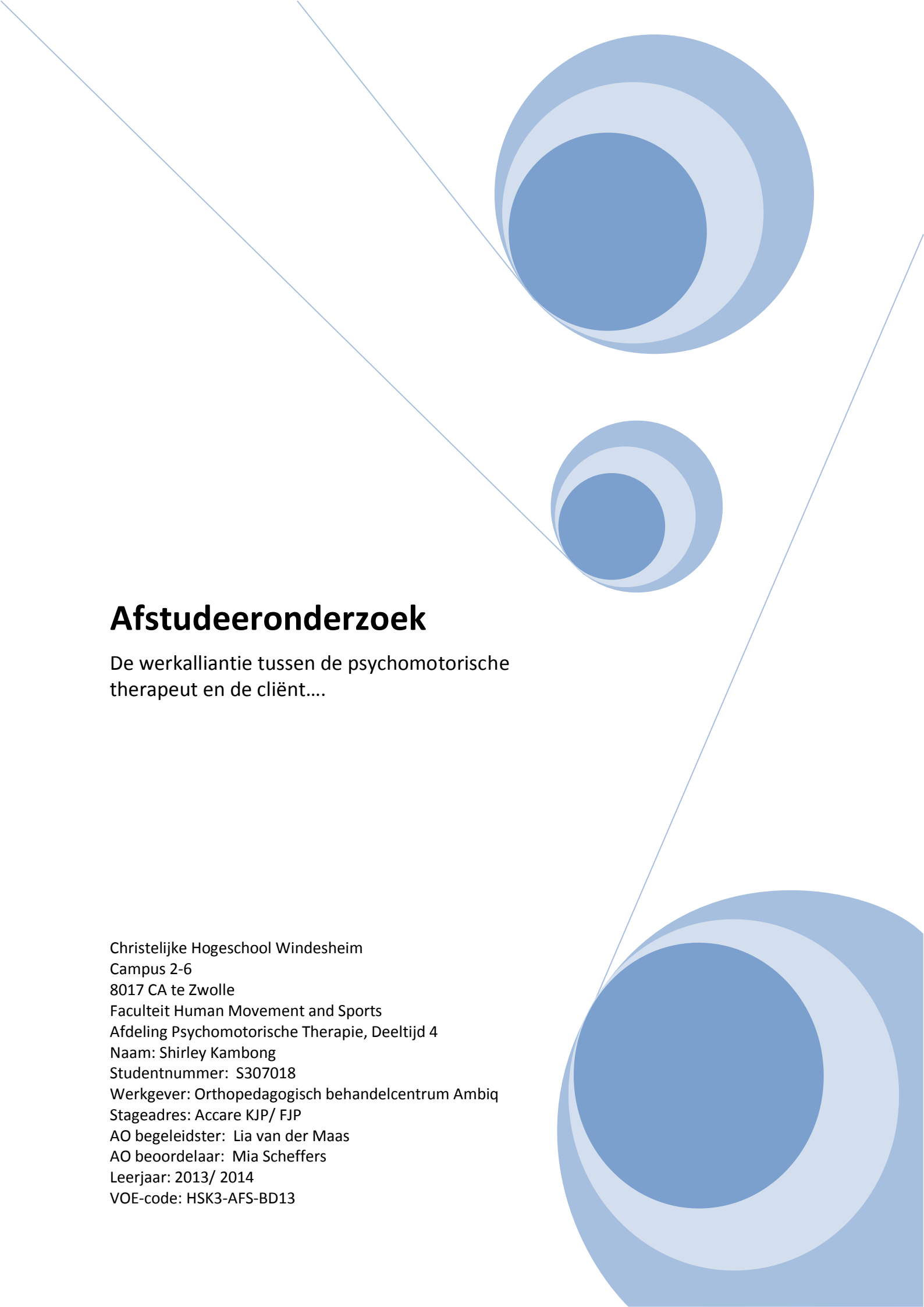


A decorative graphic on the right side of the page. It features three concentric blue circles of varying sizes, each with a darker blue center and a lighter blue outer ring. Two thin blue lines originate from the top left and extend diagonally towards the circles, creating a sense of perspective or focus.

Afstudeeronderzoek

De werkalliantie tussen de psychomotorische
therapeut en de cliënt....

Christelijke Hogeschool Windesheim
Campus 2-6
8017 CA te Zwolle
Faculteit Human Movement and Sports
Afdeling Psychomotorische Therapie, Deeltijd 4
Naam: Shirley Kambong
Studentnummer: S307018
Werkgever: Orthopedagogisch behandelcentrum Ambiq
Stageadres: Accare KJP/ FJP
AO begeleidster: Lia van der Maas
AO beoordelaar: Mia Scheffers
Leerjaar: 2013/ 2014
VOE-code: HSK3-AFS-BD13

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie dat is geschreven in het kader van de deeltijdopleiding Psychomotorische Therapie aan de Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle. Deze opleiding is gericht op behandelvormen voor mensen met psychische problematiek waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van werkvormen, gericht op lichaamsbeleving en het handelen in bewegingssituaties. De scriptie is het resultaat van een onderzoek dat als afstudeeropdracht is opgezet en uitgevoerd.

In september vorig jaar ben ik gestart met mijn stage binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie/forensische jeugdpsychiatrie Accare te Zwolle. Hier maakte ik al snel kennis met verschillende onderzoeksinstrumenten. Twee onderzoeksinstrumenten waren gericht op het welzijn van de cliënt en de ervaring van de therapie zelf. Na onderzoek binnen de organisatie bleek er geen data beschikbaar te zijn van deze onderzoeksinstrumenten en de toepasbaarheid hiervan. Dit was voor mij reden om dit nader te onderzoeken en de ervaringen van cliënten in kaart te brengen. Het doel van deze beschouwing is om te onderzoeken hoe de werkaliantie zich verhoudt tussen de psychomotorische therapeut en de cliënt met de voortgang van de behandeling. Dit met als doel om te ontdekken of de psychomotorisch therapeuten de onderzoeklijsten op dezelfde wijze kunnen hanteren, zodat dit kan leiden tot een goede werkaliantie tussen therapeut en cliënt. Hierbij besteed ik aandacht aan de veranderingen binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), wat inhoudt dat veel zorginstanties moeten bezuinigen en dus meer efficiënt gewerkt moet worden. Door het aanbieden van psychomotorische therapie aan een specifieke groep cliënten binnen Accare en het analyseren van de situatie binnen deze organisatie met behulp van verschillende meetinstrumenten, schep ik een denkkader over de toepassingsmogelijkheden van de werkaliantie tussen therapeut en cliënt. Vanuit dit perspectief lever ik een bijdrage aan het denken over hoe de cliënt bejegend kan worden. Het waren zes maanden vol uitdagingen waarin ik veel nieuwe en interessante kennis heb opgedaan. Deze kennis heb ik gebundeld in mijn scriptie en ben ik blij met het resultaat.

Ik heb deze studie kunnen volgen in het kader van mijn loopbaantraject binnen het orthopedagogische behandelcentrum Ambiq, ter verdere professionalisering van de organisatie en ontplooiing voor mijzelf. Mijn dank gaat naar het management, met name Sander Liefwaard, die dit heeft mogelijk gemaakt. Een aantal mensen wil ik persoonlijk bedanken in dit nawoord. Allereerst mijn familie en vrienden die mij mentaal hebben ondersteund in deze drukke periode. Tevens wil ik mijn stagebegeleiders Michiel van Deursen en Maaike Baas, vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie Accare, bedanken voor hun inzet en vertrouwen in mij tijdens het schrijven en afronden van mijn scriptie. Tenslotte een persoonlijk woord van dank voor mijn scriptiebegeleider Lia van der Maas en Mia Scheffers voor hun bijdrage aan mijn afstuderen.

Ik wens u veel leesplezier!

Shirley Kambong

Samenvatting

In dit onderzoek wordt de werkalliantie tussen de cliënten van de kinder- en jeugdpsychiatrie Accare en de psychomotorisch therapeut in kaart gebracht. De bezuinigingen binnen de GGZ heeft als gevolg dat therapeuten meer efficiënt moeten werken door de kortere behandelduur. De werkalliantie is hierin een belangrijk aspect om de therapie goed op gang te kunnen brengen.

Middels het aanbieden van vijf sessies psychomotorische therapie aan tien cliënten en het inzetten van de Child Outcome Rating Scale (CORS) en de Child Session Rating Scale (CSRS) meetinstrumenten, is er geprobeerd om een antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat de verhouding tussen de CORS en de CSRS over het algemeen genomen gelijk oplopen en de scores hoger uitkomen dan aan de start van de therapie. De werkalliantie is tijdens het verloop van de therapie wisselend te noemen, maar is bij 70% van de deelnemers toegenomen gedurende het onderzoek.

Gezien de kleinschaligheid van het onderzoek legt de student de nadruk op een vervolgonderzoek met verdieping van de deelvragen per meetinstrument. Daarnaast ligt de vraag om zowel meerdere psychomotorisch therapeuten als cliënten deel te laten nemen aan een vervolgonderzoek om een beter beeld te krijgen van de werkalliantie.

Summary

This thesis outlines the workalliance between clients of the children's psychiatry at Accare and the psychomotoric therapist. The consequence of reducing the budget for the mental health care is that therapists have shorter treatment time and therefore need to work more efficient. The workalliance plays an important role in bringing good therapy.

In order to answer the research question, a study has been done by offering five sessions psychomotoric therapy and the input of the Child Outcome Rating Scale (CORS) and the Child Session Rating Scale (CSRS) measuring instruments to ten clients. This study showed that in general the relationship between the CORS and CSRS is equal in growth and the scores are higher than at the start of therapy. During the course of the therapy the workalliance is not consistent, but for 70% of the participants the workalliance increased during the study.

