



Een scriptie over de invloed van een Autisme Spectrum Stoornis bij kinderen met een Licht Verstandelijke Beperking in de beeldende therapie.

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt deze bachelorthesis, die is geschreven als afronding van de opleiding Creatieve Therapie, Beeldend aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, te Nijmegen. Ik heb ervoor gekozen om mijn onderzoek te richten op de kinder- en jeugdpsychiatrie omdat ik vorig jaar een zeer leerzame stage-ervaring heb opgedaan in deze sector. Dit heeft me de bevestiging gegeven dat kinderen de doelgroep zijn waar ik mee wil werken. Het al lopende onderzoek van Karakter, dat beoogt een methode te ontwikkelen voor kinderen met een licht verstandelijke beperking, sloot goed aan bij mijn interesses.

Via deze weg wil ik graag mijn begeleiders bedanken voor hun goede begeleiding en hun ondersteuning tijdens het schrijven van deze bachelorthesis. Ook wil ik de respondenten bedanken die mee hebben gewerkt aan dit onderzoek. Zonder hun medewerking had ik dit onderzoek niet kunnen voltooien.

Tot slot wil ik iedereen bedanken die mij heeft gesteund gedurende afgelopen halfjaar en mij is blijven motiveren om dit onderzoek succesvol af te ronden.

Veel leesplezier!

Madelon Weijenborg

Zieuwent, 26 mei 2016

Inhoud

Voorwoord	2
Samenvatting.....	5
Abstract	6
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding voor het onderzoek	7
1.2 Doel en vraagstelling	8
1.3 Inhoudelijke oriëntatie	8
1.3.1 Definitie volgens DSM	9
1.4 Kernbegrippen.....	10
2. Methoden.....	10
2.1 Onderzoeksmethode en benadering.....	10
2.2 Databronnen	11
2.3 Dataverzamelingstechnieken en analyse per deelvraag	11
2.4 Kwaliteitscriteria.....	13
3. Resultaten deelvraag 1	14
3.1 Algemeen.....	14
3.2 Hoe vaak komt het voor?	14
3.3 LVB en ASS: overeenkomsten en verschillen	15
3.4 De invloed van comorbiditeit	15
3.5 Invloed op de ontwikkeling	17
4. Resultaten deelvraag 2	21
4.1 Algemeen.....	21
4.2 LVB en ASS: de hulpverlening algemeen	21
4.3 LVB en ASS in beeldende therapie	21
4.3.1 ASS en beeldende therapie	21
4.3.2 LVB en beeldende therapie	22
4.3.3 LVB en ASS in beeldende therapie	22
5. Resultaten deelvraag 3	23
5.1. Interventies therapeut A	23
5.2 Interventies therapeut B	24
5.3 Vergelijking interventies therapeut A en B	25
5.4 Vergelijking interventies LVB en ASS.....	25
6. Discussie	26

6.1 Resultaten.....	26
6.2 Onderzoeksproces.....	27
7. Conclusie	28
8. Aanbevelingen.....	28
9. Referenties	30
Bijlagen.....	34
Bijlage 1 - Uitleg interventies	34
Zoekterm	35
Bijlage 2 - Schema zoekproces	35

Samenvatting

Achtergrond: In 2014 is bij Karakter kinder- en jeugdpsychiatrie een onderzoek gestart om een methode te ontwikkelen voor kinderen met een licht verstandelijke beperking (LVB). Voor het ontwikkelen van deze methode is het van belang rekening te houden met de comorbiditeit van deze kinderen. Er moet worden onderzocht of de comorbiditeit van invloed is op de interventies van de beeldend therapeut. Het doel van dit onderzoek is om kennis te vergaren over de invloed van een autisme spectrum stoornis (ASS) op de interventies van de beeldende therapeut bij kinderen in de leeftijd van 8 tot 12 jaar met een licht verstandelijke beperking. De bedoeling is dat de methode die Karakter zal ontwikkelen hierop aangepast kan worden, zodat deze voor elk kind te gebruiken is.

Onderzoeksvraag: In hoeverre is een autisme spectrum stoornis van invloed op de interventies van de beeldend therapeut bij kinderen met een licht verstandelijke beperking in de leeftijd van 8 tot 12 jaar in de kinder- en jeugdpsychiatrie?

