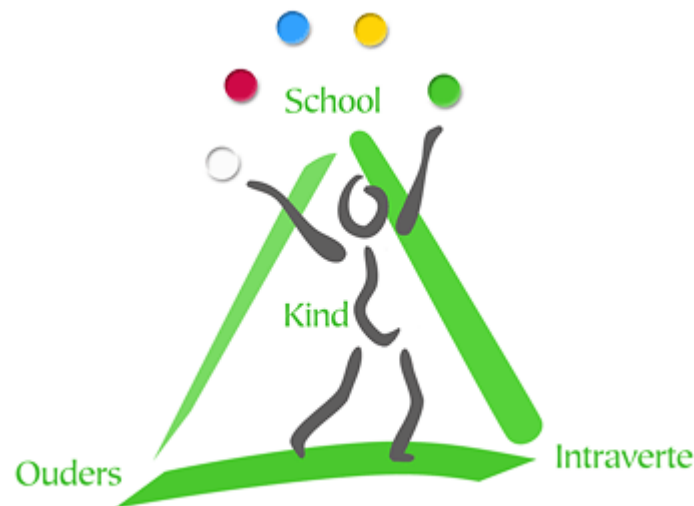


Psychomotorische therapie, Kinderen en Pentabalans

Een effectonderzoek naar psychomotorische therapie binnen Intraverte.



Student:	Ineke Reitsma
Begeleider:	Lia van der Maas
Beoordelaar:	Fred Dijk
School:	Human Movements and Sports
Opleiding:	Psychomotorische therapie en bewegingsagogie
Datum:	Juli 2012

Voorwoord

Met het schrijven van dit verslag komt het einde van mijn bachelor opleiding Psychomotorische therapie en bewegingsagogie dichterbij. Als het aan mij had gelegen was dit onderzoek eerder klaar geweest, maar doordat het verzamelen van de data lastig was, duurde het iets langer. Ondanks deze uitloop ben ik tevreden met het onderzoek en mijn verslag zelf.

Ik heb dit onderzoek bij mijn eindstage gedaan. Mede doordat ze daar behoefte hadden aan een effectonderzoek voor hun manier van werken (Pentabalans, verderop meer hierover). Dit leek mij erg interessant, waardoor ik dit onderzoek heb opgepakt.

Voor het tot stand komen van dit onderzoek heb ik hulp gekregen van mijn begeleidend docente, Lia van der Maas. Dankzij Lia kreeg mijn scriptie een duidelijke richting en kon ik beginnen met mijn scriptie. Ik wil Lia dan ook bedanken voor alle feedback die ze mij heeft gegeven.

Daarnaast wil ik mijn beoordelend docent, Fred Dijk, bedanken voor zijn kritische feedback.

Ook wil ik mijn stagebegeleider, Martin Rijke, bedanken omdat hij mij heeft geholpen met het verkrijgen van de resultaten. Daarnaast wil ik de directeur van Intraverte bedanken, Koos Stienstra, omdat ik bij hem terecht kon met vragen over Intraverte en over mijn onderzoek. Ook wil ik het andere personeel binnen Intraverte bedanken, voor een fijne stageperiode en voor hun hulp bij mijn scriptie.

Als laatste wil ik nog mijn familie en vrienden bedanken voor hun steun, waardoor ik de motivatie hield om door te gaan op lastige momenten tijdens het onderzoek en voor hun feedback.

Als laatste wens ik u veel plezier bij het lezen van mijn verslag.

Ineke Reitsma

Juli 2012.

Samenvatting

Bij Intraverte komen kinderen met verschillende hulpvragen voor een behandeling volgens het door Intraverte ontwikkelde Pentabalans. Pentabalans is de visie van Intraverte. Zij ervaren dat niet alleen het kind van belang is in de behandeling, maar ook de omgeving, oftewel de ouders en school. Deze worden daarom bij de behandeling betrokken. Daarnaast gaat Pentabalans ervan uit dat een kind zich ontwikkelt op vijf verschillende gebieden, namelijk mentaal, motorisch, zintuiglijk, emotioneel en creërend. Dit zijn processen die elkaar afwisselen en die volgens Intraverte alle vijf in balans moeten zijn, zodat het kind zich optimaal kan ontwikkelen. Wanneer kinderen in behandeling komen bij Intraverte is vaak één van deze gebieden niet in balans. Er wordt geprobeerd om balans te verkrijgen door middel van de behandeling. Deze behandeling wordt gedaan aan de hand van kinderoefentherapie (KOT) en psychomotorische therapie (PMT).

Een kinderoefentherapeut kijkt vooral naar de motorische ontwikkeling van het kind en probeert deze leeftijdsadequaat te krijgen en de motoriek te verbeteren.

Een psychomotorische therapeut kijkt vooral naar de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind en probeert deze te verbeteren. Beide behandelingen vinden bewegend plaats en sluiten aan bij de belevingswereld van het kind.

Met dit onderzoek is er gekeken naar de verbeteringen die plaats vonden door de behandeling.

In het begin van de behandeling werden een aantal stellingen, die passen bij de hulpvraag van het kind, opgeschreven en werd er door middel van een visuele analoge schaal een cijfer aan de stelling gegeven (meetmoment 1). Daarna werd er begonnen met kinderoefentherapie. Wanneer de kinderen hiermee klaar waren, startten ze bij de psychomotorische therapeut en werden dezelfde stellingen afgenomen (meetmoment 2). Na de psychomotorische therapie gingen de kinderen door naar de praktijkles, dit is ook psychomotorische therapie, maar dan samen met andere kinderen. Wanneer ze hier klaar waren, werd er een eindmeting gedaan waarbij de stellingen opnieuw werden afgenomen (meetmoment 3).

Uit het onderzoek blijkt dat alle twintig kinderen die mee hebben gedaan, een verbetering vertoonden op de stellingen. Gemiddeld gezien zorgde de psychomotorische therapie voor de meeste verbetering. De verbeteringen verschilden per cliënt en per hulpvraag.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat PMT een positief effect kan hebben op het welbevinden van de cliënt.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting	2
Inleiding.....	4
Theoretisch kader	5
Kinderoefentherapie	5
Psychomotorische therapie	6
Visie Intraverte/Pentabalans	7
Toelichting Pentabalans	7
Onderbouwing Pentabalans	8
Andere therapievormen	9
Methode.....	11
Doelgroep	11
Procedure.....	11
Meetinstrument.....	11
Behandeltraject Intraverte	12
Resultaten.....	13
Discussie	16
Conclusie	18
Aanbevelingen.....	19
Literatuurlijst	20
Bijlagen.....	21
Bijlage 1 Kleurenschema Pentabalans.....	21
Bijlage 2 Visie Intraverte.....	22
Bijlage 3 VAS	23
Bijlage 4 Inge vulde VAS.....	24
Bijlage 5 Behandeltraject Intraverte	25

Inleiding

Pentabalans is de manier van werken binnen Intraverte. Deze manier van werken is door Intraverte zelf ontwikkeld, alleen de theoretische onderbouwing van Pentabalans is nog niet compleet. Naar deze onderbouwing is dan ook behoefte. Daarnaast is er ook behoefte aan een effectonderzoek naar de behandelingen. Doordat het onderzoek psychomotorisch gericht moet zijn (vanuit de opleiding), is er met name gekeken naar dit gedeelte. Er is behoefte naar dit onderzoek omdat het er voor kan zorgen dat psychomotorische therapie (PMT) meer/beter vergoed kan worden door de zorgverzekeraars als blijkt dat PMT ook echt werkt. Daarnaast is het een aanleiding om een groter en breder onderzoek te doen binnen Intraverte naar het effect van hun behandelingen.

Het doel van het onderzoek is het effect van PMT binnen de methode Pentabalans te onderzoeken. Hiervoor is er gebruik gemaakt van de volgende hoofdvraag:

Wat is het effect van psychomotorische therapie binnen de behandelmethode Pentabalans op de psychosociale hulpvraag van het kind of de jeugdige tot en met 18 jaar die aangemeld is voor een behandeling bij Intraverte?

Om antwoord te geven op deze vraag, is er in het theoretisch kader uitleg gegeven over wat kinderoefentherapie is. Daarna wordt er antwoord gegeven op de vraag wat psychomotorische therapie is. Als vervolg hierop wordt er uitgelegd wat de zelf ontwikkelde methode Pentabalans van Intraverte is en waar deze op is gebaseerd. In het volgende hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode toegelicht, wordt er verteld met welk meetinstrument er is gewerkt en worden de meetmomenten gekoppeld aan het behandeltraject van Intraverte. Hierop volgen de resultaten van het onderzoek. Uiteindelijk volgen de discussie, conclusie en aanbevelingen.