Given the small-scale of the study, the student focuses on a follow-up study in which each measuring instrument is deepened in sub-questions. In addition, more psychomotoric therapists as well as more clients will have to participate in a follow-up study to get a better understanding of the effect of the workalliance.

Inhoudsopgave

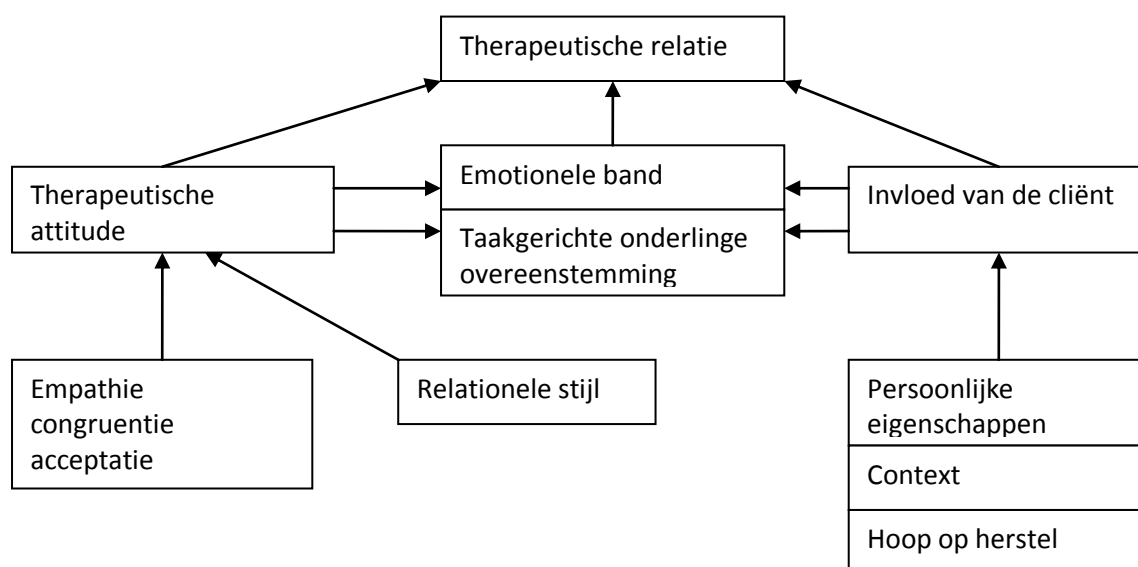
1. Inleiding	Blz: 1
1.1: Onderzoeksvraag	Blz: 3
2. Methode	Blz: 4
2.1: Populatie	Blz: 4
2.2: Onderzoeksinstrumenten	Blz: 5
2.3: Methode van dataverwerking	Blz: 6
3. Resultaten	Blz: 6
4. Discussie	Blz: 9
5. Conclusie	Blz: 10
6. Aanbevelingen	Blz: 11
7. Literatuurlijst	Blz: 12
8. Bijlagen	Blz: 13
8.1: CORS/ CSRS	Blz: 13
8.2: Individuele datagegevens cliënten	Blz: 15

1. Inleiding

Met ingang van 1 januari 2014 vindt er een stelselwijziging plaats binnen de Geestelijke Gezondheids Zorg (GGZ). De wijziging die bij de huisarts zal plaatsvinden is dat hij indicatie stelt voor behandeling binnen de basis GGZ of de specialistische GGZ. Wanneer er een indicatie binnen komt voor de basis GGZ, houdt dat in dat er korter behandeld kan worden. Hierdoor is Accare genoodzaakt om korter te gaan behandelen wanneer er een indicatie voor basis GGZ binnen komt. Wanneer gedurende de behandeling duidelijk wordt dat de basis GGZ indicatie niet voldoende is om een behandeling naar behoren af te ronden, dan kan de cliënt terugverwezen worden naar de huisarts met advies om een nieuwe verwijzing te maken voor specialistische zorg. Accare moet als GGZ instelling wel voldoen aan de 30% behandelingen binnen de basis GGZ. Accare krijgt als kinder- en jeugdpsychiatrie instelling ook mogelijk minder aanmeldingen doordat huisartsen meer zelf gaan behandelen middels een praktijkondersteuner (POH). De zorgverzekeringen hebben bepaald dat er meer vanuit de basis GGZ gewerkt moet worden, naast de specialistische zorg die Accare biedt.

Deze nieuwe ontwikkeling binnen de zorg, heeft als gevolg dat therapeuten efficiënter en effectiever moeten werken door de kortere behandelduur. Binnen Accare is het dan ook belangrijk om voldoende aandacht te hebben voor de positionering van de psychomotorische therapie en 'evidence based' te werken, zodat er evidentie aangeleverd kan worden. Zo blijkt ook uit een artikel van het tijdschrift voor vaktherapie dat zowel externe instanties als psychomotorische therapeuten zelf willen onderzoeken en aantonen hoe en of de psychomotorische therapie een bijdrage levert aan een behandeling. Onderzoek leeft, de interesse is groeiende maar er moet door diverse betrokkenen nog veel gedaan worden om de beweging gaande te houden. Noodzaak in deze is de samenwerking tussen de onderzoekers (universiteiten en hogescholen) en de professionals (Sietsma & Bosscher, 2012).

Een belangrijke factor in de efficiëntie en effectiviteit van een behandeling is de werkaliantie tussen de therapeut en cliënt. Wanneer de werkaliantie tussen een therapeut en cliënt niet goed tot stand komt, kan dit invloed hebben op de therapie (Jacobs, 2013). In figuur 1 staat schematisch weergegeven welke aspecten onderdeel zijn van de werkaliantie, ook wel therapeutische relatie genoemd (Kruijf & Bosch, 2009).



Figuur 1. Aspecten die onderdeel zijn van de therapeutische relatie

Overgenomen van "De attitude van de vaktherapeut: een inventarisatie in de kinderpsychiatrie," door Kruijf, C., Bosch, van den, A, 2009, *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4, p. 20. Auteursrechthebbende 2009 door Tijdschrift voor vaktherapie.

Uit onderzoek is gebleken dat de therapeutische attitude op een directe of indirecte manier van invloed is op het effect van een behandeling. In figuur twee staat schematisch weergegeven wat de factoren zijn die invloed hebben op de therapeutische attitude en op welke aspecten de attitude van invloed is (de Kruijf & v.d. Bosch, 2009). Dertig procent van het therapieresultaat wordt bepaald door algemene factoren als empathie, warmte, acceptatie en bemoediging (Lambert in Verheij, 2005). Bordin (1997) onderscheidt drie aspecten van de therapeutische relatie, te weten de emotionele band en overeenstemming over respectievelijk de samenwerking en de behandeldoelen. Attitude valt te definiëren als een consistente en voorspelbare manier waarop iemand denkt, voelt en zich gedraagt ten opzichte van het attitude object (Keers & Wilke, 1981), in dit geval de cliënt. Aspecten die belangrijk zijn bij de verschillende houdingen zijn de visie van de therapeut ('Resource'-georiënteerd), de stille kennis van de therapeut, het gebruik maken van 'vitality affects', spiegelneuronen, het steeds horen, zien en voelen (afstemmen) van de cliënt, het serieus nemen van de cliënt en op het laatst ook de regie van de verandering in gang zetten. Kortom, een ingewikkelde mix van kleine en grote interventies die binnen een sessie deels bewust en deels onbewust plaatsvinden (Zantopp, 2013).

Niet alleen cliënten maar ook therapeuten drukken een stempel op de kwaliteit van de werkaliantie. Demografische kenmerken blijken geen invloed te hebben, wel bepalend is het aantal jaren therapie ervaring dat men heeft opgebouwd, althans voor wat de mate van taakgerichtheid betreft. Deze bleek het grootst bij therapeuten die al meer dan tien jaar in het werkveld staan en de nodige expertise hebben verworven in het uitstippelen van een gezamenlijk therapietraject. Dit gegeven komt in mijn onderzoek goed van pas (Stinckens, Ulburghs & Claes, 2009).

Als we het hebben over werkaliantie, hebben we het ook over het bieden van steun en het vinden van de balans in het stellen van grenzen. Steun is tegemoetkomen aan een illusie die door de cliënt gecreëerd wordt en het opvangen van desillusies. Steun omvat het hanteren van narcistische overdrachten. Tevens wordt op een specifieke manier omgegaan met overdracht en tegenoverdracht. Ook is steun het bevredigen van pre- oedipale behoeften binnen de grenzen van de professionele rol als therapeut. De rol van steunfiguur omvat drie aspecten: men verzorgt het kleine kind in de cliënt, men coacht hem als een volwassene waarbij men de realistische relatie en de alliantie bewaakt, men overleeft de aanslagen vanuit het tirannieke deel van de cliënt door te confronteren en grenzen te stellen (Hebbrecht, 2004).

