

Hechting en speltherapie

Een kwalitatief onderzoek naar de relatie tussen hechting en speltherapievormen gericht op de opvoeder en het kind vanuit RHV praktijk voor Speltherapie en Opvoedingsondersteuning



Daphne Sonder & Merle Schwering

Bachelorrapport Sociaal Pedagogische
Hulpverlening

Academie Mens en Maatschappij

Saxion, Enschede

24 januari 2017

Hechting en speltherapie

‘Een kwalitatief onderzoek naar de relatie tussen hechting en speltherapievormen gericht op de opvoeder en het kind vanuit RHV praktijk voor Speltherapie en Opvoedingsondersteuning’

Door: Daphne Sonder (327863)
Merle Schwering (346788)

Bachelorbegeleider: Safoura Ghaeminia

Opdrachtgever: Renate Hooge Venterink van speltherapiepraktijk RHV Spel te Oldenzaal

Bachelorrapport (T.AMM.37555)

Sociaal Pedagogische Hulpverlening

Academie Mens en Maatschappij

Saxion Enschede

Enschede, 24 januari 2017

Voorwoord

In de zomer van 2016 namen de onderzoekers contact op met Mevrouw Hooge Venterink, directrice van RHV Spel in Oldenzaal. Mevrouw Hooge Venterink had voldoende onderwerpen voor een mogelijk onderzoek binnen haar praktijk, wat de basis gaf voor een goed gesprek en een duidelijke afstemming van het onderwerp.

Gedurende het onderzoek is de onderlinge samenwerking positief verlopen. Door de onderlinge open, eerlijk en transparante houding van de onderzoekers is er een prettige samenwerking tot stand gekomen. Deze samenwerking kenmerkt zich vooral door de positieve houding, doorzettingsvermogen en het aanvullen van elkaar.

Via deze weg willen wij ook een aantal personen bedanken die een meerwaarde hebben gehad tot de uitkomsten van dit onderzoek. Allereerst willen wij de opvoeders en professionals waarmee wij in gesprek zijn gegaan bedanken. We hebben deze gesprekken en jullie open en eerlijkheid als zeer prettig ervaren en bij deze bedanken wij ieder voor zijn/haar inzet. In het bijzonder willen wij Mevrouw Ghaeminia bedanken voor haar begeleiding en feedback gedurende deze onderzoeksperiode. Ook willen wij Mevrouw Hooge Venterink bedanken voor de ondersteuning vanuit RHV Spel in Oldenzaal. Tijdens het onderzoek stond je voor ons klaar met raad en daad, dit hebben wij als zeer positief ervaren. Jullie positieve en enthousiaste houding heeft mede geleid tot het tot stand komen van dit onderzoeksrapport, waarvoor onze dank.

Daphne Sonder en Merle Schwering
24 januari 2017

Inhoudsopgave

Samenvatting			6
Verklarende woordenlijst			8
Hoofdstuk	1	Inleiding onderzoek	9
	1.1	Aanleiding	9
	1.2	Organisatie	10
	1.3	Doel van het onderzoek	11
	1.4	Onderzoeksvraag	11
	1.5	Uitvoering onderzoek	12
Hoofdstuk	2	Theoretische uitgangspunten	13
	2.1	Hechting	13
	2.1.1	Antwoord theoretische deelvraag 1	15
	2.2	Speltherapie	15
	2.3	Individuele speltherapie	16
	2.3.1	Antwoord theoretische deelvraag 2	16
	2.4	Theraplay	17
	2.4.1	Antwoord theroretische deelvraag 3	18
	2.5	De Marschak Interaction Method (MIM)	19
	2.6	Gesprek gedragswetenschapper	19
Hoofdstuk	3	Methoden van onderzoek	20
	3.1	Onderzoekstype	20
	3.2	Onderzoekspopulatie en steekproef	20
	3.3	Meetinstrumenten	21
	3.4	Procedure	21
	3.5	Betrouwbaarheid en validiteit	22
	3.5.1	Betrouwbaarheid	22
	3.5.2	Validiteit	22
	3.6	Ethische overwegingen	23
Hoofdstuk	4	Resultaten	24
	4.1	Kenmerken van de respondenten	24
	4.2	Meerwaarde van de speltherapievorm individuele speltherapie volgens opvoeders	24
	4.2.1	Interactie	24
	4.2.2	(On)veiligheid	25
	4.2.3	Afstand- nabijheid	26
	4.2.4	Overig	26
	4.3	Meerwaarde van de speltherapievorm Theraplay volgens opvoeders	27

	4.3.1	Interactie	27
	4.3.2	(On)veiligheid	28
	4.3.3	Afstand- nabijheid	28
	4.3.4	Overig	29
	4.4	Verbeterpunten	29
Hoofdstuk	5	Conclusies en aanbevelingen	31
	5.1	Conclusies op de deelvragen	31
	5.1.1	Welke meerwaarde zien de opvoeders in de speltherapievorm individuele speltherapie?	31
	5.1.2	Welke meerwaarde zien de opvoeders in de speltherapievorm Theraplay?	31
	5.2	Conclusie op de hoofdvraag	32
	5.3	Aanbevelingen	33
Hoofdstuk	6	Sterkte- zwakte analyse en discussie	34
	6.1	Sterkte- zwakte analyse	34
	6.1.1	Sterktes	34
	6.1.2	Zwaktes	34
	6.2	Discussie	36
Literatuur			38
Bijlagen	1	Model overeenkomst onderzoeksopdracht	40
	1.1	Onderwerp en achtergrondsheets	42
	1.2	Doelstelling en vraagstelling	43
	1.3	Projectomschrijving	44
	2	Operationalisatie	45
	3	Labelschema	49
	4	Interviewvragen	51

Samenvatting

Een veilige hechting is van belang voor de ontwikkeling van een kind. Wanneer een kind onveilig gehecht is, heeft dit ingrijpende gevolgen voor de verdere ontwikkeling van het kind. Een kind dat onveilig gehecht is heeft vaak gevoelens van onveiligheid, hulpeloosheid, een verminderd vermogen om anderen te vertrouwen en het ontbreekt bij het kind vaak aan flexibiliteit en openheid die nodig zijn om nabijheid en intimiteit te kunnen hanteren. Speltherapie is er op gericht om een (dreigende) stagnatie in de ontwikkeling of het functioneren van een cliënt op te heffen en een optimale groei en ontwikkeling te bereiken. Middels speltherapie kan een cliënt komen tot verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal- of lichamelijk gebied.

Er zijn veel verschillende vormen van speltherapie. In dit onderzoek wordt uitsluitend gekeken naar speltherapievormen die gericht zijn op de hechting tussen de opvoeder en het kind. Dit zijn de individuele speltherapie en de Theraplay. Om er achter te komen welke van deze twee speltherapievormen een grotere meerwaarde heeft voor de opvoeders waarvan de kinderen individuele speltherapie of Theraplay volgen, zijn de volgende doelstelling en onderzoeksvraag geformuleerd:

Doelstelling: *‘Inzicht krijgen in de vorderingen van de hechting tussen opvoeder en kind door middel van het inzetten van Theraplay of individuele speltherapie bij RHV Spel in Oldenzaal’.*

Onderzoeksvraag: *Welke veranderingen in de hechting tussen opvoeder en kind zien opvoeders waarvan het kind Theraplay en/of individuele speltherapie volgen of hebben gevolgd bij RHV Spel in Oldenzaal?*

Om deze vragen te kunnen beantwoorden heeft er een kwalitatief onderzoek plaatsgevonden. De methode van dataverzameling die is gebruikt in dit onderzoek zijn face to face interviews met behulp van een half gestructureerde vragenlijst. Er zijn twaalf interviews afgenomen met opvoeders en er is één interview afgenomen met een gedragswetenschapper.

Er kan geconcludeerd worden dat zowel individuele speltherapie als Theraplay invloed hebben op de verandering in de hechting tussen opvoeder en het kind. Gemiddeld gekeken scoort de Theraplay beter, maar dit is echter afhankelijk van het gezin en de situatie daaromheen. De meerwaarde die ouders gaven voor de therapievormen zijn erg verschillend, zo gaven sommige ouders aan dat ze het erg prettig vinden om Theraplay te volgen en/of willen volgen, terwijl andere ouders aangeven hier weinig tot geen behoefte aan te hebben. Op de vraag welke verschillen in meerwaarde er zichtbaar zijn voor de opvoeders tussen de twee verschillende therapieën kan geen eenduidig antwoord gegeven worden. Omdat er bij RHV Spel gebruik wordt gemaakt van verschillende therapievormen en/of methoden bij één kind, is het niet mogelijk om hier een concreet antwoord op te geven. Daarnaast is het voor de opvoeder niet altijd duidelijk welke vorm van therapie hij/zij volgt, dit vermoeilijkt het maken van onderscheid. Echter blijkt uit de theorie dat wanneer de opvoeders betrokken zijn bij de behandeling of er zelfs een actieve rol in spelen door training van de speltherapeut, het de kans op succes vergroot.

De aanbevelingen die in dit onderzoek staan beschreven zijn gericht voor RHV Spel te Oldenzaal en zijn afkomstig uit de interviews met de opvoeders. Het merendeel van de opvoeders gaf aan dat binnen RHV Spel veel aandacht is voor het kind en opvoeders hebben het idee dat hun kind begrepen wordt. Daarnaast geven opvoeders aan dat zij het prettig vinden dat hun kind een vertrouwenspersoon heeft gevonden waar het kind zijn/haar verhaal aan kwijt kan.

Tot slot hadden de opvoeders een aantal aanbevelingen voor RHV Spel. Zo geven opvoeders aan dat zij het prettig zouden vinden wanneer er vaker terugkoppelingen en/of oudergesprekken worden gevoerd voor de opvoeders die hier behoefte aan hebben. Ook zouden zij het fijn vinden wanneer er een concretere- en een meer feitelijke verslaglegging wordt geschreven die opvoeders ook terug zouden kunnen lezen. Daarnaast gaven opvoeders aan dat zij het op prijs zouden stellen wanneer broertjes en/ of zusjes één of meerdere keren mee zouden mogen doen met de therapie. Afsluitend gaven opvoeders, waarvan de kinderen individuele speltherapie volgen, aan dat zij graag één of meerdere keren zouden willen meekijken en/ of mee willen doen tijdens een speltherapie sessie zodat zij een beter beeld krijgen wat er tijdens de speltherapie wordt gedaan.

Verklarende woordenlijst

Hechting

Hechting is een proces van interactie tussen een kind en een of meer van zijn opvoeders dat leidt tot een duurzame affectieve relatie. Het is een onderdeel van de ontwikkeling van een kind en medebepalend voor een gezonde identiteitsvorming (NJI, n.d.).

Individuele speltherapie

Individuele speltherapie bestaat uit wekelijks een sessie van drie kwartier en een kind volgt 10 tot 25 sessies. Eens per vier weken is er een oudergesprek waarbij de speltherapeut praktische adviezen voor de thuissituatie geeft (RHV Spel, n.d.).

Kind

Wanneer er in dit onderzoek gesproken wordt over kind(eren) gaat het hierbij om kinderen in de leeftijd van 3 tot 15 jaar die al dan niet Theraplay krijgen aangeboden naast de individuele speltherapie die zich richt op de hechting tussen opvoeder en kind.

Opvoeder

Met de term opvoeder wordt in dit onderzoek bedoeld op verzorger van het kind in de breedste zin van het woord. Hieronder wordt onder andere verstaan: biologische ouders, adoptieouders, pleegouders, stiefouders, voogd en andere personen in de naaste omgeving van het kind die deze rol op zich nemen.

Theraplay

Theraplay wordt ingezet bij kinderen met hechtingsproblemen. De in de interventie gebruikte spelactiviteiten worden aangepast aan de leeftijd van het kind, maar behouden hetzelfde onderliggende doel: het verbeteren van de interactie tussen het kind en de ouder/verzorger (Bartelink, n.d.).

Hoofdstuk 1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding van dit onderzoek beschreven. In paragraaf twee is de organisatie waarvoor het onderzoek is geschreven verder uitgewerkt. Daarnaast zijn de doelen beschreven waarvoor dit onderzoek zal dienen. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een leeswijzer waarin de opbouw van dit onderzoek wordt beschreven.

1.1 Aanleiding

Kinderen kunnen veilig en onveilig gehecht zijn. Kinderen waarvan de opvoeders zich richten op hetgene wat hun kind nodig heeft en in staat zijn de signalen van hun kind goed op te vangen, zijn veilig gehecht (Dekker- van der Zande & Janssen, 2010). Het is daarnaast niet nodig dat de opvoeder altijd alle signalen van het kind opvangt. Het gaat hierbij voornamelijk om de combinatie van signalen opvangen en geven wat het kind nodig heeft. Kenmerken van veilig gehechte kinderen zijn dat zij sociaal vaardiger zijn, gemakkelijker contact maken, meer positieve gevoelens laten zien en minder frustratie en agressie tonen dan onveilig gehechte kinderen. Deze kinderen hebben vaak een negatieve zelfwaardering. Daarnaast kan een onveilig gehecht kind de nabijheid van de opvoeder vermijden of deze juist in extreme mate opzoeken. Verder kan een onveilig gehecht kind tegenstrijdig gedrag vertonen omdat de opvoeder zowel een bron van troost als een bron van angst is voor het kind (Thoomes-Vreugdenhil, 2012).

Zoals hier boven is benoemd is een veilige hechting dus van belang voor de verdere ontwikkeling van het kind. Wanneer een kind onveilig gehecht is heeft dit ingrijpende gevolgen voor de verdere ontwikkeling van het kind (Wijsman, 2010). Een kind dat onveilig gehecht is heeft vaak gevoelens van onveiligheid en hulpeloosheid, een verminderd vermogen om te vertrouwen en het ontbreekt het kind vaak aan flexibiliteit en openheid die nodig zijn om nabijheid en intimiteit te kunnen hanteren. Dit leidt tot stagnatie in de psychische ontwikkeling en heeft de volgende tekortkomingen als gevolg:

- Een gestagneerde emotieontwikkeling
- Onvoldoende emotieregulatie
- Onbewuste, sterke gerichtheid op de bescherming van zichzelf tegen hertraumatisering
- Negatieve cognitieve werkmodellen van zichzelf en de ander.

Er kan gezegd worden dat hechtingstrauma leidt tot een ernstige, sociale handicap namelijk; een beschadiging van het vermogen tot intermenselijk contact (Wijsman, 2010).

Bowlby's klassieke hypothese verbond een onveilige hechting aan psychopathologie. Centraal in zijn model stond angst. Wie onveilig gehecht was, was in zijn theorie kwetsbaarder voor psychische problemen. Bowlby (1973) stelde dat met name angststoornissen en depressies in verband stonden met een onveilige hechting (Nicolai, 2001).

Zoals hierboven beschreven staat kan er een stagnatie in de ontwikkeling van het kind ontstaan wanneer deze onveilig is gehecht. Speltherapie is er op gericht om een (dreigende) stagnatie in de ontwikkeling of het functioneren van een cliënt op te heffen en een optimale groei en ontwikkeling te bereiken. Middels speltherapie kan een cliënt komen tot verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal- of lichamelijk gebied (NVVS, 2013).