Theoretisch kader

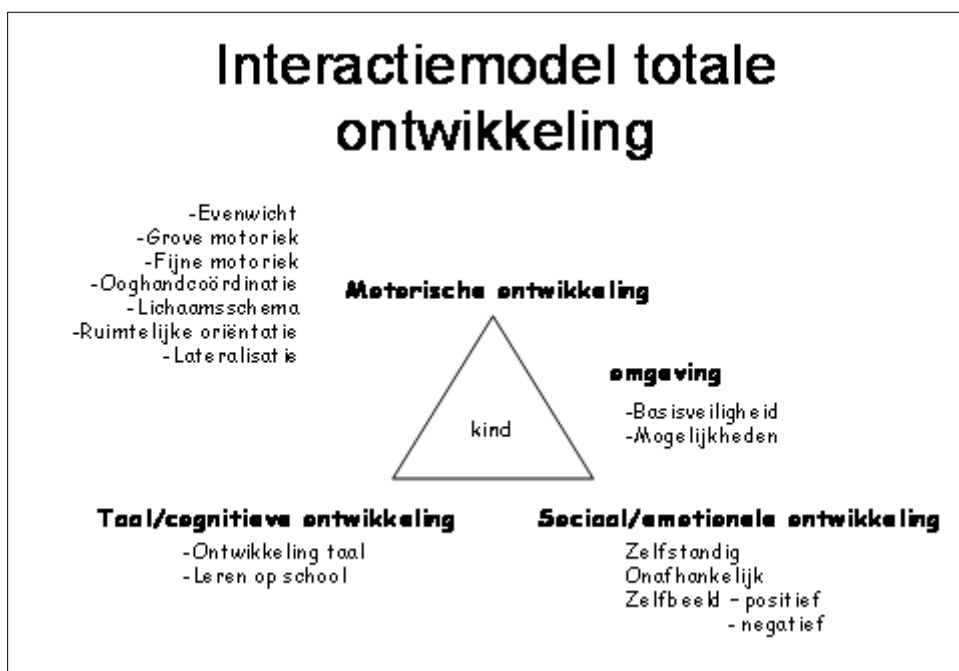
Intraverte biedt multidisciplinaire zorg aan kinderen, dit wordt gedaan door middel van kinderoefentherapie (KOT) en psychomotorische therapie (PMT). Hierna worden deze twee manieren van therapie uitgelegd en wordt er verder uitgelegd wat de visie van Intraverte (Pentabalans) is.

Kinderoefentherapie

Volgens de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck is KOT een specialisatie van de Oefentherapie Cesar en Mensendieck. Er wordt aangesloten bij de dagelijkse vaardigheden, houdingen en bewegingen. Bij kinderen gaat het dan vooral om spelen, zoals klimmen, springen en bal gooien (VVOCM, 2012).

Volgens Biesta, van den Bogaard en Steeman (2006) heeft de kinderoefentherapeut (KOT'er) zich gespecialiseerd in de (senso)motorische ontwikkeling van kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar. Als een kind bij een KOT'er komt, gaat het vaak om een motorische ontwikkelingsachterstand. Hierbij kan het dan gaan om motorische onrust, moeite met evenwicht, schrijven of andere problemen op motorische gebied. Een KOT'er is een oefentherapeut, gericht op kinderen en vaak ook gespecialiseerd in kinderen.

KOT'ers gaan er vanuit dat de ontwikkeling van het kind afhankelijk is van de eigen specifieke kenmerken van het kind, zoals temperament, leervermogen, bouw, eventuele aandoeningen en de omgeving waarin het kind opgroeit. Hiervoor is het interactiemodel van totale ontwikkeling (zie figuur 1) gemaakt. Bij dit model gaat men ervan uit dat de ontwikkeling van de motoriek niet los staat van de ontwikkeling van taal-, cognitieve- en de sociaal-emotionele ontwikkeling.



Figuur1: Interactiemodel totale ontwikkeling (Biesta, van den Bogaard en Steeman, 2006).

Psychomotorische therapie

Volgens het beroepsprofiel van psychomotorische therapie (PMT), gemaakt door de Nederlandse Vereniging Psychomotorische Therapie (NVPMT, 2012) en de PMT-infosite (2012), is PMT een behandelvorm voor mensen met psychische en psychosociale problematiek, waarbij op een methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag. Met psychische en psychosociale problematiek worden alle problemen op psychisch en sociaal gebied bedoeld (de oorzaak van deze problemen maakt niets uit).

Psychomotorische therapeuten (PMT'ers) werken aan de hand van doelen en kunnen deze onderbouwen en verantwoorden. Deze doelen zijn op basis van diagnostische procedures ontstaan. Ook het behandelplan wordt regelmatig geëvalueerd met de cliënt.

PMT'ers hebben veel werkvormen om de cliënt zowel letterlijk als figuurlijk in beweging te krijgen. Hierover stelt de therapeut vragen, waardoor de cliënt stil komt te staan bij zijn eigen lichaam of de beleving van de oefening. De aandacht kan op het bewegen of op de lichaamsbeleving gericht worden, maar deze komen vaak ook tegelijk aan de orde.

In 1986 maakte Fahrenfort het onderscheid tussen bewegingsgeoriënteerd en lichaamsgeoriënteerd werken. Met bewegingsgeoriënteerd werken wordt bedoeld dat er gebruik gemaakt wordt van activiteiten die hun oorsprong hebben in sport en spel. Hierbij gaat het dan om bijvoorbeeld om voetbal. Met lichaamsgeoriënteerd werken worden oefeningen bedoeld die gericht zijn op lichaamsbewustwording, zoals ontspanningsoefeningen. Niet alle werkvormen/oefeningen, die een PMT'er gebruikt, zijn hieronder te verdelen. Ook zijn er oefeningen die bij beide groepen passen. Bij PMT gaat het vaak over denken, voelen en handelen. Hierover worden vragen gesteld aan de cliënten. Het voelen komt dan meer aan bod bij het lichaamsgeoriënteerde werken, maar alle drie de punten (denken, voelen, handelen) kunnen bij alle activiteiten en de verschillende manieren van werken naar voren komen.

De PMT'er stemt de methodieken af op de problematiek van de cliënt, zodat specifieke belevingen en gedrag opgeroepen kunnen worden. Hierbij wordt gebruik gemaakt van zowel verbale interventies als non verbale interventies.

De NVPMT gaat ervan uit dat het doel van de PMT is: "het tot stand brengen van een gedragsverandering of hier tenminste een bijdrage aan te leveren en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te verminderen". Binnen de PMT wordt er een veilige plek aangeboden waar met nieuw gedrag kan worden geëxperimenteerd en waar nieuwe ervaringen kunnen worden opgedaan op het gebied van denken en voelen. Men krijgt de gelegenheid om leerervaringen en correcte emotionele belevingen op te doen (website NVPMT, 2012).

Hekking en Fellingner (2011) geven aan dat PMT ervan uit gaat dat mens en wereld een onlosmakelijke fysieke relatie hebben. Mensen laten zichzelf zien door de manier waarop ze dingen doen of laten. Door het doen van bewegings- of lichaamsgerichte interventies kunnen cliënten met psychische en psychosociale problemen succesvol behandeld worden.

Visie Intraverte/Pentabalans

Bij de behandeling binnen Intraverte staat het kind centraal en wordt er contact gezocht met de omgeving. Hierbij gaat het om de ouders/verzorgers en school. Met deze partijen vinden gesprekken plaats gedurende de behandeling van het kind.

Pentabalans:

De behandeling van Intraverte wordt gedaan vanuit een door Intraverte ontwikkelde methode/zienswijze: Pentabalans. Volgens deze methode zijn de cognitieve, sensomotorische en sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen nauw met elkaar verbonden en worden ze beïnvloed door de leefomstandigheden.

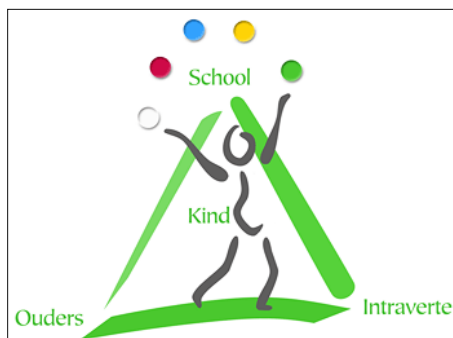
Pentabalans gaat ervan uit dat ieder kind zich tegelijkertijd ontwikkelt op vijf (penta) verschillende gebieden: mentaal, motorisch, zintuiglijk, emotioneel en creërend. Dit zijn processen die elkaar afwisselen. Ook gaat Pentabalans ervan uit dat ieder kind een eigen, unieke combinatie van kwaliteiten en mogelijkheden kent.

Figuur 2: Visie Intraverte, Pentabalans, geeft de visie van Intraverte weer.

Volgens Pentabalans hoort er een gezond evenwicht (balans) te zijn tussen de vijf processen. Als dit zo is, is er een basis gelegd voor een optimale ontwikkeling van kwaliteiten en mogelijkheden.

Intraverte helpt kinderen om zich bewust te worden van hun kwaliteiten en mogelijkheden en leert hen vaardigheden om de processen te sturen. Hierdoor ontwikkelen ze zelfstandigheid en het vermogen verantwoordelijkheid te dragen voor hun gedrag (Handboek Intraverte).

Doordat Intraverte uitgaat van een totaliteitsvisie, maken zowel kinderoefentherapie als psychomotorische therapie deel uit van het behandelingstraject. Voor meer informatie over de visie van Intraverte zie bijlage 2: Visie Intraverte.



Figuur 2: Visie Intraverte, Pentabalans.

Toelichting Pentabalans:

Wit: mentaal, denken = geluid, horen.

Wit staat voor de afdeling, waarin taal en alle informatie, indrukken en ervaringen die een kind heeft ontvangen ligt opgeslagen. Het wordt ook wel het denkcentrum of informatiecentrum genoemd. Hierin wordt het coördineren en het verwerken van informatie geregeld. Verder vinden er de volgende activiteiten plaats: processen als het opslaan, verwerken en terug kunnen vinden van indrukken, deze informatie meten, vergelijken, beredeneren, herinneren, analyseren, timen en berekenen.

Rood: motorisch, doen = smaak, proeven.

Rood staat voor de bewegingsafdeling waarin coördinatie, denken, snelheid van handelen, vaardigheden en patronen een plaats hebben. Het wordt ook wel het motorisch centrum genoemd, dit centrum bestuurt het bewegingsapparaat en geautomatiseerde processen in het algemeen. Het maakt het mogelijk gelijktijdig meerdere handelingen te verrichten. Dit centrum wordt gevoed en ontwikkeld door herhaling.

Blauw: zintuiglijk, voelen = tast.

Blauw staat voor het vermogen om te selecteren, te luisteren, waar te nemen en aan te voelen wat er aan de hand is. Het wordt ook wel het instinct genoemd. In het algemeen bevindt dit systeem zich in een observatiestand. Het instinct is het beveiligingssysteem van de mens.

