

Sherborne's bewegingspedagogiek
binnen de Intensieve Orthopedagogische
Gezinsbehandeling, een meerwaarde of niet?



Masterthese Psychologie

Universiteit Twente

Marieke Sanders- Sizoo

Begeleiding: Dr. M.W. M. Kuttchreuter

Dr. C. Bode

Jarabee: Dhr. E. Berk

Enschede, oktober 2008

Sherborne's bewegingspedagogiek
binnen de Intensieve Orthopedagogische
Gezinsbehandeling, een meerwaarde of niet?

Masterthese Psychologie

Universiteit Twente

Marieke Sanders- Sizoo

Begeleiding: Dr. M.W. M. Kuttschreuter

Dr. C. Bode

Jarabee: Dhr. E. Berk

Enschede, oktober 2008

Voorwoord

Vierenzestig pagina's en meer dan zesentwintigduizend woorden heb ik nodig gehad om dit verslag naar eigen tevredenheid af te krijgen. En nog heb ik het gevoel dat over mijn afstudeeronderwerp nog heel veel meer gezegd kan worden. Voor ik mijn afstudeerperiode definitief afsluit, wil ik in dit voorwoord nog een paar van mijn overpeinzingen met de lezer delen. In de wetenschap gaat het veelal om een theoretische onderbouwing en de grote getallen bij effectmetingen. Ook in de jeugdzorg wordt er meer en meer aandacht besteed aan theoretische onderbouwing van methodieken en evidence based practice. Mijn inziens een prima ontwikkeling, maar uiteindelijk staat of valt het met het omzetten van al die kennis en onderbouwing in een goede afstemming bij die ene cliënt of dat ene gezin in de praktijk. Dit heb ik zelf ook zo ervaren tijdens de interviews. Ieder gezin en ieder gezinslid heeft een eigen achtergrond, een eigen verhaal en een eigen boodschap. Een hele klus om hier in de interviews wegwijs in te worden. Erg bijzonder vond ik het dan ook dat ondanks de grote verschillen in achtergrond iedere ouder me duidelijk bleek te willen maken dat vooral de 'klik' met de hulpverlener zoveel voor ze had betekend. Wanneer ik dit naast mijn eigen ervaringen leg, zowel in mijn werk als privé, vraag ik me wel eens af: zou het dan toch uiteindelijk allemaal gaan om contact maken met elkaar?

Vanwege het 25 jarig bestaan van de Kindertelefoon gaf Martine Delfos een lezing. Volgens haar staat in het communiceren met kinderen en jeugd contact maken centraal. En dat contact zou moeten worden gebaseerd op respect en bescheidenheid. Tegelijkertijd maakte ze haar verhaal een stuk breder door dezelfde gedachtegang door te trekken naar de hulpverlener en cliënt. Een erg inspirerend verhaal, maar vol begrippen die moeilijk te bevatten en al helemaal moeilijk wetenschappelijk te onderzoeken zijn. Martine Delfos sloot af met de zin: "we hoeven niet alles te begrijpen als we maar begrijpen dát we het niet begrijpen, dan gaan we vanzelf respectvoller met de ander om". Een mooie zin om nog eens over na te denken.

Alle energie die ik in mijn studie en afstuderen heb gestopt, komt natuurlijk niet zomaar uit het niets. Daarom wil ik als laatste nog een hele lijst mensen bedanken voor hun steun, hulp en inspiratie. Vanuit de universiteit Margot, Lieke en Christina bedankt voor de begeleiding tijdens het onderzoek. Jullie op- en aanmerkingen waren altijd duidelijk en concreet. Vanuit Jarabee Eckerhard bedankt voor de prettige samenwerking. Je gaf me alle vrijheid en vertrouwen om het onderzoek op mijn manier uit te voeren. En José, mijn belangrijkste link met de gezinnen. Ik heb veel van je geleerd en keep up the good work! Natuurlijk ook de andere hulpverleners die mij in contact met gezinnen hebben gebracht en de overige gezinshulpverleners van Jarabee die ik heb bestookt met mails en vragen, bedankt! Alle gezinnen die deelnamen aan het onderzoek wil ik nogmaals bedanken voor hun openheid en eerlijkheid. Toch erg bewonderenswaardig.

Eigenlijk is het thuisfront nog veel belangrijker voor me geweest... Ouders en Hans bedankt voor het lezen van mijn verslag. Alle familie, super dat jullie altijd geïnteresseerd zijn geweest in mijn bezigheden en Hidde zo vaak bij jullie terecht kon. Tessa, Tristan en Loek, ik weet zeker dat Hidde het geweldig vond en vindt om met jullie te spelen. Dave, heerlijk dat je er bent en keer op keer mijn verhalen geïnteresseerd aan hoort. En Hidde, het was ontzettend ontspannend om met je te spelen, knuffelen en lachen tussen mijn harde werken door. Dat houden we erin!

Samenvatting

Sherborne's bewegingspedagogiek maakt gebruik van op een speelse manier doelgericht bewegen en lichamelijk contact maken om de ontwikkeling van het kind te stimuleren. De veronderstelling is dat deze methodiek kan bijdragen aan het verbeteren van de hechting tussen kind en ouder. Momenteel wordt deze methodiek toegepast binnen de Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG) van Jarabee. IOG is een intensieve vorm van thuishulp voor gezinnen met meervoudige problemen. Kenmerkend voor de werkwijze is dat de draagkracht wordt versterkt en de draaglast wordt verminderd (empowerment). In opdracht van Jarabee is onderzocht wat de meerwaarde van Sherborne's bewegingspedagogiek binnen de IOG is.

In dit onderzoek zijn twee groepen met elkaar vergeleken. De Sherbornegroep bestond uit acht gezinnen die IOG in combinatie met Sherborne's bewegingspedagogiek hadden gekregen. De controlegroep bestond uit vijf gezinnen die de reguliere IOG hadden gekregen. Om de effecten van de behandeling te objectiveren, is gekeken naar de tevredenheid over de behandeling, de afname van gedragsproblemen van het kind, de afname in stressbeleving van moeder en verbeteringen in het contact tussen ouders en kind. Hierbij is gebruik gemaakt van informatie verkregen uit interviews met de moeders en de scores op verschillende vragenlijsten (CBCL/SDQ en NOSI/ NOSI-K).

Uit het onderzoek komt naar voren dat de effectiviteit van Sherborne's bewegingspedagogiek in combinatie met IOG niet duidelijk anders of beter lijkt dan de effectiviteit van de reguliere IOG. De gezinnen in beide groepen bleken tevreden te zijn over de behandeling en gaven verbeteringen in het contact tussen ouder en kind aan. De helft van de moeders die Sherborne's bewegingspedagogiek hebben gekregen, schrijft verbeteringen die zijn opgetreden in het gezin ook daadwerkelijk toe aan deze methodiek. De overige moeders geven echter vergelijkbare verbeteringen aan en schrijven dit toe aan andere interventies binnen de IOG. Er is er geen duidelijk effect van Sherborne's bewegingspedagogiek aangetoond ten aanzien van de gedragsproblemen van het kind en de stressbeleving van de moeders. Tegelijkertijd bleken er onvoldoende gegevens beschikbaar om een positief effect van Sherborne's bewegingspedagogiek uit te sluiten.

Een andere bevinding uit het onderzoek is dat Sherborne's bewegingspedagogiek niet bij iedere ouder en ook niet bij ieder kind even goed aansloot. Ook de hulpverlener moet zich kunnen vinden in de werkwijze en gedachtegang van Sherborne's bewegingspedagogiek. Mogelijk dat wel een meerwaarde kan worden aangetoond wanneer er meer ervaring is opgedaan bij welke ouders en kinderen de methode goed aansluit. Op dit moment lijkt het niet zinvol alle hulpverleners te scholen in de Sherborne's bewegingspedagogiek. Het aanbieden van Sherborne's bewegingspedagogiek als een extra interventie binnen de IOG kan echter wel degelijk waardevol zijn voor individuele gezinnen.

Abstract

Sherborne Developmental Movement is a methodology that uses creative movement and physical contact to stimulate children's development. This methodology is assumed to contribute to improving attachment between child and parent. At this moment Jarabee, a welfare organisation for children in Twente, the Netherlands, currently provides Sherborne Developmental Movement as a part of the Intensive Orthopedagogical Family Treatment (Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling, IOG). IOG is an intensive family preservation program for families with multiple problems. This program is designed to increase a family's resilience and burdens (empowerment). The study examines the added value of the Sherborne Developmental Movement within the IOG.

In this survey two groups have been compared. The Sherborne group consisted of eight families that received IOG in combination with Sherborne Developmental Movement. The control group consisted of five families that received regular IOG. To try and objectively assess the effects of treatment the following measures were used: satisfaction with treatment, reduction in behavioural problems of the child, reduction in stress perception of the mother and improvement in contact between parents and child. Results are based on interviews with the mothers and on various questionnaires (CBCL/SDQ and NOSI/NOSI-K)

The study found that the effectiveness of Sherborne in combination with IOG is not clearly different or improved compared to the effectiveness of regular IOG. The families in both groups appeared satisfied with the treatment and indicated improvements in the contact between parent and child. Half of the mothers who received Sherborne Developmental Movement attributed improvements that occurred in the family specifically to this methodology. The other mothers, however, experienced comparable improvements and attributed this to other interventions within the IOG. No clear effect on the behaviour of the child and the stress perception of the mothers due to Sherborne Developmental Movement has been demonstrated. However, data appeared to be insufficient to exclude a positive effect of Sherborne Developmental Movement.

Another finding from the study is that Sherborne Developmental Movement is not suitable for all parents and children. It is possible that added value can be demonstrated through further research examining which parents and children benefit from this methodology. The social worker must also support the theory and activities of Sherborne Developmental Movement. At this moment it does not seem meaningful to train all social workers in Sherborne Developmental Movement. The provision of Sherborne Developmental Movement as a supplementary intervention within the IOG, however, can indeed be valuable for individual families.

Inhoudsopgave

Voorwoord	I
Samenvatting	II
Abstract	III
1. Inleiding	
1.1. Jarabee	5
1.2 Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG)	5
1.3 Sherborne's bewegingspedagogiek	10
1.4 Onderzoeksvraag	16
2. Methoden	
2.1 Onderzoeksopzet	18
2.2 Onderzoeksgroep	19
2.3 Meetinstrumenten	20
2.3.1 Semigestructureerd interview	20
2.3.2 Vragenlijsten	21
2.3.3 Analyse	25
3. Resultaten	
3.1. Bevindingen tijdens het beloop van het onderzoek	27
3.2 Algemene bevindingen	28
3.3 Bijdrage van Sherborne's bewegingspedagogiek	31
3.1.1. Bijdrage van andere interventies	33
3.4 Tevredenheid	37
3.5 Gedragsproblemen	38
3.6 Stressbeleving	41
3.7 Contact tussen ouder en kind	44
4. Conclusie en discussie	
4.1. Conclusie	49
4.2. Discussie	50
4.3 Aanbevelingen	54

Literatuur

Bijlagen

1 Inleiding

1.1. Jarabee

Jarabee, jeugdzorg in Twente, is een organisatie voor ondersteuning, hulp- en dienstverlening aan kinderen en jongeren van 0 tot 23 jaar, hun ouders en iedereen die in zijn werk met hen te maken heeft. De organisatie van Jarabee bestaat uit vier locaties ten behoeve van de uitvoering: Almelo, Hengelo, Oldenzaal en Enschede. Jarabee ontwikkelt activiteiten om te voldoen aan de vragen van cliënten en/of de maatschappij om ondersteuning of hulpverlening ter vermindering of voorkoming van problemen en stoornissen, ontstaan op het gebied van opgroeien en opvoeding. In dialoog met de cliënt wordt de hulp afgestemd op diens behoefte, de specifieke situatie, de ontwikkelingsfase en de leefomgeving. Een actieve rol van de cliënt in de hulpverlening wordt gestimuleerd. Kenmerkend voor de werkwijze is dat de draagkracht wordt versterkt en de draaglast wordt verminderd (empowerment).

Jarabee biedt verschillende hulpsoorten: specifiek ambulante jeugdhulp, dagbehandeling of 24-uurszorg. Onder specifieke ambulante jeugdhulp valt onder andere Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG). Deze vorm is bedoeld voor gezinnen met kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 die meervoudige en ernstige problemen hebben en/of een langdurige hulpverleningsgeschiedenis. Een uitgebreide beschrijving van IOG staat in paragraaf 1.2

In 2005 hebben twee gezinshulpverleners van Jarabee een cursus Sherborne's bewegingspedagogiek gevolgd. Sindsdien passen zij deze methode binnen de IOG toe bij gezinnen waarbinnen vermoedelijk hechtingsproblematiek een rol speelt. Hun ervaring is dat de Sherborne's bewegingspedagogiek voor veel gezinnen meerwaarde heeft naast de reguliere intensieve orthopedagogische behandeling. Deze meerwaarde zit vooral in het doen en ervaren van de oefeningen die zorgen voor een totaal andere insteek dan de verbale instructies en gedragsmatige insteek van de IOG. Vanuit één van de gezinshulpverleners is het verzoek gekomen de effecten van Sherborne's bewegingspedagogiek binnen de IOG in kaart te brengen. Allereerst zal een beschrijving van de Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling en de Sherborne's bewegingspedagogiek worden gegeven.

1.2 Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG)

Omschrijving van de interventie IOG

De hulpverlening van IOG vindt bij het gezin thuis plaats en richt zich op de volle breedte van de problematiek. De behandeling van IOG kent een duidelijke opbouw en fasering die bij ieder gezin worden gevolgd. Gemiddeld duurt de behandeling vijf maanden en wordt het gezin twee keer per week maximaal twee uur bezocht door een gezinshulpverlener. De gezinshulpverleners zijn in het bezit van een HBO-diploma SPH/MWD en hebben als aanvulling de post-HBO opleiding Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG) gevolgd.

Het doel van IOG is tweeledig:

1. Het zodanig verbeteren van het gezinsklimaat dat het gezin (met name de ouders) in staat is om de voorwaarden te scheppen waardoor groei en ontwikkeling van het kind gewaarborgd zijn.
2. Het vergroten van de vaardigheden van de gezinsleden om beter gebruik te leren maken van formele en informele hulpbronnen in hun sociale omgeving (Schot & Steege, 1998; Roosma, 2000).

De behandeling bestaat uit drie fasen. In de eerste zes weken bouwt de hulpverlener een werkrelatie op met het gezin, stelt hij samen met de gezinsleden de doelen op en gaat hij waar mogelijk reeds aan de slag. In deze fase worden ook aantal vragenlijsten afgenomen om de ervaren problemen te objectiveren. In de periode tot vier maanden gaan de hulpverlener en het gezin gericht aan de slag om de gewenste veranderingen te bereiken. Tijdens de behandelperiode past de hulpverlener methodische interventies toe in het gezin om veranderingen tot stand te brengen. De hulpverlener zet deze in, afhankelijk van de doelen en de wensen van het gezin. Voorbeelden van dergelijke interventies zijn: het geven van een gedragsinstructie, model staan en het geven van instructie over gesprekstechnieken. De laatste maand staat in het teken van de afbouw van de hulpverlening. IOG kent daarnaast diverse vormen van nazorg. Het gezin kan met een zogenoemde 'knipkaart' na afsluiting van IOG nog vijf keer een beroep doen op de hulpverlener. De vraag van het gezin moet dan wel betrekking hebben op de doelen die tijdens de hulpverlening aan bod zijn geweest. Ook is het mogelijk de module Langdurige Orthopedagogische Gezinsbehandeling in te zetten als nazorgtraject om terugval te voorkomen. Na een half jaar komt de hulpverlener nog een keer bij het gezin langs voor een follow-up bezoek waarbij nogmaals vragenlijsten afgenomen worden. Evaluaties vinden, op basis van schriftelijke rapportages plaats op een aantal vaste momenten in aanwezigheid van het gezin, de gezinshulpverlener en de casemanager van Bureau Jeugdzorg. (Steege, 2005).

Doelgroep en indicaties IOG

Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG) is een vorm van Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT). Roosma (2000) en Van Schot & Van der Steege (1998) beschrijven drie doelgroepen voor de verschillende modules intensieve pedagogische thuishulp:

1. Gezinnen met jeugdigen met meervoudige problemen: thuis (pedagogische onmacht), op school (gedrag, leren, spijbelen), individuele problematiek bij kinderen en/of ouders(s) (ontwikkelingsproblematiek, psychiatrische problematiek), probleemgedrag (weglopen, verslaving, delinquent gedrag);
2. Gezinnen met jeugdigen met een langdurige hulpverleningsgeschiedenis: multiprobleemgezinnen, pathologisch symbiotische gezinnen, conflictrijke echtscheidingen, KOPP-gezinnen (kinderen van ouders met psychiatrische problematiek);
3. Gezinnen met jeugdigen met lastige/ ingewikkelde problemen met als gevolg afschuif- en doorschuifgedrag tussen sectoren en voorzieningen.

De doelgroep van IOG zijn gezinnen waarbij delen van bovenstaande problematiek spelen en waarbij de draaglast van het gezin niet alleen verzwaard wordt door ernstige opvoedingsproblematiek, maar ook door ernstige problemen met het vormgeven van andere gezinstaken als huishouden/verzorging, financiën, maatschappelijk functioneren, partnerrelatie of het individueel functioneren van de ouder(s) en/of het kind (de kinderen). Het chronisch verstoorde evenwicht tussen de draaglast en de draagkracht van het gezin maakt het noodzakelijk

naast orthopedagogische interventies ook interventies te richten op de volle breedte van de problematiek, gericht op zowel het verkleinen van de draaglast als het vergroten van de draagkracht.

IOG is een vorm van geïndiceerde jeugdzorg. Dit betekent dat hiervoor een indicatiestelling van Bureau Jeugdzorg nodig is. Voor IOG worden de volgende indicatie criteria gehanteerd (Schot & Steege, 1998; Brandenbrug & Puts, 2002).

- Het kind is tussen nul en achttien jaar;
- Ernstige opvoedingsproblematiek (pedagogische onmacht bij de ouders en emotionele en gedragsproblemen bij het kind), als onderdeel van een chronische en complexe crisissituatie;
- Er is sprake van dusdanig ernstige problematiek dat het kind uithuis geplaatst dreigt te worden. Of er is sprake van een kind dat reeds uithuis geplaatst is, waarbij thuisplaatsing niet mogelijk is door de ernstige problematiek in het gezinsfunctioneren;
- De hulpverlening aan het gezin dreigt vast te lopen of is vastgelopen;
- Er is sprake van een verstoorde communicatie in het gezin;
- De autonomie van de verschillende gezinsleden wordt bedreigd.

Voorwaarden voor de inzet van IOG zijn verder dat met behulp van IOG de (fysieke) veiligheid van de kinderen gewaarborgd kan worden en dat duidelijk aangegeven is dat lichtere ambulante alternatieven ontoereikend zijn (Schot & Steege, 1998; Roosma, 2000).

Van Brandenburg & Puts (2002) onderscheiden vijf contra-indicaties voor IOG op basis van een evaluatieonderzoek uitgevoerd door Praktikon (Damen, Veerman & Janssen, 2002):

- Er is sprake van een ernstige verslaving van de ouder(s);
- Er is sprake van een gebrek aan motivatie van de ouder(s) of oudere kinderen om verder te gaan;
- De veiligheid van het kind of de kinderen binnen het gezin is niet gewaarborgd. Er is bijvoorbeeld sprake van lichamelijke mishandeling of seksueel misbruik;
- De veiligheid van de hulpverlener is niet gewaarborgd;
- Het aangemelde kind heeft een dusdanig specifieke aanpak nodig dat de ouder(s), ook met hulp, deze niet kunnen bieden.

Theoretische onderbouwing van de IOG

Binnen de IOG wordt gewerkt met activeringsgerichte methodieken van 'Empowerment' (Schot & Steege, 1998). De kern van empowerment is dat de hulpverlener niet zozeer de problemen verhelpt en compenseert, maar vooral de aanwezige krachten en sterke kanten probeert te benutten en waar mogelijk uit te breiden. Vanuit de achtergrond dat gezinnen met veel en ernstige problemen vaak niet ontvankelijk zijn voor hulp en veel negatieve ervaringen met hulpverleners hebben, dienen zij vooral op hun krachten aangesproken te worden. De hulpverlener sluit aan bij de vraag van het gezin en gaat een dialoog met ouders aan. Het gezin participeert in en wordt betrokken bij de hulpverlening door mee te bepalen en mee te beslissen. Dit betekent dat de hulpverlener respect heeft voor het gezin en vertrouwen heeft in hun vermogen om te veranderen. Samen met het gezin worden doelen opgesteld en met behulp van deze doelen wordt naar resultaten gewerkt. Vervolgens zet de hulpverlener interventies in die daarbij passend zijn. De hulpverlener komt bij het gezin thuis en verleent de hulp in hun eigen

omgeving. Dit maakt de hulpverlening laagdrempelig en maakt bovendien het generaliseren van het geleerde naar de thuissituatie overbodig.

Binnen de methodiek van de IOG wordt daarnaast gebruik gemaakt van: de leertheorie, de systeembenadering en de communicatietheorie (Schot & Steege, 1998). Met betrekking tot de leertheorie zijn de stromingen operante leertheorie van Skinner en sociale leertheorie van Bandura terug te vinden in de methodiek van de IOG. De operante leertheorie gaat ervan uit dat gedrag geleerd wordt onder invloed van omgevingsfactoren. Als in een omgeving bepaald gedrag voortdurend beloond wordt, dan zal de betrokken persoon steeds vaker dat gedrag vertonen. Omgekeerd geldt ook dat gedrag in een bepaalde omgeving niet meer vertoond wordt wanneer daar steeds een onaangename consequentie op volgt. Wanneer een kind bijvoorbeeld snoep ziet, kan dat een stimulus zijn om om snoep te gaan zeuren. Wanneer het kind zijn zin niet krijgt (afzwakkende consequentie) zal het op den duur het gedrag opgeven. Wanneer het kind na doordrammen toch een snoepje krijgt (versterkende consequentie), leert het kind dat het gedrag hem iets oplevert en zal hij het gedrag blijven vertonen. Ook het belonen van gedrag dat ouders graag willen zien, werkt als versterkende consequentie dat ervoor zorgt dat het kind het gedrag vaker zal vertonen.

De sociale leertheorie benadrukt dat gedrag ook geleerd wordt op grond van datgene wat men belangrijke personen (modellen) in de omgeving ziet doen. Dit proces wordt ook wel observerend leren genoemd. Ouders die een bepaald taalgebruik hanteren (bijvoorbeeld veel scheldwoorden) staan hiermee model voor het taalgebruik van hun kinderen. Ook de hulpverlener kan een modelfunctie binnen het gezin vervullen en hiermee opvoedingsvaardigheden aan ouders leren.

Binnen de systeembenadering worden de aangemelde cliënten en de meest relevante sociale context gezamenlijk in de behandeling betrokken. Volgens Lange (1985) ligt de kracht van gezinstherapie in de flexibiliteit bij de keuze van het ingrijpen op de verschillende niveaus. Lange beschrijft in zijn systeemgerichte gezinsbenadering verschillende niveaus van systemen binnen een gezin waarop de hulpverlening zich kan richten. Binnen de methodiek van de IOG wordt onderscheid gemaakt tussen individueel niveau, gezinssysteem (functioneren van gezin als geheel) en het hulpverleningssysteem (functioneren van het gezin met de hulpverlener). Het functioneren en de relatievorming van deze systemen worden in kaart gebracht en behandeling richt zich op het verbeteren ervan. (Lange, 1985)

De communicatietheorie gaat ervan uit dat de manier waarop mensen zich gedragen niet los kan worden gezien van hun contacten met anderen (van Schot & Steege 1998). Eventueel met video-opnames ter ondersteuning wordt gekeken naar de manier waarop de gezinsleden met elkaar communiceren. Het uitgangspunt is zoeken naar wat er nog aan positieve communicatie aanwezig is om van daaruit te werken naar uitbreiding van communicatieve vaardigheden. Binnen IOG wordt veel gebruik gemaakt van de principes van basiscommunicatie (Biemans & Dekker, 1994), waarbij de volgende aspecten met name van belang worden geacht bij een goede communicatie met jonge kinderen:

1. ouders volgen de initiatieven van hun kinderen;
2. ze bevestigen de ontvangst van dat initiatief;
3. ze benoemen op instemmende wijze de interacties;
4. ouders dragen zorg voor een goede beurtverdeling;
5. in het algemeen geldt dat ouders leiding moeten geven aan de communicatie.

