.00	.000 ^a	.000
fantasie	muziek&beeldend	10	.10	.316	.100
	muziek	17	.06	.243	.059
contact	muziek&beeldend	10	.10	.316	.100
	muziek	17	.12	.332	.081
probl. oplossing	muziek&beeldend	10	.00	.000	.000
	muziek	17	.06	.243	.059
rigiditeit	muziek&beeldend	10	.10	.316	.100
	muziek	17	.06	.243	.059
CD kenmerken	muziek&beeldend	10	.10	.316	.100
	muziek	17	.00	.000	.000
ODD kenmerken	muziek&beeldend	10	.10	.316	.100
	muziek	17	.06	.243	.059
ADHD kenmerken	muziek&beeldend	10	.10	.316	.100
	muziek	17	.06	.243	.059
taalstoornis	muziek&beeldend	10	.10	.316	.100

	muziek	17	.00	.000	.000
krenking	muziek&beeldend	10	.00	.000	.000
	muziek	17	.06	.243	.059
gezinsbeleving	muziek&beeldend	10	.00	.000 ^a	.000
	muziek	17	.00	.000 ^a	.000

a. t cannot be computed because the standard deviations of both groups are 0.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
zelfbeeld	Equal variances assumed	1.890	.181	1.052	25	.303	.206	.196	-.197	.609
	Equal variances not assumed			1.020	17.254	.322	.206	.202	-.220	.631
emotieregulatie	Equal variances assumed	1.922	.178	.725	25	.475	.124	.170	-.227	.474
	Equal variances not assumed			.686	16.006	.502	.124	.180	-.258	.505
omgang met boosheid	Equal variances assumed	23.777	.000	-1.688	25	.104	-.235	.139	-.522	.052
	Equal variances not assumed			-2.219	16.000	.041	-.235	.106	-.460	-.010
angst	Equal variances assumed	1.236	.277	.563	25	.578	.082	.146	-.219	.383
	Equal variances not assumed			.529	15.599	.604	.082	.156	-.249	.413
frustratie	Equal variances assumed	2.634	.117	-.761	25	.454	-.059	.077	-.218	.100
	Equal variances not assumed			-1.000	16.000	.332	-.059	.059	-.184	.066
ouder-kind	Equal variances assumed	1.236	.277	.563	25	.578	.082	.146	-.219	.383

	Equal variances not assumed			.529	15.599	.604	.082	.156	-.249	.413
faalangst	Equal variances assumed	.577	.455	.381	25	.707	.041	.108	-.182	.264
	Equal variances not assumed			.355	15.277	.728	.041	.116	-.206	.288
eigenheid	Equal variances assumed	2.634	.117	-.761	25	.454	-.059	.077	-.218	.100
	Equal variances not assumed			-1.000	16.000	.332	-.059	.059	-.184	.066
fantasie	Equal variances assumed	.577	.455	.381	25	.707	.041	.108	-.182	.264
	Equal variances not assumed			.355	15.277	.728	.041	.116	-.206	.288
contact	Equal variances assumed	.075	.787	-.136	25	.893	-.018	.130	-.286	.250
	Equal variances not assumed			-.137	19.783	.892	-.018	.128	-.286	.250
probl. oplossing	Equal variances assumed	2.634	.117	-.761	25	.454	-.059	.077	-.218	.100
	Equal variances not assumed			-1.000	16.000	.332	-.059	.059	-.184	.066
rigiditeit	Equal variances assumed	.577	.455	.381	25	.707	.041	.108	-.182	.264
	Equal variances not assumed			.355	15.277	.728	.041	.116	-.206	.288
CD kenmerken	Equal variances assumed	8.854	.006	1.322	25	.198	.100	.076	-.056	.256
	Equal variances not assumed			1.000	9.000	.343	.100	.100	-.126	.326
ODD kenmerken	Equal variances assumed	.577	.455	.381	25	.707	.041	.108	-.182	.264
	Equal variances not assumed			.355	15.277	.728	.041	.116	-.206	.288
ADHD kenmerken	Equal variances assumed	.577	.455	.381	25	.707	.041	.108	-.182	.264
	Equal variances not assumed			.355	15.277	.728	.041	.116	-.206	.288

taalstoornis	Equal variances assumed	8.854	.006	1.322	25	.198	.100	.076	-.056	.256
	Equal variances not assumed			1.000	9.000	.343	.100	.100	-.126	.326
krenking	Equal variances assumed	2.634	.117	-.761	25	.454	-.059	.077	-.218	.100
	Equal variances not assumed			-1.000	16.000	.332	-.059	.059	-.184	.066