Speltherapie vindt plaats in de spelkamer. De spelkamer is zo ingericht dat het kind veel

vrijheid heeft om met speelgoed en expressiemateriaal te spelen. Het belangrijkste aan het aanwezige materiaal is dat het een appèl doet op de belevingswereld van het kind. Zo kan klei als materiaal dat weinig gestructureerd is en daarmee een kind veel mogelijkheden biedt, heel geschikt zijn om faalangstige en onzekere kinderen een gevoel van controle over materiaal en situaties te laten ontwikkelen. Constructie- of bouwmaterialen bieden door zijn vorm meer structuur. De speltherapeut volgt het kind in zijn spel. Hij brengt onder woorden wat er gebeurt in het spel en hoe het kind de situatie beleeft. Hij sluit aan bij de initiatieven van het kind, probeert de taal van het kind te begrijpen en helpt het om zijn gedachten en gevoelens in het spel te uiten (Hellendoorn, 2005; Groothoff et al., 2010).

Bij RHV Spel in Oldenzaal worden verschillende vormen van speltherapie aangeboden. In een kennismakingsgesprek wordt er gekeken welke vorm het beste past bij het desbetreffende kind en zijn/ haar opvoeder(s). Hierbij wordt er gekeken naar de problematiek van het kind en op welke wijze hij/ zij (on)veilig is gehecht. De twee vormen van speltherapie waarover in dit onderzoek wordt gesproken zijn de individuele speltherapie en Theraplay.

Individuele speltherapie bestaat uit wekelijks een sessie van drie kwartier en een kind volgt gemiddeld 10 tot 25 sessies. Eens per vier weken is er een oudergesprek waarbij de speltherapeut praktische adviezen voor de thuissituatie geeft. De individuele speltherapie wordt alleen aan het kind aangeboden en het kind wordt individueel begeleid door de speltherapeute (RHV Spel, n.d.).

Daarnaast biedt RHV Spel ook Theraplay. Theraplay is een methode die wereldwijd gebruikt wordt om kinderen met hechtingsproblemen te behandelen. Deze methode is ontwikkeld in Amerika en heeft daar de status 'evidence based' wat betekent dat de handeling door een beroepsbeoefenaar op basis van de best beschikbare informatie over doelmatigheid en doeltreffendheid wordt uitgevoerd, aldus de Amerikaanse Theraplay Institute (n.d.). Bij de speltherapievorm Theraplay spelen de opvoeders van het kind een grote rol gedurende de behandeling; zij zijn aanwezig bij de sessies en worden daar actief bij betrokken. De therapeut heeft een directieve rol, wat inhoudt dat de therapeut gedurende de sessies de opvoeder aanstuurt in de interactie tussen opvoeder en kind. (The Theraplay Institute, n.d.).

Sinds november 2014 biedt RHV Spel ook Theraplay aan. Mevrouw Hoog Venterink, opdrachtgever en tevens speltherapeute met specialisatie Theraplay, geeft aan dat ze in haar praktijk merkt dat de Theraplay therapievorm daadwerkelijk de band tussen opvoeder en kind positief kan versterken. Omdat er bij RHV Spel één speltherapeute bevoegd is om Theraplay te mogen geven kan Theraplay niet bij ieder kind met hechtingsproblematiek worden ingezet. Met behulp van dit onderzoek kan voor RHV Spel in kaart worden gebracht welke verschillen in meerwaarde er zijn voor opvoeders tussen Theraplay en de individuele speltherapie.

Afhankelijk van de uitkomst kan RHV Spel bepalen of het zinvol is om Theraplay vaker aan te gaan bieden dan nu gedaan wordt.

1.2 Organisatie

RHV Spel is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging Van Speltherapeuten (NVVS). Voor een (gedeeltelijke) vergoeding van de speltherapie moet een speltherapiepraktijk aangesloten en geregistreerd zijn bij deze vereniging. Speltherapie is tweedelijnszorg en valt voor vergoeding van de zorgverzekeringsmaatschappij onder alternatieve geneeswijzen of aanvullende psychologische zorg. Afhankelijk van de zorgverzekeraar en het pakket van de opvoeder kan de speltherapie (gedeeltelijk) vergoed worden. Een andere mogelijkheid van vergoeding van de speltherapie is via het persoonsgebonden budget of het rugzakje. Voor alle

trajecten kunnen opvoeders rechtstreeks bij de praktijk terecht zonder indicatie of dooverwijzing (RHVSpel, n.d.). In de meeste gevallen kan de praktijk de vergoeding rechtstreeks regelen met de zorgverzekeringsmaatschappij.

In 2000 is RHV Spel opgezet door Renate Hooge Venterink. De praktijk is werkzaam in de regio Twente en gevestigd in Oldenzaal.

De praktijk biedt speltherapie aan kinderen tot ongeveer 15 jaar en opvoedondersteuning aan hun opvoeders. Kinderen kunnen met uiteenlopende problemen terecht bij de praktijk. Hierbij valt te denken aan:

- Hechtingsgerelateerde problemen;
- Post-traumatische stresssymptomatologie;
- Ouder- kind relatieproblematiek;
- Geïnternaliseerde stoornissen, met name depressieve beelden en angstproblematiek;
- Somatoforme stoornissen;
- Aanpassingsstoornis;
- Verwerkingsproblematiek van allerlei aard;
- Preventieve voorbereiding op ingrijpende gebeurtenissen;
- Een stoornis in het autistisch spectrum;
- Behandeling bij meerdere op elkaar inwerkende stoornissen.

In overleg met de opvoeder worden tijdens het kennismakingsgesprek de doelstellingen van de therapie vastgesteld. Er wordt een behandelplan opgesteld waarin concrete gedragingen en doelen voor zowel de opvoeder als het kind staan. De doelstellingen van het kind zijn gericht op het bevorderen van de ontwikkeling door het veranderen van de belevingswereld, het bieden van nieuwe ervaringen en het verschaffen van inzicht. Het leerproces van het kind wordt binnen de speltherapie gestimuleerd door actieve interventies die gericht zijn op het leren van nieuwe cognities en gedrag (RHVSpel, n.d.).

1.3 Doel van het onderzoek

De doelstelling op korte termijn is:

- Inzicht hebben in de vorderingen van de hechting tussen opvoeder en kind door middel van het inzetten van Theraplay of individuele speltherapie bij RHV Spel in Oldenzaal.

De doelstelling op lange termijn is:

- Het bieden van een therapievorm waarbij de hechting tussen opvoeder en kind wordt bevorderd.

Bovenstaande doelstellingen zijn geschreven voor RHV Spel in Oldenzaal. Echter zijn deze doelstellingen toe te passen in een bredere context. De uitkomsten van dit onderzoek zullen dus dienen als richtlijn voor andere speltherapiepraktijken.

1.4 Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag die uit het voortgaande voortvloeit, luidt als volgt:

Welke veranderingen in de hechting tussen opvoeder en kind zien opvoeders waarvan het kind Theraplay en/of individuele speltherapie volgen of hebben gevolgd bij RHV Spel in Oldenzaal?

Naar aanleiding van bovenstaande onderzoeksvraag zijn er ook theoretische- en praktijkdeelvragen opgesteld om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag.

Theoretische deelvragen

1. Wat is (on)veilige hechting en hoe kan (on)veilige hechting worden herkend?
2. Wat is er in de literatuur bekend over individuele speltherapie in relatie tot de hechting tussen opvoeder en kind?
3. Wat is er in de literatuur bekend over Theraplay in relatie tot de hechting tussen opvoeder en kind?

Praktijk deelvragen

1. Welke meerwaarde zien de opvoeders in de speltherapievorm individuele speltherapie?
2. Welke meerwaarde zien de opvoeders in de speltherapievorm Theraplay?

1.5 Leeswijzer

In dit onderzoek wordt toegewerkt naar het beantwoorden van de onderzoeksvraag en de daarbij behorende deelvragen. Hoofdstuk twee van dit onderzoeksplan geeft de uitkomsten van het literatuuronderzoek weer, waarvan de uitkomsten mede antwoord geven op de onderzoeksvraag. In het derde hoofdstuk wordt de onderbouwing van de onderzoeksmethode beschreven en in hoofdstuk vier staan de uitkomsten van het literatuuronderzoek en de afgenomen interviews. Tot slot wordt in hoofdstuk vijf de conclusie van dit onderzoek beschreven en staan er aanbevelingen voor RHV Spel in Oldenzaal beschreven.

Hoofdstuk 2. Theoretische uitgangspunten

In dit theoretisch kader worden vier kernbegrippen nader gedefinieerd. De kernbegrippen die beschreven worden zijn hechting, speltherapie, individuele speltherapie en Theraplay. De nadere omschrijving wordt gedaan aan de hand van literatuur en cijfers over de achtergrond en de effectiviteit op grote schaal.

2.1 Hechting

Al vanaf het eerste moment na de geboorte zoeken baby's naar de hechting. Baby's zorgen er met hun gedrag voor dat de opvoeder reageert, denk hierbij bijvoorbeeld aan huilen of lachen. Het ontstaan van deze wisselwerking ziet er als volgt uit: de baby lacht (uit zichzelf), de opvoeder reageert, hier reageert de baby nog meer op enzovoorts. Dit noemt men hechtingsgedrag. Zowel de opvoeder als het kind spelen beide een actieve rol in het hechtingsproces (van der Wal, 2009).

De eerste hechtingsrelatie, die rond de eerste verjaardag tot stand is gekomen, is als ware het prototype van alle relaties die een persoon in het verdere leven zal hebben. Wanneer er in het eerste levensjaar onvoldoende wordt ingegaan op de behoeften en signalen van het kind kunnen er emotionele problemen zoals wantrouwen en onzekerheden tot stand komen (van der Wal, 2009). Daarentegen heeft een veilige gehechtheid positieve gevolgen voor sociale relaties, de stemming, het gevoel geaccepteerd te worden en voor de zelfstandigheid van het jonge kind en het basisschoolkind. Daarnaast zorgt veilige gehechtheid voor positieve zelfwaardering voor zowel kinderen als voor jongeren (van der Wal, 2009).

Gehechtheid of hechting is de term voor een relatief duurzame liefdevolle relatie tussen een kind en de personen met wie hij regelmatig interacteert. De Britse psychiater John Bowlby, pionier op het gebied van gehechtheid, heeft het standpunt verkondigd dat een liefdevolle en betrouwbare relatie van de verzorger met het kind even belangrijk is voor de persoonlijke groei als eiwitten en vitaminen. De hechtingstheorie van Bowlby richt zich specifiek op de eerste twee levensjaren van het kind. Een gezonde gehechtheid is de basis voor latere zelfstandigheid en het vermogen wederkerige affectieve relaties aan te gaan (Tartuffel, 2009).

Ainsworth, een Amerikaanse psychologe (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978), heeft naar aanleiding van de gehechtheidstheorie van Bowlby onderzoek gedaan naar de verschillende typen van gehechtheidsgedrag. Bij dit onderzoek werd een kind door de moeder even alleen gelaten in een vreemde omgeving, de onderzoeker observeert de reacties van het kind wanneer moeder weg is en wanneer moeder weer terug komt. Zij gebruikt hiervoor de term: 'Strange Situation (vreemde situatie)'. In dit onderzoek kijkt men naar het nabijheid zoekend gedrag van het kind, wat een kenmerk van gehechtheid is. Ainsworth e.a. (1978) onderscheiden drie typen gehechtheidsgedrag naar aanleiding van dit onderzoek, namelijk:

- *Veilig gehecht*

Een veilige hechting kenmerkt zich wanneer een kind in staat is in een vreemde omgeving op verkenning uit te gaan en onderzoekend gedrag vertoont. Daarnaast is een belangrijk kenmerk van veilige gehechtheid dat een kind weinig angst heeft als er vreemden in de buurt zijn. Wanneer een kind even alleen wordt gelaten in een ruimte door de opvoeder, zoals bij het onderzoek van Ainsworth e.a. (1978), raakt hij niet in paniek en begroet het kind de opvoeder

enthousiast bij terugkomst. Ook laat het kind blijken dat het behoefte heeft aan knuffelen, nabijheid en warmte. Andere vormen van zichtbaar veilig hechtingsgedrag is een kind dat zijn/haar armen uitsteekt naar moeder en lacht als hij/zij moeder ziet (Ainsworth e.a., 1978).

Volgens Bowlby (n.d.) is een goede hechting van belang omdat veilig gehechte kinderen opgroeien in zekerheid en vertrouwen. Ze worden later betrouwbare en zorgzame mensen die in de regel intieme, wederkerige relaties kunnen aangaan en onderhouden. In een relatie is hij/zij in staat zijn/haar gevoelens en gedachten te uiten, een intieme band aan te gaan met zijn/haar partner en is hij/zij in staat om empathie te tonen. Hij kan desgewenst sociale steun mobiliseren en in veranderde omstandigheden kan hij van rol wisselen (Tartuffel, 2009).

- Onveilige hechting

Een kind dat onveilig gehecht is, heeft geen vertrouwen in anderen en in zichzelf. Dit heeft gevolgen voor het aangaan en in stand houden van relaties. Daarnaast verkend een onveilig gehecht kind de omgeving minder en leert het kind minder. Ook kunnen deze kinderen problemen hebben met het omgaan van gezag en het hebben zij een verminderd tot geen gevoel van vertrouwen in de beschikbaarheid van de opvoeder (Kerpel, 2014).

Kerpel (2014) noemt drie vormen van onveilige hechting:

1. Onveilig vermijgend gehecht

Een kind dat over een onveilig vermijdende gehechtheid beschikt, heeft geen vertrouwen in de aanwezigheid van de opvoeder. Wanneer de opvoeder terug komt in de ruimte nadat hij/ zij weg is geweest, reageert het kind vermijnd. Dit houdt in dat hij/zij contact vermijdt en niet of nauwelijks reageert op de opvoeder en zijn/ haar aandacht richt op waar het op dat moment mee bezig is, bijvoorbeeld op het speelgoed. Een kind dat onveilig vermijnd gehecht is heeft over het algemeen plezierig contact met vreemden. Dit kan een valkuil zijn, want het lijkt allemaal wel mee te vallen. Het kind onderdrukt angst en gedraagt zich zogenaamd zelfstandig. Deze vorm van hechting kan tot stand komen wanneer een kind vaak afgewezen of verwaarloosd wordt en wanneer hij/ zij veel verschillende opvoeders heeft (gehad) (Kerpel, 2014).

2. Onveilig afwerend gehecht

Kenmerken van een onveilig afwerend gehecht kind zijn dat het onzeker is over de beschikbaarheid van de opvoeder. Het kind zoekt op een eisende manier contact, dit kan boos of verdrietig zijn. Het kind vermijdt het contact maar zoekt dit tegelijk ook op. Een bekend voorbeeld hiervan is dat een baby achteruit naar zijn opvoeder(s) toe kruipt. Daarnaast heeft een kind met een onveilig afwerende gehechtheid weinig drang om op onderzoek uit te gaan en nieuwe dingen te ontdekken. Deze vorm van hechting kan tot stand komen wanneer het kind geen aandacht krijgt op het juiste moment of in de juiste mate. Deze vorm van gehechtheid kan zich ook ontwikkelen wanneer de opvoeder erg onvoorspelbaar is (Kerpel, 2014).

3. Gedesorganiseerd gehecht

Het kind is continu op zijn hoede en kampt met verlatingsangst. De hechtingsfiguur, in dit geval de opvoeder, is onvoorspelbaar. Het ene moment kan hij of zij heel warm zijn om vervolgens plotseling om te slaan in afstandelijk, waarbij de signalen van het kind genegeerd of niet opgepikt worden en het kind in zekere mate wordt verwaarloosd. Dit resulteert bij het kind in angstig gedrag en het constant op de hoede zijn omdat hij/ zij nooit weet waar het aan toe is bij de opvoeder. Opvoeders van gedesorganiseerd gehechte kinderen hebben vaak zelf

een zeer traumatische jeugd gehad of kampen zelfs met een psychiatrische stoornis als schizofrenie en borderline (van der Wal, 2009).