De gedachtegang die hieraan ten grondslag ligt is dat ouders de initiatieven van het kind dienen te bevestigen door adequaat op het kind te reageren. Hiermee kan het kind weer verder en door de voortdurende wisselwerking van initiatieven nemen en ontvangen wordt het kind in zijn ontwikkeling gestimuleerd (Dekker, 1991). Naast het kijken naar de vorm en inhoud van de communicatie zijn er ook communicatieregels te onderscheiden die vooral in gezinnen met pubers een aandachtspunt vormen (Lange, 1985). Voorbeelden van communicatieregels zijn: kritiek op een positieve wijze uiten, concreet in plaats van vaag praten, achterwege laten van de waarom vragen.

Effectiviteit van IOG

De effectiviteit van IOG is onderzocht in verschillende niet-experimentele onderzoeken. In deze onderzoeken werd geen gebruik gemaakt van een controlegroep, maar wel van een voor- en nameting. In de studies zijn betrouwbare meetinstrumenten gebruikt die de doelen goed operationaliseren, de resultaten zijn statistisch goed geanalyseerd en de interventies en de metingen zijn in de praktijk uitgevoerd. Op grond van deze onderzoeken is de IOG op 06/09/2006 erkend door Panel Jeugdzorg als effectieve jeugdinterventie (Steege, 2005).

Veerman & De Meyer (2007) deden onderzoek naar de effectiviteit van verschillende hulp aan huis programma's in Noord- en Oost-Nederland. In dit onderzoek is bij 449 jongeren die IOG hebben gekregen, gekeken naar de veranderingen in gedragsproblemen (m.b.v. totaal score CBCL) en opvoedingsbelasting (m.b.v. totaal score NOSI). Wat betreft de IOG in Overijssel geldt dat ruim 62,4% van de jeugdigen een betrouwbare verbetering in de gedragsproblemen liet zien. Daarnaast trad bij 60,8% een betrouwbare verbetering in de opvoedingsbelasting op. De effectgrootte van de IOG is berekend door de gemiddelde groepsscore op de CBCL en NOSI bij de nameting af te trekken van de gemiddelde groepsscore op de voormeting en dit verschil te delen door de gepoolde standaarddeviatie van de voor- en nameting. Hiermee wordt aangegeven hoeveel eenheden van een standaarddeviatie een groep tijdens de behandeling veranderd is. In dit onderzoek is het effect van IOG volgens de terminologie van Cohen (1988) middelgroot: 0.70 voor gedragsproblemen en 0.68 voor opvoedingsbelasting (Veerman, De Meyer & Roosma, 2007). Deze uitkomsten komen overeen met ander onderzoek naar effecten van Intensieve Pedagogische Thuishulp (Kemper, 2004; Damen, Veerman & Janssen, 2002).

Veerman, Janssens & Delicat (2005) hebben een meta-analyse van Nederlandse methodieken binnen de gezinshulpverlening uitgevoerd. Zij vergeleken 17 verschillende methoden met elkaar, waaronder IOG. Wat de IOG betreft zijn er effectgroottes van 0.60 voor gedragsproblemen en 0.58 voor opvoedingsbelasting gemeten. Beide effectgroottes zijn statistisch significant en kunnen als middelgroot worden getypeerd. Er is dus na afsluiting van de hulp sprake van vermindering van de gedragsproblemen bij jeugdigen en van de opvoedingsbelasting die ouders ervaren. Op grond van de gevonden effectgroottes bleken de verschillende methodieken echter niet te onderscheiden in succesvolle en minder succesvolle methodieken. De verschillende methodieken bleken ongeveer even effectief (Veerman, Janssen & Delicat, 2005).

Een belangrijke bevinding is dat veel jeugdigen en ouders ook na de behandeling nog met aanzienlijke problemen te maken hebben (Veerman, De Meyer & Roosma, 2007; Veerman, Janssens & Delicat, 2005). Dit duidt op een risico voor de verdere ontwikkeling van het kind of de jeugdige en maakt het nodig een passende vorm hulpverlening als vervolg aan te bieden. Dit is een beeld dat ook bekend is uit ander onderzoek (Boendemaker, Veldt & Booy, 2003). Veerman,

Janssen & Delicat (2007) wijzen erop dat het feit dat er ondanks de hoge eindscores toch nog een middelgroot effect is behaald, te maken heeft met de nog hogere beginscores. Hierdoor zou het ook mogelijk kunnen zijn dat de beginscores aan het plafond zitten en waardoor er een reële kans is dat de score bij de tweede meting lager zal zijn, zonder dat dit op een betrouwbare verandering duidt. Of dit het geval is, is niet goed in te schatten omdat gegevens hierover ontbreken. In het onderzoek van Boendermaker et al. (2003) wordt geconcludeerd dat de problemen nog niet opgelost zijn bij afronden van behandeling. Ruim driekwart van de jeugdigen heeft nog beduidende gedragsproblemen, maar die problemen zijn minder dan bij de groep die is afgehaakt. Bovendien zijn ouders en jeugdigen tevreden over de geboden hulp.

Aangezien in geen van de onderzoeken gebruik werd gemaakt van een controlegroep, is het toeschrijven van de gevonden effecten aan de behandeling niet zonder meer mogelijk. Als mogelijkheid wordt genoemd dat de effecten door rijping van ouders of kind veroorzaakt kunnen zijn of door toevallige factoren zoals verhuizing, een andere leerkracht enzovoort. Een andere mogelijkheid is dat juist die jeugdigen en gezinnen hulp zoeken die niet alleen aanzienlijke problemen ervaren, maar ook gemotiveerd zijn er wat aan te doen. Dit zou ervoor zorgen dat de onderzochte groep selectief is en daarmee van elke vorm van behandeling zou profiteren. Aangezien de behandelde kinderen en jeugdigen bij aanvang van de hulp veelal ernstige gedragsproblemen vertonen, lijkt het niet aannemelijk dat de problematiek op grond van rijping, toevallige factoren of zelfselectie substantieel zal veranderen. Dit zou bij een enkel kind het geval kunnen zijn, maar niet als het om een systematische verandering bij een grote groep gaat zoals in deze onderzoeken het geval is. Daarnaast geven studies naar het natuurlijke beloop van externaliserende gedragsproblemen aan dat dit type gedrag over de tijd vrij stabiel blijft (Loeder, 1982).

1.3 Sherborne's bewegingspedagogiek

Specifieke interventies gericht op het verbeteren van de band tussen ouders en kind vallen niet binnen de methodiek van de IOG. Tijdens het zoeken naar handvatten voor het begeleiden van gezinnen waarbinnen hechtingsproblematiek een rol speelt kwamen twee hulpverleners in aanraking met Sherborne's bewegingspedagogiek. Na het volgen van een cursus passen zij sinds ongeveer vier jaar Sherborne's bewegingspedagogiek toe binnen de IOG. De hulpverleners stellen voor Sherborne's bewegingspedagogiek te gebruiken en in overleg met ouders wordt dit ingepast in de IOG. Dit gebeurt als er in de aanmelding vanuit Bureau Jeugdzorg aanwijzingen staan dat hechtingsproblematiek een rol speelt of als de hulpverlener zelf tijdens de eerste zes weken betrokken te zijn bij het gezin hier aanwijzingen voor heeft. Hieronder volgt een uitgebreide beschrijving van de methodiek.

Ontwikkeling van Sherborne's bewegingspedagogiek

De Sherborne's bewegingspedagogiek is halverwege de 20e eeuw ontwikkeld door de Engelse Veronica Sherborne. Zij was ruim 30 jaar werkzaam als fysiotherapeut en docente lichamelijke opvoeding in het reguliere en speciaal onderwijs. Sherborne heeft haar ideeën gebaseerd op de filosofie en theorie van "Human Movement" van choreograaf Rudolf Laban. Hierbij wordt gekeken naar drie aspecten van bewegen: welk deel van het lichaam beweegt (totaal of gedeeltelijk, opeenvolgend of gelijktijdig), in welke richting wordt bewogen (voorwaarts of achterwaarts, hoog of laag) en op welke manier wordt bewogen (met veel of

weinig energie, vloeiend of gebonden, doelgericht of vrij en snel of rustig). Labans doel was niet zozeer gericht op goede performance, maar meer op ontwikkeling van persoonlijkheid en mogelijkheden en mensen helpen om bewegen in de breedste zin te begrijpen en ervaren. Sherborne heeft twee basis behoeften van kinderen geformuleerd die als uitgangspunt dienen van haar methode (Sherborne, 2001):

- De behoefte om je thuis te voelen in je eigen lichaam en er beheersing over te hebben;
- De behoefte om relaties met anderen te kunnen vormen.

De veronderstelling van Sherborne is dat een mens niet kan omgaan met of leren van de omringende wereld zonder goed vertrekpunt, de eigen identiteit of zelfbesef. Ook veronderstelt ze dat een mens niets van andere mensen kan leren zonder een relatie met hen aan te gaan, (Sherborne, 2001). Sherborne's bewegingspedagogiek maakt gebruik van doelgericht en op een speelse manier bewegen en lichamelijk contact maken om de ontwikkeling van het kind te stimuleren.

De activiteiten die Sherborne heeft beschreven, worden niet simpelweg als oefeningen beschouwd, maar als een combinatie van fysieke, emotionele en sociale leerervaringen. De volgende overtuigingen liggen hieraan ten grondslag:

- Bewegingservaringen zijn fundamenteel voor de ontwikkeling van alle kinderen, maar zijn in het bijzonder belangrijk voor kinderen met moeilijkheden in hun ontwikkeling die vaak moeilijkheden hebben in een relatie aangaan met hun eigen lichaam en met andere mensen;
- Kinderen met moeilijkheden in hun ontwikkeling hebben meer en intensievere bewegingservaringen nodig dan normaal ontwikkelende kinderen.

Omschrijving van Sherborne's bewegingspedagogiek

De twee basisdoelstelling van Sherborne's bewegingspedagogiek zijn (Sherborne, 2001):

1. bewustwording van het eigen lichaam: De aanname hierbij is dat een kind zijn lichaam moet kennen en de bewegingsmogelijkheden moet kunnen gebruiken. Dit wordt beschouwd als een voorwaarde om een gezonde persoonlijkheid op te bouwen en de omgeving te gaan verkennen. Via eenvoudige bewegingservaringen, zoals over de grond rollen, voort getrokken worden, springen, een bruggetje maken, stampen e.d. worden kinderen geholpen zich te concentreren en te richten op het eigen lichaam. De kinderen leren te luisteren naar hun lichamelijke sensaties en zich zo bewust te worden van de mogelijkheden en beperkingen van hun lichaam.
2. bewustwording van de anderen en omgeving: De aanname hierbij is dat een kind dat zich veilig voelt in zijn omgeving en bij anderen, de drang zal voelen om steeds verder op verkenning te gaan. Via eenvoudige bewegingsspelletjes met anderen wordt langzaam het vertrouwen in die ander opgebouwd. Er wordt geëxperimenteerd met verschillende vormen van interactie. Daarnaast wordt het kind via bewegingservaringen zich bewust van de externe omgeving en begrippen met betrekking tot ruimte en tijd zoals, verdichtbij, voor-achter, boven-onder, veel-weinig persoonlijke ruimte, snel-traag en ritme.

De activiteiten worden door de begeleider uitgelegd en voorgedaan. De interactiestijl van de begeleider dient een sensitief-responsief karakter te hebben. Creativiteit en eigen initiatief van het kind worden gestimuleerd. Er is geen goed of fout uitvoeren van de activiteiten, maar

opvallendheden in de interactie tussen het kind en de ouders worden teruggekoppeld om hen bewust te maken van hetgeen er gebeurt. Sherborne beschrijft in haar boek in totaal 64 activiteiten. Hiervan zijn er 20 specifiek gericht op de bewustwording van het eigen lichaam en 44 op de bewustwording van de externe omgeving.

De verschillende vormen van interactie waarmee wordt geëxperimenteerd zijn: zorgende of ‘met’ relatie, gedeelde of ‘samen’ relatie en ‘tegen’ relatie. In de zorgende of ‘met’ relatie draagt de een zorg voor de ander. Hierbij moet de een leren af te stemmen op de gevoelens van de ander, terwijl de ander de een moet leren vertrouwen. Een voorbeeld van een activiteit die hierop aansluit is rollen, waarbij de een de ander door de kamer rolt. Hierbij moet degene die de ander rolt voelen hoe hard hij mag rollen, en waarheen hij kan rollen om de activiteit veilig en prettig te laten zijn voor de ander. Degene die gerold wordt, moet zich durven overgeven aan de ander en vertrouwen dat diegene goed met hem omgaat. In de gedeelde of ‘samen’ relatie is wederzijdse afhankelijkheid en ondersteuning vereist. Hierbij moet zowel naar het eigen lichaam als dat van de ander worden geluisterd. Een voorbeeld van een activiteit die hierop aansluit is vanuit zittende positie met de ruggen tegen elkaar samen overeind komen. Hierbij moeten beide personen elkaar in evenwicht houden en voorkomen dat ze vallen. In ‘tegen’ relaties kan een kind zijn eigen kracht ontdekken, onderzoeken en ontwikkelen terwijl hij rekening blijft houden met de ander. Het gaat hierbij niet om winnen of verliezen, maar het testen van elkaars kracht. Een voorbeeld van een activiteit die hierop aansluit is dat de volwassene het kind ‘gevangen neemt’ en stevig vasthoudt waarbij het kind zich met beleid moet losmaken en bevrijden.

Doelgroep en indicatie Sherborne’s bewegingspedagogiek

De gezinshulpverleners die de Sherborne cursus hebben gevolgd, stellen deze methode voor aan gezinnen wanneer er vermoedens van hechtingsproblemen zijn. Aanwijzingen hiervoor halen ze uit:

1. de aanmelding vanuit Bureau Jeugdzorg
2. verslagen van psychologisch onderzoek
3. eigen observaties in de eerste zes weken.

Indien ouders de mogelijkheid van het bestaan van hechtingsproblemen beamen en open staan voor de behandelingsvorm van Sherborne’s bewegingspedagogiek, wordt de behandeling gestart. Afhankelijk van het verloop van de sessies en de ervaringen van ouders en kind wordt besloten hoeveel sessies worden gegeven. De ervaring heeft geleerd dat 6 tot 8 sessies van ongeveer een uur waarin aan de slag wordt gegaan met de Sherborne activiteiten, verspreid over het gehele IOG traject van zes maanden voldoende is om het gewenste resultaat te behalen. Momenteel worden er geen testen gebruikt om specifiek de resultaten van de Sherborne’s bewegingspedagogiek te bepalen. Op grond van eigen observaties en de mening van de ouders worden de effecten van de Sherborne’s bewegingspedagogiek bepaald. Om de Sherborne activiteiten te kunnen uitvoeren, moet er voldoende ruimte en een gladde vloer zijn. Indien het thuis bij het gezin niet mogelijk is, wordt uitgeweken naar een gymzaal van een dagbehandelinglocatie van Jarabee.

Theoretische onderbouwing van Sherborne’s bewegingspedagogiek

In tegenstelling tot vele andere bewegingsprogramma’s liggen aan de bewegingspedagogiek van Veronica Sherborne geen zware theoretische of filosofische beschouwingen ten grondslag. Het is een methode die vanuit de praktijk is ontwikkeld. Wanneer echter gekeken wordt naar gangbare theorieën binnen de ontwikkelingspsychologie zijn er enkele die als onderbouwing

kunnen dienen. De dynamische systeem theorie gaat ervan uit dat een kind's psyche, lichaam en fysieke en sociale omgeving een geïntegreerd systeem vormen dat het ontwikkelen van nieuwe vaardigheden stuurt (Fischer & Bidell, 1998). Dat systeem is dynamisch en constant in beweging. Een verandering in een van de delen – van hersengroei tot verandering in sociale omgeving - beïnvloedt het gehele organisme. Wanneer dit gebeurt, zal het kind actief zijn gedrag reorganiseren zodat de componenten van het systeem weer op elkaar worden afgestemd en in een meer complexe en effectieve manier samenwerken. De dynamische systeemtheorie erkent dat menselijke genetische aanleg en basale regulaties in de fysieke en sociale omgeving van kinderen verantwoordelijk zijn voor een bepaalde universele ontwikkeling. Daarentegen zijn er grote verschillen in de biologische aanleg, dagelijkse taken en stimulerende personen uit de omgeving die leiden tot grote individuele verschillen in specifieke taken. Zelfs als kinderen dezelfde vaardigheden beheersen, zoals lopen, praten of rekenen doen ze dat vaak ieder op een unieke manier. Ontwikkeling kan dan ook niet worden gezien als een enkele lijn, maar meer als een web van verschillende vaardigheden die continue en stapsgewijs transformeren in alle richtingen (Berk, 2006).

Een tweede theorie die handvatten biedt voor Sherborne's bewegingspedagogiek is de sociale leertheorie van Bandura. De sociale leertheorie stelt het belang van het observeren en modelleren van gedrag, houdingen en emotionele reacties centraal. Mensen kunnen door het observeren van gedrag van anderen leren hoe ze bepaalde handelingen uit kunnen voeren. Als zij dan in situaties terechtkomen die voor hen nieuw zijn, weten ze hoe ze een bepaalde handeling uit moeten voeren, omdat ze dat bij anderen hebben gezien. Aangenomen wordt dat leren voor een groot deel wordt bevorderd door invloeden uit de omgeving en door het gedrag van anderen (Bandura, 1999). In de meest recente herziening van de theorie wordt de nadruk sterk gelegd op hoe mensen denken over zichzelf en over anderen. Hierdoor heeft hij de naam aangepast en wordt deze theorie tegenwoordig ook wel de "Sociaal Cognitieve Theorie" genoemd. Volgens deze visie worden kinderen steeds selectiever in hetgeen ze imiteren. Kinderen ontwikkelen persoonlijke standaarden voor gedrag en een gevoel van self-efficacy door het observeren van anderen en door de feedback over hun eigen handelen (Bandura, 2001). Piaget introduceerde de term discovery learning. Hij is van mening dat kinderen door spontane interactie met de omgeving nieuwe dingen ontdekken. Kinderen moeten worden aangemoedigd en de omgeving moet dusdanig stimulerend zijn dat kinderen zich ontwikkelen (Berk, 2006).

Als derde kan de hechtingstheorie als onderbouwing dienen. John Bowlby ontwikkelde de hechtingstheorie waarbij hij veronderstelt dat kinderen worden geboren met de drang om direct contact met een volwassene te zoeken. Baby's zijn er van nature op ingesteld een hechte liefdevolle relatie aan te gaan met tenminste één persoon. De theorie gaat ervan uit dat de kwaliteit van de ouder-kind relatie diepgaande implicaties heeft voor het kind's gevoel van veiligheid en capaciteit om vertrouwde relaties te vormen (Bowlby, 2005). Volgens Bowlby ontwikkelt een goede relatie zich gedurende de eerste levensjaren met warme en sensitieve zorg die wordt ondersteund door nieuwe emotionele en cognitieve capaciteiten. Wanneer het kind ouder wordt, is fysieke aanwezigheid van de ouder minder van belang, maar vertrouwt het kind op een gevoel van zekerheid dat ouders beschikbaar en responsief zijn in tijden van nood. Er bestaat bij het kind een set van verwachtingen over de beschikbaarheid van de ouders, de kans dat de ouder ondersteuning biedt in tijden van stress en de eigen interactie met de ouder. Deze set van verwachtingen wordt ook wel 'internal working model' genoemd (Berk, 2006).

Wanneer de hechting tussen ouders en kinderen goed verloopt, wordt er gesproken van veilige hechting. Een veilig gehecht kind durft zolang het zich veilig voelt de wereld te verkennen en zoekt wanneer het angstig is de veiligheid op bij de ouders. De ouders reageren adequaat op de signalen van het kind en zijn er voor het kind wanneer het kind de ouders nodig heeft, maar geven het kind ook de ruimte de wereld te ontdekken. Soms verloopt de hechting niet zoals dit zou moeten. Dit kan worden veroorzaakt door factoren bij het kind, binnen het gezin of bij de ouders. Ook door omstandigheden buiten het kind, de ouders of het gezin kan de hechting verstoord worden. Bijvoorbeeld wanneer het kind door ziekte langere tijd gescheiden moet worden van de ouders, kan dit de hechting bemoeilijken. Onveilige hechting kan zich uiten in extreem aan de ouders hangen, maar ook in het juist amper opzoeken van de ouders/ opvoeders. Er worden drie vormen van onveilige hechting onderscheiden:

- 1) vermijdende hechting waarbij het kind contact met de ouders/ opvoeders zal vermijden en het over het algemeen ook weinig vertrouwen in andere mensen heeft;
- 2) angstig-afwerende hechting waarbij het kind vaak juist erg aan de ouders/ opvoeders hangt;
- 3) gedesorganiseerde hechting waarbij het kind niet durft te vertrouwen op de ouders/ opvoeders en zich op sommige momenten aan hen zal vastklampen en op andere momenten hen juist zal afweren.

De aanname is dat de basis voor een veilige hechting in het eerste levensjaar van een kind wordt gelegd. Tegenwoordig wordt hechting echter gezien als een levenslang proces van vormen van affectieve banden met verschillende personen (Miller, 2002). O'Connor & Zeanah (2003) geven aan dat men beter kan spreken van een spectrum van hechtingsvormen dan van een hechtingsstoornis. Het gaat eigenlijk om een continuüm met aan de ene kant een veilige hechting die dan via vormen van onveilige hechting (vermijdende of afwerend) doorloopt naar gedesorganiseerde hechting en het onvermogen voor selectieve hechting (hetgeen de hechtingsstoornis uit de DSM-IV benadert). Over het algemeen is men er wel van overtuigd dat het bij hechtingsproblematiek gaat om meer ernstige en duurzame problemen.

Aanhangers van de hechtingstheorie gaan ervan uit dat hechting een zeer belangrijke rol bij de ontwikkeling van een kind speelt. Een goede hechting zou essentieel zijn voor een goede emotionele en sociale ontwikkeling en een kind helpen om een eigen persoonlijkheid te ontwikkelen. Hierbij wordt verwezen naar onderzoek dat heeft uitgewezen dat kinderen die zich goed hebben kunnen hechten aan een of meerdere personen in het eerste jaar van hun leven sociaal emotioneel beter functioneren dan kinderen die niet de mogelijkheid hebben gehad zich veilig te hechten (Klaus & Kennell, 1976). De kinderen met een goede hechting blijken beter te kunnen omgaan met tegenslagen, hebben een beter gevoel van eigenwaarde, zijn sociaal vaardiger, weerbaarder, leergierig en minder angstig (Cassidy & Shaver, 1999; Thompson, 1998). Een belangrijk punt van kritiek hierop is dat het temperament een grote invloed op de ontwikkeling van het kind kan hebben. Mogelijk wordt de gevonden correlatie tussen hechting in het eerste levensjaar en gedrag van het kind later, veroorzaakt door factoren in het kind zelf in plaats van de veronderstelde hechting. Een andere suggestie is dat de correlatie wordt veroorzaakt doordat de omgeving van het kind ongeveer gelijk blijft. Bij een moeder die afwijzend tegenover haar kind staat, zal probleemgedrag van het kind op schoolgaande leeftijd niet met zekerheid kunnen worden verklaard door hechting in het eerste levensjaar. Mogelijk wordt het probleemgedrag van het kind veroorzaakt door de houding van moeder op dat moment (Gleitman, Reisberg, & Fridlund, 2003).

Effectiviteit Sherborne's bewegingspedagogiek

Momenteel wordt de methode toegepast in de opvoeding van kleuters en peuters, in de begeleiding van kinderen en volwassenen met sensorische problemen, lichamelijk en/of mentale handicaps, bij psychiatrische patiënten en gezinsgerichte therapieën in Groot-Brittannië (Marsden, 2007). In Nederland is in 2000 een 'kerngroep' opgericht die zich tot doel heeft gesteld de bewegingspedagogiek volgens de principes van Sherborne's bewegingspedagogiek meer bekendheid te geven, onder andere door het organiseren van studiedagen en cursussen. (www.sherborne.nl)

Elisabeth Marsden (2007) heeft een overzicht gemaakt van verschillende onderzoeken naar de effecten van Sherborne's bewegingspedagogiek. In alle onderzoeken zijn positieve veranderingen gevonden die worden gezien als effecten van de Sherborne's bewegingspedagogiek. De gevonden effecten variëren van verbeteringen in sociale ontwikkeling en de band tussen ouders en kind tot verbeteringen in leesvaardigheid en motoriek. De onderzoeken zijn veelal uitgevoerd bij kleine groepen participanten en de onderzoeksopzet van veel onderzoeken laat te wensen over. Ook ontbreken er kritische noten.

