



CDDS & LVB

Een inventariserend onderzoek naar de informatie uit de
Children's Diagnostic Drawing Series van kinderen met
een licht verstandelijke beperking

Carine Laan

1663913

Hogeschool Utrecht

Vaktherapie Beeldend

Consulent:

Gemmy Willemars

Opdrachtgever:

Bert Henskens

Eerste beoordelaar:

Huub Notermans

Tweede beoordelaar:

Judi Janssen

Datum:

25 januari 2019

Afstudeeronderzoek, focus op onderzoek

Samenvatting

De Children's Diagnostic Drawing Series (CDDS) is ontwikkeld als gestandaardiseerd meetinstrument voor vaktherapie beeldend, zodat er zoveel mogelijk informatie uit de therapie gehaald kan worden. Dit meetinstrument wordt veel onderzocht maar voor zover bekend is er geen onderzoek gedaan naar deze CDDS bij kinderen met een licht verstandelijke beperking (LVB).

Dit is een reden waarom dit praktijkgerichte onderzoek is gedaan. Een andere reden is het ontbreken van een geschikte manier om een LVB te diagnosticeren. Tests en methodes die nu gebruikt worden sluiten niet goed genoeg aan op kinderen met een LVB. Er is gekeken of de CDDS in de toekomst zou kunnen bijdragen aan de diagnostisering.

Op kwalitatieve wijze is in dit onderzoek geïnventariseerd welke informatie vaktherapeuten beeldend krijgen uit de tekeningen van de CDDS van kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB. Dit is gedaan via vijf onderdelen van de CDDS scorings- en verwerkingslijsten. Dit is allereerst de scoringslijst met 23 grafische elementen. Daarnaast is geïnventariseerd wat de eerste indruk is van de vaktherapeuten beeldend op de CDDS tekeningen, welke pathologie gescoord wordt volgens de verwerkingslijst en welke progressie hierin gezien wordt, welke informatie de inhoud en nabespreking van de CDDS tekeningen verschaft aan vaktherapeuten beeldend. Dit is onderzocht door een literatuurstudie en door open interviews met vijf vaktherapeuten, allen werkzaam met kinderen tussen de acht en veertien jaar oud met een LVB.

De belangrijkste informatie die voort is gekomen uit dit onderzoek is de achterstand in ontwikkeling die blijkt uit de tekeningen van de doelgroep. Daarnaast is naar voren gekomen dat vaktherapeuten aanpassingen doen aan de CDDS met betrekking tot de doelgroep.

Summary

The Children's Diagnostic Drawing Series (CDDS) is developed as a standardized tool for art therapy. The goal of this tool is to receive as much information as possible from therapy. This tool is being researched a lot, although as far as known there has never been a study about the CDDS on children with an intellectual disability aged 8-14. This is a reason why this practice-based study has been done. Another reason is the lack of appropriate ways to diagnose an intellectual disability. Tests and methods being used this day are not suitable for children with an intellectual disability. This study researches if the CDDS can be used in intellectual disability diagnosis in the future.

The main focus of this study is to make an inventory of all information received by art therapists when they offer the CDDS to children with an intellectual disability aged 8-14. This has been done on qualitative terms with the five items on the score list and processing list which the CDDS provides.

First of these five is the score list containing 23 graphic elements. The other four are the first impressions of the art therapists while looking at the CDDS drawings, which pathology they score and which progression is being shown in this, and lastly which information comes from the content and discussion of the drawings. This has been researched with a literature study and by interviewing five art therapists who all work with children with an intellectual disability aged 8-14.

The most important information this study shows is about the delay in development of these children. This delay is visible in the CDDS drawings. Other information shows how art therapists adjust the CDDS to their clients.

Voorwoord

Tijdens mijn therapiestage in het derde jaar van mijn opleiding maakte ik voor het eerst kennis met de CDDS. Samen met mijn praktijkbegeleider nam ik een CDDS af en ik was verbaasd dat er zoveel informatie uitkwam. Daarom ben ik blij dat ik hier in het laatste jaar van mijn opleiding onderzoek naar heb mogen doen.

Al voordat ik de CDDS kende was ik geïntrigeerd door de tekenontwikkeling van kinderen. Dit werd vooral gestimuleerd door een gastcollege in het tweede jaar van mijn opleiding.

Tijdens het schrijven van dit onderzoek kwam de tekenontwikkeling steeds vaker naar voren en ik ben blij dat ik me in de laatste maanden van mijn opleiding nog heb mogen verdiepen in de tekenontwikkeling van kinderen.

De combinatie van deze onderwerpen, samen met de verdieping in de doelgroep met een LVB, zorgt ervoor dat ik veel meer heb geleerd tijdens het schrijven van dit onderzoek dan ik had verwacht. Dingen die niet alleen nuttig zijn tijdens het afstuderen maar vooral voor mijn beroepspraktijk straks en mijn begin als professional. Als leergierig persoon ben ik dan ook zeer blij en tevreden met dat wat ik heb geleerd. Het resultaat van het geleerde, niet alleen van de laatste maanden maar van de laatste vier jaar, ligt nu voor u.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Summary	3
Voorwoord	4
Inhoudsopgave	5
Inleiding.....	7
1. Inhoudelijke oriëntatie	8
1.1 LVB	8
1.2 Ontwikkelen met een LVB.....	8
1.3 DDS assessment.....	8
1.4 Pathologie	8
1.5 De DDS is EBP	9
1.6 DDS in gebruik.....	9
1.7 DDS en CDDS	9
1.8 (Na)bespreking in beeldende therapie met kinderen	10
1.9 (Na)bespreking bij de CDDS	10
2. Onderzoekskwestie	11
3. Hoofdvraag en deelvragen	12
3.1 Hoofdvraag.....	12
3.2 Deelvragen.....	12
4. Doelstellingen.....	13
5. Onderzoeksmethode	14
5.1 Onderzoekstype	14
5.2 Onderzoeksbenadering	14
5.3 Dataverzamelingstechniek	14
5.4 Data-analyse	15
5.5 Kwaliteitscriteria	15
6. Resultaten	16
6.1 Deelvraag 1	16
6.1.1 Grondlijn	16
6.1.2 Lijn/vlak.....	16
6.1.3 Ruimtegebruik en beweging	16
6.1.4 Aantal kleuren en kleurmenging.....	17

6.1.5 Krijtdruk en lijnlengte	17
6.1.6 Cijfers en letters	17
6.2 Deelvraag 2	19
6.3 Deelvraag 3	21
6.4 Deelvraag 4	23
6.5 Deelvraag 5	25
7. Conclusie	27
8. Aanbevelingen.....	29
Bibliografie.....	30
Bijlage 1: Scoringslijst DDS	33
Bijlage 2: Gedragscodeverslag HBO	34
Bijlage 3: Transcriptie interview Ans Pieters	35
Bijlage 4: Transcriptie interview Jolande Buitenhuis	47
Bijlage 5: Transcriptie interview Gaby van Dongen.....	57
Bijlage 6: Transcriptie interview Madelon Smits.....	71
Bijlage 7: Transcriptie interview Marlon Gering	82
Bijlage 8: Toestemmingsformulier	92

Inleiding

Dit onderzoek is uitgevoerd aan de Hogeschool Utrecht, aan de opleiding Vaktherapie Beeldend. Het onderzoek is in opdracht van Bert Henskens, namens de landelijke DDS-werkgroep, uitgevoerd. De DDS-werkgroep is aangesloten bij de NVBT. De DDS staat voor Diagnostic Drawing Series, een diagnostische tekentest. In dit onderzoek zullen de afkortingen DDS en CDDS gebruikt worden, de C staat voor Children's.

Om de betrouwbaarheid en ontwikkeling van de CDDS op peil te houden wordt er vrijwel continu onderzoek gedaan naar de CDDS. Tijdens de formulering van de onderzoeksvraag van dit onderzoek kwam opdrachtgever Bert Henskens tot de conclusie dat er, voor zover bekend, geen onderzoek is gedaan naar de DDS bij kinderen met een licht verstandelijke beperking (in dit onderzoek afgekort tot LVB). Dit gebrek was de aanleiding tot dit onderzoek.

In het eerste hoofdstuk, de inhoudelijke oriëntatie, worden enkele begrippen die in hoofd- en deelvragen worden gebruikt uitgelegd en toegelicht. In hoofdstuk 2, de onderzoekskwestie, wordt uitgelegd waarom dit onderzoek nodig is. Hoofdstuk 3 vertelt wat de hoofdvraag is en de deelvragen zijn van dit onderzoek. In hoofdstuk 4, de doelstellingen, wordt duidelijk wat de verschillende doelen van dit onderzoek zijn. Hoofdstuk 5 legt vervolgens uit hoe dit onderzoek tot stand is gekomen, welke vormen van dataverzameling zijn gebruikt en wat de kwaliteitscriteria zijn. In hoofdstuk 6 worden de deelvragen stuk voor stuk beantwoord. Iedere paragraaf beantwoordt een afzonderlijke deelvraag. Deze resultaten vormen in hoofdstuk 7 de conclusie van de hoofdvraag en daarmee van het onderzoek. In het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 8, worden enkele aanbevelingen gedaan voor zowel het vakgebied als verder onderzoek.

Hierna volgen nog enkele bijlagen. Deze bevatten de CDDS-scoringslijst, het HBO-gedragscodexverslag, de transcripties van alle interviews en een ingevuld toestemmingsformulier beeldmateriaal. De afbeelding op de voorpagina is één van de afbeeldingen uit het CDDS-archief van A. Pieters. Zij heeft in bijlage 8 toestemming gegeven voor het gebruik van deze afbeelding.

1. Inhoudelijke oriëntatie

1.1 LVB

Kinderen met een licht verstandelijke beperking hebben een intelligentiequotiënt die tussen de 50-55 en de 70 ligt. Een LVB valt onder de neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (De Bil & De Bil, 2017).

Naast een lager IQ hebben de kinderen ook moeite met intellectuele functies zoals abstract denken, planningen maken en logisch redeneren. Daarnaast schieten kinderen met een LVB tekort in hun adaptieve functies (American Psychiatric Association, 2014) wat betekent dat het moeilijker voor ze is om hun kennis en gedrag aan te passen om zo steeds effectiever te kunnen functioneren (Verhulst, 2005).

1.2 Ontwikkelen met een LVB

Een kind met een licht verstandelijke beperking volgt dezelfde ontwikkelingslijn als een kind zonder verstandelijke beperking. Het verschil is dat de ontwikkeling van een kind met een LVB langer duurt en eerder stopt. Een volwassen persoon met een LVB heeft het niveau van een kind van zeven tot twaalf jaar oud (Došen, 2008). Dit betekent dat het concreet-operationele niveau, beschreven door Piaget in 1953 (in Došen, 2008) het hoogst haalbare niveau is voor een volwassen persoon met een LVB. Hij kan logisch en systematisch nadenken, hij bevindt zich in de concreet-operationele periode. Abstract en hypothetisch nadenken lukt niet omdat dit pas ontwikkeld wordt in de formeel-operationele periode (De Bil & De Bil, 2017).

1.3 DDS assessment

De Diagnostic Drawing Series, afgekort de DDS, bestaat uit het maken van drie tekeningen op een formaat papier van 18 bij 24 inch met 12 kleuren soft pastel van het merk Alphacolors. Voor iedere tekening krijgt de cliënt 15 minuten de tijd en eenmaal de instructie. Voor de eerste tekening geldt de instructie: maak een tekening met deze materialen. Dit is de ongestructureerde taak van de DDS (Cohen, Mills, & Kijak, 1994). Voor de tweede tekening luidt de instructie: teken een boom. Dit is de specifieke, gestructureerde opdracht van de DDS. Alvorens het maken van de derde tekening wordt verteld: teken hoe je je voelt, met gebruik van lijnen, vormen en kleuren. Hierbij duidt de instructie slechts op het thema, wat de opdracht semigestructureerd maakt (Cohen et al., 1994).

De therapeut vult de scoringslijst in na de sessie, gebruikmakend van 23 kenmerken. Deze lijst is opgenomen in bijlage 1. Na het invullen van de scoringslijst wordt de verwerkingslijst ingevuld. Hier noteert de therapeut wat de eerste indrukken waren, wat de indicaties zijn en wat de progressie is, welke informatie wordt opgemaakt uit de inhoud en uit het proces. Hieruit komt een hypothese. Deze hypothesen zijn direct gelinkt aan de diagnoses van psychiatrische stoornissen uit de DSM (Cohen et al., 1994).

1.4 Pathologie

Pathologie betekent letterlijk ziekteleer, volgens de Van Dale (z.d.). In de DDS kan er gescoord worden op verschillende pathologie, verschillende psychiatrische stoornissen, zoals uitgelegd in hoofdstuk 1.3. Het zijn er negen. Wanneer er door een cliënt hoog gescoord wordt op een bepaalde stoornis wil dit niet zeggen dat deze cliënt gediagnostiseerd kan worden met deze stoornis. Het geeft aan dat de tekeningen opvallend veel kenmerken laat zien van die stoornis. Door wereldwijd bekende psychiatrische termen te gebruiken wordt de DDS

en de uitkomst van de DDS begrijpelijk voor alle hulpverleners en niet alleen voor vaktherapeuten beeldend (Mills, Cohen, & Meneses, 1993).

1.5 De DDS is EBP

De DDS is in 1981 ontwikkeld door Barry Cohen en Barbara Lesowitz. Er was vraag naar een gestandaardiseerd meetinstrument waar diverse informatie mee kan worden verzameld over de behandeling van beeldende therapie (Cohen, 1983). Vaktherapeuten beeldend worden, vandaag de dag nog steeds, gevraagd hun behandeling inzichtelijk te maken voor zowel andere hulpverleners, zorgverzekeraars als de cliënt zelf (Smeijsters, 2014).

De DDS is zorgvuldig ontwikkeld met behulp van uitgebreid, systematisch onderzoek (Mills et al., 1993). Hierbij is gebruik gemaakt van onderzoeksmethoden uit de sociale wetenschappen waarbij klinici en onderzoekers nauw hebben samengewerkt. Naar elk element in de DDS is onderzoek gedaan. De krijtjes die gebruikt worden, het formaat van het papier en de volgorde van de opdrachten zijn met reden gekozen. Zo wordt er met Alphacolors gewerkt omdat de cliënt deze zowel met het puntje als met de vlakke kant kan gebruiken. Er kan harde en zachte druk mee worden uitgeoefend, het kan uitgeveegd en vermengd worden. Het papier is gekozen wegens de grootte van het formaat, waardoor de cliënt vrijheid heeft om een plek op het papier te kiezen. Het papier moet enigszins textuur hebben zodat de therapeut kan zien of de cliënt hard of zacht met het krijtje omgaat (Cohen et al., 1994). De uitgebreide, met onderzoek ondersteunde ontwikkeling van de DDS maakt dat de DDS evidence based is. Een methode is evidence based wanneer het gebaseerd is op wetenschappelijke kennis. Evidence based practice betekent dat deze wetenschappelijke kennis vervolgens wordt getoetst aan de expertise van de therapeut. Hierna wordt het in de behandelpraktijk toegepast en getest. Door evidence based practice wordt er verantwoord en professioneel gehandeld binnen de beeldende therapie (Smeijsters, Beurskens, Reverda, Gielen, & Péntzes, 2012). Hiermee wordt beeldende therapie binnen het zorgaanbod van de cliënt verstevigd en krijgt beeldende therapie in het algemeen een steviger imago (Claessens, Annemans, Péntzes, & Van Hooren, 2016). De DDS is dus ontwikkeld om beeldende therapie een steviger imago te geven, wat de DDS zeer belangrijk maakt in de beeldende vaktherapie.

1.6 DDS in gebruik

De DDS wordt toegepast door vaktherapeuten beeldend die hiervoor een speciale training gevolgd hebben. Deze training kan alleen gedaan worden wanneer het diploma al gehaald is en de therapeut dus werkzaam is in het werkveld. Volgens Claessens et al. (2016) is 78,4% van de door hen ondervraagde vaktherapeuten beeldend bekend met de DDS. Van hen heeft 45,4% ook daadwerkelijk een training gedaan voor de DDS en is dus bevoegd om de DDS af te nemen.

1.7 DDS en CDDS

De DDS is gemaakt voor cliënten vanaf 17 jaar oud (Schweizer, De Bruyn, Haeyen, Henskens, Visser, & Rutten-Saris, 2009). Om de DDS toch bij kinderen toe te kunnen passen, is de Children's Diagnostic Drawing Series, de CDDS, ontwikkeld en onderzocht door Elizabeth Leigh Neale (1994). In essentie is de CDDS hetzelfde als de DDS. Er zijn echter enkele aanpassingen gedaan waardoor het beter begrijpelijk is voor kinderen.

Het materiaal dat voor de DDS gebruikt wordt is vastgesteld: de cliënt maakt gebruik van twaalf kleuren zachte pastelkrijtjes. Bij de CDDS zijn dit hardere pastelkrijtjes die minder poeder afgeven waardoor het materiaal beter hanteerbaar is voor de kinderen. De andere aanpassing in de CDDS heeft betrekking op de uitleg over de tekeningen. In de DDS worden

de korte opdrachten normaliter eenmaal uitgelegd. Voor kinderen is de uitleg uitgebreider en specifiek. Bovendien krijgt de therapeut de mogelijkheid om de uitleg te herhalen (Neale, 1994). De afkorting CDDS zal voortaan gebruikt worden in dit onderzoek zodat duidelijk is waar het om gaat.

De afgelopen jaren zijn er verschillende onderzoeken gedaan naar de CDDS. In 2006 is er groot onderzoek gedaan naar het tekengedrag in de CDDS van kinderen zonder diagnose uit groep 8 van het basisonderwijs (Cimbal, Dahm, Hütter, Promper, & Schmalz, 2006). Ook is er onderzoek gedaan naar het tekengedrag van kinderen met PDD-NOS van tien tot dertien jaar oud (Van Luijn, 2016) en jongens met PDD-NOS van elf en twaalf jaar oud (Van den Boomen, Debie, De Langen, Van Lijssel, Olijerhoek, & Verweijen, 2013). Onderzoek naar de CDDS bij kinderen en jeugdigen met LVB ontbreekt.

1.8 (Na)bespreking in beeldende therapie met kinderen

Omdat kinderen nog niet kunnen reflecteren (Geenen, 2014) is een beeldend therapeutische nabespreking in de beeldende therapie lastig bij kinderen. Dit geldt des te meer voor kinderen met een LVB, één van de belangrijkste kenmerken van LVB is namelijk dat er een tekort is in de intellectuele functies waardoor redeneren en reflecteren moeizaam of niet verloopt (American Psychiatric Association, 2014).

De taak om te reflecteren ligt hierdoor bij de therapeut. Hij moet het beeldend werk goed kunnen observeren en analyseren om zo (samen met de cliënt) tot een reflectie te komen (Levine, 2015).

1.9 (Na)bespreking bij de CDDS

Een nabespreking toepassen tijdens of na de CDDS is niet altijd vanzelfsprekend. De voorgeschreven regels van de CDDS zijn dat de tekeningen worden besproken wanneer ze alle drie zijn afgerond. Tijdens het maken van de tekeningen wordt er niet gesproken (Cohen et al., 1994). Ondanks dat deze nabespreking geen voorwaardelijk onderdeel is van de CDDS, kan het toch ingezet worden om informatie te verkrijgen over het proces en de inhoud van de tekeningen. Daarnaast is het een manier voor de cliënt om de tekeningen te verwerken (Schweizer et al., 2009).

Hoewel het dus niet de bedoeling is dat de tekeningen besproken worden tijdens het maken ervan, kan de verbale informatie die het kind tijdens het maken van de tekeningen geeft wel van belang zijn. Het gaat dan niet alleen om informatie over de tekening maar ook over de informatie voortkomend uit spontane gesprekken en de associaties van het kind (Meykens & Cluckers, 1996).

2. Onderzoekskwestie

Hoewel er zowel nationaal als internationaal al veel onderzoek is gedaan naar de Children's Diagnostic Drawing Series, is er, naar kennis van de onderzoeker, geen enkel gepubliceerd onderzoek te vinden over de CDDS in combinatie met kinderen met een LVB.

Dat er vooralsnog geen onderzoek is gedaan naar de CDDS bij kinderen met een LVB is opvallend gezien de grootte van de groep kinderen met een LVB in Nederland. Volgens het Nederlands Jeugdinstituut (2015) zijn er in 2004 schattingen gemaakt over de hoeveelheid kinderen en jongeren met LVB. Hiervoor zijn cijfers uit 2002 gebruikt. Toen hadden 439.000 kinderen en jongeren tussen de vijf en achttien jaar oud een licht verstandelijke beperking. Dit is slechts een schatting, exacte cijfers zijn niet bekend omdat niet alle kinderen met een LVB gebruik maken van de aangeboden zorg, volgens het Kenniscentrum Kind- en Jeugdpsychiatrie (z.d.).

LVB wordt gediagnosticeerd door middel van het afnemen van een IQ-test en door het invullen van verschillende vragenlijsten. Veel van deze tests en vragenlijsten zijn niet specifiek voor kinderen met een LVB gemaakt waardoor het lastig blijft om de goede diagnose te stellen (Ponsioen, 2010). Douma, Moonen, Noordhof, en Ponsioen (2014) stellen daarnaast dat de bestaande diagnostische instrumenten, evenals de verschillende behandelinterventies, te algemeen zijn en niet zijn ontwikkeld voor kinderen met een LVB. Het is volgens hen van belang dat de diagnostiek beter wordt aangesloten op kinderen met een LVB.

In de beeldende therapie wordt gebruik gemaakt van verschillende meetinstrumenten (Annemans & Claessens, 2014). Meetinstrumenten om een diagnose mee te kunnen stellen zijn, naast de CDDS, de Formal Elements Art Therapy Scale, ook wel FEATS genoemd (Gantt, 2009) en de RS-index (Haeyen, 2007). Deze zijn echter minder betrouwbaar en minder grondig onderzocht dan de CDDS (Annemans & Claessens, 2014). Hierdoor, en doordat de CDDS gebruikmaakt van bekende pathologie uit de DSM (Cohen et al., 1994), zou de CDDS een geschikt instrument kunnen zijn om LVB mee te diagnosticeren. Hoewel vaktherapeuten beeldend niet bevoegd zijn om diagnoses te stellen, is het wel de bedoeling dat er wordt meegewerkt aan de diagnostisering en eventueel aan het bijstellen van de diagnose (Smeijsters, 2014). Dit kan met behulp van de CDDS.

Om de CDDS te gebruiken als diagnostisch meetinstrument voor LVB, is onderzoek nodig. Er is nog geen onderzoek gedaan naar CDDS in combinatie met LVB. Dit terwijl LVB-werkgroepen en kenniscentra vragen om beter aangesloten diagnostische instrumenten voor kinderen met LVB en er bekend is dat kinderen met een LVB veelal bij vaktherapeuten beeldend in behandeling zijn (Ponsioen, 2010).

De CDDS zou kunnen bijdragen aan de verbetering van de diagnostisering van een LVB. Op termijn zou er, naar aanleiding van dit onderzoek, een grafisch profiel gemaakt kunnen worden op basis van de kenmerken die kinderen in de leeftijd van acht tot veertien jaar oud laten zien in de CDDS tekeningen. De resultaten van dit onderzoek zouden hier de eerste stap in kunnen zijn. Pas als bekend is hoe kinderen met een LVB tekenen en welke kenmerken en informatie ze laten zien in hun tekeningen, kan er gekeken worden naar de CDDS als diagnostisch middel voor een LVB.

3. Hoofdvraag en deelvragen

3.1 Hoofdvraag

Welke verbale en non-verbale (beeld)informatie verzamelen vaktherapeuten beeldend, tijdens de afname van de Children's Diagnostic Drawing Series, bij kinderen in de leeftijd van acht tot veertien jaar met een Licht Verstandelijke Beperking?

3.2 Deelvragen

Deelvraag 1:

Welke kenmerken volgens de scoringslijst zien vaktherapeuten beeldend in de CDDS tekeningen van kinderen in de leeftijd van acht tot veertien jaar oud met een LVB?

Deelvraag 2:

Wat zijn de eerste indrukken van vaktherapeuten beeldend van de CDDS tekeningen die zijn afgenomen bij kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB?

Deelvraag 3:

Welke pathologie scores vaktherapeuten beeldend in de CDDS tekeningen die zijn afgenomen bij kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB en welke progressie is hierin te zien?

Deelvraag 4:

Welke informatie wordt door vaktherapeuten beeldend opgemaakt uit de inhoud van de CDDS tekeningen die zijn afgenomen bij kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB?

Deelvraag 5:

Welke informatie verkrijgen vaktherapeuten beeldend uit de nabespreking van de CDDS die is afgenomen bij kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB?

4. Doelstellingen

Het doel van dit onderzoek is om alle kenmerken die kinderen in de leeftijd van acht tot veertien jaar laten zien in de CDDS op een rij te zetten. Indien er veel overeenkomende en structurele kenmerken te zien zijn in de CDDS tekeningen van kinderen met een LVB kan er in de toekomst een grafisch profiel worden ontwikkeld. Op de lange termijn zou dit een bijdrage kunnen leveren aan de vroeg-signalering en diagnostisering van een LVB. Hulpverleners die werkzaam zijn met kinderen met een LVB laten weten dat het diagnosticeren van een LVB niet optimaal gaat (Ponsioen, 2010). De CDDS kan hier een rol in gaan spelen. Hoewel het inzetten van de CDDS bij LVB diagnostisering niet het doel is van dit onderzoek, is dit onderzoek wel zo opgesteld dat er verdere onderzoeken uit voort kunnen komen.

Tevens zal dit onderzoek het belang van de CDDS benadrukken. In dit onderzoek zal de CDDS in feite zichzelf bewijzen door alle verschillende kenmerken die naar voren zullen komen, gemeten met de CDDS. Zonder de CDDS zou er niet op een gestructureerde manier veelzijdige informatie uit tekeningen van deze doelgroep gehaald kunnen worden.

Als laatst zal dit onderzoek ook het belang van beeldende therapie benadrukken. De CDDS is evidence based. Door evidence based practice wordt beeldende therapie neergezet als een professionele behandeling, gebaseerd op wetenschappelijke kennis (Migchelbrink, 2016). Door gebruik van de CDDS wordt de effectiviteit van beeldende therapie aangetoond, wat zorgt voor een verdere professionalisering van het vak.

5. Onderzoeksmethode

5.1 Onderzoekstype

Dit onderzoek is een inventariserend onderzoek. Dat betekent dat er wordt onderzocht welke kennis er al is onder vaktherapeuten beeldend (Smeijsters, 2014). De kenmerken die vaktherapeuten beeldend zien in de CDDS bij kinderen met een LVB worden geïnventariseerd in dit onderzoek.

5.2 Onderzoeksbenadering

Dit onderzoek is praktijkgericht en kwalitatief van aard. Praktijkgericht betekent dat het onderzoek gericht is op een probleem uit de praktijk, wat het onderzoek maatschappelijk relevant maakt (Verhoeven, 2014). Kwalitatief onderzoek betekent dat er gekeken wordt naar de ervaringen en betekenis van andere mensen, vaktherapeuten in dit geval. De werkelijkheid en de beleving van deze vaktherapeuten, de respondenten, wordt in kaart gebracht. Hiervoor is het onderzoek kwalitatief en open, er zijn geen hypothesen opgesteld (Migchelbrink, 2007).

5.3 Dataverzamelingstechniek

In dit onderzoek wordt gebruikgemaakt van open interviews waarbij inzicht wordt vergaard over de overeenkomsten maar ook de verschillen van de respondenten. De interviews zijn ongestructureerd, dat betekent dat de respondent alle ruimte krijgt om voorbeelden en ervaringen te vertellen over de CDDS tekeningen van kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB. Er liggen geen antwoordmogelijkheden vast en de onderzoeker is weinig aan het woord (Migchelbrink, 2016). De respondent krijgt deze ruimte omdat er gebruik wordt gemaakt van een topiclijst. Op deze lijst staan enkele gespreksonderwerpen vast maar de respondent stuurt het gesprek en bepaalt de volgorde en prioriteit van de onderwerpen (Verhoeven, 2014). De open interviews zijn de belangrijkste dataverzamelingstechniek van dit onderzoek.

Naast de interviews is er in dit onderzoek ook gebruikgemaakt van een literatuurstudie. Deze is voornamelijk terug te vinden in de inhoudelijke oriëntatie en de onderzoekskwestie. Omdat het onderzoek praktijkgericht is ligt de focus op de interviews en niet op de literatuurstudie. In de resultaten en conclusie wordt de informatie uit de interviews wel onderbouwd met literatuur.

De interviews zijn individueel afgenomen door de onderzoeker. In de tabel op de volgende pagina wordt duidelijk wie de respondenten zijn en wat hun werkzaamheden zijn. Alle respondenten hebben tijdens het interview toestemming verleent om naam en functie te gebruiken in dit onderzoek.

Therapeut:	Functie(s):
Ans Pieters	Vaktherapeut beeldend Eigen praktijk Speciaal basisonderwijs
Jolande Buitenhuis	Vaktherapeut spel Speciaal basisonderwijs (Van der Hoeveschool) 's Heerenloo
Gaby van Dongen	Vaktherapeut beeldend Pluryn, Jan Pieter Heije
Madelon Smits	Vaktherapeut beeldend Lijn5 Gezins-creatieve therapie
Marlon Gering	Vaktherapeut beeldend Meerkring (de Border en Van der Hoeveschool)

5.4 Data-analyse

De data-analyse die voor dit onderzoek is gebruikt is de kwalitatieve analyse. Dit duidt aan dat het onderzoeksmateriaal afkomstig is uit literatuur en interviews. Dit materiaal is, na verzameling, gecodeerd via de inductieve benadering. Daarna werd het materiaal gecategoriseerd. Hierdoor werd overzichtelijk welke informatie bij welke deelvraag hoorde en op deze manier konden alle deelvragen en de hoofdvraag beantwoord worden (Migchelbrink, 2016).

5.5 Kwaliteitscriteria

Bij de interviews is gebruikgemaakt van *member checking*. Het interview is opgenomen en wordt daarna woordelijk getranscribeerd. De transcripties zijn teruggestuurd naar de betreffende respondent. Alle respondenten hebben vervolgens goedkeuring verleend voor het gebruik van de informatie in dit onderzoek. Vervolgens zijn de gegevens opgenomen in de resultaten en conclusie (Smeijsters, 2014). De respondenten zijn bewust gekozen wegens hun verschillende werkervaringen en werkomgevingen. Dit draagt bij aan de validiteit van het onderzoek.

Daarnaast is er gebruikgemaakt van *peer debriefing*. Verschillende collega-onderzoekers hebben de onderzoeksopzet, dataverzameling en resultaten gelezen en van feedback voorzien. Daarnaast is een conceptversie van dit onderzoek gestuurd naar een evaluatiegroep, bestaande uit vaktherapeuten beeldend en sociaal pedagogisch hulpverleners die werkzaam zijn met kinderen met een LVB. Deze in de praktijk werkzame professionals hebben feedback geleverd op het gehele onderzoek (Verhoeven, 2014).

6. Resultaten

6.1 Deelvraag 1

Welke kenmerken volgens de scoringslijst zien vaktherapeuten beeldend in de CDDS tekeningen van kinderen in de leeftijd van acht tot veertien jaar oud met een LVB?

De CDDS scoringslijst, zoals deze op de website van de DDS is te vinden, is opgenomen in bijlage 1. In de beantwoording van deze deelvraag komen niet alle 23 elementen van de scoringslijst aan bod. Reden hiervoor is de beantwoording van de respondenten. Slechts wat hen opviel aan de CDDS tekeningen van kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB is van belang bij de beantwoording van deze deelvraag. Dit zijn de grondlijn, lijn/vlak, ruimtegebruik en beweging, het aantal kleuren en de vormgeving, krijtdruk en lijnlengte en cijfers en letters.

6.1.1 Grondlijn

Meerdere respondenten (Buitenhuis, bijlage 4; Van Dongen, bijlage 5; Smits, bijlage 6; Gering, bijlage 7) noemen het ontbreken van een grondlijn. De figuren die getekend worden zweven midden op het papier of boven de grondlijn of de rand van het papier. Smits (Bijlage 6) wijt dit aan een gebrek aan overzicht. Gering (Bijlage 7) wijt dit aan de achterstand in ontwikkeling van het kind. Kinderen met een normale ontwikkeling zullen tussen het zevende en negende levensjaar een grondlijn opnemen in hun tekeningen (Malchiodi, 1998). Kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB bevinden zich qua ontwikkeling nog voor dit zevende leeftijdsjaar en tekenen daarom geen grondlijn.

6.1.2 Lijn/vlak

De vormen die de kinderen tekenen sluiten niet en lijnen raken elkaar niet. Pieters (Bijlage 3) linkt dit aan de ontwikkeling van kindertekeningen. Kinderen met een normale ontwikkeling van vier tot zeven jaar oud zitten in dit schematische niveau van de tekenontwikkeling. Dit betekent dat ze losse vormen tekenen en voornamelijk lijnen en cirkels (Malchiodi, 1998). Deze manier van tekenen heeft volgens Pieters (Bijlage 3) niet te maken met zo snel mogelijk willen werken maar met wat de motoriek van het kind kan.