Voor een overzicht van de kenmerken van een veilige- en onveilige hechting zie de operationalisatie in bijlage 3.

2.1.1 Antwoord theoretische deelvraag 1

‘Wat is (on)veilige hechting en hoe kan (on)veilige hechting worden herkend?’

Zowel de opvoeder als het kind spelen beide een actieve rol in het hechtingsproces. De eerste hechtingsrelatie, die rond de eerste verjaardag tot stand is gekomen, is als het ware het prototype van alle relaties die een persoon in het verdere leven zal hebben. Wanneer er in het eerste levensjaar onvoldoende wordt ingegaan op de behoeften en signalen van het kind kunnen er emotionele problemen zoals wantrouwen en onzekerheden tot stand komen. Daarentegen heeft een veilige gehechtheid positieve gevolgen voor sociale relaties, de stemming, het gevoel geaccepteerd te worden en voor de zelfstandigheid van het jonge kind en het basisschoolkind. Daarnaast zorgt veilige gehechtheid voor positieve zelfwaardering voor zowel kinderen als voor jongeren (van der Wal, 2009).

Volgens Bowlby (n.d.), is een goede hechting van belang omdat veilig gehechte kinderen opgroeien in zekerheid en vertrouwen. Ze worden later betrouwbare en zorgzame mensen die in de regel intieme, wederkerige relaties kunnen aangaan en onderhouden. Een veilige hechting kenmerkt zich wanneer een kind in staat is in een vreemde omgeving op verkenning uit te gaan en onderzoekend gedrag vertoont. Daarnaast is een belangrijk kenmerk van veilige gehechtheid dat een kind weinig angst heeft als er vreemden in de buurt zijn. Wanneer een kind even alleen wordt gelaten in de ruimte door de opvoeder raakt hij niet in paniek en begroet het kind de opvoeder enthousiast bij terugkomst. Ook laat het kind blijken dat het behoefte heeft aan knuffelen, nabijheid en warmte (Bowlby, n.d.).

Een kind dat onveilig gehecht is heeft geen vertrouwen in anderen en in zichzelf. Dit heeft gevolgen voor het aangaan en in stand houden van relaties. Daarnaast verkent een onveilig gehecht kind de omgeving minder en leert het kind minder. Ook kunnen deze kinderen problemen hebben met het omgaan van gezag en hebben zij een verminderd tot geen gevoel van vertrouwen in de beschikbaarheid van de opvoeder (Kerpel, 2014). Een onveilig gehecht kind herken je aan het vermijdsend reageren tegenover de opvoeder. Daarnaast kan het kind kampen met verlatingsangst, angstig gedrag vertonen dat zich kan uiten in het constant op zijn/haar hoede zijn.

2.2 Speltherapie

Speltherapie is een behandelvorm waarin de hulpverlener systematisch en doelgericht het spel van kinderen beïnvloedt, zodat problemen die hun ontwikkeling belemmeren, verholpen of verminderd kunnen worden (Bartelink, 2012). Speltherapie vindt plaats in een spelkamer, deze is zo ingericht dat het kind zoveel mogelijk vrijheid heeft om met allerlei speelgoed en materiaal te spelen. Materiaal dat vaak wordt ingezet bij speltherapiesessies zijn verkleedspullen, gezelschapsspellen, een zand- en watertafel, poppen, dieren, voertuigen en teken- en knutselmateriaal. Het belangrijkste aan het aanwezige materiaal is dat het materiaal een appèl doet op de beleavingswereld van het kind, zodat het kind de mogelijkheid krijgt om op verschillende manieren te laten zien wat hem/haar bezig houdt. De speltherapeut volgt het kind in zijn/haar spel. Dat betekent dat de therapeut de handelingen van het kind onder

woorden brengt en aftast hoe het kind de situatie beleeft. In sommige situaties speelt de speltherapeut het spel mee. Hij/zij sluit aan bij de initiatieven van het kind, probeert de taal van het kind te begrijpen en helpt het kind om zijn/haar gedachten en gevoelens te uiten en te begrijpen (Hellendoorn, 2005; Groothoff et al., 2009).

Om de term speltherapie duidelijker uit te kunnen leggen is hierna ter illustratie een voorbeeld beschreven. Dit voorbeeld is afkomstig uit het boek 'Spel in psychotherapie' van Groothoff en collega's (2009). Groothoff en collega's gaan in op de werkwijze van speltherapie en illustreren de werkwijze aan de hand van casuïstiek. Het onderstaande voorbeeld beschrijft hoe een kind zijn gevoel van bedreiging uitbeeldt gedurende een speltherapiesessie.

'Spel en realiteit'

Stanley van negen jaar haalt het hele huis leeg en zet er alleen maar zeer stoere vechters in. In elke kamer komt een vechtman of een dreigend dier zoals een dinosaurus of een draak. Buiten het huis zet hij diverse legermannen neer. Het huis wordt aangevallen, maar de vijand wordt zeer adequaat en meedogenloos neergemaaid. Het gevecht wordt in stilte gespeeld. De sfeer is om te snijden vanwege de enorme agressieve impact. Het gaat om leven en dood.

In Stanleys leven is zijn moeder vermoord, zijn vader zit vast op verdenking van de moord en binnen de families is er een onoplosbare vete losgebarsten. Geen wonder dat hij zijn (t)huissituatie verbeeldt door dit leeggehaalde huis, dat bedreigd wordt door een overmacht, een leger. Het huis als een thuis is ontmanteld. Het huis als zijn ik laat voorts de enorme stille geladenheid zien. Woede die in het echt geen kant uit kan. Woede is in zijn ervaring immers dodelijk, vernietigt alles' (Uit: Groothoff et al., 2009; p. 272)

2.3 Individuele speltherapie

Kinderen spelen niet alleen voor de lol maar proberen met behulp van het spel oplossingen te vinden voor hun individuele problemen en verlangens. De door een intrinsieke motivatie gekenmerkte speelse aanpak van nieuwe dingen of moeilijke situaties en ervaringen met behulp van het spel kan met grote efficiëntie ook integreren in de kindergedragstherapie. Daarnaast kan dit ook voor het therapeutisch proces bruikbaar zijn. Om dit een goede kans van slagen te geven, bepalen de kinderen bij het begeleid individueel spel niet alleen het spelthema, maar zoeken ze ook zelf het spelmateriaal uit; binnen de keuze die het therapielokaal hun biedt. Uit ervaring blijkt dat de kinderen intuïtief kiezen voor materiaal dat het beste hun ontwikkelings-, leer- of probleemverwerkingsproces ondersteunt. Daarbij komen bovendien drie opdrachten van het spel aan bod die ook in de kinderlijke ontwikkeling een grote rol spelen: nieuwe dingen, leren en oefenen, alsmede het in evenwicht brengen van de psychohygiëne door de verwerking van ervaringen (Höfer, 2015).

2.3.1 Antwoord theoretische deelvraag 2

'Wat is er in de literatuur bekend over individuele speltherapie in relatie tot de hechting tussen opvoeder en kind?'

Individuele speltherapie is een methode om kinderen met psychosociale- en hechtingsproblemen te behandelen met gebruik van spel. Deze vorm van therapie kan een oplossing zijn wanneer

ingrijpende gebeurtenissen of psychische problemen de ontwikkeling van het kind belemmeren (Hellendoorn, 2005). Individuele speltherapie vindt plaats in de spelkamer waar het kind en de speltherapeut aanwezig zijn, waar zij gemiddeld 45 minuten spelen.

Over de effectiviteit van speltherapie zijn zeven overzichtsstudies (Bartelink, 2012) verschenen in de internationale wetenschappelijke literatuur. Op basis van deze overzichten zijn een aantal algemene conclusies te trekken. Ten eerste blijkt dat individuele speltherapie lijkt te werken bij een groot aantal uiteenlopende problemen zoals emotionele en gedragsproblemen. Deze vorm van speltherapie lijkt positieve effecten te hebben op zelfconcept, gedrag, cognitieve vaardigheden, sociale vaardigheden en angst. Daarnaast lijkt individuele speltherapie even effectief te zijn voor jongens en meisjes, jongere en oudere kinderen en voor kinderen met en zonder psychische stoornis (Bratton et al., 2005; Ray et al., 2001). Speltherapie waarin het kind een bepalende rol heeft in wat er in de behandeling gedaan wordt en de therapeut een meer volgende rol vervult, lijkt betere resultaten te boeken dan speltherapieën die zijn gebaseerd op een gedrags- en cognitieve theorie, waarbij de therapeut het verloop van het proces veel meer stuurt (Bratton et al., 2005).

Van belang is dat een speltherapeut bij elk kind dat met gedragsproblemen in therapie komt, nagaat hoe de hechting is verlopen, welke representatie een kind van de buitenwereld heeft, of er een plaats is waar het kind zich veilig, gezien en gehoord voelt. Een speltherapeut kan dit tijdelijk overnemen, maar tegelijk zal het ondersteuningssysteem van het kind ingezet moeten worden om een veilige plaats te zijn of te worden. Hiervoor kan er gekozen worden voor de speltherapievorm Theraplay.

2.4 Theraplay

Theraplay is a child and family therapy for building and enhancing attachment, self-esteem, trust in others, and joyful engagement. It is based on the natural patterns of playful, healthy interaction between parent and child and is personal, physical, and fun. Theraplay interactions focus on four essential qualities found in parent-child relationships: Structure, Engagement, Nurture, and Challenge. Theraplay sessions create an active, emotional connection between the child and parent or caregiver, resulting in a changed view of the self as worthy and lovable and of relationships as positive and rewarding.

In treatment, the Theraplay therapist guides the parent and child through playful, fun games, developmentally challenging activities, and tender, nurturing activities. The very act of engaging each other in this way helps the parent regulate the child's behavior and communicate love, joy, and safety to the child. It helps the child feel secure, cared for, connected and worthy.

We call this "building relationships from the inside out" (Theraplay Institute, 2013).

Het verschil tussen Theraplay en andere vormen van speltherapie, is dat bij Theraplay de opvoeders betrokken zijn bij de behandeling. Naast psycho-educatie en begeleidende gesprekken met de therapeut, worden opvoeders direct bij de behandeling van het kind betrokken. In de sessies hebben zowel de opvoeder als het kind een actieve rol. Tijdens deze vorm van speltherapie worden de opvoeder en het kind aangemoedigd tot speels en afgestemd contact, gedeeld plezier en aandacht voor elkaar, passend bij een gezonde en veilige onderlinge relatie. De therapeut heeft tijdens deze therapie de leiding en fungeert hierbij al model voor de interactie (Bartelink, n.d.).

Theraplay onderscheidt zich van andere vormen van speltherapie in de manier waarop ouders betrokken zijn bij de behandeling. Naast psycho-educatie en begeleidende gesprekken worden ouders direct bij de behandeling betrokken. Gedurende de sessies worden opvoeder en kind actief betrokken bij het spel, het therapeutisch proces richt zich dan zowel op de opvoeder als op het kind (Bartelink, n.d.).

Binnen RHV spel in Oldenzaal zijn er geen specifieke richtlijnen voor wanneer er gekozen wordt om individuele speltherapie in te zetten en wanneer er gekozen wordt voor Theraplay. Wat naar voren kwam in de gesprekken met Mevrouw Hoog Venterink was dat zij aangaf dat zij bepaalt of een kind wel of niet in aanmerking komt voor Theraplay. Dit is afhankelijk van de resultaten uit het intakegesprek.

2.4.1 Antwoord theoretische deelvraag 3

‘Wat is er in de literatuur bekend over Theraplay in relatie tot de hechting tussen opvoeder en kind?’

Tijdens de therapie worden de opvoeders geholpen om de signalen van hun kind te herkennen, op te pakken en te begrijpen. Daarnaast leren zij ook hoe zij empathisch kunnen reageren op het gedrag van hun kind. Wanneer de opvoeder de onderliggende behoeften van zijn kind kan herkennen, zijn zij beter in staat het kind te reguleren en het gedrag te sturen.

Tijdens de therapie wordt er niet alleen gekeken naar het kind zelf maar wordt ook de opvoeder gestimuleerd om de invloed van hun eigen jeugd te begrijpen in hun patroon van opvoeden en verzorgen die zij zelf toepassen bij hun kind (Bartelink, n.d.). Sessies van Theraplay worden al dan niet met een videocamera opgenomen als ondersteuning voor de therapeut en om terug te kunnen kijken met ouders (Bartelink, n.d.).

Wanneer de opvoeder betrokken wordt bij de behandeling, of zelfs een actieve rol in spelen door training van een speltherapeut, vergroot dit de kans op succes. Kinderen van wie de opvoeder onder begeleiding van een speltherapeut zelf speltherapie bieden, hebben minder problemen na afloop van de behandeling dan kinderen die in groepsverband of individueel door een therapeut behandeld worden. Speltherapie waarin het kind een bepalende rol heeft in wat er gebeurt tijdens de therapie sessies, lijkt betere resultaten te boeken dan speltherapieën waarbij de therapeut het verloop van het proces veel meer stuurt (Bartelink, 2012).

Het verschil tussen Theraplay en andere vormen van speltherapie, is dat bij Theraplay de opvoeders betrokken zijn bij de behandeling. In de sessies hebben zowel de opvoeder als het kind een actieve rol. Tijdens de therapie worden de opvoeders geholpen om de signalen van hun kind te herkennen, op te pakken en te begrijpen. Daarnaast leren zij ook hoe zij empathisch kunnen reageren op het gedrag van hun kind. Tijdens de therapie wordt er niet alleen gekeken naar het kind zelf maar wordt ook de opvoeder gestimuleerd om de invloed van hun eigen jeugd te begrijpen in hun patroon van opvoeden en verzorgen die zij zelf toe passen bij hun kind (Bartelink, n.d.). Wanneer de opvoeder betrokken wordt bij de behandeling, of zelf een actieve rol speelt door training van een speltherapeut, vergroot dit de kans op succes. Kinderen waarvan de opvoeder(s) mee doen met de Theraplay hebben minder problemen na afloop van de behandeling dan kinderen die in groepsverband of individueel door een therapeut behandeld worden (Bartelink, 2012).

2.5 De Marschak Interaction Method (MIM)

De MIM is een gestructureerde techniek voor het waarnemen en beoordelen van de algehele kwaliteit en de aard van de relaties tussen opvoeder en het kind. De MIM bestaat uit een reeks van eenvoudige taken, ontworpen om gedrag uit te lokken in vier primaire dimensies: structuur, verbinden, koesteren en uitdagen (Theraplay institute, 2013). De MIM test wordt bij RHV Spel in Oldenzaal ingezet bij zowel individuele speltherapie als bij Theraplay (RHVSpel, n.d.). De vier primaire dimensies die worden gestimuleerd bij het inzetten van de Marschak Interaction Method zijn:

- Structuur: Stel grenzen in een op een juiste wijze geregelde omgeving.
- Verbinden: Betrek het kind in de interactie en stem dit af op het niveau van het kind.
- Koesteren: Voldoe aan de behoefte van het kind omtrent de aandacht, rust en zorg.
- Uitdagen: Het ondersteunen en aanmoedigen van de inspanningen op het niveau van het kind en het vermogen van het kind om te reageren op de inspanningen van de opvoeders.