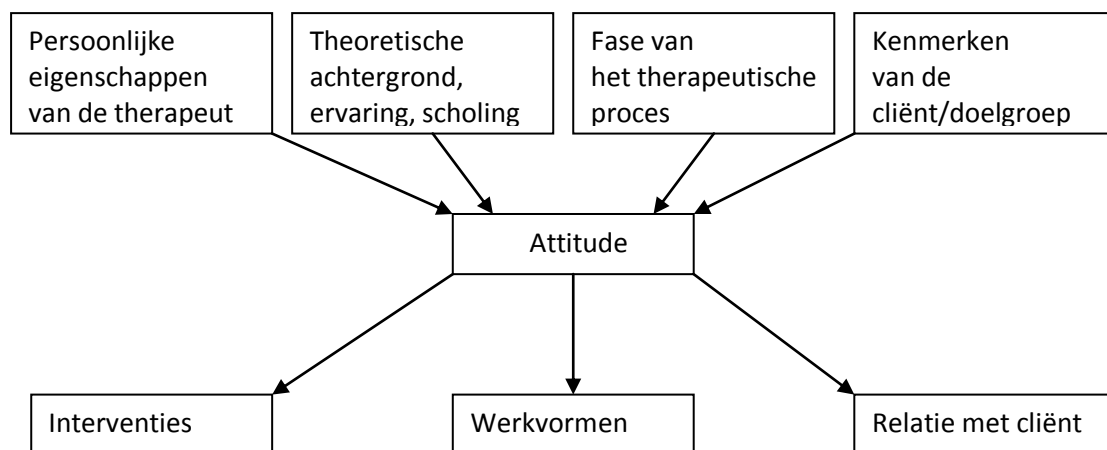
Met betrekking tot dit onderzoek is het natuurlijk ook van belang om te weten hoe er wordt omgegaan met de omgangsadviezen door psychomotorisch therapeuten. In het tijdschrift voor vaktherapie staat beschreven dat er een kwalitatief onderzoek is gedaan naar omgangsadvisering door psychomotorisch therapeuten en de waargenomen veranderingen tussen therapeut en cliënt. Hieruit blijkt dat de veranderingen in de meeste gevallen te maken hadden met het gedrag van de cliënt. De veranderingen werden als positief bestempeld. Veranderingen in het contact waren bijvoorbeeld dat er meer toenadering plaatsvond, dat het vertrouwen wederzijds groeide en dat er meer te bereiken was met de cliënt. Er werd wel specifiek aangegeven dat het consequent uitvoeren van de adviezen daarvoor voorwaarde was (Paans & Bosscher, 2011).

De twee psychomotorisch therapeuten die een bijdrage leveren aan dit onderzoeken werken veel vanuit de 'Mentalization Based Treatment', wat inhoudt dat de therapeut zo dicht mogelijk bij de beleving van de cliënt probeert te blijven. Metalliseren heeft vooral te maken met begrijpend waarnemen en het kunnen inleven en interpreteren van jezelf en de ander, wat aansluit bij een goede werkaliantie. Deze methode is wetenschappelijk onderbouwd en bewezen effectief (Kaarsemaker, 2009).

Om de werkaliantie tussen therapeut en cliënt te optimaliseren wordt er een monitorinstrument ingezet, genaamd de Child Outcome Rating Scale (CORS) en de Child Session Rating Scale (CSRS) voorafgaande en na de therapiesessie, waarbij de werkaliantie tussen psychomotorische therapeut en cliënt in kaart kan worden gebracht. De feedback die de therapeuten krijgen aan de hand van deze monitorinstrumenten, zullen direct worden ingebracht tijdens de therapiesessie. Dit zou

mogelijk kunnen leiden tot een verandering van attitude van de therapeut, om zo de werkaliantie te kunnen optimaliseren, zodat de cliënt zich gehoord voelt.

De combinatie van de *Outcome rating scale* (ORS) en de *Session rating scale* (SRS) (Hafkenscheid, 2010), is een voorbeeld van een dergelijk effectief monitorinstrument. De Child Outcome Rating Scale (CORS) en Child Session Rating Scale (CSRS) zijn onderdeel van de door Duncan en Miller gepropageerde cliënt-directed, outcome-informed (CDOI) manier van werken (Duncan, 2010). Het unieke van deze methode is dat de feedback direct wordt ingebracht binnen de therapie. Binnen Accare worden de lijsten ingezet om de behandeling te verbeteren. Echter is hier geen data van beschikbaar en wordt dit niet structureel ingezet. Zowel Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandelaren (IPG'ers) als therapeuten gebruiken deze lijsten soms om te checken of ze wat kunnen verbeteren aan het contact met de cliënt die men in behandeling heeft. In het jaarverslag 2012 van Accare heeft de organisatie als speerpunt om na te gaan of ze de therapeutische relatie kunnen optimaliseren middels het gebruik van de CORS en de CSRS (jaarverslagen, 2014). Nadat er een gesprek is geweest tussen de onderzoeker van dit onderzoek en de arts binnen Accare over dit speerpunt, kwam naar voren dat hier geen tijd voor is geweest en men prioriteiten moest stellen in de zaken die meer urgent waren op dat moment. Dit onderzoek richt zich dan ook op de werkaliantie tussen cliënten en psychomotorisch therapeuten (PMT'ers) en hoe dit verandert over de tijd en hoe dit zich verhoudt met de voortgang in de behandeling.



Figuur 2. Schematische weergave van de factoren die invloed hebben op de therapeutische attitude en op welke aspecten de attitude van invloed is.

Overgenomen van "De attitude van de vaktherapeut: een inventarisatie in de kinderpsychiatrie," door Kruijff, C., Bosch, van den, A, 2009, *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4, p. 23. Auteursrechthebbende 2009 door Tijdschrift voor vaktherapie.

Vraagstelling:

Hoe verhoudt de werkaliantie tussen de psychomotorisch therapeut en de cliënt zich met de voortgang van de behandeling binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie Accare?

Deelvragen:

Hoe ervaren de cliënten van de kinder- en jeugdpsychiatrie Accare de werkaliantie met de Psychomotorisch therapeut? (CSRS)

Hoe wordt de voortgang in PMT behandeling ervaren door de cliënten van de kinder- en jeugdpsychiatrie Accare? (CORS)

Deelvragen:

- Hoe verandert de werkaliantie over de tijd?
- Hebben de individuele omstandigheden in de thuissituatie invloed op de uitkomst van het onderzoek?

2. Methode

Mijn onderzoek staat beschreven als een kwantitatief onderzoek, waarbij de beleving, ervaringen of verwachtingen van de deelnemende cliënten worden gemeten d.m.v. vragenlijsten. Het betreft een longitudinaal en evaluatief onderzoek (prospectief) waarbij er meerdere meetmomenten plaats zullen vinden om de verandering gedurende een interventie te evalueren (Bakker & van Buuren, 2009).

2.1: Populatie

Voor dit onderzoek benaderen twee psychomotorische therapeuten 14 cliënten tussen de 10 en 18 jaar oud, met psychische problematiek die poliklinisch in behandeling zijn binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie van Accare te Zwolle. De cliënten die deelnemen aan dit onderzoek bezoeken de polikliniek bij Accare. Dit houdt in dat zij nog wel thuis kunnen wonen. Soms zijn de omstandigheden niet altijd even optimaal binnen de thuissituatie en zou dit mogelijk kunnen leiden tot beïnvloeding van de resultaten.

De problematiek van cliënten die worden aangemeld zijn voornamelijk gericht op het omgaan met grenzen, seksualiteit, assertiviteit en agressie in combinatie met ADHD, borderline, autisme, ODD en ouder- kind problematiek. Allen problemen die verband houden met psychische problematiek. Deze cliënten zijn doorverwezen door psychiaters, artsen of GZ psychologen voor psychomotorische therapie en voldoen aan de inclusie en exclusie criteria.

-4

Inclusiecriteria:

- De cliënt is bereid 6 weken lang wekelijks psychomotorische therapie te volgen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie van Accare,
- De cliënt is bereid een tweetal lijsten in te vullen voorafgaande aan de therapie en na de therapie.

Exclusiecriteria:

- Cliënten met indicatie vanuit de basis GGZ,
- Diagnose op As II,
- Poliklinisch opgenomen patiënten.

Procedure:

Samen met twee psychomotorische therapeuten van Accare is gekeken naar de wachtlijst voor psychomotorische therapie. Op deze wachtlijst waren 14 cliënten geselecteerd op basis van de inclusie en exclusie criteria, die deel konden nemen aan het onderzoek. Bij de intake van de therapie werd door de therapeut toestemming gevraagd aan gezaghebbende en de cliënt zelf, of de cliënt deel wilde nemen aan dit onderzoek en legde uit hoe dit in zijn werk ging. Wanneer er verschuivingen of zich onvoorziene situaties voordeden waardoor een cliënt uit kon vallen, kon een andere cliënt op de wachtlijst benaderd worden. De therapeuten kregen een presentatie over het onderwerp van het onderzoek en hoe dit het beste uitgevoerd kon gaan worden. De therapeuten die deze vragenlijsten hadden afgenomen bij de cliënten, hebben al meer dan tien jaar ervaring als psychomotorisch therapeut. Zij hebben de cliënten één maal per week ontvangen in de therapieruimte en vijf weken lang de vragenlijsten bij hen afgenomen. Omdat niet alle cliënten

tegelijk gingen starten, heeft de afname van deze vragenlijsten van alle cliënten ongeveer twee á vier maanden geduurd.

Interventie:

Door het invullen van de CORS en de CSRS krijg de therapeut een helder beeld hoe de cliënt zich voelt voorafgaande aan de therapie. Dit maakt dat de therapeut beter in kan spelen op zijn of haar toestand en de therapeut zijn of haar therapeutische attitude hierop af kan stemmen. Na de therapie zal de cliënt de CSRS invullen, waardoor de therapeut kan inspelen op de ingevulde lijst. Zoals staat beschreven krijgen de cliënten gedurende vijf weken lang de vragenlijsten om in te vullen gedurende de therapie sessie. Deze therapie duurt gemiddeld 45 minuten en de therapie zal individueel aangeboden worden. Het doel van de behandeling is per cliënt wisselend aansluitend bij de individuele hulpvraag.