Wanneer er grenzen overschreden dreigen te worden dan kan het instinct ingrijpen door het motorische systeem te instrueren.

Geel: emotioneel, emotie = geur, ruiken.

Geel staat voor het vermogen om sociaal te zijn, verbindingen aan te gaan, plezier en doorzettingsvermogen in te brengen en lief te hebben. Het wordt ook wel het emotionele centrum genoemd.

Groen: creërend, creativiteit = zien.

Groen staat voor het vermogen in de mens dat voortdurend nieuwe ontwikkeling stimuleert, initiatieven, spontane acties, op zoek naar vrijheid, creativiteit en natuurlijke belangstelling. Het wordt ook wel het seksueel centrum genoemd. Het is als een verkenners die de mogelijkheden afstruikt. Het gebied wordt gevoerd om tot nieuwe creatieve inzichten en nieuwe mogelijkheden te komen (Handboek Pentabalans).

Voor meer informatie zie bijlage 1: Kleurenschema Pentabalans.

Onderbouwing:

Pentabalans is een model waarin de mens gezien wordt als een zich ontwikkelende eenheid van lichaam en geest die in contact is met invloeden uit het universum en zich afstemt om een functionerend deel te zijn van de gemeenschap en de behoeften van de toekomst. Deze mens heeft verantwoordelijkheid en keuzemogelijkheid over de richting en manier waarop zijn leven verloopt, waarvoor een bewustzijn van zijn groeiende mogelijkheden nodig is (Handboek Pentabalans). Dit is volgens het boek Filosofie van de bewegingswetenschappen (Tamboer, 2004) een relationeel lichaamsbeeld, wat er vanuit gaat dat mens en wereld een onlosmakelijke relatie hebben.

Intraverte gaat bij hun behandeling uit van de motoriek, cognitie en de omgeving van het kind. Binnen de ontwikkelingspsychologie, zoals beschreven in het boek Ontwikkelingspsychologie (Feldman, 2005) worden drie benaderingen beschreven om naar de ontwikkeling van het kind te kijken. Hierbij gaat het om de **fysieke ontwikkeling**, de invloed van het lichaam op ons gedrag. De **cognitieve ontwikkeling**, er wordt gekeken naar leren, geheugen, probleemoplossing en intelligentie. De **sociale en persoonlijkheidsontwikkeling**, waar men kijkt naar stabiliteit en veranderingen in de eigenschappen die de ene persoon van de ander onderscheid. Intraverte gebruikt alle drie de manieren van ontwikkeling om naar het kind te kijken.

Intraverte betreft bij de behandeling, zowel de ouders als de school. Intraverte gaat ervan uit dat het kind meer is dan alleen het kind, de omgeving heeft ook invloed op de ontwikkeling. Dit past bij het Ecologisch Model Bronfenbrenner (Rigter, 2002). Bij dit model gaat men uit van vier subsystemen die invloed hebben op de ontwikkeling van het kind. De volgende vier subsystemen worden onderscheiden: micro-, meso-, exo-, en macrosysteem. Binnen het **microsysteem** ontwikkelen relaties tussen het kind en zijn directe omgeving.

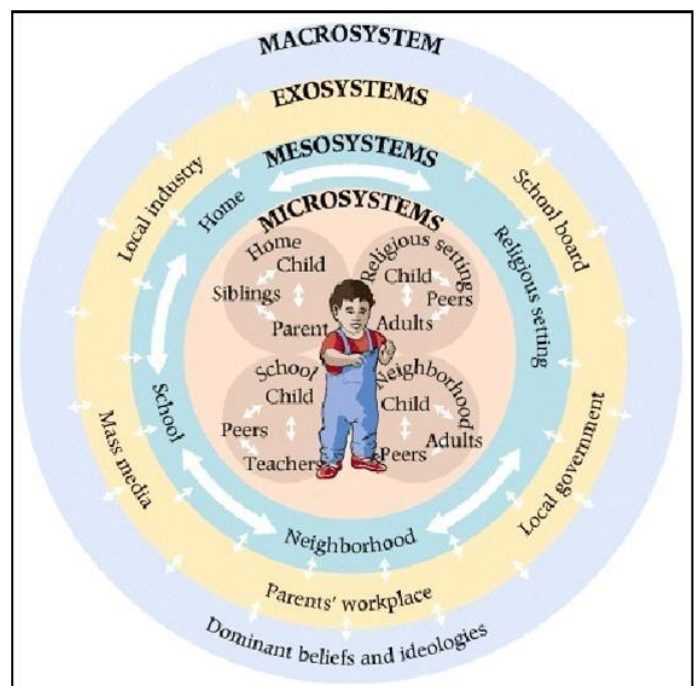
Hierbij gaat het om het gezin, familie, school, sportclub, hobbyclub en vriend(innet)jes. Het kind beïnvloedt deze microsystemen ook.

Met het **mesosysteem** worden relaties tussen de verschillende microsystemen bedoeld, deze systemen beïnvloeden elkaar.

De beïnvloeding van deze relaties kan gaan door het kind maar kan ook tussen de systemen onderling gebeuren.

Met het **exosysteem** worden maatschappelijke systemen, waar het kind niet direct deel van uitmaakt, bedoeld. Het exosysteem beïnvloedt het kind, via de micro- en mesosystemen.

Met het **macrosysteem** worden overkoepelende normen en waarden bedoeld. De exo-, meso- en microsystemen zijn hierop gebaseerd.



Figuur 3: Het Ecologisch Model van Bronfenbrenner.

Binnen Intraverte wordt er gebruik gemaakt van belonen. Als een kind iets goed doet binnen de therapie, krijgt hij/zij hier een compliment voor. Dit compliment, oftewel het uitvergroten van het gedrag wat het kind vertoont, heeft vaak tot gevolg dat de andere kinderen, die het niet op die manier deden, dit gedrag ook gaan vertonen. Dit is een vorm van modelleren. Daarnaast wordt negatief gedrag vaak genegeerd, of het moet te storend zijn. Dit is een vorm van operante conditionering. Operante conditionering en modelleren passen bij de **cognitieve-gedragstherapie**.

Zoals al eerder is beschreven, wordt er tijdens de behandeling ook contact gezocht met de ouders en school. Vaak worden er opdrachten mee gegeven die thuis en/of op school uitgevoerd kunnen worden. Hierbij kan gedacht worden aan het gebruiken van een thermometer om oplopende spanning aan te geven. Thuis kan dit gebruikt worden door er naar te vragen en ook op school kan dit gedaan worden. Doordat zowel thuis als school mee worden genomen in de behandeling van het kind lijkt het op de **systeemgerichte therapie**.

Tijdens de behandeling worden cliënten gestimuleerd om zelf oplossingen te bedenken. Hierbij kan gedacht worden aan mogelijke manieren om te ontspannen (de spanning te verlagen) en hoe de cliënt dit thuis toe kan passen. De cliënt kan hierbij wel geholpen worden, doordat de therapeut tips geeft. Daarnaast is de behandeling gericht op wat de cliënt en ouders willen. Dit lijkt op de **oplossingsgerichte therapie**. Binnen de oplossingsgerichte therapie is het echter niet van belang te weten wat de hulpvraag van de cliënt is, terwijl dit bij Intraverte wel bekend is. Intraverte gebruikt deze stroming dan ook gedeeltelijk (Weerman, 2006).

Andere therapievormen:

Binnen Intraverte is Pentabalans ontwikkeld, maar naast deze manier van therapie geven aan kinderen zijn er ook andere vormen van therapie. Hieronder worden enkele beschreven en wordt er beschreven wat het effect van die vorm van therapie is.

Voor kinderen is er **kinderoefentherapie**, wat Intraverte ook aanbiedt samen met PMT.

De hulpvraag waarmee de kinderen bij Intraverte worden aangemeld zijn soms motorisch gericht. Deze hulpvraag wordt omgezet naar een multidisciplinaire hulpvraag, ook wanneer het kind een motorisch probleem heeft. Maar misschien zou KOT alleen ook genoeg kunnen zijn voor het kind. De vraag is of deze kinderen ook PMT moeten krijgen. Uit het onderzoek: Effectonderzoek kinderoefentherapie Cesar (de Wilde, 2003) blijkt dat KOT effectief is voor kinderen met motorische problemen. In dit onderzoek is gekeken naar kinderen met een motorische ontwikkelingsachterstand die werden behandeld door een kinderoefentherapeut Cesar. De volgende conclusie wordt getrokken uit het onderzoek: Kinderoefentherapie Cesar heeft een positief effect op kinderen met een motorische ontwikkelingsachterstand bij individuele behandeling.

Bij Intraverte wordt er ook gewerkt met KOT Cesar. Het zou kunnen dat het volgen van KOT voor kinderen die aan worden gemeld bij Intraverte, met een motorische achterstand, alleen genoeg is. Want zoals hierboven beschreven is, is gebleken dat KOT kinderen helpt met het verbeteren van hun motoriek.

Naast KOT is er voor kinderen ook **speltherapie**. Speltherapie, wordt ook kinderpsychotherapie genoemd. Dit is een manier van therapie voor kinderen met psychosociale problemen. Binnen de kinderpsychotherapie, wordt er gebruik gemaakt van spel, praten, tekenen en verhalen vertellen. Binnen de therapie worden verschillende methodieken onderscheiden, die op verschillende vormen van therapie zijn gebaseerd. Dat zijn de volgende: psychoanalytische therapie, client-centered therapie, gedragstherapie of gezinstherapie. Binnen al deze benaderingen wordt er gebruik gemaakt van spel. Maar hoe dit wordt gedaan is verschillend en is afhankelijk van de therapeutische doelen en therapeutische uitgangspunten. Jammer genoeg is er nog weinig onderzoek gedaan naar speltherapie. Wel zijn er enkele individuele behandelingen onderzocht, waaruit een positief effect van de behandeling naar voren lijkt te komen. Echt zeker te zeggen dat de speltherapie werkt is lastig (Hellendoorn, 2005). Speltherapie lijkt op PMT, hierbij wordt ook gebruik gemaakt van spel. Misschien zou speltherapie voor de kinderen die bij Intraverte aan worden gemeld ook genoeg kunnen zijn.