De MIM duurt 30-60 minuten en wordt meestal op video opgenomen. Er zijn sets van taken ontworpen om aan te sluiten bij ieder van de vier leeftijdsgroepen: baby, peuter, pre- school/ schoolgaande leeftijd en adolescent.

De MIM biedt de gelegenheid voor het observeren van de sterke punten van zowel de opvoeder als het kind en hun relatie. Het is een waardevol hulpmiddel bij het plannen voor de behandeling en bij het bepalen hoe relaties versterkt kunnen worden. De beschrijving van deze relatie, die het gevolg is van deze waarneming, is een waardevol hulpmiddel bij het bepalen van de geschiktheid van de voogdij regelingen, hereniging, pleeggezin en/ of adoptie (Theraplay institute, 2013).

2.6 Gesprek gedragswetenschapper

Voorafgaand aan de interviews met de opvoeders, heeft er een gesprek plaats gevonden met gedragswetenschapper Mevrouw Leferink op Reinink. Mede door middel van de informatie die is verkregen uit dit gesprek zijn de interviewvragen opgesteld die zijn voorgelegd aan de opvoeders waarvan één of meerdere van hun kinderen speltherapie volgen bij RHV Spel in Oldenzaal.

Hoofdstuk 3. Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de methode van het onderzoek toegelicht. In paragraaf 3.1 wordt het type onderzoek besproken. De onderzoekspopulatie en de steekproef wordt besproken in paragraaf 3.2. De meetinstrumenten en de procedure worden besproken in paragraaf 3.3 en paragraaf 3.4. In paragraaf 3.5 wordt vervolgens de methode van het analyseren van de gegevens besproken en in 3.6 wordt de betrouwbaarheid toegelicht. Tot slot wordt in paragraaf 3.7 de interne- en externe geldigheid besproken.

3.1 Onderzoekstype

Het onderzoekstype welke gebruikt wordt voor dit kwalitatieve onderzoek is *kwalitatief diepte onderzoek* omdat dit type onderzoek zich de taak stelt inzicht te krijgen in hoe mensen de werkelijkheid ervaren, beleven en er betekenis aan geven. Het perspectief, begrip en de interpretatie van de onderzochten staat centraal (Verhoeven, 2011). Door middel van kwalitatief diepte onderzoek worden de verschillen in meerwaarde voor de opvoeders tussen Theraplay en de individuele speltherapie in de hechting tussen opvoeder en kind onderzocht. Door deze meerwaarde te onderzoeken krijgt RHV Spel zicht op de belevingen van opvoeders en kan zij hier haar speltherapieaanbod op aanpassen. Door het inzetten van een effectevaluatie wordt de ervaren meerwaarde van de therapievormen aan de hand van ervaringen van opvoeders gemeten en kunnen er conclusies getrokken worden over de beleving en effectiviteit van opvoeders.

3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef

Onder een populatie verstaan we alle ‘eenheden’ (personen, zaken, organisaties, enzovoort) waarover in een onderzoek uitspraken worden gedaan (Verhoeven, 2011). Omdat in dit onderzoek twee therapievormen omtrent hechting worden uitgelicht, is er een operationele populatie voor dit onderzoek benoemd. In dit onderzoek is de gehele populatie van het onderzoek: opvoeder(s) waarvan het kind speltherapie bij RHV Spel in Oldenzaal volgt dat zich richt op de hechting tussen opvoeder en kind. Binnen RHV Spel volgen op dit moment 70 kinderen een vorm van speltherapie. Van de 70 kinderen volgen om en nabij 40 kinderen een vorm van speltherapie dat zich richt op de hechting tussen opvoeder en kind. Omdat dit onderzoek zich richt op de speltherapievormen Theraplay en individuele speltherapie is er gekozen voor een operationele populatie voor de interviews, deze luidt: Opvoeder(s) van kinderen die in de periode vanaf de startdatum van het onderzoek, september 2016:

- Individuele speltherapie of Theraplay van RHV spel hebben ontvangen dan wel volgen dat zich specifiek richt op de hechting tussen opvoeder en kind.

Uit de gehele populatie is een selecte steekproef getrokken. Er wordt gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef. Een reden om niet de gehele populatie te interviewen is het te korte tijdsbestek voor dit onderzoek. Bij doelgerichte steekproeven is sprake van selectie van de steekproef op basis van bepaalde kenmerken (Verhoeven, 2011). Er wordt uitgegaan van inhoudelijke representativiteit (Migchelbrink, 2013). Bij dit onderzoek is er gekozen voor het afnemen van 15 interviews. 7 interviews zullen worden afgenomen bij opvoeders waarvan het kind Theraplay volgt en 7 interviews zullen worden afgenomen bij opvoeders waarvan het kind individuele speltherapie volgt. Kenmerken waaraan de opvoeders moeten voldoen alvorens ze worden benaderd voor een interview zijn:

- Het kind van de opvoeder volgt Theraplay bij RHV Spel in Oldenzaal bij speltherapeute Mevrouw Hooge Venterink.
- Het kind van de opvoeder volgt individuele speltherapie bij RHV Spel in Oldenzaal bij speltherapeute Mevrouw Hooge Venterink.
- Hechtingsstoornis is de hoofdoorzaak van het volgen van speltherapie.

De opvoeders zullen op basis van bovenstaande kenmerken benaderd worden voor een interview. Wanneer er meerdere aanmeldingen per gezin zijn voor een interview, zal één ouder worden uitgekozen om het interview mee af te nemen. Bij voorkeur is dit de ouder die de meeste opvoedtaken op zich neemt en, indien het kind Theraplay volgt, deelneemt aan de therapie. Alvorens het interview werd afgenomen werden opvoeder(s) benadert door Mevrouw Hooge Venterink. Zij vroeg opvoeder(s) of zij interesse hadden om deel te nemen aan dit onderzoek en op basis daarvan selecteerde Mevrouw Hooge Venterink opvoeder(s) die bereid waren geïnterviewd te worden. Daar namen de onderzoekers contact mee op.

3.3 Meetinstrumenten

Meetinstrumenten zijn middelen om data op een eenduidige wijze te verzamelen (Van der Donk & Van Lanen, 2011). Er is binnen dit onderzoek gebruikt gemaakt van één instrument, namelijk: interviews. In het voorstadium is een theoretisch kader opgezet. Dit theoretisch kader is gebruikt voor de achtergrondinformatie omtrent de onderzoeksvraag en om de de interviews vorm te kunnen geven. Voor het afnemen van de interviews wordt een semi gestructureerde vragenlijst gebruikt. Voorafgaand aan de interviews zijn er een aantal vragen opgesteld. Daarnaast was er tijdens de interviews nog voldoende ruimte om af te wijken van deze vragenlijst en door te vragen op wat er gezegd werd door de opvoeders.

De begrippen uit de doelstelling en de onderzoeksvraag zijn geoperationaliseerd tot meetbare eenheden aan de hand van de literatuur en gesprekken met Mevrouw Hooge Venterink, eigenaresse van RHV Spel. Zij heeft aangegeven hoe een bepaalde begrip er in de praktijk voor speltherapie uitziet. Dit is vervolgens gedefinieerd en verduidelijkt aan de hand van literatuur. Zo is onder andere het begrip ‘onveilige hechting’ besproken met Mevrouw Hooge Venterink. Zij heeft aangegeven hoe zij in haar praktijk voor speltherapie kan zien of een kind onveilig gehecht is. Door haar bevindingen in combinatie met literatuur uit te werken in de operationalisatie, zijn aan de hand daarvan de interviewvragen opgesteld. Voor de operationalisatie en de interviewvragen zie bijlagen 2 en 4.

3.4 Procedure

In overleg met Mevrouw Hooge Venterink, eigenaresse van RHV Spel, is in dit onderzoek gekozen voor contactlegging met geïnterviewden op basis van eerder beschreven kenmerken. Dit eerste contact wordt gelegd door Mevrouw Hooge Venterink zelf, zij zal bij het eerste contactmoment dit onderzoek benoemen en inventariseren of de opvoeder wel/niet wil worden geïnterviewd. Wanneer de opvoeder aangeeft dat hij/zij openstaat voor een interview krijgen wij de naam en het telefoonnummer van de opvoeder zodat we een afspraak voor het interview kunnen gaan maken. De interviews zullen, afhankelijk van de wensen van de respondent, op locatie of bij RHV Spel in Oldenzaal plaatsvinden.

3.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Bij het uitvoeren van onderzoek is het belangrijk rekening te houden met de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Betrouwbaarheid geeft de mate aan waarin metingen vrij zijn van de invloed van toevallige factoren. Het gaat over hoe groot de kans is dat de uitkomst hetzelfde is bij herhaalde metingen (Dooley, 2009). Validiteit gaat over in hoeverre de getrokken conclusies geldig en betekenisvol zijn op basis van de meetinstrumenten (Dooley, 2009).

3.5.1 Betrouwbaarheid

Er is sprake van een hogere betrouwbaarheid wanneer onderzoeksresultaten zo min mogelijk afhankelijk zijn van toeval (Baarde & De Goede, 2006). Er zijn een aantal factoren waardoor de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten kunnen worden beïnvloed. Voorafgaand aan het interview wordt tegenover de geïnterviewde opvoeder kenbaar gemaakt dat de anonimiteit wordt gewaarborgd in het verstrekken van informatie. Door dit te benoemen is het mogelijk dat opvoeders eerlijkere antwoorden gaan geven, omdat ze de bevestiging hebben gekregen dat de uitspraken die ze gedurende het interview doen niet te herleiden zijn naar henzelf. Daarnaast is de omgeving waarin wordt geïnterviewd een belangrijke factor. Wanneer een interview plaatsvindt, is het van belang dat er weinig afleiding in de omgeving bestaat. De interviews vinden plaats in een ruimte waar weinig afleiding is in het gebouw van RHV Spel in Oldenzaal. Opvoeders waarvan het kind individuele speltherapie volgt kunnen dus worden geïnterviewd wanneer hun kind speltherapie aan het volgen is, de wachttijd van de opvoeder wordt dus opgevuld middels een interview. De opvoeders waarvan het kind Theraplay volgt, en dus zelf aanwezig moeten zijn gedurende de therapie, zullen worden uitgenodigd om op een ander moment geïnterviewd te worden. Het is mogelijk dat een opvoeder zijn/haar kind niet zelf naar de speltherapie brengt, dan kunnen de interviews plaatsvinden op de locatie van de respondent. Een andere toevallige maar belangrijke factor is de interviewer zelf. Het is mogelijk dat de ene interviewer een ander reactie vertoont dan een andere interviewer. Bewustwording en het schenken van aandacht aan belangrijke punten zoals duidelijk communiceren, een verzorgd uiterlijk en concrete interviewvragen is van essentieel belang voor een goed interview. Concrete interviewvragen zijn een belangrijke factor die de betrouwbaarheid verhogen. Deze vraagstellingen worden zo neutraal en concreet mogelijk opgesteld, waardoor suggestieve vraagstellingen worden vermeden. Daarnaast worden begrippen geoperationaliseerd en toegelicht in de interviews wanneer deze niet duidelijk blijken. Door op deze wijze vraagstellingen te formuleren geven de interviewers antwoord op eenzelfde vraagstelling en niet op een vraagstelling die door henzelf wordt geïnterpreteerd. De uitkomsten van de interviews zijn hierdoor makkelijker vergelijkbaar (Baarde & De Goede, 2006). Voor een overzicht van de interviewvragen zie bijlage 4.

3.5.2 Validiteit

Als we spreken van intern valide resultaten, dan bedoelen we dat we in staat zijn om de juiste conclusies te trekken. Dat zijn conclusies die standhouden en de kritiek van collega-onderzoekers kunnen overleven (Verhoeven, 2011). Als onderdeel daarvan moet er worden nagegaan of de steekproef de juiste afspiegeling vormt van de populatie. De steekproef moet in een bepaald aantal (voor het onderzoek) relevante kenmerken lijken op de populatie. Met deze vorm van validiteit, die ook wel populatievaliditeit wordt genoemd, wordt de reikwijdte van onderzoek bepaald (Verhoeven, 2011). Het onderzoek is niet erg representatief voor soortgelijke populaties, dit omdat iedere therapeut een andere invulling geeft aan de basis van de twee speltherapievormen. Het onderzoek is dus niet extern valide maar omdat het onderzoek dus wel een hoge vorm van interne validiteit bezit heeft RHV Spel in Oldenzaal

baat bij ons onderzoek. Wel is het onderzoek representatief voor de onderzoekspopulatie omdat van alle kinderen die bij RHV Spel in Oldenzaal die Theraplay en/of individuele speltherapie volgen, er veertien opvoeder geïnterviewd worden. Een andere vorm om de validiteit te meten is de begripsvaliditeit, ook wel constructvaliditeit genoemd. Begripsvaliditeit heeft betrekking op de meetinstrumenten die in een onderzoek worden gebruikt (Verhoeven, 2011). Doordat begrippen uit de hoofd-en deelvragen zijn geoperationaliseerd meten we, zie bijlage 3, wat we willen meten. Dit versterkt de interne validiteit.

3.6 Ethische overwegingen

Migchelbrink (2008) beschrijft dat het van groot belang is je goed te kunnen verantwoorden als onderzoeker. Dat betekent dat er aan een aantal ethische aspecten moet worden gedacht gedurende het doen van onderzoek. Zo is het belangrijk om nauw samen te werken met de opdrachtgever en mogelijk te maken keuzes alvorens deze door te voeren te bespreken met de opdrachtgever. Bij het verzamelen van data krijgen onderzoekers ook met ethische overwegingen te maken. Daarvoor zijn onderstaande richtlijnen opgesteld:

- De respondent mag geen nadelige effecten ervaren van de uitkomsten van het onderzoek.
- De interviews worden in vertrouwelijke sfeer afgenomen en de resultaten zullen anoniem worden verwerkt.
- De respondent werkt op geheel vrijwillige- en anonieme basis mee aan het onderzoek.
- Zonder toestemming van de opdrachtgever zullen geen gegevens van het onderzoek verstrekt worden.

Gedurende dit onderzoek wordt er intensief rekening gehouden met de ethische overwegingen. Zo is er nauw contact met de opdrachtgever, werken respondenten vrijwillig en op anonieme basis mee. Door deze anonimiteit te waarborgen ervaart de respondent geen nadelig effect van de uitkomsten van het onderzoek omdat deze uitkomsten niet naar hem/haar te herleiden zijn.

Hoofdstuk 4. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van de praktijkdeelvragen beschreven worden. Allereerst zullen in paragraaf 4.1 de kenmerken van de respondenten beschreven worden, waarna in paragraaf 4.2 en 4.3 de praktijkdeelvragen zullen worden uitgewerkt. De deelvragen die in dit hoofdstuk beantwoord gaan worden zijn: ‘Welke meerwaarde zien de opvoeders in de speltherapievorm individuele speltherapie?’ en ‘Welke meerwaarde zien de opvoeders in de speltherapievorm Theraplay?’