Methode: Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag wordt een literatuurstudie uitgevoerd. Vervolgens worden beeldend therapeuten geïnterviewd aan de hand van een video-recall.

Resultaten: Uit de literatuurstudie is naar voren gekomen dat de cijfers over het samen voorkomen van een LVB en een ASS erg uiteenlopen. Verder blijkt dat er zowel verschillen als overeenkomsten bestaan tussen deze twee stoornissen. De algemene invloed van een ASS bij een LVB wordt door enkele artikelen uiteengezet. Er is echter weinig literatuur te vinden is over LVB in de beeldende therapie. Wel is er veel te vinden over ASS in de beeldende therapie. Uit de interviews aan de hand van de video-recall is gebleken dat therapeuten meer interventies richten op de ASS van de cliënt dan op de LVB van de cliënt. Ook zijn veel interventies uitgevoerd die de therapeut standaard zou uitvoeren bij elk kind in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Discussie: De literatuurstudie van dit onderzoek laat zien dat verschillende auteurs verschillende conclusies trekken, met name over het samen voorkomen van LVB en ASS. Het is van belang te vermelden dat enkele onderzoeken die zijn gebruikt voor dit onderzoek gericht waren op een verstandelijke beperking algemeen in plaats van een LVB. De uitgevoerde interviews zijn dermate nuttig gebleken dat voor vervolgonderzoek aan te bevelen is om deze interviews op grote schaal uit te voeren, om zo een beter beeld te creëren van de interventies van de beeldend therapeut.

Conclusie: Kijkend naar het literatuuronderzoek en de uitkomsten van de interviews, blijkt dat het hebben van een ASS naast een LVB van invloed is op het algemene functioneren van het kind, maar ook op de interventies van de beeldend therapeut. Het algemeen functioneren van het kind verslechtert als het kind naast een LVB ook een ASS heeft en de therapeut richt meer interventies op de ASS dan op de LVB.

Abstract

Background: In 2014 Karakter child and adolescent psychiatry initiated a study to develop a method for children with a mild mental retardation. For this method it is important to take into account the comorbidity of these children. It is essential that the influence of this comorbidity on the interventions of the art therapist will be examined. The aim of this study is to gain knowledge about the impact of an autism spectrum disorder on the interventions of the art therapist with children aged from 8 to 12 years with a mild mental retardation. The intention is that the method of Karakter can be customised, so the method can be used for any child with a mild mental retardation.

Research question: what extent affects an autism spectrum disorder on the interventions of the art therapist for children with mild intellectual disabilities, ages 8 to 12 years in the child- and adolescent psychiatry?

Method: In order to answer this question, a literature study is first implemented. After that, art therapists will be interviewed by means of a video-recall.

Results: the results of the literature study have shown that the numbers on the co-occurrence of a mild intellectual disability (MID) and an autism spectrum disorder (ASD) are very different. It also appears that there are both differences and similarities between these two disorders. The overall impact of an ASD besides a MID is demonstrated by several authors. It was found that there are not a lot of articles published about MID in art therapy. However, there is much to be found about an ASD in art therapy. The interviews - based on the video-recall method - have shown that art therapists intervene more on the ASD than the MID. Also, many interventions are standard interventions, given to each child in the child and adolescent psychiatry or interventions with a practical or unknown reason.

Discussion: the results of this literature show that different authors claim different things, especially about the co-occurrence of MID and ASD. Furthermore, it is relevant to mention that some studies used for this research are focused on intellectual disabilities in general instead of MID. The conducted interviews have proved to be useful and will be recommended for future research to conduct these interviews on a large scale in order to create a better picture of the interventions of the art therapists.