In het beroepsprofiel van de psychomotorische therapie staat dat de essentie van de therapie de ervaring is en dat dit de basis is voor het verder beïnvloeden van gevoelens, gedachten en gedragingen, aansluitend op de hulpvraag van de cliënt ("Beroepsprofiel," 2009). De werkaliantie lijkt hier een belangrijk aspect te zijn als basis voor het geven van goede therapie. Keers & Wilke (1981) beschrijven dat elk kind binnen de jeugdpsychiatrie een andere aansturing behoeft en dat de therapeut het proces stuurt met zijn houding en aanbod.

Psychomotorisch therapeuten binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie Accare kiezen voornamelijk voor het toepassen van bewegingsgerichte methodieken, aangezien dit beter aansluit bij de belevingswereld van het kind. Lichaamsgerichte methodieken zijn moeilijker te integreren voor een kind en daarom is het belangrijk eerst een ingang te creëren door middel van de bewegingsgerichte methodieken. Veelal wordt er gewerkt vanuit een cognitieve en humanistische visie. Men neemt daarbij een steunende attitude aan en past daarbij een pragmatisch structurerende en inzicht gevende werkvorm toe (Beugels, 2009).

-5

2.2: Onderzoeksinstrumenten

CORS en de CSRS

De Child Outcome Rating Scale (CORS) en de Child Session Rating Scale (CSRS) worden tijdens de hulpverlening in relatie tot elkaar gebruikt als een methodisch hulpmiddel dat therapeuten ondersteunt bij het identificeren en bespreken van stagnatie en succes in de hulpverlening.

De CORS bestaat uit een viertal vragen die meten de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt. In de CSRS staan een viertal vragen die meten de ervaren kwaliteit van het behandelcontact (binnen de therapie). Het gebruik van de CORS en de CSRS als monitorinstrumenten wordt aanbevolen vanwege de gebruiksvriendelijkheid (Hafkenscheid, 2010). Door de korte vragenlijsten, worden de cliënt slechts zeer beperkt belast. Het is daarom geen probleem om de cliënt te vragen de CORS en de CSRS bij elk behandelcontact in te vullen.

De CORS en de CSRS bestaan uit een Visual Analogue Scale (VAS) en is een specifieke meetschaal. Dit is een gevalideerd meetinstrument (Hafkenscheid, 2010). De VAS bestaat uit een horizontale lijn. De gebruikelijke lengte van de lijn is 100 mm. De cliënt vult voor en na elke therapie sessie een score in op de VAS. De cliënt dient een kruisje te plaatsen op de lijn, in welke mate hij of zij de gevraagde sensatie beleeft. Hoe meer het kruisje naar links wordt geplaatst, des te meer drukt de patiënt uit zich ontevreden te voelen over zijn dagelijks functioneren in de afgelopen week (CORS) of over het laatste behandelcontact (CSRS). Het aantal millimeter tussen de door de cliënt aangegeven kruis en de minimumscore aan de linkerzijde van de lijn, is de score op de VAS.

Met de CORS worden de volgende drie levensgebieden gemeten:

1. welbevinden;
2. 'interpersoonlijk' (contacten thuis, mensen die dichtbij staan);
3. 'sociaal' (werk, opleiding, sociale contacten);

In het vierde item wordt de cliënt gevraagd een algeheel oordeel te geven over het leven buiten de therapie.

De CSRS omvat de volgende drie aspecten van de therapeutische alliantie:

1. de ervaren band met de therapeut (relatie/contact);
2. doelen en onderwerpen;
3. aanpak en werkwijze;

In het vierde item wordt de cliënt gevraagd een algeheel oordeel te geven over de therapie.

2.3: Methode van dataverwerking

Voor het verwerken van de verzamelde data is gebruik gemaakt van het verwerkingssysteem Microsoft Excel programma. Per cliënt is de data in grafieken weergegeven die te vinden zijn in de bijlage 8.2.

3. Resultaten

Voorafgaande aan het onderzoek werden er 14 cliënten benaderd. Uiteindelijk hebben 10 cliënten volledig deel kunnen nemen aan het onderzoek. De overige vier cliënten zijn uitgevallen, doordat zij vroegtijdig zijn gestopt met de therapie en door verschillende omstandigheden niet meer wilden of konden komen (no-show).

De verdeling sekse van de deelnemende cliënten was vijf jongens en vijf meisjes. De leeftijd van de deelnemers lag tussen de 10 en de 18 jaar. Het gemiddelde IQ van de deelnemende cliënten lag op 85,6. Over een periode van vier maanden zijn de vragenlijsten per cliënt afgenomen.

-6

Ervaring werkalliantie CSRS en de verandering werkalliantie over de tijd

In tabel 2 is te zien dat de gemiddelde ervaren werkalliantie van de gehele onderzoeksgroep gestaag toe neemt. In de tweede meting en de vijfde meting is een duidelijke stijging te zien in de werkalliantie tussen de therapeut en de cliënt ten opzichte van de eerste en vierde meting.

Kijkend naar de normgegevens zoals deze is gesteld bij kinderen staat de score CORS gemiddeld op 32. Zoals in Figuur 3 te zien is start de score CORS binnen dit onderzoek op 26,4 en eindigt deze met een score van 32,2. De 'outcome' van de kinderen na de therapie is dan ook gemiddeld/ goed te noemen. Kijkend naar de normgegevens zoals deze gesteld is bij kinderen voor de CSRS staat deze score op 36. Scores van de cliënt over de therapeut moeten dus relatief hoog uitvallen. Deze scores zijn zo hoog omdat de meeste cliënten het moeilijk vinden negatieve feedback te geven (Duncan, 2010). Binnen dit onderzoek start de score CSRS op 30,9 en eindigt deze met een score van 34,9. De score op de CSRS is dan ook redelijk te noemen.

Ervaring uitkomst behandeling

In tabel 2 is ook te zien dat de ervaren 'outcome' van de onderzoeksgroep gemeten met de CORS is gestegen ten opzichte van de start van de behandelingen. De cliënten geven aan zich beter te voelen na alle behandelingen dan aan de start van de therapie.

In bijlage 2 is een grafiek te zien van een cliënt met geboortedatum 09-01-1996 waarbij de 'outcome' wisselend is over de tijd, maar hoog eindigt. De therapeut gaf aan dat de cliënt in proces was om het geleerde eigen te maken. Na de vierde sessie lijkt de cliënt hierin een slag te maken, waardoor de 'outcome' blijft stijgen.

Verhoudingen tussen de CORS en de CSRS

In figuur 3 is te zien dat de CORS en de CSRS tot de derde week vrijwel gelijk oplopen. Vanaf de vierde week blijft de 'outcome' gelijk en blijft de werkalliantie stijgen.

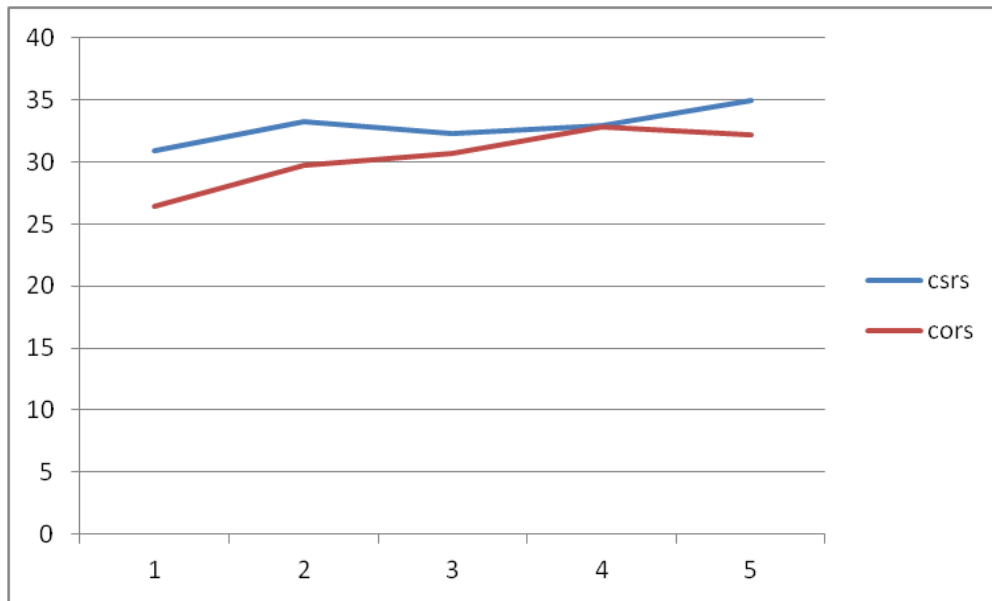
Het gelijk oplopen van de CORS en de CSRS is niet bij elke cliënt terug te zien. Figuur 4 laat een afwijking in verhouding van de CORS en de CSRS zien bij een individuele cliënt. Tijdens de derde sessie zakt de 'outcome' ver naar beneden terwijl de CSRS

Tabel 2: Schematisch overzicht Child session rating scale (CSRS) en Child outcome rating scale (CORS) scores per cliënt per sessie.