4.1 Kenmerken van de respondenten

Het onderzoek zou zich in eerste instantie richten op twee groepen respondenten. Van deze groep respondenten zouden de kinderen of individuele speltherapie of de Theraplay gevolgd hebben. Gedurende het afnemen van de interviews is gebleken dat deze twee groepen in de praktijk niet gescheiden kunnen worden omdat er bij RHV Spel in Oldenzaal veelal een combinatie van beide therapieën wordt ingezet. Daarom is er voor gekozen om de twee groepen respondenten samen te voegen tot één groep. De antwoorden die verkregen zijn bij de interviews zijn expliciet opgesplitst in individuele speltherapie en Theraplay om zo toch een zo volledig mogelijk antwoord te kunnen geven op de deelvragen.

Met betrekking tot de interviews met de opvoeders waren er in zijn totaliteit twaalf respondenten. Wat zij gemeenschappelijk met elkaar hebben is dat zij allemaal verbonden zijn aan de speltherapiepraktijk RHV Spel in Oldenzaal waarvan één of meerdere kinderen een vorm van speltherapie volgen.

Bij het merendeel van de interviews was de respondent de biologische moeder, tien in totaal. Één interview is gevoerd met een adoptiemoeder en één interview is gevoerd met de biologische vader. De kinderen van deze opvoeders waren allemaal in de leeftijd van anderhalf tot twaalf jaar. De gemiddelde leeftijd van de kinderen is 7,5 jaar. Tot slot is er ook een verschil in de duur van de speltherapie. Dit varieert van zes tot zeventig sessies. Het gemiddelde aantal sessies van de respondenten waarvan de kinderen speltherapie volgen is 40 sessies.

4.2 Meerwaarde van de speltherapievorm individuele speltherapie volgens opvoeders

In deze paragraaf worden de uitkomsten van de interviews met de opvoeders waarvan één of meerdere kinderen individuele speltherapie volgen besproken. De interviewvragen zijn opgedeeld in drie dimensies, namelijk: interactie, (on)veiligheid en afstand/nabijheid. Daarnaast zijn er een aantal inleidende en afsluitende vragen gesteld. De deelvraag die beantwoord wordt door de antwoorden op de interviewvragen luidt: ‘Welke meerwaarde zien opvoeders in de speltherapievorm individuele speltherapie?’

Hieronder zullen de uitkomsten van de interviewvragen besproken worden. De antwoorden die bij een dimensie gegeven worden zijn in sommige gevallen toepasbaar op één of meerdere dimensies. Dit komt doordat de kenmerken van hechting veelal met elkaar overeenkomen.

4.2.1 Interactie

Door het inzetten van de speltherapievorm individuele speltherapie, zeggen vier opvoeders dat het contact met hun kind is verbeterd ten opzichte van voor de therapie. Een van de respondenten gaf aan: *‘Mijn kind was altijd heel opstandig, en gooide het direct op het huilen.’*

Dat is een stuk minder geworden. We merken dat het communiceren met hem makkelijker is geworden'. Daarnaast gaven zes respondenten aan dat zij geen verandering hebben gemerkt in het contact met hun kind omdat dit contact volgens de opvoeders altijd al goed is geweest. Zo gaf een respondent aan: 'Ik had met mijn kind altijd al een goede band. Ik begrijp haar heel goed en ze communiceert met mij ook goed. Zijzelf is sterker geworden door de therapie maar onze band is hetzelfde gebleven'.

Op de vraag in welke mate het kind troost zoekt bij de opvoeder, zien drie respondenten verandering. Zo geeft één opvoeder aan: *'Ik denk dat hij zich nu meer veilig voelt bij mij dan als ik kijk naar één jaar geleden. Omdat wij in een proces zijn met elkaar leer ik nieuwe dingen, zo leer ik dat het handig is om mijn eigen spanning te parkeren zodat wij beter contact met elkaar kunnen maken en de drempel tot troost zoeken verkleind is'.* Twee zien er geen verandering en drie zien soms of een beetje verandering. Drie respondenten geven aan dat hun kind minder driftbuien heeft gekregen sinds zij gestart zijn met de speltherapie. Daarnaast geven vier opvoeders aan dat hun kind zijn gedachten en gevoelens beter onder woorden kan brengen dan voorheen.

Wanneer gevraagd wordt of opvoeders verandering zien in de manier van samenwerken met hun kind, geven zes respondenten aan dat zij wel verandering zien. Zij geven aan dat zij meer dingen met de kinderen ondernemen en door de speltherapie handvaten gekregen te hebben in de manier van het maken van contact met het kind. Zo geeft een respondent aan: *'Ik denk echt dat praten daarin het meest is veranderd. Voor de therapie vond hij het moeilijk om over zijn gevoel te praten. Hij sloeg dan dicht. Nu kunnen we nog meer dingen uitspreken'.* Één opvoeder geeft aan dat hier nog geen verandering in heeft plaatsgevonden maar dat zij dit wel graag zou willen zien.

Drie opvoeders geven aan dat zij een verandering hebben gezien in hoe hun kind omgaat met gezag. Ze geven vooral aan dat de therapie de kinderen rustiger maakt. Zo luisteren ze beter en kunnen de opvoeders beter contact met hun kind krijgen. Één van de respondenten gaf aan dat: *'Waar mijn kind eerst helemaal begon te flippen, is ze nu alleen boos of verdrietig. Door de speltherapie heeft ze geleerd om uit de situatie te lopen. Nadien kan ik dan goed contact met haar krijgen'.*

4.2.2 (on)veiligheid

De mate waarop een kind reageert wanneer een opvoeder terugkomt in de ruimte zegt wat over zowel de (on)veiligheid tussen de opvoeder en het kind als de afstand- nabijheid. Op deze vraag hebben vier respondenten aangegeven dat zij een positieve verandering hebben waargenomen. Zo gaf een respondent het volgende aan: *'Toen mijn man wel eens voor zijn werk weg moest, vond ons kind dat in het begin heel erg moeilijk. X was bang dat mijn man niet terug kwam en dan begon zij te huilen. Nu heeft ze dat niet meer'.* Daarnaast geven twee opvoeders aan hier geen verandering in te merken. Vier opvoeders zien een beetje verandering. Twee hiervan benoemen dat zij zien dat hun kind actiever reageert wanneer zij terugkomen van een weekend of een dag met hun biologische vader.

Vijf van de respondenten reageren positief wanneer gevraagd wordt in hoeverre hun kind nieuwe dingen willen leren, ontdekken en onderzoeken. Zij geven aan dat hun kind moediger, rustiger en minder bang is geworden door het volgen van de individuele speltherapie. Één van

de respondenten gaf aan hier geen verandering in te zien. Twee opvoeders zijn soms of een beetje verandering. Van de respondenten die positief reageerden, gaf één van hen het volgende aan: *'Ja dat is alleen maar beter geworden. Schoolresultaten gaan goed omhoog. Ze is wat zelfverzekerder. Vroeger was ze niet zelfverzekerd en ze durfde eigenlijk helemaal niks. Altijd heel erg verlegen en nu staat ze er'.*

Op de vraag of opvoeders verandering zien in hoe hun kind omgaat met stressvolle situaties, geven drie opvoeders een duidelijke verandering aan. Één opvoeder geeft het volgende aan: *'Ze is er wel beter in geworden. De speltherapie en het feit dat ze ouder wordt helpt haar om dingen beter te verwoorden'.* De kinderen accepteren sneller wanneer er veranderingen zijn en lopen hier niet meer voor weg. Ze reageren rustiger in stressvolle situaties en hebben meer zelfvertrouwen gekregen.

4.2.3 Afstand- nabijheid

Op de vraag of opvoeders verandering zien in de mate waarop hun kind zelfstandig kan spelen geven drie opvoeders aan dat ze hierin wel een verandering zien. Zo geeft een opvoeder aan: *'Ja, ze speelt wel meer alleen nou, ze kan veel meer zonder mij. Ze kan zich beter redden zonder dat ik haar elke keer moet helpen'.* Vier opvoeders geven aan dat zij geen verandering zien. De belangrijkste reden die de opvoeders hiervoor aangeven is het mobiele tijdperk. De kinderen spelen niet meer maar zitten alleen achter de tablet en/ of de computer. Vier opvoeder geven aan soms of een beetje verandering te zien. De meest overeenkomende reden die zij hier voor geven is dat hun kind in een leeftijdfase komt waar zij minder gaan spelen en veel dingen kinderachtig gaan vinden.

Vier opvoeders geven aan bij de vraag of zij verandering zien in het gedrag van hun kind bij het nemen van afstand door de opvoeder, dat zij wel een verandering waarnemen. Een van de respondenten gaaf aan dat: *'Voorheen gingen wij eigenlijk nooit weg, omdat X dat zo erg vond. Nu kadert zij het nu wel voor zichzelf dat het veilig is en kunnen wij ook rustig een avondje bij de burens op visite gaan'.* Een andere respondent geeft aan dat haar kind de driftbuien niet meer heeft. Een andere opvoeder geeft aan dat haar kind niet meer huult wanneer zij hem wegbrengt naar de basisschool.

Vier opvoeders geven aan een verandering te zien in de manier waarop hun kind reageert tegenover vreemden. Zo geven twee opvoeders aan dat hun kind terughoudender is geworden: *'Vroeger ging ze met iedereen mee. Ze had geen grenzen en vond iedereen aardig en leuk. Mede door de speltherapie is ze geschoold in dat je een bepaalde afstand neemt. Dit doet ze nu ook'.* Drie opvoeders geven aan dat zij soms of een beetje verandering zien. De gezamenlijke overeenkomst hierin is dat ze aangeven dat hun kind kleine stapjes aan het maken is. Zij durven nu bijvoorbeeld wel de deur te openen voor vreemden waar zij dit voorheen niet deden.

4.2.4 Overig

Naast de eerder genoemde vragen, werden de respondenten ook gevraagd naar andere verschillen dan bovengenoemd. Hierop gaven opvoeders aan dat hun kind meer rekening houdt met anderen, hij meer praat, veel meer open staat voor adviezen, meer bereid om zelf iets te doen en dat het kind zich beter uit. Daarnaast gaven opvoeders aan dat het zelfvertrouwen van hun kind beter is geworden. Ze weerbaarder worden en dat het kind meer

zichzelf kan zijn.

Ook werd de opvoeders gevraagd om de therapievorm die zij volgen of gevolgd hebben een cijfer te geven. Het gemiddelde cijfer dat de opvoeders hebben gegeven is een 7,8. De cijfers die gegeven zijn variëren tussen een 4,5 en een 10. Één van de opvoeders gaf aan: *‘De therapie kreeg voor de zomervakantie een 8,5. Na de vakantie is dit echt een 4,5. Ik denk echter niet dat dit door de speltherapie opzich ligt maar aan X zelf. Als zij zelf niet geholpen wil worden, of zij openbaard zich niet, dan kan je ook moeilijk geholpen worden’*.

Bovenstaande 4,5 is de enige onvoldoende die is gegeven door de opvoeders. Veel ouders geven aan dat zij het initiatief van RHV Spel als zeer prettig ervaren. Zo geeft een opvoeder aan dat het contact tussen haar en haar kind veel hechter is geworden. Ook volgen zij nu een adoptiegroep die is georganiseerd is door Mevrouw Hooge Venterink. In deze adoptiegroep kunnen de geadopteerde kinderen met elkaar praten en spelen.

4.3 Meerwaarde van de speltherapievorm Theraplay volgens opvoeders

In deze paragraaf worden de uitkomsten van de interviews met de opvoeders waarvan één of meerdere kinderen Theraplay volgen besproken. De interviewvragen zijn opgedeeld in drie dimensies, namelijk: interactie, (on)veiligheid en afstand/nabijheid. Daarnaast zijn er een aantal inleidende en afsluitende vragen gesteld. De deelvraag die beantwoord wordt door de antwoorden op de interviewvragen luidt: ‘Welke meerwaarde zien opvoeders in de speltherapievorm Theraplay?’

Hieronder zullen de uitkomsten van de interviewvragen besproken worden. De antwoorden die bij een dimensie gegeven worden zijn in sommige gevallen toepasbaar op één of meerdere dimensies. Dit komt doordat de kenmerken van hechting veelal met elkaar overeenkomen.

4.3.1 Interactie

Twee opvoeders zien verandering in het contact met hun kind. Door de speltherapie merken de ouders dat hun kind meer naar de opvoeder toe trekt. Zo geeft een respondent aan: *‘Ze vraagt van alles, ze praat het meest met mij. Knuffelen doen we ook meer dan voorheen. Eerder trok ze meer naar mijn man toe maar nu meer naar mij’*. Een andere opvoeder geeft aan dat de situatie gelijk gebleven is. Wel merkt ze dat wanneer er in de privésituatie weer wat gebeurd is, de kinderen aanhankelijker zijn dan wanneer er rust in de privésituatie is.

Één opvoeder geeft aan een duidelijke verandering te merken in de mate waarop het kind troost zoekt bij de opvoeder: *‘Ze is een heel gevoelig kind, dat was ze al vanaf het begin. Als zij huilde dan was zij ook gauw overstuurd. Door de speltherapie hebben we geleerd hoe wij hier mee om moeten gaan en nemen we het onszelf minder kwalijk. Het kan namelijk heel goed komen dat dit past bij het rugzakje die zij heeft meegekregen vanuit de adoptie’*. Één opvoeder geeft aan hier helemaal geen verandering in te merken: *‘Mijn kind claimde mij altijd. Dus wanneer zij verdrietig was kwam en komt zij altijd direct naar mij toe’*.

Drie opvoeders geven aan dat er een verandering heeft plaats gevonden in de samenwerking tussen het kind en de opvoeder. Één opvoeder geeft aan dat ze meer dingen samen doen. Zo plannen ze eens per week een filmavond en laat zij het kind vaker helpen en wil zij vaker meewerken als ze iets samen met haar opvoeder doet. Een andere opvoeder geeft aan dat ze

door de therapie geleerd heeft om te gaan met haar zoon die hoogstwaarschijnlijk PDD-NOS heeft. Door deze handvaten begrijpt zij haar zoon beter en kunnen zij beter samenwerken. Één opvoeder geeft aan dat er weining verandering heeft plaatsgevonden: *'Ik hobbel eigenlijk achter haar aan. Ik laat haar leiden. Ik laat haar de dingen doen en als ik dan geen zin meer heb dan probeer ik haar een beetje af te leiden maar dan wil ze je er toch weer graag bij hebben. Al doe je niet veel, toch wil ze dat je er bij zit. Dat ben ik nu natuurlijk aan het leren en doordat ik mij hier nu bewust van ben, is de eerste stap tot beter resultaat gezet'*.

Bij het omgaan met het gezag geeft één ouder aan: *'Ze geeft de laatste tijd duidelijk haar mening en maakt hier soms een discussie van. Voorheen luisterde ze altijd heel erg goed. Als je zei dat iets niet mocht dan deed zij dit ook niet. Ik heb haar nooit straf hoeven geven. Maar misschien dat de pre- puberteit er ook al wel een beetje in zit'*. Naast deze opvoeder geven nog twee andere opvoeders aan ook een verandering te zien: *'Wanneer mijn dochter haar zin niet krijgt wordt zij heel boos en gaat zij huilen. Als ze haar zin krijgt gaat het over, maar door de therapie leer ik zelf om duidelijke grenzen te stellen. Het gaat dus wel beter maar nog niet optimaal'*. Een opvoeder geeft aan dat haar kinderen op school of bij vriendjes wel om kunnen gaan met gezag maar dat dit thuis minder het geval is.