Conclusion: Looking at the literature study and the results of the interview, it appears that having an ASD besides a MID affects the overall functioning of a child, but also the interventions of the art therapist. The overall functioning of the child deteriorates if the child has an ASD besides a MID and the art therapist focuses more of their interventions on the ASD than on the MID.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

Bij Karakter, kinder-, en jeugdpsychiatrie, is in 2014 een onderzoek gestart om een methode te ontwikkelen voor kinderen van 10 tot 12 jaar met een licht verstandelijke beperking, hierna LVB. Dit onderzoek is tot ontwikkeling gekomen omdat er voor kinderen met een LVB nauwelijks evidente doelgroep-specifieke behandelmethode beschikbaar zijn (Wit, Moonen & Douma, 2014; Karakter, 2014). Volgens Dekker & Koot (2003) heeft 40 % van deze kinderen naast een LVB ook een andere psychiatrische stoornis zoals ADHD en/of autisme. Het kenniscentrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie spreekt van 30 tot 50 % (Verhave, 2013). Deze kinderen komen vaak in de geestelijke gezondheidszorg terecht. Daarnaast heeft de doelgroep vaak problemen in de (neuro)cognitieve functies. Dit zou mogelijk kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van deze andere psychiatrische stoornissen. Om deze (neuro)cognitieve functies te verbeteren zijn echter nauwelijks reguliere behandelmethode beschikbaar. Het onderzoek dat bij Karakter is gestart, is gericht op het ontwikkelen van een behandelmethode voor de doelgroep LVB met adaptieve problemen en/of psychiatrische problematiek (Karakter, 2014). De behandelmethode zal worden ontwikkeld in een creatief therapeutische setting. Deze therapievorm doet een beroep op de creativiteit van de kinderen. Dit is de sterke kant van LVB kinderen. Tevens biedt deze setting een mogelijkheid om in te zetten op de lagere orde cognitieve functies zoals sensorische waarneming en fijn motorische ontwikkeling. De therapie sluit aan bij LVB kinderen vanwege de non-verbale en ervaringsgerichte aanpak (Karakter, 2014). In het onderzoek wordt gebruik gemaakt van het Expressive Therapies Continuüm, hierna ETC. Het ETC is een raamwerk waar beeldend therapeuten vanuit kunnen werken (Hinz, 2009; Kagin & Lusebrink, 1978).

Zoals eerder genoemd hebben kinderen met een LVB vaak bijkomende problematiek. De meest voorkomende stoornissen bij kinderen met een LVB zijn: een stoornis uit het autisme spectrum (ASS), ADHD, oppositioneel-opstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD) en hechtingsproblematiek (Vlijm & Kamerling-de Bruine, 2014; Karakter, 2014; Matthys & Glind, 2013). Verder komen angststoornissen, dwangstoornissen, depressies, psychoses en traumatische stoornissen voor (Verhave, 2015). De gevolgen van deze bijkomende problemen zijn dat deze kinderen moeite hebben met de informatieverwerking. Daarnaast hebben deze kinderen vaak meer moeite om situaties te begrijpen. Ook overzicht houden, situaties inschatten en inleven in anderen is moeilijker voor deze kinderen. Naast de problemen door de LVB zal het kind ook hinder ervaren van zijn bijkomende problematiek in zijn dagelijks leven (Vlijm & Kamerling-de Bruine, 2014).

Het is van belang om de gevolgen van de bijkomende problematiek verder te onderzoeken, omdat er tot nu toe weinig over gepubliceerd is. Voor de te ontwikkelen interventie bij Karakter is het essentieel dat er wordt gekeken of de comorbiditeit van invloed is op de interventies van de beeldend therapeut. Welke aanpassingen maakt de therapeut bij het beeldend werken als hij een kind met een LVB en comorbiditeit voor zich heeft? Vanwege de beperkte tijd zal in dit onderzoek worden uitgezocht in hoeverre een autisme spectrum stoornis, hierna ASS, van invloed is op een LVB. Door deze vergelijking beoogt dit onderzoek de invloed van de comorbiditeit, in dit geval een ASS, op het interveniëren door beeldend therapeuten duidelijk te maken.

1.2 Doel en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is om kennis te vergaren over de invloed van een ASS op de interventies van de beeldende therapeut bij kinderen in de leeftijd¹ van 8 tot 12 jaar met een LVB. De bedoeling is dat de methode die Karakter zal ontwikkelen hierop aangepast kan worden, zodat deze voor elk kind te gebruiken is.

De onderzoeksvraag van dit onderzoek is:

In hoeverre is een autisme spectrum stoornis van invloed op de interventies van de beeldend therapeut bij kinderen met een licht verstandelijke beperking in de leeftijd van 8 tot 12 jaar in de kinder- en jeugdpsychiatrie?