In het eerste onderzoeksproject van twee jaar zijn 111 kinderen met een ernstige stoornis in het autistische spectrum onderzocht. De conclusie is dat de sociale betrokkenheid (engagement) van leerlingen met een stoornis in het autistische spectrum verbeterd is. In het onderzoek wordt bij de onderzochte kinderen een toename van oogcontact, gezamenlijke aandacht (joint attention) en gedeelde ervaringen (shared experiences) gevonden. Daarnaast lijken de aandachtsspanne en beurtneem-mogelijkheden te zijn vergroot. Aangezien in dit onderzoek geen controlegroep is onderzocht, zijn de effecten echter niet zonder meer aan de Sherborne's bewegingspedagogiek toe te schrijven. Mogelijk zijn er andere factoren die de verbeteringen verklaren.

In het tweede onderzoeksproject is gekeken naar effecten van Sherborne's bewegingspedagogiek op woordenschat (met betrekking tot lichaam, beweging, ruimte en relaties) en sociale ontwikkeling (met betrekking tot coöperatie, beurt nemen en delen) bij kleuters (Marsden, 2007). Drie groepen van ieder 14 kinderen werden met elkaar vergeleken. Gedurende 18 weken kreeg iedere groep 3 maal per week gymles. Bij de twee interventiegroepen werd 1 les per week vervangen door een Sherborne sessie al dan niet door hun eigen leerkracht gegeven en de controlegroep behield de 3 normale gymlessen. In dit onderzoek wordt geconcludeerd dat de vooruitgang in woordenschat in de interventiegroepen 4 maal zo groot is als in de controlegroep. De score op sociale ontwikkeling is in de interventiegroepen significant meer toegenomen dan in de controlegroepen. Als meetinstrumenten zijn in dit onderzoek observaties door een persoon gebruikt. De betrouwbaarheid van deze observaties en de zelf ontwikkelde score formulieren is echter niet onderzocht waardoor de conclusies minder sterk zijn.

In het derde onderzoek is gekeken naar de effecten van Sherborne activiteiten op band tussen ouder en kind. In dit onderzoek namen 10 kinderen deel die emotionele, mentale of gedragsproblemen vertoonden en van wie de moeder een voorgeschiedenis met een postnatale depressie heeft. De conclusie in dit onderzoek is dat zowel de relatie tussen ouder en kind als het gedrag van het kind zijn verbeterd na deelname aan het 10 weken durende programma. De auteur suggereert dat dit komt door het programma met de Sherborne activiteiten. Dit zou ook effecten buiten de interventiesetting en op langere termijn bewerkstelligen. Vanwege het ontbreken van

een controlegroep en het kleine aantal participanten is de wetenschappelijk waarde van deze conclusies echter klein.

Verder worden verschillende onderzoeken naar de effecten van Sherborne's bewegingspedagogiek in Polen, Finland en Zweden kort beschreven. In Polen werd gevonden dat kinderen met autisme verbeteringen lieten zien ten aanzien van hun cognitieve, emotionele, sociale, motorische en totale ontwikkeling. Ook kinderen met gehoorstoornissen laten verbeteringen zien in hun ontwikkeling en het aangaan van sociale relaties en kinderen met polio durfden meer op fysiek en emotioneel vlak. In Finland worden onder andere verbeteringen in leesvaardigheden gevonden bij kinderen met leerproblemen en worden mogelijkheden gezien om Sherborne's bewegingspedagogiek te integreren in het normale lesprogramma van deze kinderen. In Zweden werden bij ernstig meervoudig gehandicapte kinderen verbeteringen in motoriek en communicatie gevonden. Van deze onderzoeken wordt slechts een zeer beperkte beschrijving gegeven. Wel is duidelijk dat het ook hierbij gaat om studies zonder controlegroepen en met kleine aantallen participanten (6 tot 36 proefpersonen) waardoor de opnieuw in twijfel kan worden getrokken of de veranderingen veroorzaakt worden door Sherborne's bewegingspedagogiek.

1.4 Onderzoeksvraag

Het toepassen van Sherborne's bewegingspedagogiek binnen de IOG is nieuw en onbekend. Of dit meerwaarde heeft binnen de IOG is dan ook onbekend. Op dit moment wordt de Sherborne's bewegingspedagogiek toegepast wanneer er sprake lijkt te zijn van hechtingproblematiek. Op grond van de gedachtegang achter de methodiek lijkt dit een logische keuze, maar het effect hiervan op de hechting is onbekend. In dit onderzoek staat dan ook de volgende onderzoeksvraag centraal:

Wat is de meerwaarde van de Sherborne's bewegingspedagogiek binnen de Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling?

De verwachting is dat Sherborne's bewegingspedagogiek een meerwaarde heeft voor de gezinnen waarbinnen hechtingsproblematiek een rol speelt. De gezinshulpverleners geven aan dat de andere invalshoek, namelijk indirect via bewegingsspelletjes soms zeer verhelderend is voor ouders en zorgt voor meer inzicht in het gedrag van het kind. Voor het kind zijn de sessies veelal plezierige momenten waarvan wordt aangenomen dat die hun sociaal emotionele ontwikkeling ten goede komen. Wanneer wordt aangenomen dat de hechtingproblematiek (mede) ten grond slag ligt aan de gedragsproblemen van het kind en de stressbeleving van ouders, is de verwachting dat de Sherbornegroep meer verbetering laat zien op de vragenlijsten, die gedragsproblemen van het kind en stressbeleving van ouders meten dan de controlegroep.

Daarnaast geven de hulpverleners aan dat het kind en de ouder vaak gemakkelijker en op een plezierige manier met elkaar om leren gaan. Op grond hiervan wordt verondersteld dat de Sherborne's bewegingspedagogiek bijdraagt aan een verbetering van de band tussen ouder en kind (hechting). De hypothese is dan ook dat de interventiegezinnen in de interviews zullen aangeven dat de band met hun kind is verbeterd en dat voornamelijk de Sherborne sessies hebben bijgedragen aan de opgetreden veranderingen. Ook zullen moeders in de Sherbornegroep in dat

geval aangeven dat er verbeteringen zijn opgetreden in het contact tussen ouder en kind. Bij de controlegezinnen zal dit dan niet het geval zijn en zal het accent naar verwachting op andere verbeteringen en andere interventies binnen de IOG liggen.

De hypothesen die uit deze veronderstellingen volgen en in dit onderzoek worden getoetst zijn:

1. Gezinnen die IOG in combinatie met Sherborne's bewegingspedagogiek hebben gehad, geven aan dat de Sherborne's bewegingspedagogiek een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de verbeteringen die zijn opgetreden binnen het gezin;
2. Gezinnen die IOG in combinatie met Sherborne's bewegingspedagogiek hebben gehad, zijn meer tevreden over de behandeling dan gezinnen die de reguliere IOG hebben gehad;
3. Binnen de gezinnen die IOG in combinatie met Sherborne's bewegingspedagogiek hebben gehad, zijn de gedragsproblemen van het kind meer afgenomen dan binnen de gezinnen die de reguliere IOG hebben gehad;
4. Binnen de gezinnen die IOG in combinatie met Sherborne's bewegingspedagogiek hebben gehad, is de stressbeleving van ouders meer afgenomen dan binnen de gezinnen die de reguliere IOG hebben gehad;
5. Binnen de gezinnen die IOG in combinatie met Sherborne's bewegingspedagogiek hebben gehad, is het contact tussen ouder en kind meer verbeterd dan binnen de gezinnen die de reguliere IOG hebben gehad.

2 Methode

2.1 Onderzoeksopzet

Het onderzoek heeft een quasi-experimentele opzet. Dit houdt in dat er gebruik is gemaakt van een Sherborne- en een controlegroep, maar dat de deelnemers niet ad random zijn verdeeld. Beide groepen bestaan uit gezinnen die door Bureau Jeugdzorg een indicatie voor IOG hebben gekregen en bij wie volgens de betrokken gezinshulpverleners hechtingsproblematiek een rol speelt. De Sherbornegroep bestaat uit gezinnen die IOG in combinatie met Sherborne's bewegingspedagogiek hebben gekregen. Bij de behandeling van deze gezinnen is de methodiek van de IOG gevolgd, maar de gezinshulpverlener heeft hier activiteiten uit de Sherborne's bewegingspedagogiek aan toegevoegd. Hiervoor werd geen extra tijd in gepland, dit viel binnen de tijd die voor de behandeling volgens IOG staat. De controlegroep bestaat uit gezinnen die reguliere IOG hebben gekregen van gezinshulpverleners die alleen de methodiek van de IOG toepassen. Het aantal gezinnen dat IOG in combinatie met Sherborne's bewegingspedagogiek heeft gekregen is binnen Jarabee klein. Het onderzoek heeft dan ook een meer exploratief karakter en er is voornamelijk kwalitatief onderzoek gedaan om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden.

In het onderzoek zijn alle gezinnen bij wie Sherborne's bewegingspedagogiek is gestart, in kaart gebracht. Het gezin dat als eerste Sherborne's bewegingspedagogiek kreeg startte in januari 2005 met de behandeling. De gezinnen die ten tijde van het onderzoek IOG kregen en uiterlijk december 2007 de behandeling afrondden, werden ook meegenomen in het onderzoek. Gezien de complexiteit van het onderzoeksprobleem en de kleine onderzoeksgroep zijn verschillende dataverzamelmethode tegelijkertijd gebruikt (multimethode aanpak). Op deze manier is getracht een totaal beeld te krijgen en het toetsen van de hypothesen beter te onderbouwen. De verschillende data zijn verzameld door de dossiers te onderzoeken, informatie via hulpverleners te verkrijgen, ingevulde vragenlijsten te gebruiken en de moeders te interviewen.

	voormeting	interventie	nameting	follow-up
Sherborne groep (n = 8)	<ol style="list-style-type: none"> 1. dossieronderzoek 2. CBCL/ SDQ 3. NOSI/NOSI-K 	IOG combinatie met Sherborne	<ol style="list-style-type: none"> 1. interview moeder 2. dossieronderzoek 3. CBCL/ SDQ 4. NOSI/ NOSI-K 5. informatie verkregen via hulpverlener 	<ol style="list-style-type: none"> 1. dossieronderzoek 2. CBCL/ SDQ 3. NOSI/ NOSI-K
controle groep (n = 5)	<ol style="list-style-type: none"> 1. dossieronderzoek 2. CBCL/ SDQ 3. NOSI/ NOSI-K 	reguliere IOG	<ol style="list-style-type: none"> 1. interview moeder 2. dossieronderzoek 3. CBCL/ SDQ 4. NOSI/ NOSI-K 5. informatie verkregen via hulpverlener 	<ol style="list-style-type: none"> 1. dossieronderzoek 2. CBCL/ SDQ 3. NOSI/ NOSI-K

CBCL = Child Behaviour Checklist; SDQ = Strength and Difficulties Questionnaire; NOSI = Nijmeegse Ouderlijk Stress Index; NOSIK = Nijmeegse Ouderlijk Stress Index, verkorte versie

Figuur 1. Onderzoeksopzet

Vorbereidend dossieronderzoek

Voorafgaand aan de interviews zijn de dossiers van de deelnemende gezinnen bestudeerd. Hierin is allereerst gekeken naar de algemene gegevens. De leeftijd van het kind ten tijde van de IOG, het geslacht, de gezinssamenstelling en het onderwijstype dat het kind volgt, zijn in kaart gebracht. Aan de hand van het hulpverleningsplan uit het dossier is een beeld gevormd van de problematiek die binnen de gezinnen speelt. Binnen de IOG van Jarabee wordt het hulpverleningsplan door de gezinshulpverlener geschreven. Hierin staan de doelen en werkpunten beschreven. Bij afsluiting van de behandeling wordt het verloop van de behandeling beschreven en het hulpverleningsplan geëvalueerd. De volgende punten komen in het hulpverleningsplan en de eindexamen aan de orde:

1. redenen van aanmelding;
2. indicatiestelling;
3. situatie bij start en hulpvraag;
4. doelen en werkpunten;
5. werkhypothese;
6. werkwijze en verloop hulpverlening;
7. krachten en aandachtspunten;
8. conclusie;
9. overigen

De informatie uit deze verslagen is gebruikt om een beeld te vormen van de gezinnen in de Sherbornegroep en de controlegroep. Tevens is dit als leidraad voor de interviews gebruikt zodat duidelijk wordt op welke punten kan worden doorgevraagd.

2.2 Onderzoeksgroep

Om zoveel mogelijk uit te sluiten dat verschillen in samenstelling tussen de Sherborne en controlegroep de resultaten beïnvloeden, is aanvankelijk getracht gebruik te maken van matching. Het voornemen was om gebruik te maken van globale matching waarbij de groepen qua verdeling vergelijkbaar waren ten aanzien van een aantal algemene-, ouder-, gezin- en kindfactoren, zoals duur van de IOG, gezinssamenstelling, leeftijd en geslacht van het kind en onderwijsvorm. Omdat de problematiek en de complexiteit ervan binnen de gezinnen zeer uiteenlopend is, werd ook gekeken naar de voorgeschiedenis van ouders en kinderen. Hierin komen zaken als scheiding, mishandeling of verwaarlozing en psychische of verslavingsproblematiek bij ouders in het verleden aan de orde.

Omdat matchen van de gezinnen tijdens het verloop van het onderzoek niet mogelijk bleek te zijn, is ervoor gekozen de volgende algemene inclusiecriteria op te stellen:

- Het aangemelde kind is jonger dan 12 jaar: hoewel Veronica Sherborne zelf geen leeftijdsgrenzen voor haar methode heeft beschreven, blijkt dat deze methode binnen de IOG alleen is gebruikt bij kinderen tot ongeveer 12 jaar.
- In het dossier wordt het vermoeden van hechtingsproblematiek uitgesproken. Dit kan zijn 1) in de aanmelding door BJZO; 2) in een verslag van psychologisch of psychiatrisch onderzoek; 3) in het hulpverleningsplan;

- Het gezin is minimaal 5 jaar in Nederland woonachtig en beheerst de Nederlandse taal voldoende: dit om te voorkomen dat een taalbarrière een belemmering vormt bij het afnemen van het interview;
- De IOG is uiterlijk december 2007 afgerond.

2.3 Meetinstrumenten

Om de hypothesen te toetsen en de onderzoeksvraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van een multimethode aanpak. Gegevens uit de dossiers, interviews en testgegevens zijn gecombineerd om de hypothesen te toetsen en de onderzoeksvraag te beantwoorden. Het interview had een semigestructureerde opzet. De opzet en invulling van het interview wordt verder toegelicht in paragraaf 2.4.1. De vragenlijsten die standaard worden afgenomen binnen de IOG zijn in dit onderzoek gebruikt. Bij gezinnen die vóór januari 2007 zijn gestart, zijn dit de Child Behaviour Check List (CBCL) en de Nijmeegse Ouderlijk Stress Index (NOSI). Vanaf januari 2007 worden de gezinnen getest met de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) en de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index - Verkorte versie (NOSI-K). Deze vragenlijsten worden verder toegelicht in paragraaf 2.4.2.

2.3.1 Semigestructureerd interview

De informatie uit de interviews is gebruikt om de vijf hypothesen te toetsen. De eerste hypothese is: Gezinnen die IOG in combinatie met Sherborne's bewegingspedagogiek hebben gehad geven aan de Sherborne's bewegingspedagogiek een bijdrage heeft geleverd aan de veranderingen die zijn opgetreden binnen het gezin. Deze hypothese is getoetst door de informatie uit interviews met de gezinnen te analyseren. De gegevens uit de vragenlijsten konden niet gebruikt worden om deze hypothese te toetsen.

Bij alle deelnemende gezinnen is een interview afgenomen bij de moeder van het gezin. Bij de gezinnen waar ook een vader of vriend van moeder aanwezig was, bleek hij veelal minder vaak aanwezig te zijn tijdens de huisbezoeken van de gezinshulpverlener in verband met andere verplichtingen. De begeleiding tijdens de IOG is in alle gezinnen dan ook voornamelijk gericht geweest op de moeder en kinderen in het gezin. Vandaar dat ervoor is gekozen de interviews alleen bij de moeders af te nemen. Het interview is semi-gestructureerd van opbouw. Allereerst is begonnen met een korte introductie van het interview waarin het onderzoek en het doel van het interview werden toegelicht. Daarnaast werden de vertrouwelijkheid van het gesprek, en overige praktische zaken zoals de duur van het interview, geluidsopname, aantekeningen en de beschikbaarheid van een kopie van de bevindingen besproken. Eventuele verdere aanwezigen bij het interview en bijzonderheden tijdens het gesprek werden genoteerd zodat later kan worden nagegaan of dit van invloed was geweest op de inhoud van het gesprek.

Er zijn vier hoofd onderwerpen geformuleerd die in het interview aan bod kwamen en waarop tijdens het gesprek dieper werd ingegaan:

I veranderingen bij kind: het doorvragen naar probleemgedrag van het kind werd enerzijds gericht op specifieke gedragsproblemen bij het kind (zoals problemen tav zindelijkheid, slapen, eten enz.) en anderzijds op meer algemene gedragsproblemen (zoals problemen tav aandacht/

concentratie, emoties, contact met leeftijdsgenoten, gehoorzaamheid, prosociaal gedrag). Ook werd er doorgevraagd op verschillende situaties waarin het probleemgedrag zich voor doet zoals in de thuissituatie, op school, buitenshuis of bij anderen.

II veranderingen bij ouders: het doorvragen naar veranderingen in gedrag van ouders werd gericht op de communicatieve vaardigheden van kind en eventueel partner, omgaan met eventuele specifieke gedragsproblemen, opvoedingsvaardigheden. Daarnaast werd ook doorgevraagd naar het zelfvertrouwen ten aanzien van de opvoeding.

III contact tussen ouder en kind: het doorvragen naar het contact tussen ouder en kind en eventuele veranderingen die zijn opgetreden. Hierbij valt met betrekking tot de ouder te denken aan sensitiviteit, affectie tonen, begrip voor het kind, positieve momenten met het kind en waardering voor het kind. Boris en Zeanah (2005) hebben een overzicht opgesteld van gedragsignalen van verstoorde hechting bij jonge kinderen. Dit is als leidraad gebruikt om door te vragen naar de aanwijzingen voor veranderingen bij het kind ten aanzien van het contact met de ouder. Dit overzicht is te vinden in bijlage 1.

IV tevredenheid en ervaren resultaat van IOG en eventueel Sherborne's bewegingspedagogiek: voor een groot deel kwam dit tijdens het interview bij de andere onderwerpen al aan bod omdat doorgevraagd is op verschillende interventies en de effecten daarvan. Meer algemeen is gevraagd hoe moeders de totale behandeling of specifiek de Sherborne's bewegingspedagogiek hebben ervaren. Ook werd gevraagd naar zaken waarover ouders minder tevreden waren, die overbodig bleken te zijn en die men miste of anders had willen zien in de behandeling.

Bij de eerste drie onderwerpen werd doorgevraagd hoe de situatie was voorafgaand aan of bij de start van de IOG. Ten tweede werd uitgevraagd welke veranderingen tijdens de IOG zijn opgetreden van het gedrag van het kind, het gedrag of de aanpak van de ouders en het contact tussen ouders en kind. Ten derde werd in kaart gebracht welke interventies of elementen van de behandeling hebben bijgedragen aan de opgetreden veranderingen door vragen te stellen zoals:

- Waardoor denkt u dat het gedrag van uw kind is veranderd?
- Wat heeft het meeste/ minder bijgedragen aan de veranderingen bij het kind/ bij uzelf/ in het contact tussen ouder en kind?
- Op welke manier heeft het u geholpen?
- Wat is het belangrijkste dat u heeft geleerd?

Hierbij werd doorgevraagd naar hoe moeder de behandeling en verschillende interventies die zijn toegepast, heeft ervaren en naar haar eigen ideeën en gedachten over de werkzaamheid en invloed ervan. Ook is nagevraagd in hoeverre de genoemde vaardigheden, technieken of oefeningen nog steeds worden gebruikt binnen het gezin. Aangezien er een grote verscheidenheid aan interventies en verrichtingen wordt gebruikt binnen de IOG, is door de interviewer voorafgaand aan de interviews een beeld hiervan gevormd. Hierbij is gebruik gemaakt van de handleiding Verrichtingen Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (ten Brink, 1997). De beschreven verrichtingen zijn niet specifiek nagevraagd bij de moeders, maar wanneer moeder spontaan een van de verrichtingen noemt, werd hiernaar doorgevraagd

Er is ervoor gekozen om bij het in kaart brengen welke verrichtingen en elementen van de behandeling volgens de moeders hebben bijgedragen aan de opgetreden veranderingen, af te gaan op de antwoorden die spontaan werden gegeven. De aanname is dat hiermee de elementen die de moeder zelf als effectief heeft ervaren naar voren komen. Bij de gezinnen die Sherborne's bewegingspedagogiek hebben gekregen, werd hier in eerste instantie dus niet specifiek naar gevraagd. Er werd alleen op doorgevraagd wanneer zij dit zelf ter sprake brachten. Wanneer punt IV 'de tevredenheid en ervaren resultaten' ter sprake kwam, werd wel specifiek naar Sherborne's bewegingspedagogiek gevraagd, ook bij moeders die niet eerder in het gesprek spontaan aangeven dat Sherborne's bewegingspedagogiek heeft bijgedragen aan de veranderingen binnen het gezin. Hierbij werd gevraagd naar hun ervaringen met deze methode, hun ideeën over de werkzaamheid en eventuele kritiekpunten of verbeterpunten.

Om te beoordelen of Sherborne's bewegingspedagogiek volgens de moeders een bijdrage heeft geleverd aan de verbeteringen binnen het gezin is gebruik gemaakt van de informatie uit de interviews. Ook de tevredenheid van moeders over de IOG al dan niet in combinatie met Sherborne's bewegingspedagogiek is uitgevraagd in de interviews. De vragenlijsten leveren geen informatie op die als onderbouwing hiervoor kan dienen. De eerste en tweede hypothese zijn dan ook alleen getoetst aan de hand van de informatie uit de interviews. De eerste hypothese stelt dat Sherborne's bewegingspedagogiek volgens de moeders in de Sherbornegroep een bijdrage heeft geleverd aan de veranderingen die zijn opgetreden binnen het gezin. De tweede hypothese stelt dat gezinnen in de Sherbornegroep meer tevreden over de behandeling zijn dan gezinnen in de controlegroep.

De interviews zijn op tape opgenomen en na afloop uitgetypt. De relevante informatie werd geselecteerd waarbij de onderzoeksvraag en de hypothesen centraal stonden. Vervolgens zijn de geselecteerde citaten gelabeld. Aan ieder label werd een definitie gekoppeld waarmee duidelijk is wat ermee wordt bedoeld. Als voorbeeld bij het toetsen van de eerste hypothese kregen citaten in alle interviews een van de labels:

- "moeder is van mening dat Sherborne's bewegingspedagogiek een bijdrage heeft geleverd aan de verbeteringen";
- "moeder is van mening dat Sherborne's bewegingspedagogiek geen bijdrage heeft geleverd aan de verbeteringen";
- "moeder geeft aan niet te kunnen beoordelen of Sherborne's bewegingspedagogiek een bijdrage heeft geleverd aan de verbeteringen".

2.3.2 Vragenlijsten

Het afnemen van de vragenlijsten gebeurt bij aanvang van de behandeling, bij afsluiting en bij de follow-up 6 maanden na afsluiting. In dit onderzoek is alleen gebruik gemaakt van de door moeder ingevulde vragenlijsten omdat deze in twaalf van de dertien gevallen beschikbaar zijn. Ook is in alle gezinnen in dit onderzoek de moeder het meest betrokken geweest bij de IOG en is het hierdoor logisch om de testgegevens van moeder te gebruiken.

Child Behaviour Check List (CBCL)

De CBCL is ontwikkeld door Achenbach (1991) en bewerkt voor de Nederlandse situatie door Verhulst, Koot, Akkerhuis en Veerman (1990). Met de CBCL kan nagegaan worden hoe ouders het gedrag van het kind beleven. Er zijn twee versies ontwikkeld, een voor kinderen van zes tot achttien jaar en een voor kinderen van anderhalf tot zes jaar. Met deze vragenlijsten kan worden vastgesteld welke problemen de ouders bij het kind ervaren. Er wordt onderscheid gemaakt tussen internaliserende problemen, externaliserende problemen en totale problemen. De volgende gedragsclusters en syndromen worden onderscheiden: teruggetrokken, somatische klachten, angstig en depressief, sociale problemen, denkstoornissen, aandachtsprobleem, delinquent en agressief gedrag. De CBCL is door Resing, e.a. (2002) als goed beoordeeld in het kader van indicatiestelling. De ruwe scores van de CBCL worden omgezet naar T scores om de score van het individuele kind met de normgroep te kunnen vergelijken. Deze T scores zijn volgens de volgende regels toegekend (Verhulst, van der Ende en Koot, 1996):

- Alle ruwe scores tot en met de 50^e percentiel kregen de T score 50 toegewezen;
- Vanaf T score 50 tot en met de T score 70 werden T scores toegewezen op basis van percentielen;
- Boven de T score 70 werden de overgebleven ruwe scores verdeeld over de overgebleven T scores tot en met 100.