Verschillen in observatiepunten m.b.t. leeftijd

Group Statistics

	leeftijd	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
zelfbeeld	>= 8.9	17	.47	.514	.125
	< 8.9	13	.46	.519	.144
emotieregulatie	>= 8.9	17	.24	.437	.106
	< 8.9	13	.15	.376	.104
omgang met boosheid	>= 8.9	17	.12	.332	.081
	< 8.9	13	.23	.439	.122
angst	>= 8.9	17	.06	.243	.059
	< 8.9	13	.23	.439	.122
frustratie	>= 8.9	17	.00	.000	.000
	< 8.9	13	.08	.277	.077
ouder-kind	>= 8.9	17	.12	.332	.081
	< 8.9	13	.08	.277	.077
faalangst	>= 8.9	17	.12	.332	.081
	< 8.9	13	.00	.000	.000
eigenheid	>= 8.9	17	.00	.000	.000
	< 8.9	13	.08	.277	.077
identiteit	>= 8.9	17	.00	.000	.000
	< 8.9	13	.08	.277	.077
eigenwaarde	>= 8.9	17	.00	.000	.000
	< 8.9	13	.08	.277	.077
fantasie	>= 8.9	17	.06	.243	.059
	< 8.9	13	.08	.277	.077
contact	>= 8.9	17	.06	.243	.059
	< 8.9	13	.15	.376	.104

probl. oplossing	>= 8.9	17	.06	.243	.059
	< 8.9	13	.00	.000	.000
rigiditeit	>= 8.9	17	.00	.000	.000
	< 8.9	13	.15	.376	.104
CD kenmerken	>= 8.9	17	.00	.000	.000
	< 8.9	13	.08	.277	.077
ODD kenmerken	>= 8.9	17	.00	.000	.000
	< 8.9	13	.08	.277	.077
ADHD kenmerken	>= 8.9	17	.00	.000	.000
	< 8.9	13	.08	.277	.077
taalstoornis	>= 8.9	17	.00	.000 ^a	.000
	< 8.9	13	.00	.000 ^a	.000
krenking	>= 8.9	17	.06	.243	.059
	< 8.9	13	.00	.000	.000
gezinsbeleving	>= 8.9	17	.06	.243	.059
	< 8.9	13	.00	.000	.000

a. t cannot be computed because the standard deviations of both groups are 0.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
zelfbeeld	Equal variances assumed	.009	.924	.048	28	.962	.009	.190	-.381	.399
	Equal variances not assumed			.048	25.863	.962	.009	.190	-.383	.401
emotieregulatie	Equal variances assumed	1.224	.278	.537	28	.596	.081	.152	-.229	.392
	Equal variances not assumed			.548	27.561	.588	.081	.149	-.223	.386
omgang met boosheid	Equal variances assumed	2.635	.116	-.805	28	.428	-.113	.141	-.401	.175

	Equal variances not assumed			-.775	21.703	.446	-.113	.146	-.416	.190
angst	Equal variances assumed	8.782	.006	-1.370	28	.182	-.172	.126	-.429	.085
	Equal variances not assumed			-1.273	17.550	.220	-.172	.135	-.456	.112
frustratie	Equal variances assumed	6.294	.018	-1.150	28	.260	-.077	.067	-.214	.060
	Equal variances not assumed			-1.000	12.000	.337	-.077	.077	-.245	.091
ouder-kind	Equal variances assumed	.524	.475	.357	28	.724	.041	.114	-.193	.275
	Equal variances not assumed			.366	27.734	.717	.041	.111	-.188	.269
faalangst	Equal variances assumed	8.615	.007	1.272	28	.214	.118	.092	-.072	.307
	Equal variances not assumed			1.461	16.000	.163	.118	.081	-.053	.288
eigenheid	Equal variances assumed	6.294	.018	-1.150	28	.260	-.077	.067	-.214	.060
	Equal variances not assumed			-1.000	12.000	.337	-.077	.077	-.245	.091
identiteit	Equal variances assumed	6.294	.018	-1.150	28	.260	-.077	.067	-.214	.060
	Equal variances not assumed			-1.000	12.000	.337	-.077	.077	-.245	.091
eigenwaarde	Equal variances assumed	6.294	.018	-1.150	28	.260	-.077	.067	-.214	.060
	Equal variances not assumed			-1.000	12.000	.337	-.077	.077	-.245	.091
fantasie	Equal variances assumed	.145	.706	-.190	28	.850	-.018	.095	-.213	.177
	Equal variances not assumed			-.187	23.986	.853	-.018	.097	-.218	.182
contact	Equal variances assumed	2.991	.095	-.841	28	.407	-.095	.113	-.326	.136
	Equal variances not assumed			-.794	19.396	.437	-.095	.120	-.345	.155

probl. oplossing	Equal variances assumed	3.451	.074	.871	28	.391	.059	.068	-.080	.197
	Equal variances not assumed			1.000	16.000	.332	.059	.059	-.066	.184
rigiditeit	Equal variances assumed	17.238	.000	-1.698	28	.101	-.154	.091	-.339	.032
	Equal variances not assumed			-1.477	12.000	.165	-.154	.104	-.381	.073
CD kenmerken	Equal variances assumed	6.294	.018	-1.150	28	.260	-.077	.067	-.214	.060
	Equal variances not assumed			-1.000	12.000	.337	-.077	.077	-.245	.091
ODD kenmerken	Equal variances assumed	6.294	.018	-1.150	28	.260	-.077	.067	-.214	.060
	Equal variances not assumed			-1.000	12.000	.337	-.077	.077	-.245	.091
ADHD kenmerken	Equal variances assumed	6.294	.018	-1.150	28	.260	-.077	.067	-.214	.060
	Equal variances not assumed			-1.000	12.000	.337	-.077	.077	-.245	.091
krenking	Equal variances assumed	3.451	.074	.871	28	.391	.059	.068	-.080	.197
	Equal variances not assumed			1.000	16.000	.332	.059	.059	-.066	.184
gezinsbeleving	Equal variances assumed	3.451	.074	.871	28	.391	.059	.068	-.080	.197
	Equal variances not assumed			1.000	16.000	.332	.059	.059	-.066	.184