Om hier antwoord op te krijgen, zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- Wat is er in de literatuur bekend over de algemene invloed van een autisme spectrum stoornis bij een licht verstandelijke beperking bij kinderen?
- Wat is er in de literatuur bekend over een autisme spectrum stoornis en een licht verstandelijke beperking in de beeldende therapie?
- Hoe intervenueert een beeldend therapeut bij een kind in de leeftijd van 8 tot 12 jaar met een licht verstandelijke beperking en een autisme spectrum stoornis in de kinder- en jeugdpsychiatrie?

1.3 Inhoudelijke oriëntatie

Casus

Milan - dit is een gefingeerde naam - is 9 jaar en is aangemeld bij een kinder- en jeugdpsychiatrisch ziekenhuis voor een intensief klinische behandeling. Milan groeit als enig kind op in een compleet gezin met betrokken ouders, met wie hij goed contact heeft.

Milan functioneert op een moeilijk lerend niveau en daarom is hij sinds 2014 overgegaan naar het cluster 4 onderwijs. Hier lijkt hij baat bij te hebben, mede door de rust en structuur die hij hier aangeboden krijgt. Ook buiten school heeft Milan veel structuur nodig. Veranderingen kunnen lastig voor hem zijn. Als Milan eenmaal gewend is aan een situatie, komt hij over als een vriendelijke jongen. Wel heeft Milan moeite met het onderhouden van sociale contacten. Hij heeft problemen met het overzien van sociale situaties. Ook heeft Milan moeite met het begrijpen van wat er gezegd wordt en het uitdrukken van zichzelf. Hij heeft tijd nodig om informatie te verwerken. Een korte instructie kan voor hem helpend zijn.

Milan raakt snel overprikkeld, vooral door geluiden. Dit heeft als resultaat dat hij in paniek raakt of een woedeaanval krijgt als hij overprikkeld is. Milan kan ook gefrustreerd raken als iets hem niet lukt. Deze frustratie kan overgaan in woede. Bij overgangen heeft Milan een actieve begeleiding nodig. Ook heeft hij veel duidelijkheid nodig. Milan heeft er baat bij als zijn gedragingen en emoties, maar ook de gedragingen en emoties van een ander kunnen worden uitgelegd.

Milan is gediagnosticeerd met de autisme spectrumstoornis: een pervasive developmental disorder not otherwise specified (PDD-NOS) en een LVB. Zijn totaal IQ is 75.

¹ Voor dit onderzoek is gekozen om iets van de gehanteerde leeftijd in het grotere onderzoek af te wijken, vanwege de gebruikte casus van dit onderzoek.

1.3.1 Definitie volgens DSM

Uit het vooronderzoek is gebleken dat er onduidelijkheden bestaan in de literatuur over de verschillende termen. De termen beschreven in de DSM-IV en de termen beschreven in de DSM-5 worden tot op heden nog beide gebruikt. De zoektermen van dit onderzoek zijn gericht op de termen van de DSM-5, maar de termen die beschreven zijn in de DSM-IV zijn hiermee niet uitgesloten, omdat op de verschillende databanken de termen nog door elkaar worden gebruikt. Hieronder zal kort worden beschreven welke wijzigingen er zijn doorgevoerd in de DSM-5 in vergelijking met de oudere versie.

In de DSM-IV staat een verstandelijke beperking beschreven als zwakzinnigheid in het Nederlands en in Engelstalige landen wordt gesproken van een Mental Retardation. Hierbij gaat het om een IQ van 70 of lager. Verder dient de cliënt beperkingen en tekorten te hebben op verschillende levensgebieden, zoals communicatie, zelfverzorging, zelfstandig wonen, sociale vaardigheden, etc. Er is sprake van een licht verstandelijke beperking als het IQ tussen de 50-55 en de 70 ligt. Indien het IQ tussen de 35-40 en de 50-55 ligt, is er sprake van een matig verstandelijke beperking. Van 20-25 tot 35-40 is er sprake van een ernstige verstandelijke beperking en bij een IQ van 20-25 of lager wordt gesproken van diepe zwakzinnigheid (American Psychiatric Association, 2007). In Nederland wordt echter in de praktijk van een LVB gesproken als het IQ tussen de 50 en 85 ligt als de cliënt daarnaast ook problemen op het gebied van sociale aanpassing en sociale redzaamheid heeft (Verhave, 2015).