Een andere therapievorm is **psychoanalytische kindtherapie**. Binnen deze vorm van therapie gaat men uit van de visie van Freud. De ontwikkeling van het ik, het geweten, de sekse-identiteit en relaties met betekenisvolle personen zijn van belang. Op deze vier gebieden kunnen conflicten plaats vinden, waardoor de ontwikkeling niet meer soepel verloopt. Het doel van psychoanalytische kinderoefentherapie is het bewust maken van de innerlijke conflicten die plaats vinden binnen het kind en hieraan te werken door het zoeken naar gezondere oplossingen voor deze conflicten. Uit het weinig onderzoek dat is gedaan naar de psychoanalytische kindtherapie is gebleken dat de behandeling effectief was, bij kinderen meer dan bij adolescenten. Daarnaast bleek dat voor de behandeling meerdere sessies per week effectiever waren dan één sessie per week. Wanneer de hulpvraag ernstiger was, waren meerdere behandelingen ook belangrijk voor een positief effect (Slijper, 2001).

Naast de voorgaande vormen van therapie is er ook gezinstherapie.

Hierbij komt het hele gezin in therapie. Er zijn verschillende soorten van gezinstherapie: traditionele gezinstherapie (de aandacht ligt op het gezin of relatie), stoornisgerichte gezinstherapie (de aandacht ligt op de stoornis en hoe hiermee omgegaan kan worden) en ondersteunend contact met gezin of omgeving (het gezin/omgeving wordt als hulp bij de behandeling betrokken). Uit onderzoek blijkt dat gezinstherapie een meerwaarde kan hebben wat betreft de hulpvraag van de cliënt (-en) (Lange, 2006).

Als er gekeken wordt naar de verschillende vormen van therapie die hier boven beschreven zijn, komt de volgende vraag bijna vanzelf: waarom heeft Intraverte ervoor gekozen om zelf een manier van behandelen te ontwikkelen? Er zijn al zoveel bestaande manieren voor het behandelen van kinderen. Waarschijnlijk is dit ontstaan, doordat Intraverte ervoer dat er nog een andere manier is, die ook effectief kan zijn en meer past bij hun visie van kijken naar kinderen. Wanneer er gekeken wordt naar de verschillende manieren van kindtherapie blijkt wel, dat Intraverte een eigen manier heeft, die een combinatie van verschillende soorten van therapie is. Door het doen van een groter onderzoek naar de manier van werken van Intraverte kan er gekeken worden naar het effect en bewezen worden dat Pentabalans helpend is voor kinderen met een motorische en/of sociaal-emotionele hulpvraag. En misschien zelfs wel beter werkt dan andere manieren van therapie geven binnen de kind- en jeugdzorg.

Methode:

Doelgroep:

De doelgroep bestaat uit kinderen tussen de 4 en 18 jaar, die met een hulpvraag zijn aangemeld bij Intraverte. Dit kan op advies van school of huisarts zijn gebeurd, maar dat hoeft niet. De kinderen hebben vaak moeite met bepaalde dingen, deze zijn op multidisciplinaire gebied onder te verdelen in de volgende punten:

- Samenspelen
- Weerbaarheid
- Extra gevoeligheid
- Zelfvertrouwen
- Concentreren
- Schrijven
- Emotieregulatie

Soms spelen er ook meerdere punten tegelijk bij één cliënt.

Procedure:

Er worden twintig kinderen uitgekozen die in behandeling zijn geweest bij Intraverte en waar bij drie metingen (voor, tussen, eind) hebben plaatsgevonden. Deze kinderen hebben het hele behandelingstraject al doorlopen, voor een schematische weergave van het behandelingstraject zie figuur 5: Behandeltraject Intraverte.

Bij deze kinderen zijn er aan het begin van de behandeling twee (of meer) stellingen vastgesteld die bij hun hulpvraag (zie hierboven) passen. De stellingen worden door degene die de intake doet, dit is meestal de KOT'er, per cliënt afgestemd. Deze stellingen worden per cliënt bedacht, passend bij de hulpvraag (er is dus geen vaststaand protocol). De stellingen worden op een lijn geschreven, waaronder de lijn van de Visuele Analoge Schaal (VAS) staat. Het is de bedoeling dat het kind een streep zet op de lijn, die van 0 tot 10 loopt. 0 staat voor dit kan ik nog niet en 10 staat voor dit kan ik al heel goed. Voor voorbeeld zie bijlage 3: VAS en bijlage 4: voor een ingevulde VAS.

Wanneer het kind KOT heeft gehad, begint het kind met PMT, daar worden opnieuw dezelfde stellingen met behulp van een VAS afgenomen. Na de PMT gaat het kind naar de praktijklessen. Na de praktijklessen is het kind klaar met de behandeling. Er wordt dan een eind afspraak gepland. Dan worden dezelfde stellingen opnieuw afgenomen.

Dataverwerking:

Voor het verwerken van de gegevens, worden van de twee stellingen, die op de drie meetmomenten zijn afgenomen, per meetmoment het gemiddelde berekend. Aan de hand hiervan kan dan gekeken worden naar de gemiddelde groei tussen de verschillende meetmomenten.

Bij elke cliënt wordt er gekeken naar de hulpvraag, de cliënten worden dan in hulpvraag onderverdeeld, zodat de resultaten per hulpvraag kunnen worden weergegeven.



Figuur 4: Weergave procedure effectmeting.

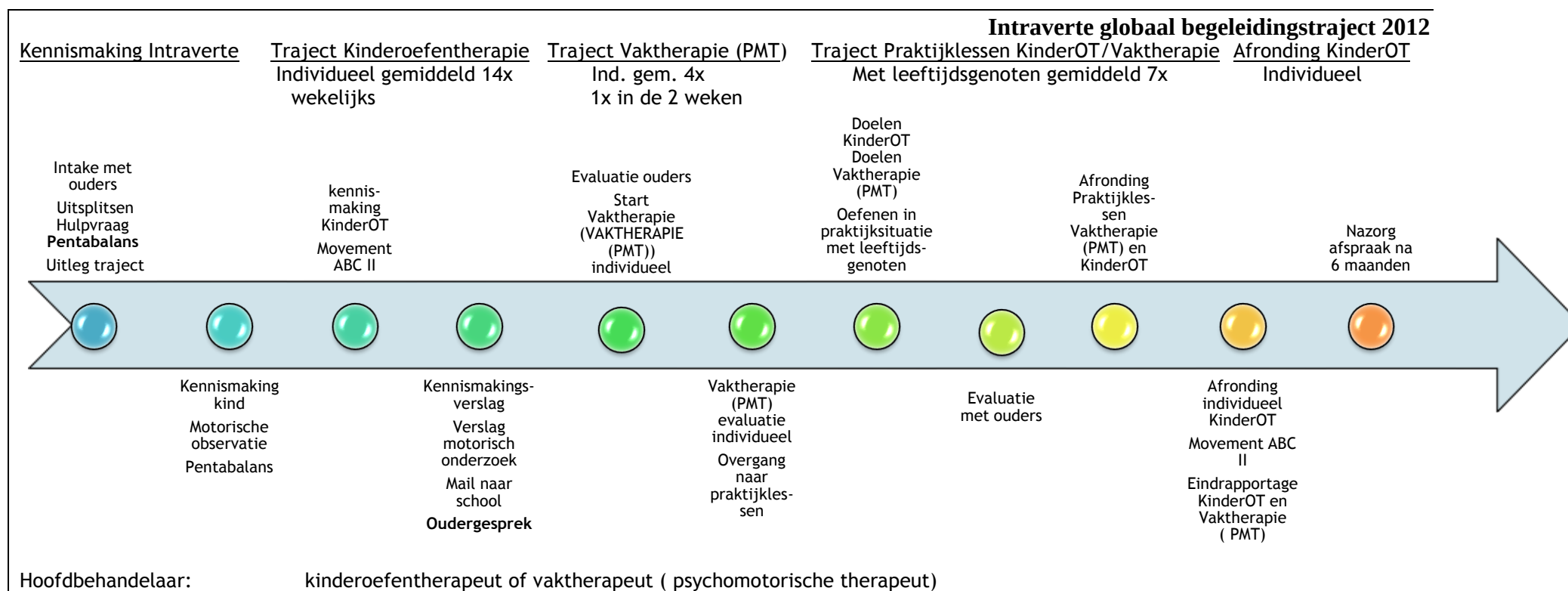
Meetinstrument:

VAS staat voor Visuele Analoge Schaal. Dit is een meetinstrument, die in 1932 door Freyd is ontwikkeld. Een VAS is een rechte lijn van 100 mm. waar aan de linkerkant een 0 of weinig staat en aan de andere kant een 10 of veel staat. Op deze lijn mag degene om wie het gaat dan een streep zetten om aan te geven wat van toepassing is voor die persoon. Een VAS kan gebruikt worden om dingen te meten die op een andere manier moeilijk te meten zijn (Wemers en Lowe, 1990). Voor een voorbeeld zie bijlage 3: VAS en voor een ingevulde VAS zie bijlage: 4 Ingevulde VAS.

Volgens het onderzoek van Wemers en Lowe (1990) is een VAS te gebruiken om bij een individu verschillen te meten. Om metingen binnen een groep te doen is een VAS volgens hen niet te gebruiken. Een VAS kan dus gebruikt worden om bij één persoon verschillende momenten te vergelijken, maar niet om verschillende personen met elkaar te vergelijken. Als een VAS wordt gebruikt om het verschil te meten tussen verschillende meetmomenten, is een VAS valide en betrouwbaar.