6.1.3 Ruimtegebruik en beweging

In het geheel van de tekeningen lijken vaak stukken te ontbreken (Pieters, bijlage 3). Dit kan komen door de beweeglijkheid die te zien is in het werk. Op de CDDS scoringslijst wordt dit aangeduid als expliciete beweging.

Er wordt of opvallend veel of opvallend weinig ruimte in gebruik genomen. Wat wel overeenkomt is dat de meeste kinderen met een LVB het papier niet tot de rand vullen (Van Dongen, bijlage 5). Wanneer er wel veel ruimte wordt gebruikt is deze ruimte vaak alsnog leeg omdat er niet of nauwelijks wordt gekleurd. Er is absoluut geen sprake van invulling in de tekeningen van kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB (Gering, bijlage 7). Gering (Bijlage 7) zegt dat de tekening groot wordt neergezet en vervolgens niet wordt ingekleurd, waardoor het papier bijna volledig wit blijft.

De leegte van de tekeningen komt ook doordat kinderen met een LVB het krijtje slechts met de punt gebruiken. Hierdoor worden alleen de contouren getekend, vaak wordt dan alleen zwart of bruin gebruikt (Van Dongen, bijlage 5). Deze manier van tekenen duidt op een behoefte aan een potlood- of stifttekening (Pieters, bijlage 3).

6.1.4 Aantal kleuren en kleurmenging

Hoewel er weinig wordt ingekleurd wordt er wel kleur gebruikt. Dit verschilt echter per kind. De één wil graag alleen zwart gebruiken en de ander gaat voor meerdere kleuren. Pieters (Bijlage 3) benoemt dat er in het kleurgebruik geen gemiddelde te zien is bij kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB. Wanneer er wel kleur wordt gebruikt, wordt er niet gemengd met de kleuren. Gering (Bijlage 7) noemt dat ze dit nauwelijks ziet. Volgens haar komt een kind met een LVB simpelweg niet op het idee dat kleuren door elkaar gebruikt kunnen worden.

Hoewel soft pastel zich als materiaal uitstekend leent om op verschillende manieren te gebruiken, zoals het gebruik van de platte kant, vegen of mengen, doen kinderen met een LVB dit niet.

6.1.5 Krijtdruk en lijnlengte

Van Dongen (Bijlage 5) benoemt dat kinderen vaak met korte en voorzichtige lijnen tekenen, alsof er een schets gemaakt wordt. Gering (Bijlage 7) beaamt dat kinderen met korte lijnen tekenen. Buitenhuis (Bijlage 4) zegt juist dat kinderen het liefst met een stift direct een streep zetten. Dat voorzichtige ontbreekt juist. Ook Smits (Bijlage 6) stelt dat de kinderen graag duidelijke lijnen trekken. Opvallend is dat therapeuten aan beide kanten, voorzichtige lijnen of duidelijke lijnen, stellig aangeven dat dit over het algemeen op de doelgroep van toepassing is. Het verschil kan geweten worden aan de overige problematieken waar hun cliënten met een LVB mee kampen. Van Dongen (Bijlage 5) vertelt dat kinderen met een LVB die bij haar in behandeling komen, al vele andere therapieën en onderzoeken achter de rug hebben en vaak angstig en onzeker zijn. Ook Gering (Bijlage 7) behandelt kinderen met een LVB in combinatie met een laag zelfbeeld. Bij Buitenhuis (Bijlage 4) en Smits (Bijlage 6) is dit in mindere mate het geval. Hierdoor kan de lijnlengte en krijtdruk beter geweten worden aan de angst en onzekerheid waar het kind mogelijk last van ondervindt en niet zozeer aan de verstandelijke beperking. Angst en zelfs trauma kan namelijk gezien worden in enkele kenmerken van de kindertekening, waaronder de lijn kwaliteit (Malchiodi, 1998).

6.1.6 Cijfers en letters

Bij de derde tekening, de gevoelstekening, wordt vaak tekst gebruikt volgens Pieters (Bijlage 3). Dit wordt gedaan om duidelijker aan te geven wat het gevoel is, waar naar gevraagd wordt. Buitenhuis (Bijlage 4) noemt ook het gebruik van letters in de tekeningen. Hierbij gaat het om het opschrijven van de eigen naam. Dit is wat kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB kunnen en dit moet groot op de tekening komen te staan.

In figuur 1 is de derde tekening van de CDDS te zien van een meisje van tien jaar oud met een LVB. De tekening is afkomstig uit het archief van Pieters, zij heeft toestemming gegeven voor het gebruik van deze afbeeldingen (Bijlage 8). Deze tekening laat zien dat er tekst wordt gebruikt om het gevoel duidelijk te maken, blij in dit geval. De tekening ziet er verder niet blij uit. Dit heeft te maken met andere aspecten uit dit hoofdstuk zoals het ruimtegebruik en kleurgebruik.



Figuur 1

Samenvattend blijkt dat kinderen van acht tot veertien met een LVB een achterstand in tekenontwikkeling hebben. Vergeleken met een reguliere tekenontwikkeling zitten kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB op een kalenderleeftijd van vier tot zeven jaar oud. Dit is onder andere te zien aan het gebrek aan grondlijn. Hierdoor zweven de getekende figuren los op het papier en lijnen en vlakken kruisen elkaar niet of nauwelijks. De kinderen tekenen in de CDDS alleen lijnen en kleuren hun tekening niet in. Hierdoor oogt de tekening leeg. In de derde tekening wordt vaak tekst gebruikt om het getekende gevoel meer duidelijkheid te geven.

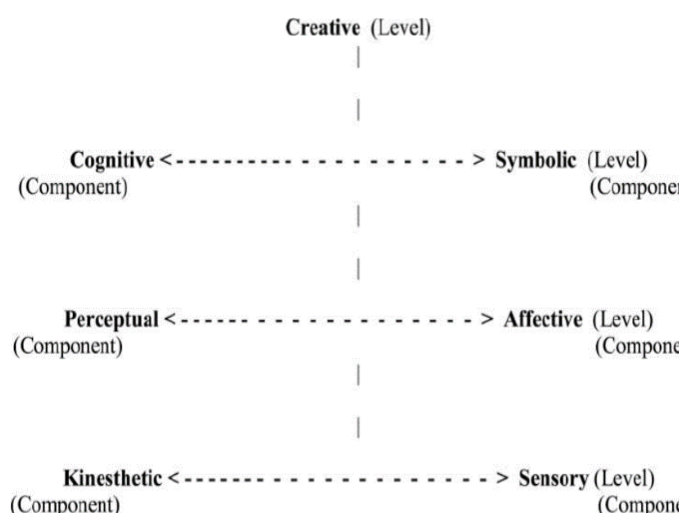
6.2 Deelvraag 2

Wat zijn de eerste indrukken van vaktherapeuten beeldend van de CDDS tekeningen die zijn afgenomen bij kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB?

Wat als eerste opvalt aan de CDDS tekeningen van kinderen met een LVB is de achterstand in motoriek en algehele tekenontwikkeling (Pieters, bijlage 3; Buitenhuis, bijlage 4; Gering, bijlage 7). Wanneer alle drie de tekeningen naast elkaar gelegd worden is opvallend dat de boomtekening verschilt van de anderen, de eerste en derde tekening. De boomtekening heeft een duidelijkere vormgeving en ondanks dat het schort aan motoriek en ontwikkeling, is het duidelijk een boom (Pieters, bijlage 3). Dit is dan ook de meest gestructureerde opdracht van de CDDS en het onderwerp, een boom, is een bekend gegeven. Volgens Kellogg (in Cohen et al., 1994, p. 107) is een boom één van de eerst herkenbare tekeningen van een kind. Ook Van Dongen (Bijlage 5) zegt dat iedereen wel een boom kan tekenen. Soms bestaat de boom uit slechts een balk en wat strepen maar dat is dan genoeg voor de cliënt. Opvallend aan de boomtekening is dat de kruin van de boom in verhouding kleiner is dan de stam van de boom (Pieters, bijlage 3).

Dit zorgt er wel voor dat LVB-kenmerken, zoals een achterstand in de tekenontwikkeling en ontwikkeling in het algemeen, het duidelijkst te zien is in de eerste en derde tekening. Het niveau dat kinderen laten zien in deze tekeningen is aanzienlijk lager (Pieters, bijlage 3). Zeker de laatste tekening is lastig omdat hierbij een beroep wordt gedaan op het abstract denken. De opdracht die verbonden is aan de laatste tekening betreft een introspectievraag (Pieters, bijlage 3). Hierdoor kan de derde tekening dienen om de cognitieve capaciteiten van iemand te meten (Cohen et al., 1994). Dit is voor kinderen met een LVB zeer lastig omdat hun cognitieve capaciteiten laag ontwikkeld zijn (Došen, 2008). Smits (Bijlage 6) zegt dat er bij afname van de CDDS wordt uitgegaan van een bepaald ontwikkelingsniveau wat er in haar ogen niet is. Dit wordt concreet uitgelegd door Gering (Bijlage 7). Zij legt de moeilijkheid van de CDDS voor kinderen met een

LVB uit aan de hand van het Expressive Therapies Continuum (ETC). Kinderen met een LVB functioneren op het onderste niveau van het ETC-observatiemodel, zoals in figuur 2 is weergegeven (Hinz, 2009). De opbouw van het ETC-observatiemodel is opgezet vanuit ontwikkelingspsychologisch perspectief (Fikke, Pénczes, & Van Hooren, 2017). Het kinesthetische en sensorische niveau ontwikkelen kinderen als eerste. Bij een gezonde ontwikkeling zal het kind hierna doorstromen naar het perceptuele en affectieve component. Hierna, tijdens de adolescentie, kan het kind functioneren op het cognitieve en symbolische component. Indien een volwassen persoon gezond is, functioneert hij op het bovenste, het creatieve level (Hinz, 2009). Aangezien



Figuur 2

kinderen met een LVB in feite langzamer zijn in hun ontwikkeling dan kinderen met een normale intelligentie, blijven zij langer op het onderste niveau en zijn ze minder snel in staat om naar het volgende niveau te gaan. Timmers-Huigens (2005) noemt ook dat kinderen met een LVB lichaamsgebonden gebruikmaken van het beeldend materiaal. Dit is zowel sensopathisch als bewegingsgericht, het onderste level van het ETC. De CDDS doet volgens Gering (Bijlage 7) een beroep op het perceptuele niveau van het ETC. Kinderen met een LVB kunnen dit simpelweg niet. Wanneer Gering (Bijlage 7) alle drie de CDDS tekeningen naast elkaar legt is haar eerste indruk dan ook dat het niveau van de CDDS te hoog is voor kinderen met een LVB.

Naast de eerste indruk van de uiteindelijke drie CDDS tekeningen wordt er door therapeuten ook gekeken naar de indruk die ze krijgen terwijl het kind de CDDS uitvoert. Zoals gezegd is de derde tekening het lastigst voor kinderen met een LVB. Dit is niet alleen te zien in het uiteindelijke resultaat en de voorstelling maar ook in de manier waarop kinderen aan de slag gaan met de derde tekening. Er wordt lang naar het witte vel gestaard of er wordt vlug een krabbel gezet en dan is het klaar (Van Dongen, bijlage 5). Naast de genoemde redenen is het maken van de derde tekening lastig voor kinderen met een LVB omdat het al de derde tekening is. Drie tekeningen achter elkaar is voor een kind met een LVB zeer belastend (Van Dongen, bijlage 5). Vanuit zichzelf iets moeten tekenen is te ingewikkeld voor deze kinderen. Wanneer er een kader bestaat, zoals bij de boomtekening, kan daar invulling aan worden gegeven (Buitenhuis, bijlage 4). Bij de derde tekening is er vrijwel geen kader. De opdracht van de derde tekening luidt 'teken je gevoel met lijnen, vormen en kleuren'. Dit wordt dan vaak ook letterlijk genomen en er worden slechts enkele lijnen en vormen getekend (Pieters, bijlage 3).

Een belangrijke indruk die therapeuten opdoen terwijl de kinderen de CDDS tekeningen maken heeft ook te maken met de tijd die de kinderen aan de tekeningen besteden. Vijftien minuten krijgen ze per tekening, wat neerkomt op 45 minuten in totaal. Kinderen met een LVB die de CDDS maken vullen hoogstens vijf minuten per tekening (Gering, bijlage 7). Er zijn kinderen die er in totaal acht minuten over doen in plaats van de voorgeschreven 45 (Pieters, bijlage 3).

Waar het in het voorgaande hoofdstuk ging over de leegte van de papieren omdat er nauwelijks ingekleurd wordt, gaat het bij de eerste indruk om de leegte van het gevoel dat de tekening laat zien. Op het papier kan veel staan maar toch kan het leeg zijn (Pieters, bijlage 3).

Smits (bijlage 6) noemt dat het materiaal, soft pastel, veelal onbekend is voor kinderen met een LVB. Hierdoor is het inkleuren lastig en wordt het krijtje als een potlood gebruikt. Haar eerste indruk is dat kinderen met een LVB niet van tekenen houden.

De eerste indrukken die de therapeuten krijgen van de CDDS tekeningen van kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB zijn kortom dat de boomtekening een duidelijkere vormgeving heeft vergeleken met tekening één en drie. In deze laatstgenoemde tekeningen wordt daardoor de achterstand in tekenontwikkeling zichtbaar. Dit wordt verklaard aan de hand van het ETC. Kinderen met een LVB werken op kinesthetisch en sensorisch niveau terwijl de CDDS een beroep doet op het perceptuele niveau.

Een andere eerste indruk gaat over de tijd die de kinderen besteden aan hun tekeningen. Dit is kort, soms enkele minuten. Het papier blijft vrijwel leeg en kinderen lijken geen voorkeur voor tekenen te hebben.

6.3 Deelvraag 3

Welke pathologie scoren vaktherapeuten beeldend in de CDDS tekeningen die zijn afgenomen bij kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB en welke progressie is hierin te zien?

Vanuit de landelijke DDS werkgroep heeft de onderzoeker een lijst uit 2006 ontvangen met verschillende psychiatrische stoornissen, pathologie, waarop gescoord wordt binnen de DDS. Het gaat om de volgende: organiciteit; controle groep; depressie; manie; schizofrenie; posttrauma; dissociatie; borderline; aanpassing.

In voorgaand hoofdstuk was te lezen dat de derde tekening, de gevoelstekening, de moeilijkste CDDS tekening is voor kinderen met een LVB. Niet alleen de derde tekening is lastig, ook de eerste. De eerste tekening is lastig omdat kinderen met een LVB bij een vrije tekening geen idee hebben wat ze kunnen of moeten maken (Buitenhuis, bijlage 4). De tweede tekening, de boomtekening, is het meest gestructureerd en daardoor gemakkelijker. Er wordt veel energie in deze tekening gestoken omdat ze het kunnen. Op deze tekening wordt daarom beduidend minder pathologie gescoord dan op de eerste en de derde tekening (Pieters, bijlage 3).

Wat betreft de pathologie wordt er door Van Dongen (Bijlage 5) hoog gescoord op controlegroep en organiciteit. Door Pieters (Bijlage 3) wordt aanpassingsproblematiek genoemd als de pathologie waar veel op gescoord wordt. Ook op controlegroep, organiciteit en manie wordt hoog gescoord. Kinderen met een LVB bij haar in therapie scoren ook op posttrauma en dissociatie. Dit zijn al zes van de in totaal negen indicaties die er zijn. Volgens Gering (Bijlage 7) is er geen sprake van een vaststaand gemiddelde bij kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB. Aangezien Van Dongen (Bijlage 5) en Pieters (Bijlage 7) aangeven dat er op meerdere indicaties hoog gescoord wordt klopt het dat Gering (Bijlage 7) zegt dat er geen gemiddelde is wat betreft deze doelgroep. Er is wel een gemiddelde als het gaat om de progressie. Deze laat zien dat er bij de boomtekening minder pathologie wordt geïndiceerd (Pieters, bijlage 3).

De pathologie zoals deze in de CDDS scoringslijsten wordt gehanteerd wordt door vaktherapeuten beeldend niet gewaardeerd. De reden die hiervoor genoemd wordt door Gering (Bijlage 7), Smits (Bijlage 6) en Van Dongen (Bijlage 5) is de heftigheid van vele indicaties en het feit dat de meeste pathologie waarop gescoord kan worden pas te diagnosticeren zijn vanaf het achttiende levensjaar.

Hierom wordt de pathologie waar hoog op wordt gescoord vertaald naar kind-kenmerkende onderdelen (Gering, bijlage 7). De DDS als meetinstrument wordt hierdoor minder betrouwbaar omdat de therapeut zijn eigen invulling geeft aan de uitkomst. Pieters (Bijlage 3) legt een hoge score op manie zo uit, dat het kind zichzelf overschreeuwt. Gering (Bijlage 7) vertaalt een hoge score op depressie naar: ‘er zijn vragen over of het kind wel lekker in z’n vel zit’. Schizofrenie wordt vertaald naar: ‘het kind heeft vragen over waar hij staat en wie hij is’. Van Dongen (Bijlage 5) legt een hoge score op schizofrenie uit als stemmingswisselingen. Ze noemt dat de vertaling van pathologie, bijvoorbeeld deze stemmingswisselingen, ook al te merken is zonder de CDDS.

Daarnaast wordt de pathologie score minder betrouwbaar omdat therapeuten de DDS aanpassen op hun cliënt met een LVB. Zodra er een element wordt aangepast in de DDS, kan

er geen sprake meer zijn van de CDDS (Cohen et al., 1994). Van Dongen (Bijlage 5) trekt drie sessies uit voor een CDDS, waarbij er in elke sessie één tekening wordt gemaakt en er ruimte is voor extra werkvormen. Hierdoor is de opbouw, welke nodig is om de progressie te scoren, een stuk minder betrouwbaar.

Ook de formulering van de opdrachten wordt aangepast door de therapeuten die de CDDS aanbieden aan kinderen met een LVB. Van Dongen (Bijlage 5) geeft aan dat kinderen die in therapie komen vaak al met weerstand binnenkomen. Verschillende therapieën, intakes en onderzoeken zijn al geweest voordat cliënten bij haar naar beeldende therapie komen.

Wanneer cliënten dan de opdracht krijgen om drie tekeningen in stilte te maken valt dat volgens haar niet in goede aarde. Ook Gering (Bijlage 7) past de uitleg van de opdracht aan. Volgens haar werkt het niet om een kind met een LVB te zeggen dat hij een opdracht mag uitvoeren. Dit is te handelingsgericht en het is teveel gevraagd van het kind om een dergelijke opdracht uit te voeren.

Naast dit alles hebben kinderen met een LVB die beeldende therapie volgen vaak meer dan alleen een LVB. LVB in combinatie met ADHD, trauma's of uithuisplaatsing zorgt er voor dat kinderen therapie nodig hebben. Een LVB heeft een hoge comorbiditeit en kinderen met een LVB hebben drie tot vijf keer meer kans om aan een psychiatrische stoornis te lijden dan kinderen zonder verstandelijke beperking (Došen, 2008). In de DDS komt dus niet alleen de LVB naar voren maar ook andere kenmerken, die vaak nog duidelijker zichtbaar zijn dan een LVB (Smits, bijlage 6, Van Dongen, bijlage 5).

In feite kan er geen eenduidig antwoord worden gegeven op de deelvraag. Er wordt wel degelijk progressie gezien (de tweede tekening scoort minder pathologie) en er wordt ook wel degelijk pathologie gescoord. Hier is echter geen gemiddelde in en zowel CDDS uitvoering als CDDS uitkomst wordt dusdanig aangepast dat de gescoorde pathologie niet betrouwbaar is.

6.4 Deelvraag 4

Welke informatie wordt door vaktherapeuten beeldend opgemaakt uit de inhoud van de CDDS tekeningen die zijn afgenomen bij kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB?

Naast de tekst die gebruikt wordt in de gevoelstekening, zoals uitgelegd in hoofdstuk 6.1, gebruiken kinderen met een LVB volgens Van Dongen (Bijlage 5) ook regelmatig hartjes in de gevoelstekening. Behalve hartjes is er geen sprake van symboliek in de tekeningen. Buitenhuis (Bijlage 4) noemt dat er veel smileys worden getekend die de basisemoties weergeven en Gering (Bijlage 7) vertelt dat er vaak gezichten worden getekend, die ook een emotie weergeven. Vaak is dit blij.

Het tekenen van monsters wordt door zowel Van Dongen (Bijlage 5) als Buitenhuis (Bijlage 4) genoemd. Dit is vrijwel het enige fantasiewezen dat getekend wordt. Volgens Buitenhuis (Bijlage 4) staan kinderen met een LVB dicht bij de werkelijkheid en hebben daardoor minder fantasie. Ze noemt dat kinderen wel in staat zijn om draken of prinsessen te tekenen maar alleen wanneer ze hier bijvoorbeeld een film over hebben gezien en er dus een recente ervaring mee hebben. Gering (Bijlage 7) noemt dat kinderen in de eerste tekening vaak dieren tekenen. Ook Pieters (Bijlage 3) vertelt dat er dieren worden getekend. Als therapeut is echter niet te zien om welk dier het dan gaat. Ze ziet dat het dier zeer nauwkeurig wordt getekend. Alsnog is er op het gebied van vormgeving niet iets te identificeren.

Ook stereotype onderwerpen komen veelvuldig voor, wat kinderen vaak tekenen. Het gaat dan om bijvoorbeeld een huis (Van Dongen, bijlage 5). Het tekenen van een huis is, net als een boom, één van de eerste dingen die een kind herkenbaar kan tekenen (Meykens & Cluckers, 1996). Het huis op de tekening in figuur 3 is afkomstig uit het DDS archief van Pieters, die in bijlage 8 toestemming heeft gegeven voor het gebruik hiervan. Deze tekening bevat een huis bestaande uit louter lijnen. Er is wel een omgeving rondom het huis getekend. Deze tekening is de eerste uit de CDDS serie van een cliënt van Pieters en laat een veelvoorkomend voorbeeld zien van de inhoud die gegeven wordt aan de DDS tekeningen door kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB.



Figuur 3

Naast het tekenen van een huis wordt het gezin ook vaak getekend. Dit werd genoemd door Van Dongen (Bijlage 5) en Buitenhuis (Bijlage 4). Dit wordt altijd een letterlijke weergave.

Het tekenen van gezinsleden als bijvoorbeeld dieren wordt niet gedaan, evenals het gebruik van andere symboliek. Betekenis aan gezins-tekeningen kan hierdoor hooguit gehaald worden uit de positionering en grootte van de verschillende figuren (Van Dongen, bijlage 5). Bekende vormen en mensen zijn in trek bij kinderen met een LVB (Smits, bijlage 6). Werken vanuit eigen inzicht is lastig waardoor er vaak getekend wordt wat bekend is, wat vaker is getekend (Van Dongen, bijlage 5) of waarvan ze vinden dat ze het kunnen tekenen (Buitenhuis, bijlage 4). Buitenhuis (Bijlage 4) noemt dat kinderen met een LVB vaak in een schema zitten. Ze tekenen een onderwerp altijd op dezelfde manier. De term schema wordt gebruikt wanneer het kind bepaalde vormen herhaaldelijk maakt, in dezelfde volgorde. Dit tekenen in schema's wordt vooral gedaan door kinderen van drie tot zes jaar oud met een reguliere ontwikkeling (Thomas & Silk, 1995).

Dat koppoters veel getekend worden wordt genoemd door Buitenhuis (Bijlage 4) en Smits (Bijlage 6). Kinderen van tien tot veertien jaar oud tekenen koppoters bij de CDDS. Het tekenen van koppoters is gebruikelijk voor kinderen van ongeveer vier jaar oud met een normale ontwikkeling. Vanaf twee jaar oud kunnen kinderen met een normale intelligentie figuren tekenen die op koppoters lijken. Deze bestaan uit losse lijntjes en krabbels (Foks-Appelman, 2004). In dit geval gaat het om poppetjes die bestaan uit lijnen en cirkels die met elkaar verbonden zijn. Smits (Bijlage 6) zegt dat het eenvoudige poppetjes worden met weinig detail. Bij een normale intelligentie tekenen kinderen dit dus rond het vierde levensjaar. Kinderen doen dit als ze zich meer bewust worden van zichzelf en van hun lichaam (Foks-Appelman, 2004). Buitenhuis (Bijlage 4) noemt dat de details van een tekening minder belangrijk zijn, zoals de details van het poppetje dat ze tekenen. Volgens haar hebben kinderen met een LVB daarnaast geen oog voor detail. Hier komt bij dat de tekenvaardigheid mist. Hierdoor is niet of nauwelijks te zien wat het kind heeft getekend. (Pieters, bijlage 3). Pieters (Bijlage 3) noemt dat de tekeningen vaak leeg zijn. De voorstelling (of het gebrek hieraan), zoals zij deze ziet, strookt niet met wat het kind mogelijk vertelt over de tekening. Er is wel sprake van enige vormgeving, er zijn lijnen en soms vegen te zien maar in feite staat er niks op het papier. Dit ligt niet aan wat het kind wil tekenen of wil uitbeelden, het ligt puur aan de tekenvaardigheid en tekenontwikkeling van het kind

Gering (Bijlage 7) vertelt dat kinderen ook met regelmaat hun eigen ervaringen tekenen. Dit zijn ervaringen die recent zijn opgedaan en van veel betekenis zijn. Ze noemt een voorbeeld van een jongen die een weekend vissen met zijn vader heeft getekend. De tekening in kwestie bevat een klein figuurtje dat uit blauwe lijnen bestaat. Het tafereel is zo klein op het grote papier getekend dat er geen onderscheid gemaakt kan worden tussen de verschillende onderdelen. Op het eerste gezicht is niet zichtbaar wat het uitbeeldt.

Het komt ook voor dat er geen inhoud is omdat het papier wit blijft. De opdracht en het grote witte papier zijn dan te beangstigend voor het kind. Dit is dan het geval bij de eerste en de derde tekening en werd genoemd door Gering (Bijlage 7).

De inhoud van de CDDS tekeningen van kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB bevat kortom stereotype figuren, zoals mensen, dieren en huizen. Mensen worden als koppoters getekend. Dit, en het tekenen in schema's, laat zien dat de tekenontwikkeling van kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB niet gelijkstaat met hun kalenderleeftijd. Naast deze beelden komt het voor dat kinderen een eigen ervaring proberen vorm te geven. Ook komt het voor dat het papier wit blijft en er geen inhoud is.

6.5 Deelvraag 5

Welke informatie verkrijgen vaktherapeuten beeldend uit de nabespreking van de CDDS die is afgenomen bij kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB?

Kinderen met een LVB zijn vaak snel in het maken van de tekeningen (zie hoofdstuk 6.2). Dit laat in principe veel ruimte over voor de nabespreking. Pieters (Bijlage 3) laat kinderen met een LVB na het afronden van de CDDS vertellen over hun tekeningen. Wanneer er weinig tijd is kunnen kinderen bij haar opschrijven wat ze ervan vonden. Ook Van Dongen (Bijlage 5) wacht tot na het afronden van de tekeningen met de bespreking. Dit doet ze om de kinderen concentratie te geven. Gering (Bijlage 7) zegt tijdens de uitleg van de CDDS duidelijk tegen het kind dat zij zelf niet praat. Een nabespreking is in haar therapie niet vanzelfsprekend omdat het maken van de CDDS soms zoveel spanning oplevert voor een kind dat een nabespreking alleen maar lastig is. Omdat ze aangeeft zelf niet te praten is er wel ruimte voor het kind om ondertussen te praten. Ook Buitenhuis (Bijlage 4) geeft het kind ruimte om tijdens de therapie te praten. Hier gaat ze zelf ook op in om zo voor verdieping te zorgen.

Pieters (Bijlage 3), Van Dongen (Bijlage 5) en Gering (Bijlage 7) benoemen het belang van de nabespreking. Omdat het aan vormgeving en voorstelling vaak schort (zie hoofdstuk 6.4) is een nabespreking vaak noodzakelijk. Het gebrek aan tekenvaardigheid zorgt ervoor dat de therapeut niet ziet wat het kind ziet of er een andere betekenis aangeeft (Pieters, bijlage 3; Van Dongen, bijlage 5). De nabespreking biedt in dit geval de kans om noodzakelijke en aanvullende informatie te verzamelen zodat de tekening begrepen kan worden (Meykens & Cluckers, 1996). Van Dongen (Bijlage 5) vertelt dat het voorkomt dat een kind zijn gezin tekent en één persoon groter tekent dan de rest. Als therapeut gaat ze er van uit dat dit de moeder zal zijn. Uit de nabespreking blijkt dat dit het kind zelf is. Dit is belangrijke informatie die alleen verzameld kan worden door de nabespreking.

Wanneer kinderen zelf vertellen over hetgeen ze getekend hebben, vertellen ze vaak kort en objectief over hun tekening (Buitenhuis, bijlage 4; Pieters, bijlage 3). Een voorbeeld van een beschrijving die een kind gaf over zijn CDDS tekeningen is: ‘met krijt gewerkt’ (Pieters, bijlage 3). Deze beschrijving is een voorbeeld en gemiddelde voor kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB.

Smits (Bijlage 6) geeft als reden voor de korte en praktische omschrijvingen dat kinderen met LVB verbaal niet sterk zijn. Kinderen met een LVB hebben niet alleen op sociaal en emotioneel gebied een achterstand, ook in de communicatieve vaardigheden zit een achterstand (Došen, 2008). De beperkte communicatieve vaardigheden en beperkte woordenschat worden ook door Buitenhuis (Bijlage 4) en Van Dongen (Bijlage 5) genoemd als reden waarom de manier van nabespreken een beperkte inhoud krijgt.

Ondanks deze korte omschrijvingen van de tekeningen willen de meeste kinderen er volgens Van Dongen (Bijlage 5) wel over vertellen. Of dat ondertussen is of na de tijd is, is, zoals beschreven, grotendeels afhankelijk van de therapeut.

Kinderen kunnen, wanneer ze geholpen worden door de therapeut, ook volop gaan associëren. Wanneer het verhaal eenmaal opgestart is kunnen ze blijven vertellen. Van Dongen (Bijlage 5) noemt dat dit vaak het geval is bij één onderwerp waar ze op door kunnen blijven gaan. Overgaan op een ander onderwerp is dan weer lastig. Vaak gaat het dan om een concrete ervaring die het kind heeft opgedaan en uitgebeeld in de tekening. Pieters (Bijlage 3) schrijft dit door blijven gaan in één onderwerp toe aan het gebrek in de executieve functies van het

kind. Volgens haar kan het kind zichzelf minder goed inhouden en minder goed onderscheid maken tussen wat wel en niet belangrijk is. Executieve functies zorgen ervoor dat het kind zijn gedrag kan aanpassen op een nieuwe en onbekende situatie. Intelligent en sociaal gedrag worden ontwikkeld naarmate de leeftijd vordert. Deze ontwikkeling begint in de kindertijd en duurt tot ver in de adolescentie (Huizinga, 2007). Kinderen met een LVB hebben deze executieve functies niet of minder (Ponsioen, 2010). Ook hierdoor is een nabespreking met kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB dus lastig om uit te voeren.

Een nabespreking is kortom bij de CDDS van belangrijk nut. De therapeut kan namelijk een andere interpretatie hebben van de inhoud van de tekening dan het kind. Hierbij zorgt de nabespreking voor verduidelijking. Hoewel het belang dus groot is, heeft de nabespreking niet altijd een goede uitwerking. Kinderen van acht tot veertien met een LVB hebben namelijk een beperking in hun communicatieve vaardigheden en hun executieve functies. Ondanks dit willen kinderen wel vertellen over hun tekeningen. Dit doen ze vervolgens kort en pragmatisch.

7. Conclusie

Omdat de diagnostisering van LVB lastig blijkt te zijn is in de onderzoekswestie (hoofdstuk 2) geopperd om de DDS mogelijk in te zetten bij het diagnostiseringsproces. Hiervoor is bekendheid nodig over welke kenmerken vaktherapeuten beeldend zien in de CDDS tekeningen van kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB. Dit wordt duidelijk door de kenmerken van de DDS scoringslijst, de eerste indruk die de therapeut krijgt, de pathologie waarop gescoord wordt en de progressie hierin, de inhoud van de tekeningen en door de nabespreking.

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt als volgt:

Welke verbale en non-verbale (beeld)informatie verzamelen vaktherapeuten beeldend, tijdens de afname van de Children's Diagnostic Drawing Series, bij kinderen in de leeftijd van acht tot veertien jaar met een Licht Verstandelijke Beperking?