In de DSM-5 is de classificatie van een verstandelijke beperking gewijzigd. De naam zwakzinnigheid is nu ingeruild voor verstandelijke beperking. In de DSM-5 wordt de invloed van het IQ teruggedrongen en wordt er meer waarde gehecht aan het klinische oordeel. Het IQ-criterium is zelfs komen te vervallen. Volgens de DSM-5 dienen beperkingen te bestaan in drie domeinen: het conceptuele domein, het sociale domein en het praktische domein (American Psychiatric Association, 2013; Koldenbach, 2015).

Ook ASS heeft veranderingen doorgemaakt bij de komst van de nieuwe DSM. In de DSM-IV wordt een ASS beschreven als een stoornis met problemen in de ontwikkeling van sociale en communicatieve vaardigheden en een beperkt repertoire van gedrag en spel. In de DSM-IV zijn de volgende subgroepen beschreven: Autistische stoornis, stoornis van Asperger, syndroom van Rett, Desintegratieve stoornis en PDD-NOS (een restgroep) (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2015; American Psychiatric Association, 2007).

In de DSM-5 is de naam en de definitie veranderd. De verschillende stoornissen die bij de DSM-IV nog apart beschreven stonden, zijn samengevoegd. Dit omdat de stoornissen moeilijk te onderscheiden zijn en de behandeling veelal overeenkomt. In de DSM-5 wordt er één categorie benoemd, namelijk: Autisme Spectrum Stoornis. Deze diagnose kan worden gesteld bij tekortkomingen in de sociale communicatie en interactie en bij beperkt en repetitief gedrag. Een gedeelte van de cliënten die voorheen gediagnosticeerd zijn met PDD-NOS of de stoornis van Asperger vallen buiten deze diagnose vanwege hun mindere mate van beperking (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2015; American Psychiatric Association, 2013). Toch worden de termen nog steeds gebruikt, zoals in de kinder- en jeugdpsychiatrie. De eerder geïntroduceerde casus van Milan is hier een voorbeeld van.

1.4 Kernbegrippen

Licht verstandelijke beperking (LVB)

Volgens de DSM-IV is er sprake van een licht verstandelijke beperking als het IQ tussen de 50-55 en de 70 ligt. In Nederland wordt er in de praktijk gesproken van een LVB als iemand een IQ tussen de 50-55 en 85 heeft met bijkomende problematiek op het gebied van sociale aanpassing en sociale redzaamheid. De problematiek op het gebied van sociale aanpassing en sociale redzaamheid is te zien in tekorten in de zelfverzorging, het leervermogen, de motorische vaardigheden, de communicatie, de sociale vaardigheden en de pervasieve ontwikkeling (Verhave, 2015). In hoofdstuk 3.1 staat een uitgebreidere definitie van LVB.

Autisme spectrum stoornis (ASS)

Een autisme spectrum stoornis wordt gekenmerkt door problemen in de ontwikkeling van de sociale en communicatieve vaardigheden en een beperking in het repertoire van spel en gedrag (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2015). In hoofdstuk 3.1 staat een uitgebreidere definitie van ASS.

Interventies

Het woord 'interventie' betekent in de Latijnse taal letterlijk 'ergens tussen komen'. In de therapeutische setting betekent dit dat een therapeut invloed kan uitoefenen op het handelen van een cliënt. Daarmee kan de therapeut de psychische structuur die onder het handelen ligt ook beïnvloeden (Dijkstra, 2008).

Comorbiditeit

Er is sprake van comorbiditeit als de cliënt tegelijkertijd twee of meer stoornissen of aandoeningen heeft.