CSRS score						
Cliënt	Geboortedatum	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
vrouw	10-12-97	27,1	33,8	38,5	37,1	40
man	06-06-02	30,2	37,7	39,3	38,6	38,8
man	12-12-03	33,8	35,8	24,4	31,7	33,3
man	09-01-96	27,5	34	28,3	22,3	29
man	21-08-02	35,4	35,1	35,6	38,9	36,1
vrouw	24-11-97	31,7	32,8	24,7	30,4	30,5
man	14-09-04	36,6	30,1	36,8	34,2	37,3
vrouw	17-06-97	32,1	35	36,4	38,4	38,9
vrouw	08-12-98	26,6	31,4	33,1	31,1	36
vrouw	06-04-99	28,4	27,1	26,4	26,5	29,6
gemiddelde		30,94	33,28	32,35	32,92	34,95
CORS score						
Cliënt	Geboortedatum	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
vrouw	10-12-97	31,7	29,2	32,4	39,6	40
man	6-06-02	20,9	35,7	36,2	35,4	36,1
man	12-12-03	35,2	35	34,4	31,6	31,4
man	9-01-96	11,9	21,8	16,5	24,4	27,7
man	21-08-02	26,9	26	31,9	35,1	37,9
vrouw	24-11-97	28,3	24,7	26,4	26	27,3
man	14-09-04	36	36,4	34,5	37,5	33,8
vrouw	17-06-97	30,3	24,2	28,4	33,9	24,8
vrouw	8-12-98	18,1	32,7	28,6	31,5	29,1
vrouw	6-04-99	25	31,4	37,2	33	34,3
gemiddelde		26,43	29,71	30,65	32,8	32,24

-7

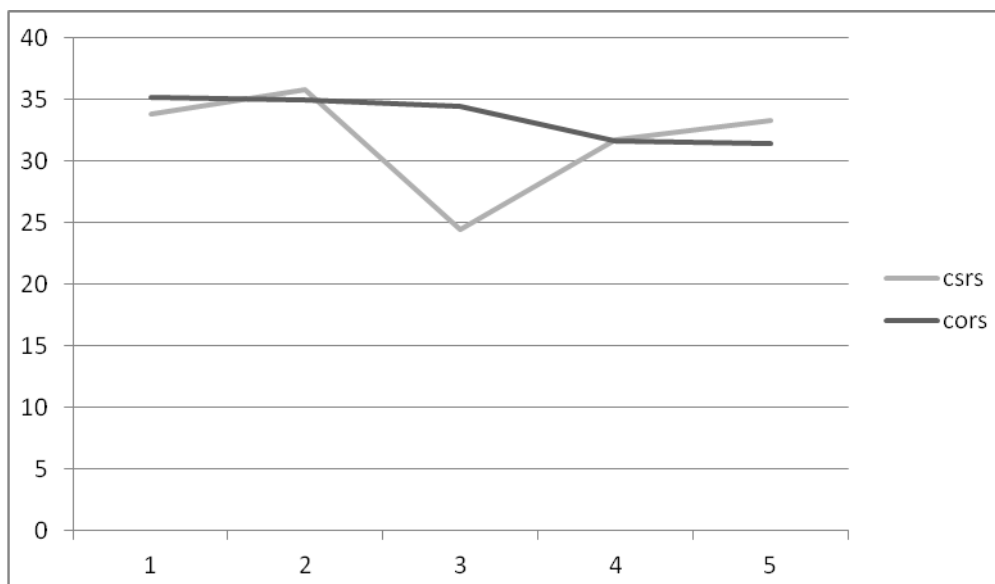
In Figuur 3 is de gemiddelde score te zien van de cliënten na het invullen van de CORS en de CSRS gedurende de PMT behandeling van 5 sessies. Bij zowel de lijn van de CORS als de CSRS is een licht stijgende lijn te zien. Na de derde therapie sessie zakt de score licht naar beneden, om vervolgens weer met een stijgende lijn omhoog te gaan.



Figuur 3: Gemiddelde score cliënten op de child outcome rating scale (cors) en de child session rating scale (csrs) gedurende 5 sessies psychomotorische therapie.

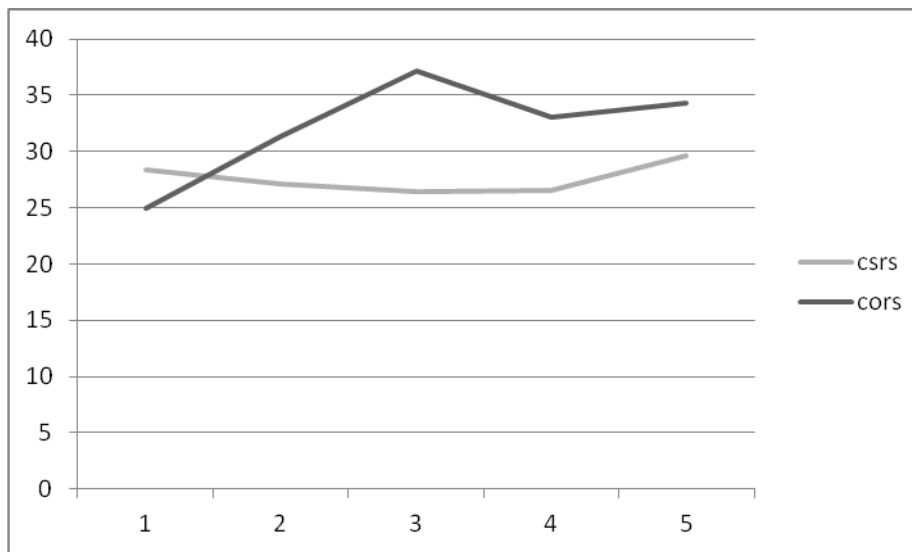
Figuur 4 laat een afwijking in verhouding zien. In deze eerste afwijkende grafiek is te zien hoe de Child Session Rating Scale in de derde sessie volledig naar beneden zakt, om vervolgens weer naar gemiddeld niveau te stijgen na de vierde sessie. Dit was te verklaren door de individuele omstandigheden van de cliënt.

-8



Figuur 4: afwijkende grafiek van cliënt met geboortedatum 12-12-2003.

Figuur 5 laat een afwijking bij een individuele cliënt in de verhouding tussen de CSRS en de CORS zien waarbij de CSRS constant blijft, maar de CORS juist stijgt.



Figuur 5: afwijkende grafiek van cliënt met geboortedatum 16-4-1999.

4. Discussie

Methode

De Child Outcome Rating Scale en de Child Session Rating Scale kunnen een goede weergave geven over de verhouding van de werkaliantie tussen therapeut en cliënt (Duncan, 2010). De meetinstrumenten waren goed bruikbaar bij de cliënten die deel hadden genomen aan dit onderzoek. Ze leken geen moeite te hebben met het interpreteren van de lijsten, omdat ze na de uitleg zonder verduidelijkende vragen, de lijsten in konden vullen. Uit onderzoek komt naar voren dat het gebruik van deze methode leidt tot minder uitvallers, afgestemde behandelduur, afgestemde behandel frequentie en een hogere gemiddelde effect grootte (Anker, Duncan & Sparks, 2009). Naast de CORS en de CSRS bestaat er ook de ORS en SRS welke bedoeld zijn voor volwassenen en is er ook nog een kinderschaal voor het jonge kind tot 6 jaar, de Young Child Outcome Rating Scale (YCORS) en de Young Child Session Rating Scale (YCSRS). Er is ook een speciale versie ontwikkeld voor mensen met een verstandelijke beperking. Binnen dit onderzoek is gekozen voor de CORS en de CSRS omdat dit het beste aan leek te sluiten bij het niveau van de deelnemende cliënten. In Nederland is weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze meetinstrumenten bij de onderzochte doelgroep ten opzichte van Amerika. Wel lopen er pilots binnen instellingen naar de werkzaamheid van de CORS en de CSRS.

De CORS en de CSRS bestaan uit een Visual Analogue Scale en is een aspecifieke meetschaal en is een gevalideerd meetinstrument (Hafkenscheid, 2010). Echter kijkend naar de Child Outcome Rating Scale zijn er wel aspecten die de uitkomsten kunnen beïnvloeden los van de therapie. Het blijven momentopnames waarin de cliënt zich juist goed of slecht kan voelen door tijdelijke externe invloeden als bijvoorbeeld een scheiding of verliefdheid, waardoor de CORS juist hoger of lager uit kan komen ten opzichte van de CSRS. Kijkend naar de Child Session Rating Scale kan men zich afvragen hoe loyaal de deelnemende cliënten zijn naar de therapeut toe. Schalen de deelnemende cliënten bewust hoog in om de therapeut niet af te wijzen?

Een maximale score op de VAS lijn zegt weinig en is niet altijd een teken van een goede relatie omdat de cliënten de CSRS sociaal wenselijk kunnen invullen. Juist therapeuten die erin slagen om in de eerste paar sessies negatieve feedback te krijgen en deze gedurende de therapie weten om te zetten in een steeds hogere CSRS zijn vaak therapeuten met een hogere effect size (Duncan, 2010).

Samen met de psychomotorische therapeuten is gezocht naar een verklaring voor de stijgingen binnen de sessies zoals in Figuur 3 te zien is. Zij gaven aan dat de stijging bij de tweede week mogelijk te verklaren is omdat dit de eerste sessie is en dus alles nieuw is voor de cliënt. De stijging in de vijfde week kon mogelijk te verklaren zijn doordat de cliënt inzichten heeft verkregen en al het geleerde beter toe kan passen en het vertrouwen groeit door het aantal sessies wat reeds is geweest.