4.3.2 (on)veiligheid

Wanneer er gevraagd wordt of het kind anders reageert wanneer de opvoeder terug komt in de ruimte, geeft één opvoeder aan hier geen verandering in te zien. Twee opvoeders geven aan dat ze hier wel een verandering in zien. Een overeenkomende factor hierin is dat het kind de situatie beter kan overzien en ook kan redeneren of hij juist heeft gehandeld. Daarnaast zijn dingen door middel van de therapie beter bespreekbaar geworden met de opvoeder.

Bij de vraag of de opvoeders verandering hebben gemerkt in de mate waarop hun kind nieuwe dingen wil leren, ontdekken of onderzoeken geven meerdere opvoeders aan geen concrete verandering waargenomen te hebben. Echter geeft één opvoeder aan dat zij door de Theraplay handvaten heeft gekregen om hierover met haar zoon in gesprek te gaan. Door deze handvaten kon hij sneller relativiseren en uitte de spanning zich niet in buikpijn en veel verdriet.

Op de vraag of de opvoeders hebben gemerkt in de manier van omgaan met stressvolle situaties door het kind, geeft één opvoeder als antwoord dat deze situatie negatief is veranderd: *'Bij de opvang vind ze het tegenwoordig stressvol als ik weg ga. Dan gaat ze huilen en heel verdrietig doen. Ook klampt zij zich aan mij vast. Wanneer ik dan daarna om het hoekje kijk is het voorbij en zit ze te spelen. Dat was voorheen niet zo. Dan kon je haar bij de opvang op de vloer neerzetten en dan kon ik gewoon weg. Dat vind ze nu echt niet leuk'*. Een verandering die is opgemerkt door een opvoeder is dat het kind sneller accepteert wanneer er veranderingen zijn en door de therapie geleerd heeft hoe hij daar mee om moet gaan. Voorheen liep het kind, vanwege zijn onzekerheid, uit de situaties weg. Dat doet hij nu niet meer. Een opvoeder die geen verandering heeft gemerkt geeft aan dat het waarschijnlijk komt omdat de privésituatie hetzelfde blijft.

4.3.3 Afstand- nabijheid

Twee opvoeders zien verandering in de mate waarop hun kind zelfstandig kan spelen. Zo geeft een ouder aan: *'Ja, ze speelt wel mee alleen nou. Ze kan veel meer zonder mij. Ze kan zich beter redden zonder dat ik haar elke keer moet helpen'*. Een andere opvoeder geeft aan

dat haar dochter ten opzichte van voor de therapie beter zelfstandig kan spelen. Dit komt waarschijnlijk doordat zij nu beter weet wat zij leuk vindt en met welk speelgoed ze kan spelen. Één opvoeder geeft aan geen verandering te zien. Volgens de opvoeder kan hij zichzelf alleen vermaken met de tablet en de computer. Twee opvoeders geven aan een beetje verandering te zien. Zij merkt dat haar zoon wat fantasie mist en daardoor niet weet hoe hij verder moet spelen: *‘Bij de therapie heb ik geleerd hoe ik hem hier het beste in kan ondersteunen en dit zorgt er voor dat hij thuis steeds meer zelf gaat spelen’*.

Twee opvoeders zien verandering in het gedrag bij hun kind wanneer de opvoeder afstand van hen neemt: *‘Voorheen had mijn kind driftbuien, wat zich resulteerde in huilen, schreeuwen, schoppen en slaan. Dat is nu zo goed als weg’*. Een van de opvoeders geeft aan dat haar kind dit niet altijd leuk vindt maar het kind reageert niet buitensporig.

Wanneer aan opvoeders gevraagd wordt hoe hun kinderen reageren wanneer de opvoeder afstand van hem of haar neemt, geven twee opvoeders aan dat zij hier verandering in zien. Zo geeft één opvoeder aan dat haar vroeger niet reageerde tegenover vreemden: *‘Nu gaat zij nog niet uit zichzelf een praatje maken maar wanneer mensen haar iets vragen dan blijft zij wel staan. Dan kijkt ze diegene aan en geeft ze antwoord. Dit is al een hele vooruitgang ten opzichte van voorheen’*. Drie opvoeders geven aan dat er beetje verandering heeft plaatsgevonden. Één opvoeder geeft aan dat haar dochter nu wel naar de deur loopt als de bel af gaat, iets wat ze voorheen niet deed. Zij is echter geen allemans vriendje en trekt nog veel naar haar opvoeder toe.

4.3.4 Overig

Overige veranderingen die de opvoeders hebben waargenomen in de omgang met hun kind(eren) zijn: beter begrijpen van het kind, houdt meer rekening met anderen, praat meer, staat veel meer open voor advies en het zelfvertrouwen is beter geworden. Daarnaast geeft een opvoeder aan dat door het inzetten van de therapie de opvoeder zich meer bewust is geworden van het handelen en het reageren op haar kind.

Ook werd de opvoeders gevraagd om de therapievorm die zij volgen of gevolgd hebben een cijfer te geven. Het gemiddelde cijfer dat de opvoeders hebben gegeven is een 7,9. De cijfers die gegeven zijn variëren tussen een 7,5 en een 8,5. Één van de opvoeders gaf aan: *‘Door het inzetten van de MIM test kreeg ik zelf een beter beeld bij waar hier aan werd gewerkt. Daarnaast is het contact tussen mij en mijn kind veel hechter geworden en vind ik dat Renate heel erg goed is in het opgaan in een kind’*. Een andere opvoeder gaf aan dat: *‘Er is veel persoonlijk contact bij de praktijk. Dit heeft verreweg mijn voorkeur ten opzichte van de normale GGZ’*.

4.4 Verbeterpunten

Afsluitend is er tijdens de interviews gevraagd naar algemene verbeterpunten voor RHV Spel in Oldenzaal. Zes van de twaalf ondervraagde opvoeders hebben aanbevelingen voor bovenstaande speltherapie praktijk. Zo geeft één ouder waarvan het kind individuele speltherapie volgt aan dat ze graag mee wil kijken bij de therapie en dat ze graag meer handvaten zou willen krijgen. Daarnaast geven twee respondenten aan dat ze vaker/ eerder een evaluatie willen, zodat zij meer op de hoogte zijn van wat er gebeurd gedurende de therapie. Verder geven twee respondenten aan dat ze vaker een oudergesprek wensen om te

weten welke vooruitgang er is geboekt. Één van de respondenten gaf daarnaast aan dat zij het prettig zou vinden wanneer ook haar andere kinderen/ het hele gezin een keer mee kunnen doen tijdens de therapie zodat zij beter weten wat zij in bepaalde situaties kunnen doen. Tot slot geeft één opvoeder aan dat de verslaglegging wat feitelijker en concreter mag, zodat deze (indien nodig) ook naar andere instanties kan worden verstuurd.

Hoofdstuk 5. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek beschreven. In paragraaf 5.1 worden de conclusies op de praktijk deelvragen gegeven, in paragraaf 5.2 wordt de conclusie op de hoofdvraag van dit onderzoek beschreven. Tot slot worden in paragraaf 5.3 aanbevelingen besproken.

5.1 Conclusies op de deelvragen

In paragraaf 5.1.1 en 5.1.2 zullen de conclusies op de praktijkdeelvragen besproken worden.

5.1.1 Welke meerwaarde zien de opvoeders in de speltherapievorm individuele speltherapie?

Aan de opvoeders werd gevraagd om de individuele speltherapie een cijfer te geven op schaal van 0 tot 10, waarbij 0 geen meerwaarde is en 10 een grote meerwaarde is. De cijfers die gegeven zijn variëren tussen een 4.5 en een 10, het gemiddelde cijfer wat de opvoeders hebben gegeven is een 7.8. Veel ouders geven aan dat ze het initiatief van RHV Spel als zeer prettig ervaren. Zo geeft een opvoeder aan dat het contact tussen haar en haar kind veel hechter is geworden, dit komt mogelijk doordat individuele speltherapie positieve effecten lijkt te hebben op de sociale vaardigheden van een kind (Bratton et al., 2005; Ray et al., 2001). Een ouder gaf aan dat de therapeut erg goed is in het opgaan in het kind, dat zij er dingen uit haalt die voor een kind nodig zijn maar bovenal dat zij vindt dat de therapeute het kind respecteert. Een andere meerwaarde dat gegeven werd aan de individuele speltherapie is dat de kinderen hun gedachten en gevoelens op een veilige manier kwijt kunnen aan de speltherapeute. Merendeel van de opvoeders geeft aan dat zij een positieve verandering bij hun kind hebben waargenomen in de mate waarop het kind troost zoekt bij de opvoeder.

Concluderend kan er gezegd worden dat opvoeders over het algemeen zeer positief aankijken tegenover individuele speltherapie. Hellendoorn (2005) omschrijft deze vorm van therapie als een oplossing wanneer ingrijpende gebeurtenissen of psychische problemen de ontwikkeling van het kind belemmeren. Het merendeel van de opvoeders heeft bij de verschillende dimensies verbeteringen aangegeven met betrekking tot interactie, (on)veiligheid en afstand-nabijheid. Zoals meerdere opvoeders hebben aangegeven, hebben hun kinderen een positieve verandering doorgemaakt op het gebied van sociale vaardigheden, gedrag en angst. Dit wordt bevestigd in de theorie van Bratton et al (2005).

5.1.2 Welke meerwaarde zien de opvoeders in de speltherapievorm Theraplay?

Aan de opvoeders werd gevraagd om de Theraplay een cijfer te geven op schaal van 0 tot 10, waarbij 0 geen meerwaarde en 10 een grote meerwaarde is. De cijfers die zijn gegeven variëren tussen een 7.5 en een 8.5, het gemiddelde cijfer wat de opvoeders hebben gegeven is een 7.9. Één opvoeder gaf aan dat ze door het inzetten van de MIM test een beter beeld heeft gekregen wat er tijdens de therapie werd gedaan en dat ze een beter zelfinzicht heeft gekregen. Daarnaast is er uit de interviews gebleken dat verschillende opvoeders het erg prettig vinden om Theraplay te volgen, één van de redenen hiervoor is dat ze zelf een beter inzicht krijgen in de inhoud van de therapie en dat door het spelen zij het idee hebben een hechtere band krijgen met hun kind. Dit blijkt ook uit de theorie van Bartelink (n.d.), waarin wordt beschreven dat wanneer de opvoeder de onderliggende behoeften van zijn kind kan herkennen, hij/zij beter in staat is het kind te reguleren en het gedrag te sturen. Daarnaast geven een aantal opvoeders aan dat ze het als zeer prettig ervaren dat de therapie kan worden

gepauzeerd zodat zij van de therapeut handvaten kunnen krijgen voor hun manier van handelen op dat moment en in soortgelijke situaties. Merendeel van de opvoeders die Theraplay hebben gevolgd geven aan dat de reactie van hun kind, wanneer de opvoeder terug komt in een ruimte, positief is veranderd dankzij het volgen van de Theraplay.

Daarnaast geven de opvoeders aan dat de band tussen de opvoeder en het kind verbeterd. Hier is deze therapievorm ook op gericht. Een belangrijk onderdeel van de Theraplay is om ook het fysiek en emotioneel contact te bevorderen. Denk hierbij onder andere aan het vasthouden en het knuffelen van hun kind(eren) (Bartelink, 2012).

Concluderend kan gezegd worden dat opvoeders gedurende de therapie geholpen worden om de signalen van hun kind te begrijpen. Daarnaast wordt hen geleerd hoe zij empathisch kunnen reageren op het gedrag van hun kind. Tijdens de therapie wordt ook de opvoeder gestimuleerd om de invloed van hun eigen jeugd te begrijpen in hun opvoedings- en verzorgingspatroon die zij zelf toepassen bij hun kind (Bartelink, n.d.). Uit de interviews is gebleken dat de opvoeder baat hebben gehad bij het bespreken van hun eigen kennen en kunnen omtrent opvoeden. Doordat zij betere inzichten hebben gekregen over hun manier van handelen zijn zij beter in staat hun kind te begrijpen, te stimuleren en te motiveren in wat het kind nodig heeft.

5.2. Conclusie op de hoofdvraag

Welke veranderingen in de hechting tussen opvoeder en kind zien opvoeders waarvan het kind Theraplay en/of individuele speltherapie volgen of hebben gevolgd bij RHV Spel in Oldenzaal?

Er kan geconcludeerd worden dat zowel individuele speltherapie en Theraplay invloed hebben op de verandering in de hechting tussen opvoeder en het kind. Gemiddeld gekeken scoort de Theraplay beter, deze krijgt van de opvoeders gemiddeld een 7,9, ten opzichte van de individuele speltherapie die gemiddeld een 7,8 krijgt van de opvoeders. De spelkamer van de individuele speltherapie is zo ingericht dat het kind zoveel mogelijk vrijheid heeft om met allerlei speelgoed en expressiemateriaal te spelen. Het materiaal dat aanwezig is in de ruimte doet een appèl op de beleavingswereld van het kind, zodat het kind op allerlei manieren kan laten zien wat hem/haar bezig houdt (Hellendoorn, 2005; Groothoff et al., 2009). Daarentegen wordt er bij de Theraplay geen of weinig gebruik gemaakt van speelgoed, het materiaal dat gebruikt wordt in deze therapie is eenvoudig en goedkoop. Het doel van de Theraplay is om een veilige, afgestemde en plezierige relatie tussen een kind en zijn opvoeder te ontwikkelen of te versterken (Bartelink, n.d.).

De meerwaarde die ouders gaven voor de therapievormen zijn erg verschillend. Uit de resultaten blijkt dat opvoeders, waarvan het kind individuele speltherapie volgt of heeft gevolgd, vaker aan hebben gegeven dat hun kind zich op sociaal emotioneel vlak verder heeft ontwikkeld dan voorheen. Opvoeders waarvan het kind Theraplay volgt en/ of heeft gevolgd, geven aan dat zij zelf als opvoeder sterker zijn geworden in het begrijpen van en het communiceren met hun kind.

Er kan geen eenduidig antwoord gegeven worden op de vraag welke therapievorm voor een grotere verandering zorgt in de hechting tussen opvoeder en kind omdat bij RHV Spel gebruik wordt gemaakt van verschillende therapievormen en/of methoden bij één kind. Daarnaast is het voor de opvoeder niet altijd duidelijk welke vorm van therapie hij/zij volgt, dit

vermoeilijkt het maken van onderscheid. Echter blijkt uit de theorie dat wanneer de opvoeders betrokken zijn bij de behandeling of er zelfs een actieve rol in spelen door training van de speltherapeut, het de kans op succes vergroot (Bratton et al., 2005).

5.3. Aanbevelingen

De aanbevelingen die hieronder worden beschreven gelden voor zowel de individuele speltherapie als voor de Theraplay. De opvoeders gaven meerdere keren gelijke antwoorden, vandaar deze keuze.

De aanbevelingen op basis van de interviews die voortkomen uit dit onderzoek zijn:

- Vaker terugkoppelingen en/of oudergesprekken voor de opvoeders die hier behoefte aan hebben
- Concreter en meer feitelijke verslaglegging
- Eerder evaluatiemomenten
- Grote lijnen van de sessies kunnen teruglezen
- Het meenemen van broertjes en/of zusjes in de therapie
- Opvoeders waarvan de kinderen individuele speltherapie volgen één of meerdere keren laten meekijken en/of meedoen.