2. Methoden

2.1 Onderzoeksmethode en benadering

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek. Het onderzoek heeft zich gericht op het verzamelen van informatie over de huidige situatie. Dit betekent dat dit een inventariserend onderzoek is (Donk & Lanen, 2015). Omdat er nog niet eerder onderzoek is gedaan naar dit specifieke onderwerp, heeft een groot deel van het onderzoek daarom de literatuur in kaart gebracht om zo een beeld te schetsen van de huidige situatie. Uitgezocht is wat tot nu toe over een ASS bij kinderen met een LVB gepubliceerd is. Dit is gebeurd door middel van literatuuronderzoek. Er is gezocht naar bestaand materiaal en bestaande onderzoeksgegevens die over dit onderwerp te vinden zijn. Deze gegevens zijn gebruikt om een deel van de hoofdvraag te beantwoorden. Verder heeft het onderzoek uitgewezen welke interventies van de therapeut gericht zijn op een LVB en welke interventies op een ASS. Het onderzoek heeft deze situaties vergeleken en is daarmee een vergelijkend onderzoek. In kaart is gebracht wat eventuele verschillen en overeenkomsten zijn (Heerink, et al., (2009).

2.2 Databronnen

Voor dit onderzoek zijn de volgende databronnen gebruikt:

- Het perspectief van de literatuur
- Het perspectief van een beeldend therapeut aan de hand van een sessie met een cliënt vanuit ervaring in de kinder- en jeugdpsychiatrie
- Het perspectief van een beeldend therapeut werkzaam met deze doelgroep vanuit ervaring in de kinder- en jeugdpsychiatrie

2.3 Dataverzamelingstechnieken en analyse per deelvraag

2.3.1 *Wat is er in de literatuur bekend over de algemene invloed van een autisme spectrum stoornis bij een licht verstandelijke beperking bij kinderen?*

Dataverzamelmethode: om uit te zoeken wat er bekend is over de algemene invloed van een ASS bij een LVB in de literatuur is gebruik gemaakt van tekstbronnen. Hiermee wil de onderzoeker allereerst beschrijven wat er zoal te vinden is. Ook is de gevonden informatie in een later stadium vergeleken met de gevonden informatie in de praktijk. Het voordeel van het gebruik van tekstbronnen is dat deze op elke plaats en elk moment bestudeerd kunnen worden. Het nadeel is dat de onderzoeker afhankelijk is van wat de schrijver heeft geschreven (Donk & Lanen, 2011).

Het is van belang om te kijken of een gevonden bron betrouwbaar en bruikbaar is. Om te kijken of de bron bruikbaar is, is gebruik gemaakt van de CARS-checklist die Migchelbrink (2013) heeft beschreven. Verder mag de geraadpleegde literatuur niet eenzijdig zijn, daarom zijn verschillende bronnen vergeleken (Heerink, Pinkster & Bratti-Werf, 2009).

Verloop van de literatuurstudie: de literatuur voor deze deelvraag is gezocht met behulp van het schema zoekproces, beschreven in Migchelbrink (2013). De onderzoeker heeft voorafgaand aan het zoekproces een lijst met zoektermen opgesteld, met zowel Engelse en Nederlandse zoektermen. In het Nederlands is gezocht op de termen: licht verstandelijke beperking en autisme spectrumstoornis. In het Engels is dit vertaald naar: mild intellectual disability en autism spectrum disorder. Deze termen sluiten aan bij de verandering in de DSM-5 (meer hierover is te lezen in hoofdstuk 1.3.1). Ook sluiten deze zoektermen informatie gepubliceerd voor de uitkomst van de DSM-5 niet uit. De zoektermen zijn vervolgens ingevoerd op de volgende databanken:

- Han Quest (gevonden boeken zijn ook gebruikt)
- PubMed
- Google Scholar
- Google (op deze databank is enkel gezocht op PDF bestanden)
- TandFonline

Om de gevonden literatuur te beperken en betrouwbaarheid te vergroten is er gezocht in artikelen die gepubliceerd zijn tussen 2006 en 2016. Verder zijn het aantal hits beperkt door op Google en Google Scholar de verschillende termen tussen dubbele aanhalingstekens te zetten en door voor enkele termen 'intitle:' te zetten. Bijvoorbeeld: "Mild intellectual disability" + "autism spectrum disorder" + children en mild intellectual disability + interventions +

intitle:"art therapy" + children². Het zoeken en verzamelen van de literatuur heeft plaats gevonden in maart 2016. In april zijn de artikelen afkomstig van het internet beoordeeld. Deze beoordeling heeft plaatsgevonden met behulp van de CARS-checklist (Migchelbrink, 2013).