Resultaten

Gedurende de therapie zou er gedragsverandering op kunnen treden en zal er geëxperimenteerd kunnen worden met het nieuwe gedrag van de cliënt. Hier zal de omgeving ook weer op moeten anticiperen en zou dit kunnen leiden tot weerstand door de omgeving, waardoor een kleine terugslag te verwachten is, zoals bij veel cliënten te zien was bij de derde sessie van de therapie. Kijkend naar de resultaten zou dit van invloed kunnen zijn op de werkalliantie. Het IQ van de cliënten is beschreven in mijn onderzoek, maar zijn niet meegenomen in de analyses. Zo is te zien dat deelnemende cliënten met een hoger IQ zichzelf lager scoren bij het invullen van de Child Outcome Rating Scale. Zou het IQ van de deelnemende cliënten ook nog invloed kunnen hebben op de uitslagen van het onderzoek?

Uitvoering van het onderzoek

Welke therapiemethode men ook aanwendt, het therapeutische proces staat of valt groten-deels met de kwaliteit van de therapeutische relatie. De afgelopen jaren werd veel onderzoek verricht naar de werkzame ingrediënten die het therapeutische contact effectief en helend maken (Stinckens, Ulburghs & Claes, 2009).

De psychomotorische therapeuten die therapie hebben gegeven aan de deelnemende cliënten, hebben dan ook meer dan tien jaar werkervaring met dit vakgebied en doelgroep. De vraag is of twee deelnemende psychomotorische therapeuten aan dit onderzoek wel voldoende is om een goed beeld te krijgen van een werkalliantie. Wanneer er meerdere psychomotorisch therapeuten deel hadden genomen aan dit onderzoek, zouden de uitkomsten dan verschillen ten opzichte van de huidige uitslagen?

-10

5. Conclusie

Kijkend naar de resultaten, kunnen we stellen dat er geen duidelijk verschil lijkt te zijn tussen het verloop van de Child Outcome Rating Scale en de Child Session rating, wat inhoudt dat de therapeuten waarschijnlijk goed hebben aangesloten bij de cliënten. Tot deze conclusie is gekomen omdat de datagegevens in de grafieken laten zien dat CORS en de CSRS over het algemeen genomen gelijk oplopen. Wanneer de ervaren werkalliantie toeneemt lijkt ook de ervaren outcome toe te nemen. In de individuele grafieken is ook af te lezen hoe dit proces verlopen is. Hierin is te zien dat dit proces per cliënt verschillend is, waarin niet te zien is wat de invloeden (welke onderdelen) daarvan zijn geweest.

Dit kan te verklaren zijn door veranderende externe omstandigheden of het therapeutische proces van de cliënt zelf, waarin de cliënt een persoonlijke groei of juist stagnatie te verwerken krijgt. Deze persoonlijke groei of juist stagnatie kan invloed hebben op de verschillende aspecten die ook gescoord worden binnen de CORS en CSRS zoals (thuis of school) die de gemiddelde score juist omhoog of omlaag kunnen halen.

In de verzamelde datagegevens die in grafieken zijn weergegeven, was terug te zien wanneer een cliënt de "Outcome" lager/ hoger had gescoord wanneer een cliënt had aangegeven tijdens een gesprek zich rot te voelen over de thuissituatie of juist verliefd te zijn.

Bijvoorbeeld zoals in Figuur 4 die een afwijking in verhouding laat zien. In deze eerste afwijkende grafiek is te zien hoe de Child Session Rating Scale in de derde sessie volledig naar beneden zakt, om vervolgens weer naar gemiddeld niveau te stijgen na de vierde sessie. Volgens de psychomotorische therapeut zou dit kunnen komen door de confronterende aspecten die bespreekbaar waren gemaakt bij de cliënt, door de therapeut. De recentelijke scheiding van zijn ouders was bespreekbaar gemaakt

tijdens deze derde sessie. De individuele omstandigheden lijken dus wel degelijk invloed te hebben op de 'outcome', maar is in zijn geheel genomen niet goed te controleren, omdat hier niet specifiek naar gevraagd is per sessie, maar meer aan bod kwam tijdens de therapie zelf.

Figuur 5 laat een afwijking bij een individuele cliënt in de verhouding tussen de CSRS en de CORS zien waarbij de CSRS constant blijft, maar de CORS juist stijgt. De cliënt had tijdens de derde sessie aangegeven hevig verliefd te zijn geworden, waardoor de CORS 'outcome' tijdens deze derde sessie een stijging maakt ten opzichte van de CSRS.

Het lijkt erop dat de verhouding tussen Child Outcome Rating Scale en de Child Session rating Scale over het algemeen genomen gelijk oplopen en de scores hoger uitkomen dan aan de start van de therapie. Je zou kunnen zeggen dat er door de betreffende PMT'ers goed is aangesloten bij de cliënt. De werkalliantie is tijdens het verloop van de therapie wisselend te noemen, waarin moeilijk te benoemen is welke factoren hierbij een rol hebben gespeeld.

6. Aanbevelingen

Kijkend naar de resultaten van het onderzoek en de conclusie, is het aan te bevelen om de verschillende deelvragen per meetinstrument uit te diepen, zodat de conclusie specifiek gesteld kan worden. Op deze manier krijg je meer zicht op welke specifieke gebieden invloed uitoefenen op het geheel/ werkalliantie. Deze conclusie kan gesteld worden omdat uit dit onderzoek niet goed zichtbaar wordt welke gebieden invloed hebben op de werkalliantie tussen therapeut en de deelnemende cliënt.

Daarnaast is het aan te raden om bij een vervolgonderzoek Accare breed alle therapeuten in te zetten en de cliëntgroep vergroten. Dit om te onderzoeken of het inzetten van meerdere psychomotorische therapeuten invloed heeft op de resultaten. De cliëntenpopulatie zou vergroot kunnen worden, zodat afwijkende scores minder invloed hebben op de algehele resultaten van het onderzoek. Er zou nog een meetinstrument toevoegen die de uitkomst van de therapie meet op het element waar de therapie op in grijpt, dus als de behandeling gericht is op agressieregulatie, dat dit ook gemeten wordt naast de CORS en de CSRS, zodat je onderscheidt kan maken in de verschillende problematieken.

Het is aan te raden om de meetinstrumenten 'Child Outcome Rating Scale' en de 'Child Session Rating Scale' structureel in te zetten bij deze vormen van therapie binnen de organisatie. Niet alleen om je meer te profileren als psychomotorisch therapeut die 'evidence based' werkt binnen de organisatie, maar vooral met als doel om de feedback van de cliënt direct in te kunnen brengen tijdens de therapie, zodat je meer efficiënt te werk kan gaan. Dit zou de werkalliantie kunnen bevorderen en de therapeut meer bewust kunnen maken van zijn of haar handelen tijdens de therapie.

-11

7. Literatuurlijst

- Anker, M.G., Duncan, B.L. & Sparks, J.A. (2009). Using client feedback to improve couples therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 4, 693-704.
- Baarda, D.B., & de Goede, M.P.M. (2001). Basisboek methoden en technieken (3^e druk). Groningen: Stenfert Kroese.
- Bakker, E., & van Buuren, H (2009). Onderzoek, in de gezondheidszorg (1^e druk). Groningen/ Houten: Noordhoff.
- Beugels, H. (2009). Beweeg me maar: Psychomotorische therapie bij kinderen met een dysthyme stoornis. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 5, 19-25.
- Bordin, E.S. (1997). The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance. *Psychotherapy; Theory, Research and Practise*, 16, 252-260.
- Duncan, B.L. (2010). On becoming a better therapist. Washington: American Psychological Association.
- Duncan, B.L. et.al (eds) (2010). The heart and soul of change second edition: delivering what works in therapy. Washington: American Psychological Association.
- Hafkenscheid, A. (2010). De Outcome rating scale (ORS) en de Session rating scale (SRS): Enkele psychometrische kenmerken van de Nederlandse versies. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36, 394-403.
- Hattum van, M., Hutschemaekers, G. (2003). In beweging, de ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie (2^e druk). Utrecht: Trimbo- instituut.
- Hebbrecht, M. (2004). De psychiater als steunfiguur: Een psychoanalytische visie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46, 157-166.
- Jaarplan (2012). *Jaarplan Kinder- en jeugdpsychiatrie 2012*. Geraadpleegd op <http://acc-app15.box.int/documenten/drenthe-overijssel/jaarplannen/jaarplan-2012-cluster-assen.pdf> Jacobs, J. (2013).
- Kaarsemaker, M. (2009). Mentalization- Based Treatment: Voor vaktherapeuten ook de nieuwe trend. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 5, 23-29.
- Kruijf, C., Bosch, van den, A. (2009). De attitude van de vaktherapeut: Een inventarisatie in de kinderpsychiatrie. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4, 19-26.
- NVPMT, 2009. Beroepsprofiel Psychomotorisch Therapeut ("Beroepsprofiel," 2009).
- Paans, R., & Bosscher, R. (2011). Omgangsadvisering: waardevol?: Kwalitatief onderzoek naar omgangsadvisering door psychomotorisch therapeuten in de geriatrie. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 7, 11-17.
- Scott , M. (2014). Srs-ors-license: Therapeutic Change. Geraadpleegd op <http://scottdmiller.com/performance-metrics/>
- Sietsma, L., Bosscher, R. (2012). Op zoek naar onderzoek: Wat is de stand van zaken van onderzoek in de psychomotorische therapie? *Tijdschrift voor vaktherapie*, 8, 13-20.
- Stinckens, N., Ulburghs, A. & Claes, L. (2009). De werkalliantie als sleutelement in het therapiegebeuren: Meting met behulp van de WAV- 12, de Nederlandstalige verkorte versie van de Working Alliance Inventory. *Tijdschrift voor Klinische Psychologie*, 39, 44-60.
- Verhoeven, N. (2008). Wat is onderzoek, praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs (2^e druk). Den Haag: Boom.
- Jacobs, J. (2013). Verkeerd verbonden, wat als het niet klikt tussen hulpverlener en cliënt (1^e druk). Leuven: Acco.
- Zantopp, J. (2013). Stille kennis: Over interventies en bewust en onbewust handelen. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 9, 12-15.