De belangrijkste informatie die vaktherapeuten beeldend verzamelen door de CDDS af te nemen bij kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB is de achterstand in ontwikkeling. Dit is specifiek te zien in de tekenontwikkeling maar ook merkbaar tijdens de nabespreking. In de nabespreking vertellen de kinderen kort en pragmatisch over hun tekening (Pieters, bijlage 3). Tenzij het een ervaring is, waar uitgebreid over verteld kan worden (Van Dongen, bijlage 5), wordt er weinig verteld over de tekeningen en het maken van de CDDS. De achterstand in tekenontwikkeling blijkt allereerst uit de kenmerken van de CDDS scorelijst maar ook uit de eerste indruk en de inhoud van de CDDS tekeningen. De inhoud is vaak leeg omdat kinderen van acht tot veertien met een LVB voornamelijk losse lijnen en vormen tekenen en deze niet inkleuren (Pieters, bijlage 3). De lijnen en vormen die getekend worden staan los op het vel doordat er geen grondlijn getekend wordt (Buitenhuis, bijlage 4; Smits, bijlage 6; Gering, bijlage 7). Ook dit duidt weer op een achterstand in ontwikkeling (Malchiodi, 1998). Vormen die getekend worden zijn koppoters, dieren en huizen (Buitenhuis, bijlage 4; Van Dongen, bijlage 5; Smits, bijlage 6). Koppoters worden getekend door kinderen met een normale ontwikkeling van ongeveer vier jaar oud (Foks-Appelman, 2004). De koppoters en het gebrek aan grondlijn geven aan dat kinderen van acht tot veertien met een LVB op tekenontwikkelingsniveau werken op het niveau van drie- tot zesjarigen (Malchiodi, 1998; Foks-Appelman, 2004).

Andere figuren die worden getekend zijn monsters (Van Dongen, bijlage 5; Buitenhuis, bijlage 4), hartjes (Van Dongen, bijlage 5) en in de derde tekening wordt vaak tekst gebruikt (Pieters, bijlage 3). In de boomtekening is de vormgeving uiteraard een boom. Deze tekening is voor kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB het minst ingewikkeld om te tekenen doordat de opdracht gestructureerd is en een boom een bekend onderwerp is (Cohen et al., 1994). Op deze tekening wordt ook het minst pathologie gescoord, wat goed te zien is in de progressie (Pieters, bijlage 3). Specifieke pathologie waarop gescoord wordt is niet betrouwbaar gebleken doordat de therapeuten uit dit onderzoek hun eigen invulling geven aan de scores en aan de tijdsbesteding en uitleg van de DDS (Van Dongen, bijlage 5; Gering, bijlage 7). Cohen et al. (1994) stelt duidelijk dat zodra er iets binnen de CDDS wordt aangepast, er geen sprake meer is van een CDDS. Dat is hier dus het geval.

Inhoudelijke informatie is grotendeels afhankelijk van de nabespreking. Door het lage tekenniveau is de vormgeving vaak niet duidelijk en is uitleg van het kind over zijn tekening noodzakelijk (Van Dongen, bijlage 5). Wanneer het kind in staat is te vertellen over zijn

tekeningen komt in dit gesprek dus informatie over de vormgeving naar voren. Dit is echter niet altijd het geval omdat kinderen met een LVB een achterstand hebben in communicatieve vaardigheden en executieve functies (Došen, 2008; Ponsioen, 2010).

Andere informatie die vaktherapeuten beeldend verzamelen bij het afnemen van de CDDS bij kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB gaat over het niveau van de CDDS. Er wordt gesteld dat het niveau te hoog zou zijn voor kinderen met een LVB. Dit wordt door Gering (Bijlage 7) uitgelegd aan de hand van het ETC (Hinz, 2009). Het is gebleken dat kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB op het onderste level van het ETC-observatiemodel functioneren. Dit zijn de kinesthetische en sensorische levels (Timmers-Huigens, 2005). De CDDS doet volgens Gering (Bijlage 7) een beroep op het perceptuele level van het ETC. Kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB kunnen dit dan niet. Andere therapeuten noemen dat het niveau van de CDDS te hoog is voor kinderen met een LVB omdat drie tekeningen achter elkaar maken niet geschikt is voor kinderen met een LVB (Van Dongen, bijlage 5), het gebrek aan een kader een te groot beroep doet op het eigen inzicht van het kind (Buitenhuis, bijlage 4) en omdat het materiaal te onbekend is (Smits, bijlage 6).

8. Aanbevelingen

De CDDS is een breed inzetbaar meetinstrument in de beeldende therapie. Uit dit onderzoek blijkt echter dat de CDDS, zoals deze wordt afgenomen bij de cliënten van deze respondenten, helaas in mindere mate gezien wordt als geschikt voor kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB. Dit is volgens de respondenten te wijten aan de moeilijkheidsgraad van de CDDS en het tijdsbestek dat nodig is tijdens de afname. De CDDS wordt wel toegepast bij de doelgroep maar het nut van de resultaten wordt niet gezien door het grootste deel van de respondenten. Hierom krijgen de resultaten een eigen vertaling van de therapeut of wordt er slechts naar de tekentechnische kant van de CDDS gekeken en worden de scorelijsten niet gebruikt.

De onderzoekskwestie (hoofdstuk 2) laat zien dat de diagnostisering van LVB lastig is en nog onvoldoende aangesloten is op kinderen met een LVB. Uit dit onderzoek blijkt dat de CDDS, zoals deze nu gebruikt wordt, hier geen oplossing voor is. Kinderen met een LVB van acht tot veertien jaar oud laten duidelijke informatie zien in de CDDS tekeningen. Dat was eerder nog niet bekend. De vervolgvraag is of deze informatie specifiek duidt op een LVB. In verder onderzoek kunnen de resultaten uit dit onderzoek vergeleken worden met een controlegroep van kinderen zonder diagnose. Een single case study zou hiervoor het meest geschikt zijn. Dan wordt er een CDDS afgenomen bij, bijvoorbeeld, een kind van acht jaar oud met een LVB en een CDDS bij een kind van acht jaar oud zonder diagnose. Zo kunnen de resultaten één op één vergeleken worden.

Wat de CDDS uniek maakt is de scoring op psychiatrische stoornissen uit de DSM. Hierdoor wordt de CDDS begrijpelijk en valide voor verzekeraars en andere hulpverleners. Dit is zeer nuttig voor het vakgebied. De manier waarop de vaktherapeuten uit dit onderzoek de CDDS inzetten bij hun cliënten zorgt er echter voor dat de scores op pathologie niet betrouwbaar zijn. Er worden namelijk op meerdere fronten aanpassingen gedaan. De cliënten van de respondenten hebben reeds de diagnose LVB wanneer zij in therapie komen. Hierdoor kan er sprake zijn van een bias, de therapeuten verwachten dat de cliënt de originele CDDS niet aankan door zijn LVB en past daarom enkele elementen aan. Een advies is om de CDDS niet aan te passen aan de cliënt met een LVB maar uit te voeren zoals beschreven is door Cohen. Hierdoor worden de resultaten betrouwbaarder.

Een aanbeveling is om in de CDDS niet alleen te focussen op de uiteindelijke pathologie waar gescoord op wordt maar ook op de tekenontwikkeling die te zien is in de tekeningen. Wanneer deze ontwikkeling een beduidende achterstand laat zien, kan er sprake zijn van een LVB. Wanneer het kind al de diagnose LVB heeft laat de tekenontwikkeling zien op welk niveau het kind in feite functioneert.

Om een LVB te herkennen in de tekeningen van kinderen kan er ook worden gekeken naar de invulling van de opdracht per tekening. Uit dit onderzoek blijkt dat kinderen van acht tot veertien jaar oud met een LVB gemakkelijker beginnen aan de boomtekening omdat ze een kader krijgen bij de opdracht. Wanneer de CDDS wordt aangeboden en het kind kan moeilijk invulling geven aan de eerste en derde tekening, kan dit wijzen op een achterstand in cognitief vermogen, een kenmerk van een LVB.

Bibliografie

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V: Beknopt overzicht van de criteria*. Amsterdam: Boom.
- Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., & Peij, S. (2010). Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo. *Gedragscode voor het voorbereiden en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek binnen het Hoger Beroepsonderwijs in Nederland*.
- Annemans, F. M. J., & Claessens, S. (2014). *Meetinstrumenten in de beeldend therapeutische praktijk. Inventariserend onderzoek naar meetinstrumenten binnen de beeldend therapeutische praktijk en onderzoek naar beeldende therapie* (Bachelorscriptie). Beeldende Vaktherapie, Hogeschool Zuyd, Heerlen.
- Cimbal, C., Dahm, S., Hütter, K., Promper, M., & Schmalz, D. (2006). “Wat gaan jullie met al die tekeningen doen...?” (Bachelorscriptie). Beeldende Vaktherapie, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.
- Claessens, S., Annemans, F., Péntzes, I., & Van Hooren, S. (2016). Meetinstrumenten in beeldende therapie, een inventariserend onderzoek naar de kennis en het gebruik van meetinstrumenten. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 12(1), p. 27-34.
- Cohen, B. M. (1983). *The Diagnostic Drawing Series Handbook*.
- Cohen, B. M., Hammer, J.S., & Singer, S. (1988). The Diagnostic Drawing Series: A systematic approach to art therapy evaluation and research. *The Arts in Psychotherapy*, 15(1) p. 11-21.
- Cohen, B. M., Mills, A., & Kijak, A. K. (1994). An introduction to the Diagnostic Drawing Series: A Standardized Tool for Diagnostic and Clinical Use. *Art therapy: Journal of the American Art Therapy Association*. 11(2) p. 105-110.
- De Bil, M., & De Bil, P. (2017). *Praktijkgerichte ontwikkelingspsychologie*. Amsterdam: Boom.
- Došen, A. (2008). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Van Gorcum.
- Douma, J., Moonen, X., Noordhof, L., & Ponsioen, A. (2014). Diagnostisch Onderzoek bij Mensen met een LVB: Hoe haal je het beste in de naar boven? *LVB Onderzoek & Praktijk*, 12(1), p. 32-40.
- Fikke, D., Péntzes, I., & Van Hooren, S. (2017). Het Expressive Therapies Continuum. Een theoretisch raamwerk voor de beeldende therapie. *Tijdschrift voor vaktherapie* 13(2), p. 2-11
- Foks-Appelman, T. (2004). *Kinderen geven tekens*. Delft: Eburon.
- Gantt, L. M. (2009) The Formal Elements of Art Therapy Scale: A Measurement System for Global Variables in Art. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*. 26(3), p. 124-129.

- Geenen, M. J. (2014). *Reflecteren. Leren van je ervaringen als sociale professional*. Bussum: Coutinho.
- Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven: Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hinz, L. D. (2009). *Expressive Therapies Continuum. A Framework for Using Art in Therapy*. New York: Routledge.
- Huizinga, M. (2007). De ontwikkeling van executieve functies tussen kindertijd en jongvolwassenheid. *Neuropraxis*, 11(3), p. 69-76.
- Kenniscentrum voor Kind- en Jeugdpsychiatrie. (z.d.). *Jeugd-GGZ voor kinderen en adolescenten met een licht verstandelijke beperking (LVB)*. Geraadpleegd op 17 oktober 2018, van <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/licht-verstandelijke-beperkten-lvb/>
- Levine, E. G. (2015). *Play and Art in Child Psychotherapy*. Londen: Jessica Kingsley.
- Van Luijn, I. (2016). *Tekenen van autisme* (Bachelorscriptie). Beeldende Vaktherapie, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.
- Malchiodi, C. A. (1998). *Understanding Children's Drawings*. Londen: Jessica Kingsley.
- Meykens, S., & Cluckers, G. (1996). *Kindertekeningen in Ontwikkelingspsychologisch en Diagnostisch Perspectief*. Leuven: Acco.
- Migchelbrink, F. (2007). *Actieonderzoek voor Professionals in Zorg en Welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Migchelbrink, F. (2016). *Handboek Praktijkgericht Onderzoek. Zorg, Welzijn, Wonen en Werken*. Amsterdam: SWP.
- Mills, A., Cohen, B. M., & Meneses, J. Z. (1993). Reliability and Validity Tests of the Diagnostic Drawing Series. *The Arts in Psychotherapy*, 20(1), p. 83-88.
- Neale, E. L. (1994). The Children's Diagnostic Drawing Series. *Art therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 11(2), p. 119-126.
- Nederlands Jeugdinstituut. (2015). *Lichtverstandelijk beperkte jeugd: Cijfers*. Geraadpleegd op 19 oktober 2018 van <https://www.nji.nl/Licht-verstandelijk-beperkte-jeugd-Probleemschets-Cijfers>
- Ponsioen, A. (2010). *Een kind met mogelijkheden*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schweizer, C, De Bruyn, J., Haeyen, S., Henskens, B., Visser, H., & Rutten-Saris, M. (2009). *Handboek Beeldende Therapie: Uit de verf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H. (2014) *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H., Beurskens, S., Reverda, N., Gielen, X., & Pénczes, I. (2012). Het Evidence Beest in de vaktherapie: Een verheldering van de begrippen Evidence Based Practice en Practice Based Evidence. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 8(2), p. 11-18.

- Thomas, G. V., & Silk, A. M. J. (1995). *De psychologie van kindertekeningen*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Timmers-Huigens, D. (2005). *Ervaringsordening: Mogelijkheden voor mensen met een verstandelijke handicap*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Van den Boomen, E., Debie, Z., De Langen, T., Van Lijssel, L., Olijerhoek, T., & Verweijen, J. (2013). *PDD-NOS teken(t) je zo!* (Bachelorscriptie). Beeldende Vaktherapie, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.
- Van Dale. (z.d) *Betekenis 'Pathologie'*. Geraadpleegd op 4 januari 2019, van <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/pathologie#.XEoz8FxKhPY>
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*. Amsterdam: BoomLemma.
- Verhulst, F. C. (2005). *De ontwikkeling van het kind*. Assen: Van Gorcum.
- Windemuller, S., Huskens, B. E. B. M., Grootenboer, J., & Teeuwisse, J. M. (1998). *Psychotherapie bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren*. Assen: Van Gorcum.
- Woittiez, I. B., Ras, M., Putman, L., Eggink, E., & Van der Kwartel, A. J. J. (z.d.) *Prevalentie van verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 17 oktober 2018 van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/>

Bijlage 1: Scoringslijst DDS

SCORINGSLIJST - DIAGNOSTISCHE TEKENTEST ©1985 Barry M. Cohen, MA, ATR Nederlandse digitale bewerking: werkgroep DDS Nederland. vertaling: Liesbeth Hensbroek, 2006 (herzien 2009 HH)																	
project code		seks		afnemer													
diagnose		leeftijd		datum													
						tek 1			tek 2			tek.3					
aantal kleuren	mono	twee/drie	vier+			m	t	v	m	t	v	m	t	v			
kleurmenging	nee	ja				n	j		n	j		n	j				
idiosyncratische kleur	nee	ja				n	j		n	j		n	j				
lijn/vlak	lijn	vlak	gemengd			l	v	m	l	v	m	l	v	m			
integratie	nee	ja	verarmd			n	j	v	n	j	v	n	j	v			
non figuratief	geometrisch	biomorfisch	gemengd			g	b	m	g	b	m	g	b	m			
figuratief	hoekig	gebogen	gemengd			h	b	m	h	b	m	h	b	m			
beeld	enkelvoudig	meervoudig	blanco			e	m	b	e	m	b	e	m	b			
insluiting	nee	ja				n	j		n	j		n	j				
grondlijn	nee	ja				n	j		n	j		n	j				
mensen	nee	ja				n	j		n	j		n	j				
dieren	nee	ja				n	j		n	j		n	j				
planten/voorwerpen	nee	ja				n	j		n	j		n	j				
abstracte symbolen	nee	ja				n	j		n	j		n	j				
cijfers/letters	nee	ja	alleen			n	j	a	n	j	a	n	j	a			
landschap	alleen land	met water	alleen water			l	m	w	l	m	w	l	m	w			
krijtdruk	licht	gemiddeld	zwaar			l	g	z	l	g	z	l	g	z			
lijnlengte	kort	onderbroken	lang			k	o	l	k	o	l	k	o	l			
beweging	impliciet	expliciet	geen			i	e	g	i	e	g	i	e	g			
ruimte gebruik	0-32%	33-66%	67-99%	vol		0	3	6	v	0	3	6	v	0	3	6	v
boom	onherk.baar	chaot. takken	min. stam	uiteen		o	c	m	u	o	c	m	u	o	c	m	u
overhelling	nee	ja				n	j		n	j		n	j				
ongewone plaatsing	nee	ja				n	j		n	j		n	j				

Bijlage 2: Gedragscodeverslag HBO

Voor HBO-onderzoekers geldt een gedragscode zodat onderzoekers unaniem gewenst en verantwoord gedrag laten zien. Hierdoor is het onderzoek en het eindproduct van hogere kwaliteit. De gedragscode voor praktijkgericht onderzoek aan het hbo bestaat uit vijf regels (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters & Peij, 2010). Hieronder wordt beschreven hoe de onderzoeker van dit onderzoek invulling heeft gegeven aan deze regels.

1. Onderzoekers aan het HBO dienen het professionele en maatschappelijke belang.

Door het werken via een opdrachtgever wordt het onderzoek gedaan voor het vakgebied. Omdat het een praktijkgericht onderzoek betreft, heeft het onderzoek een maatschappelijk belang. Tijdens het zoeken naar informatie, het houden van interviews en het schrijven van het onderzoek lag de focus in op het afleveren van een nuttig onderzoek voor de praktijk. Het onderzoek is voor het hele vakgebied en veel mensen kunnen dit zien en er gebruik van maken doordat de onderzoeksresultaten open en vrij in te zien zijn. Dit levert een bijdrage aan de kennisontwikkeling van het vakgebied.

2. Onderzoekers aan het HBO zijn respectvol.

Na afloop van de interviews zijn de interviews getranscribeerd en teruggestuurd naar de betreffende respondent. Deze persoon heeft vervolgens de transcriptie gelezen en goedgekeurd. Alleen met deze goedkeuring zijn de interviews opgenomen in het onderzoek. Tijdens de interviews zijn de respondenten nadrukkelijk gevraagd om toestemming te geven om hun naam te vermelden in het onderzoek. Daarnaast zijn er toestemmingsformulieren ingevuld waarin toestemming wordt gegeven om beeldmateriaal op te nemen in het onderzoek. Dit alles met het oog op de privacy van zowel de respondent als de cliënten waarover gesproken wordt.

3. Onderzoekers aan het HBO zijn zorgvuldig.

Het onderzoek is zorgvuldig opgesteld omdat er sprake is van triangulatie. De vele interviews zijn met elkaar getrianguleerd. Naast interviews is er veelvuldig gebruikt gemaakt van literatuur, bestaande uit boeken, artikelen en vaktijdschriften. De bronvermelding van deze literatuur is gedaan volgens de APA richtlijnen. Er is rekening gehouden met auteursrecht van afbeeldingen en teksten. Zowel onderzoek als product als transcripties van interviews zullen bewaard worden zodat deze later nog op te vragen zijn.

4. Onderzoekers aan het HBO zijn integer.

De transcripties van de interviews en de gebruikte literatuur zijn gewogen op hun bruikbaarheid en nut voor dit onderzoek. Ondanks dat dit onderzoek gaat over de CDDS, in opdracht van de CDDS werkgroep, had de onderzoeker een kritische houding tegenover de CDDS en de toepassing hiervan bij kinderen met een LVB. Dit betekent niet dat er kritiek werd geleverd op de CDDS maar wel dat door middel van deze houding alle resultaatopties open bleven en verantwoord konden worden.

5. Onderzoekers aan het HBO verantwoorden hun keuzes en gedrag.

De onderzoeker heeft, in samenwerking met de opdrachtgever, afgewogen op welke manier dit onderzoek tot stand kon komen en het thema is meermaals verantwoord naar collega-onderzoekers en respondenten. Keuzes voor verschillende hoofdstukken evenals respondenten zijn gemaakt in overleg met de consulent en de opdrachtgever. De onderzoeksmethode is zorgvuldig geschreven met oog op de professionals die dit onderzoek in kunnen zien, de respondenten en het nut voor de praktijk.

Bijlage 3: Transcriptie interview Ans Pieters

maandag 5 november 2018

Hengelo

Carine: Nou, misschien is het leuk om te beginnen met iets te vertellen over de doelgroep waar u mee werkt.

Ans: Ja. Ik heb een doelgroep kinderen / jongeren die heel breed is. E zit ook LVB bij. Kinderen met gewone kinderprobleempjes, als aanpassing, levensfase-dingetjes, vriendjes, scheiding, scheiding die geweest is en dan weer op moeten starten. En ook kinderen met ernstige problematiek, trauma, vechtscheiding. En dan heb ik het niet over een vechtscheiding van een jaar maar over een vechtscheiding van vier jaar ofzo of langer. Misbruik, gedragsproblematiek, hechtingsproblematiek. Ik werk ook met kinderen in speciaal onderwijs. Dat was vroeger cluster 4, dat betekent gedragsproblematiek en psychiatrie. En da's ook heel divers, van autisme tot verwaarlozing, hechting, nou ADHD niet meer zoveel. Veel sociaal-emotionele problematiek, kinderen die de snelheid van de maatschappij niet aankunnen. En dat is het wel zo'n beetje. Ik werk ook met kinderen individueel of in een groepje en daarnaast begeleid ik ouders in de opvoeding. Omdat ik wel met het kind aan het werk ga maar ouders moeten daar ook in mee kunnen. En ouders hebben vaak zo hun eigen vragen, omgang met het kind, zeker als het een kind is dat naar speciaal onderwijs gaat. En ik ben heel vaak eerste hulpverlener. Dus alles is nog vers en nieuw. En dat vind ik zelf heel prettig omdat ik kan dan heel laagdrempelig beginnen en het proces gewoon in het tempo van ouders en kind doen. Ik heb geen wachtlijst, ik ben heel flexibel in afspraken maken en dat wordt als heel prettig ervaren door ouders en kinderen. En ja, altijd heel korte lijntjes hè. Als ZZP-er is dat makkelijker dan wanneer je bij een instelling werkt. Dus dat is een beetje mijn doelgroep. En bij jongeren is het vooral, ja, jongeren die vastlopen in hun ontwikkeling. Meestal 13-, 14-jarigen. De puberteit is in volle gang, de hormonen zijn alle kanten op, op school ontstaat een differentiatie, in groepen hoort de jongere er niet meer bij en waar hoort het dan wel bij. En ja dat zijn meestal toch wel heftige dingen, voor kinderen, voor jongeren. Zij ervaren het zelf als heel heftig en hebben het gevoel zich daarin te verzuipen. We zijn daarom vooral bezig met emotieregulatie, aandachtsregulatie, planning, zelfwaardering, en dat soort dingen.

Carine: En de kinderen met LVB, hoe oud zijn die ongeveer?

Ans: Ja dat is ook heel wisselend, van zes tot veertien zo'n beetje. En ik moet altijd heel diep nadenken over LVB omdat voor mij een kind een kind is. En je helpt een kind op zijn niveau. En dat is niet altijd de kalenderleeftijd. En het is ook bijna nooit harmonisch. Dus ik moet altijd nadenken, is dit nou een LVB kind, officieel, of is dit niet een LVB kind. Ik heb er regelmatig een paar, op de school waar ik werk maar ook wel hier in de praktijk. Maar ik maak dat onderscheid niet zo. Ik ben niet zo van de kaartjes en de plaatjes. Dus ik verwoord het ook zo van 'nou dit kind heeft meer tijd nodig, meer aanwijzing nodig, meer structuur nodig om dat te doen wat hij wil doen of moet doen. En het tempo ligt bij dit kind anders dan bij andere kinderen. En zeker in de omgang met ouders, ervaren zij dat als prettig, zo van: nee je loopt niet achter, ieder kind heeft z'n eigen tempo. Dat zeggen ze op scholen ook altijd: er is maar één gemiddeld kind, en de rest is allemaal anders. En daar vallen LVB kinderen ook

onder. Onder al die anderen. En dus is voor mij dat verschil in de praktijk niet zo heel groot. Ik werk ook met LVB-ouders trouwens.

Carine: Waarvan de kinderen dan hier in therapie zijn?

Ans: Ja. En het zijn niet altijd LVB-kinderen maar wel kinderen met een probleem.

Carine: Ja precies.

Ans: Dus dat is een beetje de doelgroep. En de problematiek verdeeld over alle groepen, is allemaal even hetzelfde. Je hebt altijd kinderen onder LVB die gevoeliger zijn voor ontregelingen in hun omgeving, maar als ze nou genoeg LVB zijn is dat ook weer niet zo.

Carine: Ja, dat is ook weer bij ieder kind anders.

Ans: Ja, precies. Dus ik heb niet het idee dat, nee. Ik heb niet zo vaak kinderen met LVB en bijvoorbeeld autisme. Die zitten toch blijkbaar in een ander circuit. Of die hebben van het één of het andere geen last.

Carine: Ja maar die zullen dan ook al echt de diagnose hebben.

Ans: Ja maar de kinderen op de onderwijs natuurlijk wel, die zijn allemaal al gediagnosticeerd, en ook allemaal al heel vroeg, toen ze vier waren ofzo.

Carine: Ook met LVB al?

Ans: Nou dat is meestal zes ofzo. Of het moet al heel duidelijk zijn. Kijk, kinderen in het speciaal onderwijs die al vroeg in het speciaal onderwijs komen, die komen eerst in de kleuterafdeling omdat er al van alles gesignaleerd is wat niet duidelijk is. En dan komt er in die kleuterafdeling wel achter van hé, het leren, het schools leren maar ook het andere leren, gaat toch anders. Moeizaam, langdurig, noem maar op. Ik werk nu met een jongen die is nu negen en die heeft in elk geval dyslexie maar de vraag is, dat hij niet verder leert, heeft dat nou te maken met dat hij zo ontzettend dyslectisch is, of LVB, of allebei, en de gezinsomstandigheden? Wat met LVB ook wel wil. Toen hij op het speciaal onderwijs kwam, toen hij vier was, is er een intelligentieonderzoek gedaan, en voor de herfstvakantie is er weer een intelligentieonderzoek gedaan, en de punten zijn eigenlijk gelijk gebleven. Dat betekent dat hij eigenlijk achteruit gegaan is en dat LVB nu wel heel duidelijk is. En er is een non-verbale test gedaan dus dat leren dat telde dan weer niet mee, en daaruit scoort ie toch behoorlijk LVB.

Carine: Oke. En hij is dus negen?

Ans: Ja die is nu negen. En ik denk dat ie ook wel, na dit schooljaar, naar ZML gaat ofzo. Omdat daar gewoon het tempo lager ligt.

Carine: Dus dat past dan beter bij hem?

Ans: Ja.

Carine: Maar dus niet alle kinderen die hier komen hebben de officiële diagnose LVB?

Ans: Nee, omdat ik ook heel vaak de eerste hulpverlener ben. En er zijn wel vragen rondom: het duurt allemaal zo lang, het is allemaal zo traag, hij snapt er niks van. Nou goed, dat ga ik dan natuurlijk onderzoeken. En juist met de DDS, los van de DDS zelf, ga je ook kijken naar hoe is de tekenontwikkeling van een kind, en hoe gaat ie met het materiaal om of hoe is z'n motoriek of hoe komt ie tot vormgeving, hoe is z'n fantasie. En daaruit krijg je wel een algemeen beeld van ja, hij is wel zeven, maar eigenlijk is hij nog maar vier. En als dat allemaal eruit komt en ik dan met ouders een gesprek, een adviesgesprek heb, dan hebben we het ook daar over van, nou wat zie je dan in de zelfstandigheid bijvoorbeeld, en in de probleemoplossing, hoe doet ie dat. En ouders zeggen dan 'het lijkt wel een kleuter, zoals ie dat doet'. Weet je, ouders hebben daar zelf ook altijd het gevoel bij, van het klopt niet bij de leeftijd. Dus dan heb ik het daarover, over dat ontwikkelingsaspect en dan gaan we een tijd werken aan dat ontwikkelingsaspect om te kijken, met behulp van ouders, van als je hem nou wat meer achter de vordens zit en het sociaal-emotionele leren stimuleert, en verantwoordelijkheid en dat soort dingen, zelfstandigheid, groeit ie dan? Groeit ie dan niet, in de zin van 'het lukt niet', we hebben natuurlijk ook kinderen die een soort aangeboren, of verworven afhankelijkheid hebben, aangeleerde afhankelijkheid. Dan duurt het leren veel langer en dat levert veel meer stress op dan kinderen die gewoon het nog niet kunnen. En als nou na twee maand blijkt van, er zit niet echt vooruitgang in, dan kun je denken aan LVB. En dan koppel ik ook altijd met ouders terug van, hoe gaat dat nou op school? Wat gaat er makkelijk, wat gaat er moeilijk? Hoe zit ie in de leerstof? Hoe zit ie in z'n vel en hoe zit ie in de klas? En dan als de leerkracht niet aangeeft van hij trekt het niet, dat leren, dan mee laten gaan. Totdat het een keer spaak loopt, en dan kun je alsnog een onderzoek doen, officieel, en dan kom je uit op weet ik veel wat voor niveau, 80, 75.

Carine: Das meestal een lang traject dan.

Ans: Ja precies en je moet kinderen ook de gelegenheid geven, vind ik, om te groeien en mee te groeien en niet vroegtijdig van 'jij bent een LVB of jij bent een dit of dat'. Kijk als kinderen er zelf last van krijgen, wordt het tijd om iets te ondernemen. Als een kind zegt van 'het lukt mij niet om te lezen, ik kan wel lezen maar het gaat me te snel en ik vind het te moeilijk, andere kindjes zijn al verder dan ik en ik wil dat ook, ik doe zo m'n best maar het lukt niet.' Er is geen sprake van dyslexie of een andere taalstoornis, dan kan je ook kijken naar een trage lezer nog, en als je dat naast andere dingen van school zet, denk je ja misschien heb jij gewoon meer tijd nodig. En voor iedereen is het soms te moeilijk. Bij de één is dat boekje zes en bij de ander boekje vier, en bij nog een ander is dat boekje twee. Het gaat erom, dat je er lol in hebt. En ja als het schoolse leren een probleem oplevert, ja dan moet je een onderzoek gaan doen. Daar kan alsnog LVB uitkomen maar dat wil nog niet zeggen dat hij dan ook van die school af moet en naar speciaal onderwijs moet. Scholen zijn ook gewoon verplicht om die kinderen tot op zekere hoogte stof aan te bieden die te leren is.

Carine: Wat aansluit.

Ans: Ja precies. De zorgbehoefte. Ja da's ook een beetje mijn filosofie daarachter. En jouw verhaal, ik begreep jij bent afstuderend aan de HAN?

Carine: Nee aan de HU, in Amersfoort.

Ans: En dit is jouw afstudeerfase, waar je nu in zit?

Carine: Ja, en daarvoor doe ik dus een onderzoek, een inventariserend onderzoek en dit is mijn eerste interview. Van hopelijk vier of vijf, waarin hopelijk beeldend therapeuten dus vertellen hoe kinderen met LVB zijn in therapie en wat ze laten zien qua kenmerken ook in de tekeningen maar ook daarbuiten. Tijdens de nabespreking. Hoe ze associëren, bij de DDS wordt niet gepraat, na de tekeningen dan, maar ik denk zelf dat stel dat alle kinderen nou heel veel vragen stellen of heel veel bevestiging nodig hebben, dat geeft iets aan wat een kenmerk misschien van zo'n groep kan zijn. Dus op die manier heb ik mijn onderzoek ook ingesteld, en meer van deze vragen. Bert Henskens is mijn opdrachtgever en die heeft zelf hier een beetje op getekend.

Ans: Oh ja dit is de oude lijst.

Carine: Dus per deelvraag heb ik, welke progressie is er te zien, wat is de eerste indruk.

Ans: Ik denk dat het handig is, voor de volgende interviews, dat je mensen even een lijstje geeft wat de vragen zijn. Want je zegt al, welke kenmerken er overwegend zijn, dat wist ik niet van te voren want dan was ik het weekend in de DDS gedoken. Dus als mensen het van te voren doen, heb je al meer informatie als je er bent.
Is de DDS wel geschikt?

Carine: Ja, dat is ook, dat is niet, daar gaat het onderzoek niet over, maar het is wel interessant om erbij te pakken.

Ans: Je zou kunnen afvragen, waarom zou de DDS niet geschikt zijn.

Carine: Ja en dan specifiek voor kinderen met LVB.

Ans: Ja. Oké. En het deel waar V-tjes voor staan? Daar wil je wat meer over weten?

Carine: Ja, ik heb hier een topiclijst-

Ans: En die heb jij zelf bedacht? Dit?

Carine: Wat handig is, of?

Ans: Nee wat je wil weten.

Carine: Ja, samen met Bert heb ik dat bedacht.

Ans: Oké. Is een gemiddelde mogelijk? Nou, nee, een gemiddelde is niet mogelijk. Nee. Net wat ik zei hè, er is één gemiddelde. Lijsten nalopen, eerste indruk.... De eerste indruk van de tekeningen, dat is iets anders dan... Kan er hierin sprake zijn van structurele kenmerken?

Carine: Ja, in de eerste indruk.

Ans: Ja ja.

Carine: Dus is daar iets algemeen of gemiddeld in.

Ans: Welke progressie is te zien, is er sprake van een gemiddelde, oké. Ja. Wat wordt gezegd over inhoud van de therapie, associaties, is er sprake van beeldinformatie... Oke. Wil je ze van boven af naar beneden antwoorden?

Carine: Ja lijkt me handig.

Ans: Oké, houden we die erbij.

Carine: Maar als er tussendoor iets anders ter sprake komt is dat ook oké.

Ans: Ja, maar nou moeten we toch even de DDS erbij pakken. Wat is de leeftijdscategorie?