Behandeltraject Intraverte:

Het behandeltraject van Intraverte is weergegeven in figuur 5, voor verder informatie zie bijlage 5: Behandeltraject Intraverte.



Figuur 5: Behandeltraject Intraverte.

Resultaten

De resultaten zijn per hulpvraag onderverdeeld. Voor het onderzoek zijn de gegevens van 20 kinderen gebruikt. Bij elk kind zijn minimaal twee stellingen afgenomen, het kind kon hierop door middel van VAS een cijfer geven. Van deze twee stellingen is het gemiddeld genomen.

Zelfvertrouwen

In tabel 1 is weergegeven wat de resultaten zijn bij kinderen die bij Intraverte komen met de hulpvraag zelfvertrouwen. Tijdens het gedeelte KOT is de gemiddelde groei 2,42 punten. De gemiddelde groei voor het gedeelte PMT is 2,27 punten. De gemiddelde groei bij kinderen die met de hulpvraag zelfvertrouwen bij Intraverte komen, is 4,69 punten. Het verschil tussen de cliënten onderling is opvallend. Zo is bij cliënt één het verschil tussen meetmoment 1 en 2 0,7, terwijl dit bij cliënt 1 5,26 punten is. Daarnaast valt het op dat bij cliënt 1 een grote groei plaats vindt tussen meetmoment 1 en 2 en zelfs een kleine verslechtering tussen meetmoment 2 en 3. Ook valt het op dat bij cliënt 1 een groot verschil is tussen meetmoment 1 en 2, terwijl dit bij cliënt 2 juist tussen meetmoment 2 en 3 plaats vindt.

Tabel 1: Resultaten cliënten met de hulpvraag zelfvertrouwen.

Cliënt	Vershil meetmoment 1 en 2	Vershil meetmoment 2 en 3	Vershil meetmoment 1 en 3
1	5,26	-0,2	5,06
2	0,7	5,05	5,75
3	2,5	1,03	3,53
4	1,2	3,2	4,4
Gemiddeld	2,42	2,27	4,69

Zelfvertrouwen en weerbaarheid

In tabel 2 zijn de resultaten weergegeven voor kinderen die voor een behandeling komen bij Intraverte met de hulpvragen zelfvertrouwen en weerbaarheid. Deze kinderen hebben dus twee hulpvragen. De groei voor het gedeelte KOT is gemiddeld 2,11 punten en de groei door het gedeelte PMT is gemiddeld 1,92 punten. De totale groei over het gehele traject is gemiddeld 4,03 punten. Ook hier is een opvallend verschil van groei tussen de cliënten onderling, al wel minder dan bij tabel 1. Wat daarnaast opvallend is, is dat zowel de kleinste als de grootste groei te zien is tussen meetmoment 1 en 2 (cliënten 6 en 9).

Tabel 2: Resultaten cliënten met de hulpvragen zelfvertrouwen en weerbaarheid.

Cliënt	Vershil meetmoment 1 en 2	Vershil meetmoment 2 en 3	Vershil meetmoment 1 en 3
5	1	2,45	3,45
6	0,97	1,83	2,8
7	2,53	2,7	5,23
8	2,93	1,23	4,16
9	3,1	1,4	4,5
Gemiddeld	2,11	1,92	4,03

Weerbaarheid

In tabel 3 zijn de resultaten weergegeven voor kinderen die in behandeling komen bij Intraverte met de hulpvraag weerbaarheid. Het gedeelte KOT zorgt voor een verbetering van gemiddeld 1,32 punten. Het gedeelte PMT zorgt voor een verbetering van gemiddeld 3,23. De groei door het gedeelte PMT is over het geheel gezien het grootst. De groei over het gehele traject is gemiddeld 4,55 punten. Ook in deze tabel is het verschil tussen de cliënten onderling groot. Wat daarnaast opvalt is dat de groei bij alle kinderen tussen meetmoment 2 en 3 groter is dan de groei tussen meetmoment 1 en 2.

Tabel 3: Resultaten cliënten met de hulpvraag weerbaarheid.

Cliënt	Vershil meetmoment 1 en 2	Vershil meetmoment 2 en 3	Vershil meetmoment 1 en 3
10	1,67	1,8	3,47
11	0,83	3	3,83
12	1,45	4,9	6,35
Gemiddeld	1,32	3,23	4,55

Emotieregulatie

In tabel 4 zijn de resultaten te zien van kinderen die bij Intraverte komen met de hulpvraag emotieregulatie. De gemiddelde groei voor het gedeelte KOT is 2,14 punten, ten opzichte van 1,8 punten voor het gedeelte PMT. De totale gemiddelde groei is 3,94 punten. Ook in deze tabel (tabel 4) is een groot verschil tussen de cliënten onderling te zien. Wat opvallend is, is dat er zelfs een verslechtering plaats vindt bij cliënt 14 tussen meetmoment 2 en 3. Ook is er tussen de meetmomenten 2 en 3 zowel de kleinste (cliënt 14) als de grootste (cliënt 18) groei te vinden.

Tabel 4: Resultaten cliënten met de hulpvraag emotieregulatie.

Cliënt	Vershil meetmoment 1 en 2	Vershil meetmoment 2 en 3	Vershil meetmoment 1 en 3
13	1,4	3,5	4,9
14	4,13	-1,17	2,96
15	1,6	0,85	2,45
16	3,85	0,65	4,5
17	1,6	2,77	4,37
18	0,25	4,2	4,45
Gemiddeld	2,14	1,8	3,94

Zelfvertrouwen en emotieregulatie

In tabel 5 zijn de resultaten te vinden van kinderen die bij Intraverte komen met hulpvragen gericht op zowel zelfvertrouwen als emotieregulatie. Deze kinderen komen dus met twee hulpvragen bij Intraverte in behandeling. De gemiddelde groei over het gedeelte KOT is 1,09 punten, ten opzicht van 3,34 punten over het gedeelte PMT. De totale gemiddelde groei over het gehele traject is 4,43 punten. Ook in deze tabel is de groei bij de cliënten onderling erg verschillend. Het valt op dat de grootste groei plaats vindt tussen meetmoment 2 en 3 (cliënt 20) en dat dit vrij groot is.

Tabel 5: Resultaten cliënten met de hulpvragen zelfvertrouwen en emotieregulatie.

Cliënt	Vershil meetmoment 1 en 2	Vershil meetmoment 2 en 3	Vershil meetmoment 1 en 3
19	1,6	0,87	2,47
20	0,58	5,8	6,38
Gemiddeld	1,09	3,34	4,43

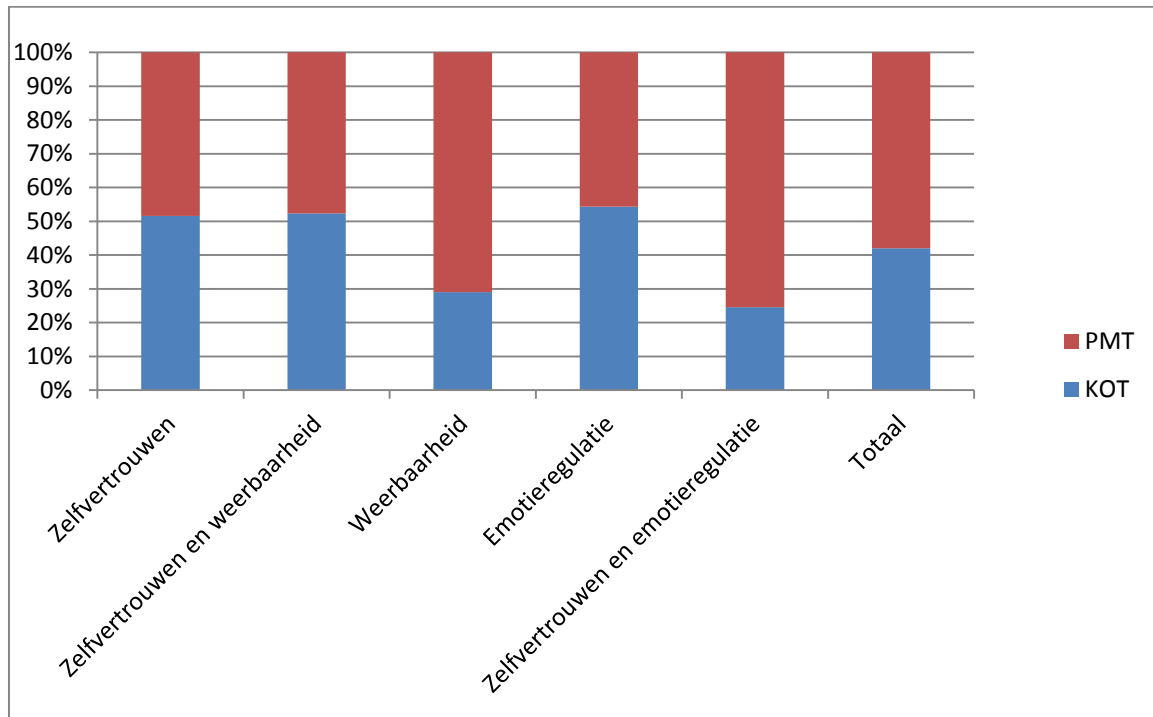
Totaal

In tabel 6 is de gemiddelde groei over alle cliënten weergegeven. De gemiddelde groei over het gedeelte KOT is 1,82 punten, ten opzichte van 2,51 punten bij de PMT. De totale gemiddelde groei is 4,33 punten.

Tabel 6: Resultaten gemiddelde groei bij alle cliënten.