-12

8. Bijlagen

8.1 CORS/ CSRS

Child Outcome Rating Scale (CORS) Nederlandse versie

Naam: _____

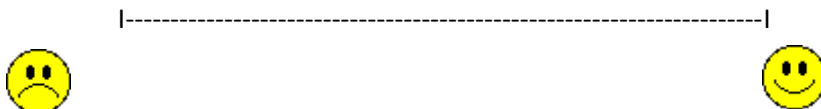
Leeftijd: ____ jaar Geslacht: M / V

Datum: ____ (dg) ____ (mnd) 20____ (jr) Behandelcontact nr. ____

We willen graag weten hoe het met jou gaat en hoe de dingen in jouw leven gaan. Zet op elke lijn een kruisje. Hoe dichterbij het lachende gezichtje, hoe beter het gaat. Dichterbij het verdrietige gezichtje betekent dat het minder goed gaat.

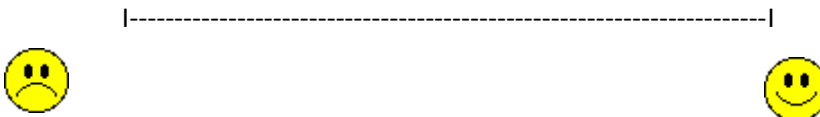
Ik

(Hoe gaat het met mij?)



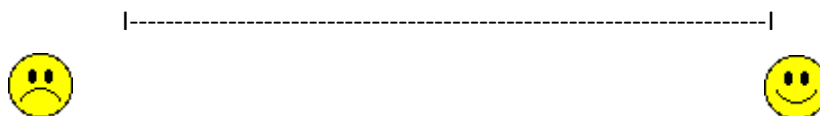
Thuis

(Hoe gaan de dingen thuis?)



School

(Hoe gaat het met mij op school?)



Alles

(Hoe gaat alles bij elkaar?)



Institute for the Study of Therapeutic Change

www.talkingcure.com

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, & Jacqueline A. Sparks

Translation in Dutch: Anton Hafkenscheid (a.hafkenscheid@sinaicentrum.nl), in collaboration with Dorti Been, Sjouk de Boer, Albert Boon, Peter Breukers, Mark Crouzen, Marja Hendrich-Hafkenscheid, Pico Teune & Joop Wolff.

Child Session Rating Scale (CSRS) Nederlandse versie

Naam: _____

Leeftijd: ____ jaar Geslacht: M / V

Datum: ____ (dg) ____ (mnd) 20____ (jr) Behandelcontact nr. ____

Hoe vond je het om vandaag hier te zijn? Zet een kruisje op elke lijn om ons te laten weten hoe je het vond. Hoe dichterbij het lachende gezichtje, hoe fijner je het vond om vandaag hier te zijn. Dichterbij het verdrietige gezichtje betekent dat je het minder fijn vond om vandaag hier te zijn.

Luisteren

luisterde niet altijd
naar me.





luisterde naar me.

-14

Hoe belangrijk

Wat we hebben
gedaan en waar we
over hebben gepraat
was niet zo
belangrijk voor mij.





Wat we hebben
gedaan en waar we
over hebben
gepraat was
belangrijk voor mij.

Wat we hebben gedaan

Ik vond wat we
vandaag
hebben gedaan
niet prettig





Ik vond wat
we vandaag
hebben
gedaan
prettig.

Alles bij elkaar

Ik zou willen dat we
iets anders konden
gaan doen.





Ik hoop dat we de
volgende keer
dezelfde dingen
gaan doen.

Institute for the Study of Therapeutic Change

www.talkingcure.com

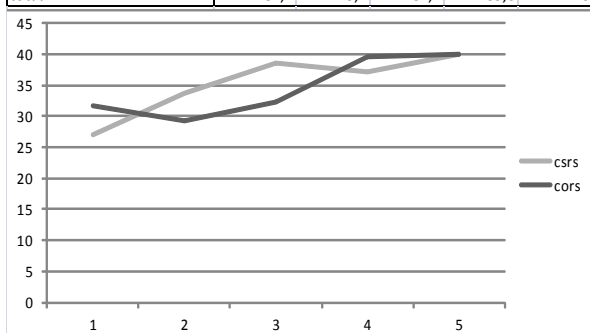
© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Jacqueline A. Sparks, & Lynn D. Johnson

Translation in Dutch: Anton Hafkenscheid (a.hafkenscheid@sinaicentrum.nl), in collaboration with Dorti Been,
Sjouk de Boer, Albert Boon, Peter Breukers, Mark Crouzen, Marja Hendrich-Hafkenscheid, Pico Teune & Joop Wolff.

Bijlage 2: individuele datagegevens cliënten/ grafieken CSRS en CORS

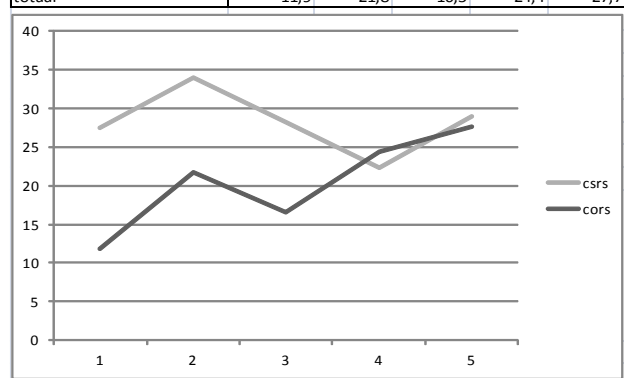
leeftijd	10-12-1997				
geslacht	vrouw				
iq	71				
csrs					
	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
luisteren	9,9	8,3	10	10	10
hoe belangrijk	5,3	6,5	10	10	10
wat we hebben gedaan	5,3	10	8,5	8,5	10
alles bij elkaar	6,6	9	10	8,6	10
totaal	27,1	33,8	38,5	37,1	40

cors					
	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
ik	8,9	8,9	5	10	10
thuis	5,2	4,9	9,6	10	10
school	9,9	7,6	10	9,6	10
alles	7,7	7,8	7,8	10	10
totaal	31,7	29,2	32,4	39,6	40



leeftijd	9-1-1996				
geslacht	man				
iq	117				
csrs					
	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
luisteren	6,7	9	7,3	7	7,5
hoe belangrijk	7,6	8,3	7,1	7,1	7,4
wat we hebben gedaan	6,7	8,7	6,5	2	7
alles bij elkaar	6,5	8	7,4	6,2	7,1
totaal	27,5	34	28,3	22,3	29

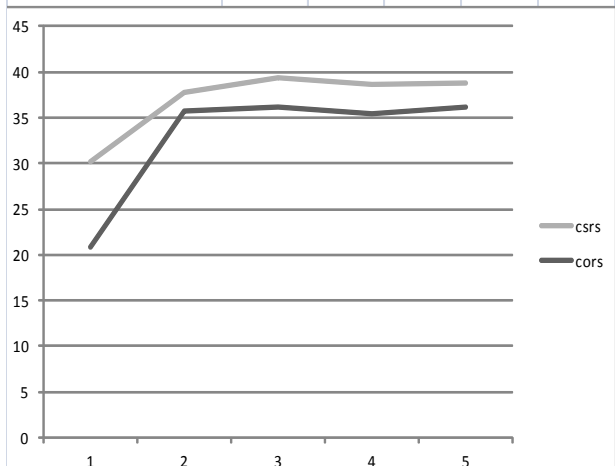
cors					
	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
ik	3,1	4,5	3,1	4,6	5,9
thuis	3,6	6,5	6,5	6,5	7,2
school	0,8	4,3	1,8	6,7	6,8
alles	4,4	6,5	5,1	6,6	7,8
totaal	11,9	21,8	16,5	24,4	27,7



-15

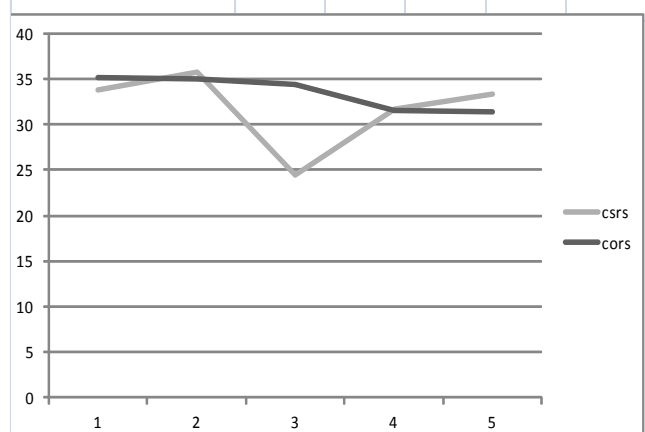
leeftijd	6-6-2002				
geslacht	man				
iq	74				
csrs					
	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
luisteren	6,8	9,4	9,8	9,6	9,6
hoe belangrijk	5,3	10	9,9	9,9	9,8
wat we hebben gedaan	10	9,3	9,7	9,7	9,6
alles bij elkaar	8,1	9	9,9	9,4	9,8
totaal	30,2	37,7	39,3	38,6	38,8

cors					
	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
ik	5,4	9,5	8,6	8,3	8,4
thuis	4,8	7,8	9,6	9,1	9,4
school	4,6	9	8,4	8,7	8,9
alles	6,1	9,4	9,6	9,3	9,4
totaal	20,9	35,7	36,2	35,4	36,1