Voor een eventueel vervolgonderzoek zouden de onderzoekers aanbevelen om meer opvoeders te interviewen, en eventueel enquêtes af te nemen, om een zo groot mogelijke onderzoekspopulatie te bereiken en hierdoor de uitkomst van het onderzoek betrouwbaarder wordt. Daarnaast wordt door de onderzoekers geadviseerd om de vragenlijst puntsgewijs af te gaan om zo geen vraag te vergeten of dubbel te stellen. Hierdoor kan een duidelijker beeld verkregen worden. Tot slot word er geadviseerd door de onderzoekers om de interviews in tweetallen af te nemen. Hierdoor kan één van de onderzoekers zich richten op het stellen van de vragen en kan de ander aanvullen op de vragen en de tijd bewaken.

Hoofdstuk 6. Sterkte- zwakte analyse en discussie

In dit hoofdstuk wordt allereerst de sterktes en zwaktes van dit onderzoek besproken. Daarnaast zal er een discussie te vinden zijn waarin verder wordt ingegaan op het inzetten van speltherapie als preventiemiddel op basisscholen.

6.1 Sterkte- zwakte analyse

Sterktes	Zwaktes
Aanwezigheid beide onderzoekers interviews	Onduidelijke afbakening van de verschillende therapie vormen
Half gestructureerde vragenlijst	Mogelijke beïnvloeding van de interviews door onderzoeker(s)
Realistische planning voor het onderzoek	Eerste benadering van respondenten werd niet door de onderzoekers gedaan.
	Niet alle interviewvragen zijn aan alle respondenten gesteld

6.1.1 Sterktes

Aanwezigheid onderzoekers interviews: beide onderzoekers waren tijdens het afnemen van alle interviews aanwezig. De interviews werden door één onderzoeker afgenomen waardoor de andere onderzoeker ruimte had om zaken op te merken en eventueel aan te vullen. Daarnaast kon door deze verdeling de tijd en structuur van het interview in de gaten worden gehouden. Zo kon de interviewer zich volledig richten op het stellen van de vragen.

Half gestructureerde vragenlijst: Doordat er gebruik werd gemaakt van een half gestructureerde vragenlijst kon er gericht gevraagd worden naar zaken die relevant waren voor dit onderzoek. Daarnaast was er voldoende ruimte om door te vragen om zo meer diepte antwoorden te krijgen.

Realistische planning voor het onderzoek: Door het maken van een realistische planning, door de onderzoekers, werden de taken in de juiste tijdsvolgorde ingepland. Doordat de onderzoekers zich hielden aan deze planning zorgde dit voor veel duidelijkheid en structuur tijdens het onderzoekstraject.

6.1.2 Zwaktes

Onduidelijke afbakening van de verschillende therapie vormen: Doordat diverse opvoeders niet exact wisten welke therapievorm(en) zij volgen, of gevolgd hebben, was het lastig om de doelgroepen te splitsen in individuele speltherapie en Theraplay. Dit komt doordat een aantal opvoeders, waarvan hun kind individuele speltherapie heeft gevolgd, zelf ook een aantal keren mee hebben gedaan tijdens de therapie en andersom. Doordat deze onduidelijke scheiding van de twee therapievormen was het voor de onderzoekers niet mogelijk om hierover een eenduidige conclusie te trekken.

Mogelijke beïnvloeding van de interviews door onderzoeker(s): Doordat de interviews face to face werden afgenomen, zouden de respondenten meer sociaal wenselijke antwoorden kunnen geven dan wanneer de interviews volledig anoniem afgenomen zouden worden. Echter

hebben de onderzoekers het idee dat de respondenten, mede omdat de gegeven antwoorden volledig anoniem en niet te traceren zijn, wel eerlijk zijn geweest in het geven van hun antwoorden op de interviewvragen. Doordat de interviewvragen van tevoren zijn opgesteld, hadden de onderzoekers een leidraad en werd de kans op eigen interpretatie en het sturen van de interviews verkleind.

Eerste benadering van respondenten werd niet door de onderzoekers gedaan: de eerste benadering van de respondenten werd gedaan door Mevrouw Hooge Venterink. Er is dus geen aselechte steekproef getrokken door de onderzoekers. Dit kan er voor zorgen dat de respons op de interviews selectief is.

Niet alle interviewvragen zijn aan alle respondenten gesteld: Tijdens de interviews zijn de onderzoekers met behulp van een vragenlijst te werk gegaan. Bij het afnemen van de interviews dachten de onderzoekers antwoord te hebben op diverse vragen, deze werden dan om dubbele antwoorden te voorkomen niet nogmaals gesteld. Echter bleek bij het uitwerken van de interviews dat er niet altijd concreet genoeg antwoord werd gegeven op een vraag en dat bij een aantal respondenten een vraag onbeantwoord is gebleven.

6.2 Discussie

Naar aanleiding van dit onderzoek is er gekozen voor het volgende discussiepunt:

‘Het inzetten van speltherapie als preventiemiddel op basisscholen’

Naar aanleiding van het onderzoek hebben de onderzoekers ervoor gekozen om een discussie te schrijven over het inzetten van speltherapie als preventiemiddel op basisscholen. Omdat de onderzoekers gedurende het onderzoek erachter kwamen dat middels speltherapie een kind veel vertelt en laat zien over zijn sociaal- emotionele ontwikkeling, cognitieve vaardigheden en angsten zijn zij van mening dat speltherapie als preventiemiddel moet worden ingezet op basisscholen om zo verdere problemen in hun ontwikkeling vroegtijdig te kunnen opsporen en aan te pakken.

In Nederland zijn kinderen leerplichtig van hun vijfde tot hun achttiende jaar. Elk kind is het meest gebaat bij adaptief onderwijs, dat wil zeggen bij onderwijs dat optimaal aansluit bij de individuele leer- en ontwikkelingsbehoeften van een kind (Mönks, 2015). Om adaptief onderwijs aan te kunnen bieden is het van belang dat duidelijk is wat er in het kind omgaat, om op die manier aan zijn/haar leerbehoeften te kunnen voldoen. Speltherapie geeft het kind de gelegenheid om te ontspannen, om gedachten, gevoelens en wensen te uiten, ervaringen te werken en te experimenteren met allerlei vormen van gedrag. De speltherapeut biedt het kind de mogelijkheid om nieuwe ervaringen op te doen, waardoor het kind emotioneel en cognitief nieuwe inzichten kan verwerven (NVVS, 2014).

Speltherapie wordt ingezet wanneer het kind moeite heeft met traumatische ervaringen, zoals: het verlies van belangrijke personen, kindermishandeling en/of veranderingen in de thuissituatie of gezinssamenstelling heeft. Daarnaast wordt speltherapie ook aangeboden aan kinderen met emotionele problemen, zoals: problemen met het uiten van gevoelens, een gebrek aan zelfvertrouwen, een negatief zelfbeeld en hechtingsproblemen. Tot slot wordt speltherapie ook ingezet wanneer een kind sociale problemen ervaart. Deze kunnen zich uiten door moeilijkheden in de omgang met leeftijdsgenoten of volwassenen. (Groothoff, Jamin & De Beer-Hoefnagels, 2009).

Om bovenstaande problemen op sociaal-emotioneel gebied van een kind voor te zijn, pleitten wij voor het inzetten van speltherapie als preventiemiddel op basisscholen.

Primaire preventie bestaat uit een algemene, universele aanpak die bestemd is voor alle kinderen uit een groep of school en die de individuele leerlingen niet stigmatiseert. De interventies op dit niveau kunnen bestaan uit een effectief georganiseerd klassenmanagement, een regelsysteem ten behoeve van een rustig en ordelijk werkklimaat en/of het gebruik van een programma voor sociale en emotionele competenties. Voor 85-90% van de leerlingen zal deze aanpak meer dan voldoende zijn (Overveld, 2014).

Doordat in 85 tot 90% van de gevallen aanvullende therapie niet nodig wordt geacht door het inzetten van preventieve speltherapie, is de kans groot dat problemen op sociaal-emotioneel gebied voor het kind zich niet verder ontwikkelen. Daarnaast wordt door het inzetten van speltherapie op basisscholen gewerkt aan vriendschappelijke relaties met klasgenoten waaruit wederzijds begrip en vertrouwen kan ontstaan. Door het stimuleren van wederzijdse interactie met leeftijdsgenoten kunnen drie elementaire gedragsoriëntaties onderscheiden worden, dit

zijn: prosociaal, antisociaal en sociaal teruggetrokken gedrag. Prosociaal gedrag kenmerkt zich door samenwerken en delen, het bieden van hulp en een vriendelijke omgang met anderen. Antisociaal gedrag kenmerkt zich daarentegen door agressiviteit, de neiging tot ruzie maken, het verstoren van activiteiten en het vertonen pestgedrag. Tot slot gaat het sociaal teruggetrokken gedrag gepaard met alleen zijn, geen initiatief nemen en het zelden of nooit iets zeggen in de klas. Deze kinderen zijn vaak verlegen of worden gepest (Mönks, 2015).

Met pesten bedoelen we herhaalde agressie die steeds gericht is tegen hetzelfde kind en waarbij aan dat kind doelbewust schade of nadeel wordt toegebracht. Pesten vindt bijna altijd plaats in groepen met een vaste samenstelling, zoals schoorklassen (Mönks, 2015). In een grootschalige Nederlandse studie (Fekkers, Pijper & Verloove-Vanhorick, 2005). Wordt gerapporteerd dat 16% van basisschoolleerlingen in de groepen zes, zeven en acht minstens één maal per week gepest te worden. Zes procent van die leerlingen geeft aan dat hij of zij minstens één maal per week andere leerlingen pest. Gepeste kinderen zijn in het algemeen fysiek zwakker, hebben een lage zelfwaardering, vertonen weinig prosociaal gedrag en hebben weinig sociale vaardigheden (Mönks, 2015).

Door het inzetten van speltherapie als preventiemiddel op basisscholen zal er meer aandacht komen voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind middels spel. Ook kunnen problemen op diverse gebieden eerder worden herkend en worden aangepakt. Hierbij kan gedacht worden aan gepest worden, problemen in de thuissituatie of het verwerken van angsten en/of nare gebeurtenissen.

Door het innemen van deze stelling zijn wij ons er terdege van bewust dat dit de nodige kosten met zich mee zal brengen. Bij de speltherapiepraktijk RHV Spel in Oldenzaal bedraagt één consult, één sessie, één oudergesprek of één observatie €50,-. Voor groepstrainingen vraagt RHV Spel €250,- dit is exclusief reiskosten. In het Onderzoek Jeugd en Opgroeien is informatie via de ouders verzameld. Volgens de ouders vertoont 11% van de 3- tot 18- jarigen gedragsproblemen (NJI, 2014).

Door het inzetten van speltherapie op basisscholen verkleint dit de kans op sociaal-emotionele, relationele en ontwikkelingsproblemen. Problemen die al aanwezig zijn kunnen worden herkend en doordat de klas gedurende de therapie samenwerkt zal het pestgedrag mogelijk afnemen.

‘Preventie loont’, want investeren in het voorkomen van problemen en aandoeningen aan het begin van de zorgketen is goedkoper dan het verschaffen van extra zorg aan het einde daarvan (Raat, 2013).

Literatuur

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A Psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Baarda, D.B., & De Goede, M.P.M. (2006). *Basisboek Methoden en Technieken: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (4^e herz. dr.). Groningen: Wolters-Noordhoff.

Bartelink, C. (2012). *Speltherapie*. Geraadpleegd op: http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Watwerkt_Speltherapie.pdf

Bartelink, C. (n.d.). *Theraplay*. Geraadpleegd op: <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Chronische-traumatisering-1/Theraplay>

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss*. Vol ii. Separation. New York: Basic Books.

Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376-390.

Groothoff, E., Jamin, H. & Beer-Hoefnagels, E. de (2009). *Spel in psychotherapie: Theorie, techniek en toepassing*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Höfer, S. (2015). *Speltherapie. Begeleid individueel spel in de gedragstherapie*. Amsterdam; BV. Uitgeverij SWP.

Kerpel, A. (2014). *Hechtingsstoornissen*. Geraadpleegd op: <http://wjl-leren.nl/hechtingsstoornissen-hechting.php>

Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as Disorganized/Disoriented during the Ainsworth strange situation. In: M.T. Greenberg, D. Gicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (p. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.

Migchelbrink, F. (2007). *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: B.V. Uitgeverij SWP

Mönks, F.J. (2015). *Ontwikkelingspsychologie. Inleiding tot de verschillende deelgebieden*. Assen: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum.

Nicolai, N. (2001). *Hechting en psychopathologie: een literatuuroverzicht*. Geraadpleegd op: http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_234pdf.pdf

NJI. (2014). *Cijfers over gedragsproblemen*. Geraadpleegd op: <http://www.nji.nl/nl/Gedragsproblemen-Probleemschets-Cijfers/Cijfers-over->

gedragsproblemen

NVVS. (2014). *Wat is speltherapie*. Geraadpleegd op: <http://www.speltherapie.net/psychotherapie-voor-kinderen/Wat-is-speltherapie.html>

Overveld, K., van. (2014). *Onderwijs en gedragsproblemen: Prioriteit voor preventie*. Geraadpleegd op: <http://wij-leren.nl/preventie-gedragsproblemen.php>

Praktijk voor psychologische en pastorale hulpverlening. (n.d.). Geraadpleegd op: <http://www.praktijkvoorpsychologischeenpastoralehulpverlening.nl/pdf/artikel-verstoorde-hechting-en-speltherapie.pdf>

Raat, H. (2013). *Investeren in opvoeden en opgroeien loont*. Opgehaald van https://assets.ncj.nl/docs/investeren_in_opvoeden_en_opgroeien_loont_092013.pdf

RHV Spel. (n.d.). *Kosten*. Geraadpleegd op: <http://www.rhvspel.nl/werkwijze#kosten>

Theraplay institute. (2013). *The MIM assessment*. Geraadpleegd op: <http://www.theraplay.org/index.php/the-mim-assessment>

The Theraplay Institute. (n.d.). *Wat is Theraplay*. Geraadpleegd op: http://www.theraplay.nl/Theraplay_Nederland/wat_is_theraplay_hulpverleners.html

Theraplay Nederland. (n.d.). *Theraplay in Nederland*. Geraadpleegd op: http://www.theraplay.nl/Theraplay_Nederland/welkom_1.html

Thoomes- Vreugdenhil, A. (2012). *Hechtingsproblemen bij kinderen*. Tielt: Uitgeverij Lannoo nv

Theraplay Institute. (2013). *What is Theraplay?* Geraadpleegd op: <http://theraplay.org/index.php/what-is-theraplay-3>

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Verstoorde hechting en speltherapie. (n.d.). *Verstoorde hechting en speltherapie*. Geraadpleegd op: <http://www.praktijkvoorpsychologischeenpastoralehulpverlening.nl/pdf/artikel-verstoorde-hechting-en-speltherapie.pdf>

Wijsman, J. (2010). *Levenskunst en onveilige hechting*. Geraadpleegd op: <http://www.leveninverbondenheid.nl/wp-content/uploads/PUBLICATIECIRKEL40juni2010.pdf>

Wal, H. van der. (2009). *Hechting is van levensbelang*. Geraadpleegd op: <http://kiind.nl/article65/>

Bijlage 1. Model overeenkomst onderzoeksopdracht

Model overeenkomst onderzoeksopdracht



Academie Mens en Maatschappij

OVEREENKOMST ONDERZOEKSOPDRACHT

STUDENTGEGEVENS

Naam Daphne Sander / Merle Schweeling
 Adres Hoge maas 20 / Piepersveldweg 12
 Postcode/woonplaats 7605 ND Denderen / 7623 AV Borne
 Telefoonnummer -
 Mobiel 06-34410251 / 06-46660704
 Email daphne.sander@hotmail.com / merleschweeling@live.nl
 Opleiding SPH

(Indien meerdere deelnemende studenten, naam en adresgegevens toevoegen)

GEGEVENS INSTELLING/ORGANISATIE

Naam Organisatie + afdeling RHV Spel
 Eindverantwoordelijke onderzoek Bernte Hooge Bartman
 Onderzoeksbegeleider + opleiding
 Adres Tijgersdenst 4
 Postcode/woonplaats 7572 AH Oldenzaal
 Telefoonnummer 0581-520321
 Email Bernte@RHVSpel.nl

De organisatie geeft wel/niet* toestemming voor publicatie van het bachelorrapport.