Een T score van 50 wil zeggen dat 50% van de kinderen van de normgroep hoger scoort en bij een T score van 70 scoort 2% hoger. Scores in de normgroep tussen de 82^e en 90^e percentiel bleken de meest efficiënte discriminatie tussen “gestoord” en “normaal” te representeren voor de meeste geslachts- en leeftijdsgroepen. Er werd daarom gekozen voor T scores van 60 en 63, corresponderend met twee bovengenoemde percentielen om het klinische gebied aan te geven. De keuze van deze grenzen is door Achenbach (1991) gemaakt op basis van de verschillen in scores tussen de normgroep en een groep klinisch verwezen kinderen in Amerika. Een klinische score betekent dat die score voor een kind in die leeftijdscategorie als problematische moet worden gezien. Concreet betekent dit dat één op de tien kinderen zo problematisch scoort. Deze afkappunten zijn ook in dit onderzoek gehanteerd. Om de terminologie van de CBCL en SDQ op elkaar af te stemmen is ervoor gekozen niet de term “klinisch”, maar de term “verhoogd” te gebruiken. De volgende indeling is in dit onderzoek aan gehouden:

Normaal	<60 dit komt overeen met 0-82 ^e percentiel
Grensgebied	60 – 62 dit komt overeen met 82 ^e – 90 ^e percentiel
Verhoogd	>63 dit komt overeen met 90 ^e – 100 ^e percentiel

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

De SDQ is ontwikkeld door Goodman (1997) en bewerkt voor de Nederlandse situatie door Treffers en Van Widenfelt. De vragenlijst is bedoeld om kinderen met een hoog risico op psychosociale problemen te signaleren. De SDQ is in verschillende varianten beschikbaar, versies voor kinderen (van 11 tot 16 jaar) en voor ouders en leerkrachten voor verschillende leeftijdsgroepen tussen 3 en 16 jaar. De test meet zowel de aanwezigheid van psychosociale problemen als de sterke kanten van het kind en de invloed van psychosociale problemen op het dagelijkse functioneren. De vragenlijst bevat 25 items, die betrekking hebben op vijf subschalen: hyperactiviteit/ aandachtstekort, emotionele problemen, problemen met leeftijdsgenoten, gedragsproblemen en pro-sociaal gedrag. Naast de 25 items is er ook een impactschaal. Deze vragen zijn bedoeld om inzicht te krijgen in hoeverre de aanwezige problematiek interfereert met

het dagelijks functioneren en wat de ernst en duur van de problematiek is. De volgende afkappunten zijn gebruikelijk en zijn ook in dit onderzoek gehanteerd:

Normaal	1-10 dit komt overeen met 0-82 ^e percentiel
Grensgebied	11-13 dit komt overeen met 82 ^e – 90 ^e percentiel
Verhoogd	14-30 dit komt overeen met 90 ^e – 100 ^e percentiel

Binnen dit onderzoek is gebruik gemaakt van de totale score op de CBCL en de SDQ. Deze gegevens dienen als maat voor de gedragsproblemen van het kind en zijn in combinatie met de informatie uit de interviews gebruikt om de derde hypothese te toetsen. Deze hypothese stelt dat de gedragsproblemen van het kind in de Sherbornegroep meer zijn afgenomen dan van het kind in de controlegroep. Op grond van de gevonden correlaties tussen hechting en gedrag van het kind op latere leeftijd wordt aangenomen dat hechtingproblematiek mede tot uiting komt in probleemgedrag (zie paragraaf 1.3 hechtingstheorie). Een goede hechting zou essentieel zijn voor een goede emotionele en sociale ontwikkeling en een kind helpen om een eigen persoonlijkheid te ontwikkelen.

Nijmeegse Ouderlijk Stress Index (NOSI) en verkorte versie (NOSI-K)

De NOSI (De Brock, Vermulst, Gerris & Abidin, 1992) is een bewerking van de Amerikaanse “Parenting Stress Index”. De NOSI wordt ingevuld door ouders en meet de stressbeleving van ouders in de opvoeding van het kind. De NOSI kan worden afgenomen bij ouders met kinderen in de leeftijd van 2 tot ongeveer 13 jaar en is genormeerd. De NOSI bestaat uit een totale stress schaal die onderverdeeld is in twee domeinen: ouderdomein en kinddomein. Het ouderdomein als geheel brengt tot uitdrukking in welke mate de ouder zich niet berekend voelt op de opvoedingstaak en zich daarin inadequaat en gespannen voelt. Het kinddomein bestrijkt de bijdrage van bepaalde karakteristieken/eigenschappen van het kind aan de mogelijke overall-stress in de ouder-kind relatie. Onder ouderdomein vallen competentie, rolrestrictie, hechting, depressie, gezondheid, sociale isolatie en partnerrelatie. Binnen het kinddomein vallen aanpassing, stemming, afleidbaarheid, veeleisendheid, positieve bekrachtiging en acceptatie. Na factoranalyses zijn er 25 vragen overgebleven die de verkorte versie (NOSI-K) vormen. De betrouwbaarheid van de NOSI-K ligt tussen de .92 en .95 en is dus zeer hoog. Voor de NOSI en NOSI-K geldt dat de scores worden vergeleken met een normgroep van moeders of vaders uit een niet klinische populatie. De normtabel is ingedeeld in een zevental klassen: zeer laag, laag, onder gemiddeld, gemiddeld, boven gemiddeld, hoog en zeer hoog. Een ouder scoort zeer laag als de score behoort tot de vijf procent laagste scoorders van de normgroep, een lage score komt overeen met de daaropvolgende tien procent van de scoorders in de normgroep en een gemiddelde score met de daaropvolgende dertig procent, een bovengemiddelde score met de volgende twintig procent, een hoge score met 10 procent en een zeer hoge score met de vijf procent hoogste scoorders in de normgroep. Steeds geldt: hoe hoger de score, des te meer stress, minder competentie, meer depressie, etc.

De doelgroep van IOG zijn gezinnen waarbij de draaglast van het gezin onder andere verzwaaard wordt door ernstige opvoedingsproblematiek. Binnen dit onderzoek is de totaalscore op de NOSI gebruikt om eventuele afname van stressbeleving in de opvoeding in kaart te brengen. Wanneer de situatie in het gezin is verbeterd, kan dat op verschillende manieren tot uiting komen. De totaalscore op het ouderdomein is in dit onderzoek gebruikt om te beoordelen of de ouder zich beter berekend voelt op de opvoedingstaak en zich daarin adequater en meer ontspannen voelt. De totaalscore op het kinddomein is gebruikt om te beoordelen of bepaalde

kenmerken/eigenschappen van het kind in mindere mate aan de overall-stress in de ouder-kind relatie bijdragen. Deze drie scores zijn in combinatie met de informatie uit de interviews gebruikt om de vierde hypothese te toetsen. Deze hypothese stelt dat de stressbeleving van moeders in de Sherbornegroep meer is afgenomen dan van moeders in de controlegroep.

De subschaal 'hechting' meet de mate waarin de ouder zich onvoldoende emotioneel verbonden met het kind voelt. Hoog scoren op dit construct betekent dat de ouder zich onvoldoende in staat acht om accuraat de gevoelens van het kind te begrijpen. De ouder-kind interactie kan in dat geval gekenschetst worden als kil en afstandelijk. De schaal 'acceptatie' geeft de mate aan waarin een kind niet voldoet aan de verwachtingen van ouders omtrent fysieke, intellectuele en emotionele eigenschappen. Een problematisch verlopend hechtingsproces en afwijzing van het kind door de ouder kan hiervan het gevolg zijn (De Brock et al., 1992) Beide schalen zijn daarmee indicatief voor de hechting tussen ouder en kind. Om de eventuele verandering in de hechtingsproblematiek te meten is binnen dit onderzoek gebruik gemaakt van de schalen 'hechting' en 'acceptatie' van de NOSI of de NOSI-K. Deze twee scores zijn in combinatie met de informatie uit de interviews gebruikt om de vijfde hypothese te toetsen. Deze hypothese stelt dat het contact tussen ouder en kind in de Sherbornegroep meer verbeterd is dan in de controlegroep.

2.3.3 Analyse

Door de testgegevens bij aanvang, afsluiting en follow-up van de behandeling met elkaar te vergelijken is achterhaald in hoeverre ouders verbeteringen beleven tijdens en na de behandeling. Om te berekenen of het verschil tussen de voormeting en nameting klinisch betekenisvol en betrouwbaar is, is gebruik gemaakt de 'kritische verschillscore'. Dit houdt in dat het verschil tussen de voor- en nameting een bepaalde kritische waarde moet overschrijden om te kunnen spreken van een klinische betekenisvol en betrouwbaar verschil. Aan deze kritische verschil score ligt de 'standaardfout van het verschil', ook wel reliable change index (RCI) ten grondslag. Dit wordt gezien als de mate waarin door behandeling een individu buiten de range van de disfunctionele populatie terechtkomt of de mate waarin een individu binnen de functionele populatie beweegt (Jacobson & Truax, 1991).

De testgegevens van de SDQ en NOSI-K zijn bij Jarabee in het computerprogramma BergOp verwerkt. BergOp is een database voor opslag van behandelingsevaluatie- en registratiegegevens (Kroes, 2007). Dit programma geeft de mogelijkheid om in kaart te brengen of het verschil in scores op twee metingen klinisch betekenisvol en betrouwbaar is. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van de RCI, zowel voor de scores op de SDQ als de NOSI-K. In dit onderzoek is onderscheid gemaakt tussen:

- 0 geen verbetering (onveranderd of verslechterd);
- + verbeterd, maar niet klachtenvrij;
- ++ verbeterd en klachtenvrij;

De gegevens uit deze effectrapportage van de betrokken gezinnen zijn in dit onderzoek overgenomen en gebruikt. Een + houdt in dat er een verbetering is opgetreden, maar dat de score nog steeds dusdanig hoog is dat het overeen komt met de vijf procent hoogste scoorders in de normgroep ('verhoogd' bij SDQ of 'zeer hoog' bij NOSI-K). In deze groep is dus nog steeds sprake van forse problematiek. Een ++ houdt in dat er een verbetering is opgetreden en dat de score van de tweede meting ook daadwerkelijk in een lagere categorie valt, dus niet meer

overeenkomt met de vijf procent hoogste scoorders. Een 0 houdt in dat het verschil tussen de twee metingen niet groot genoeg is om van betekenis te zijn of dat er een verslechtering is opgetreden.

De scores van de CBCL en NOSI zijn niet in het programma 'BergOp' verwerkt. In dit onderzoek zijn de verschillen tussen de voor- en nameting op deze vragenlijsten handmatig berekend. Om de RCI en daarmee de kritische verschillscore, van de verschillende (sub)scores van de NOSI te berekenen is gebruik gemaakt van de standaardmeetfout, die te vinden is in de handleiding van de vragenlijsten. Hiermee is de standaardfout van het verschil, of te wel de RCI, berekend met de volgende formule (Jacobson & Truax, 1991):

$$\text{standaardfout van het verschil} = \sqrt{2 \times \text{standaardmeetfout}^2}$$

Omdat in dit onderzoek alleen is gekeken naar verbetering van testcores, is uitgegaan van eenzijdig toetsen bij een significantieniveau van 5%. Om uiteindelijk de kritische verschillscore te berekenen, is de RCI vermenigvuldigd met 1.65. Dit getal is de z-waarde die vermeld staat in de statistische tabel met de kritische waarden voor de t-verdeling (Moore & McCabe, 2006) en komt overeen met een significantieniveau van 5% bij eenzijdig toetsen. Vervolgens is per gezin beoordeeld of het verschil in testcores tussen de voor en nametingen groter is dan de berekende kritische verschillscore. Ook hierbij is vervolgens een 0, + of ++ toegekend.

Bij de CBCL is het gebruik van de 'kritische verschillscore' vanwege de omzetting van ruwe scores naar t-scores. Het verschil in scores van de CBCL op de verschillende meetmomenten is dan ook subjectief beoordeeld. Alleen wanneer de score op de eerste meting in het grensgebied of klinische gebied valt en de score op de eindmeting of follow-up in het normale gebied valt, werd het label 'verbeterd en klachtenvrij' (++) toegekend. Alle overige verschillen tussen voor en nametingen werden als 'geen verbetering' (0) beschouwd.

3 Resultaten

3.1 Bevindingen tijdens het beloop van het onderzoek

Tijdens het onderzoek zijn er verschillen tussen de twee hulpverleners die Sherborne's bewegingspedagogiek toepassen naar voren gekomen. In dit onderzoek bestaat de Sherbornegroep uiteindelijk alleen uit gezinnen die behandeld zijn door één van hen (hulpverlener A). Ook is het vinden van geschikte controlegezinnen een lastige zaak gebleken. Hierdoor bleek het niet haalbaar om de gezinnen in de controlegroep te matchen met de gezinnen in de Sherbornegroep. Voorafgaand aan het toetsen van de hypothesen worden deze twee punten toegelicht.

Sherbornegroep

Bij het in kaart brengen van de gezinnen die Sherborne's bewegingspedagogiek hebben gekregen, blijkt hulpverlener A bij meer gezinnen Sherborne's bewegingspedagogiek te hebben toegepast dan de andere hulpverlener (hulpverlener B). Hierbij gaat het om respectievelijk elf en vier gezinnen. Daarnaast loopt het aantal sessies Sherborne's bewegingspedagogiek dat is gegeven, sterk uiteen. Hulpverlener A heeft bij negen van de elf gezinnen zes tot negen Sherborne sessies uitgevoerd. Bij de andere twee gezinnen zijn de Sherborne sessies in overleg met het gezin vroegtijdig beëindigd. Redenen hiervoor waren fysieke klachten bij de ouder en ontevredenheid over de totale hulpverlening waardoor IOG is beëindigd. Bij hulpverlener B zijn bij drie van de vier gezinnen de Sherborne sessies na twee of drie keer vroegtijdig beëindigd. Redenen hiervoor waren dat het gezin voortzetting van de Sherborne sessies niet zagen zitten of dat de gezinssituatie zodanig veranderde dat voortzetting van Sherborne's bewegingspedagogiek niet haalbaar was. Uit gesprekken met hulpverlener B blijkt dat zij minder goed uit de voeten kan met de Sherborne's bewegingspedagogiek binnen de IOG. Zij geeft aan veel vertrouwen te hebben in de methodiek zelf, maar vaak gebrek aan motivatie hiervoor bij de gezinnen te ervaren. Hulpverlener A geeft aan dat zij in de kennismakingsperiode met het gezin Sherborne's bewegingspedagogiek als een mogelijkheid aanbiedt en hier alleen mee start als het gezin hier open voor staat. Gebrek aan motivatie ervaart zij daarmee niet. Deze bevindingen duiden erop dat naast de methodiek zelf kenmerken aan de kant van de hulpverleners een belangrijke rol spelen bij de effectiviteit van de Sherborne's bewegingspedagogiek.

Controlegroep

Voorafgaand aan het onderzoek was de verwachting dat er een ruime hoeveelheid gezinnen beschikbaar zou zijn voor de controlegroep. Het is aannemelijk dat de gezinnen van de hulpverleners die ook Sherborne's bewegingspedagogiek toepassen, vergelijkbaar zijn met de gezinnen van andere hulpverleners. De gezinnen voor de controlegroep werden aangedragen door de overige gezinshulpverleners. Na verschillende verzoeken om gezinnen voor de controlegroep aan te dragen, bleef het aantal aangedragen gezinnen echter zeer laag. Bij navraag naar de redenen hiervoor gaven sommige hulpverleners aan dat ze een hoge werkdruk ervaren en dat ze geen tijd hadden om gezinnen voor het onderzoek aan te dragen. Ook zagen verschillende hulpverleners deelname aan het onderzoek als een te grote belasting voor ouders. Uitleg over het onderzoek en de belasting die dit zou meebrengen voor ouders of hulpverleners heeft geen verandering hierin gegeven. Daarnaast bleek de term hechttingsproblematiek zelden te worden

gebruikt in de dossiers van de overige hulpverleners. Zij gaven aan weinig of geen gezinnen met vermoedens van hechtingsproblematiek te kennen. Aangezien het zeer onwaarschijnlijk is dat de problematiek van de gezinnen van gezinshulpverleners die Sherborne's bewegingspedagogiek toepassen verschilt van de problematiek van gezinnen van andere gezinshulpverleners is gekeken naar alternatieve formuleringen in de dossiers van andere hulpverleners. Bij het schetsen van de problematiek binnen gezinnen uit de Sherbornegroep geven verschillende hulpverleners aan toch vergelijkbare gezinnen in behandeling te hebben. In deze dossiers stonden meer algemene beschrijvingen zoals "problematische interactie tussen ouder en kind", "problemen in relationele sfeer" en "ouder-kind problematiek". Er is dan ook gekozen om het laatste criterium te laten vallen en af te gaan op deze algemene beschrijvingen in de dossiers.

Het is echter niet verwonderlijk dat hulpverleners onderling verschillen in hun bekendheid met en opvattingen over hechting aangezien er in de praktijk geen duidelijke criteria zijn voor het gebruiken van de term hechtingsproblematiek in de dossiers. Ook in de verslaglegging van de doorverwijzende instanties lijkt hier geen eenduidigheid in te zijn. Deze bevindingen verklaren waarom de controlegroep uit zo weinig gezinnen bestaat. De gezinnen in de controlegroep zijn dan ook slechts een zeer beperkte afspiegeling van de gezinnen die binnen Jarabee IOG krijgen en bij wie hechtingsproblematiek een rol spelen.

3.2 Algemene bevindingen

Binnen de IOG van Jarabee is in totaal bij vijftien gezinnen gestart met Sherborne's bewegingspedagogiek. Hiervan zijn elf gezinnen afkomstig van hulpverlener A en vier gezinnen van hulpverlener B. Voor dit onderzoek zijn vier gezinnen afgevallen: twee gezinnen vielen af op grond van de algemene inclusiecriteria, één gezin bleek verhuisd te zijn en in één gezin is de situatie tijdens het onderzoek zeer complex en wordt een andere vorm van intensieve hulpverlening geboden. De overgebleven elf gezinnen zijn gevraagd deel te nemen aan het onderzoek, drie gezinnen zagen deelname aan het onderzoek niet zitten. Het uiteindelijke aantal gezinnen in de Sherbornegroep komt daarmee op acht gezinnen. Deze acht gezinnen zijn allen afkomstig van hulpverlener A.

Voor de controlegroep zijn in totaal dertien gezinnen aangedragen door verschillende gezinshulpverleners. Hiervan vielen vijf gezinnen af op grond van de algemene inclusiecriteria. De overige acht gezinnen zijn gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Hiervan gaven twee gezinnen aan niet te willen deelnemen en een gezin trok zich tijdens het onderzoek terug uit het onderzoek. Het uiteindelijke aantal gezinnen in de controlegroep komt daarmee op vijf gezinnen. Deze vijf gezinnen zijn afkomstig van vier verschillende hulpverleners.

In de tabel 3.1 is een overzicht van de kenmerken van de deelnemende gezinnen weergegeven. In deze tabel is onderscheid gemaakt tussen gezinnen in de Sherbornegroep en gezinnen in de controlegroep. Er is gekeken naar het geslacht van het aangemelde kind, de leeftijd en het type onderwijs dat het kind volgt. Daarnaast is gekeken naar de samenstelling van het gezin. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen een alleenstaande moeder met kinderen, een samengesteld gezin bestaande uit een biologische moeder, stiefvader en eventueel (half- of stief-) broertjes en/of zusjes en een intact gezin bestaande uit de biologische vader en moeder en eventueel broertjes en/of zusjes. Ook is gekeken naar de duur van de IOG. Binnen Jarabee wordt de termijn van zes

maanden aangehouden en in de praktijk blijkt het in enkele gevallen nodig dit te verlengen met drie of zes maanden. Binnen de gezinnen die deelnamen aan het onderzoek was de duur van de IOG dan ook zes, negen en in één geval twaalf maanden.

Tabel 3.1 Kenmerken van deelnemende gezinnen

kenmerken	frequentie (%)		gemiddelde (SD)	
	S (n=8)	C (n=5)	S (n=8)	C (n=5)
geslacht				
jongen	3 (37,5 %)	3 (60%)		
meisje	5 (62,5 %)	2 (40%)		
leeftijd kind			6,9 (1,8)	6,2 (2,2)
4-6 jaar	4 (50%)	3 (60%)		
7-9 jaar	3 (37,5%)	2 (40%)		
10-12 jaar	1 (12,5%)	0		
onderwijsvorm kind				
regulier basisonderwijs	6 (75%)	3 (60%)		
speciaal basisonderwijs	2 (25%)	2 (40%)		
gezinssamenstelling				
alleenstaande moeder	3 (37,5%)	3 (60%)		
samengesteld gezin	2 (25%)	1 (20%)		
intact gezin	3 (37,5%)	1 (20%)		
aantal maanden IOG			7,5 (2,3)	6,6 (1,3)
6 maanden	5 (62,5%)	4 (80%)		
9 maanden	2 (25%)	1 (20%)		
12 maanden	1 (12,5%)	0		
betrokken hulpverlener				
A	8 (100%)			
B		1 (20%)		
C		1 (20%)		
D		1 (20%)		
E		2 (40%)		

S = Sherbornegroep; C= controlegroep

Hulpverleners A en B hebben cursus Sherborne's bewegingspedagogiek gevolgd, hulpverleners C,D,E niet

Om te beoordelen of de Sherbornegroep en controlegroep vergelijkbaar zijn bij de start van de IOG is gekeken naar de scores op de verschillende vragenlijsten bij de beginmeting. In tabel 3.2 is weergegeven hoeveel gezinnen een score in de categorieën 'normaal' tot 'verhoogd' en 'zeer laag' tot 'zeer hoog' behalen. De gemiddelde scores voor iedere groep zijn niet berekend. Omdat gebruik is gemaakt van verschillende vragenlijsten als maat voor de gedragsproblemen van het kind en ervaren opvoedingsbelasting is dit niet mogelijk.

Tabel 3.2. Verdeling van scores bij beginmeting

vragenlijsten	frequentie (%)	
	S	C
totaal CBCL/SDQ (probleemgedrag van het kind)		
normaal	0	2 (40%)
grensgebied	1 (12,5%)	0
verhoogd	7 (87,5%)	2 (40%)
onbekend	0	1(20%)
totaal NOSI/ NOSI-K (totale stressbeleving door moeder)		
gemiddeld	0	2 (40%)
hoog	1 (12,5%)	0
zeer hoog	7 (87,5%)	1 (20%)
onbekend	0	2 (40%)
ouderdomein NOSI/ NOSI-K(aandeel ouderfactoren in stressbeleving)		
gemiddeld	0	2 (40%)
boven gemiddeld	1 (12,5%)	0
hoog	2 (25%)	0
zeer hoog	5 (62,5%)	1(20%)
onbekend	0	2 (40%)
kinddomein NOSI/ NOSI-K (aandeel kindfactoren in stressbeleving)		
onder gemiddeld	0	1(20%)
boven gemiddeld	0	1(20%)
zeer hoog	8 (100%)	2 (40%)
onbekend	0	1(20%)
hechting NOSI/ NOSI-K(aandeel hechtingsproblemen in stressbeleving)		
gemiddeld	0	1(20%)
boven gemiddeld	0	1(20%)
hoog	1 (12,5%)	1(20%)
zeer hoog	7 (87,5%)	0
onbekend	0	2 (40%)
acceptatie NOSI/ NOSI-K(aandeel acceptatieproblemen in stressbeleving)		
gemiddeld	1 (12,5%)	2 (40%)
zeer hoog	7 (87,5%)	2 (40%)
onbekend	0	1(20%)

S = Sherbornegroep; C= controlegroep

Uit de tabel blijkt dat er duidelijke verschillen zijn tussen de Sherbornegroep en de controlegroep. Wat het probleemgedrag van het kind betreft, valt op dat in de Sherbornegroep zeven van de acht kinderen een score heeft die in de categorie ‘verhoogd’ valt en één kind heeft

een score die in het grensgebied valt. In de controlegroep liggen deze aantallen anders. Hier scoren slecht twee van de vijf moeders in de categorie ‘verhoogd’, twee in de categorie ‘normaal’ en van één gezin ontbreken de testgegevens. De twee moeders die ‘normaal’ hierop scoren, blijken ook op de NOSI steeds als enigen gemiddeld of bovengemiddeld te scoren. Om te beoordelen hoe deze normale scores kunnen worden verklaard, is gekeken naar informatie uit de dossiers en interviews. Bij één gezin bleken de problemen inderdaad minder ernstig en gecompliceerd te zijn. Deze moeder vertelde dat ze bij het consultatiebureau had aangegeven dat haar kind veel en heftige driftbuien had. Ze wilde graag adviezen om hiermee om te gaan, maar het consultatiebureau verwees haar door voor IOG. Deze moeder gaf aan dat zij de inzet van IOG veel te hoog gegrepen vond. Tijdens de behandeling bleek ze er toch veel eraan te hebben en is de behandeling voortgezet en na de normale termijn van 6 maanden afgerond. Dit kan een verklaring zijn waarom ze lager scoort op de vragenlijsten bij de voormeting. Bij de andere moeder die laag scoort op de vragenlijsten is de situatie geheel anders. Hier speelden veel en gecompliceerde problemen binnen het gezin. De hulpverlening vond plaats in het kader van ondertoezichtstelling van de kinderen en de IOG werd gestart net nadat het oudste kind uit huis was geplaatst. Moeder was vanwege de uitgebreide hulpverleningsgeschiedenis zeer wantrouwend tegenover hulpverlening. Dit kan een verklaring voor de normale scores zijn. Bij de toetsing van de hypothesen zullen de scores van deze twee moeders in de controlegroep verder worden toegelicht.