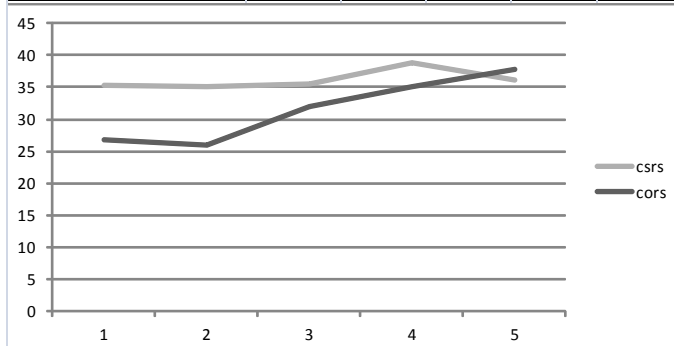
leeftijd	12-12-2003				
geslacht	man				
iq	125				
csrs					
	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
luisteren	8,8	9	7,1	8,5	8,5
hoe belangrijk	9	9,2	6,8	8	8,3
wat we hebben gedaan	8,3	8,6	5	7,3	8,2
alles bij elkaar	7,7	9	5,5	7,9	8,3
totaal	33,8	35,8	24,4	31,7	33,3

cors					
	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
ik	9	9,2	8,7	8,5	8,6
thuis	9	8,3	8,9	7,6	7,3
school	8,8	8,7	8,4	7,7	7,7
alles	8,4	8,8	8,4	7,8	7,8
totaal	35,2	35	34,4	31,6	31,4



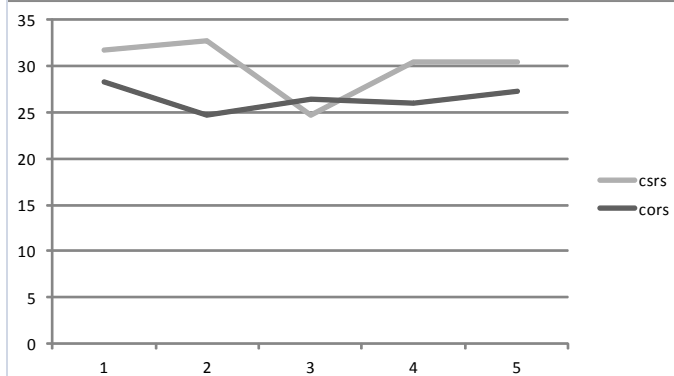
leeftijd	21-8-2002				
geslacht	man				
iq	69				
csrs					
	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
luisteren	9,3	9,4	9,3	9,7	9,6
hoe belangrijk	9,8	8	9,4	9,6	9
wat we hebben gedaan	6,9	8,3	8,5	9,7	8,1
alles bij elkaar	9,4	9,4	8,4	9,9	9,4
totaal	35,4	35,1	35,6	38,9	36,1

cors					
	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
ik	6,9	6,5	8,2	6,7	9,4
thuis	8,7	6,9	8,4	9,1	9,2
school	5,1	6	7,2	9,5	9,6
alles	6,2	6,6	8,1	9,8	9,7
totaal	26,9	26	31,9	35,1	37,9



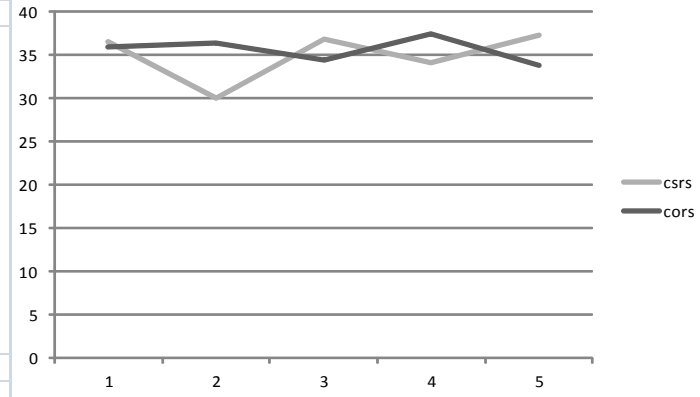
leeftijd	24-11-1997				
geslacht	vrouw				
iq	78				
csrs					
	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
luisteren	8,8	8,2	6,6	8	8
hoe belangrijk	7,3	9	5,5	8,2	8,2
wat we hebben gedaan	6,7	8,5	6,6	7,6	7,2
alles bij elkaar	8,9	7,1	6	6,6	7,1
totaal	31,7	32,8	24,7	30,4	30,5

cors					
	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
ik	7	6,9	6,7	6	6,7
thuis	9,2	7,7	8,2	7	7,6
school	5,5	4,4	5,4	5,9	5,8
alles	6,6	5,7	6,1	7,1	7,2
totaal	28,3	24,7	26,4	26	27,3



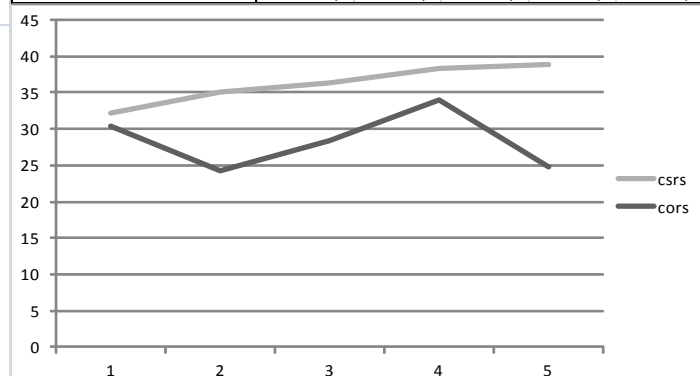
leeftijd	14-9-2004				
geslacht	man				
iq	84				
csrs					
	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
luisteren	9,9	6,7	9,6	8,5	8,3
hoe belangrijk	7,2	7,2	8,9	8,6	9,6
wat we hebben gedaan	9,9	7,6	8,8	8,5	9,5
alles bij elkaar	9,6	8,6	9,5	8,6	9,9
totaal	36,6	30,1	36,8	34,2	37,3

cors					
	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
ik	9,9	9,9	9,9	8,8	8,3
thuis	9,5	9,9	8,1	9,5	6,1
school	7,4	7,2	7,3	9,6	10
alles	9,2	9,4	9,2	9,6	9,4
totaal	36	36,4	34,5	37,5	33,8



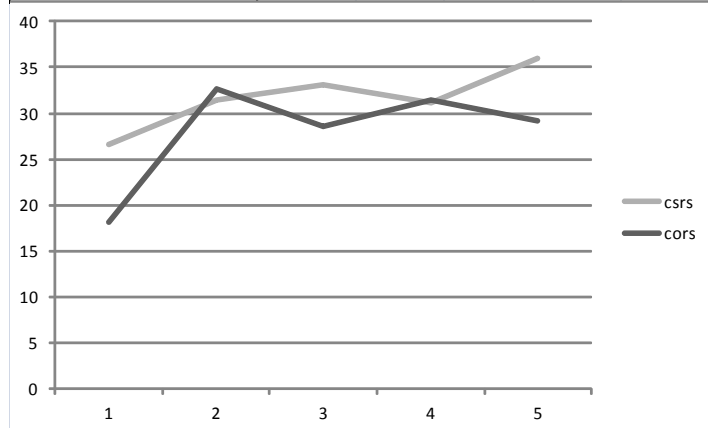
leeftijd	17-6-1997				
geslacht	vrouw				
iq	75				
csrs					
	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
luisteren	8,1	9,6	10	9,3	10
hoe belangrijk	8	9,5	9,1	9,9	10
wat we hebben gedaan	8	8,7	9,2	9,6	10
alles bij elkaar	8	7,2	8,1	9,6	8,9
totaal	32,1	35	36,4	38,4	38,9

cors					
	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
ik	7,7	7	5,8	9,5	7,6
thuis	6,9	6,2	9,4	9,4	6,2
school	9,5	5,3	6,3	7	4,4
alles	6,2	5,7	6,9	8	6,6
totaal	30,3	24,2	28,4	33,9	24,8



leeftijd	8-12-1998				
geslacht	vrouw				
iq	82				
csrs					
	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
luisteren	7,1	7,5	7	7,5	8,9
hoe belangrijk	6,9	7,9	10	7,6	9,5
wat we hebben gedaan	4,3	7,2	7,5	7,3	8,5
alles bij elkaar	8,3	8,8	8,6	8,7	9,1
totaal	26,6	31,4	33,1	31,1	36

cors					
	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
ik	3,6	8,2	6,7	7,4	6,7
thuis	5,9	9,1	6	8,6	6,7
school	3,7	6,6	7,1	7,3	8,2
alles	4,9	8,8	8,8	8,2	7,5
totaal	18,1	32,7	28,6	31,5	29,1



leeftijd	6-4-1999				
geslacht	vrouw				
IQ	81				
csrs					
	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
luisteren	6,9	7,3	6,3	6,4	7,3
hoe belangrijk	7	5,2	6,7	6,7	7,5
wat we hebben gedaan	7,2	7,1	6,4	6,5	7,1
alles bij elkaar	7,3	7,5	7	6,9	7,7
totaal	28,4	27,1	26,4	26,5	29,6

cors					
	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5
ik	6,3	7,7	9,1	8,2	8,6
thuis	6,2	7,8	9,4	8	8,2
school	6,2	7,8	9,4	8,3	8,6
alles	6,3	8,1	9,3	8,5	8,9
totaal	25	31,4	37,2	33	34,3