Carine: Die heb ik niet vastgesteld want dat ligt volledig waar iedereen mee werkt. En LVB wordt ook heel jong niet echt gediagnostiseerd dus ik denk vanaf zes, tot veertien/vijftien, iets jonger misschien.

Ans: Je mag deze wel erbij pakken.

Er worden verschillende DDS-mappen uit de kast getrokken en samen zoeken we geschikte series uit van kinderen met LVB waar ik eventueel foto's van kan maken. Er zijn series van kinderen van acht/negen tot dertien/veertien jaar oud.

Ans: Sommige kinderen zijn heel snel, met de tekeningen, en dan heb je dus alle tijd om de interviews te doen. Sommige kinderen zijn wat langzamer, hebben wat meer tijd nodig om te tekenen, en dan zeg ik van, weet je wat, schrijf maar even de dingetjes op, zelf, want dat weet jij zelf het beste. En dat vinden de kinderen meestal heel fantastisch, om dat zelf te mogen doen hè.

Ans: Wat mij opvalt bij LVB kinderen is de motoriek, daar zit een achterstand in. Maar dat heeft dan niks met de DDS te maken. Heel vaak zie je vormen niet sluiten, lijnen die elkaar niet raken of juist heel veel kruisen, of juist omdat die motoriek niet zo is, alleen platte kant van het krijtje gebruiken, dan ben je lekker snel klaar. Vaak ontbrekende stukjes. Zie je dat? Kijk, deze manier van werken, zie je bij LVB heel vaak. Passen en vullen. Niet zo snel mogelijk, maar meer de manier van, wat de motoriek wil. Je ziet dat bij kleuters ook, de manier waarop kleuters inkleuren is ook niet egaal maar wel weer zus en dan weer zo, als het maar gevuld is. Dit is ook van LVB. En wat mij dan opvalt is het verschil tussen de boomtekening en de rest.

Carine: Ja, doordat deze ook geen lijnen heeft.

Ans: Nee. En die boom zou van een willekeurig kind kunnen zijn. Terwijl deze eerste en derde daar heel anders in zijn. Ja, dit is de eerste tekening. Maak een tekening met dit materiaal, dan krijg je dat. Wat moet ik in vredesnaam zien? Maak een tekening van hoe je je voelt met vormen, kleuren en lijnen, dan krijg je deze. Je zou bijna kunnen zeggen dat dat (de 1^e) de 3^e tekening zou kunnen zijn en dat (de 3^e) de eerste. Maak een tekening hoe je je voelt met vormen, kleuren en lijnen. Maar het is de eerste. Wat mij wel, als ik zo naar deze kijk, opvalt, vaak bij LVB, als je naar de boom kijkt, dat de kruin kleiner is, verhoudingsgewijs, dan de stam. Je ziet dat bij deze ook. De stam, met een kleine kruin. We kunnen even bij die anderen op tafel kijken of dat ook zo is. Het verschil vind ik, met niet-LVB kinderen, vaak, is de motoriek, de lijnvoering. Deze is zeer gedetailleerd.

Carine: Ja, ik zag ook in de beschrijving staan wat de auto allemaal had.

Ans: Ja. Dat is dus drie keer niks hè, de derde tekening.

Carine: Er is wel een poging gedaan, tot tekenen?

Ans: Ja ja, en er is ook bewust geveegd hoor. Maar, het is niks. Als je dan kijkt hoe geschreven wordt, dan is ook die motoriek niet goed. En de boomtekening is dan weer heel anders.

Carine: Deze is dan wel weer gedetailleerd, met die takken er tussendoor.

Ans: Ja. Er zouden ook anti-kenmerken in kunnen zitten. Zou me niet verbazen. Hij zit de rest van de tijd te spelen en te smeren.

Carine: Want ze krijgen vijftien minuten per tekening hè?

Ans: Nou ja het is wel zo dat als 't klaar is, is 't klaar. Je hoeft de tijd niet vol te maken. En als een kind niet verder kan, moet je 'm dat ook niet aan doen zeg ik dan, geldt ook voor volwassenen. Maar als je niet verder kan, vraag je, moet er nog iets aan toegevoegd? Ik heb wel eens bij een jongetje een DDS afgenomen en hij was binnen tien minuten klaar.

Carine: Met alle tekeningen?

Ans: Met alle tekeningen. Tekening 1 had hij het langste over gedaan, acht minuten. Tekening twee was twee minuten. Tekening drie was 1 minuut.

Carine: Wat een verschil ook, per tekening.

Ans: Ja. En hij vond het moeilijkste de laatste, de gevoelstekening. En daar hebben bijna alle kinderen het meeste moeite mee. Volwassenen soms ook.

Bij deze jongen heb ik in de loop der tijd een paar keer een DDS afgenomen. Omdat ik hem heel lang gehad heb en op een gegeven moment hij naar de VSO ging. En hier zie je heel duidelijk één kant van het blad gevuld. En de tweede tekening is een uitvergroting van de eerste.

Carine: En ook weer die dikke stam.

Ans: Ja. Dit is ook weer een typische manier van tekenen. Dit is eigenlijk kleuterachtig. En dit is eigenlijk veel te laag niveau. Dit is eigenlijk voor mij altijd een lampje zo van, hier kan LVB zijn. Dat zie je altijd meer in de eerste of derde tekening en minder in de tweede tekening.

Carine: Ja die is natuurlijk ook heel gestructureerd.

Ans: Juist. Als je het hebt over progressie, de tekening twee is heel gestructureerd, alle kinderen kunnen een boom maken. En als ze dan één keer een boom beginnen dan kunnen ze 'm ook hartstikke boom maken. Daar wordt heel veel energie in gestoken. Want dat is wat ze kunnen.

Carine: Ja.

Ans: Heb ik hier ook nog een diagnose? Bij eerste indruk, gaat altijd over de hele serie, bijzonder leeg, maar ook vol, gek, vrolijk. En dan komen er hier dus een aantal scores uit, waarbij je hier ziet dat er dus ook heel veel op controlegroep wordt gescoord, dus hele goeie coping. En dat komt ook op het bijna manische, die tweede en die derde tekening. Ja

niet alleen het beeld maar ja ook de kleuren, de beweeglijkheid, de ruimtelijkheid, alle kanten op willen. Er zitten ook wat dingen van dissociatie in. En ja, als je zo bent, zo euforisch manisch, dan is je aanpassing ook lastig, dus vandaar dat je daar ook hoog op scoort.

Carine: Ja. En is dit dan sprekend voor meerdere kinderen?

Ans: Nee. Dit is niet sprekend voor LVB, nee.

Carine: Oké.

Ans: Het grappige is, kijk je ziet hier organiciteit, het grappige is, dat je heel vaak, of regelmatig bij LVB een hogere score op organiciteit ziet. En ook wel grote score op controlegroep. Dus er is iets organisch wat niet helemaal lekker loopt. Maar omdat dat scoren op controlegroep is heel hoog is kun je ook zeggen van nou, hij weet zich er haast staande tegen te houden.

Carine: Ja.

Ans: Het is niet een typische LVB, ja er is geen typische LVB-er.

Carine: Nee. Maar het is dus wel, het komt regelmatig voor dat er in die organiciteit niet goed gaat maar dat ze wel die controle hebben?

Ans: En dat je als het hierboven allemaal niet zo lekker loopt, het niet goed is aangelegd, zoals bij LVB, ja. Even kijken hoor.

Carine: Ik zag deze en die heb ik vergeleken en er kwam wel heel veel overeen.

Ans: Overeen met?

Carine: Met deze eronder want dat waren de eerste twee.

Ans: Ja ja. Lijkt op aanpassings, ik heb geen scorelijstje zichtbaar. Even zien hoor.

Carine: Ik zag aanpassing ook meerdere keren terugkomen.

Ans: Ja, dat is ook wel logisch. Want dingen gaan gewoon te snel en het is moeilijk om goed aan te sluiten en aanpassingsproblematiek heb je dus op gedrag die je niet kunt aansluiten bij anderen omdat je het gewoon niet snapt.

Carine: Ja precies.

Ans: Aanpassingsproblematiek omdat je niet de vaardigheid hebt om emoties te reguleren omdat dat gereedschap is gewoon niet op orde. En aanpassen in het sociaal, in het sociale, ja daar zijn regels van sociale omgang, en ja als dat gereedschap het niet doet, dan lukt dat gewoon niet. Met een botte bijl kun je ook wel hakken maar 't is niet zo mooi als met een scherpe bijl.

Carine: Ja. Precies.

Ans: Het duurt gewoon wat langer. Nou, wat komt er uit. Aan ongestructureerde opdracht kan hij niet vormgeven. Dat is dus zichtbaar heel lastig. Aanleren in kleine stapjes met veel herhaling. Nou, dat is dus wel de aanpak van LVB.

Carine: In de uitleg ook?

Ans: Ja. Kleine stapjes. Maar het is dus ook heel bijzonder dit. En dit is ook een beetje dat, ja. Hij is vol, maar hij is ook heel leeg. Maar gewoon vol met kleur en krijgt maar hij oogt heel leeg, het is een leeg landschap.

Carine: Ja. Ook wel apart dat deze boom zo anders is dan de boomtekening zelf.

Ans: Ja. Het is bijna een vuurgebeuren. Ik vraag me af waarom ze die oranje heeft gemaakt. Herfstkleuren? Wanneer is ie afgenomen? Dat staat er dan niet bij, da's dan jammer.

Carine: Lente.

Ans: Oh lente. Langs de weg of in het bos, nee. Nou, dat zie je ook wel vaak, weinig invulling kunnen geven aan de beschrijving. Van het interview is de eerste vraag sowieso al moeilijk.

Carine: Hoe zou je de tekening omschrijven?

Ans: Ja. Hier, met krijgt gewerkt.

Carine: Heel praktisch eigenlijk.

Ans: Heel praktisch ja. Wat ik heel vaak doe met kinderen, dus ook met LVB kinderen, ik zeg van nou we hebben een tekening gemaakt en dan mag jij daarover vertellen en dan schrijf ik het op. Niet te snel want zo snel kan ik niet schrijven, maar we doen gewoon alsof wij in een radiostudio zitten, en dat het een radio-kunst-uitzending is voor school, en jij de kunstenaar bent en jij aan de kinderen die luisteren mag vertellen wat je gemaakt hebt. Omdat kinderen dan heel hard hun best doen om te verwoorden wat daar staat, in plaats van 'nou dat is dat en dat is dit en hier heb je vogels, daar is een boom', dat ze dus echt moeten kijken naar 'het is helemaal vol met kleur, en heel veel gekleurd, en linksboven is een zon, en rechtsonder is een halve boom,', weet je, het is voor kinderen, voor LVB-kinderen, is dat nog weer veel lastiger.

Carine: Ja dus dan kiezen ze ervoor om het gewoon makkelijk te houden en te zeggen 'nou dit is gewoon krijgt'.

Ans: Ja. Ik lok ze dan wel uit, maar dat werkt niet altijd. Dus even kijken, deze. Dit is wel wat je vaak ziet bij LVB. Wel lijn, geen invulling. Deze heb ik niet op foto dus dit mag je wel. Dit is redelijk representatief. Dit is één, en dan moet dit haast twee zijn. De lijnen sluiten niet of kruisen elkaar, dat zie je hier heel goed. Dat is een ontwikkelingsdingetje.

Carine: Oké.

Ans: Dan leg ik de derde ernaast. Hier zit niet eens een kop op de romp.

Carine: Die zweeft er ook boven.

Ans: Die zweeft erboven. En dit is een gevoels-tekening. Nou.

Carine: "Ik voel me blij". Dat is ook wel vaak, bij de gevoels-tekening wordt tekst gebruikt.

Ans: Ja. Dat is vermoedelijk ook om duidelijk aan te geven wat het gevoel is. Daar wordt natuurlijk ook naar gevraagd. Dit is een meisje van, even kijken '93 en hij is afgenomen op 2003, dus tien. Dit schrijf ik dan helemaal vol.

Carine: Met alle informatie die te zien is?

Ans: Ja. Ik schrijf zoveel mogelijk op en soms doe ik dan hier nog verwijzingen maken dat ik dat later kan zien. Nou wat ik hier dus zie is, kijk hier zie je een stukje organiciteit, klein stukje, controlegroep, nou dat gaat allemaal nog wel, hier hoge score op manie. Dus op d'r gedrag noem ik dat altijd maar. Een hoge score op posttrauma, een hoge score op dissociatie, een hoge score op aanpassing. Dus mijn verhaal is dan ook uiteindelijk: aanpassingsproblematiek, posttrauma en dissociatie, met zichzelf overschreeuwen, dat is dan dat manische. En dit meisje heeft de vuurwerkramp meegemaakt in Enschede, dus dat is dat stukje posttrauma en er bleek ook nog seksueel misbruik te zitten, kwam later naar boven. Dat komt dan ook weer naar boven dat er dan een nieuw trauma zit, dus daar ben ik dan ook nog een tijd mee door gegaan.

Dus dat is een beetje het. Deze tekenstijl zie je heel vaak bij LVB. Die DDS die ik vanmorgen heb afgenomen heeft ook die stijl. Alleen had die zo 'ja het is wel heel veel gras' dus die ging zo het gras kleuren met het puntje van het krijtje. En dan tekent ie een blauw huis zo, een beetje zoals dat, maar dat wordt dan weer niet ingevuld.

Carine: Ja want hier is ook één huis ingekleurd en het andere niet.

Ans: Precies. Ja. Maar dit huis is verbrand.

Carine: Aah oke.

Ans: Ja niet dat je dat ziet maar dat hoor je dan in het interview.

Carine: Ja precies. Dus dat wordt dan ook wel na de tijd verteld, over wat zien we op de tekening?

Ans: Ja. Waar gaat het over, vertel, en is er nog meer over te vertellen. Het verhaal maken eigenlijk hè. Voor mij is de DDS één ding, maar het verhaal over de DDS en daarmee verder kunnen, gekoppeld aan ontwikkelingsstijl die in de tekening te zien is, dus dit is vooral heel leeg. Het was ook een heel leeg kind. En hoe kun je dan zo werken dat er vulling komt. Dat is dan wat ik, kijk zo'n DDS is mooi als je een verhaal wil maken van en mensen moeten horen van wat is er nou aan de hand, nou de DDS laat zien dat er sprake zou kunnen zijn van. En in veel gevallen is de boomtekening toch een houvast, voor kinderen. In dit geval zie je dus een opgaande lijn in pathologie. Maar in de meeste gevallen hebben ze wat aan de boomtekening. Deze heeft ook een behoorlijk hoge score hoor. Hiermee, met de eerste, kan je nog alle kanten op, je kan 'm zo mooi maken als je zelf wil. Je kan je verstoppen aan alle kanten van het werk. Maar als je dan vraagt hoe voel ik me, da's dan behoorlijk zwart/wit.

Carine: Ja. En best leeg ook wel.

Ans: Ja en leeg. En op de rug gezien. En dan toch erbij zetten: ik voel me blij. De opdracht wordt ook letterlijk genomen, vormen, lijnen. Dus dat is een beetje wat ik aan beeld nu kan laten zien.

Nou zit het natuurlijk allemaal door elkaar. Dit hoort in de map van het onderwijs cluster vier. En ze maken allemaal deel uit van het speciaal basisschool. Deze kwam hier uit. Ik heb geen zin om ze allemaal weer op volgorde doen, dat doe ik een andere keer wel. Ze zijn allemaal genummerd namelijk. Als je dan series gaat onderzoeken, moet je gewoon de nummers van de series hebben en ja dan doe je dat zo. Ik zit even te denken, in het huidige bestand wat ik nu heb, want dit zijn allemaal oude kinderen.

Carine: Ja ik zag al, afgenomen in 2003, 2004.

Ans: Ja. En die DDS van vanmorgen die heb ik dan niet hier. Heb ik dan hier nog wat anders wat van nu is, nee, ja ik heb dus wel een verzameling van vroeger ook. En op een gegeven moment wordt dat een aardige gebeurtenis, papier is zwaar. Ik heb ze ooit gecategoriseerd ja, maar als er nooit vraag naar is, dan houd je er op een gegeven moment ook mee op. En is er nou weer onderzoek dan denk ik, oké, dan kan ik weer eens categoriseren. Ik heb ze inmiddels wel gecategoriseerd in kinderen, volwassenen en pubers. En dan ook voor een deel eigen praktijk en onderwijs, dat dan wel weer.

Nou. Laten we kijken hoe ver we met jouw lijstje zijn.

Leeftijd, nou leeftijd is overwegend basisschool leeftijd.

Carine: Ja en wat ik zag wel allemaal rond de tien jaar.

Ans: Ja, ja. Het aantal jongetjes is hoger dan het aantal meisjes. Dat is sowieso in therapie zo. Bij pubers is het andersom, meer meisjes dan jongens. Is LVB gediagnosticeerd? Ja, bij kinderen van het speciaal onderwijs dan wel, bij kinderen in mijn eigen praktijk dan niet. Maar daar zijn dan soms wel vermoedens. En dan zeggen we niet gelijk van LVB, maar kijken we hoe ver hij is. Ja wij mogen natuurlijk geen diagnoses stellen maar we mogen wel hypothesen stellen en diagnoses bijstellen.

Is een gemiddelde mogelijk? Nee. Scorelijsten nalopen hebben we gedaan, volgens mij.

Eerste indrukken van de tekeningen, nou, wat was jouw eerste indrukken van de tekeningen?

Carine: Ja ook wat er op dat lijstje stond, vaak leeg, soms leeg qua kleur maar soms leeg qua wat er op staat.

Ans: Leeg is ook vaak een gevoel, er kan heel veel op staan maar toch is 't leeg. Net als mensen, kunnen heel veel vertellen maar ja, 't is allemaal gebakken lucht. Dat is het wel een beetje ja. En vaak lijntekeningen, vaak lijnen en niet ingekleurd. Wat hadden we nog meer? Ja progressie, ja de tweede tekeningen, toch minder pathologie scoort dan de andere twee. Omdat het gewoon een veel makkelijkere opdracht is voor kinderen met LVB.

Carine: Is dat ook te merken als ze de tekening maken? Dat ze opgelucht zijn, of?

Ans: Ja de tweede tekening is dus al de tweede tekening, dus die opstart hebben ze al gehad, van hoe moet ik dit doen. Maar de tweede tekening is dan zo van: oh ja, dat weet ik wel. Dus het denkproces vooraf is minder. Dat zou ook zo zijn als je een auto vraagt of een huis of iets dergelijks. En bij de derde is het gewoon een introspectievraag, hoe voel jij je, en druk dat eens uit in lijnen, kleuren en vormen. Dat is voor volwassenen al soms een opgave, voor kinderen dus ook. Dus daar moet ook over nagedacht worden. Over een boom hoeft je niet na te denken. Dat scheelt.

Ik heb niet bij LVB kinderen verschil gezien in kleurgebruik. Dat zij meer of minder kleur gebruiken, of ander kleurgebruik, dan andere kinderen. En er wordt nog wel eens getipt aan het gebruik van zwart, dat komt ook niet standaard meer of minder voor dan bij andere kinderen. En die ene tekening waar dan veel zwart was, je kan dan zeggen van nou, misschien was hier meer behoefte geweest aan een potloodtekening. Maar als je dan de hypothese gaat maken, en je komt op posttrauma uit dan denk je ja, er is van alles gebeurd in jouw leven. Je bent wel blij, maar of het zo voelt kun je je afvragen. Dat dat toch niet meer zwart wit is. Ik doe blij maar ik ben het niet. Of de problemen zodanig ingekapseld dat er ontstemming is. Dat

weet je niet altijd.

Wat hebben we nog meer?

Carine: Verbale informatie, denk ik.

Ans: Ja ik help kinderen altijd op een verhaal. Net wat ik zei, ik maak er een soort stukje van. Ik vind niet dat kinderen met LVB nou minder of meer vertellen over de tekening. Soms zijn ze wel associatiever, want dan heb je, je start het verhaal op over de tekening, en dan gebeurt er dus iets in dat hoofd. En dat doet hun denken aan dit en aan dat, en dan heb je een stukje ‘nee we zijn met de tekening bezig’, had ik net vanmorgen ook weer, bij het vertellen over de tekening, een heel verhaal erbij maar wacht even, we zijn even met deze tekening bezig. Een andere keer wil ik het verhaal over je vader en de brommer wel horen. Maar we hebben het nu even over de tekening waar een huis op staat. Dus dat, ja, dat zijn executieve functies, van het jezelf kunnen inhouden. En onderscheid kunnen maken tussen wat belangrijk is en wat minder belangrijk. Dus in het vertellen zit daar wel verschil in. Maar kinderen met ADHD of kinderen die ontremd zijn hebben dat ook. Dus LVB is toch ook iets wat of aangelegd is, maar bij ADHD heb je dat ook. En kinderen die ontremd zijn, zou me niet verbazen dat dat ook zo is. Dus dan heb je ook weer dat uiten van emoties en gedrag, dat daar misschien de kruk zit. Je weet het niet.

En wat hebben we nog meer? Wat wordt gezegd over de inhoud van de tekening?

Meestal wat kort, nou dat is dit en dat is dit. Dit is een boom. Een huis, een vogel. Ja benoemend wat het is. En soms wordt er een heel verhaal gevormd en omheen bedacht. Ik mix de ingrediënten en dan wordt er wat van gemaakt.

Carine: Komt dat ook echt zo over, zo na de tijd pas bedenken waar het over zou kunnen gaan?

Ans: Ja nou, of: ‘wat had je getekend?’ ‘Ja gras, en een huis, en een zon, en een boom, een appelboom.’ En dan begint het: ‘want m’n tante Marietje die z’n tante daar heeft ook een appelboom en daar zijn we gister wezen logeren en de volgende keer gaan we daar op vakantie’ en dan ontstaat het. Trek een latje open en het verhaal ontstaat. Terwijl als je zou vragen wat heb je gisteren gedaan, komt er niks uit. Ik denk dat, nou, weet ik ook niet, of LVB kinderen meer beeldend ingesteld zijn. In de zin van: geef ze een beeld en het verhaal komt. En bij andere kinderen, ja dat weet ik ook niet.

Is er sprake van een bespreking? Welke associaties noemt het kind? Nou wat er zoal aan de orde is. Vooral sprake van beeldinformatie? Wat bedoel jij met beeldinformatie?

Carine: Dat zoals wat uit deze lijst komt, komt dat vooral uit de tekening of ook uit wat ze vertellen?

Ans: Ja, ja. Het vult elkaar dus aan. Zoals ik net zei met die twee huizen waarvan er eentje rood is, als je het doet met alleen de tekeningen, mis je dus wel iets. Als je niet weet wat de voorgeschiedenis is. Dat zie je bij LVB, maar ook bij jonge kinderen, dat er iets getekend wordt wat niet helemaal precies is waar ze het over hebben, wat het voorstelt, omdat die tekenvaardigheid er niet zo is. Net als met een hond, je kan niet helemaal zien dat het een hond is, het kan ook een paard of een koe zijn. Maar die hond wordt dus heel nauwkeurig getekend en daar zit dus ook een verhaal omheen. Dus als je vraag van wat is dit voor dier? Dan krijg je niet alleen ‘een hond’ maar dan krijg je ook het verhaal.

Carine: Ja.

Ans: En dat zie je bij jonge kinderen ook. Dus de tekenvaardigheid is zeker wel van invloed op wat je in de DDS te zien krijgt. En bij LVB is alles dus beneden niveau. Dus de tekenvaardigheid ook, en de vertelvaardigheid ook. En je emoties en je gedrag inhouden ook. Dus in die zin ga ik dan ook op dat niveau zitten in de behandeling. Dat is waarom ik altijd moet nadenken van is dit LVB? Ik sluit aan bij het niveau. En soms vergeet ik dat het kind al tien is, dan zijn we gewoon lekker bezig. Dus dat is een beetje, en is de DDS geschikt? Ja ik denk het wel. Niet alleen om LVB boven water te krijgen, dat zou kunnen, weet niet of die daar ook geschikt voor is. Maar in ieder geval om een breed spectrum aan informatie te krijgen zowel tekentechnisch als het DDS verhaal alswel het verhaal om de tekening heen. Waar je daarna mee verder kunt. En wat ik altijd zelf doe, en wat ik ook tegen collega's die de DDS gebruiken bij LVB zeg, is van de DDS, kijk is wat het aansluit bij welk leeftijdsniveau. Want als je LVB gediagnosticeerd hebt dan heb je een cijfertje maar heb je dat niet dan kun je dat dus gaan vergelijken. Ik kom hier op een leeftijd van vijf jaar, wat is dan z'n IQ, hé, dat blijkt dan verrassend te passen. En kijk als je niet die diagnose hebt dan zou je kunnen zeggen van de hele DDS, alles erop en eraan, doet mij denken aan het leeftijdsniveau van een jaar of vijf. En als dat nou het gegeven is, los van het feit hoe oud een kind dan is, is dat dan een ingang om vanuit te werken. En dan vroegkinderlijk werken, zonder kinderachtig te worden. Dat zeg ik dan ook tegen ouders, in dit stukje van je kind zit zo in elkaar alsof het nog een peuter is. Dus is het ook goed om daarop aan te sluiten alsof het nog een peuter is. Maar zonder kinderachtig te worden want hij is wel negen. Want wat doe je met een peuter die dit niet kan? Die niet op een rij krijgt wat ie eerst moet aantrekken en wat dan? Dan doe je eindeloos herhalen. Zonder dat je daar boos over wordt. Bij een driejarige zeg je niet 'nou je bent nou al drie jaar dat moet je kunnen'. Bij een negenjarige dan wel, maar deze negenjarige kan dat nog niet en die heeft nog een aanpak van een driejarige nodig. En hoe makkelijker jij kunt zeggen nou, wat doe je ook alweer eerst? Je sokken, prima eerst je sokken. Wat doe je dan? M'n onderbroek, prima, je onderbroek. Goed gedaan jochie. Hoe makkelijker hij het zich eigen kan maken want dat is het niveau waarop het kind leert. En niet op z'n leeftijdsniveau. En dat werkt dus in beeldende therapie ook. Wanneer het gaat om emotieregulatie, aandachtsregulatie, gedragsregulatie, de wereld begrijpen. Je tempo is langzamer en je hebt meer pauzemomenten. Want die informatieverwerking is ook anders. Die is ook op 't niveau van een driejarige. Duurt even voordat ie het doorheeft zeg ik dan. Maar goed als dat dan logisch wordt dan is het ook makkelijker werken. En dan vergeet je ook dat je misschien te maken hebt met een LVB kind. Dus dat is een beetje hoe ik werk. Hoe ik de DDS bekijk.

Bijlage 4: Transcriptie interview Jolande Buitenhuis

donderdag 29 november 2018

Amersfoort

Carine: Oké.

Jolande: Dit is ons handenarbeidlokaal. En toen wij een stagiair hadden van beeldend zat ze daar op het zoldertje maar het was heel rumoerig want hier lopen kinderen heen en weer. Dus toen zei ik 'ik wil hier geen stagiair meer hebben van beeldend da's veel te, er is gewoon geen geschikte plek. Dit is niet veilig, dit is niet een goede ruimte.

Carine: Want ondertussen zaten hier beneden kinderen te werken of liepen ze langs?

Jolande: Ja of liepen ze naar de klas.

Carine: Nee da's dan inderdaad voor het kind niet zo fijn.

Jolande: Hier zit de logopedie. Hier hangt een tekening. Dit is wel een exemplarische. Maar ik weet niet hoe oud dit kind is.

Carine: Dan maak ik hier een foto van.

Jolande: Ja. Ik heb een nummer van scholen in de kunst, die komen hier altijd kunstprojecten doen. Dit is ongeveer van kinderen van een jaar of negen, acht, tien. Er hangt niet veel op tekengebied, nee. Nee. Maar deze werkjes komen van deze klas. Nou, zie je, dat is, deze ook. Ik vind het geweldig hoor maar... Dit is dan echt een opdracht wat met dat kunstproject is gemaakt, met de zee. Dan hebben ze een voorbeeld. Prachtig natuurlijk. Maar dat zullen ze uit zichzelf niet zo maken.

Carine: Nee, zeker met die verschillende kleuren ook.

Jolande: Ja. Ze vinden het wel, ze hebben het ontzettend nodig om een heleboel creatieve dingen te doen. Ze zitten hier op school, de hele ochtend hebben ze leervakken, rekenen en taal. 's Middags doen ze hier vooral veel spelen en knutselen. En aan de overkant, daar zitten de wat oudere kinderen, vanaf een jaar of tien, elf, en die hebben dan de wereldverkenning en dat soort dingen. En nu is het natuurlijk allemaal sinterklaas, en dit zijn dan opdrachtjes. Leuk hè. Dit is de jongste groep. Die zijn vier, vijf, zes. Nou Nienke is zes, of zeven, die zit bij mij in therapie. En deze is vijf. Schattig. Deze is al heel uitgewerkt, met die vlaggetjes zo mooi. En dat is inderdaad ook één van de hogere niveau kinderen.

Carine: Oké. En deze is dan weer, hoe kinderen net beginnen te tekenen eigenlijk.

Jolande: Ja. Linsey heeft een taalachterstand maar hier is ze ook, ja, heel jong nog. Die is wel zeven hoor.

Carine: Zou ik hier ook nog een foto van mogen maken?

Jolande: Ja tuurlijk, tuurlijk. Niemand weet wie dat zijn. Dit zijn ook allemaal kunstwerken na aanleiding van scholen in de kunst. Heel mooi hoor. Als je het zo bij elkaar ziet, het is ook de presentatie hè, dit was dan Van Gogh.

Carine: En dan leren ze ook echt over de kunstenaar?

Jolande: Ja. En ik heb dat mailadres daarvan. (5:00) Kijk daar hangen mooie zelfportretten. Daar moet je ook maar even een foto van maken.

Carine: Hoe oud zijn de kinderen die deze tekeningen hebben gemaakt?

Leerkracht: Uhm, acht, negen.

Carine: Oké. Bedankt!

Jolande: Knippen is ook heel moeilijk voor ze. Ik maak wel eens een kijkdoos met ze, en dan moet je het bijna zelf doen. Anders krijgen ze dat niet voor elkaar. Je hebt ook van die leuke tekenbeginnetjes, zo van, hier is een aquarium. Dan is dat kader al gegeven, dan kunnen ze ook niet daar invulling aan geven. Ja dat valt me altijd behoorlijk tegen.

Carine: Dat als ze al een thema of een begin krijgen, dat ze daar moeilijk op kunnen voortborduren?

Jolande: Ja.

Carine: Zouden ze dan makkelijker een tekening kunnen maken als ze volledig vrij mogen tekenen?

Jolande: Nee. Want dan hebben ze soms helemaal geen idee. Nee, ik denk echt dat deze kinderen... Je ziet het ook bij gewone fantasie hoor. Ze staan dicht bij de werkelijkheid. En ze hebben niet, misschien komen ze daar ook gewoon helemaal niet op, op prinsen en prinsessen of draken ofzo. Alleen als ze daar een film over hebben gezien. Je moet echt, ze hebben niet dat hele vrije expressieve.

Carine: Ze tekenen echt dat wat ze zien.

Jolande: Ja. En het is natuurlijk als je de kindertekening ontwikkeling bekijkt, dan moet je er gewoon even twee jaar aftrekken voor deze kinderen.

Carine: En qua tekentechniek? Vormen, kleuren, lijnen? Mensen, dieren, huizen?

Jolande: Oh ja. Ik denk, ze pakken het liefst een stift. En ze hebben niet dat voorzichtige van goh ik schets eens even wat. Er zijn natuurlijk wel kinderen die faalangstig zijn, die het dan weer steeds uitgummen. Dat kan ook wel zo zijn. Maar ze zijn niet zo zelfkritisch, over het algemeen. Nee. Misschien op een bepaalde leeftijd wel. Maar over het algemeen zie ik ze niet zo schrikken van zichzelf.

Carine: Oké. Want hier zitten kinderen tot tien jaar?

Jolande: Nee tot twaalf. Dertien. Ja.

Carine: Ik heb een lijst meegenomen, met onderwerpen. Die leg ik er even bij.

Jolande: Ja ik denk echt niet dat ik een uur vol kan praten hoor. Ik ben natuurlijk heel erg gericht op spel.

Carine: Ja snap ik.

Jolande: En ik zit qua doelstellingen natuurlijk vaak gevoelens. Maar ik laat ze de gevoelens ook wel tekenen maar ik gebruik eerder prentenboeken over gevoelens om het binnen te laten komen dan dat ik ze zelf laat tekenen want dan laat ik ze bijvoorbeeld wel een smiley tekenen maar dat is dan zo summier in wat ze kunnen. Als je dan deze smileys bekijkt, ja, ze zitten dan toch wel gauw aan die basisgevoelens. En dan heb ik wel deze dingen. Als je dan zo'n plaatje hebt dan kunnen ze iets beter, kunnen ze bepaalde woorden eraan geven. Maar dat is dan al echt bovenbouw.

Carine: Zit er dan ook wat minder nuance tussen de verschillende emoties?