3.3 Bijdrage van Sherborne’s bewegingspedagogiek

De eerste hypothese stelt dat gezinnen in de Sherbornegroep aangeven dat de Sherborne’s bewegingspedagogiek een bijdrage heeft geleverd aan de veranderingen die zijn opgetreden binnen het gezin. Vier moeders vinden dat Sherborne’s bewegingspedagogiek een bijdrage heeft geleverd, drie moeders vinden dit niet en één moeder weet het nog niet.

De vier moeders die positief zijn over Sherborne’s bewegingspedagogiek, beschrijven duidelijke verbeteringen in het contact tussen moeder en het kind. Alle vier de moeders zagen zelf meer positieve kanten van hun kind tijdens en na de Sherborne sessies. Over de veranderingen die het bij hun kinderen heeft gebracht, zijn de meningen verdeeld. Eén moeder geeft duidelijk aan dat het bij haar kind niet de verandering heeft gebracht die ze voor ogen hadden. Het deed meer voor één van de andere kinderen uit het gezin. Een andere moeder zegt dat de Sherborne sessie soms slaagt en soms niet, afhankelijk van de stemming van haar kind. Drie moeders geven aan dat ze oefeningen vanuit de Sherborne’s bewegingspedagogiek nog wel eens gebruiken of dat hun kind erom vraagt. De andere moeder zegt de oefeningen niet meer te gebruiken, maar dat wel het bewustzijn ervan is gebleven. Om de bevindingen te illustreren zijn citaten uit de interviews toegevoegd. Achter het citaat staat tussen haakjes het gezin van wie het citaat afkomstig is. De gezinnen zijn genummerd met een letter ervoor. De S staat voor gezinnen uit de Sherbornegroep:

“...Het contact, dat je weer positief naar je kind kan kijken en dat mama ook wat anders kan dan alleen maar brommen... ..het samen wat doen, het samen weer leuk hebben. Dat geldt vooral voor het contact tussen mij en haar, dat gaat weer meer vanzelf. Met de andere twee kinderen ging dat altijd vanzelf...” (S3)

“...Ja, ik merkte na een paar keer gewoon dat mijn kind naar me toe kwam en de armpjes om mij heen sloeg en dat was heel lang geleden...” (S4)

“...Ik ben iemand die helemaal niet gauw huilt, maar gewoon dat je je kind dat normaal zo onhandelbaar is enzo, mij kutwif noemt en zegt dat ik dood moet en dan bij me ligt en zo kwetsbaar en zo klein en zo rustig en zo stil, en dan heb je echt zoiets van ja dat is mijn kleine meisje...” (S6)

“...Dat is gewoon zo genieten als je dat kind ziet genieten, dat maakt zoveel goed. Dat geeft een stuk meerwaarde een stuk positiviteit naar je kind toe...” (S7)

Daarnaast is er één gezin bij wie IOG en Sherborne's bewegingspedagogiek nog gaande zijn. In dit gezin hebben moeder en kinderen drie Sherborne sessies gehad en dit ervaren ze als “erg leuk”. Moeder kan echter nog niet aangeven of het effectief is en een meerwaarde heeft. Hiervoor denkt ze langer door te moeten gaan met Sherborne's bewegingspedagogiek. De overige drie gezinnen geven aan dat Sherborne's bewegingspedagogiek geen meerwaarde heeft gehad. Hiervan vertellen twee moeders dat het type spelletjes en oefeningen niet aansluit bij hun eigen belevingswereld of die van hun kinderen (S2 en S5). De andere moeder vertelt aan dat het contact tussen haar en haar kind al goed was en dat het mogelijk wel geschikt zou zijn voor kinderen met andere problemen (S1). De volgende citaten geven de kern van hun reacties duidelijk weer:

“...Het was op zich leuk, maar het hielp niet, bij ons niet. Ik zeg ook, ik vind het een hele goede techniek alleen voor ons maakte het weinig uit. Mijn kind is juist naar mij toe heel close. Bijvoorbeeld een schoonzus die kon je als baby niet knuffelen en het is een heel koel persoon, echt afstand. Ik denk dat zulke kinderen en met autisme enzo, dat het voor hen heel goed zou zijn...” (S1)

“...Ik hou niet van aanraking en dat soort spelletjes... en ook heb ik veel moeite met de video-opnames, daarom zijn we ermee gestopt...”(S2)

“...Het was moeilijk om daar serieus mee bezig te zijn. Op zich heb ik er niks mee, met dat soort spelletjes en dingetjes. En dat moet je dan net bij jongens doen van die leeftijd...” (S5)

Conclusies ten aanzien van de bijdrage Sherborne's bewegingspedagogiek

De helft moeders in de Sherbornegroep vindt dat de Sherborne's bewegingspedagogiek een bijdrage heeft geleverd aan de veranderingen die zijn opgetreden binnen het gezin. Volgens deze vier moeders zorgde de Sherborne sessies ervoor dat ze meer positieve kanten van hun kind zagen. Slechts twee moeders zien dat het ook daadwerkelijk positieve effecten op hun kind heeft gehad. Dit levert nog onvoldoende informatie op om de eerste hypothese te kunnen aannemen of verwerpen. Deze informatie leidt tot nieuwe vragen die eerst beantwoord moeten worden: Welke interventies hebben volgens de moeders in de Sherbornegroep en de moeders in de controlegroep een bijdrage geleverd aan de verbeteringen in het gezin? Lijken de verbeteringen anders van aard wanneer de gekeken wordt naar de opmerkingen die moeders in de Sherbornegroep en controlegroep maken? Voordat de overige hypothesen worden getoetst wordt eerst verder gekeken naar de bijdrage van overige interventies binnen de IOG. Deze bevindingen staan beschreven in de volgende paragraaf.

3.3.1 Bijdrage van andere interventies

Uit de interviews komt naar voren dat alle gezinnen van mening zijn dat meerdere interventies binnen de IOG voor hen effectief en waardevol zijn geweest. Dit geldt zowel voor de gezinnen in de Sherbornegroep als in de controlegroep. Zoals eerder beschreven in paragraaf 2.4.1 is afgegaan op antwoorden die moeders spontaan geven. Bij het doorvragen naar veranderingen in het gedrag van het kind, de aanpak van ouders en het contact tussen ouder en kind is steeds gevraagd waardoor de veranderingen volgens moeder zijn gekomen. Uit de interviews met moeders kwamen grofweg vier type interventies die spontaan werden genoemd naar voren:

- versterken van de moeder/ ouders. Hieronder valt de persoonlijke begeleiding in de vorm van begrip en steun van de hulpverlener aan de moeder om het zelfvertrouwen te verbeteren;
- pedagogische vaardigheden verbeteren. Dit is onder verdeeld in positieve aandacht aan het kind geven (gezellig momenten creëren, richten op positieve gedragingen van het kind), communicatie met het kind (zoals ik-boodschappen geven, discussie afkappen, uitleg aan kind geven), structuur aanbrengen (afspraken ten aanzien van taken in huis en regelmaat in bijvoorbeeld bedtijden) en technieken ten aanzien van belonen en straffen (zoals beloningssystemen, negeren van negatief gedrag en de gang op sturen);
- ouders op een lijn brengen. Dit geldt alleen voor de intacte of samengestelde gezinnen. In sommige gezinnen speelde onenigheid over de opvoeding een rol. In deze gezinnen heeft de hulpverlener geholpen om ouders ten aanzien van de opvoeding op een lijn te krijgen;
- Sherborne's bewegingspedagogiek.

In tabel 3.3 is een overzicht gegeven van het aantal gezinnen dat deze verschillende type interventies als effectief en waardevol beschouwen.

Tabel 3.3 Aantal gezinnen dat verschillende type interventies als effectief heeft ervaren

interventies	frequentie (%)		
	S (n=8)	C (n=5)	Totaal (n=13)
versterken moeder/ ouders	8 (100%)	5 (100%)	13 (100%)
pedagogische vaardigheden verbeteren			
positieve aandacht geven	8 (100%)	3 (60%)	11 (85%)
communicatie met kind	7 (87,5%)	4 (80%)	11 (85%)
structuur aanbrengen in huis	5 (62,5%)	3 (60%)	8 (62%)
technieken tav belonen en straffen	2 (25%)	4 (80%)	6 (46%)
ouders op een lijn brengen	2 (40%)	0 (0%)	2 (29%)
Sherborne bewegingspedagogiek	4 (50%)	n.v.t.	4 (50%)

S = Sherbornegroep; C = controlegroep

De drie interventies die door de meeste moeders worden genoemd zijn: het versterken van moeder/ ouders, het geven van positieve aandacht aan het kind en het verbeteren van de communicatieve vaardigheden. Deze interventies worden verder toegelicht. De overige interventies: technieken voor belonen en straffen, structuur aanbrengen in huis en ouders op een lijn brengen worden minder vaak in de interviews genoemd. Uit de interviews komt naar voren dat deze interventies bij meer concrete problemen in een gezin worden toegepast. Hierbij valt te denken aan specifiek probleemgedrag van het kind zoals avonds uit bed komen, snoepjes pikken of niet luisteren, maar ook voor de kinderen onoverzichtelijke en onrustige situaties in huis en meningsverschillen ten aanzien van de opvoeding tussen ouders. Om deze redenen worden deze interventies niet verder toegelicht.

Versterken van moeder/ ouders

Alle moeders zien het versterken van moeder een belangrijk onderdeel van de hulpverlening. Zij geven aan zich begrepen en gesteund te hebben gevoeld door de hulpverlener. Dit heeft volgens hen een belangrijke bijdrage geleverd aan de verbeteringen binnen het gezin. Veelal wordt de klik met de hulpverlener genoemd. Anderen omschrijven het als “je verhaal bij de hulpverlener kwijt kunnen”. De volgende citaten illustreren dit goed:

“...Ik was wel gek met de hulpverlener. Ze heeft me een andere wereld laten zien. Ik loop al bij hulpverleners vanaf mijn 16^e maar ze hebben me vaker naar beneden gehaald dan vooruit geholpen. ...eerder was ik als een kip zonder kop, zeg maar. De hulpverlener heeft me de ogen los gedaan. Ik ben allang blij dat de ze mij zoveel dingen heeft geleerd, het leven is heel wat anders, dat is alleen maar beter, joh...” (C1)

“...Ik ben wel een stuk sterker geworden, ik heb nog wel angsten, maar ik heb ook een lijstje gekregen hoe ik kan omgaan met en dingen die ik in mijn gedachten moest zeggen van kom op en jij hebt allemaal dingen goed gedaan voor de kinderen...” (C3)

“...Ik ben er sterker door geworden. Ik heb veel meer zelfvertrouwen door gekregen. De gesprekken gingen ook heel veel over mij wat ik moest verbeteren. Daar heb ik wel heel veel aangehad...” (C4)

“...Gewoon heel betrokken. We hebben gewoon ontzettend veel gepraat en we werden serieus genomen. Maar ook begrip voor ons van: het is ook gewoon klote waar jullie inzitten, gewoon op dezelfde lijn. Dat hebben we ook gewoon met hulpverlener... heel veel gelachen. Dat je er ook gewoon om kan lachen. Het moet ook klikken hè en dat moet je treffen. En dat hebben we heel vaak bij anderen niet gehad, toen hebben we het gewoon niet getroffen...” (S5)

“...Ook wel om die bevestiging te geven van het ligt niet aan jou, je doet het wel goed. Je wordt begrepen en ook meedenken...”(S6)

“...Ook gewoon een keer iemand die ook luistert naar mijn kant van het verhaal en niet iemand die alleen maar het negatieve ziet. Ik zit ook gewoon lekkerder in mijn vel nu...”(S8)

De effecten die de moeders beschrijven van zich gesterkt voelen door de contacten met de hulpverlener sluiten aan bij de activeringsgerichte methodieken van empowerment waarmee binnen de IOG wordt gewerkt (Schot & Steege, 1998). De kern van empowerment is dat de hulpverlener niet zozeer de problemen verhelpt en compenseert, maar vooral de aanwezige krachten en sterke kanten probeert te benutten en waar mogelijk uit te breiden. De moeders geven allemaal, zowel in de Sherbornegroep als in de controlegroep, aan dat dit een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de verbeteringen binnen hun gezin.

Verbeteren van pedagogisch vaardigheden: positieve aandacht geven

Van de Sherbornegroep geven alle moeders aan dat het geven van positieve aandacht een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de verbeteringen in het gezin. De vier moeders die de Sherborne's bewegingspedagogiek positief beoordelen, koppelen het geven van positieve aandacht aan de Sherborne sessies. Volgens deze moeders hebben zij dit vooral ervaren en geleerd tijdens en door de Sherbornesessies. Echter ook de overige vier moeders van de Sherbornegroep noemen het geven van positieve aandacht aan het kind een zeer effectieve techniek. In hun ogen heeft dit een belangrijke bijdrage geleverd aan de verbeteringen binnen het gezin. Zij koppelen dit niet aan Sherbornesessies, maar geven aan dit te hebben geleerd van de gesprekken en adviezen met de hulpverlener. Deze moeders beschrijven in het interview vergelijkbare punten als de andere vier moeders zoals uit de volgende citaten blijkt.

“...Ik zat iedere keer van potverdikke dat kun je zelf wel, je bent nu zo groot, dat werkt niet bij mijn kind. Hulpverlener keek wel naar het kind zelf. Bij mijn kind was van eh.. op een positieve manier reageren...Dat is bij haar dé manier, maar ja kom daar eerst maar eens achter...” (S1)

“...Er zijn veel meer positieve momenten zoals 's avonds even lekker samen op de bank zitten en hem aanhalen ...”(S2)

“...Dat wij mekaar aanspreken op het positieve en een aai over de bol, dat we het positieve extra benadrukken, ook naar de kinderen toe en ook tegen elkaar zeggen. Dat is bewuster, complimenten geven...” (S5)

“...Ik geef ze nu ook complimentjes en ik doe nu ook gewoon meer met ze. Ik deed nooit wat met ze ja af en toe naar de winkel lopen en even stoppen bij de speeltuin hier. We zijn al helemaal verslaafd aan Mens Erger Je Niet hier. Elke dag komt het bord op tafel. Ik ga weer meer met hun ergens naar toe, op visite ...” (S8)

In de controlegroep geven drie van de vijf moeders aan dat het geven van positieve aandacht aan het kind een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de verbeteringen binnen het gezin. Ook zij zeggen dit te hebben geleerd van de gesprekken en adviezen van de hulpverlener. De opmerkingen die zij in het interview hierover maken, zijn vergelijkbaar met die van de gezinnen in de Sherbornegroep.

“...Ik doe meer met hunnie, spelletjes en naar de bieb gaan en zo, dat deed ik eerder ook niet. Ja dat is niet mooi om te zeggen, hé. Ik heb van hulpverlener geleerd te genieten wanneer mijn jongen genieten. Naar de bieb gaan, dat vinden ze geweldig joh, ja en dat dat ook weer, ja hoe zeg je dat... goed is voor de moeder en kinderen band...” (C1)

“...Mijn kind heeft continu ook bevestiging nodig. Dan zag je dat koppie gewoon groeien. Continu die duw in de rug heeft hij nodig, daar ga je gewoon in mee...”(C2)

“...Je kunt weer van mekaar houden. Je gaat op een gegeven moment een hekel krijgen aan je eigen kind, niet zodanig dat je het kind niet meer wil of zo, maar je baalt van de hele situatie. Dat is nu anders, je ziet meer, je doet meer, ze is vrolijker... Stukken positiever dan voorheen...”(C5)

De overige twee moeders van de controlegroep noemen deze interventie niet. Deze twee moeders geven beiden aan dat zij juist hebben moeten leren strenger te zijn en duidelijk grenzen aan het gedrag van hun kind te stellen. Zoals te zien is in de onderstaande citaten gebruiken beide moeders in dit verband het woord ‘vriendin’ terwijl dit in alle overige gezinnen niet aan de orde was. Dit kan een verklaring zijn waarom deze moeders het geven van positieve aandacht aan hun kinderen niet noemen.

“...Ik had echt het gevoel dat ik haar als een vriendin moest behandelen... ...Ik was wel eens bang dat ik mijn kinderen zou verliezen want daar dreigde mijn man ook wel mee. Ik dacht ik moet maar aardig doen tegen de kinderen ...” (C3)

“...Van je doet het wel goed, maar je moet toch nog iets strenger worden. Ik deed het wel goed alleen ik wou het te goed worden. Ik was meer een vriendin en als je dat niet hebt dan moet je dat leren...” (C4)

Uit deze bevindingen kan geconcludeerd worden dat wat betreft het geven van positieve aandacht aan het kind de Sherborne’s bewegingspedagogiek geen duidelijke meerwaarde heeft. Het geven van positieve aandacht blijkt een belangrijke bijdrage te leveren aan de verbeteringen in het gezin, maar blijkt niet alleen toe te schrijven te zijn aan de Sherborne’s bewegingspedagogiek. Het geven van positieve aandacht aan het kind sluit ook aan bij de activeringsgerichte methodieken van empowerment. Hierbij ligt de nadruk op de aanwezige krachten en sterke kanten van het kind proberen te benutten en waar mogelijk uit te breiden.

Verbeteren van pedagogisch vaardigheden: communicatieve vaardigheden

Het verbeteren van de communicatie met het kind heeft volgens elf van de dertien gezinnen ook bijgedragen aan de verbeteringen binnen het gezin. Van de Sherbornegroep geven zeven van de acht moeders dit aan en van de controlegroep vier van de vijf moeders. Deze interventie wordt los gezien van de Sherborne’s bewegingspedagogiek en er zijn geen verschillen tussen de controlegroep en Sherbornegroep.

“...Ik heb geleerd echt te luisteren naar hem. Ik liet hem vaak niet uitpraten en onderbrak hem. Hij is wel iets achter, maar hij is wel heel pienter...” (C2)

“...Ik heb wel heel veel dingen profijt van gehad, dat zij dingen heeft aangegeven. Tips, echt van ga je kinderen eens anders benaderen... van ‘ik wil’ en ook niet zo gauw in de strijd gaan met de kinderen en gewoon uit laten praten en ook de kinderen een voor een laten praten ...” (C3)

“...Gewoon afkappen. Dan had ik de deur dicht en dan had zij weer zo iets van “mama” en dan had ik zoiets van ja wat is er, je moet slapen. dan had zij weer contact met mij en dat moest ik gewoon negeren. Nu zegt ze mama en dan zeg ik: ik heb welterusten gezegd het is klaar en dan loop ik gewoon weg...” (S3)

“...Dan drie keer en dan word je boos, van luister nou eens een keer en ja dan begin je gewoon te schreeuwen van je onmacht. En nu snap je gewoon dat hij geen meervoudige opdrachten snapt. Van je moet hem niet teveel tegelijk vragen. En dat heeft al zoveel rust gebracht...”(S7)

Hieruit blijkt dat het verbeteren van de communicatieve vaardigheden van de ouders een belangrijke bijdrage levert aan de veranderingen binnen het gezin. Dit sluit aan bij de methodiek van de IOG waarin de communicatietheorie een belangrijke rol speelt. De communicatietheorie gaat ervan uit dat de manier waarop mensen zich gedragen niet los kan worden gezien van hun contacten met anderen (van Schot & Steege, 1998). Er wordt gekeken naar de manier waarop de gezinsleden met elkaar communiceren. Het uitgangspunt is zoeken naar wat er nog aan positieve communicatie aanwezig is om van daaruit te werken naar uitbreiding van communicatieve vaardigheden. Uit de interviews blijken moeders hier veel aan te hebben gehad.

Conclusies ten aanzien van de bijdrage Sherborne’s bewegingspedagogiek

De eerste hypothese dat vooral de Sherborne’s bewegingspedagogiek een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan verbeteringen in het gezin kan worden verworpen. De helft van de moeder die Sherborne’s bewegingspedagogiek hebben gehad, beoordelen dit positief en geven aan hier veel aan te hebben gehad. De overige moeders geven echter vergelijkbare verbeteringen aan en schrijven dit toe aan interventies die gestoeld zijn op de activeringgerichte methodiek van empowerment en de communicatietheorie. Uit de bevindingen blijken het versterken van moeder, het geven van positieve aandacht aan het kind en het verbeteren van de communicatie met het kind in beide groepen een belangrijke bijdrage te hebben geleverd aan verbeteringen in het gezin. De activeringgerichte methodiek van empowerment sluit aan bij de eerste twee interventies en de communicatietheorie bij de laatste.

3.4 Tevredenheid

De tweede hypothese stelt dat gezinnen in de Sherbornegroep meer tevreden zijn over de behandeling dan gezinnen in de controlegroep. Om deze hypothese te kunnen toetsen is gekeken naar informatie afkomstig uit de interviews.

Gegevens uit de interviews

Uit de interviews blijkt dat alle gezinnen zowel in de Sherborne- als in de controlegroep zeer tevreden zijn over de behandeling en de behaalde resultaten. De volgende citaten van moeders uit beide groepen illustreren de positieve reactie van moeders.

“... Ik ben wel blij dat ik het gedaan heb. Het is wel gelukt wat ik gehoopt had...” (S3)

“...Ik heb overal wat aan gehad. Ik ben allang blij dat hulpverlener mij zoveel dingen heeft geleerd, het leven is heel wat anders, dat is alleen maar beter, joh. We komen er wel...” (C1)

“...Mijn vragen, mijn problemen, (de doelen) die hebben we ook allemaal behaald ...” (C2)

De moeders uit de controlegroep geven aan niets gemist te hebben in de IOG en tevreden te zijn over de behaalde resultaten. Overall is volgens hen voldoende aandacht en tijd voor geweest. Bij het doorvragen naar punten waarover men minder tevreden is, geven slechts twee moeders van de controlegroep een verbeterpunt aan. Eén moeder is ontevreden over de wisseling van hulpverlener tijdens de IOG. Volgens hen heeft dit geleid tot een vertraging in het proces en ze hadden dan ook graag gezien dat de behandeling eerder was gestart of de eerste hulpverlener was gebleven. De andere moeder vindt de IOG te hoog gegrepen, omdat de problemen enkel bestonden uit heftige driftbuien van het kind. Desondanks heeft ze wel veel aan de behandeling gehad en is de behandeling goed afgerond. Deze kritiekpunten die zijn gegeven hebben geen relatie met Sherborne's bewegingspedagogiek.