Cliënt	Vershil meetmoment 1 en 2	Vershil meetmoment 2 en 3	Vershil meetmoment 1 en 3
Alle	1,82	2,51	4,33

In grafiek 1 is weergegeven hoe de verdeling van de groei eruit ziet. De grootste groei bij de KOT vindt plaats bij de hulpvragen zelfvertrouwen, zelfvertrouwen en weerbaarheid en emotieregulatie. Terwijl de grootste groei bij de PMT plaats vindt bij de hulpvragen weerbaarheid, zelfvertrouwen en emotieregulatie en over het totaal gezien.



Grafiek 1: Gemiddelde groei van de cliënten per hulpvraag en totaal.

Discussie

Er is onderzoek gedaan naar het effect van PMT binnen Intraverte. Intraverte heeft een eigen manier van werken. Voor deze manier van werken hebben ze een vaste volgorde in hun behandeltraject. Binnen dit traject, wordt er per kind gekeken naar hoeveel behandelingen ze per onderdeel (KOT, PMT, praktijklessen) nodig hebben. De globale lijn ligt dan ook vast, maar er is ruimte om te kijken naar dat wat het kind nodig heeft. Doordat niet elk kind precies hetzelfde traject doorloopt, kan er niet echt naar de betrouwbaarheid van het traject gekeken worden. Het zou geholpen hebben als de kinderen hetzelfde behandeltraject hadden doorlopen. Maar aan de andere kant is dit niet van belang, doordat er per kind wordt gekeken naar de beste manier om therapie te geven en er zo per kind wordt gekeken naar waar hij/zij behoefte aan heeft. Het behandeldoel blijft dan nog wel hetzelfde, maar de behandeling zelf verschilt. Ook wordt er bij de metingen gekeken naar de stellingen, die op de verschillende momenten zijn afgenomen. Dit wordt ook per individu gedaan. Waardoor het niet precies uitmaakt, of alle kinderen hetzelfde traject doorlopen. Het doorlopen van hetzelfde traject zou er wel voor gezorgd kunnen hebben, dat er een constanter beeld was geweest van de behandeling en er dus ook minder verschil tussen de groei van de cliënten zou zijn geweest. Maar het is ook zo dat elke cliënt iets anders nodig heeft.

Als er gekeken wordt naar de resultaten valt het op dat de combinatie van KOT en PMT ervoor zorgt dat er een grotere groei plaats vindt, dan wanneer de kinderen alleen KOT of alleen PMT krijgen. De combinatie van de twee therapieën zorgt voor de grootste groei. Als er naar de gemiddelde groei van alle kinderen gekeken wordt, valt het op dat PMT voor een grotere groei zorgt dan KOT, misschien wanneer een kind meer behandelingen PMT ondergaat, kan deze groei nog groter worden. Er zou per kind gekeken kunnen worden of hij/zij meer PMT of juist meer KOT nodig heeft. Nu is het zo dat een kind ongeveer 14 keer KOT heeft en 4 keer PMT. Het zou kunnen zijn dat een kind misschien wel 10 keer PMT nodig heeft om zo voor een grotere verbetering ten op zichte van de hulpvraag te veroorzaken. Ook kan het zijn dat sommige kinderen eigenlijk geen PMT nodig hebben, maar aan KOT al genoeg hebben. De vraag is dan ook of elk kind, altijd zowel KOT als PMT nodig heeft en in de hoeveelheid die Intraverte aanhoudt. Door hier iets van af te wijken, zou de behandeling effectiever kunnen worden.

Binnen Intraverte wordt er per kind gekeken welke stellingen er met behulp van een VAS worden afgenomen. Deze stellingen worden per kind ontwikkeld en dus aangepast aan het kind. Bijna alle stellingen zijn verschillend, of net iets anders geformuleerd, waardoor er niet een consistent beeld uit komt. Dit kan invloed hebben op de betrouwbaarheid van het onderzoek. Gelukkig is het wel zo dat de stellingen die op de verschillende meetmomenten worden afgenomen hetzelfde zijn. Hierdoor blijven deze wel valide. Voor de betrouwbaarheid van het onderzoek zou het beter zijn geweest als de kinderen dezelfde stellingen gehad zouden hebben. Door het gebruik van dezelfde stellingen, komt een betrouwbaarder beeld uit de resultaten. Dit doordat er dan per hulpvraag apart gekeken kan worden naar het effect van PMT.

Wat invloed kan hebben op de metingen is, bijvoorbeeld dat het kind tijdens de eindmeting net een terugval heeft. Dit zorgt ervoor dat de VAS lager uitvalt, wat een vertekend beeld kan geven. Het kan ook zijn dat het kind net een slechte dag heeft en dus lagere cijfers geeft. Of er kan thuis of op school iets vervelends zijn gebeurd, wat ook een negatieve invloed kan hebben op de metingen. Het is een momentopname, de volgende dag zouden de cijfers, hoger of lager uit kunnen vallen.

Voor de betrouwbaarheid van het onderzoek zou het beter zijn geweest als er per kind (minimaal) drie verschillende stellingen met behulp van een VAS waren afgenomen. Hierdoor heb je meerdere metingen per cliënt wat voor een betrouwbaarder beeld zal zorgen. Doordat het gebruiken van drie stellingen per cliënt bij Intraverte nog niet helemaal is ingeburgerd, was dit niet haalbaar.

Daarnaast zou het voor de betrouwbaarheid ook beter zijn geweest als er meer kinderen waren geweest per hulpvraag, en dus totaal meer kinderen. Het is namelijk zo: hoe groter een onderzoek, hoe betrouwbaarder de uitkomst. Binnen Intraverte is het nog niet ingeburgerd dat er bij alle kinderen op alle drie de meetmomenten dezelfde stellingen worden afgenomen. Hierdoor was niet haalbaar om meer cliënten te gebruiken voor dit onderzoek.

Verder is er nog de vraag of één punt verschil op een VAS een grote verbetering is, of is dit een klein verschil? Hierover is jammer genoeg geen literatuur te vinden. Een punt verschil is natuurlijk iets en is in ieder geval beter dan dat het was, maar of het van toegevoegde waarde is voor de cliënt en of

daaruit de conclusie gehaald kan worden dat de behandeling werkt is de vraag. Daarnaast is het de vraag of het verschil tussen een 8 en een 9 wel een meerwaarde is voor de cliënt. Zou de cliënt dan überhaupt een behandeling moeten ondergaan of geeft de cliënt wel een eerlijk cijfer. Nou zijn er door de cliënten in de beginmeting geen achten of negens gegeven. Maar het is wel een vraag die meegenomen moet worden. Daarnaast zou de vraag gesteld kunnen worden, dat als er maar één punt verschil is tussen de verschillende meetmoment of dit dan komt door de behandeling of dat dit misschien wel door omgevingsfactoren is gekomen. Jammer genoeg is dit niet te zeggen, omdat er geen controlegroep is geweest. Als er een controlegroep was geweest met dezelfde hulpvragen, zou er gekeken kunnen worden naar het verschil tussen de controlegroep en de groep die de behandeling is ondergaan. Doordat het ethisch niet verantwoord is om kinderen met een hulpvraag niet te behandelen, was er geen controlegroep bij dit onderzoek. Wat bij een volgende onderzoek wel gedaan kan worden is kinderen met dezelfde hulpvragen bij een andere instelling ook meenemen in het onderzoek. Dan kunnen de twee behandelingen vergeleken worden en worden de omgevingsfactoren minder van belang.

Wat ook nog meegenomen moet worden bij de uitslag van het onderzoek is dat er niet heel veel kinderen mee hebben gedaan aan het onderzoek. Twintig kinderen is niet een grote onderzoekspopulatie. Deze kinderen zijn ook nog onderverdeeld onder meerder hulpvragen, waardoor er per hulpvraag ook weinig kinderen zijn. Wat de vraag oproept of dit een valide en betrouwbaar beeld geeft over het effect van de behandeling. Door het doen van een groter onderzoek, zou het effect van de methode Pentabalans meer valide en betrouwbaarder in beeld gebracht kunnen worden. Het is natuurlijk wel zo, dat wat uit de resultaten is gekomen, echt is en niet bedacht, dus de uitkomsten zijn wel waar.

Conclusie

De behandeling van Intraverte heeft een meerwaarde. Bij alle kinderen is een verbetering op de VAS te zien tussen de verschillende meetmomenten. Dit verschil tussen het eerste meetmoment en het laatste meetmoment is minimaal twee punten. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de behandeling van Intraverte een meerwaarde heeft voor de cliënten. Opgesplitst binnen het traject heeft PMT een meerwaarde, maar ook KOT heeft een meerwaarde. Dit is te vinden in de resultaten.

Gemiddeld gezien zorgt PMT voor een grotere verbetering ten opzichte van de hulpvraag. Ook KOT zorgt voor verbetering. Per cliënt verschilt de verbetering en verschilt er wat een grotere meerwaarde heeft, KOT of PMT. Dit kan komen, doordat een kind een slechte motoriek had en door het volgen van KOT kan dit al invloed hebben op zijn/haar zelfvertrouwen. Binnen Intraverte gaat men er ook van uit, dat de motoriek een voorwaarde is voor PMT. Want als iemand de spanning in zijn lichaam beter kan reguleren, kan hij/zij ook steviger staan en komt hij/zij al zelfverzekerder over. Ook kan het zijn dat een kind motorisch erg goed is en dan ook weinig heeft aan KOT, PMT zal dan voor een grotere groei zorgen wat betreft de hulpvraag. Zoals eerder beschreven is, is dit niet bewezen.

KOT heeft een grotere meerwaarde bij emotieregulatie en bij zelfvertrouwen en bij de hulpvragen zelfvertrouwen en weerbaarheid. Zoals hierboven beschreven is kan dit liggen aan dat KOT ervoor zorgt dat kinderen hun spanning in hun lichaam beter kunnen reguleren, waardoor stevig staan makkelijker is. Dit kunnen, stevig staan is bij zelfvertrouwen en weerbaarheid van belang. Want als je voor jezelf op wilt komen, zul je stevig moeten staan, dit wordt de kinderen geleerd bij de KOT. Wat een verklaring zou kunnen zijn, waarom KOT een grotere groei veroorzaakt dan PMT.