Jolande: Ja. En ze hebben er geen woorden voor en thuis wordt er ook niet echt over gesproken. De kinderen die moeilijk lerend zijn hebben vaak ook wel minder bagage van thuis mee en er zitten hier ook allochtone kinderen. Dat is dan toch ook een heel ander soort iets wat ze meekrijgen. En als ik een boekje over jezelf maak, dan laat ik ze wel soms tekenen, en dan bijvoorbeeld een gezin. Zo van, teken je familie. Dan komen er toch wel koppotertjes uit. Of ze zitten in zo'n formeel iets, dat ze altijd de zon zo tekenen en een poppetje met het haar zus of zo. Wat dan een schema is. Altijd hetzelfde.

Carine: Is er dan ook nog, als ze koppoters tekenen, ontwikkeling te zien, per twee jaar ofzo?

Jolande: Jawel, ze ontwikkelen wel. Alleen iets langzamer. Ja, ik denk dat normaal begaafde kinderen dat de ontwikkeling ook met twaalf jaar stopt, met tekenen. Dat je dan niet meer bijleert. Hooguit middelbare school ofzo, met perspectief. Maar deze kinderen halen dat vaak niet. Ik ben ook echt verbaasd als ik een mooie tekening zie. Maar als ik dan zo'n kunstproject zie denk ik, nou ze kunnen dus wel iets en dan zit er misschien wel meer gevoel in. Want zo'n mevrouw van scholen in de kunst die komt dan met zo'n voorbeeld, die vertelt daar wat over, en als je ziet hoe ze dat namaken dan is dat heel goed. Maar gewoon vanuit zichzelf iets tekenen dan komt er niks uit.

Carine: Dus stel, ze krijgen een papier en krijgt en je zegt: maak een tekening, zou dat echt heel lastig zijn.

Jolande: Ja. Ik doe vaak een spelletje, ik werk vaak met sociale vaardigheden. Daar zit dan een spel waarbij ze soms dingen moeten uitbeelden. Soms moeten ze verboden woord doen en ook tekenen. En daar kan ik misschien nog wel een paar van laten zien. Dat is ook heel moeilijk voor ze. Een schaar tekenen ze gewoon, eigenlijk alleen maar zo'n V-tje met een rondje. En een fiets, nou daar komen ze niet uit. En ik vind het wel heel leuk om met ze te doen want ja je moet je toch duidelijk zien te maken. Even kijken of hier nog een poppetje bij zit, kijk dit is dan een poppetje. Dit ging om de bril. Deze heb ik zelf getekend. Nee, ik heb er niet zoveel. En ik heb een heel leuk boekje thuis klaargelegd, waarin vanuit therapie mooie tekeningen staan. Maar die heb ik nou niet.

Carine: Jammer. Is dat een zelf verzameld boek?

Jolande: Nou, de speltherapeuten hebben dat uitgegeven. Voor het zoveeljarig bestaan. Ken je dit boek?

Carine: Dit boek heb ik ook gebruikt vorig jaar. Alleen niet de pop-up versie, die is voor kinderen natuurlijk wel heel bijzonder.

Jolande: Ja die andere heb ik ook hoor. Maar ik werk op verschillende locaties.

Carine: Ook op 's Heerenloo toch?

Jolande: Ja.

Carine: Daar ook met kinderen?

Jolande: Ja. Ja wij speltherapeuten die werken het liefst op een school omdat dan de kinderen niet vanuit school hoeven komen. Maar goed, ze zitten toch vaak door de stad verspreid of buiten de stad. En ik heb hier natuurlijk deze kamer. Dus het meest werk ik op deze school. En soms ook op een andere locatie want we hebben ook naschoolse dagbehandeling en daar zitten kinderen die een beetje extra hulp nodig hebben voor hun gedrag, vaak sociaal. En dan gaan ze na schooltijd twee of drie keer per week daarheen. Dat hebben we in Schothorst zit dat. En daar hebben we vier groepen waar kinderen zitten en daar kun je dus ook therapie doen. Vivian die had, ja 's Heerenloo is heel groot. In Soest, daar zitten ook LVB kinderen, daar zijn er één of twee in therapie. Maar zij had toch ook meer de adolescenten. Want de jongere kinderen komen eerdere naar spel. En we geven veel psychomotorische therapie, daar is veel vraag naar. Heel veel van deze kinderen zitten met boosheidsproblemen en ja, het lichamelijke is vaak waar ze het beste nog in zijn, daar zit niet die schaamte nog in en dat gevoel van falen. In elk geval, er zijn ook kinderen die heel houderig zijn. Maar vaak, psychomotorische therapie werkt met name voor de adolescenten en de pubers heel goed. Kunnen ze lekker bewegen. En weet je ik werk heel erg vanuit het contact met kinderen, dat het veilig mag zijn. Ze vinden dat zo heerlijk, dat rustpunt in de week.

Carine: En dat het ook mag, onder schooltijd.

Jolande: Ja. Het is gewoon hun eigen niveau. En daar kun je helemaal op inspelen.

Carine: Is het ook individueel hier, de therapie?

Jolande: Ja. Maar ik gebruik ook vaak andere kinderen erbij. Omdat een heleboel kinderen, die liggen bijvoorbeeld niet zo goed in de klas, en dan kan ik ze telkens iemand laten meenemen waardoor ze in aanzien stijgen. Of ze zijn gewoon niet zo sociaal handig dus dan kan ik in het spel beter begeleiden. Maar één kind wordt aangemeld via het wijkteam en die komt dan hier en dan mag ik ze meestal een jaar hebben. En als het dan verlengd moet worden dan krijg ik dat vaak ook nog wel voor elkaar maar de gemeente is wat moeilijker, ze geven teveel uit. En er zijn ook wel therapeuten die op normale basisscholen werken, die heb je ook contact mee?

Carine: Nee, omdat mijn onderzoek zich echt specifiek over LVB kinderen gaat. En ik heb zelf bij Marcella Klammer stage gelopen en die heb ik ook gemaïld en die zei nou alle kinderen met LVB gaan eigenlijk gelijk door naar speciaal onderwijs. Dus met normaal, regulier onderwijs, daar heb je niet zoveel aan.

Jolande: Ja. Nee, Marcella daar heb ik ook heel lang mee samengewerkt en mijn doelgroep is gewoon dit. Soms denk ik ook wel van, 'k zou wel wat meer eruit willen halen maar er zit gewoon niet zoveel in.

Carine: Bij de kinderen?

Jolande: Ja. Deze kinderen hebben het gewoon ook nodig. Maar als je echt als therapeut resultaat wil hebben dan heb je toch wel meer ingang bij normaal begaafde kinderen.

Carine: Ja, die hebben ook een hoger niveau natuurlijk.

Jolande: Ja. En ook meer inzicht. En voor mij is het belangrijk om de woorden te koppelen aan de gevoelens. Dus dat doe ik veel met spel. Dus als je iets speelt, dat je dan ook benoemt hoe dat dan voor die persoon is zodat ze ook leren inleven.

Carine: Ja. Ja want ik kijk ondertussen naar wat ik moet weten, de nabespreking, de verbale informatie die ze onder andere over de tekeningen geven maar ook over therapie zelf, bespreken ze überhaupt wat ze doen? Maar dat wordt wel gestimuleerd dus.

Jolande: Ja. Dat hangt een beetje samen ook met de leeftijd. Als ik kinderen van een jaar of tien, twaalf heb, dan ga ik veel gericht op hun gedrag in. Dan kan ik ook veel meer zeggen van nou, ik zie dat je daar een probleem mee hebt of ik hoorde dat van je moeder of van de juf. Ja, laten we daar een oplossing voor verzinnen. Als ze jonger zijn dan kunnen ze dat ook gewoon niet zo goed. Ik heb werkboeken bijvoorbeeld over als je snel boos wordt, en die jonkies die vlammen. Die kunnen zich niet inhouden. En dan merk je dat als ze ouder zijn, ze daar meer grip op krijgen. Dat is de bedoeling tenminste. En dat kan je ze leren, maar voor te jonge kinderen werkt dat nog niet. En ze zijn sowieso, ze lezen vaak ook slecht, daar houden ze ook niet van.

Carine: Praten, überhaupt?

Jolande: Niet zo, nee. Dus dat moet je gewoon tussendoor doen. En daarom gebruik ik ook vaak die spelletjes, als ze het moeilijk vinden om te praten. En dan zit daar in over je lievelingseten en waar word je boos van en dan opeens zo'n vraag tussendoor van heb je wel eens verdriet. En dan ga je daar op in en dan kan je aanvoelen van ga ik hierop door of niet.

Carine: En als ze vertellen over wat ze hebben getekend, bijvoorbeeld?

Jolande: Nou ja, dan, wat zouden ze vertellen. Dit is papa, dit is mama. Ik vraag ook wel eens van je familie in dieren doen ofzo, maar dat symbolische hebben ze gewoon niet zo erg. Zo van waarom is mama dan een giraffe, dat omschrijven. Terwijl een normaal begaafd kind die kan dan 'omdat ze alles ziet', en ja, ze doen maar wat. Dit kind vind dat gewoon leuk.

Carine: Er zit eigenlijk niks achter?

Jolande: Nee. Ze zijn niet zo verhuuld. Ze zijn ook niet zo bang om iets te laten zien. En een normaal begaafd kind is soms bang dat ik snap waar ze over spelen. Heeft helemaal geen zin, is gewoon leuk, de juf speelt ook. Het is aan de ene kant eenvoudiger, aan de andere kant is het uitkijken met welk input je geeft want vanuit zichzelf is het soms een beetje zoeken van, wat moet ik doen. Wat ik wel belangrijk vind, en ja jij zit alleen op tekenen, ze zijn bij mij erg op het sensopathische, zand en ze vinden het bijvoorbeeld heerlijk om met scheerschuim te spelen en in de scheerschuim dan tekenen ze hun letters en hun namen. Of ik teken op hun rug.

Carine: Ja want dat zei je net ook, hun naam moeten ze heel groot op de tekening schrijven. Dus zelfs in het scheerschuim komt dat nog weer terug.

Jolande: Ja. Echt, dat is toch die identiteit van ik ben iemand. Heb je dat wel vaker gemerkt? Of niet? Kleuters hebben dat sowieso, hun naam schrijven.

Carine: Ja en dat is dan ook leuk, ze kunnen net hun naam schrijven dus dat laten ze ook zien. Maar nee, de kinderen die ik vorig jaar in therapie heb gehad deden dat eigenlijk helemaal niet. Die schreven niet hun naam op hun werken. Ja ik had dan één meisje van vijf die deed dat wel maar ook pas later, toen ze haar naam kon schrijven wilde ze dat heel graag laten zien. Maar verder niet.

Jolande: En jij werkte dan met opdrachten of mochten ze zelf tekenen?

Carine: Allebei. En dat liet ik ook afhangen van het kind, ik had dan één meisje die kon absoluut geen keuzes maken, die was heel onzeker en faalangstig dus die liet ik dan juist, met stapjes natuurlijk, kiezen wat ze wou doen want dat was belangrijk. En andere kinderen willen juist alles tegelijk doen dus die hebben dan die structuur nodig, dus dan had ik van te voren bedacht wat ze moesten maken maar dan mochten ze wel zelf het materiaal kiezen bijvoorbeeld, zodat ze een beetje het gevoel hebben van ik mag, ik heb de vrijheid hier.

Jolande: Ja dit is een prachtig vak.

Carine: Ja. Alleen dit onderzoek gaat over de Diagnostic Drawing Series en dan staat alles vast. Dan hebben ze per tekening 15 minuten, met softpastel krijtjes moeten ze het maken, en de eerste tekening is vrij en de tweede tekening is een boom en de derde tekening is hoe je je voelt. Dus daar staat alles vast. En dan met kinderen met LVB.

Jolande: Dat heb je ook met kinderen met LVB gedaan?

Carine: Nee ik zelf niet maar dat onderzoek ik nu dus, wat laten ze zien in die tekeningen, wat vertellen ze erover. Als het een hele gestructureerde opdracht is zoals een boom, dat gaat meestal vrij makkelijk maar een vrije tekening, 'maak een tekening', dat is dan wel weer lastig. Dus daar doe ik onderzoek over.

Jolande: Wil je dat ik daar iets mee doen? Dat ik zoiets probeer? Of heb je daar creatief therapeuten genoeg voor?

Carine: Ja ik ben nu nog aan het zoeken en ik vind er wel wat meer, maar er zijn heel weinig die deze methode toepassen, überhaupt, maar ik heb al veel aan informatie dat...

Jolande: Wat is je specifieke interesse in LVB, omdat je vorig jaar met normale begaafde kinderen werkte?

Carine: Deze methode wordt veel onderzoek naar gedaan maar er is geen enkel onderzoek in combinatie met LVB. Dus vandaar. Mijn opdrachtgever wou dat graag, en toen ik hoorde dat het kinderen met LVB werd, dacht ik nou dat is helemaal een doelgroep die ik leuk vind dus laat ik daar m'n onderzoek naar doen.

Jolande: Want het moeten niet volwassenen met LVB zijn?

Carine: Nee, kinderen en jeugdigen, dus tot een jaar of zestien en ik denk vanaf zes, want daaronder is de diagnose wel wat moeilijker om te stellen, denk ik.

Jolande: Zeker. Ja en Marcella die heeft een collega, Marlon, die werkt op de Border, en die heeft ook bij deze kinderen gewerkt, die kun je ook vragen. Maar via Marcella kun je daar

aan komen. En Alana werkt op een school in Zielhorst, maar die heeft ook normaal begaafde kinderen.

Carine: Oké. En Marlon werkt wel met..?

Jolande: Nou die heeft hier stage gelopen.

Carine: Maar het gaat er gewoon om dat de kenmerken van die methode.

Jolande: Deze is van SRO, nee niet SRO, van scholen in de kunst en die doet dus hier op school die projecten en werkt ook op andere scholen dus die zal zeker verschil kunnen zien en dat lijkt me wel heel erg leuk voor je.

Carine: Dat is inderdaad handig. Oké top. Uhm, nou hier heb ik dan een lijst van die methode met allemaal technische dingen, maken ze dieren, mensen, cijfers, letters, nou die dus duidelijk wel. En een andere belangrijke vraag is de eerste indruk van de tekeningen.

Jolande: Ja die is vaak los-vast. Dat ze geen bodem hebben. Dat zag je ook bij die sinterklaasjes, die zitten niet echt op het dek maar die zweven erboven. En dat zag ik ook bij een tekening van een kind van, ze zijn niet goed geaard.

Carine: Is er dan wel een grondlijn?

Jolande: Nee, eigenlijk vaak ook niet. Die maken ze zelf niet. Ze zetten ze ook niet op de bodem van het papier, ze zetten ze zo in het midden.

Carine: Als ze bijvoorbeeld poppetjes tekenen.

Jolande: Ja. En ja ik heb wel een jongetje die is dol op dieren en die kan ook hele mooie dieren tekenen, een autistisch jongetje. Er zijn wel kinderen die wat preciezer kunnen werken ook maar dat ja, dat los-vaste valt me op. Geen oog voor details, of een paar, maar ook niet nadenken hoeveel vingers iemand heeft ofzo. Dus dat is niet zo belangrijk voor ze.

Carine: Terwijl ze wel de realiteit weergeven. Dus geen draken en prinsessen, maar wel mensen die ze kennen alleen dan niet met, niet echt heel realistisch.

Jolande: Nee. Kijk je hebt met kinderen die bijvoorbeeld normaal zes jaar zijn die kunnen zo goed tellen, die willen dan een hand met vijf vingers. Deze kinderen zijn daar helemaal niet mee bezig. Soms, later misschien, soms wel. Ik help ze vaak ook als ik iets met ze knutsel voor moeders of zo, als er iemand jarig is of ziek, dan, ja, werk ik gewoon ook met stickers. Dat ze het een beetje kunnen versieren, dat het er nog een beetje uitziet.

Carine: Ja. Want qua kleurgebruik, is dat dan nog een beetje..?

Jolande: Nou, ik heb een hekel aan stiften. Met stiften kun je zo lelijk kleuren hè.

Carine: Dat het zo'n krastekening wordt?

Jolande: Ja. Ze hebben gewoon heel weinig gene wat dat betreft. Ik bedoel ze raffelen het af.

Carine: Oké. Werken ze wel eens met krijt ook?

Jolande: Ja ik werk wel eens met krijt en ook daar zie je niet dat zachte. Ik heb pastelkrijt. Daar leent het zich prachtig voor, maar ze hebben meer de neiging om alleen maar de contouren te tekenen. En niet om het ook mooi te gebruiken, de kleur.

Carine: Oké. Dus ze maken lijnen, en de kleuren zeg maar, dat is niet nodig.

Jolande: Netjes kleuren dat is dan gewoon ook heel moeilijk. Ja.

Carine: Zeker binnen de lijntjes.

Jolande: Ja dat kunnen ze echt niet. Ik vind het wel leuk daar die zelfportretten bijvoorbeeld, dan zie je heel veel verschillen, ook in niveau wel, zo door elkaar. Dus dat heeft, ik kan niet goed zeggen of dat te maken heeft met de kinderen die bij mij komen. Die zijn vaak emotioneel ook al wat slechter af, dus dat kan er ook nog mee te maken hebben, dat ze daarom ook vrij slecht zich kunnen uiten in zoiets. En ze krijgen er in elk geval alle ruimte voor, maar wat de juf ook al zei, niet te lang want dan zijn ze klaar. Ze maken niet.

Carine: Ze kunnen niet een uur lang aan een tekening werken.

Jolande: Oh nee. Nee.

Carine: Hoe lang is gemiddeld, ongeveer?

Jolande: Hangt van het materiaal af, denk ik. Dat meisje die die heeft getekend, die kan heel fijn tekenen. Die kan daar echt van genieten en daar ook rust in vinden. En die kan dan wel een kwartier bezig zijn, of twintig minuten. Maar heel veel wordt geraffeld, vind ik. Ja. Wel jammer hoor, misschien moet ik daar ook wat meer aandacht aan geven. Ik ben me bewust van, ook toen jij met die vraag kwam, dacht ik van ja maar, ik laat ze niet zo heel vaak tekenen. Ik gebruik tekeningen om zelf soms, eigenlijk gebruik ik tekeningen om angsten op papier te krijgen, of als ze dromen hebben ofzo, of om boze gedachtes erop te zetten en dan te verfrommelen en weg te gooien.

Carine: Oh dat ze het letterlijk kunnen weergeven en dan wegdoen.

Jolande: Ja. En schilderen zou ik natuurlijk ook kunnen doen, maar dan moet ik altijd zo ontzettend veel afwassen. Ik bedoel deze kamer is daar ook minder geschikt voor, dat moeten anderen ook gebruiken.

Carine: Maar het is natuurlijk niet voor niks speltherapie.

Jolande: Ja. En ik ben gewoon van 't spel. Ja. Heb je nog iets wat je nog waar je nog wat van kan zeggen?

Carine: Ja de inhoud van de tekeningen, maar dat is meestal dus objectief, dit is papa dit is mama, klaar.

Jolande: Ja. Ja of monsters wel, er zijn ook kinderen die monsters tekenen. En je hebt ook wel kinderen die oorlogsachtige dingen tekenen, ik heb een Syrisch jongetje wat heel duidelijk de oorlog tekende.

Carine: En vertelt hij daar dan ook over?

Jolande: Nou dat was bij mijn collega. Die zat boven. Dus die heb ik verder niet zo meegekregen. Het is meestal wel hetzelfde wat ze tekenen, uit zichzelf.

Carine: Dingen die ze kennen?

Jolande: Ja.

Carine: En dingen waarvan ze weten dat ze het kunnen, ook?

Jolande: Vinden. Dat ze het kunnen.

Carine: Ja precies. Dat ze het misschien eerder hebben getekend.

Jolande: Ja.

Carine: Ja dit zijn allemaal de scores van de methode, maar dat kan nu niet. Is er echt een gemiddelde, in hun tekeningen in hun gedrag in hoe ze vertellen? Dat je zegt nou dit is echt sprekend voor alle kinderen met LVB?

Jolande: Nou gewoon de achterstand. En de slordigheid. Ja. Niet alle details, niet echt even lekker er goed voor zitten. De tijd nemen.

Carine: Dat is iets wat bij bijna alle kinderen algemeen wel terug komt?

Jolande: Maar ik denk echt als je een kind in creatieve therapie neemt, en je biedt de goede dingen aan dat je er wel veel meer uitkrijgt.

Carine: Ja. Ja ze komen hier natuurlijk ook met het idee, ik mag hier spelen en ik kom hier niet om te tekenen. Da's ook weer anders natuurlijk.

Jolande: Ja. Het spijt me meer kan ik je eigenlijk niet bieden.

Carine: Nou ik heb al wel redelijk wat informatie. En als ik dit, hiervoor heb ik één ander interview gehouden en ik kan al redelijk wat waarvan ik denk, nou dit vertelde zij ook dus dat is wel, dat zal overal wel terugkomen. Dus dan heb ik al wat aan, dan is het al een onderbouwing zeg maar in dit onderzoek.

Jolande: Gelukkig.

Carine: Maar ik denk dat dit allemaal wel aan bod is gekomen.

Jolande: Ja. En als je inderdaad, Marcella heeft hier ook een stuk of vijf kinderen in therapie gehad dus die zal ook al redelijk wat kunnen benoemen denk ik.

Carine: Ja want Marcella heeft deze

Jolande: Nee ik bedoel Marlon.

Carine: Want die heeft hier ook stage gelopen en zelfstandig kinderen in therapie gehad?

Jolande: Ja.

Carine: Wanneer heeft zij hier stage gelopen?

Jolande: Een jaar of vier, vijf denk ik.

Carine: Dan is ze al lang afgestudeerd.

Jolande: Ja en ze is toen een eigen praktijk, net als Marcella, begonnen. Ze werkte, ik weet niet zeker of ze daar nu nog zit, ik denk het wel, op de border.

Carine: Voor Meerkring?

Jolande: Ja, zij is één van de Meerkring therapeuten. Heb je daar zo'n foldertje van?

Carine: Volgens mij nog wel, van mijn eigen stage.

Jolande: Daar staat zij achterop.

Carine: Oh nou dan kan ik het vast wel vinden. Nou, ik zet deze uit.

Bijlage 5: Transcriptie interview Gaby van Dongen

maandag 17 december 2018

Oosterbeek

Carine: Is het ook goed als ik naam en functie in het onderzoek zet?

Gaby: Ja, als het zin heeft gehad, als het een aanvulling is geweest.

Carine: Dit interview?

Gaby: Ja. Jij komt vast met een vraag?

Carine: Nou ik denk als opening is het vast leuk om te vertellen met wat voor mensen u werkt, bijvoorbeeld.

Gaby: Ja. Ik werk hier op het terrein met kinderen en jongeren en jongvolwassenen en volwassenen tegenwoordig ook, eigenlijk een steeds bredere doelgroep. Op het terrein maar ook ambulante mensen hier naar toe of wij gaan daar toe. Die hebben dus diverse leeftijden maar wat ze allemaal wel hebben is dat ze een laag intelligentieniveau hebben en vaak ook gedragsproblemen. En daar werken we mee. En dat is zo uiteenlopend, gedragsproblematiek eigenlijk, ja na tien jaar is het nog steeds boeiend en verrassend en soms zit ik ook nog met de handen in het haar van wat moet ik hier weer mee. Ook wel mensen met ook autisme, ook ADHD, ook hechtingsproblemen, veel hechtingsproblemen. Veel getraumatiseerde jongere kinderen. Ook door seksueel misbruik maar ook door verlieservaringen of andere ellende. En ik werk ook met gezinnen en ik werk vaak samen met andere disciplines van vaktherapie. Dus we kijken het wel, we zoeken het wel overal vandaan om te kijken wat is een ingang om deze cliënt te helpen.

Carine: Ja. Wat is het beste voor deze persoon.

Gaby: Ja wat is het beste. En ja dat doen we op eigen inzicht dan. En soms dan loopt het niet en soms vind je toch, meestal vind je toch de goede weg om met de cliënt aan het werk te gaan. Maar het begint natuurlijk altijd met een observatie. En soms is het een observatie die een beetje verweven is in de therapie, want dan denk je ja deze aanvraag komt toch bij mij terecht. Ik bouw die observatie een beetje in en soms krijg ik ook echt een aparte observatievraag, schrijf ik daar een naverslag, en dan wordt gekeken van waar gaat die cliënt naar toe. Welke discipline gaat hij of zij toe om therapie te krijgen.

Carine: Dan kan het ook zo zijn dat hij naar een heel ander vakgebied gaat?

Gaby: Ja. Dat is eigenlijk meestal als er van te voren een observatie is geweest die een beeld geeft van nou bij wie sluit hij het beste aan.

Carine: Want werken jullie hier alleen met vaktherapeuten of echt met heel dit gebied breed, allemaal soorten therapeuten, psychiaters

Gaby: Nou ja we hebben natuurlijk de afdeling behandeling, en daar zitten maatschappelijk werkers, psychiaters, medische dienst, gedragswetenschappers, een heleboel gedragswetenschappers. Maar we hebben tegenwoordig ook een groot team vaktherapie. Daar zit een heel aantal PMT-ers, ik geloof drie inmiddels, en muziektherapeut en twee beeldend therapeuten waarvan ik er één ben. En de andere collega zal dadelijk binnenkomen. En we werken wel samen maar we hebben toch wel echt ons eigen vakgebied binnen de vaktherapie.

Carine: Wel mooi dat vaktherapie goed vertegenwoordigd is hier.

Gaby: Ja. Echt steeds beter vertegenwoordigd in tegenstelling tot andere instellingen.

Carine: Ja zeker. En de cliënten die hier komen hebben allemaal wel verschillende problematiek maar wat ze gemeen hebben is die lage intelligentie.

Gaby: Ja. Normaal gesproken. Een kind wordt namelijk niet zomaar uit huis geplaatst. De meesten zijn namelijk uit huis geplaatst. Maar de ambulante vragen dat zijn natuurlijk vragen vaak van mensen die nog thuis wonen. Maar ook daar kan de problematiek hoog oplopen.

Carine: Ja precies. Anders heb je ook geen therapie nodig natuurlijk.

Gaby: Nee. En het is natuurlijk, de financiële middelen zijn moeilijker te halen dus het moet wel echt een probleem zijn wil iemand ambulant hier helemaal naartoe komen voor therapie. En dus in die observatie daar zou ik de DDS in kunnen gebruiken.

Carine: Precies. Want u hebt de training wel gehad?

Gaby: Ik heb de training gehad, gevolgd. Trouwens mijn collega ook. Die heeft nog niet meteen gereageerd op jouw vraag maar later hoorde ik dat zij het ook had gedaan.

Carine: Ja ik heb, mijn mail is doorgestuurd naar drie therapeuten volgens mij, en van u kreeg ik als eerste antwoord en volgens mij vorige week nog weer van een ander. Dus ik zei nou ik heb al een interview maar mocht het nodig zijn.

Gaby: En wie was die ander? Els?

Carine: Zou goed kunnen.

Gaby: Nou wie weet heb je daar straks nog wat aan. Zij is wat later en zij heeft ook. Maar ik heb ooit eens ook een onderzoek gekregen van iemand die de DDS met kinderen deed, daar was dan ook onderzoek naar gedaan, nadat ik de opleiding had gevolgd. Dat geeft een klein beetje andere inzichten maar nog niet voldoende waardoor ik zeg nou dit is het heilige middel om altijd in te zetten. Nee.

Carine: Snap ik, is ook per persoon weer anders natuurlijk. Wat handig is in een observatie om in te zetten.

Gaby: Ja nou kijk als dat een diagnostisch middel is, dan wil je wel dat je het overal kan gebruiken en overal iets kan aflezen van ja, bijvoorbeeld hoe je iemand kan zien. En als het, het zijn nog wat vage signalen, die wel handig zijn. Kijk alle signalen samen zijn handig om een beeld te vormen van een cliënt. Ik probeer de signalen ergens vandaan te halen en dit is een onderdeel. Maar ik zet het toch nog niet zo vaak in omdat het veel vraagt. Het vraagt drie tekeningen. En drie tekeningen maak je niet binnen vijftien minuten, dat duurt bij mij wel drie van mijn therapieën, drie sessies. Dus dan heb je al drie sessies nodig.

Carine: Want per tekening krijgen ze vijftien minuten, maar dat is dan hier anders?

Gaby: Ja dat vraagt dan toch wel veel. Als je zegt doe maar drie tekeningen achter elkaar, da's dan toch wel veel. En we hebben vaak te maken met dat jongeren binnenkomen en dan hebben ze weerstand. Want die zijn overal al geweest. Ze hebben pleeggezinnen gehad

want van 't één naar 't ander doorgestuurd en uiteindelijk worden ze uit huis geplaatst, niet leuk. En dan komen ze hier en dan hebben ze al een intake gehad en een onderzoek gehad en dan komen ze ook nog hier en dan moeten ze ook weer wat. Dus ze komen al met weerstand binnen dus als ze dan meteen, hatsiekiedee, drie tekeningen moeten maken, dat wil niet. Dus ik moet het een beetje inleiden, er moet een beetje afwisseling in. Want ik vind het dan belangrijker dat ik het contact eerst heb.

Carine: Werkt het dan beter om bijvoorbeeld vrije opdrachten te geven? Zodat die weerstand weggenomen wordt?

Gaby: Ja dat je ze zelf ook iets prikkelt in wat ze zelf leuk vinden. En dan kun je misschien wel als onderdeelje een tekening doen maar dat moet maar net passen.

Carine: Ja dat is zo. En dit zijn natuurlijk best wel vaste regels maar dan kan het overkomen van je moet met dit materiaal een tekening maken.

Gaby: Ja. Kijk die kinderen hebben vaak al een onderzoek gehad, een test. Dan krijgen ze ook allerlei 'los dit even op, maak een blokkenpatroon, maak dit' en dan moet je ook allerlei schoolse dingen. En voor hun voelt dat dan zo van weer zo'n onderzoek. Is ook zo, het zijn vaste regels. Dus daarom denk ik dat ik er niet meteen de eerste keer mee begin. Dan moet je iemand hebben die bereid is om alles te doen. Maar zo komen ze vaak niet binnen.

Carine: En later in de behandeling, wordt het dan wel ingezet?

Gaby: Dan is het makkelijker, dan hebben ze inmiddels een paar keer zelf keuzes kunnen maken. Of in ieder geval stukjes, beperkte keuzes, tussen drie dingen mogen kiezen, of we gaan met dat materiaal werken en je mag zelf het onderwerp bedenken. Een beetje zo is het wat vrijer, is het voor hun ook wat 'hé, er wordt rekening gehouden met wat ik wil'.

Carine: Ja precies. Maar dan voelen ze zich ook al meer thuis hier en meer veilig. Het contact is dan beter dus dan is het ook geschikter.

Gaby: Ja. En soms zeggen ze zelf ook van nou mag jij bedenken. Dan kun je zelf dus iets. Maar zo'n serie is dan natuurlijk niet makkelijk meteen bij de observatie in te voeren.

Carine: Nee snap ik. En is het dan ook te moeilijk voor het intelligentieniveau van de kinderen?

Gaby: Nee, het is goed te doen. De opdrachten zijn niet te moeilijk. Ze kunnen het heel goed, nee dat is het niet. Het gaat er uiteindelijk om, wat haal je eruit. En de tijd, het zal vast weer bijgesteld zijn, de tijd dat ik de opleiding deed, wanneer deed ik de opleiding? Even kijken, de DDS training, in 2010, lang geleden al weer.

Carine: Ik heb hier de lijst mee en daarvan werd gezegd dat het al weer de oude lijst was. Maar in essentie staat er hetzelfde maar misschien dat er net wat aanpassingen zijn.

Gaby: Kijk en dan, dat wat je er uiteindelijk uit kan lezen zou ook bruikbare informatie moeten zijn voor mij. Dat is ook niet altijd zo, het ging dan vaak om de psychiatrische, schizofrenie, borderline, depressie. En dat is voor kinderen natuurlijk niet zo bekend. Kijk borderline kun je helemaal niet lezen onder de achttien. Psychiatrische

aandoeningen waren het toen en heel veel is gewoon, kijk PTSS zou je dan wel, ja is ook niet echt. Dus dan ja.

Carine: Maar als ze hoog scoren op een stoornis wil dat niet zeggen dat ze dat hebben, meer dat er kenmerken van zijn.

Gaby: Ja maar als ze de stoornis pas kunnen vaststellen vanaf achttien, dan heb ik er niet zo heel veel aan als dat iemand wiebelig in zijn stemming is, dat merk ik bij iemand bij binnenkomst al. Daar heb ik voelsprietten genoeg voor ontwikkeld, daar hoeft ik ze niet drie tekeningen voor te laten doen dus ik moet wel echt signalen krijgen. En voor mij zijn het heel interessante signalen hoor. Als je een boom tekent en je tekent het recht, onderkant, zonder wortels, zonder houvast, zonder leven erin. Ja dat zijn wel hele goeie signalen. En dan denk ik meer aan hoe veilig ben je geworteld, hoe stevig sta je.

Carine: Ja en dat is natuurlijk niet wat per se op deze lijst staat.

Gaby: Nee. Is niet wat uit het lijstje komt. Het zijn wel goeie opdrachten en wat doet iemand als ie een vrije opdracht krijgt, is natuurlijk heel interessant, wat doet hij dan. Sommigen zeggen heb je een liniaal. Snap je, die willen als eerste met een liniaal aan de gang. En sommigen zeggen mag ik alle kleuren gebruiken, ja dat mag. Je ziet gebruikt iemand alle mogelijkheden van een krijtje, alle mogelijkheden van de vormen, gaat iemand poetsen of niet. Je ziet er natuurlijk, het zijn goede opdrachten, je ziet er veel aan. En ik lees er ook wat uit. Maar dat kan ik niet toetsen aan wat ik dan hier aan diagnoses en signalen aflees.