In de Sherbornegroep weten slechts twee moeders kritiekpunten aan te geven. Eén moeder zegt niet tevreden te zijn over de lange wachttijd voor het starten van de behandeling. Ook dit staat geheel los van de Sherborne's bewegingspedagogiek. Het enige kritiekpunt dat wel van belang is binnen dit onderzoek komt van de andere moeder die aangeeft dat ze eigenlijk graag twaalf Sherborne sessies had gehad. Zij zegt hierover:

“...Het was iets te vroeg voor het afsluiten van de Sherborne therapie, ik vond echt dat het nog wel langer door had mogen gaan. Dan hadden we het iets verder nog uit kunnen diepen. Ik zag zelf gewoon heel positief effect en ik was bang dat dat weg zou zakken, maar dat is niet gebeurd. Het was even moeilijk toen IOG was gestopt, een maandje, om het vast te blijven houden, maar het is allemaal goed gekomen. Ja, ik vind 12 keer het minimale hoor, dat het dan nog iets verstevigd was...” (S4)

Conclusies ten aanzien van de tevredenheid over de behandeling

De tweede hypothese dat gezinnen in de Sherbornegroep meer tevreden zijn over de behandeling dan gezinnen in de controlegroep kan worden verworpen. In de interviews komen geen duidelijke verschillen tussen de Sherbornegroep en de controlegroep naar voren ten aanzien van de tevredenheid over de behandeling.

3.5 Gedragsproblemen

De derde hypothese stelt dat binnen de gezinnen in de Sherbornegroep de gedragsproblemen van het kind meer zijn afgenomen dan binnen de gezinnen in de controlegroep. Om deze hypothese te kunnen toetsen is gekeken naar informatie afkomstig uit de interviews en naar de scores op de CBCL of de SDQ.

Gegevens uit de interviews

In de Sherbornegroep is er volgens alle moeders nog steeds sprake van gedragsproblemen bij het kind, maar is de situatie wel aanzienlijk verbeterd. Twee moeders uit de Sherbornegroep

vertellen dat er nog onderzoeken naar het problematische gedrag van hun kind lopen en hopen als hierin duidelijkheid is, nog meer te kunnen verbeteren. De nog bestaande gedragsproblemen bij de kinderen staan volgens de moeders los van de IOG en hebben geen invloed op hun tevredenheid over de IOG of de hulpverlener.

“...Je kunt een kind niet in een keer veranderen, dat heeft tijd nodig. Iets wat jaren loopt...” (S1)

“...We werken er nog aan en in een half jaar redt je dat ook gewoon nog niet. Het is natuurlijk gedrag van haar van jaren dus dat gaat niet 123 weg. Het gaat nu gewoon een stuk beter, maar ik moest zelf die stap maken, samen met de hulpverlening en dan zelf afmaken natuurlijk...” (S2)

“...Je kan haar niet veranderen, maar ik kan het nu in de hand houden...” (S3)

“...Je maakt je er minder druk om, je leert er kennelijk mee leven. Ja, helemaal 100% zal het toch wel nooit worden, we moeten roeien met de riemen die we hebben...” (S5)

In de controlegroep komt een vergelijkbaar beeld naar voren. Vier van de vijf moeders geven aan dat er verbeteringen zijn opgetreden, maar dat er nog steeds gedragsproblemen bij het kind bestaan. Eén moeder uit de controlegroep vormt een uitzondering en geeft aan dat er eigenlijk niets meer aan de hand is met de kinderen (C1). Drie moeders uit de controlegroep vertellen dat er nog onderzoeken naar gedragsproblemen van hun kind lopen en hopen als hierin duidelijkheid is, nog meer te kunnen verbeteren.

“...Je weet nooit of mijn kind de waarheid spreekt of niet, het is moeilijk hoor. Maar toch langzamerhand verbetert het ...”(C3)

“...Hij is rustiger geworden. Hij is heel emotioneel en hoeft maar iets te gebeuren of hij is helemaal van slag. Hij kan wel beter luisteren, hij wordt ook ouder, ook een beetje verantwoordelijker, maar als hij moe is dan heeft hij vooral die driftbuien...” (C4)

Gegevens uit de CBCL en SDQ

Er is beoordeeld of er verbeteringen zijn opgetreden ten aanzien van de gedragsproblemen van het kind aan de hand van de totale score op de CBCL en SDQ. Hierbij is onderscheid gemaakt in het verschil tussen de scores op voor- en nameting (effect voor-na), de voormeting en follow-up (effect voor-fu) en de nameting en follow-up (effect na-fu). Om te beoordelen of het verschil klinisch betekenisvol en betrouwbaar is, is gebruik gemaakt van de reliable change index, die verder is toegelicht paragraaf 2.4.3. Ook staat in die paragraaf een verdere toelichting ten aanzien van de betekenis van de 0, + en ++ die zijn toegekend. Het verschil in scores op de SDQ is met behulp van het programma ‘BergOp’ beoordeeld. Bij het beoordelen van de scores op de CBCL is alleen onderscheid gemaakt tussen 0 en ++. Hierbij geldt dat ++ is toegekend indien de score van de beginmeting in de categorie verhoogd, of grensgebied valt en op de nameting in de categorie normaal valt.

Tabel 3.7 Verbeteringen ten aanzien van de gedragsproblemen van het kind.

gezinnen	voormeting	nameting	follow-up	effect voor-na	effect voor-fu	effect na-fu
S1	verhoogd (80)	verhoogd (75)	verhoogd (71)	0	0	0
S2	verhoogd (74)	verhoogd (68)	verhoogd (65)	0	0	0
S3	verhoogd (76)	verhoogd (69)	verhoogd (70)	0	0	0
S4	grensgebied (62)	normaal (43)	normaal (42)	++	++	0
S5	verhoogd (68)	verhoogd (67)	normaal (58)	0	++	++
S6	verhoogd (27)	verhoogd (34)	onbekend	0	onbekend	onbekend
S7	verhoogd (25)	verhoogd (17)	verhoogd (14)	+	+	0
S8	verhoogd (22)	normaal (10)	onbekend	++	onbekend	onbekend
C1	normaal (47)	normaal (55)	onbekend	0*	onbekend	onbekend
C2	verhoogd (79)	verhoogd (73)	verhoogd (78)	0	0	0
C3	verhoogd (21)	verhoogd (28)	onbekend	0	onbekend	onbekend
C4	normaal (59)	normaal (57)	normaal (53)	0*	0*	0*
C5	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend

S = Sherbornegroep, C = controlegroep

rood = CBCL; blauw = SDQ

0 = geen verbetering; + = verbeterd, maar niet klachtenvrij; ++ = verbeterd en klachtenvrij;

* = score van voormeting valt binnen categorie 'normaal'

In de Sherbornegroep is bij vier van de acht gezinnen een verbetering opgetreden ten aanzien van de gedragsproblemen van het kind. Bij drie kinderen zijn de gedragsproblemen al bij afsluiting van de IOG verbeterd en bij één pas later bij de follow-up (S5). In de van de gezinnen waar een verbetering heeft plaatsgevonden en testgegevens van de follow-up beschikbaar zijn, houdt de verbetering stand (S4 en S7). In de overige vier gezinnen is er geen verbetering opgetreden.

In de controlegroep ontbreken de testgegevens van één gezin en blijkt dat bij de overige vier gezinnen er geen verbetering is opgetreden ten aanzien van de gedragsproblemen van het kind. Twee moeders scoren echter bij aanvang van de IOG normaal en doen dit bij afsluiting van de IOG nog steeds (C1 en C4). In paragraaf 3.2 is een verklaring gegeven voor deze normale scores die hierop aansluiten. Bij C4 waren bij aanvang de problemen daadwerkelijk minder ernstig en complex van aard. Bij C1 was er wel sprake van ernstige en complexe problematiek en was er bij aanvang van de IOG sprake van wantrouwen tegenover hulpverlening. Bij deze gezinnen zijn de scores op de CBCL dan ook onveranderd. Hiermee blijven er maar twee gezinnen over die representatief zijn. Dit aantal is te klein om een goed beeld te geven.

Conclusies ten aanzien van de afname van gedragsproblemen van het kind

Er is onvoldoende bewijs om de derde hypothese dat in de gezinnen in de Sherbornegroep de gedragsproblemen van het kind meer zijn afgenomen dan binnen de gezinnen in de controlegroep aan te nemen dan wel te verwerpen. Uit de interviews komen ten aanzien van de verbetering in de gedragsproblemen van het kind geen duidelijke verschillen tussen de Sherbornegroep en de controlegroep naar voren. Hiermee is er onvoldoende bewijs dat de gedragsproblemen meer zijn afgenomen door de Sherborne's bewegingspedagogiek.. Voor de helft van de gezinnen die Sherborne's bewegingspedagogiek hebben gehad, geldt dat de verbeteringen in de gedragsproblemen van het kind ook terug te zien zijn in de scores op de vragenlijsten. In de

controlegroep ontstaat een vertekend beeld doordat twee moeders normaal scoren bij aanvang van IOG. Hierdoor is het lastig om een eenduidige conclusie uit de analyse van de testgegevens te trekken. De gegevens sluiten echter ook niet uit dat Sherborne's bewegingspedagogiek een positief effect op de gedragsproblemen heeft.

3.6 Stressbeleving

De vierde hypothese stelt dat de stressbeleving van moeders in de Sherbornegroep meer is afgenomen dan in de controlegroep. Om deze hypothese te kunnen toetsen, is gekeken naar de scores op de NOSI of de NOSI-K. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de totale stressbeleving, de mate waarin de moeder zich niet berekend voelt op de opvoedingstaak en de bijdrage van bepaalde eigenschappen van het kind aan de overall-stress in de ouder-kind relatie. Dit is in kaart gebracht aan de hand van de totale score en de scores op het ouder- en kinddomein. Het verschil in scores op de NOSI-K is met behulp van het programma BergOp beoordeeld. Om het verschil in scores op de NOSI te beoordelen is de kritische verschillscore handmatig berekend. De berekening die hieraan ten grondslag ligt, staat beschreven in paragraaf 2.4.3.

Totale stressbeleving

In tabel 3.4 zijn de totaalscores van de moeders op de NOSI en NOSI-K met elkaar vergeleken. De totaalscore geeft de stressbeleving van ouders in de opvoeding van het kind weer. Bij de scores op de NOSI geldt dat er sprake is van verbetering indien het verschil tussen twee metingen groter dan 31 is.

Tabel 3.4 Verbeteringen in de totale stressbeleving ten aanzien van de opvoeding door moeder

gezinnen	voormeting	nameting	follow-up	effect voor-na	effect voor-fu	effect na-fu
S1	zeer hoog (524)	zeer hoog (391)	zeer hoog (414)	+	+	0
S2	zeer hoog (468)	zeer hoog (417)	hoog (379)	+	+	+
S3	zeer hoog (508)	onbekend	zeer hoog (455)	onbekend	+	onbekend
S4	hoog (362)	gemiddeld (249)	onder gemiddeld (224)	++	++	0
S5	zeer hoog (489)	zeer hoog (477)	zeer hoog (459)	0	0	0
S6	zeer hoog (219)	zeer hoog (201)	onbekend	+	onbekend	onbekend
S7	zeer hoog (184)	hoog (160)	zeer hoog (204)	+	0	0
S8	zeer hoog (242)	hoog (157)	onbekend	+	onbekend	onbekend
C1	gemiddeld (232)	zeer laag (161)	onbekend	++*	onbekend	onbekend
C2	onbekend	hoog (377)	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend
C3	zeer hoog (228)	zeer hoog (219)	onbekend	0	onbekend	onbekend
C4	gemiddeld (123)	gemiddeld (112)	gemiddeld (119)	0*	0*	0*
C5	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend

S = Sherbornegroep, C = controlegroep

rood = NOSI; blauw = NOSI-K

0 = geen verbetering; + = verbeterd, maar niet klachtenvrij; ++ = verbeterd en klachtenvrij;

* = score van voormeting valt binnen categorie 'gemiddeld'

In de Sherborne groep is het verschil in scores van één moeder niet groot genoeg om te kunnen spreken van een klinisch betekenisvolle en betrouwbare verbetering (S5). Bij overige

zeven beleeft de moeder minder stress ten aanzien van de opvoeding bij afsluiting van de IOG of follow-up. Bij één van deze moeders treedt er na verloop van tijd een verslechtering op en scoort moeder bij de follow-up weer zeer hoog (S7). Bij drie moeders zijn alle testgegevens beschikbaar en is te zien dat de verbeteringen stand houden of toenemen na verloop van tijd. Bij één moeder is de verbetering dusdanig groot dat zij bij afsluiting en follow-up een gemiddelde en onder gemiddelde score haalt (S4). Bij de overige zes moeders is er een verbetering opgetreden, maar beleven zij bij afsluiting of follow-up nog altijd hoge tot zeer hoge stress ten aanzien van de opvoeding

In de controlegroep zijn de testgegevens van twee gezinnen onbekend, waardoor in deze groep het beeld minder duidelijk is. Daarnaast behalen twee moeders op de eerste meting een score die valt in de categorie gemiddeld (C1 en C4). Hiermee blijft er maar één gezin over dat representatief is. Bij deze moeder treedt geen klinisch betekenisvolle verbetering op ten aanzien van de stressbeleving. Dit geeft een onvoldoende beeld van de opgetreden effecten in de controlegroep.

Ouderdomein

In tabel 3.5 zijn de scores van de moeders op het ouderdomein van de NOSI en NOSI-K met elkaar vergeleken. De totaalscore op het ouderdomein geeft weer in hoeverre de ouder zich niet berekend voelt op de opvoedingstaak en zich daarin inadequaat en gespannen voelt. Het verschil in scores op de NOSI-K is weer met behulp van het programma BergOp beoordeeld. Bij de scores op de NOSI geldt dat er sprake is van verbetering indien het verschil tussen twee metingen groter dan 19 is.

Tabel 3.5 Veranderingen ten aanzien de mate waarin moeder zich niet berekend voelt op de opvoedingstaak

gezinnen	voormeting	nameting	follow-up	effect voor-na	effect voor-fu	effect na-fu
S1	zeer hoog (240)	hoog (172)	hoog (164)	++	++	0
S2	zeer hoog (209)	hoog (184)	boven gem (152)	++	++	++
S3	zeer hoog (228)	onbekend	zeer hoog (208)	onbekend	0	onbekend
S4	hoog (162)	gemiddeld (113)	onder gemiddeld (102)	++	++	0
S5	zeer hoog (227)	zeer hoog (230)	zeer hoog (220)	0	0	0
S6	hoog (93)	hoog (79)	onbekend	++	onbekend	onbekend
S7	boven gem (71)	boven gem (78)	boven gem (78)	0*	0*	0*
S8	zeer hoog (125)	boven gemiddeld (78)	onbekend	++	onbekend	onbekend
C1	gemiddeld (111)	zeer laag (71)	onbekend	++*	onbekend	onbekend
C2	onbekend	boven gem (146)	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend
C3	zeer hoog (121)	zeer hoog (121)	onbekend	0	onbekend	onbekend
C4	gemiddeld (56)	zeer laag (44)	onder gemiddeld (49)	++*	0*	0*
C5	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend

S = Sherbornegroep, C = controlegroep

rood = NOSI; blauw = NOSI-K

0 = geen verbetering; + = verbeterd, maar niet klachtenvrij; ++ = verbeterd en klachtenvrij;

* = score van voormeting valt binnen categorie 'boven gemiddeld' of 'gemiddeld'

In de Sherbornegroep voelen vijf van de acht moeders zich bij afsluiting van de behandeling beter berekend op de opvoedingstaak. Bij twee gezinnen is er geen verbetering opgetreden en bij

één gezin is dit onbekend. In de gezinnen waar een verbetering heeft plaatsgevonden houdt deze voor zover bekend stand. Van de twee moeders die geen verbetering laten zien, scoort één moeder bij aanvang van de IOG al in de categorie ‘boven gemiddeld’ en blijft dit zo bij afsluiting en de follow-up (S7). De andere moeder geeft aan in zeer hoge mate zich niet berekend te voelen ten aanzien van de opvoeding en blijft dit zo bij afsluiting aan follow-up (S5)

In de controlegroep ontbreken van twee gezinnen de gegevens. Van de overige drie gezinnen scoren twee moeders bij aanvang van de IOG gemiddeld. Beiden geven echter aan bij afsluiting toch een aanzienlijke verbetering aan (C1 en C4). De moeder die bij aanvang van de IOG aangeeft zich in zeer hoge mate zich niet berekend en ontspannen te voelen ten aanzien van de opvoeding, laat geen verbetering zien (C3).

Kinddomein

In tabel 3.6 zijn de scores van de moeders op het kinddomein van de NOSI en NOSI-K met elkaar vergeleken. De totaalscore op het kinddomein geeft weer in welke mate bepaalde karakteristieken/eigenschappen van het kind aan de overall-stress in de ouder-kind relatie bijdragen. Per gezin is aangegeven of er een verbetering is opgetreden tijdens de IOG en/ of erna. Het verschil in scores op de NOSI-K is met behulp van het programma BergOp beoordeeld. Bij de scores op de NOSI geldt dat er sprake is van verbetering indien het verschil tussen twee metingen groter dan 23 is.

Tabel 3.6 Verbeteringen ten aanzien van de bijdrage van bepaalde karakteristieken/eigenschappen van het kind aan de overall-stress in de ouder-kind relatie.

gezinnen	voormeting	nameting	follow-up	effect voor-na	effect voor-fu	effect na-fu
S1	zeer hoog (284)	zeer hoog (219)	zeer hoog (250)	+	+	0
S2	zeer hoog (259)	zeer hoog (233)	boven gemiddeld (227)	+	++	++
S3	zeer hoog (280)	zeer hoog (218)	zeer hoog (247)	+	+	0
S4	zeer hoog (200)	gemiddeld (136)	onder gemiddeld (122)	++	++	0
S5	zeer hoog (262)	zeer hoog (247)	zeer hoog (239)	0	+	0
S6	zeer hoog (126)	zeer hoog (122)	onbekend	0	onbekend	onbekend
S7	zeer hoog (113)	zeer hoog (92)	zeer hoog (126)	+	0	0
S8	zeer hoog (117)	hoog (79)	onbekend	+	onbekend	onbekend
C1	onder gemiddeld (121)	zeer laag (90)	onbekend	++*	onbekend	onbekend
C2	zeer hoog (262)	zeer hoog (231)	onbekend	+	onbekend	onbekend
C3	zeer hoog (107)	zeer hoog (98)	onbekend	+	onbekend	onbekend
C4	boven gemiddeld (67)	boven gemiddeld (68)	boven gemiddeld (70)	0*	0*	0*
C5	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend

S = Sherbornegroep, C = controlegroep

rood = NOSI; blauw = NOSI-K

0 = geen verbetering; + = verbeterd, maar niet klachtenvrij; ++ = verbeterd en klachtenvrij;

* = score van voormeting valt binnen categorie ‘onder gemiddeld’ of ‘gemiddeld’

In de Sherbornegroep geven zes van de acht moeders aan dat bepaalde eigenschappen van het kind bij afsluiting van de IOG minder bijdragen aan de overall-stress in de ouder-kind relatie. Bij twee gezinnen is er geen verbetering opgetreden. In de gezinnen waar een verbetering heeft plaatsgevonden houdt deze in vier van de zes gevallen stand of verbetert nog verder. Bij het

andere gezin houdt de verbetering niet stand en is er weer sprake van een verslechtering na verloop van tijd. Van de twee moeders die geen verbetering laten zien, scoort één moeder bij de follow-up alsnog laag genoeg om van een verbetering te spreken (S5).

In de controlegroep blijkt dat bij drie van de vijf gezinnen bepaalde eigenschappen van het kind bij afsluiting van de IOG minder bijdragen aan de overall-stress in de ouder-kind relatie. Bij één gezin is er geen verbetering opgetreden en van één gezin ontbreken de testgegevens. Twee moeders scoren bij aanvang van de IOG onder en boven gemiddeld. Bij C1 is de bijdrage van bepaalde eigenschappen van het kind ondanks de onder gemiddelde score bij aanvang van de IOG toch fors afgenomen. Bij C4 is het echter onveranderd. Bij de twee andere moeders die aangeven dat de stressbeleving is verminderd is de stressbeleving bij afsluiting nog steeds problematisch (C2 en C3). Vanwege het ontbreken van de testgegevens bij follow-up is het onbekend of deze verbetering standhoudt, doorgaat of weer afneemt na verloop van tijd.

Conclusies ten aanzien van de afname van stressbeleving van de moeder

Er is onvoldoende bewijs om de vierde hypothese dat de stressbeleving van de moeders in de Sherbornegroep meer is afgenomen in de controlegroep aan te nemen dan wel te verwerpen. In beide groepen zijn er verbeteringen opgetreden, maar in beide groepen zijn er ook gezinnen bij wie de testcores onveranderd zijn gebleven. Vanwege het kleine aantal gezinnen in beide groepen is het niet mogelijk om een eenduidige conclusie uit de analyse van de testgegevens te trekken. Geen van de groepen laat een duidelijk grotere verbetering zien. Hiermee is er onvoldoende bewijs dat de stressbeleving meer is afgenomen door de Sherborne's bewegingspedagogiek. De gegevens sluiten echter ook niet uit dat Sherborne's bewegingspedagogiek een positief effect op de stressbeleving heeft.

3.7 Contact tussen ouder en kind

De vijfde hypothese stelt dat binnen de gezinnen in de Sherbornegroep het contact tussen ouder en kind meer is verbeterd dan binnen de gezinnen in de controlegroep. De aanname die hieraan ten grondslag ligt, is dat Sherborne's bewegingspedagogiek zorgt voor verbetering in het contact tussen ouder en kind. Om deze hypothese te kunnen toetsen is gekeken naar informatie afkomstig uit de interviews en naar de scores op de hechting en acceptatie schaal van de NOSI of de NOSI-K.

Gegevens uit de interviews

Uit de interviews komt naar voren dat in de Sherbornegroep bij zes van de acht gezinnen het contact tussen moeder en kind is verbeterd. De overige twee moeders geven aan dat het contact met hun kind al goed was en de problemen een andere achtergrond kenden (S1 en S5). Deze twee moeders noemden ook beiden dat niet de Sherborne's bewegingspedagogiek, maar andere interventies hadden bijgedragen aan de verbeteringen in het gezin.

Van de vier moeders die positief zijn over Sherborne's bewegingspedagogiek vertellen twee moeders dat het van invloed was op het contact met hun kind door positieve veranderingen bij het kind. Citaten die dit illustreren staan in paragraaf 3.3 (S3 en S4). De andere twee moeders geven aan dat zij positiever naar hun kind zijn gaan kijken door de Sherborne's bewegingspedagogiek, maar dat het bij het kind niet tot veranderingen heeft geleid (S6 en S7). In beide gezinnen zat dit

hem volgens de moeders in het feit dat de kinderen moeite hadden met het los laten van de controle tijdens de Sherborne sessies.

“...Met Sherborne, als het meteen heel goed begint en dat zij ook goed meewerkt, dan weet je dat het einde ook goed is. Maar als zij direct al dat controlerende gedrag gaat vertonen dan weet je dat het mis gaat...” (S6)

“...Met mijn kind is het gewoon jammer dat hij dat gewoon niet toelaat. Het was niet zo dat dat voor hem wat gemakkelijker werd. Dat was gewoon mijn kind, continu de controle over zichzelf willen houden, niet overgeven...”(S7)

De twee moeders die geen bijdrage van Sherborne's bewegingspedagogiek aan de verbeteringen in het contact met hun kind, gaven wel duidelijke verbeteringen in het contact met hun kind aan (S2 en S8). Deze verbeteringen zijn vergelijkbaar met die van de moeders die positief zijn over Sherborne's bewegingspedagogiek en ook verbeteringen in het onderlinge contact beschrijven.

“...Ik hield niet meer van mijn kind, maar nu wel weer. Ik heb leren inzien dat niet alles kwaad bedoeld is...” (S2)

“...Als ze verdrietig zijn komen ze nu gewoon bij mij en dat deden ze normaal nooit, dan was het altijd naar oma toe, van ik mag dit niet van mama en ik wil bij jou wonen. En knuffelen dat doen ze ook veel meer nou...” (S8)

In de controlegroep is het contact tussen moeder en kind bij vier van de vijf gezinnen verbeterd. Deze moeders geven verbeteringen binnen het gezin aan die vergelijkbaar zijn met de verbeteringen in de gezinnen uit de Sherbornegroep. De citaten die in paragraaf 3.1.1. onder het kopje verbeteren van pedagogische vaardigheden: positieve aandacht geven staan illustreren die samen met onderstaande citaat goed. De andere moeder (C4) geeft aan dat het contact met hun kind al goed was en daardoor onveranderd is.