Daarnaast heeft PMT vooral een grotere meerwaarde bij de hulpvraag weerbaarheid en de hulpvragen zelfvertrouwen en emotieregulatie. Bij de PMT wordt er aandacht besteed aan manieren van grenzen aangeven, emoties en het aanvoelen van spanning. Dit zijn belangrijke punten bij weerbaarheid, emotieregulatie en zelfvertrouwen. Doordat dit niet bij KOT aan bod komt, zou dit de reden kunnen zijn waarom PMT bij deze hulpvragen een grotere meerwaarde heeft en voor een grotere groei zorgt.

Zoals in het theoretisch kader is beschreven zijn er meerder soorten van therapie die een positief effect hebben op de hulpvraag van kinderen. Het is dan ook de vraag welke vorm van therapie het beste bij de cliënt past en voor het grootste effect kan zorgen wat betreft de hulpvraag. Door een andere manier van therapie geven op dezelfde manier te meten als bij dit onderzoek is gedaan en deze twee met elkaar te vergelijken kan er gekeken worden welke manier van therapie meer effect heeft op de hulpvraag van de cliënt.

Uit de resultaten van het onderzoek lijkt dat PMT een positief effect zou kunnen hebben op het welbevinden van de cliënt. Dit houdt in dat PMT een positief effect zou kunnen hebben op de psychosociale hulpvraag van de kinderen.

Aanbevelingen

Het advies aan Intraverte is om een groter onderzoek te doen, met meer kinderen. Hierdoor wordt het onderzoek betrouwbaarder. Door het onderzoek kan er ook aan zorgverzekeraars en ouders van cliënten bewezen worden dat Pentabalans werkt. Dat de behandeling die bij Intraverte aan wordt geboden een positief effect heeft op het welbevinden van de cliënt. Zorgverzekeraars zullen het fijn vinden om dit te horen, maar ouders ook. Dit kan er voor zorgen dat de behandeling van Intraverte beter wordt vergoed en daarnaast kan het ervoor zorgen dat meer ouders hun kinderen aanmelden voor een behandeling bij Intraverte.

Ook is het een aanbeveling dat er op de verschillende meetmomenten de stellingen door middel van een VAS afgenomen worden. Bij het begin van de PMT wordt dit nog niet altijd gedaan. Dit zou de meetbaarheid bevorderen van de trajecten binnen de behandeling. Het zou fijn zijn als de stellingen door alle PMT'ers worden afgenomen wanneer hun gedeelte van het traject begint. Bij de laatste afspraak kunnen dezelfde stellingen weer worden afgenomen door de KOT'er. Hiermee wordt de groei van het kind in beeld gebracht. Op die manier wordt ook het onderzoeken van de behandeling makkelijker. Het is wel de bedoeling dat de KOT'er alle stellingen opnieuw afnemen bij de eindmeting.

Daarnaast is het van belang dat dezelfde VAS af wordt genomen, op de verschillende meetmomenten. Hiervoor is het hebben van een handvat voor het maken van de stellingen voor de VAS handig. Het zou dan ook kunnen helpen om dit te ontwikkelen, om een bestand te maken waarin verschillende stellingen staan, waaruit gekozen kan worden. Dit zal ervoor zorgen dat de KOT'er ook PMT gerichte stellingen afneemt en de PMT'er KOT gerichte stellingen. Hierdoor kunnen er op alle drie de meetmomenten dezelfde stellingen worden afgenomen.

Binnen Intraverte gaat men er vanuit dat KOT eerst moet, voordat het kind PMT kan volgen. De vraag is waar dit op is gebaseerd, en of het ook niet andersom zou kunnen. Misschien zou andersom wel makkelijker zijn, zodat de KOT dan de aandacht alleen op de motoriek kan leggen en niet meer al kleine stukken van de PMT hoeft te doen. De PMT'er heeft dan de gedachtes van het kind al uit kunnen dagen en ook al uitgelegd wat iemand kan doen als hij/zij tegen een grens aanloopt. Hier hoeft de KOT'er dan geen aandacht meer aan te besteden.

Verder is er de vraag of het niet het beste voor het kind zou zijn om de behandeling van het kind samen te doen. Dus het kind krijgt tegelijk KOT en PMT. Hierdoor kan elke therapeut de aandachtspunten benadrukken van het kind. Het kind wordt dan op hetzelfde moment op verschillende punten gecoacht. Dit zou als gevolg kunnen hebben dat het kind sneller leert, waardoor er meer bereikt kan worden binnen de behandeling. De KOT'er en de PMT'er kunnen dan inspringen op wat het kind op dat moment nodig heeft. Dus loopt het kind tegen iets sociaal-emotioneels aan, dan springt de PMT'er hierop in en als het kind moeite heeft met zijn motoriek, springt de KOT'er hierop in. Dit zou uitgetoetst moeten worden om te kijken of het ook echt werkt en een beter effect heeft dan de huidige methode.

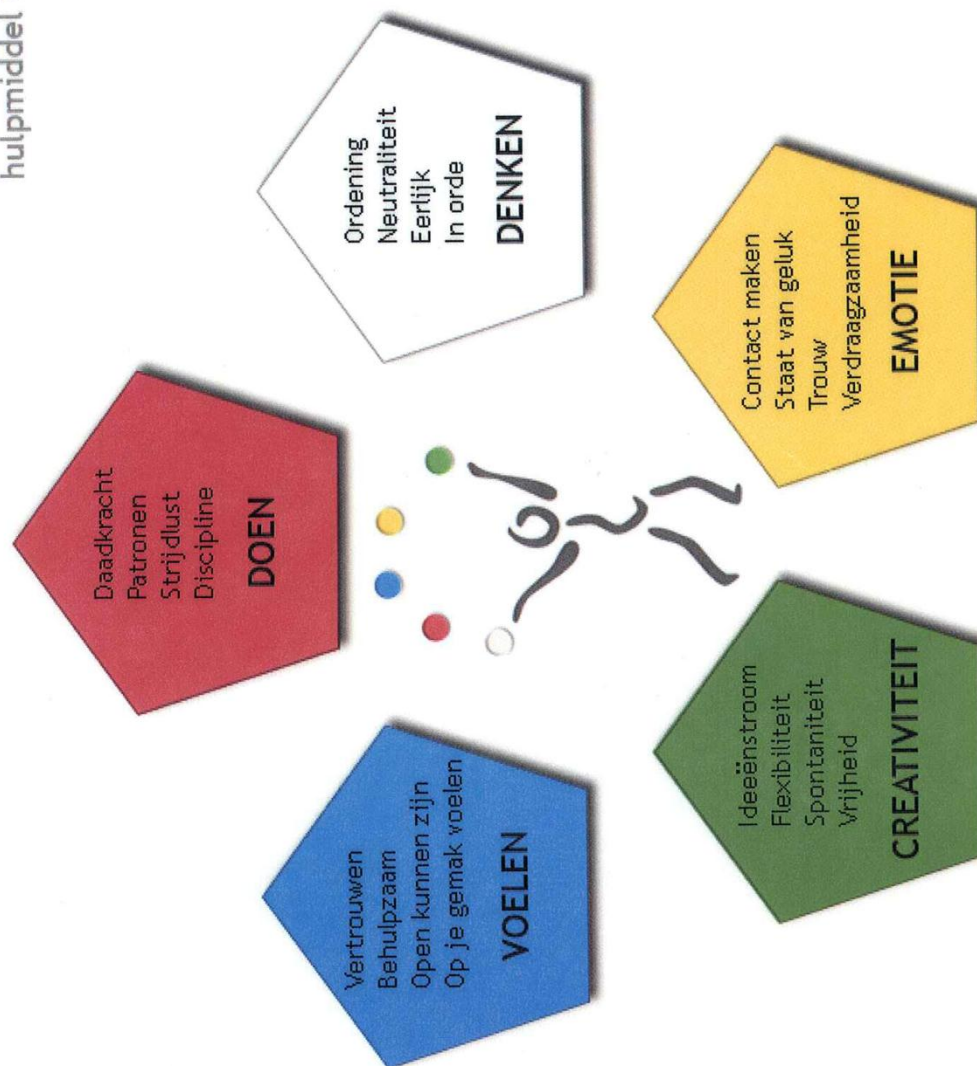
Literatuurlijst

- Beroepsprofiel PMT:Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie. (2010). *Beroepsprofiel Psychomotorische Therapie*. http://www.nvpmt.nl/component/option,com_phocadownload/Itemid,97/id,7/view,file/, verkregen op 16 februari 2012.
- Biesta, M. van den Bogaard, R. & Steeman, D. (2006). *Kinderoefentherapie, Speciale aandacht voor het bewegen van het kind*. van <http://www.oefentherapie-utrecht.nl/Kinderoefentherapie.pdf>, verkregen op 23 januari, 2012.
- De Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck. (2010). *Wat is Kinderoefentherapie?* <http://www.vvocm.nl/client/wat-is-kinderoefentherapie>, verkregen op 23 februari 2012.
- De Wilde, F. (2003). *Effectonderzoek kinderoefentherapie Cesar*. van http://www.lage-land.nl/getdoc/9e926cb6-dde7-4f7b-a826-1af7735ee335/effectonderzoek_kinderoefentherapie_rapport.aspx, verkregen op 16 februari, 2012.
- Feldman, R.S. (2005). *Ontwikkelingspsychologie*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Handboek Intraverte.
- Handboek Pentabalans.
- Hekking, P. & Fellingier, P. (2011). *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Zwolle: Boom.
- Hellendoorn, J. (2005). *Speltherapie*. Van <http://han2.windesheim.nl/han/Seekq/vb23.bsl.nl/frontend/redirect.asp?product=9065026282&page=9065026282/09014f3c80028c36%2Ehtml&highlight=kindertherapie&phrase=>, verkregen op 30 juni, 2012.
- Lange, A. (2006). Verstoorde gezinsverhoudingen, psychische stoornissen en gezinstherapie. *Directieve therapie*, 2006 (26), pagina's 66-97.
- Psychomotorische Therapie info site. (2012). *Wat is psychomotorische therapie*. Van <http://www.pmtinfosite.nl/>, bezocht op 16 februari 2012.
- Rigter, J. (2002) . *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Coutinho.
- Slijper, F.M.E. (2001). *Psychoanalytische kindertherapie*. Van <http://han2.windesheim.nl/han/Seekq/vb23.bsl.nl/frontend/redirect.asp?product=9065026282&page=9065026282/09014f3c80028c3c%2Ehtml&highlight=kindertherapie&phrase=>, verkregen op 30 juni, 2012.
- Tamboer, J.W.I. (2004). *Filosofie van de bewegingswetenschappen*. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg
- Weerman, A. (2006). *Zes psychologische stromingen en één cliënt*. Soest: Uitgeverij Nelissen/Soest.
- Wewers M.E. & Lowe N.K. (1990) *A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena*. Research in Nursing and Health 13, 227-236