Carine: Dus eigenlijk, de tekeningen zijn heel nuttig, maar die scorelijst per se en die uitkomst qua pathologie eigenlijk, dat is niet echt nuttig.

Gaby: Nee. En ik weet niet hoe dat inmiddels met de kinderen, dat waren ze toen van plan, nadat ik de DDS opleiding deed, waren ze van plan om een deel van de kinder DDS beter te ontwikkelen. Dus misschien is dat veel beter.

Carine: Oké. Ik weet wel dat er een onderzoek is geweest naar een controlegroep, dus kinderen uit het hele land van allemaal, volgens mij groep zeven en acht, van basisscholen, die met een normale intelligentie op regulier onderwijs, die hebben allemaal DDS-en gemaakt. Zodat alle volgende onderzoeken kunnen vergeleken worden met dit onderzoek van nou dit zijn eigenlijk normale kinderen en dit is het verschil dan. Dat is er geweest maar verder over de ontwikkeling van kinder DDS weet ik niks.

Gaby: En ook niet over welke pathologie daar aan gekoppeld was?

Carine: Nee, alleen die.

Gaby: Want je kan kinderen toch niet die psychiatrische stoornissen opplakken, hè, hoe doen ze dat dan.

Carine: Het is wel met die progressie dan, dat je aan de hand van alle indicaties kijkt hoe hoog er gescoord wordt, dan is er misschien wel wat te zien in die lijn van, boomtekening is heel gestructureerd, kunnen ze die beter of is er dan minder, wordt er dan minder pathologie gescoord of meer. En op die manier zie je dan of er baat is bij meer of minder. Maar de woorden zelf, als schizofrenie en zo, dat is dan wel lastig.

Gaby: Ja daar heb ik dan niet zoveel aan. En dat komt ook, deze kinderen zijn al vaak onderzocht of ergens anders, omdat ze binnenkomen en ze hebben een onderzoek dat nog geldig is wat ergens op een ander instituut gedaan is. Dan gebruiken we dat, natuurlijk. Totdat er nog meer vragen komen en we nog nader gaan onderzoeken, maar dat onderzoek is er al geweest dus ze hebben al andere middelen gebruikt om te kijken van is er wel een psychiatrische aandoening.

Carine: Ja. Want het is natuurlijk bedoeld voor diagnostiek maar dat stukje is al geweest eigenlijk.

Gaby: En soms wordt wel gevraagd hoor, door afdeling diagnostiek, om meer beeldvorming. Want dit is een heel andere setting natuurlijk dan als je aan een tafel zit met een stoel en een potlood. Dit is wel anders dus het nodigt wel meer uit om misschien zichzelf te zijn. Ja veiliger, minder schools. Ik heb het wel eens een paar keer gebruikt maar niet vaak.

Carine: Maar de keren dat u het gebruikte kwam er ook niet iets nuttigs uit?

Gaby: Nou ik heb het zelfs nog wel eens met de andere collega's, met de intervisiegroep bekeken. Zo van, nou, dit is er dan uitgekomen. Daar heeft de cliënt dan zijn best gedaan op de tekeningen met de juiste opdrachten. En dan denk ik nou, als ik het nou helemaal volgens het boekje van de DDS doe, wat haal ik er dan uit en dan had ik daar niet zo heel veel meer aan dan als ik gewoon opdrachten doe met 'wil jij klei?' en dan kijk ik gewoon naar hoe hij of zij kleit. En geef daar opdracht aan zodat je toch nog binnen een bepaald kader kan zeggen hé, hier is iets aan af te lezen.

Carine: Wel interessant, deze invalshoek.

Gaby: Ja. Had je niet verwacht?

Carine: Nee. Maar ik heb iemand anders geïnterviewd die zat in de DDS werkgroep dus die is natuurlijk, die gebruikt het bij iedereen en is fan natuurlijk. En heel veel mensen kennen het ook niet. Maar dit is ook wel een duidelijk standpunt, waarom het niet altijd handig is.

Gaby: Dus de opdrachten zijn super goed, het materiaal ook, is ook gewoon goed, kun je veel mee doen en je kunt er ook veel aan aflezen. Gebruik je het krijtje aan de brede kant, poetst ie, worden de vingers helemaal vies, daar kun je gewoon heel veel aan aflezen. Maar wat er dan uitkomt is pathologie. En eigenlijk vaak ook wat pas kan vast stellen na de achttien. En ik heb dan te maken met een kind van dertien, heeft hele andere problemen achter de rug, komt dan hier, wat is er nou aan de hand? En dan heb ik niet zoveel aan die uitkomst. En iedereen die uit huis geplaatst is die heeft natuurlijk op een gegeven moment een hechtingsprobleem. En zijn vaak niet voor het eerst in zorg.

Carine: Ik heb wel een lijstje met onderwerpen meegenomen, want dit is dan ook de DDS verwerking. Dit lijstje gaat over de pathologie en de rest, daar gaat ook mijn onderzoek over, eerste indruk van DDS tekeningen maar misschien ook tekeningen in het algemeen en informatie die ze vertellen. En hier staan ze ook. En dat gaat dan niet per se over de pathologie, van nou ze scoren allemaal op aanpassing ofzo, maar dat is wel de nuttige informatie. Wat is de eerste indruk bijvoorbeeld, en de informatie uit de nabespreking en de inhoud van de tekening. Maar laten we anders beginnen bij de eerste indruk.

Gaby: Dus je bedoelt eigenlijk dit stukje?

Carine: Ja precies. Maar we kunnen in willekeurige volgorde de dingen bespreken. Als er wat over te vertellen is natuurlijk.

Gaby: Ja. Dus je vraagt ernaar wat de eerste indruk is als ik kinderen een paar tekeningen heb laten maken, waar ik dan naar kijk. Of wat ik dan zie.

Carine: Ja. Wat valt op.

Gaby: Nou het begint met begrijpen ze m'n vraag. Gaan ze zelf aan de gang of blijven ze steeds maar toetsen van 'vind ze dit goed, vind ze dat goed', hebben ze een beetje vertrouwen in zichzelf of gaan ze gewoon aan de gang. Of blijven ze maar checken bij mij en toetsen om te kijken. Daar begint het mee, hun houding. Maar ik zorg altijd dat ze lekker op hun gemak zitten, even praatje, even dat zo, meestal zit dat wel goed zo. En dan kijken we naar het materiaal. Of gaan ze eerst denken, zien ze een wit vel. Sommigen gaan heel lang naar het witte vel staren. Sommigen beginnen meteen, die willen het krijtje uitproberen, het voelen, en die zien wel waar ze terecht komen, daar zie je heel veel aan. En dan gaan ze tekenen. Gaan ze dan al proberend tekenen of hebben ze dan in hun hoofd wat het onderwerp al precies gaat worden. Ze weten natuurlijk, een boomtekening, wat gaan ze daarmee doen. Of ondervinden ze het tijdens dat ze bezig zijn. Dus of ze al een beeld hebben wat ze gaan tekenen, of het wortels moet hebben of dat het gaandeweg ontstaat. Of ze veel variatie in kleur gaan gebruiken of dat ze gewoon, ja, bruin, zwart, is wel goed zo, klaar. Of ze binnen de tijd klaar zijn of dat ze langer nodig hebben. Of ze het krijtje alleen op de scherpe kant gebruiken of ook op de brede platte kant, of ze poetsen, of ze er sfeer inleggen. Sommige kinderen gaan uitgebreid de regenboog erboven, of een holletje in de boom, of diertjes erbij, plaatjes, dat geeft wel meer een teken van iets willen vormgeven of iets sfeer geven of iets over willen brengen aan mij.

Carine: Ja, in plaats van alleen de opdracht uitvoeren.

Gaby: Ja. Dat dan. En bij de vrije tekening dat ze, sowieso of er een opbouw zit, of ze zich steeds vrijer voelen dat ze meer van zichzelf laten zien of dat ze zich, dat het gelijk blijft of afloopt, kan ook.

Carine: Gedurende de drie tekeningen?

Gaby: Ja. Die derde doe ik maar even zo, een krabbel en dan is het klaar. En ik moet ook zeggen want jij zei drie achter elkaar, maar drie achter elkaar doe ik eigenlijk nooit omdat dat veel te belastend is. Veel te veel achter elkaar.

Carine: Ja, en ook weer drie onderwerpen natuurlijk.

Gaby: Ja. Dus dan zie je aan die opbouw iets minder natuurlijk. Stel dat je het elke keer één tekeningen en dan iets anders doen, een andere opdracht die ik heb, dan zie ik minder opbouw natuurlijk want dan blijft het misschien wel boeiender.

Carine: Ja, concentratie kan er dan beter bij blijven.

Gaby: Ja. En of ze ruimte in durven nemen, of ze tot of over de randen van het papier durven gaan of heel klein blijven krabbelen, heel gedetailleerd.

Carine: Wat doen ze dan het vaakst? Als er dan een gemiddelde zou zijn?

Gaby: De meesten gaan niet tot de rand van het papier.

Carine: En qua kleurgebruik?

Gaby: Nou dat verschilt per cliënt. Dat verschilt echt.

Carine: Daar is niet per se een gemiddelde in?

Gaby: Nee. Er zijn echt wel jongeren die hier komen die zeggen ik houd niet van tekenen, ik kan niet tekenen. En die doen dan gewoon, ja, die gebruiken het krijtje alsof je een pen hebt. Ik teken gewoon iets, klaar.

Carine: Met het puntje, alleen de lijnen?

Gaby: Ja. Ja. En dan is het misschien gewoon alleen bruin en zwart. En dan is het goed voor hun zo, het is wel best. En de anderen die zijn uitgebreid alles aan het uitproberen. En daar lees je natuurlijk weer heel veel van af. En er zijn ook mensen die vinden het poederen helemaal niet fijn, die hebben liever iets straks. Dus dan zie je de structuurbehoefte en hoeveel je uitprobeert in je leven zeg maar, dat zie je er wel vanaf.

Carine: Want is er veel behoefte aan structuur ook?

Gaby: Er zijn hier heel veel jongeren die graag controle hebben en structuur. Structuur omdat LVB-ers hebben toch over het algemeen wel veel structuur nodig. Omdat ze gewoon zelf minder overzicht houden dus een vaste structuur helpt hun gewoon. Om de taken beter uit te voeren. En meer rust te hebben in het moment. En dan heb je natuurlijk ook wel autisme er tussen waarbij ook structuur, die hebben die structuur al van zichzelf en die willen dingen op die manier dan vaak doen. En dan heb je ook nog getraumatiseerden die juist de controle willen houden want het is al zo vaak uit de hand gelopen dus laat ik het in ieder geval op m'n eigen manier doen zodat ik zeker weet dat ik hier niet met een naar gevoel wegga omdat het uit de hand gelopen is. Dus er zijn meerdere redenen waarom iemand structuur nodig heeft.

Carine: Ja. Zou dan ook de boomtekening, die eigenlijk het meest gestructureerd is, het makkelijkst zijn voor deze kinderen?

Gaby: Ik denk wel dat het voor iedereen goed te doen is ja, een fijne opdracht is voor iedereen. Een fijne start ook voor iedereen.

Carine: Iedereen weet natuurlijk wat een boom is.

Gaby: Je hebt ook mensen die zeggen, ik kan niet tekenen en ik moet presteren hier. Maar een boom dat kan iedereen wel. En soms is het gewoon een balk met een paar strepen eruit hoor, dan moet je blij zijn als er een blaadje aankomt.

Carine: Maar dan is dat echt omdat ze die onzekerheid hebben van ik kan niet tekenen maar het moet?

Gaby: Ja maar soms hebben ze die verbeelding ook niet, hebben ze in hun hoofd geen plaatje opgeslagen van een boom, hoe ziet die eruit, hoe gaat die schors, hoe gaan die takken. Als je vraagt teken een mens dan tekenen ze vaak ook gewoon een luciferpoppetje. Een bolletje met wat streepjes eruit met een bolletje erbovenop. Zo kan die boom soms ook heel houterig zijn.

Carine: Dan is het wel gestructureerd maar kan het alsnog lastig vormgeven zijn. Is ook wel logisch voor kinderen die het al moeilijk hebben.

Gaby: Ja. En soms is het gewoon een onderontwikkeld gebied. En je ziet wel verschil of kinderen het gewoon niet goed durven te tekenen en denken ik maak maar zo'n makkelijk luciferpoppetje of iemand het echt niet kan. Nooit meer heeft ontwikkeld.

Carine: En hoe oud zijn die kinderen ongeveer?

Gaby: Nou wat ik net al zei, we hebben een heel brede doelgroep, qua leeftijd, en leeftijd zegt echt niet alles over welk niveau ze ontwikkeld zijn.

Carine: Nee zeker met mensen die hier komen natuurlijk en wat die meemaken.

Gaby: Ja. Je hebt hier jongeren van vijftien die qua tekeningen echt nog op vierjarige leeftijd zitten.

Carine: Weerspiegelt dat dan ook hun ontwikkelingsniveau?

Gaby: Niet altijd want we zien ook heel veel disharmonisch profiel, dat maakt het ook lastig, dat je soms merkt dat kinderen een makkelijke babbel hebben en eigenlijk verbaal best wel goed zijn maar sociaal-emotioneel best een laag niveau hebben, echt peuterniveau. En ik vind dat sociaal-emotionele dat zit wel vaak in de tekeningen, als dat dan lager is dan zie je dat wel.

Carine: Dat als een vijftienjarige als een vierjarige tekent dat het eigenlijk sociaal-emotioneel ook als een vierjarige, rond die leeftijd is?

Gaby: Nou ik wil dat niet standaard zeggen.

Carine: Nee, je kan natuurlijk niet zeggen dit is precies vier.

Gaby: Dat kan natuurlijk met heel veel dingen te maken hebben. Als iemand bijvoorbeeld nooit interesse heeft gehad om te tekenen om dat stuk meer te ontwikkelen dan kan dat ook een beeld geven van een vierjarige.

Carine: En als de fijne motoriek minder ontwikkeld is dan kan dat ook weer.

Gaby: Ja. Maar die motoriek geeft meestal niet die beperking. Bij ons zit het toch veel meer in het geestelijke stuk, het mentale stuk. Er zijn natuurlijk kinderen die dat niet kunnen, maar dat zijn er zo weinig.

Carine: Oké. Ze kunnen allemaal wel overweg met krijtjes.

Gaby: Ja. Even kijken of ik hier nog iets uit vergeten ben. Ja welke associaties benoemt het kind, dat vind ik ook een hele goede. Want soms haal ik er iets heel anders uit, dat had ik helemaal niet gezien, maar het feit dat ze het zien, betekent dat het een onderwerp is dat in hun gedachten leeft natuurlijk.

Carine: Wat ze hebben getekend daar vertellen ze dan over.

Gaby: Ja. Bijvoorbeeld, stel je voor dat ze bij die vrije tekening hun gezin maken. En je denk oh, dat zal de moeder wel zijn. Blijkt zichzelf te zijn. Dan hebben ze die heel groot en

de rest heel klein. Maar ook heel vaak dan zelf heel klein. Bijvoorbeeld. En dan benoemen ze het erbij, van ‘dit ben ik, kijk, en dit zijn mijn dieren’, en dan oh, is toch wel opvallend.

Carine: Maar ze vertellen wel over wat ze tekenen?

Gaby: Ja. Meeste vertellen er wel over.

Carine: Is dat dan na de tekening of ook ondertussen of voor de tijd?

Gaby: Nou ik probeer hun altijd wel die concentratie te geven, voor de tekening, dat ze gewoon daarna, dat zeg ik dan ook, daarna hebben we het erover.

Carine: Ja, ook weer die structuur bieden.

Gaby: Ja. En dan is het niet dat het niet mag maar dan kunnen ze zich lekker erop richten. En daarna vertellen. En dan vertellen ze vaak wel over wat ze getekend hebben. En er zijn ook mensen die in de weerstand zitten en die zeggen dat gaat je niks aan.

Carine: Ja dat kan natuurlijk ook. Hoe uitgebreid wordt er verteld over de tekening?

Gaby: Hoe uitgebreid? Dat is ook elke keer anders. Dat is afhankelijk van, sommige kinderen blijven ook op één onderwerp hangen, die komen niet tot het volgende. En dan verdere vragen stellen, ‘hoe zit het dan met die tekeningen’, omdat ze dan doorgaan op een onderwerpje, dan schakelen ze niet zo makkelijk, dat is het meer. Ik denk dat de manier van nabespreken toch vrij beperkte inhoud krijgt. Omdat ze er toch niet zoveel woord en kleur hebben om uit te leggen wat ze hebben gemaakt. Het is altijd maar kort van woorden. Ze hebben niet zo’n grote woordenschat over het algemeen, de LVB-ers.

Carine: Dus dan is het ook gewoon objectief, dit staat er?

Gaby: Ja. Kijk, als ze nou bijvoorbeeld hun huis of vakantiehuis hebben nagetekend, ‘dat is het huis, daar is de glijbaan, daar viel ik erin’, dan hebben ze een verhaal in hun hoofd wat ze willen vertellen. Dan is het anders. Kunnen ze er langer over vertellen. Maar als het gewoon een huis en een zon is, wat het toch wel vaak is, dan is het ‘dit is een huis’.

Carine: Als het eigenlijk geen persoonlijke ervaring is wat ze tekenen?

Gaby: Ja, als het niet een verhaal heeft.

Carine: Dus ze kunnen ook niet iets erbij verzinnen of uitgebreider vertellen.

Gaby: Nee dat gaat niet. Ze gaan niet zo gauw helemaal raak fantaseren. Maar sommige kinderen maken een fantasiedier of een monster of weet ik wat, als vrije opdracht. Dat is natuurlijk ook wel een beeld. Waarom tekent iemand nou ineens iets wat niet bestaat of waarom tekent iemand nou ineens een monster? Wat doet dat monster dan? Dat is dan de vraag wat ik naderhand kan stellen.

Carine: Kunnen ze daar dan ook over vertellen?

Gaby: Ja dat kan wel. Als ze er juist bang voor zijn, of het spannend is, of ze zien het in films of games. En er zijn natuurlijk ook veel kinderen die vast zitten aan een beeld, iets moet mooi worden, moet voldoen aan de norm.

Carine: Dus ook bij een vrije tekening? Waarbij alleen gezegd wordt maak een tekening, met krijt?

Gaby: Ja. Dan denken ze ‘oh god, het moet dan wel een goed huisje zijn’. Dan zoeken ze vaak een huisje, met een schoorsteen, een wolkje.

Carine: Dat wordt vaak als vrije tekening gemaakt? Ook iets wat iedereen kan maken eigenlijk, net als een boom, mooi gestructureerd.

Gaby: Ja. En dan hopen ze dat ze op die manier voldoen aan de norm van de verwachting.

Carine: Die er eigenlijk niet is.

Gaby: Ja, die er niet is, maar dat weten ze niet. Maar ze hebben al zo vaak teleurstellingen gehad. Dat mensen zulke hoge verwachtingen hadden die ze niet waar konden maken. En dat ze over het algemeen vaak wel willen voldoen aan een bepaalde norm. Hun best willen doen, dat het een mooie tekening wordt. Of ze hebben er lak aan en het wordt fantasie. Dat lees je ervan af. Dat ze denken ik doe het zo op mijn eigen manier, die ik zo eigen is, dat een andere manier ook niet zou kunnen trouwens. En die heeft dan niet zo last van die norm. Dus eigenlijk is het bij een observatie en bij een diagnose al heel fijn als je vaste onderwerpen hebt die een breed beeld kunnen geven. Die elke keer weer hetzelfde doet. Dat is dit, daarom is het fijn om op terug te vallen. Want je hebt vergelijking dan. Oh de vorige deed die boomtekening zo, de vorige deed die tekening zo. Dus een vergelijking hebben, dat is al fijn met een observatie vind ik.

Carine: Ja, elke keer hetzelfde.

Gaby: Ja. Een soort vast uitgangspunt.

Carine: Ja. Want is er iets in de tekeningen wat sprekend is voor de doelgroep? Wat ze bijna allemaal tekenen of hoe ze het materiaal gebruiken of de kleuren?

Gaby: Nee. Denk het niet. Ik denk niet dat dat meer is dan. Bij onze doelgroep zijn ook jongeren die volgens de norm van ‘ik moet een mooie tekening maken’ maar ook mensen die juist bij LVB misschien wel willen ervaren van wat is dit nou voor krijtje, even voelen, en oh dit gaat aan je vingers zitten, en dit kun je uitvegen. En dan ervaringsgewijs erachter komen hoe iets werkt eigenlijk.

Carine: Minder op de vormgeving dus, meer op de ervaring.

Gaby: Ja. Maar dat is niet, ja dat heb je natuurlijk bij kinderen met een normaal IQ ook. Dat is niet een heel typisch iets bijvoorbeeld.

Carine: Ja maar als het vaker voorkomt.

Gaby: Ja. Hai Els.

Carine: Nee mijn onderzoek richt zich ook niet op de verschillen tussen normale kinderen en LVB kinderen. Als er nou uitkomt van, nou, LVB kinderen vinden het interessant om dat sensopathische te ervaren, en als kinderen met een normale intelligentie dat nou ook hebben, ja, dan is dat waarschijnlijk iets wat alle kinderen interessant vinden.

Gaby: Ja dat is wel iets voor alle kinderen. Maar kinderen met LVB staan er wel om bekend dat ze dat ervaringsgerichte heel fijn vinden en dat ze vaak zo leren. Te doen. Beter dan het opslaan in hun hoofd en vervolgens kijken ze wat ze dan daarmee zullen gaan moeten doen.

Carine: Ja want als ze meer op de ervaring zitten, komt het dan vaak voor dat ze een plaatje hebben in hun hoofd, van dat huis bijvoorbeeld of van die boom, en dat precies zo weergeven? Of is het echt over het algemeen, ik zie wel waar ik terecht kom, ik begin gewoon met tekenen?

Gaby: Nou ik denk dan, ik heb met de eerste tekening geprobeerd en toen brak het krijtje, toen kwam het plat te liggen, toen kreeg ik een bredere streep. Dat ga ik dan bij de tweede tekening ook proberen. Dat is dan zo'n ervaring. Of ze proberen iets weg te poetsen, want het is eigenlijk verkeerd, en dan komen ze erachter dat het best leuk is. En dan gebruiken ze het de volgende keer. En dat is meer dat ervaringsgerichte. Of ik gebruikte rood en geel en toen poetste ik ertussen en toen was het ineens oranje. Dat is echt gewoon een LVB vorm van leren.

Carine: Ja. Er gebeurt iets en dat kun je inzetten. Is dat ook terug te zien in het eindresultaat van de tekeningen? Zonder het proces, als ik bijvoorbeeld nu een tekening zou zien dat ik kan zeggen oh ja, dit is echt ervaringsgericht.

Gaby: Ik denk wel dat je dat terugziet, als iemand heel erg de sensopathische ervaring gebruikt in zijn tekening. Dat het onderwerp dan iets ondergeschikter is maar meer hoe ga je om met het krijt, hoe ga je om met het papier, hoe gebruik je het vel, hoe gebruik je het kinetische, of juist met beide handen, dat zie je dan natuurlijk wel. Maar goed ze hebben ook een opdracht dus er zal een balans moeten zijn tussen het onderwerp en de manier van tekenen.

Carine: Ja want je zei net al het onderwerp, en wat zijn nou onderwerpen die vaak terugkomen? De inhoud van de tekeningen eigenlijk, waar het over gaat?

Gaby: Iets met games, monsters, technische dingen kan zijn. Meer voertuigen, fantasiedieren, robots. Ook veel hun gezin, zichzelf, dieren.

Carine: Ook zichzelf dan alleen?

Gaby: Nee, dat gebeurt niet zo vaak. Samen met hun familie of met een vriendje of vriendinnetje ofzo. Veel hartjes.

Carine: Symbolen eigenlijk dan?

Gaby: Ja. Veel verder komt het niet dan een hartje, als symbool hoor. Een gebroken hart misschien. En een regenboog, als je dat als symbool kan zien. Maar niet verder.

Carine: Wel bekende dingen allemaal.

Gaby: Ja. Bekende vormen, mensen en dieren. Dat zit gewoon. LVB-ers kunnen minder op inzicht werken, dat is bekend van ze. Ze kunnen ook symboliek ook niet zo inzetten. Ja. Dat is toch een hogere vorm, een abstractere vorm van denken die zijn niet gebruiken. Het is vaak uit hun eigen wereldje, hun eigen herkenning.

Carine: En als ze die laatste tekening maken, die over gevoel gaat? Wat komt er dan uit?

Gaby: Ik denk dat het veel hartjes worden en veel met kleuren, vormen maken. Dat is mijn ervaring maar goed ik gebruik die opdracht niet heel vaak.

Carine: De gevoelstekening?

Gaby: Nee. Dat is een te ruim begrip, teken iets van je gevoel. Het is een te breed onderwerp.

Carine: Ik denk als ik dit zo zie dat het meeste ook wel besproken is. Ja de progressie maar dat is echt, de scores. En ik had iemand die de DDS wel vaak gebruikt die zei nou ze scoren vaak op aanpassing, en controle en organiciteit volgens mij. Maar dit zijn ook zulke psychiatrische begrippen.

Gaby: En organiciteit ook, ja, en controle. Ja dat is ook wel wat ik ook herken.

Carine: Ook die aanpassing, met structuur bekend willen hebben?

Gaby: Even kijken, hoe bedoel je?

Carine: Als het anders gaat dat het dan moeilijk is om daar aan aan te passen.

Gaby: Niet zo flexibel zijn, ja. Nou ja goed, kijk, uit elke tekening haal je natuurlijk ook de formele aspecten, wat heeft iemand eigenlijk gemaakt. Wat zie ik nou eigenlijk. En dit is ook opgebouwd uit hele formele dingen, wat zie je.

Carine: Ja dat is deze lijst ook. Echt de mensen, dieren, grondlijn, lijn of vlak. Kleuren ze het in.

Gaby: Ik ben ook kunstenaar dus je bekijkt het sowieso ook op de formele aspecten, wat zie ik eigenlijk, wat laat iemand zien. Zonder dat ik daar meteen heel veel invulling aan geef, van 'hij zal zich wel rot voelen' of 'hij zal z'n moeder wel missen want het is net weekend geweest'. Ik vul het dan minder in maar kijk ook van wat wordt er neergezet.

Carine: En ook aan de hand van dit soort dingen? De grondlijn en insluiting bijvoorbeeld? Of meer het onderwerp, wat er te zien is?

Gaby: Ja grondlijn vind ik altijd wel mooie onderwerpen, lijn/vlak, integratie. Vind ik mooie onderwerpen.

Carine: Komt dat ook vaak voor?

Gaby: Ja. Insluiten zie je vaak. Grondlijn, soms zie je dat kinderen zwevende poppetjes maken. Dan hebben ze wel een grondlijn maar staan de voetjes niet op de grond. Altijd wel bijzonder, dat ze dat dan tekenen. En dan zit je daar zo tegenover en dan denk je nou, die gaat wel op de grond staan en dan is het net alsof er geen goede inschatting is gemaakt maar misschien hoeft het ook wel niet van hun. Kinderen die goed kunnen tekenen, dan nog komen doe voetjes niet op de grond, dat is wel interessant hè.

Carine: Teken ze dan eerst de lijn en dan het poppetje?

Gaby: Ja. Dat wel ja. En ze zullen ook niet gauw de lijn hobbelig maken, want dat kan ook, dat je dan toch die lijn bij de voetjes uitkomt, dat deed ik zelf altijd als het dan niet helemaal uitkwam. Nee, meestal eerst die grond.

Carine: En daar staat dan eigenlijk niemand op?

Gaby: Ja zo eentje is dan wel met de beentjes op de grond gekomen en die ander is dan hoger geëindigd.

Carine: Is misschien ook minder belangrijk, de exacte weergave.

Gaby: Ja. Dat zou je dan echt een vraag over moeten stellen, aan de kinderen. Wat is die aan het doen, bijvoorbeeld. Misschien is ie wel aan het springen, weet ik veel. Maar misschien was het ook gewoon een beetje verkeerd uitgepakt. En sommigen vinden dat erg en sommigen vinden dat minder erg. En dan is het wel goed zo. En dit is natuurlijk ook een mooie, of er beweging in zit. Of iemand veel korte lijntjes doet en veel stippeltjes.

Carine: Wat komt vaak voor bij deze doelgroep?

Gaby: Korte, voorzichtige lijntjes. Ook met krijt, een beetje doen alsof ze het schetsen in gedachten hebben, een zoekend lijntje. Nooit zo heel fel meteen een grote streep, meer zoekend. Daar zal ook een onzekerheid in zijn, door zo vaak al teleurstelling op te hebben gelopen. Of zo vaak geen herkenning hebben gekregen voor wat ze wel kunnen. Sommigen hebben ook echt het schetsen in gedachten, die losse manier van tekenen, en dan pakken ze ook korte lijntjes.

Carine: Ja, niet één doorlopende lijn.

Gaby: Ja. Nou ik geloof dat dat wel een beetje was wat ik erover kan zeggen.

Carine: Ja. En dit is ook wel allemaal, ja de eerste en laatste, maar dat is in de loop van het gesprek wel ter sprake gekomen, dus volgens mij is het wel goed zo.

Gaby: Ja. Het zou fijn zijn als er meer zicht kwam op bijvoorbeeld wat haal je uit een tekening van nou dat is typisch hechtingsproblematiek, of typisch een misbruikverleden. Of typisch huiselijk geweld thuis gehad, weet je, zo. Wat concretere signalen uitpikken.

Carine: Meer dan deze lijst.

Gaby: Ja. Dat je meer redenen hebt om, want het is best een investering, om die tekening te laten doen, en om dat kind zover te krijgen om bereid te zijn om dat te doen. En dan moet je als therapeut er ook voldoende uit kunnen halen. Ik haal er zelf wel dingen uit maar niet dat ik dat dan aan die lijstjes steun heb. En dat is eigenlijk de bedoeling.

Carine: Ja, met die progressie inderdaad, dat lijntje ertussen. Ja. Nee als er dan uit de tekeningen net zoveel wordt gehaald als uit een eigen opdracht eigenlijk, dan is het niet heel nuttig om nog extra in te zetten.

Gaby: Nee. Maar wat ik al zeg, eigenlijk is elke vaste observatie die ik heb geeft gewoon een vergelijking hoe de één en de ander het uitvoert. Je geeft jezelf toch wel steun dus dit geeft wel steun in de beeldvorming. Maar ik doe het dus niet elke keer omdat het te maken heeft met de bereidheid van zo'n jongeren en het contact wat je voorop stelt.

Carine: Ja, zeker als net iemand hier is. Ja logisch.

Gaby: En soms denk je na de eerste tekening, de volgende doen we met klei want dan zie ik hele andere dingen. En dan hoeft je die andere twee niet te doen. Want dan haak ik ervan af en dan denk ik nee, dit moet nou, want dan heb je die concentratie of het contact houdt je meer vast. Dat is dan belangrijker dan die andere twee die je nog moet doen. Dat is het eigenlijk meer.

Carine: Ja, dan zie je ook wat belangrijk is.

Gaby: Ja. Ik leer er zelf ook van. Van dit interview bedoel ik.

Carine: Ja, want ik ga dit ook uitschrijven. Ik heb het opgenomen en dan ga ik het helemaal uitschrijven en dan zal ik het opsturen en dan of het goed is, dat ik geen rare dingen erin zet. En als het dan allemaal prima is dan gebruik ik het in het onderzoek.

Gaby: Moet je het dan woord voor woord uitschrijven?

Carine: Ja. Maar ik schrijf het niet letterlijk uit, dus ik haal alle uh's en twijfeldingen er tussenuit.

Gaby: Oh gelukkig.

Carine: Dat scheelt al weer. Dus ik zet deze nu ook uit.

Bijlage 6: Transcriptie interview Madelon Smits

maandag 17 december 2018

Utrecht

Carine: Misschien is het leuk om te beginnen met gewoon, algemeen, wat voor kinderen komen hier.

Madelon: We zijn inderdaad gespecialiseerd voor LVB maar we hebben ook veel reguliere aanvragen voor behandeling.

Carine: Wel allemaal jeugd toch?

Madelon: Ja, allemaal kinderen en jongeren. Tot achttien jaar meestal. We hebben veel pubers. Maar ook wel eens kinderen van zes jaar of acht jaar. De basisschoolleeftijd. En met een LVB.

Carine: En hoe komen ze hier?

Madelon: Ze komen voor integrale behandeling. Dat betekent dat je therapie nooit alleen aanbiedt. Altijd samen met de gezinsbehandelaar. En die gezinsbehandelaar die behandelt het systeem, het gezin er omheen. En wij het kind en dan zorg je dat het samen één wordt. Dus het kind komt in individuele therapie hier dingen oefenen en leren maar een LVB heeft daar toch vaak niet genoeg aan dus dan moet je wel zorgen dat er een transfer is naar ouders of naar een gezinshuis of waar het kind ook woont. Zodat wat ie hier leert ook thuis kan oefenen en op school kan oefenen. En dat doet ook vaak de gezinsbehandelaar, naast allerlei andere zaken die spelen in het gezin. Niet zo zeer qua regelingen maar meer qua opvoeding.. Vaak gaat het ook over veiligheid in het gezin.