“...Ik stootte mijn kind toen af en ik moest mijn kind weer aandacht geven en gewoon weer van hem houden. Nou is dat gewoon weer helemaal normaal. Net als ik met mijn andere kind heb...”(C2)

“...Het contact met mijn kinderen is wel anders geworden, toch overal in te betrekken. Toch als ik iets wil, leuke dingen dat doen we dan met z'n vieren, overleggen we met z'n allen en samen beslissen...” (C3)

In beide groepen blijkt het voor de moeders moeilijk specifieke gedragssignalen van verstoorde hechting aan de kant van het kind of de ouder te beschrijven. Het contact tussen hen en hun kinderen en verbeteringen hierin worden in meer algemene termen beschreven. Ook in de dossiers wordt in algemene woorden beschreven welke verbeteringen eventueel in het contact tussen ouders en kind zijn opgetreden. In alle gevallen kwam het beeld dat moeders schetsen in de interviews overeen met de informatie in de dossiers.

Gegevens uit de NOSI en NOSI-K

Er is beoordeeld of er verbeteringen zijn opgetreden ten aanzien van het contact tussen moeder en kind aan de hand van de scores op de schalen hechting en acceptatie van de NOSI en NOSI-K. Ook hierbij is weer gebruik gemaakt van de reliable change index en dezelfde indeling van de opgetreden verandering (0; + en ++).

Hechting

In tabel 3.8 zijn de scores van de moeders op de hechtingschaal van de NOSI en NOSI-K met elkaar vergeleken. Deze schaalscore geeft de mate aan waarin de ouder zich onvoldoende emotioneel verbonden met het kind voelt. Per gezin is aangegeven of er een verbetering ten aanzien van de emotionele verbondenheid van de moeder met het kind is opgetreden tijdens de IOG en/ of erna. Het verschil in scores op de NOSI-K is met behulp van het programma BergOp beoordeeld. Bij de scores op de NOSI geldt dat er sprake is van verbetering indien het verschil tussen twee metingen groter dan 5 is.

Tabel 3.8 Veranderingen ten aanzien van hechting van moeder met het kind.

gezinnen	voormeting	nameting	follow-up	effect voor-na	effect voor-fu	effect na-fu
S1	zeer hoog (20)	gemiddeld (12)	gemiddeld (12)	++	++	0
S2	zeer hoog (26)	zeer hoog (22)	boven gemiddeld (14)	0	++	++
S3	zeer hoog (27)	onbekend	zeer hoog (25)	onbekend	0	onbekend
S4	zeer hoog (21)	gemiddeld (10)	onder gemiddeld (9)	++	++	0
S5	zeer hoog (24)	zeer hoog (25)	zeer hoog (22)	0	0	0
S6	zeer hoog (14)	hoog (10)	onbekend	+	onbekend	onbekend
S7	hoog (10)	gemiddeld (7)	hoog (10)	++	0	0
S8	zeer hoog (14)	hoog (9)	onbekend	++	onbekend	onbekend
C1	gemiddeld (11)	gemiddeld (12)	onbekend	0*	onbekend	onbekend
C2	onbekend	boven gemiddeld (14)	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend
C3	hoog (11)	hoog (12)	onbekend	0	onbekend	onbekend
C4	boven gemiddeld (8)	onder gemiddeld (5)	gemiddeld (6)	++*	0*	0*
C5	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend

S = Sherbornegroep, C = controlegroep

rood = NOSI; blauw = NOSI-K

0 = geen verbetering; + = verbeterd, maar niet klachtenvrij; ++ = verbeterd en klachtenvrij;

* = score van voormeting valt binnen categorie 'gemiddeld of boven gemiddeld'

In de Sherbornegroep blijken vijf van de acht moeders zich bij afsluiting van IOG emotioneel meer verbonden te voelen met hun kind. Bij twee gezinnen is geen verbetering opgetreden en van één gezin ontbreken de testgegevens. In drie van de vijf gezinnen waar een verbetering is opgetreden, houdt deze verbetering stand en bij een gezin is dit onbekend. Bij het andere gezin is de emotionele verbondenheid van moeder met kind bij de follow-up weer verslechterd en op hetzelfde niveau als bij aanvang van de IOG gekomen (S7).

In de controlegroep blijkt dat twee moeders bij aanvang van de IOG gemiddeld en boven gemiddeld scores (C1 en C4). Bij één van deze moeders is de emotionele verbondenheid van moeder met het kind bij afsluiting van IOG desondanks is verbeterd (C4). Aangezien de score op de voormeting niet afwijkend heeft, heeft dit voor dit onderzoek niet veel betekenis. Bij twee

gezinnen is er geen verbetering ten aanzien van de emotionele verbondenheid opgetreden en van twee gezinnen ontbreken de testgegevens.

Acceptatie

In tabel 3.9 zijn de scores van de moeders op de acceptatieschaal van de NOSI en NOSI-K met elkaar vergeleken. Deze schaal score geeft de mate aan waarin een kind niet voldoet aan de verwachtingen van ouders omtrent fysieke, intellectuele en emotionele eigenschappen. Per gezin is aangegeven of er een verbetering ten aanzien van acceptatie van het kind door moeder is opgetreden tijdens de IOG en/ of erna. Het verschil in scores op de NOSI-K is met behulp van het programma BergOp beoordeeld. Bij de scores op de NOSI geldt dat er sprake is van verbetering indien het verschil tussen twee metingen groter dan 8 is.

Tabel 3.9 Veranderingen ten aanzien van de acceptatie van het kind door moeder.

gezinnen	voormeting	nameting	follow-up	effect voor-na	effect voor-fu	effect na-fu
S1	zeer hoog (39)	boven gemiddeld (29)	boven gemiddeld (29)	++	++	0
S2	zeer hoog (49)	hoog (35)	zeer hoog (36)	++	+	0
S3	zeer hoog (37)	boven gemiddeld (27)	hoog (32)	++	0	0
S4	gemiddeld (24)	gemiddeld (19)	gemiddeld (19)	0*	0*	0*
S5	zeer hoog (53)	zeer hoog (54)	zeer hoog (54)	0	0	0
S6	zeer hoog (24)	zeer hoog (21)	onbekend	+	onbekend	onbekend
S7	zeer hoog (18)	zeer hoog (17)	zeer hoog (23)	0	0	0
S8	zeer hoog (18)	hoog (15)	onbekend	+	onbekend	onbekend
C1	gemiddeld (20)	zeer laag (12)	onbekend	0*	onbekend	onbekend
C2	zeer hoog (49)	zeer hoog (38)	onbekend	+	onbekend	onbekend
C3	zeer hoog (21)	zeer hoog (18)	onbekend	+	onbekend	onbekend
C4	gemiddeld (10)	onder gemiddeld (8)	gemiddeld (9)	0*	0*	0*
C5	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend

S = Sherbornegroep, C = controlegroep

rood = NOSI; blauw = NOSI-K

0 = geen verbetering; + = verbeterd, maar niet klachtenvrij; ++ = verbeterd en klachtenvrij;

* = score van voormeting valt binnen categorie 'gemiddeld of boven gemiddeld'

Uit tabel 3.9 blijkt dat bij vijf van de acht gezinnen in de Sherbornegroep de moeders bij afsluiting van IOG hun kind meer accepteren. Bij de drie overige gezinnen is er geen verbetering opgetreden. In twee van de vijf gezinnen waar een verbetering is opgetreden, houdt deze verbetering stand. In één van de gezinnen waar geen verbetering is opgetreden scoorde moeder bij aanvang van de IOG al gemiddeld.

In de controlegroep blijkt dat twee moeders bij aanvang van de IOG gemiddeld scoren (C1 en C4). Deze moeders laten geen verbetering zien in scores op de acceptatieschaal. Bij twee gezinnen is de acceptatie van het kind door de moeder verbeterd en van één gezin ontbreken de testgegevens. In de twee gezinnen waar een verbetering is opgetreden, zijn de problemen met betrekking tot de acceptatie van het kind bij afsluiting nog steeds aanzienlijk (C2 en C3). Het in onbekend of deze verbetering stand houdt, door zet of weer afneemt na verloop van tijd vanwege het ontbreken van de testgegevens bij follow-up.

Conclusies ten aanzien van verbeteringen in contact tussen ouder en kind

Er is onvoldoende bewijs om de vijfde hypothese dat binnen de gezinnen in de Sherbornegroep het contact tussen ouder en kind meer is verbeterd dan binnen de gezinnen de controlegroep aan te nemen, dan wel te verwerpen. Uit de interviews komen geen verschillen tussen de Sherbornegroep en de controlegroep naar voren ten aanzien van verbeteringen in het contact tussen moeder en kind. De opmerkingen die hierover worden gemaakt door moeders in de controlegroep verschillen inhoudelijk niet van die van de moeders in de Sherbornegroep. Ook binnen de Sherbornegroep zijn er geen duidelijke inhoudelijke verschillen tussen de moeders die Sherborne's bewegingspedagogiek positief beoordelen en die dat niet doen. Op grond van de gegevens uit de interviews lijken de opgetreden veranderingen in het contact tussen ouder en kind in beide groepen vergelijkbaar. Op de vragenlijsten laten de meeste gezinnen in de Sherbornegroep een verbetering zien ten aanzien van hechting en acceptatie. In de controlegroep ontstaat een vertekend beeld doordat twee moeders gemiddeld scoren ten aanzien van de hechting met en acceptatie van hun kind bij aanvang van de IOG en van een moeder alle testgegevens ontbreken. Hierdoor is het niet mogelijk een eenduidige conclusie uit de analyse van de testgegevens te trekken. Dit maakt dat er onvoldoende bewijs is dat het contact meer is verbeterd door de Sherborne's bewegingspedagogiek. De testgegevens sluiten echter ook niet uit dat Sherborne's bewegingspedagogiek een positief effect heeft op het contact tussen ouder en kind.

4 Conclusie en discussie

4.1 Conclusie

De hoofdvraag van dit onderzoek was: wat is de meerwaarde van de Sherborne's bewegingspedagogiek binnen de Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling? De helft van de moeders die Sherborne's bewegingspedagogiek hebben gekregen, schrijft verbeteringen die zijn opgetreden in het gezin ook daadwerkelijk toe aan deze methodiek. Of er ook echt een meerwaarde van Sherborne's bewegingspedagogiek bestaat, kan echter niet worden bevestigd. De moeders in de controlegroep geven namelijk vergelijkbare verbeteringen aan en schrijven deze toe aan interventies die vallen onder de reguliere IOG. Hiermee lijkt de effectiviteit van Sherborne's bewegingspedagogiek in combinatie met IOG niet duidelijk anders of beter dan de effectiviteit van de reguliere IOG. Over de tevredenheid ten aanzien van de behandeling en de behaalde resultaten verschillen de moeders in beide groepen niet van elkaar. In beide groepen zijn ouders zeer tevreden en de ouders in de controlegroep geven aan niets gemist te hebben. Ook is er geen duidelijk effect van Sherborne's bewegingspedagogiek aangetoond ten aanzien van de gedragsproblemen van het kind en de stressbeleving van de moeders. In de interviews gaven de moeders uit beide groepen vergelijkbare veranderingen aan. In beide groepen waren de gedragsproblemen verminderd, maar veelal niet verdwenen. Ook voelden moeders zich in beide groepen gesterkt en gaven ze aan zich beter te redden ten aanzien van de opvoeding. Op de vragenlijsten scoorden moeders in de Sherbornegroep bij afsluiting of follow-up over het algemeen beter dan bij aanvang. Dit bleek echter niet goed te vergelijken met de scores in de controlegroep, doordat hierin een vertekend beeld ontstond door lagere scores bij aanvang. Hiermee kan een positief effect van Sherborne's bewegingspedagogiek op de gedragsproblemen van het kind en de stressbeleving door moeders echter ook niet met zekerheid worden uitgesloten.

De huidige gedachtegang van Sherborne's bewegingspedagogiek binnen de IOG is dat het vooral bij zou dragen aan het verminderen van hechtingsproblematiek en verbeteren van het contact tussen ouder en kind. Veronica Sherborne is ervan overtuigd dat bewegingservaringen fundamenteel zijn voor de ontwikkeling van kinderen en in het bijzonder belangrijk zijn voor kinderen met moeilijkheden in hun ontwikkeling. Sherborne's bewegingspedagogiek maakt dan ook gebruik van op een speelse manier bewegen en lichamelijk contact maken om de ontwikkeling van het kind te stimuleren. Het is echter de vraag of specifiek bewegen en lichamelijk contact maken nodig zijn om de hechtingsproblemen te verminderen en het contact tussen ouder en kind te verbeteren. In dit onderzoek zijn hiervoor geen duidelijke aanwijzingen gevonden. Twee moeders in de Sherbornegroep die verbeteringen in het contact tussen hen en hun kind hebben ervaren, schrijven dit toe aan Sherborne's bewegingspedagogiek. Daarnaast zijn er twee moeders die aangeven dat zij door Sherborne's bewegingspedagogiek anders naar hun kind zijn gaan kijken, maar dat het niet tot de gewenste gedragsverandering bij hun kind heeft geleid. De moeders uit de controlegroep en de overige moeders uit de Sherbornegroep die ook verbeteringen in het contact met hun kind aangeven, schrijven dit toe aan interventies die gestoeld zijn op de activeringgerichte methodieken van 'Empowerment' en de communicatietheorie die binnen de IOG worden gehanteerd. Hiermee kan worden geconcludeerd dat niet specifiek bewegen en lichamelijk contact maken nodig zijn om de hechtingsproblemen te verminderen en het contact tussen ouders en kind te verbeteren. Ook interventies die gestoeld zijn

op de activeringgerichte methodieken van ‘Empowerment’ en de communicatietheorie, kunnen hechtingsproblemen verminderen en het contact tussen ouders verbeteren.

4.2 Discussie

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een zeer kleine onderzoeksgroep. Daarnaast zijn alleen gezinnen waarbinnen sprake was van ‘hechtingsproblematiek’ geselecteerd. Dit maakt dat de mogelijkheden om de bevindingen uit het onderzoek te generaliseren, beperkt zijn. Wanneer de bevindingen worden vergeleken de bevindingen van Veerman, Janssens & Delicat (2005) komen deze echter redelijk overeen. Zij geven aan dat de tevredenheid van de ouders over de hulpverlening van IOG redelijk tot zeer hoog is. Volgens hen zijn ouders vooral tevreden over de hulpverlener en minder over de duur van de hulpverlening. De tevredenheid over de hulpverlener kwam ook duidelijk naar voren in dit onderzoek. Alle moeders geven namelijk aan dat zij zeer tevreden zijn over de hulpverlener en dat zij zich door diegene begrepen en gesteund voelden. Ook concluderen Veerman, Janssens & Delicat (2005) dat IOG in verschillende onderzoeken een middelgroot effect laat zien op de afname van de gedragsproblemen bij de jeugdige en de afname van de opvoedingsbelasting bij ouders. In dit onderzoek bleek het niet goed mogelijk hierover duidelijke uitspraken te doen vanwege de kleine onderzoeksgroep. De bevinding dat de gedragsproblemen van de jeugdige na afloop van de hulp nog groot zijn, komt ook in dit onderzoek naar voren.

Wanneer men de factoren analyseert die maken dat een hulpverleningsinterventie werkt, onderscheidt men specifiek en algemeen werkzame factoren (Konijn, Steege, Elderman, Bruinsma & Braak 2007). Algemeen werkzame factoren maken dat interventies die hieraan voldoen, ongeacht het type hulp en de problemen van de cliënten, altijd betere resultaten opleveren. Van Yperen (2003) noemt deze factoren de basisingrediënten van goed hulpverleners. Algemeen werkzame factoren zijn:

- Een goede relatie tussen de hulpverlener en de cliënt;
- Een goede aansluiting bij de motivatie van de cliënt;
- Een goede aansluiting tussen het type interventie en het probleem en de hulpvraag van de cliënt;
- Een goede structurering van de behandeling met een duidelijke hulpverleningsplanning en een duidelijke fasering;
- Uitvoering van de behandeling zoals die uitgevoerd behoort te worden (dit heet ook wel goede programmatrouw of –integriteit);
- Een goede kwaliteit van opleiding en professionaliteit van de behandelaar;
- Goede werkomstandigheden van de behandelaar (onder meer caseload, begeleiding en veiligheid)

Volgens Konijn et al. (2007) zijn algemene werkzame factoren in belangrijke mate verantwoordelijk voor het te bereiken behandelingseffect. Het merendeel van de geboekte resultaten komt voor rekening van deze factoren en dan voornamelijk de kwaliteit van de relatie tussen hulpverlener en cliënt.

Het belang van een goede relatie tussen de hulpverlener en de cliënt is ook dit onderzoek duidelijk naar voren gekomen. Alle moeders gaven aan zich gesteund te voelen door de

hulpverlener en zagen dit als een zeer waardevol deel van de hulpverlening. Ook vertelden meerdere moeders hoe ze in eerdere hulpverlening waren vastgelopen doordat men zich niet begrepen voelde. Dit ondersteunt de conclusie van Konijn et al. (2007) dat voornamelijk de kwaliteit van de relatie tussen hulpverlener en cliënt in belangrijke mate verantwoordelijk is voor het te bereiken behandelingseffect. Wat de overige algemeen werkzame factoren betreft, geldt dat IOG als methodiek hieraan voldoet. De keuze uit verschillende interventies die binnen de IOG vallen, maakt het mogelijk dat er een goede aansluiting kan worden gezocht tussen het type interventies en het probleem, de hulpvraag en de motivatie van de cliënt. Daarnaast kent IOG een goede structurering met duidelijke hulpverleningsplannen en fasering. Een goede opleiding en professionaliteit van de behandelaar worden gewaarborgd en er wordt gewaakt voor een goede programmatrouw.

Sherborne's bewegingspedagogiek

In dit onderzoek zijn alle gezinnen die Sherborne's bewegingspedagogiek hebben gehad in kaart gebracht en gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Niet iedere ouder en niet ieder kind blijkt zich even goed te kunnen vinden in de werkwijze van Sherborne's bewegingspedagogiek. Daarnaast is het voor sommige ouders en kinderen moeilijk om open te staan voor de oefeningen waarbij gebruik wordt gemaakt van bewegen en lichamelijk contact maken. De moeders die geen meerwaarde van Sherborne's bewegingspedagogiek zien, gaven aan dat de werkwijze niet aansloot bij hun manier van omgaan met het kind. Mogelijk dat hierbij mee speelt dat de Sherborne's bewegingspedagogiek nog korte tijd binnen de IOG wordt gebruikt en de gezinshulpverleners van Jarabee de eerste zijn die hiermee ervaring opdoen. Eén van de gezinshulpverleners gaf in de afrondende fase van het onderzoek aan dat ze nog een gezin had bij wie de behandeling zeer succesvol was afgesloten. Zij verwoordde het als volgt: "mijn grootste Sherborne-succes uit mijn geschiedenis". Het was echter niet mogelijk meer dit gezin ook in het onderzoek te betrekken. Om een betere afstemming te krijgen met het gezin zal meer ervaring moeten worden opgedaan bij welke ouders en kinderen de methode aansluit. Mogelijk komt de effectiviteit van Sherborne's bewegingspedagogiek wel in een onderzoek naar voren wanneer bij meer gezinnen een goede aansluiting is gevonden.

Het aantal gezinnen bij wie Sherborne's bewegingspedagogiek voortijdig is afgebroken terwijl de IOG wel werd voortgezet bleek in dit onderzoek sterk te verschillen per hulpverlener. Uit gesprekken bleek dat de ene hulpverlener meer moeite te heeft om deze methodiek toe te passen binnen de IOG dan de andere. Naast ouders en kind zal dus ook de hulpverlener zich moeten kunnen vinden in de werkwijze van de Sherborne's bewegingspedagogiek. De hulpverlener zal mogelijkheden moeten zien om de methodiek binnen de gezinnen die voor IOG zijn verwezen toe te passen. In het onderzoek waren alle gezinnen van de Sherbornegroep uiteindelijk afkomstig van één hulpverlener. Hierdoor is het niet mogelijk om te beoordelen of de verbeteringen die zijn opgetreden in deze gezinnen veroorzaakt zijn door de Sherborne's bewegingspedagogiek of door factoren die gekoppeld zijn aan de hulpverlener. Om de effectiviteit van Sherborne's bewegingspedagogiek te onderzoeken, zal naast een grotere onderzoeksgroep van belang zijn dat de cliënten afkomstig zijn verschillende hulpverleners.

Wanneer Sherborne's bewegingspedagogiek wordt bekeken met de algemeen werkzame factoren in gedachten, kan door een betere aansluiting bij de motivatie van de cliënt nog winst in effectiviteit worden behaald. Wat de overige punten betreft, staat Sherborne's bewegingspedagogiek echter nog in de kinderschoenen. Het is een methode die vanuit de praktijk

is ontwikkeld en waaraan geen zware theoretische of filosofische beschouwingen ten grondslag liggen. Hierdoor is het moeilijk na te gaan of de behandeling wordt uitgevoerd zoals die uitgevoerd behoort te worden. Daarnaast is er weinig wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van Sherborne's bewegingspedagogiek verricht en de toepassing van deze methode loopt uiteen. In Nederland worden cursussen in deze methode gegeven waarbij de nadruk wordt gelegd op het verbeteren van de hechting. Of Sherborne's bewegingspedagogiek goed aansluit op hechtingsproblemen is nog onbekend. De onderzoeksgroep is te klein om op grond van dit onderzoek hierover duidelijke uitspraken te doen. Ook ontbreekt momenteel nog een duidelijke hulpverleningsplanning en fasering. Enerzijds zal moeten worden gezocht naar een helder theoretisch kader voor het toepassen van Sherborne's bewegingspedagogiek. Op grond hiervan kunnen dan goed onderbouwde keuzes worden gemaakt voor welk type problemen het op welke wijze wordt ingezet. Anderzijds zal de methode verder moeten worden uitgetoetst en ontwikkeld in de praktijk om meer ervaring ermee op te doen.

Hechtingsproblemen

In dit onderzoek komt naar voren dat er in de praktijk geen duidelijke criteria zijn voor het gebruik van de term hechtingsproblematiek in de dossiers. De ernst en gecompliceerdheid van de problemen in de gezinnen bleken sterk uiteen te lopen evenals de mate waarin er daadwerkelijk problemen werden ervaren in hechting. Bij de meeste gezinnen leken de hechtingsproblemen minder ernstig en duurzaam. Hierdoor komt de vraag naar boven of het wel gerechtvaardigd is om te spreken over hechtingsproblemen. In de loop van dit onderzoek is ervoor gekozen in ieder geval in de communicatie met ouders de term hechting dan ook zoveel mogelijk te vermijden. Hiervoor in de plaats is de term 'contact tussen ouder en kind' gebruikt.

In dit onderzoek is Sherborne's bewegingspedagogiek toegepast bij kinderen in de leeftijd van vier tot twaalf jaar. Aangezien hechting zich voltrekt in de eerste levensjaren van een kind, kent de inzet van Sherborne's bewegingspedagogiek een behandelend karakter. Om de bevindingen in dit onderzoek te kunnen staven, is gekeken naar ander onderzoek naar effectiviteit van interventies voor kinderen met hechtingsproblemen. Veel interventies gericht op hechtingsproblemen zijn echter preventief en worden vroegtijdig ingezet (Konijn et al. 2007). Wanneer het kind en de ouders die hoog risico lopen op hechtingsproblemen in zo'n cruciale periode adequaat worden ondersteund, zo is de gedachte, kan een hechtingsstoornis worden voorkomen. Onderzoek naar de resultaten en effectiviteit van deze interventies is echter lastig uit te voeren. Het vereist longitudinaal onderzoek en er zijn veel storende factoren, waardoor de werkzaamheid moeilijk is aan te tonen. Bovendien laat het onderzoek vaak ook de complexiteit en hardnekkigheid van de stoornis in alle hevigheid zien (Konijn et al. 2007). Twee onderzoeken met bevindingen die aanwijzingen geven wat werkzaam is voor hechtingsproblemen, worden hieronder beschreven.

Bakermans- Kranenburg, Van IJzerdoorn en Juffer (2003) voerden een meta-analyse uit van drie typen preventieve interventies voor hechtingsproblemen. De preventieve interventies voor gezinnen met een hoog risico voor hechtingsproblemen zijn gebaseerd op de hechtingstheorie. Vanuit de hechtingstheorie is het ten eerste belangrijk de sensitiviteit, de gevoeligheid van de ouders voor het kind te vergroten. Ten tweede kan het belangrijk zijn het beeld van ouders over hun eigen relatie met hun ouders te reconstrueren om vervolgens de relatie met hun kind opnieuw te definiëren. Ten derde is het belangrijk dat angstige risico-ouders worden ondersteund door

minder angstige ouders. De conclusie uit de meta-analyse is dat interventies met de volgende kenmerken het meest effectief zijn:

- interventies met minder dan vijf behandelsessies (heel intensieve en langdurende interventies hebben een betrekkelijk klein en soms zelfs negatief effect)
- interventies die ondersteund worden met video;
- interventies die gericht zijn op ouders van kinderen ouder dan 6 maanden;
- interventies zonder persoonlijk contact (via video, werkboek of het uitreiken van zachte babydragers).