GEGEVENS ACADEMIE MENS EN MAATSCHAPPIJ

Naam Organisatie + afdeling Saxion, Academie Mens en Maatschappij
 Eindverantwoordelijke onderzoek Karin Kremer-Baars
 Onderzoeksbegeleider + opleiding Ewald de Boer
 Adres M.H. Tromplaan 28
 Postcode/woonplaats Postbus 70.000/7513 AB Enschede
 Telefoonnummer 053-4871111
 Email

GEGEVENS ONDERZOEK

Onderwerp en achtergrondschets zie bijlage 1
 Doelstelling/vraagstelling zie bijlage 2
 Projectomschrijving zie bijlage 3
 Werkwijze Enquêtes en interviews
 Middelen (bijv. financiën, overlegtijd) Overleg tijd op voorvang

Tijdsfasering (start-, loop- eindtijd)	starttijd : 29 augustus 2016
Let op: dit mag maximaal zeven maanden in totaal beslaan.	op tijd : 7 maart 2017
Beoogde tussenproducten	eindtijd : 7 maanden
Producten ter beschikking	onderzoeksplan
Geheimhoudingsplicht (bijv. privacy)	computer, literatuur en info uit praktijk
	ja

OVERIGE AFSPRAKEN / CONDITIES:

Het onderzoeksplan is gelezen en geaccordeerd door de opdrachtgever.

Overige afspraken en condities, indien van toepassing, kunnen gemaakt worden door opdrachtgever en studenten met betrekking tot onder meer:

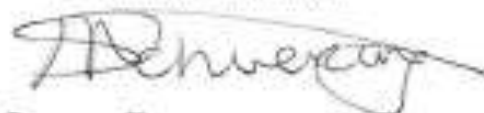
- de te leveren aantallen eindrapporten (en de mogelijke extra kosten daarvan) en daarmee samenhangende extra inspanningen, zoals een handzame samenvatting van de rapportage en/of persbericht;
- de presentatie van de onderzoeksresultaten;
- het copyright/auteursrecht. (In de vorm van een zinsnede als: "Het auteursrecht van de eindrapportage / eindproduct berust bij");
- het al dan niet hebben van publicatierecht van een rapport voor Academie M&M dan wel de betrokken organisatie (sluit direct aan bij voorgaande punt);
- het al dan niet gemeenschappelijk dragen van de kosten van een (mogelijke) publicatie;
- door de opdrachtgever te leveren inspanningen m.b.t. bijvoorbeeld het aanleveren van materiaal en informatie of te regelen voorzieningen ten behoeve van het onderzoek;
- afspraken m.b.t. de eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering van het onderzoek vanuit AMM. Dat is formeel de manager onderwijsuitvoering, die de verantwoordelijkheid delegeert aan de onderzoeksbegeleider;
- investerings- en betalingscondities: de naar verwachting vereiste financiële investering van de opdrachtgever (en eventuele bijdrage van de opdrachtnemer in de kosten), afspraken over mogelijk meerwerk en over betalingstermijnen/deelfacturen.

VOOR AKKOORD

- Handtekening Eindverantwoordelijke Opleiding

- Handtekening Eindverantwoordelijke Instelling

- Handtekening Student(en)



Datum en Plaats

Evt. Bijlagen 01 - 09 - 2016
Oldenzaal



Bijlage 1.1. Onderwerp en achtergrondsheets

In overleg met Mevrouw Hoog Venterink is het onderwerp van dit onderzoek vastgesteld. Dit onderzoek zal zich gaan richten op de hechting tussen opvoeder en kind en welke invloed verschillende therapieën hierop hebben. Dit onderzoek zal geschreven worden voor RHV Spel, gevestigd in Oldenzaal.

Sinds november 2014 biedt RHV Spel, naast de al eerder aangeboden vormen van speltherapie nu ook Theraplay aan. Mevrouw Hoog Venterink, opdrachtgever en tevens speltherpeute met specialisatie Theraplay, geeft aan dat ze in haar praktijk merkt dat de Theraplay therapievorm daadwerkelijk de band tussen opvoeder en kind positief kan versterken. Omdat er bij RHV Spel één speltherapeute bevoegd is om Theraplay te mogen geven kan Theraplay niet bij ieder kind met hechtingsproblematiek worden ingezet. Met behulp van dit onderzoek kan voor RHV Spel in kaart worden gebracht of het aanbieden van Theraplay leidt tot een verbetering van de hechting tussen opvoeder en kind ten opzichte van de resultaten van de individuele speltherapie. Afhankelijk van de uitkomst kan RHV Spel bepalen of het zinvol is om Theraplay vaker aan te gaan bieden dan nu gedaan wordt.

Bijlage 1.2. Doelstelling en vraagstelling

Het doel van dit afstudeeronderzoek is: *“inzicht krijgen in de vorderingen van de hechting tussen opvoeder en kind door middel van het inzetten van Theraplay of individuele speltherapie bij RHV Spel in Oldenzaal”*.

Dit effect wordt bepaald door een voormeting en nameting met behulp van een vragenlijst waarin de hechting tussen opvoeder en kind centraal staat.

Met behulp van dit onderzoek kan voor RHV Spel in kaart worden gebracht of het aanbieden van Theraplay leidt tot een verbetering van de hechting tussen opvoeder en kind. Afhankelijk van de uitkomst kan RHV Spel bepalen of het zinvol is om Theraplay vaker aan te gaan bieden dan de huidige situatie tussen opvoeder en kind. Bij positieve bevindingen is het wellicht mogelijk dat RHV Spel haar bevindingen deelt met andere speltherapiepraktijken zodat ook zij het vaker aanbieden van Theraplay kunnen overwegen. Op deze manier worden meer opvoeders en kinderen geholpen bij het verbeteren van de hechting en kan eventuele problematiek verminderd worden.

De onderzoeksvraag die uit het voortgaande voortvloeit, luidt als volgt:

Is er verschil in effectiviteit meetbaar tussen Theraplay en de individuele speltherapie in de hechting tussen opvoeder en kind bij RHV Spel in Oldenzaal?

Voor de definitie van bovenstaande begrippen wordt u doorverwezen naar de verklarende woordenlijst.

Bijlage 1.3. Projectomschrijving

In overleg met Mevrouw Hoog Venterink is het onderwerp van dit onderzoek vastgesteld. Dit onderzoek zal zich gaan richten op de hechting tussen opvoeder en kind en welke invloed verschillende therapieën hierop hebben. Dit onderzoek zal geschreven worden voor RHV Spel, gevestigd in Oldenzaal.

Dit gaan wij doen door middel van een literatuurstudie, het afnemen van enquêtes en het houden van verdiepende interviews. De enquêtes vormen een voor- en nameting en het doel van deze meting is de effectiviteit van de onderzochte therapieën meten. Dit zijn de individuele speltherapie en de Theraplay. Met behulp van de enquêtes wordt bepaald of Theraplay effectiever is, met betrekking tot de hechting tussen opvoeder en kind, dan de individuele speltherapie.

Bijlage 2. Operationalisatie

Begrip	Dimensies/ Aspecten	Indicatoren	Vragen interview
Hechting	Interactie tussen opvoeder en kind	– affectie tonen; – zoeken van troost - vertrouwen hebben in de ander/hulp zoeken – samenwerken - exploreren - controlerend gedrag vertonen - reactie bij hereniging/terugkeer gehechtheidsfiguur - reageren tegenover vreemden	Sinds u gestart bent met de therapie, ziet u verandering in: - Het contact tussen de opvoeder en het kind? - De manier van reageren van het kind bij terugkomst van de opvoeder in de ruimte? - In welke mate het kind troost zoekt bij de opvoeder? - In welke mate het kind nieuwe dingen wil proberen/ onderzoeken? - In welke mate het kind zelfstandig kan spelen? - Het gedrag van uw kind wanneer u afstand van hem/haar neemt? - De manier van samenwerken tussen u en uw kind? - De manier van reageren van uw kind tegenover vreemden? - Merkt u verandering in de omgang met uw kind?
	Veiligheid	- Kind zoekt nabijheid - Voelt zich vrij nieuwe dingen te	- De manier van reageren van het kind bij

		onderzoeken - Kind heeft vertrouwen dat opvoeder beschikbaar is - Kind is snel gerustgesteld	terugkomst van de opvoeder in de ruimte? - In welke mate het kind troost zoekt bij de opvoeder? - In welke mate het kind nieuwe dingen wil proberen/ onderzoeken? - In welke mate het kind zelfstandig kan spelen? - Het gedrag van uw kind wanneer u afstand van hem/haar neemt? - De manier van samenwerken tussen u en uw kind? - De manier van reageren van uw kind tegenover vreemden? - merkt u verandering in de omgang met uw kind?
	Onveiligheid	- Tegenstrijdig gedrag vertonen heeft geen vertrouwen in anderen en zichzelf - Verkent de omgeving minder en leert minder - Kinderen problemen hebben met het aanvaarden van gezag. - Krijgen van lichamelijke problemen - Vermijdt contact	- De manier van reageren van het kind bij terugkomst van de opvoeder in de ruimte? - In welke mate het kind troost zoekt bij de opvoeder? - In welke mate het kind nieuwe dingen wil proberen/ onderzoeken?

		- Reageert niet/nauwelijks bij terugkomst opvoeder - Plezierig contact met vreemden - Kind gedraagt zich quasi zelfstandig - Claimend gedrag - Gaat op een wisselende manier met afscheid nemen om - Gedrag is onberekenbaar - Kind heeft moeite om te gaan met stress	- In welke mate het kind zelfstandig kan spelen? - Het gedrag van uw kind wanneer u afstand van hem/haar neemt? - De manier van samenwerken tussen u en uw kind? - De manier van reageren van uw kind tegenover vreemden? - Merkt u verandering in de omgang met uw kind?
	Afstand/ nabijheid	- Band sterk en langdurig - Zoekt het kind nabijheid bij opvoeder	- Het contact tussen de opvoeder en het kind? - De manier van reageren van het kind bij terugkomst van de opvoeder in de ruimte? - In welke mate het kind troost zoekt bij de opvoeder? - Het gedrag van uw kind wanneer u afstand van hem/haar neemt? - De manier van samenwerken tussen u en uw kind? - De manier van reageren van uw kind tegenover vreemden? - Merkt u verandering in de

			omgang met uw kind?
--	--	--	---------------------

Bijlage 3. Labelschema

**De rest van het labelschema is opvraagbaar bij onderzoekers.*

	Hoofdlabel	Label	Code	Fragment
- Interactie - (On) veiligheid - Afstand/nabijheid	Contact met uw kind	Wel verandering	IT.3.	Ze trekt de laatste tijd meer naar mij toe. Ze vraagt dan van alles, ze praat het meest met mij en knuffelen doen we ook meer dan toen. Voorheen trok ze meer naar mijn man toe.
			IM.6.	Ja, ze is toegankelijker. Ze kan nu wat meer hebben dan voorheen
			I.11.	Aan de ene kant is het ook wel weer verbeterd.. Ik heb het idee dat ze mij nu ook wat meer gaat begrijpen. Ze wordt natuurlijk ook een puber maar ik heb wel het idee dat ik beter met haar kan overleggen.
			T.12.	Ik leer nou wel heel goed van de speltherapie, wat ik met haar kan spelen, welke dingen ik kan gebruiken en wat niet. Maar wat nu het meest verschil maakt is dat X mij minder opeist dan voorheen.
			I.13.	Ja. Het contact is duidelijker. X was eerst altijd heel zwaar emotioneel, dan kwam hij er niet uit en dan moest ik hem gewoon op de gang zeggen, puur voor de afzondering. Hij is veel minder druk, hij heeft nog wel drukke momenten maar dat is vooral als hij moe is. Maar hij was eerst altijd heel opstandig, gooide hij het altijd direct op het huilen, dat is een stuk minder geworden. En we merken dat het communiceren met hem makkelijker wordt,

				maar ik weet niet of dat komt door de speltherapie of doordat hij ouder wordt.
		Geen verandering	I.2. ITM.4. IM.5. ITM.7. I.8. I.9.	Met mij als opvoeder heeft ze altijd goed contact gehad. Ik denk dat we altijd al een hele goede band met onze drie kinderen hebben gehad. Ik had met X altijd al een goede band. Ik begrijp haar heel goed en ze communiceert met mij ook goed. Zij zelf is sterker geworden van de therapie maar onze band is hetzelfde gebleven. Dat is op zich wel gelijk gebleven. Kijk vanuit de kinderen wanneer er weer, pasgeleden gebeurde er ook weer wat, dan merk je weer dat ze gaan bedplassen maar dat heeft niks met mij te maken. Dat is de spanning die de kinderen hebben en het is altijd touwtrekken om mama. Ik ben alleen en kan mijn aandacht niet altijd verdelen. Goed maar dat was het voor die tijd ook al. Ik denk dat dit gelijk gebleven is. Ik denk dat ik gewoon goed contact heb met X, ik denk dat ik hem wel nu meer veiligheid kan bieden omdat ik zelf minder door mijn eigen spanning kan parkeren en ik dan zijn spanning kan opvangen. Maar als het gaat om de band of het contact dan is dat gelijk gebleven maar ik denk dat ik wel meer veiligheid en structuur kan bieden.
		Soms/ Beetje verandering		

Bijlage 4. Interviewvragen

1. Welke vorm van speltherapie heeft u gevolgd/ welke volgt u nu bij RHV Spel?
2. Waarom heeft u zich aangemeld voor deze speltherapie?
3. Hoeveel sessies heeft u al gehad?
4. Welke leeftijd heeft uw kind?
5. Wat is het geslacht van uw kind?
6. Wat is uw gezinssituatie?

Sinds u gestart bent met de therapie, ziet u verandering in...:

7. Het contact tussen de opvoeder en het kind?
8. De manier van reageren van het kind bij terugkomst van de opvoeder in de ruimte?
9. Welke mate het kind troost zoekt bij de opvoeder?
10. In welke mate het kind nieuwe dingen wil proberen/ onderzoeken?
11. In welke mate het kind zelfstandig kan spelen?
12. Het gedrag van uw kind wanneer u afstand van hem/haar neemt?
13. De manier van samenwerken tussen u en uw kind?
14. De manier van reageren van uw kind tegenover vreemden?
15. De manier van het omgaan met stressvolle situaties?
16. De manier van omgaan met gezag?
17. Merkt u verandering in de omgang met uw kind?
18. Wat heeft u al geleerd binnen deze therapie?
19. Zijn er nog andere verschillen die u merkt vergeleken bij het begin van de therapie?
20. Als u de meerwaarde van de therapie een cijfer mocht geven, tussen de 0 en 10, welk cijfer zou dit dan zijn?
21. Zijn er nog andere dingen die u kwijt wil?