Carine: Oké. Het grote geheel ook.

Madelon: Ja. En wat ik vaak nog wel eens hoor is van stagiaires is dat ze het vak dan wel, dat ze daar veel onderwijs in krijgen, maar hoe je de transfer doet, hoe je samenwerkt met collega's, hoe je zorgt dat de context ook meedoet, dat wordt nog niet zo meegenomen. Terwijl als je met LVB werkt, dan is dat gewoon noodzakelijk. Zeker.

Carine: Ik vind zelf eigenlijk bij bijna alle kinderen en jongeren is het noodzakelijk om het gezin erbij te betrekken.

Madelon: Ja, inderdaad. Want kinderen heb je maar even te leen hè, ze zijn meestal bij hun ouders of op school. We werken altijd samen met het gezin of systeem. Is een beetje ouderwets toch, om alleen maar individueel te werken.

Carine: Ja klopt. Maar soms kan het niet anders.

Madelon: Ja maar dan moet je toch een beetje zoeken naar wat wel kan, je kan een ouder ook op de hoogte brengen of overleggen via de telefoon. Met complexe scheidingen heb je vaak een ambulante gezinsbegeleider die daar in zit.

Carine: Oké. En ze komen hier dan wel individueel in therapie?

Madelon: Of met het gezin. En individueel dan werk je gewoon met z'n tweeën hier, en dan maak je een koppeling met de evaluatie en de gezinsbehandelaar, zodat die weten wat naar buiten gaat. En als je met het gezin werkt dan werken we via de gezins-creatieve-therapie

methode. Van Beelen. En dan zijn wij, of tenminste ik ben dan gefocust op ouders. Dus wat zijn de opvoedvragen van ouders van al hun kinderen. En vaak zijn die kinderen met LVB overvraagd of hebben die kinderen geen zicht op emoties en worden ze snel boos of gefrustreerd en weten ouders niet zo goed hoe ze daar mee om moeten gaan en hoe ze hun kind daar het beste mee kunnen helpen. Dan is de stap te groot, gebruiken ze een te ingewikkelde uitleg, hebben ouders alle twee hun eigen aanpak maar vergeten ze soms te overleggen. Dus je zorgt eigenlijk dat als je met het gezin werkt dat ouders meer, sterker worden in hun ouderrol en samenwerken als gezin. Dus ik bereid dan samen met ouders een opdracht voor waarvan we denken die heeft kans grote kans tot slagen. En de kinderen zijn dan bij de co-therapeut, vaak de ambulant gezinsbehandelaar. En die doen dan een vooropdracht, vaak een samenwerkingsopdracht voor de kinderen onderling.

Carine: Dat doen ze zonder de ouders erbij?

Madelon: Ja, eventjes kort. En je kunt dan ook goed zien van wat gebeurt er als de kinderen alleen zijn met de ambulant gezinsbehandelaar of wat zijn hun vaardigheden onderling. En dan bereid ik met de ouders de opdracht voor zodat ouders handvaten hebben hoe te handelen, wat en hoe ze de opdracht kunnen gaan doen.

Carine: Oké, want zij bieden de opdracht ook aan?

Madelon: Ja, zij doen zelf de opdracht. Dus ouders doen dat op eigen kracht en die zullen dat nooit 100% doen als zou horen of zoals afgesproken maar ze zijn aan het oefenen. Er zijn altijd goeie momenten te vinden. En als ze dan klaar zijn dan is het product dus altijd af, of het is de bedoeling dat dat afkomt. En dan bespreek je dat even heel kort na met het hele gezin, maak je een foto van het werkstuk. En dan gaan de kinderen of nog even met de gezinsbehandelaar terug naar de andere ruimte en doen dan even nog een spelletje of het werkje afmaken of wat ze dan ook hadden bedacht. Dan kan ik even heel snel terug feedback geven aan ouders. Van goede momenten die er waren, wat ze precies deden wat werkte in combinatie met de doelen die ze willen bereiken. Bijvoorbeeld: heel snel teruggeven van wat doe je, toen je het nog een keer uitlegde en hij het pakte het materiaal toen ging hij wel die kerstboom tekenen en de tweede keer tekenen wist ie het niet meer. Je legde het nogmaals uit en toen wist hij het weer. Uitleg herhalen helpt. Dus je geeft het heel concreet terug. Nog een voorbeeld, als het kind een kerstboom moet tekenen, dat je dat in stapjes moet laten doen want dan lukt het. Nou dan kan die ambulant gezinsbehandelaar bijvoorbeeld met ouders verder uitzoeken van goh als ie nou thuis iets doet wat niet moet, geef je dan heel veel boodschappen tegelijk of werkt het handiger als je dat in stapjes doet net zoals in therapie.

Carine: Dus ook een directe koppeling tussen therapie en thuis?

Madelon: Ja bijvoorbeeld. Dit was een simpel voorbeeldje. Zo werkt dat. En dan is het vaak overvraging of ouders die vaak zelf ook een beperking hebben, die kun je het dan wel drie of vier keer uitleggen maar dat heeft geen zin, die moeten het ervaren. Bijvoorbeeld: Ouders geven aan dat ze weinig hoeven uit te leggen want het kind mag alles zelf kiezen. En dan stel je ouders de vraag:” dus helemaal niks uitleggen wat zou er dan gebeuren?”, “Weet je kind wat hij moet doen of ontstaat er dan chaos? Ouders denken na en denken dat er toch chaos ontstaat. Dit betekent dan toch uitleggen en je laat ze het ervaren in een opdracht.

Carine: Dus dat is ook iets zelf ervaren, op deze manier werkt het niet,

Madelon: Nou, liever dat je, dat ik dat voor ben en dat ik kan zeggen van waarom is die kerstboom nou wel gelukt? ‘Geen idee’, zeggen ze dan. En dan verwoorden waarom je denkt dat het gelukt is. “Zou het kunnen omdat je het eerst zelf hebt getekend en toen? ““Oh ja!”, zeggen ouders dan. Dus dan pak je het wat werkt, wat goed gaat en dat vergroot je bespreek je, benadruk je. Als je steeds laat ervaren wat niet goed gaat, is niet goed voor het zelfvertrouwen van de ouder en dan zakt die alleen maar naar beneden terwijl je wil dat ie stijgt. En ouders weten dan nog steeds niet wat wel werkt.

Carine: Oké. Nou mijn onderzoek gaat wel echt over de tekeningen van de kinderen. Dus ik weet niet, doen ouders ook mee in de sessie of leggen die het uit?

Madelon: Nee dat is helemaal afhankelijk van wat past binnen de therapie. Je hebt soms ouders die de handen vol hebben aan het coachen en begeleiden van hun kind en daar niet zelf een taak bij kunnen hebben. Je hebt ook ouders die dat op één of andere manier goed kunnen combineren, dus én de aandacht voor het kind, en zelf een taakje hebben. Maar wij proberen wel altijd een onderscheid te maken in ouder- en kindertaken. Dus ouders hebben altijd een soort basistaak in de opdracht. En de kinderen hebben vaak de verfraaiing of de details. Dus als je het dan symbolisch bekijkt, ouders hebben bijvoorbeeld de grote, basis vormen, ik zeg maar wat hoor, knippen de kerstboom uit en de kinderen maken de ballen. En niet zo dat de kinderen alles bepalen en de ouders schuiven aan. Dat is vanuit het kindperspectief, de gedachte, maar wij werken vanuit de ouders. Opdrachten bevestigen altijd de ouderrol, de hiërarchie, het ouderperspectief. Want je wil graag dat ouders sterker worden zodat ze handvaten krijgen voor het werken met hun kinderen, met of zonder LVB. Dus dat versterk je. En dan mogen de kinderen daarin mee. Dus als kinderen tekenen, dan, en ouders doen daarin mee, dan zal ik vragen of het kind een detail tekent, een meisje of een auto of whatever. En de ouders dan de achtergrond. Bijvoorbeeld.

Carine: Zodat het wel bij elkaar hoort.

Madelon: Ja, zodat het wel bij elkaar hoort. Maar dat als ouders ook een poppetje tekenen en het kind maakt ook een poppetje, dat het poppetje van de ouders dan van nog minder niveau is dan dat van het kind, dat is niet erg stimulerend voor ouders. Dus dan zorg je dat ouders iets kunnen tekenen of iets kunnen invullen wat de basis legt voor het kind. Want het niveau van tekenen is vaak heel erg laag.

Carine: Bij de kinderen?

Madelon: Ja. Hoe krijgen we dat een beetje, zodat ze zelf ook denken ‘nou dat heb ik even getekend’.

Carine: Ook weer dat zelfvertrouwen krijgen.

Madelon: Ja.

Carine: Want wat tekenen ze vooral?

Madelon: Vaak beginnen ze met te zeggen dat ze het niet kunnen. En dan zijn het dagelijkse dingen, poppetjes, huisjes, diertjes. Dat soort dingen. Ja. Maar ik zal het, ik kleed het dan een beetje aan. Dan zorg ik dat ik een voorbeeldje heb, een soort basisvorm wat ze kunnen overtrekken of wat ze kunnen gebruiken of een paar voorbeeldjes waar ze uit kunnen kiezen waar ze iets aan toe kunnen voegen.

Carine: Dat de vormgeving niet helemaal aan hun wordt overgelaten?

Madelon: Ja. Zeker als ik met een gezin werk zal ik daarvoor kiezen, omdat je graag wil dat het resultaat is waar ze trots op zijn. En als je een kind van twaalf een koppoter ziet tekenen, of een poppetje en die vergeet dat de armen niet twee keer zo lang zijn, dat is niet zo leuk. Want daar komen ze later achter en dan is het zelfvertrouwen zo laag. En jullie methodiek gaat ervan uit dat ze het zelf doen hè, op eigen kracht.

Carine: Ja precies. En daarom krijg ik ook wel reacties van deze tekentest is eigenlijk te moeilijk. Want de eerste opdracht bijvoorbeeld, ze krijgen een formaat papier, en een doosje krijtjes, en dan is het: maak een tekening met dit materiaal. En dat is, zeker voor kinderen met LVB, kan dat gewoon te groot zijn, te lastig. Dus dan is de tweede tekening 'teken een boom' en ik hoor dan uit andere interviews dat dat bekend is, iedereen kan een boom tekenen, dus daar komt de meeste vormgeving uit.

Madelon: Ja kan ik me ook nog wel voorstellen. Een leeg blad met krijtjes. Ja je gaat uit van een bepaald ontwikkelingsniveau, wat er niet is. Dus hoe ga je dat dan weer duiden, of zo? Snap je? Dus je krijgt een LVB-er met een blad en krijtjes en die denkt 'oh leuk ga ik hier aan beginnen', die denkt niet na van oh ik heb een hele ruimte en ik kan dat helemaal gebruiken.

Carine: Zal vaak klein werken?

Madelon: Ja dat denk ik. Of hier op de lijn beginnen en dan denken oh die benen kunnen er niet op, terwijl hier heel veel ruimte is. Weinig overzicht over het vel. De motoriek is misschien anders waardoor ze het moeilijker kunnen inkleuren en krijt is ook weer moeilijk, best lastig en werkt dan niet zoals ze willen.

Carine: Volgens de regels is het met softpastel, wat ze kunnen uitvegen.

Madelon: Ja maar het materiaal kennen ze waarschijnlijk niet. Nou als ik dat aan mijn kinderen zou aanbieden zouden ze zeggen 'dat ken ik niet'. Die blokkeren. Een boom, dat zie ik ze nog wel doen, maar zo'n vrije tekening.

Carine: Ja en de derde tekening is teken je gevoel.

Madelon: Ja als je dan niks mag zeggen ben ik benieuwd wat er gebeurt. Als je niet kan zeggen van 'nou je kan boos zijn, of blij, hoe ziet dat er dan uit', dan kijken ze je aan met wazige ogen, dus dan moet je concrete voorbeelden geven. Maar in hoeverre heb je ze dan beïnvloedt. Als je zegt, als je blij bent dan denk je aan de zon, is lekker warm. En als je boos bent. En dan gaan ze zo een zon tekenen en dan denk ik niet dat je dat dan wil, met deze methode.

Carine: Ja er wordt met deze lijst vooral naar vormgeving gekeken. Hoeveel kleuren gebruiken ze, vooral lijnen of kleuren ze het in, wat is er te zien: mensen, dieren, planten. Dus dan gaat het niet zozeer om welk gevoel er nou staat en of dat nou met een zon is aangegeven of met een smiley, maar wel

Madelon: Meer hoe de motoriek is en het ruimtegebruik?

Carine: Ja ruimtegebruik ook inderdaad. En ik hoorde van een ander die zei nou kinderen willen eigenlijk, ze doen alsof ze het liefst stift gebruiken dus daarom maken ze

alleen maar lijnen en kleuren ze het amper in. Dat soort dingen, daar gaat deze lijst dan over. En dat is één van de twee scorelijsten.

Madelon: Ja stift is wel favoriet ja. Lekker duidelijke lijnen. En potlood, ja, met potlood kun je ook heel mooi kleuren mengen, maar dat doen ze niet.

Carine: Gebruiken ze kleur?

Madelon: Vaak zwart. Lijnen trekken. En zij denken goh welke kleur zal ik het geven, wij gaan nadenken over welke kleur je het zal geven maar er zijn kinderen die daar niet over nadenken. Die pakken een stift en denken huppakee.

Carine: Die pakken de dichtstbijzijnde, bij wijze van.

Madelon: Ja. Ik ken een meisje dat altijd zwart gebruikt. Dus die moet je zeggen, welke kleur wil je, wil je blauw, geel, groen. Eventjes bewust maken anders krijg je altijd zwarte lijntjes.

Carine: En dat is dan de hele tekening ook?

Madelon: Ja. Of je moet dat begeleiden en stimuleren. Wat kan er nog meer bij.

Carine: En wat vertellen ze over de tekeningen?

Madelon: Dan moet je vragen. Het is natuurlijk, als je LVB-ers over één kam scheert, dan zijn ze verbaal niet zo sterk. Dus dan zeggen ze een poppetje. En soms vergeten ze ook nog de mond erin te maken, of de neus. Daar moet je dan over vragen. En dan krijg je daar wel een verhaaltje of een reactie op.

Carine: Ook tijdens het werken?

Madelon: Ja dat is helemaal afhankelijk van wat voor kind je hebt, denk ik. Of je wat introverter bent of wat extravert. Je gaat natuurlijk een beetje een gemiddelde bedenken die niet bestaat.

Carine: Ja want dit gaat ook volledig uit van gemiddeldes maar ik weet ook dat je niet kan zeggen 'alle kinderen willen alleen maar met stiften werken'. Want dat is gewoon niet zo. Maar het is misschien wel het grootste gedeelte. Wat vaak terugkomt, wat opvalt. Dat is meer de benadering.

Madelon: Nou het is vaak heel rommelig ook. Hier een poppetje, daar iets, daar iets, zo er om heen, hup, klaar. Het is gewoon overal. Ze beginnen vaak wel beneden en dan er om heen. Even denken of ik nog iets bedenken. Nou ik merk dat ik eigenlijk weinig teken, omdat ze dat zo moeilijk vinden.

Carine: Oké. Wat vinden ze dan makkelijker?

Madelon: Ze willen veel vaker iets knutselen. Iets in elkaar zetten. En dat is natuurlijk met beeldend zijn er zoveel mogelijkheden. Als je gaat emailleren ja, het resultaat tussen emailleren of een koppoter, dat is toch wel een heel groot verschil. Of timmeren of zagen, of kleien, dat sensopathische. En pastel zie ik ze dan nog wel doen. Kleuren mengen ofzo, maar dat moet je dan laten zien. Ze zijn wel heel gevoelig voor, zeker als ze ouder worden, dat het ergens op moet lijken. Anders hebben ze, voelen ze zich niet echt blij met hetgeen ze hebben gemaakt. En vaak is het stimuleren van zelfvertrouwen en het zicht krijgen op emoties of het

reguleren van frustratie een doel van de therapie. Dus dan ga je moeilijk werk, zoals tekenen, of uit je vrije fantasie tekenen, daar zal ik dan niet zo gauw mee beginnen.

Carine: En later in de behandeling? Hoe lang zijn de kinderen hier eigenlijk?

Madelon: Gemiddeld een jaar.

Carine: Oké. Dus dan leer je ze ook wel goed kennen?

Madelon: Ja. Slijm maken is heel populair tegenwoordig.

Carine: Oh ja, kindertrend. En ook weer dat sensopathische.

Madelon: Ja. Dus ik denk dat als je het moet aanpassen, dan is iets met meer pastel of zo, of dat je dat kunt voelen. Ligt ook een beetje aan hoe oud ze zijn, als ze pubers zijn kun je dat ook weer een beetje inkleden.

Carine: Deze test is wel gemaakt met softpastel inderdaad. Alles is voorgeschreven, zelfs het gewicht van het papier en het merk van de krijtjes.

Madelon: Ja. Fascinerend vind ik dat.

Carine: Maar als het onbekend is dan is het ook weer eng.

Madelon: Ja gewicht van 't papier valt wel mee denk ik. Maar de pastelkrijtjes zullen ze niet kennen maar ik weet niet of dat uitmaakt. Want het maakt nogal uit of je het materiaal een beetje beheerst of niet. Hoe je dat op papier gebruikt. En als je dat dan gaat bekijken naar vlak gebruik of naar kleurgebruik dan denk ik, ja, als je als normaalbegaafde nooit met pastel hebt gewerkt moet je het ook even ontdekken maar dat gaat wel een stuk rapper dan als je LVB hebt. Dat lijkt me nogal een klus om je methode voor LVB beschikbaar te maken.

Carine: En de eerste indruk, van als ze wel een tekening maken? Als therapeut? Je zei net al rommelig.

Madelon: Ja of dat ze hele stukken vergeten of dat ze het niet vragen, überhaupt, als ze vastlopen. Want dat moet je natuurlijk ook leren. Leren hulp vragen. Je moet beseffen dat je niet verder komt, je moet bedenken oh ik heb een probleem, je moet er woorden voor hebben, die moet je dan weer durven zeggen, dan moet je nog duidelijk overkomen. Dat zijn allemaal stapjes die voor ons heel normaal zijn maar voor een LVB-er die vastgelopen is, anders komt ie hier niet, is het vaak een hele klus. En dan, ja ik zorg ervoor dat het werk zo is dat ze daar een beetje tevreden over kunnen zijn.

Carine: Om ook dat zelfvertrouwen op te bouwen?

Madelon: Ja. Om te kijken van, dat wil je graag, dat ze je vertrouwen dat ze voelen van hé iemand die helpt mij, iemand die steunt mij, en vanuit daar kun je moeilijker werk gaan creëren waarbij ze eerder tegen hun grens aanlopen, of tegen weerstand of probleemoplossingen leren bedenken. Hulpvragen of zorgen dat ze een alternatief kunnen bedenken maar dat is al best moeilijk. Maar goed, sommigen verbazen je ook, dat je denkt wow, dat heb je goed bedacht. En vaak zijn ze heel plat. Ook in het maken, dat je verschillende kanten hebt, dat moet je ook laten zien. Want wij beginnen hier altijd met een doos, daarom staan hier ook zoveel dozen. Onze eerste, doet mijn collega ook vaak, onze eerste kennismakingsopdracht is je eigen doos versieren. Zodat daarin je mapje ligt van

ideeën en doelen en dingen die goed zijn te onthouden. Die kun je erin schrijven. Kleine werkstukjes kunnen er ook in. En de één die beplakt het liever en de ander die tekent er liever wat op. Of schilderen, dat kunnen ze ook kiezen. En dan kun je ook direct een beetje kijken: wat zijn de vaardigheden, hoe gaat het kind ermee om, is ze heel erg met hun eigen ding bezig of word je uitgenodigd om ook eens mee te helpen. Alles observeren en bekijken hoe zo'n kind nou is. Plus je hebt ook een structuur waar je aan kan werken. Je hebt een doos, vierkant en een deksel, dus dat geeft steun. Als je een leeg vel hebt met niets erop, dat is niet zo steunend.

Carine: En dan denken ze er ook aan om alle kanten, alle onderdelen te schilderen of te beplakken?

Madelon: Sommigen wel. En andere moet je zeggen: 'nou, we hebben nog één, twee drie kanten! En een bovenkant!'. Dus dat verschilt heel erg. Ja ze mogen ook uit tijdschriften knippen en plakken, dus dan kom je niet aan tekenen toe. Kijkend naar de dozen in de therapieruimte: Kijk deze is niet beperkt, deze is met allemaal steentjes beplakt. Deze ken ik niet, die is van mijn collega.

Carine: Wel leuke eerste opdracht.

Madelon: Ja. En die is handig want het is ook functioneel. Je moet tenslotte een doos hebben om spullen in te bewaren en die moet ook herkenbaar zijn voor het kind en voor jou. Want dat is privé.

Carine: En gelijk ook het besef van, ik ben hier langer want deze doos gaat gevuld worden.

Madelon: Ja. En hij is van jou dus als je weggaat, neem je 'm mee. Of dan mag je 'm meenemen. En er wordt hier aardig wat kopieerpapier gebruikt dus dozen hebben we altijd. En het geeft structuur dat is zo, dat is gewoon helpend. Er is altijd wel iets wat hun aanspreekt, tekenen, schilderen of plakken. En we hebben ook sjabloontjes, daar doen we ook wel iets mee. Dat ze steun hebben. En als ze uit het hoofd tekenen dan hebben ze het vaak al honderdduizend keer getekend. Dus dan is het een poppetje of iets wat ze al kennen.

Carine: Is dat over het algemeen ook zo, met tekeningen?

Madelon: Nou, de kinderen die voor tekenen kiezen, voor zo'n doos, dat zijn er niet zoveel, die vinden tekenen leuk. Die tekenen dan iets wat ze vaker hebben getekend. Die tekenen een poppetje heel vaak en dan tekenen ze dat. Maar heel veel gaat men voor het schilderen of het plakken. Je mag ook gekleurd papier gebruiken. Dat is dan wat overzichtelijker. Dat is natuurlijk bij deze methode is het alleen maar tekenen, met krijt. En platte vlak.

Carine: Is dat ook minder populair bij deze kinderen?

Madelon: Ja tekenen is weinig populair. Schilderen is wel oké. Maar dat ligt er ook aan of je productgericht werkt of ook ervaringsgericht. En in scheerschuur kun je ook tekenen, dat is ook leuk. Ja en de kinderen kiezen in het begin vaak een materiaal wat ze al kennen en ook een beetje kunnen.

Carine: Als ze hier net nieuw zijn?

Madelon: Ja. Ik heb ook een jongen, die motorisch en het vasthouden van aandacht zo zwak is. Want als het kind het ene doet is hij al snel afgeleid en met het andere bezig. Als hij tekent dan krijg je echt een soort kopters-achtige figuren. Eenvoudige poppetjes met weinig detail.

Carine: Ook snel getekend?

Madelon: Ja. Ja.

Carine: Met deze test is het ook, het zijn drie tekeningen en per tekening krijgen ze een kwartier de tijd. Zouden ze die tijd vol kunnen maken?

Madelon: Nou als je een LVB-er hebt die graag tekent wel. Maar als je een LVB-er hebt die tekenen niet zijn ding is, dan krijg je dat niet vol. Dan is ie na drie minuten klaar denk ik. Vijf minuten. Maar het zou anders zijn als je hier alleen maar kunt tekenen en schilderen, want dan is het niet anders. Maar we hebben hier zo'n keuze. En dan willen ze toch graag liever iets bouwen met wasknijpers of iets zagen. Of iets kleien, wat ook wel tot de verbeelding spreekt. Of iets versieren. Een vorm en dan kun je dat versieren. Zoals gips, of gipsmaskers. Met zo'n plastic vorm en dat je daar verband omheen legt.

Carine: Dat ze het materiaal wel kunnen kiezen maar het onderwerp, wat ze maken, dus een masker, dat staat eigenlijk al vast?

Madelon: Ze mogen materiaal kiezen en het onderwerp bepaal je samen, tenzij het niet passend is binnen je gestelde doelen. Ja. Maar dat verven is al heel moeilijk want dan gaat het bij het schilderen van de ogen mis en is het leren accepteren van teleurstellingen en leren oplossingen bedenken de volgende stap. Daarin moet je helpen, zodat het de volgende keer wel slaagt. En dat wil je wel. Dus structureer je het voor: weet je welke kleur je wilt gebruiken, weet je waar je mee wilt beginnen? Kan ik je ergens mee helpen en dan ga je pas beginnen. Zodat je het helpt zodat het lukt, het werk. Niet dat je zegt van nou hier heb je een masker en verf, ga je gang. Negen van de tien keer zal dat niet goed gaan. Omdat ze, als ze wat ouder zijn en realistisch werk wordt belangrijk dan weten ze hoe een gezicht eruit ziet en dan dit lijkt het nergens naar.

Carine: Ik zit naar die lijst te kijken maar eigenlijk is alles wel aan bod gekomen. Ik heb een vraag over progressie maar dat is echt gericht hierop. Over als je alle drie de tekeningen naast elkaar legt, scoren ze dan ongeveer hetzelfde of is het hele grote verschillen wat je ziet. En wat ik van anderen hoor is dat je vaak, de boomtekening, is heel gestructureerd, dat die dan veel minder scores hebben omdat die bekend is. Meer daar over. Ik denk niet dat daar zonder die test echt iets over te vertellen is.

Madelon: Nee. Ik heb er ook geen ervaring mee, ook niet met normaal begaafde kinderen dus daar kan ik weinig over zeggen.

Carine: Dat is echt het enige, verder is het meeste wel aan bod gekomen.

Madelon: Ja. Want wat kun je dan precies eigenlijk diagnostisch vaststellen, naar aanleiding van deze test?

Carine: Het zijn deze, mijn opdrachtgever heeft er strepen doorgezet, maar eigenlijk deze pathologie vanuit de, het is in de jaren '80 volgens mij ontwikkeld, dus vanuit de DSM-IV, toen zijn die vastgesteld. En als er nou op deze scores bijvoorbeeld heel hoog wordt

gescoord dan kan het zijn dat iemand op manie scoort. Dus dan is de kans groot dat er in dat gebied een probleem zit. Het wil niet zeggen dat diegene per se één van die stoornissen heeft, maar er wordt gewoon hoog op gescoord en dat is al opvallend.

Madelon: Dus eigenlijk zou je een nieuwe scorelijst moeten ontwikkelen, passend bij een LVB ontwikkeling. Maar welke LVB ontwikkeling moet je dan nemen als standaard. Dat is de vraag.

Carine: Ja. En dit zijn ook allemaal wel volwassen dingen eigenlijk. Want de DDS, er is een speciale kinder DDS, die is aangepast maar de enige aanpassingen zijn dat je meer uitleg mag geven, meer structuur mag bieden. Maar deze zijn hetzelfde. Terwijl schizofrenie, bij een kind van zes.

Madelon: Ja dat slaat nergens op. En heb je zelf al enig idee of dit systeem geschikt gemaakt zou kunnen worden voor LVB?

Carine: Toen ik begon met dit onderzoek dacht ik van wel maar nu ik zoveel mensen heb gesproken zeggen die allemaal van ja, het is eigenlijk te lastig. Of het is niet geschikt of het levert niks op. Het is wel leuk voor ze om een tekening te maken van een boom maar dan vul je al deze lijsten in en dan komt er bijvoorbeeld borderline uit, en dan denk je ja daar heb je niks aan want dat kunnen ze niet hebben want het is een LVB kind.

Madelon: Want wat vaak bij LVB, wat wij ook binnenkrijgen, is dat ze vaak ADHD hebben of lijken te hebben maar dat hebben ze niet. Ze kunnen gewoon zich niet focussen en concentreren en als ze iets doen dan kijken ze naar het plafond. Dat heeft niets te maken met ADHD. Verminderde vaardigheden. Dus dat is natuurlijk wel een risico. En ik vind dit nogal ziekelijk geformuleerd allemaal.

Carine: Dit is ook weer de oude, inmiddels is er een nieuwe versie van de scorelijst. Ik heb 'm vorig jaar in mijn stage gebruikt. Met mijn stagebegeleider, je moet er een training voor volgen ook, dus met haar heb ik dit toen ingevuld. En ik mocht het toen niet aan ouders laten zien want ik had dan een meisje in therapie, het was op een basisschool, en die scoorde best wel hoog op schizofrenie, en dat heeft ze dan niet maar dat is gewoon opvallend dus dan kun je daar wel wat mee. Maar ik kon dat echt niet laten zien want dan zouden mensen, of leraren die gewoon niet zo in die therapie-wereld zitten, dan echt denken dat er iets gek aan de hand is terwijl dat niet zo is.

Madelon: Ouders wisten ook niet van de uitslag?

Carine: Nee. Maar ik heb het ook samen met mijn begeleider als test ook uitgevoerd en dat kind heeft gewoon een paar tekeningen gemaakt en toen hebben we deze lijsten ingevuld.

Madelon: Dat mag je dat niet doen. Zonder toestemming van ouders.

Carine: Ja het is natuurlijk geen echte test.

Madelon: Maakt niet uit. Ik denk even vanuit ouderrol hè. Stel dat jouw kind als experiment wordt gebruikt waar je niets van weet, dus dat zou raar zijn toch.

Carine: Klopt.

Madelon: Als overweging. Ik snap het wel.

Carine: Ja ik kan en mag dit ook helemaal niet toepassen, het was met mijn stagebegeleider die wel die training had gevolgd want dat moet echt. Je kan niet zomaar zeggen ik ga dit even gebruiken.

Madelon: Ja het is een beetje ouderwets. Ik zou liever hebben, dit is zo negatief geformuleerd. Depressie, manie. Je kan ook zeggen van welke krachten komen eruit, welke vaardigheden komen eruit, of welke steunende factoren of beschermende factoren komen eruit. Of iemand veel fantasie heeft of iemand werkelijkheid en realiteit kan onderscheiden of dat iemand heel snel een aanpassing kan bedenken. Zoiets. Ik zou eerder iets met de tekenbewegingsmethode, ken je die? Dat is iets wat heel mooi aansluit bij onze doelgroep.

Carine: Er zijn ook wel tekentesten die echt met die steunende factoren aan de gang gaan, het zijn er volgens mij een stuk of drie of vier die op de diagnostiek zitten, waaronder deze. En dit is dan ook weer de bekendste.

Madelon: Dan ben je veel met, tenminste, die doe ik dan wel, als je denkt van goh maar het kind zit zo in de productie en het lukt niet of in het hoofd of dat ik gewoon de tekenbewegingsmethode gebruik. Of ik smeer het in met scheerschuim, dan kun je ook al bewegingen maken. Leren spiegelen, afstemmen op elkaar, spelenderwijs, allemaal emoties. Dat vind ik veel meer aansluiten dan een tekening die eigenlijk heel veel vaardigheden vraagt die ze niet hebben en vervolgens krijg je een uitslag waar je ook denkt van nou, mogelijk, ja ik heb mogelijk ook kans op van alles en nog wat. Wat zegt dat. En wat zegt dat als je hoog scoort op iets en je hebt dit gedaan en je moet ouders daarvan op de hoogte brengen en je zegt 'ja jouw kind heeft mogelijk kans op depressie'. Nou, en dan. En dan, zeg ik dan. Stel dat je dat hoort, als ouder zijnde, of als kind.

Carine: Ik weet niet of het zo

Madelon: Nee maar je hebt hier wel op gescoord. Dus het zou dan heel transparant zijn als je zegt van ja, uw kind scoort hoog op dissociatie. En dat betekent dit en dit. Mogelijk zus en zo.

Carine: Maar dan moet wel duidelijk gemaakt worden dat het gaat om deze drie tekeningen.

Madelon: Nee dat snap ik. Maar je zegt het wel. Aan de hand van drie tekeningen. Dat is hetzelfde als ik dan zeg van ja, jouw kind heeft aanleg voor depressie maar het was maar uit drie tekeningen. Maar het blijft wel hangen. Ja. Ik werk natuurlijk veel met gezinnen en ik werk veel met ouders en ja, je kunt het ook op een andere manier. Informatie krijgen of kijken hoe je kunt aansluiten. Ten positieve veranderen. En ik vind het beeldende aspect voor LVB-ers vind ik juist zo fijn omdat het tastbaar is. Omdat je het kunt zien. Je ziet wat je doet. Heel veel jongeren hebben moeite met oorzaak en gevolg, nou als je dan dit doet dan maak je lawaai en als je zo doet krijg je een streep. Dus je ziet wat je doet. Je kunt het ergens over hebben omdat je het ziet. Je kunt het voelen omdat je het letterlijk voelt. Dat is zoveel meer dan alleen 3 tekeningen met pastel of krijtjes of stift. Nou, een klus hoor.

Carine: Maar één van de, mijn onderzoek gaat er niet over, maar mijn onderzoek gaat vanuit de DDS werkgroep en hij heeft ook deze vraag eronder gezet: is de DDS wel geschikt? En ik merk dus nu een duidelijke nee, eigenlijk.