Bijlagen

Bijlage 1: Kleurenschema Pentabalans.

hulpmiddel Pentabalans



Bijlage 2: Visie Intraverte.

Uitgangspunten Intraverte (Handboek Intraverte)

Intraverte heeft meerdere uitgangspunten, dat zijn de volgende:

- 1 Ieder mens is uniek, anders in eigenheid en gelijkwaardig.
- 2 Het ontvangen en nemen van verantwoordelijkheid is een taak van ieder die met en/of voor Intraverte werkzaam is.
- 3 Intraverte is een plek waar een ieder de ruimte, mogelijkheid en verantwoordelijkheid heeft om zichzelf en anderen te ontwikkelen.
- 4 Ieder mens is welkom en een ieder draagt hier actief aan bij.
- 5 Een ieder is verantwoordelijk voor zijn/haar eigen werk (zelfregulerend).
- 6 Een ieder die zorg behoeft, wordt direct geholpen (geen/korte wachtlijst).
- 7 Intraverte is het hele jaar open.

De missie van Intraverte is dat ze na de behandeling overbodig zijn voor diegene die ze hebben behandeld en dit het liefst zo snel mogelijk.

Zorgen voor inzicht in de omgeving van het kind, waardoor daar verandering plaats vindt.

Wat als gevolg kan hebben dat andere kinderen preventief geholpen kunnen worden.

Om dit te bereiken hebben ze het volgende motto: Vanuit compassie werken aan duurzame zorg, vanuit een totaliteitsvisie, altijd zoekend naar nieuwe ontwikkelingen, op de rand van nieuw.

(Voor meer informatie zie bijlage: Visie Intraverte.)

Bijlage 3: VAS.

Visueel Analoge Schaal

Naam:

Geboortedatum:

Datum:

1. _____

0 _____ 10

2. _____

0 _____ 10

3. _____

0 _____ 10

Bijlage 4: Ingevulde VAS.

Visueel Analoge Schaal



1. Ik heb voldoende zelfvertrouwen.
0 7,1 10
2. Ik kan omgaan met dingen die spannend zijn.
0 9,3 10
3. Ik ben bijzonder en uniek.
0 10 10

Bijlage 5: Behandeltraject Intraverte.

Het **kennismakingsgesprek** vindt plaats met een ouder/ouders/verzorger/verzorgers (ouder). Er wordt een **intake** gehouden, waarbij het probleem van het kind wordt besproken. Ook komt dan naar voren wat de behandoelen zijn, oftewel waar het kind aan wil werken. Verder wordt er een rondleiding gegeven door het gebouw.

Daarna is er een volgende afspraak met het kind en wordt er een **motorische observatie** gedaan.

Na deze afspraak komt een afspraak waarbij de **Movement ABC - 2** wordt afgenomen, dit vindt plaats in de zaal en is een meetinstrument voor de motoriek van het kind. Tijdens deze test worden motorische vaardigheden gemeten, namelijk handvaardigheid, balvaardigheid en evenwicht.

Dit wordt gedaan aan de hand van vaststaande oefeningen.

Ook wordt de **Visuele Analoge Schaal (VAS)** afgenomen. Dit wordt gedaan aan de hand van uitspraken die tijdens het gesprek naar voren zijn gekomen. Vaak zijn dit de doelen die het kind heeft, oftewel waar het kind beter in hoopt te worden door de behandeling (dit kan ook zijn wat de ouders of school zien bij het kind, oftewel waar zou het kind in moeten/kunnen groeien). Als laatste wordt een afspraak gemaakt voor het begin van het traject kinderoefentherapie.

De behandeling begint met **kinderoefentherapie (KOT)**. Hierbij wordt met name aandacht besteed aan de motoriek. De motoriek wordt verbeterd. Wat er verbeterd moet worden, is uit de Movement ABC - 2 gehaald. Dit verbeteren van de motoriek wordt gedaan door middel van spelvormen.

Ook wordt er aandacht besteed aan het stimuleren van beweging. Hierdoor ontdekken de kinderen hoe ze leren, wat ze kunnen en hoe ze daar in dagelijkse situaties ook gebruik van kunnen maken.

Hiervoor worden ook thuisoefeningen mee gegeven. Als de motoriek beter is kan er begonnen worden met psychomotorische therapie (niet elk kind wordt doorgestuurd naar psychomotorische therapie, er wordt gekeken of het kind dit nodig heeft of niet).

Bij de eerste keer **psychomotorische therapie (PMT)** wordt er nog een keer een VAS ingevuld (dit is meestal dezelfde als eerder). Ook vindt er dan uitleg plaats over wat psychomotorische therapie is en daarna begint de psychomotorische therapeut met het gedeelte PMT. Er worden activiteiten gedaan en uitleg gegeven over hoe de mens werkt. Deze zijn met name gericht op denken, voelen en handelen. Er wordt stil gestaan bij de betekenis van hun gedrag, en/of word er gekeken naar de beleving van het eigen lichaam.

Na de PMT zijn er de **praktijklessen**. Deze worden gegeven door zowel de kinderoefentherapeut als de psychomotorische therapeut. Hierbij is het de bedoeling dat er meerdere cliënten komen, zodat er een groep ontstaat. In deze groep is het dan van belang dat ze zelf kunnen oefenen met het geleerde en in de praktijk uitproberen. De therapeut stimuleert de cliënten dan ook om datgene waar ze tegen aanlopen in de lessen zelf op te lossen of geeft hiervoor handvaten. Tijdens de praktijklessen wordt er gebruik gemaakt van thema's: contact maken, grenzen aangeven, zelfvertrouwen, vertrouwen in de ander, emoties en gevoelens, concentratie en samenwerken. De thema's komen in een vaste volgorde aanbod, maar de cliënten kunnen op verschillende momenten instromen en ook op verschillende momenten binnen de praktijklessen klaar zijn met hun behandeling.

Uitgangspunten bij de praktijklessen van Intraverte zijn de volgende: in de praktijkles staat de ontwikkeling van de individuele hulpvraag van een kind centraal. In de praktijkles wordt zoveel mogelijk de natuurlijke leeromgeving van een kind nagebootst. Er wordt hierdoor een situatie gecreëerd waarin een kind de leerresultaten van de individuele lessen kan trainen en eigen maken. In de praktijkles krijgen de kinderen volop de mogelijkheid om van andere kinderen te leren. In de praktijkles krijgen de kinderen de mogelijkheid om eigen keuzes te maken, eventueel met hulp van een begeleider. Een praktijkles biedt een veilige omgeving waarin het kind de ruimte heeft om te handelen naar eigen inzicht; het kind mag ook proberen om een balans te vinden in gedrag waarin hij/zij zich veilig voelt. De therapeuten hebben als hoofddoel te ondersteunen bij de interactie tussen de kinderen en interventies te doen tijdens de spelsituaties waardoor kinderen ervaren, veranderen, leren en proberen. Te allen tijde moet een kind, wanneer het daar aan toe is, kunnen instromen in een praktijkles. Er wordt vooral positieve spelervaring opgedaan.

Als de cliënt klaar is met de praktijklessen wordt er een **laatste** afspraak gemaakt. Dan worden de Movement ABC - 2 en de VAS opnieuw afgenomen. Ook vullen de ouders een tevredenheidsonderzoek in. Er wordt besproken wat het kind vindt dat hij/zij heeft geleerd en wat de ouders hiervan vinden. Als laatste wordt er een nazorg afspraak gemaakt (een half jaar later).

Bij de **nazorg** afspraak worden de Movement ABC - 2 en de VAS opnieuw afgenomen en wordt er gesproken over hoe het nu met de cliënt gaat of dat er nog hulp nodig is. Het kan ook zijn dat er korte herhalingslessen plaats vinden over het geleerde. Ook is er een mogelijkheid, dat het kind definitief uitbehandeld is en of dat het kind een andere hulpvraag heeft, dan vindt het traject van het begin af aan plaats.

Naast de behandeling van de kinderen is er ook een mogelijkheid voor de ouders voor extra begeleiding.

Verder wordt er contact gezocht (als ouders toestemming geven) met de school. Op deze manier wordt er afgestemd over de ontwikkeling van het kind, hoe deze zich op school gedraagt. Ook kan het zijn dat er op school een schooltraject loopt, wat inhoudt dat een klas of een aantal kinderen op school een traject volgen. Bij dit traject wordt er gebruik gemaakt van dezelfde thema's als in de praktijklessen. Het initiatief voor het volgen van een schooltraject, komt vaak vanuit de school zelf.