Deze effectieve kenmerken hadden groter effect in gezinnen met een hoog risico op hechtingproblemen en waar al hulpverleners over de vloer kwamen, dan in gezinnen met een laag risico. Daarnaast wordt aangegeven dat het gevonden effect vooral geldt voor de sensitiviteit van de ouder en veel minder voor de hechting tussen ouder en kind. Wanneer er sprake was van de vorm gedesorganiseerde hechting bleken de onderzochte interventies niet effectief.

Konijn et al. (2007) hebben effecten van therapeutische pleegzorg in kaart gebracht. Volgens hen spelen bij veel kinderen die therapeutische pleegzorg krijgen, hechtingsproblemen een rol. Bij lang niet alle kinderen is echter de DSM-classificatie reactieve hechtingsstoornis van toepassing. Als verklaring hiervoor geven zij aan dat enerzijds hechtingsproblemen moeilijk zijn te onderscheiden van andere problemen bij het kind. Anderzijds is de definitie van reactieve hechtingsstoornis dermate rigide dat de diagnose vaak niet past. Veel kinderen hebben een of andere vorm van hechtingsproblemen, maar vaker in de vorm van relatieproblemen met hun ouders dan als hardnekkig kindprobleem (zoals de DSM-IV voorschrijft). Konijn et al. (2007) geven aan dat de ernstiger vormen van hechtingsproblemen waarschijnlijk veel lastiger te behandelen zijn dan de mildere vormen. Na afloop van therapeutische pleegzorg voor kinderen met hechtingsproblemen, kampen de kinderen nog met flinke problemen. Konijn et al. (2007) concluderen dat de volgende ingrediënten voor de aanpak van de problemen van kinderen met hechtingsproblemen en bijkomende gedragsproblemen in therapeutische pleeggezinnen als effectief beschouwd kunnen worden:

- Algemeen: een multidisciplinair team (met onder andere een kinder- en jeugdpsychiater) begeleidt pleegouders, ouders en kind waarbij als theoretische basis de sociale leertheorie en hechtingstheorie worden gebruikt;
- Intensieve voorbereiding van pleegouders door training waarin ze leren om kinderen positief te bekrachtigen en aandacht te geven. Daarnaast instructies om het gedrag van het kind nauwgezet te volgen en intensieve begeleiding tijdens plaatsing door dagelijks telefonisch contact en wekelijks bijeenkomsten;
- Training van probleemoplossende vaardigheden voor het kind en nauwgezet volgen van het gedrag van het kind. Daarnaast begeleiding van vrijetijdsbesteding van het kind zoals de planning van activiteit en het leren relaties aangaan met leeftijdsgenoten;
- Intensieve begeleiding van de biologische ouders gericht op training van opvoedingsvaardigheden en verhogen van sensitiviteit tijdens de uithuisplaatsing. Bij terugplaatsing van het kind naar huis intensieve nazorg gedurende een half jaar;
- Ondersteuning van de leerkracht op school bij het beheersen van en omgaan met de gedragsproblemen van het kind.

Hoewel het in de twee bovenstaande onderzoeken gaat over therapeutische pleegzorg en preventieve interventies kunnen de bevindingen wel inspirerend zijn voor aanpak van

hechtingsproblemen binnen de IOG. Ouders en kinderen die hoog risico lopen op hechtingsproblemen lijken gebaat bij kortdurende preventieve interventies zonder persoonlijk contact. Voor kinderen met ernstige vormen van hechtingsproblemen en gedragsproblemen lijkt een multidisciplinaire aanpak met zeer intensieve begeleiding van alle betrokkenen geïndiceerd. De ernst van de hechtingsproblemen van de gezinnen die voor IOG worden doorverwezen, lijkt hier ergens tussen in te liggen van lichte tot ernstiger problemen in de hechting. Er zal dan ook een middenweg moeten worden gevonden in de intensiteit waarmee interventies binnen de IOG worden gericht op de hechtingsproblemen.

Opvallend is echter dat in de lijst met werkzame ingrediënten van therapeutische pleegzorg geen enkele interventie staat die specifiek gericht is op het contact tussen het kind en de biologische ouders samen. De biologische ouder en het kind worden los van elkaar behandeld en bij beiden is de behandeling voornamelijk gericht op vaardigheden. Dit staat haaks op Sherborne's bewegingspedagogiek waarbij ouder en kind met elkaar oefeningen doen die niet gericht zijn op vaardigheden die in de praktijk kunnen worden toegepast. Of er een reden is dat er geen interventies specifiek worden gericht op ouder en kind samen is niet bekend.

Het verbeteren van opvoedingsvaardigheden en het vergroten van de sensitiviteit van de biologische ouders worden als werkzame ingrediënten voor hechtingsproblemen binnen de therapeutische pleegzorg genoemd. Het vergroten van de sensitiviteit van de ouder komt duidelijk terug in Sherborne's bewegingspedagogiek. Het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden sluit goed aan bij IOG. De nadruk van de behandeling voor het kind ligt op het verbeteren van vaardigheden zoals contact leren maken met leeftijdsgenoten en problemen oplossen. Dit deel past niet direct binnen de IOG. Ook Sherborne's bewegingspedagogiek biedt hierin geen oplossing. Een mogelijkheid zou zijn om hiervoor naast de IOG al dan niet gecombineerd met Sherborne's bewegingspedagogiek een andere vorm van hulpverlening specifiek voor het kind in te schakelen.

De preventieve interventies zijn wel specifiek gericht op het contact tussen het kind en de ouders. Deze interventies blijken het meest effectief indien de interventie kortdurend is. Sherborne's bewegingspedagogiek bestaat momenteel uit een aantal sessies dat wordt verspreid over de zes maanden IOG. De Sherborne's bewegingspedagogiek is hiermee op zichzelf geen intensieve en langdurende interventie. Wanneer er lichte hechtingsproblemen spelen als onderdeel van de bredere problematiek lijkt de intensiteit van Sherborne's bewegingspedagogiek binnen de IOG wel passend te zijn. Daarnaast wordt aangegeven dat de effectieve kenmerken van preventieve interventies een groter effect hebben in gezinnen waar al hulpverleners over de vloer kwamen. Dit duidt er op dat effecten groter zijn als het gecombineerd is met andere interventies. Ook dit is in de huidige vorm van Sherborne's bewegingspedagogiek binnen de IOG het geval.

4.3 Aanbevelingen

Tijdens het onderzoek bleek de term hechtingproblemen niet op een eenduidige manier te worden gebruikt. Enerzijds zijn hechtingsproblemen moeilijk te onderscheiden van andere problemen bij het kind. Anderzijds is de definitie van reactieve hechtingsstoornis in de DSM-IV dermate rigide dat de diagnose vaak niet past. In de dossiers die voor dit onderzoek zijn doorgenomen, bleek er over het algemeen sprake te zijn van een of andere vorm van hechtingsproblemen in de vorm van problemen in het contact tussen ouder en kind en niet zo zeer

als hardnekkig kindprobleem. Om meer inzicht in hechtingsproblemen binnen de IOG te krijgen lijkt het verstandig eerst overeenstemming te krijgen over de gebruikte terminologie in de dossiers en naar de cliënten toe.

In de praktijk blijkt dat sommige verwijzers die vermoeden dat er bij een kind ook sprake is van hechtingsproblemen de gezinnen inmiddels gericht doorverwijzen naar Jarabee voor Sherborne's bewegingspedagogiek. Wanneer het aanbod van Sherborne's bewegingspedagogiek door Jarabee wordt behouden of eventueel wordt uitgebreid is het voordeel dat aan deze gerichte vraag van verwijzers kan worden voldaan en meer ervaring met de methode kan worden opgedaan.

In de paragraaf discussie worden de algemeen werkzame factoren van interventies beschreven. Aangezien deze van grote invloed zijn op het effect van een interventie en ongeacht de interventie altijd voor betere resultaten zorgen, lijkt het verstandig kritisch te blijven kijken of hierin verbeteringen kunnen worden behaald.

Het is aannemelijk dat meerdere verschillende interventies kunnen bijdragen aan beter contact tussen ouder en kind. IOG is op zichzelf al een methodiek waarbij de hulpverlener een keus kan maken uit verschillende interventies om deze toe te passen in een gezin. Ook wordt in de IOG de nadruk gelegd op een goede afstemming op de motivatie, het probleem en de hulpvraag van de cliënt. Daarnaast is het aannemelijk dat ook de ervaringen van de hulpverlener van invloed zijn op de keuze van de interventie en exacte uitvoering ervan in het gezin. Sherborne's bewegingspedagogiek zou in de huidige vorm kunnen worden gezien als een extra interventie binnen de IOG. Wanneer de structuur en fasering van de methodiek van IOG wordt aangehouden, zou het aanbieden van Sherborne's bewegingspedagogiek in sommige gevallen wel degelijk waardevol kunnen zijn voor individuele gezinnen. Naast ouders en kind zal ook de hulpverlener zich moeten kunnen vinden in de werkwijze van de Sherborne's bewegingspedagogiek en mogelijkheden moeten zien om dit binnen de gezinnen die voor IOG zijn verwezen toe te passen. Bij de keus om eventueel meer gezinshulpverleners op te leiden is het verstandig deze bevinding mee te nemen.

Literatuur

- Bakermans-Kranenburg, M.J., IJzendoorn, M.H. & Juffer, J. (2003). Less is more. Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, vol 129, 2, 195-215
- Bandura, A. (1999). Social Cognitive Theory of Personality. In L. Pervin & O. John (Eds.), *Handbook of personality: theory and research* (pp. 154-196). New York: Guilford.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual review of Psychology*, 52, 1-26.
- Berk, L. E. (2006). *Child Development* (7 ed.). Boston: Pearson Education, Inc.
- Berkel, A. van, Crone, M., Neppelenbroek, S., Spijkers, E., Vellema, M. & Vogels, T. (2006) *Handleiding voor het gebruik van de SDQ binnen de jeugdgezondheidszorg, Vragenlijst voor het signaleren van psychosociale problemen bij kinderen van 7-12 jaar*, Landelijke werkgroep Signaleringsinstrumenten Psychosociale Problematiek Jeugd van GGD Nederland (LSPPJ)
- Biemans, H. & Dekker, J. (1994). *Video-hometraining in gezinnen*. Houten/ Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Boendemaker, L., Veldt, M. C. v. d. & Booy, I. (2003). Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg
- Boris, N.W. & Zeanah, C.H. (2005) *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood*. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, gedownload op 20-06-2007 via www.aacap.org.
- Bowlby, J. (2005). *The making and breaking of affectional bonds*. London/ New York: Routledge.
- Brandenbrug, M. v. & Puts, M. (2002). *Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling. Een methodiek*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Brink, L.T. ten, Veerman, J.W., Berger, M., Flipse, M.L., Joosten, W., Kerkstra, G., Leijsen, M., Roosma, A.H. & Vugt, M. van (1997). *Handleiding Verrichtingen Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling*. Utrecht: NIZW.
- Brock, A.J.L.L. de, Vermulst, A.A. Gerris, J.R.M. & Abidin, R.R. (1992) *NOSI Nijmeegse Ouderlijke Stress Index, Handleiding experimentele versie*. Amsterdam: Harcourt Assessment B.V.
- Cassidy, J. & Shaver, P. R. (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Dekker, J. (1991). Video-hometraining. In H. Baartman (Ed.), *Praktisch-Pedagogische thuishulp in bewerkelijke gezinnen* (pp. 38-56). Houten/ Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Fischer, K. & Bidell, T. (1998). Dynamic development of psychological structures in action and thought. In R. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology: Voll. Theoretical models of human development*, 476-562. New York: Wiley.
- Gleitman, H., Reisberg, D. & Fridlund, A. J. (2003). *Psychology* (6 ed.). London/ New York: WW Norton & Co Ltd.
- Goethart, A., Treffers, F. & Widenfelt, B. Van, (2003) Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten: de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Maandblad Geestelijk Volksgezondheid*, 58, 1018-1035

- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791-799
- Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1976). *Maternal-Infant bonding*. ST. Louis: Mosby.
- Konijn, C., Steege, M. v.d., Elderman, E., Bruinsma, W. & Braak, J. v.d. (2007). *Werkzame werkwijzen, verkenning van effectieve interventies in de jeugdzorg*. Alkmaar: Buro Extern B.V.
- Kroes, G (2007) *BergOp Handleiding, Versie 2.0 (aangepast voor Jarabee)*. Nijmegen: Praktikon
- Lange, A. (1985). *Gedragsverandering in gezinnen*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Loeder, R. (1982). The Stability of antisocial and delinquent behaviour: a review. *Child Development*, 53, 1131-1146.
- Marsden, E. (2007). *Moving with research evidence-based practice in Sherborne Developmental Movement*. Clent: Sunfield Publications.
- Miller, P. (2002). *Theories of developmental psychology* (4 ed.). New York: Worth Publishers.
- Moore, D. S. & McCabe, G.P., (2006). *Introduction to the Practice of Statistics* (5 ed.). New York: W.H. Freeman and Company.
- O'Connor, T.G. & Zeanah C.H. (2003) Assessment strategies and treatment approaches. *Attachment & Human Development*, vol 5, nr. 3. 223-244
- Roosma, D. (2000). *Het projectplan Hulp aan Huis Twente*. Assen: Hulp aan huis.
- Schot, E. v. & Steege, M. v. d. (1998). *De methodiek van IOG*. Assen: Hulp aan Huis Drenthe.
- Sherborne, V. (2001). *Developmental Movement for Children, mainstream special needs and pre-school* (2 ed.). London: Worth Publishing Ltd.
- Steege, M. v. d. (2005). Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Intensieve Orthopedagogische Gezinsondersteuning (IOG): Utrecht: NIZW.
- Thompson, R. A. (1998). Early sociopersonality development. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Vol 3. Social, emotional, and personality development* (5 ed.). New York: Wiley.
- Veerman, J., De Meyer, R. & Roosma, A. (2007). Effectonderzoek aan huis; opzet en uitkomsten van het onderzoek van de Hulp aan Huisprogramma's in Noord en Oost-Nederland. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 45, 155-168.
- Veerman, J., Janssens, J. & Delicat, J. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: Een meta-analyse. *Pedagogiek*, 25(3), 176-196.
- Verhulst, F.C., Ende, J. v. d. & Koot, H.M. (1996) *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Erasmus Universiteit/ Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Yperen, T. van (2003). *Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: NIZW

Bijlage 1: Overzicht van gedragssignalen van verstoorde hechting bij jonge kinderen (Boris & Zeanah, 2005)

Affectie

- Normaal: toont affectie tijdens verschillende interacties in verschillende situaties
Verstoord: gebrek aan affectieve uitwisseling in verschillende sociale situaties of niet passend, veelal promiscue affecties tegenover relatief onbekende volwassenen

Zoeken van troost

- Normaal: zoekt troost bij een specifieke volwassen verzorger, die daartoe speciaal wordt uitgekozen
Verstoord: zoekt geen troost bij pijn, angst of ziekte of zoekt troost op vreemde of ambivalente manier bij een specifieke volwassen verzorger (bijvoorbeeld: toenemende stress wanneer het kind geen troost zoekt)

Vertrouwen in de ander: zoekt hulp

- Normaal: is bereid/ heeft de mogelijkheid om hulp te zoeken bij specifieke verzorgers als een probleem te moeilijk is om alleen op te lossen.
Verstoord: buitensporige afhankelijkheid van de verzorger of, als het nodig is niet zoeken naar of gebruiken van de ondersteunende aanwezigheid van een hechtingsfiguur

Samenwerking

- Normaal: stelt zich over het algemeen coöperatief op naar de verzorger
Verstoord; voortdurend niet ingaan of niet nakomen van verzoeken en eisen van de verzorger is een overheersend kenmerk van de interactie; of angstige buitengewone meegaandheid ten opzichte van instructies van de verzorger (dwangmatige gehoorzaamheid)

Explorerend gedrag

- Normaal: gebruikt hechtingsfiguur als veilige basis van waaruit een nieuwe omgeving wordt geëxploreerd
Verstoord: controleert niet of de verzorger aanwezig blijft in een onbekende situatie tijdens de exploratie, of heeft zeer grote tegenzin om de verzorger te verlaten om te gaan exploreren

Controlerend gedrag

- Normaal: weinig signalen van controlerend gedrag ten opzichte van de verzorger
Verstoord: Overbezorgd en/of niet bij de leeftijd passend verzorgend gedrag van het kind ten opzichte van de verzorger, buitengewoon bazig of bestraffend controleren van de verzorger

Reactie bij hereniging/ terugkeer

- Normaal: zoekt troost bij de hechtingsfiguur bij angst of wanneer het kind niet angstig is, maakt hij op een positieve manier opnieuw contact door middel van non-verbale

of verbale communicatie van positieve affecties, of beschrijft wat er gebeurde tijdens de scheiding

Verstoord: lukt niet om na scheiding contact te maken met verzorger. Daarbij vertoont kind actieve negerende/ vermijdende gedragingen, intense boosheid of duidelijk gebrek aan affectie, of de stress die teweeggebracht werd door de scheiding verdwijnt niet, of elke aanwijzing van gedesorganiseerd gehechtheidgedrag.

Reactie tegenover vreemden

Normaal: in eerste instantie terughoudendheid in sociaal contact met vreemden, dit is duidelijker in een onbekende omgeving

Verstoord; onmiddellijk aangaan van contact zonder terughoudendheid in het begin, veel lichamelijk contact zonder op de verzorger te letten, wil om de verzorger zonder protest te verlaten en met een vreemde mee te gaan.

Bijlage 2: interviewschema

.....

Introductie

- toelichting onderzoek
- vertrouwelijkheid
- geluidsopname
- duur interview
- aantekeningen
- kopie samenvatting voor deelnemers
- onderbreken/ pauze
- vragen?

Algemene gegevens:

Datum interview :
Tijdsduur interview :
Afgenomen bij :
Verdere aanwezigen :
Naam kind :
Geb.datum kind :
Gezinssamenstelling :
IOG van-tot :
Interventie/ controle
Verdere bijzonderheden:

.....

U bent voor IOG bij Jarabee terecht gekomen. Wat was voor u de belangrijkste reden om hulp te zoeken?

De IOG is inmiddels afgerond. Vindt u dat de situatie veranderd is? Waar bestonden die veranderingen uit? Kunt u hier eens wat meer over vertellen?

I gedragsveranderingen kind

- Aandacht, concentratievermogen
- Emoties
- Contact met leeftijdgenoten
- Gehoorzaamheid
- Pro-sociaal gedrag
- Specifieke gedragssituaties:
 - spelen (alleen of met anderen),
 - slapen/ naar bed gaan

- eten,
- zelfstandigheid (b.v. tav opstaan/ aankleden),
- naar school gaan (afscheid nemen)
- zindelijkheid

Verschillende situaties

- Thuis
- Op school
- Buitenshuis (in de buurt, bij vriendjes of club/ sport)
- Bij familie

Waardoor denkt u dat het gedrag van uw kind is veranderd?

Wat heeft het meeste/ minder bijgedragen aan de veranderingen? (waarom, hoe ervaren)

- Algemeen: invloed hulpverlener los van methode, aanmoedigen, vertrouwen uitspreken, activeren
- Basistechnieken: feedback geven, gebruik video, effectief communiceren over beladen onderwerp, conflicthantering
- Opstellen doelen/ werkplan en evaluatiemomenten plannen
- Sociale vaardigheden: gedragsinstructie, model staan, gedragskaart, hanteren beloningen en straffen
- Probleemoplosvaardigheden: potlood- en papiertraining, storende en helpende gedachten, structureren dagelijkse routine
- Omgaan met emoties: thermometer, werken met smileys
- Taken overgenomen: praktische hulp, inschakelen zorgverlening door derden, mee ergens naar toe gaan
- Specifieke oefeningen: bewegingsspelletjes (Sherborne's bewegingspedagogiek)

II veranderingen ouders

Kunt u mij wat vertellen over eventuele veranderingen bij u als ouder(s)?

Indien van toepassing:

- **veranderingen bij uw partner**
- **veranderingen bij vader van het kind**

- Communicatieve vaardigheden: met kind, partner, school, omgeving enz.
- Opvoedingsvaardigheden
 - prijzen en belonen;
 - negeren, time-out,
 - zinvol straffen, nee-zeggen en verbieden
 - geven van instructies
 - spelen met kind
 - affectie tonen
- Ouders op een lijn
- Omgaan met specifieke gedragsproblemen
- Hulp in schakelen

- Meer structuur in huishouden
- Overige hulpverlening

Waardoor denkt u dat het gedrag van uw kind is veranderd?

Wat heeft het meeste/ minder bijgedragen aan de veranderingen? (waarom, hoe ervaren)

Wat is het belangrijkste dat u heeft geleerd?

- Algemeen: invloed hulpverlener los van methode, aanmoedigen, vertrouwen uitspreken, activeren
- Basistechnieken: feedback geven, gebruik video, effectief communiceren over beladen onderwerp, conflicthantering
- Opstellen doelen/ werkplan en evaluatiemomenten plannen
- Sociale vaardigheden: gedragsinstructie, model staan, gedragskaart, hanteren beloningen en straffen
- Probleemoplosvaardigheden: potlood- en papiertraining, storende en helpende gedachten, structureren dagelijkse routine
- Omgaan met emoties: thermometer, werken met smileys
- Taken overgenomen: praktische hulp, inschakelen zorgverlening door derden, mee ergens naar toe gaan
- Specifieke oefeningen: bewegingsspelletjes (Sherborne's bewegingspedagogiek)

III contact ouder- kind

Ik wil nog wat dieper ingaan op de band tussen u en(naam kind).

- Kunt u wat vertellen over uw band met (naam kind)?

Indien van toepassing:

- de band tussen uw partner en (naam kind)

- de band tussen de vader en (naam kind)

Veranderingen ouder:

- positieve versus negatieve momenten met het kind
- affectie tonen versus irritatie laten merken
- sensitiviteit
- begrip voor het kind
- waardering voor het kind
- in vergelijking met eventuele andere kinderen

Veranderingen kind:

- affectie tonen
- zoeken van troost (bij wie, op welke manier)
- vertrouwen in moeder
- samenwerking
- explorerend gedrag
- controlerend gedrag (al dan niet overbezorgd / bazig naar moeder)
- reactie bij terugkeer
- reactie tegenover vreemden

Waardoor denkt u dat het gedrag van uw kind is veranderd?

Wat heeft het meeste/ minder bijgedragen aan de veranderingen? (waarom, hoe ervaren)

Wat is het belangrijkste dat u heeft geleerd?

- Algemeen: invloed hulpverlener los van methode, aanmoedigen, vertrouwen uitspreken, activeren
- Basistechnieken: feedback geven, gebruik video, effectief communiceren over beladen onderwerp, conflicthantering
- Opstellen doelen/ werkplan en evaluatiemomenten plannen
- Sociale vaardigheden: gedragsinstructie, model staan, gedragskaart, hanteren beloningen en straffen
- Probleemoplosvaardigheden: potlood- en papiertraining, storende en helpende gedachten, structureren dagelijkse routine
- Omgaan met emoties: thermometer, werken met smileys
- Taken overgenomen: praktische hulp, inschakelen zorgverlening door derden, mee ergens naar toe gaan
- Specifieke oefeningen: bewegingsspelletjes (Sherborne's bewegingspedagogiek)

IV tevredenheid en ervaren resultaat IOG

Hoe heeft u de IOG ervaren?

- hulpverlening in het algemeen
- verschillende verrichtingen
- begeleiding door hulpverlener

.....

Bij de gezinnen die Sherborne's bewegingspedagogiek hebben gehad:

Hoe heeft u de Sherborne sessies ervaren?

- in het algemeen
- verschillende oefeningen
- begeleiding door hulpverlener

Bent u tevreden over effecten van de Sherborne's bewegingspedagogiek?

- Waarover wel?
 - Waarover niet?
-

Bent u tevreden over effecten van de IOG?

- Waarover wel?
- Waarover niet?

Zijn er onderdelen binnen de IOG waar u veel aan heeft gehad?

- Zo ja, welke?
- Waarom?
- Op welke manier heeft het u geholpen?

Zijn er dingen die u mist of die u anders zou willen zien in de IOG?

- Zo ja, wat en waarom?

We hebben inmiddels veel besproken.

- Wilt u nog bepaalde dingen toevoegen?

- Vindt u dat alle relevante zaken aan bod zijn gekomen?

Bedankt voor het interview.

- Kadobon geven