Madelon: Ja, ik vind het niet geschikt.

Carine: Van anderen ook, vooral ook omdat LVB ook een ander soort beperking is dan wat hier tussen staat.

Madelon: Nou zij gaan uit van gemiddelde vaardigheden natuurlijk, zeker als je volwassen bent is het helemaal anders. Maar het heeft zo'n andere uitingsvorm en manier van werken. Dan zou je een hele eigen scorelijst moeten ontwikkelen. Dat is dan een vereiste. Maar dan vraag ik me af, wil je dit scoren? Wil je hier iets mee? Je kan beter scoren op wat men kan. Waar liggen de krachten, wat zijn de vaardigheden. Als ik een poppetje teken, kan jij dan bedenken dat als het regent dat er een paraplu bij moet of niet. Dat soort dingen. Is iemand in staat om oplossingen te bedenken of beurtwisseling of te spiegelen of, ja. Dat. Maar goed, ik ben meer van de positieve insteek.

Carine: Ja dit is ook echt ontwikkeld voor de psychiatrie. Zodat verzekeraars weten wat beeldend therapeuten doen. Daarom die termen ook.

Madelon: Ja het moet allemaal evidence based zijn hè.

Carine: Dus ja. Maar ik denk dat ik wel al met al genoeg heb aan informatie.

Madelon: Oké. Goed.

Carine: Ja. Zet ik deze weer uit.

Madelon: Nou, zet 'm op.

Carine: Bedankt.

Bijlage 7: Transcriptie interview Marlon Gering

vrijdag 21 december 2018

Amersfoort

Carine: Ja.

Marlon: Alleen de keren dat ik de DDS heb afgenomen merk ik dat het bij de kinderen waarmee ik werk eerder iets stagneert dan dat er iets ontstaat en dan kan ik ook op andere manieren, niet diagnosticeren maar wel op die manier observeren.

Carine: Ja, signalen ontdekken.

Marlon: Signalen ontdekken. En dan doet de DDS een beetje af aan de opbouw van het contact zou ik maar zeggen. Dus daarom ben ik er elke keer nog over aan het twijfelen.

Carine: Ja en dan kost zo'n training natuurlijk wel veel geld en tijd als je niet zeker weet of je het gaat gebruiken.

Marlon: Ja dat ook. En ook als zelfstandige dan moet je het natuurlijk zelf bekostigen. Dus is dat het dan, ik ben nu eerst voor het supervisietraject gegaan. En ik wil ook eigenlijk wat meer verdieping in de EBL dus dat lijkt me ook heel interessant. En die methode die ondervangt voor mij nog meer dan de DDS. Dus vandaar dat ik eerst nog meer neig die kant op.

Carine: Maar je hebt de DDS wel afgenomen nog?

Marlon: Ja.

Carine: Bij meerdere kinderen?

Marlon: Ja. Ik heb in het stagejaar veel samen met Marcella gedaan. En toen in dat werkervaringsjaar ook nog veel samen met Marcella. En dan in de afgelopen jaren af en toe als ik dacht 'hm', weet je als je zo'n gevoel hebt van 'hm', dat heb ik in het begin heel snel van het contact als ik denk ik wil net even wat meer weten, dan neem ik de DDS af. Ik heb nog steeds intervisie met Marcella dus als ik erover twijfel dus dan kan ik 'm ook met haar bespreken. Maar het principe is natuurlijk als je heel nauw het boek volgt, zou ik maar zeggen, is het niet heel, mag niet officieel, maar is het niet lastig.

Carine: En als je 'm inderdaad met iemand anders hebt afgenomen en weet hoe het moet.

Marlon: Ja.

Carine: En wat is dan, als je een DDS hebt afgenomen en je ziet die tekeningen, wat is dan je eerste indruk?

Marlon: Heel wisselend. Bij mij zijn de kinderen altijd heel snel klaar. Dus ik zie vaak, dat is trouwens wel iets wat vaak overeen komt. Vooral binnen deze school bij de kinderen waar ik 'm heb afgenomen zijn de kinderen snel klaar met de DDS.

Carine: Ze krijgen vijftien minuten per tekening maar die maken ze niet vol?

Marlon: Nee. Twee minuten, vijf, max. Echt. Dus er zit een bepaalde spanning. Dat is in ieder geval wat ik vaak ook voel en zie. En als ik dan dus de tekeningen bekijk zijn het vaak,

zie je snelle vormen. Soms heel groot gebruik van oppervlakte maar dan alleen maar met lijnen of omtrekken. Dus niet dat het ingekleurd wordt. Of soms dus heel minimalistisch en klein. Maar allemaal snel. Kort.

Carine: En het ruimtegebruik is dan ook heel wisselend?

Marlon: Ja. Ik dacht bijvoorbeeld, kijk dit is er eentje. Die korte lijnen, dus snel dingen neerzetten. Maar dit is bijvoorbeeld de andere. Dat is dus heel klein neergezet. Ik heb ze trouwens niet goed omgedraaid zie ik nu.

Carine: En dit is allemaal van dezelfde serie?

Marlon: Nee. Twee verschillende kinderen.

Carine: Wat zou bij kinderen met LVB vaker voorkomen?

Marlon: Nou ja wat ik met LVB, vind ik deze, want deze kinderen zijn zwakzinnig begaafd, nog niet meteen LVB. Wat ik bij de kids met LVB zie is dat ze hier, die vormgeving, nog helemaal niet aan toe komen. Nog. Dus waar je hier wel duidelijk vormen ziet. En ook wel gebruik van, dat je weet, dat je een mensje kan tekenen en dat ie staat, dat zie je bij kinderen met LVB problematiek vaal helemaal niet. Even kijken of ik hier toevallig... even hier kijken voor je.

Carine: Is dat dan ook zo bij de boomtekening eigenlijk?

Marlon: Ja.

Carine: Daar kun je niet uithalen van nou, dit is echt een boom?

Marlon: Nou, ik dacht ik ga even een afbeelding erbij pakken om te laten zien wat niveau van tekenen van één van mijn LVB cliënten is. Deze in elk geval. En dat is veel meer, als je, heb je het ETC model bestudeerd?

Carine: Ja.

Marlon: Dan zit dit nog veel meer in die onderste laag, waar de DDS al veel meer vraagt dat jij in ieder geval die perceptie kan. En wat ik veelal zie met kinderen met een LVB stempel, dat ze nog veel meer in de beweging zitten. En dan mogelijk in het materiaal van hoe voelt het hoe ruikt het hoe proeft het, wat hoor ik als ik het maak. Dat heeft natuurlijk op het moment dat je een DDS maakt, is helemaal niet op elkaar afgestemd. Dus zo zie ik het vaak.

Carine: Dus eigenlijk is het niveau dan te hoog.

Marlon: Ja. Het niveau is, wat eigenlijk, zo schaal ik 'm in. Ik pak de DDS erbij als ik denk dat het kind binnen de perceptie affectie niveau van het ETC kan handelen en reageren. Want dan kan je pas, ja, daarvoor, als ie in het stadium daarvoor zit kan ie eigenlijk nog helemaal niet vormgeven.

Carine: Dan vraag je eigenlijk teveel.

Marlon: Ja. De opdracht is te vast. En als deze jongen bijvoorbeeld, even zien wat de eerste opdracht is, maak een tekening met deze materialen. Dat zou an sich nog kunnen. Maar simpelweg dat ik vraag 'maak een tekening', dat is al druk verhogend. En de volgende is dan dus teken een boom. En een boom tekening is helemaal nog niet iets wat ie kan. Hij zit in z'n

motoriek, hij is nu zo dat hij geïnteresseerd is in tekens. Dus hij zit nu in vraagtekens, dat lukt ‘m. Maar anders is het eigenlijk dit. Dus dan zit je nog veel jonger. En daarna is het teken hoe je je voelt. Nou hoe je je voelt is natuurlijk lastig.

Carine: Ja zeker. Want hoe oud zijn de kinderen ongeveer?

Marlon: Deze jongen is tien. Even nadenken. Toen was hij denk ik zeven en die ander was acht. Nog even zoeken. Nou ja volgens mij is het wel duidelijk, dat het vooral in de beweging zit.

Carine: Ja. En vegen ze dan ook met het krijt en dat ze de platte kant gebruiken?

Marlon: Nee. Dat is sowieso wat ik zie bij LVB kinderen dat op die manier weinig, de DDS vraagt tot experiment van ‘hé wat kan ik allemaal met dit krijt doen’. En verder, weet ik niet, kan misschien ook een deel bij mij liggen. Denk het niet. Maar op het moment dat je natuurlijk, de DDS neem je eigenlijk in de eerste keer dat je elkaar ziet wil je de DDS afnemen. Dus dat wil je dan eigenlijk ook wel op die manier doen. Maar dan is het kind nog helemaal de ruimte in zich op aan het nemen, dat ie voor het eerst hier komt vanuit de klas, dat ie voor het eerst van ‘nou wie ben jij dan, ik heb je weleens gezien maar wat doe je eigenlijk’ en ik zie eigenlijk pas als de observatiesessies pas voorbij zijn dat het kind pas durft toe te laten om met dat materiaal te gaan experimenteren en wat ie er allemaal mee kan. En dat is vaak in zo’n eerste moment afname zie ik vrij weinig kinderen die op die manier de DDS zo inzetten. En wat me dus ook nog bijstond van toen op de Hoeveschool, de jongen waarvan ik zei dat ik me niet meer goed het beeldmateriaal voor de geest kon halen maar wel het moment, die had LVB problematiek en een gegeneraliseerde angststoornis en was hoogsensitief. Dus überhaupt dat ie bij mij was, was al, dat dat al ging, was al een mijlpunt. Dat hij dat zo durfde. Dus daar heb ik ook de eerste sessie geen DDS mee afgenomen omdat ik dacht dan ben ik ‘m kwijt. Dus de eerste sessie heb ik heel voorzichtig heb ik hem gevolgd en gespiegeld en alleen maar kijken of er in het contact los van elkaar kan zijn. En dat het oké is, gewoon dat het oké is. En toen de tweede keer heb ik wel de DDS afgenomen. En dat was voor het eerst was het blad gewoon leeg. Dat was echt heel, dat weet ik nog goed, dat het gewoon leeg was. En toen hebben we gewoon een kwartier zo samen gezeten, omdat je ook niet mag praten. Dat bleef gewoon, hij kwam niet tot vormgeving.

Carine: Maar wel met de krijtjes en het papier en alles lag klaar en de opdracht was helder maar er kwam niks uit?

Marlon: Er kwam niks. Het was gewoon te beangstigend. Het vel was te groot en te wit. En toen de tweede tekening, teken een boom, heeft ie wel opgepakt. Maar toen inderdaad met hele korte, fijne, kleine schetslijntjes. En de derde tekening was ook weer leeg.

Carine: Ook te beangstigend?

Marlon: Ja. Dat is in ieder geval wat ik in zijn gezicht toen zag.

Carine: Ja want heeft ie het daar nog over gepraat verder? Is er een nabespreking?

Marlon: Wat ik na afnamen van de DDS altijd vraag is ‘wil je er wat voor vertellen, wil je delen wat er, wil je nog iets kwijt’, en toen zei, kan ik me nog heugen dat ie heeft benoemd dat ie het lastig vond. Even terugzoeken hoor. Maar ook vooral dat we, ja, het al teveel tijd was. Er was al teveel tijd aan besteed, de spanning was al zover opgelopen dat ik volgens mij

toen ervoor heb gezorgd dat ik dacht, nu met die nabespreking moet ik gewoon voelen wat hij kwijt wil en dan moeten we ook echt weer terug naar veiligheid want de spanning is nu gewoon te groot. Maar dat is wel vaak wat ik vraag. Dan leg ik de tekeningen zo, weet je, dat ik de drie zo naast elkaar. En dan loop ik er in eerste instantie een keertje voorbij, om ook de aandacht te trekken naar de tekeningen. En dan ook 'goh, wil je er nog wat over vertellen, wat heb je gemaakt.' Hier, zonder de LVB problematiek kan ik dat vragen. Maar met LVB problematiek is het maar net hoe die spanning er is en nou dit jongetje was natuurlijk ook weer met een extra, hij had nog meer naast z'n LVB.

Carine: Dus eigenlijk is het dan, het ligt eraan hoe de DDS zelf is verlopen, wat er nog besproken moet worden.

Marlon: Ja, dat denk ik wel. Ja ik weet niet hoe jij dat hebt ervaren met nabesprekingen met kinderen.

Carine: Nou dat is eigenlijk, wel ondertussen. Dan is er wel ruimte voor vragen en dan vertellen ze ook wel eens wat ze maken.

Marlon: Maar niet naderhand. Dat merkte ik met de DDS dus ook, omdat je ondertussen niet mag praten.

Carine: Dat deden ze ook niet, de kinderen?

Marlon: Jawel. Sommigen wel, sommigen niet.

Carine: En vertellen ze dan over de tekeningen?

Marlon: Sommigen ook. Anderen waren gewoon aan het uitproberen of ze contact konden krijgen.

Carine: Oh ja. Want zeg je er dan bij dat ze niet mogen praten ondertussen?

Marlon: Nee ik zeg dat ik niet praat. Omdat ik ook juist vaak ook zie dat die nabespreking zo lastig is, vind ik het interessant om te horen wat ze vertellen dus ik zeg altijd heel duidelijk dat ik niet praat, dat ik stil ben.

Carine: Oké. Dus als ze echt heel graag iets willen vertellen dan kan dat gewoon.

Marlon: Ja.

Carine: En zo'n jongen, die dan 15 minuten de tijd krijgt voor een eerste tekening en het vel blijft leeg, vertelt hij dan ondertussen iets? Of is het echt die spanning die hoger hoger wordt?

Marlon: Nou ja ik ben ook aan het twijfelen of ik hem toen ook vijftien minuten rond heb gemaakt hoor. Of dat ik met tien minuten. Ik kan me bedenken dat vijftien minuten dan wel lang is. En dat staat me even niet meer zo goed bij en ik weet wel dat ik bij hem vooral aan het begin contact heb ik echt wel dingen geprobeerd maar later dat ik ook dacht dit is zo spanningsverhogend, daar moeten we helemaal niet, dat moeten we niet willen zal ik maar zeggen. Is wel interessant dus dat hele stuk vanuit de stage, het was één van de laatste cliënten die ik toen nog kreeg, maar vanuit de stage ervaring was het toen wel mooi om te zien dat toen ik wat meer los liet en wat meer achteruit ging zitten, kon hij ook, begon, ik weet nog dat

we begonnen waren dat we aan de achterkant van schilderijtjes werkten, dus had ie ook nog die omlijsting.

Carine: Oh van die canvasdoekjes?

Marlon: Ja. En we hebben heel veel in bakken gewerkt, dus had ie ook een veilige omlijsting. En dat we dat op een gegeven moment om wisten te draaien dat hij zonder die omlijsting bezig kon zijn. Dat was eigenlijk de doorbraak in therapie. En dan is eigenlijk zo'n DDS dus veel te vroeg. En ook dan is het wat te hoog gegrepen voor de veiligheid die hij nog nodig had.

Carine: Ja. Want de rand van het papier was eigenlijk geen omlijsting genoeg?

Marlon: Voor hem in ieder geval niet. Heb ik bij andere cliënten niet zo gezien maar bij hem zag ik dat wel heel duidelijk.

Carine: Was hij ook met die angststoornis?

Marlon: Ja, angst. Dus dat zal ook zeker wel in de combi met de angst zitten.

Carine: En als kinderen wel tekenen, wat tekenen ze dan?

Marlon: Vaak met emotietekeningen zie ik vaak een gezicht. Dan wordt er wel vaak een gezicht getekend die een bepaalde emotie weerspiegeld. Vaak maken ze dat gezicht blij. En de eerste tekening is wel heel wisselend. Ik heb er hier bijvoorbeeld eentje da's meer een omgeving met dieren. Het andere was een joker, er zijn ook wel eens dieren getekend, een andere was een ervaring, dat kleine tekeningetje. Dat weekend had hij gevist met zijn vader dus dat had ie getekend. Even nadenken hoor, wat heb ik nog meer gezien. Ja dat is zo het eerste wat ik me kan herinneren.

Carine: Ja. Maar wel heel wisselend.

Marlon: Ja, zeker.

Carine: Maar ook dingen die ze kennen? Zoals dat weekend vissen?

Marlon: Ja ik denk wel dat ze op die manier hun eigen houvast kunnen zoeken. En wat ik dus zei, ik zie de eerste tekening niet meteen dat ze dan gaan experimenteren ofzo. Dan is het vaak wel een vaste tekening die ze dan, dat heb ik bij de laatste tekening ook wel eens gezien, dat ze dan meer rechte lijnen of vormen in plaats van een gezicht. Als ze iets meer veiligheid hebben al.

Carine: Heb je eigenlijk de tekeningen gescoord met de lijstjes waar de pathologie uitkomt?

Marlon: Ja, die bedoel je?

Carine: Ja. Wat komt er eigenlijk het meeste uit?

Marlon: Goeie vraag. Nee, daar heb ik eigenlijk nog nooit zo naar gekeken, of er een gemiddelde zou zijn. Even kijken hoor. Ik weet wel dat vaak stemming, dat viel vaak wel op. En identiteit, vragen over wie ben ik, waar sta ik. Dat zijn wel de twee die zo naar boven komen dat ik die veel zie. Maar ik heb ze eigenlijk nooit zo naast elkaar gelegd dat ik zie wat

het gemiddelde is. Als je dat zou willen weten zou ik dat kunnen doen maar daar heb ik nu niet zo een antwoord op.

Carine: Ja nou ik heb een vraag over de progressie, over dat lijntje met die drie tekeningen.

Marlon: Ja maar ook dat is bij ieder kind toch wel. Deze bedoel je. Dat is toch ook wel bij ieder kind, even nadenken hoor. Van die jongen was het natuurlijk zo. Die heb ik niet afgenomen. Van die twee was het, nee wisselend. Er is niet een vaststaand, ik zie, ik heb daar geen vaststaand iets in gezien. Want, zou dat uit de literatuur wel kunnen?

Carine: Dat denk ik niet, er is weinig literatuur over de DDS überhaupt, alleen van de ontwikkelaars die het geschreven hebben, dat is het enige. En ik doe mijn onderzoek ook op deze vragen, de indruk, de pathologie, de nabespreking, de inhoud zeg maar. Dus ook over progressie. Maar ik heb hiervoor vier anderen geïnterviewd en die zeggen ook allemaal andere dingen, wel vaak met aanpassing, dat lijstje, daar scoren ze vaak hoog op, op organiciteit, maar niet opvallend. Dat als een kind hoog op aanpassing scoort dat je kan zeggen van nou de kans is groot dat hij LVB heeft, dat is niet iets wat je kan omdraaien.

Marlon: Nee is ook niet iets, en dat is denk ik ook, LVB is zo'n grote overkoepeling waar nog weer zoveel andere dingen onder vallen en ik geloof wel dat de DDS veel meer dat meet dan het LVB-stuk. Denk ik. Wat ik terugzie. Ja.

Carine: Ja echt die psychiatrie.

Marlon: Ja en ook veel wat voel ik nou eigenlijk en mag ik hier zijn en wat is mijn eigen stukje bestaansrecht. Veel meer in die laag. Zo vertaal ik dan vaak de DDS voor kinderen want voor kinderen kun je niet met die psychiatrie spreken. Ja LVB is natuurlijk nog wel veel, is net weer anders.

Carine: Ja en wat me ook opvalt uit andere interviews en ook nu eigenlijk, de meeste kinderen met LVB die in therapie komen, hebben naast LVB nog weer andere dingen waar ze last van hebben dus misschien wordt dat wel gescoord op valt dat het meeste op op dat moment.

Marlon: Ja en wat ik ook echt wel denk als je LVB problematiek in dat ETC model plaatst en als je de DDS in het ETC model plaatst zijn dat voor mijn gevoel twee heel verschillende lagen die worden aangeraakt. En dat is ook wel, ik weet dat ik het toen, ik zit in de werkveldgroep passend onderwijs van de NVBT, en we waren aan het kijken of we een soort observatieproduct, zijn we mee bezig, of we dat kunnen maken voor vaktherapeuten in het onderwijs zodat je als een kind heel makkelijk in drie sessies zou kunnen screenen en daar ook tips en tricks voor docenten en ouders eventueel uit zou kunnen halen en voor behandel. Dus eigenlijk dat je een soort tussentraject wordt tussen hulpvraag school en het grote hulpverleners stuk, dus dat je daarin dat proces begeleidt. En toen hebben we het best wel uitvoerig over de DDS gehad maar we hebben verschillende vaktherapeuten en dat zei ik toen ook tegen je, we hebben iemand die werkt binnen Kentalis dus veel met kinderen met taalproblematiek en ook met verschillende mates van intelligentie. Dan hebben we iemand die echt op het speciaal onderwijs werkt, dus veel met LVB kinderen. We hebben iemand die net zoals ik heel veel verschillende kinderen ziet, verschillende stukken. En dan hebben we iemand die doet zowel LVB als speciaal onderwijs als ook wel regulier. En die eerste die

heeft heel duidelijk gezegd ik pas 'm niet toe. Dat is te lastig. Dus daarin overvraag ik m'n cliënten al. Dus dan ga ik andere dingen zoeken.

Carine: Ja. Terwijl voor kinderen met een normale intelligentie hoeft het niet te lastig te zijn?

Marlon: Hoeft niet. Is het soms ook wel.

Carine: Ja, ligt natuurlijk ook aan de leeftijd en verdere ontwikkeling.

Marlon: Ja. Maar je ziet er, tenminste, ik zie vaak bij kinderen met wie ik de DDS afneem, dat ze al in zoverre controle hebben over de motoriek dat ze bepaalde dingen tot stand kunnen brengen.

Carine: In die vormgeving?

Marlon: Ja. En dat is eigenlijk wel een beetje wat de DDS vraagt.

Carine: Ja want die lijst ook met, volgens mij heb ik een oude lijst maar dat weet ik niet zeker, daar staat ook op 'mensen, dieren, planten, voorwerpen', en als die vormgeving zo lastig is dan kun je dat eigenlijk niet eens in zien. En als ze er ook bijna niet over praten. Dan weet je het eigenlijk niet. En dan kan de rest wel, beweging, ruimte, grondlijn en zo.

Marlon: Nee. Even kijken of ik dan toch. Nou ja en vaak zie je als ik dan vergelijk, met LVB is er vaak nog geen sprake van een grondlijn. Want de grondlijn valt nog weer voor de ontwikkeling, is pas rond, emotioneel gezien rond het vierde levensjaar, dat stuk van LVB valt vaak nog daarvoor. Wat ik heb gezien. Weet niet of ik het zo kan generaliseren.

Carine: Ja andere mensen die ik heb gesproken zeiden wel ongeveer hetzelfde.

Marlon: Nou dan kan ik het wel zo zeggen, haha. Ik wil je eigenlijk even wat laten zien, dat is wel interessant. Wat andere foto's tussendoor.

Carine: Met scheerschuim?

Marlon: Ja. Hier zit je al veel meer in die sensorische laag. En dan zie je al in hoeverre hij er helemaal onder zit.

Carine: Ja want in scheerschuim kun je ook tekenen maar het zal hier vooral gaan om

Marlon: Voelen. Puur voelen. En misschien nog ruiken maar het is puur voelen. En daarmee dus ontspanning. Dat is dan het doel eigenlijk wat ik dan op dat moment met hem beoog. Volgens mij is dit, niet van hem maar.

Carine: Wel een interessante tekening.

Marlon: Ja dat dacht ik inderdaad. Kijk hier, dat is met een andere cliënt, die wel kon tekenen in scheerschuim. Of verven eigenlijk.

Carine: Dit is een DDS tekening?

Marlon: Nee een gewone tekening.

Carine: Wel een stuk ingekleurd.

Marlon: Dat heb ik gedaan. En ook dit omlijsten. En wel, dit heb ik ook getekend. We waren bezig met een waterzak en als het water loslaat dat je dan een regenboog kan zien. Maar ja, als je dus vraagt maak een, ja met hem 'maak een tekening', überhaupt dat ik zeg maak iets, is voor deze jongen al teveel gevraagd. Ik kan wel een blad neerleggen en ik zou daar misschien wel materiaal bij kunnen leggen en daar zou hij mogelijkterwijs wat mee kunnen gaan doen maar dan moet ik het in ieder geval niet zeggen.

Carine: Is dat dan omdat het moet of omdat er druk achter ligt of prestatie?

Marlon: Nee het is denk ik meer de, het handelsgericht opdrachten zo uitvoeren. Dat je van A naar B denkt terwijl hij nog veel meer in die beleving zit. Hij zou veel meer 'oh wacht ik zie hier dit, oh het kan open en dicht, oh het ruikt, oh dat doe je wel eens op je lippen, dat ga ik ook doen', weet je, zo. En dan ga je dus op die manier zie je een krijtje liggen dat je denkt 'oh wat kan ik daar mee doen'.

Carine: Ja, echt ontdekken.

Marlon: Ja.

Carine: Dit is ook echt als je de ontwikkeling van tekeningen van kinderen ziet, dan is dit echt op peuterleeftijd.

Marlon: Ja, klopt. Hij is wel interessant aan het groeien. Toen ik hem leerde kennen had hij echt nog veel meer rond twee, drie. En hij gaat nu van drie naar vier. En dat is wel een interessante ontwikkeling.

Carine: Is die sociaal-emotionele ontwikkeling eigenlijk ook zo in die tekeningen te zien?

Marlon: Ja. En daarom ook, dat scoort de DDS niet. De DDS is al een stuk hoger. Terwijl als je dan kijkt naar de EBL dan ga je dan dus wel veel meer in dat stuk zitten. En dat is misschien, weet je, officieel kun je de DDS ook niet voor kinderen scoren omdat het zo vanuit de psychiatrie is.

Carine: Ja er is wel een kinder-DDS.

Marlon: Ja die zijn ze nog steeds aan het ontwikkelen toch?

Carine: Ja tot nu toe, hij is hetzelfde alleen de uitleg, de krijtjes zijn iets anders en je mag vaker herhalen de uitleg, zodat er ook meer structuur is, maar dat is eigenlijk volgens mij, wat ik kon vinden, het enige verschil.

Marlon: Ja, maar dat is ook hoe ik 'm neerleg. Maar als je dan kijkt naar hoe ie wordt gescoord moet je ook daar een vertaling in maken. Want het is niet dat ik tegen ouders zeg op het moment dat depressiviteit hoog gescoord wordt van 'goh je kind is depressief'. Dat zou ik ook niet zo doen, maar heel gechargeerd gezegd. Dan zet ik in m'n observatieverslag: er zijn vragen over of het kind wel lekker in z'n vel zit. Omdat nooit die stempel er zo oplegt. Ik weet wel dat ik ook eens schizofrenie heel hoog scoorde, ja hoe ga je dat vertalen, da ga je de vertaling zoeken naar: het kind heeft vragen over waar ik ben en hoe ik, weet je, dat was dan vaak als ouders uit elkaar gingen in dit geval, dus daar was heel veel vragen over waar mag ik nog zijn, wie ben ik dan nu nog en hoe is het contact. Dus heel erg die loyaliteit. Dus je bent

‘m elke keer dan aan het vertalen, waardoor er, het is mijn vertaling, dus hoe betrouwbaar is dan nog het meetinstrument.

Carine: Ja dat is zo. Maar eigenlijk vertaal je dan de pathologie naar iets op het emotionele niveau.

Marlon: Een kind-kenmerkend onderdeel, ja. Vaak is de pathologie pas vanaf achttien jaar die je kan meten. En de kinderen die ik zie zijn tussen de zes en twaalf jaar.

Carine: Ja en daarnaast, als de uitkomst schizofrenie is inderdaad, dat wil niet zeggen dat, ook een volwassene, dat die schizofrenie heeft.

Marlon: Nee, zeker niet.

Carine: Wel handig, zo’n vertaling. Dat het voor iedereen ook begrijpelijker is.

Marlon: Ja Marcella maakte er ook altijd gebruik van, vond ik wel interessant.

Carine: Oké.

Marlon: Maar ja, het is wel weer mijn vertaling van de pathologie.

Carine: Nee, het is niet de officiële uitkomst van de test.

Marlon: Precies.

Carine: Ik denk, ik heb deze lijst met onderwerpen, maar daar hebben we het allemaal wel over gehad. De eerste indruk, de inhoud, de nabespreking. En deze lijst.

Marlon: Ja. Heb je er daar nog meer van nodig?

Carine: Nee want ik gebruik ‘m gewoon als voorbeeld en voor het onderzoek zelf, ja ik kan hem inscannen, maar ik ga ook niet dit allemaal omcirkelen en een gemiddelde nemen.

Marlon: Wel een lastig onderwerp heb je gekozen volgens mij. Om zo een rode lijn in te vinden.

Carine: Nou ik heb het zo geformuleerd dat het gaat om wat de therapeuten zien. Zoals grondlijn, is vaker genoemd, dat zet ik dan in m’n antwoord. En dan hoeft ik al die andere dingen, dat is blijkbaar minder belangrijk of minder tekenend, dat hoeft er niet in. Dus ik hoeft niet te zeggen: alle kinderen met LVB tekenen zo. Ik zeg: de therapeuten zien dit. Dus dat maakt het net wat minder moeilijk eigenlijk, anders wordt het ook een te groot onderzoek en dan kan het niet binnen vier maand. Dus alleen als jij denkt, ik heb nog iets interessants te vertellen.

Marlon: Nou ja, ik zit even te kijken naar deze lijst. Kleurmenging is wel een interessante om te noemen, dat zie ik nauwelijks.

Carine: Wat voor kleuren gebruiken ze dan?

Marlon: Op zich dat wel van alles, alleen gebruiken ze vaak de kleuren. En niet van ‘oh ik heb geel en rood, laat ik er oranje van maken’. Dat. En het ruimtegebruik is ook interessant, dat is ook wisselend. Dat is of heel klein, of heel groot. Alleen is het, hoe zet je het neer. Want wat ik liet zien, die ene is ook wel groot neergezet, alleen is er nog heel veel wit in het hele vel. En dat vind ik ook interessant om te zien. Dat zie ik wel vaker. Dat ze dus wel groot neer

worden gezet maar dan zie je toch nog steeds wel heel veel wit en witte ruimtes. Het wordt ook niet opgevuld.

Carine: Nee als er ook weinig ingekleurd wordt.

Marlon: Ja. Dan kun je het ook duidelijk zien. Er worden wel veel lijnen neergezet maar er is helemaal niks ingekleurd. Eigenlijk is dit het enige stukje dat ingekleurd is, het hoofddoekje. En dat vind ik dan wel weer interessant want daar heeft de DDS wel een heel mooie manier van meten in. Op het moment dat een kind ergens scoort dat ie dat cognitieve aankan, kan je daar weer mooie dingen uithalen. Op die manier vind ik de DDS wel eens interessant om mee te nemen. Dus ik neem 'm wel eens mee, het is nooit het enige instrument dat ik gebruik.

Carine: Nee precies. Oké. Nou dat was het wel denk ik dan.

Marlon: Nou. Allright.

Carine: Berg ik deze weer op.

Marlon: Moet ik nog iets voor jou ondertekenen ofzo?

Carine: Ik heb alleen een formulier of ik beeldmateriaal mag gebruiken, of dat ook door ouders of cliënt goedgekeurd is. Maar ik weet niet of er één of twee zijn waarvan je zegt die zijn echt tekenend. Dan kan ik daar een foto van maken eventueel.

Marlon: Denk het eigenlijk niet. Omdat, wat ik zei, dan zou je die tekeningen zo gebruiken maar het zijn elke keer zulke wisselende dingen. Dus dat durf ik niet zo goed te zeggen. En als ik dan kijk naar die jongen die ik nu behandel met LVB problematiek zou ik haast zeggen maak daar een foto van omdat je daar aan kan laten zien dat het echt nog een andere laag betreft. Dat zou mijn boodschap zijn eigenlijk.

Carine: Ja want mijn onderzoek richt zich daar niet op maar mijn opdrachtgever wil het wel weten, of de DDS geschikt is. En ik krijg van iedereen daar wel uitgesproken antwoorden op. Maar dat is, de meesten die de DDS kennen die zeggen het is wel nuttig, het is wel goed, maar eigenlijk niet geschikt voor LVB. En mensen die het niet kennen die snappen het ook niet zo goed dus. En verder heb ik alleen toestemming nodig of ik naam en functie in het onderzoek mag gebruiken maar, ja? Hoef ik geen formulier voor te gebruiken. Dan weet ik dat. Top, zet ik deze uit.

Bijlage 8: Toestemmingsformulier

Afstudeeronderzoek DDS & LVB

Toestemmingsformulier beeldmateriaal gebruik
Hierbij verklaart <u>Ans Pieter</u>
Dat er toestemming is verleend door de cliënt (en / of zijn / haar ouders) voor het gebruik van beeldmateriaal van de cliënt ten behoeve van onderzoek.
- Het noemen van naam en leeftijd van de cliënt in het onderzoek is wel <u>niet</u> toegestaan (doorhalen wat niet van toepassing is)
Plaats: <u>Hengelo</u>
Datum: <u>5-11-2018</u>
Handtekening vaktherapeut: 