Analyse: na het uitvoeren van de zoektermen zoals beschreven in bovenstaande paragraaf, zijn zoektermen en het aantal gevonden hits vastgelegd. In het schema zoekproces is voor elk bruikbaar artikel een korte samenvatting komen te staan, zodat deze te gebruiken is voor het beantwoorden van de deelvraag.

2.3.2 Wat is er in de literatuur bekend over een autisme spectrum stoornis en een licht verstandelijke beperking in de beeldende therapie?

Voor deze deelvraag geldt dezelfde dataverzamelmethode en analysemethode als deelvraag 1.

2.3.3 Hoe intervenueert een beeldend therapeut bij een kind in de leeftijd van 8 tot 12 jaar met een licht verstandelijke beperking en een autisme spectrum stoornis?

Dataverzamelmethode: Om antwoord op deze deelvraag te krijgen, is gekozen voor de methode "Stimulated Recall". Deze methode werkt met video-opnames uit praktijksituaties die door de professional opnieuw wordt bekeken tijdens een zogenaamd "Stimulated Recall interview". In dit geval een video-opname met de cliënt uit de casus. De onderzoeker heeft tijdens dit interview vragen gesteld over de uitgevoerde interventies. Hierdoor gaat de therapeut in herinnering terug naar de sessie en dit kan leiden tot een reflectie op het eigen beroepsmatig handelen. Om de betrouwbaarheid van de uitkomsten te vergroten is ervoor gekozen om ook een interview aan de hand van dezelfde video af te nemen met een andere therapeut (Krantz, 2006). Bij deze therapeut is gevraagd wat de therapeut zelf aan interventies zou geven in dezelfde situatie. Naast dat de Stimulated Recall kan leiden tot reflectie, geeft het ook inzicht op beelden en ideeën die personen hebben bij bepaalde technieken, in dit geval de interventies (Donk & Lanen, 2011). Tijdens het interview is gevraagd bij elke interventie of desbetreffende interventie is uitgevoerd vanwege de LVB van de cliënt, vanwege de ASS of vanwege beide, zodat de eventuele invloed van een ASS duidelijk wordt.

Analyse: Na het afnemen van de interviews heeft de onderzoeker de interviews getranscribeerd, waarna de analyse plaats heeft plaatsgevonden. Voor het analyseren is gebruikt gemaakt van de analysemethode van Westers en Peters (zoals geciteerd in Krantz, 2006). Bij het analyseren is een viertal fases doorlopen. Allereerst de exploratiefase, waarin de interviews open zijn gecodeerd. Dit houdt in dat er geen gebruik is gemaakt van een vooraf opgestelde codelijst. In de tweede fase, de specificatiefase zijn relevante codes geselecteerd en indien mogelijk in categorieën samengevat. In de derde fase, de reductiefase, is gezocht naar samenhang binnen de codes en samenvattingen. De laatste fase, de integratiefase, houdt in dat de verkregen theorie getoetst is (Krantz, 2006). Voor het vergroten van de betrouwbaarheid is ervoor gekozen om twee keer te coderen. Een keer

² Het schema zoekproces staat met gebruikte zoektermen en het aantal hits staat weergegeven in de bijlage. De samenvattingen zijn hierbij weggelaten.

door de onderzoeker zelf en een controle door een medestudent. Na het uitschrijven van het gesprek en het analyseren zijn de gegevens naar de respondenten opgestuurd ter controle, zodat er geen interpretatiefouten zijn ontstaan. Verkregen informatie is weergegeven in een tabel om overzichtelijkheid te vergroten (zie hoofdstuk 5).

Ethische aspecten: voor het opnemen van de sessie is schriftelijk toestemming verkregen van de ouders van de cliënt. Voor het opnemen en verwerken van de interviews is schriftelijk toestemming verkregen van de therapeuten.

2.4 Kwaliteitscriteria

Om de kwaliteit van dit onderzoek te waarborgen, is rekening gehouden met validiteit en betrouwbaarheid. Bij *validiteit* gaat het om de vraag of in het onderzoek inhoudelijk vastgesteld wordt wat het onderzoek beoogt vast te stellen. Uit het literatuuronderzoek en interviewgegevens zal daarom moeten blijken of een ASS van invloed is bij kinderen met LVB bij het interveniëren in de beeldende therapie. Gevonden bronnen die net te veel afwijken van de hoofdvraag, worden daarom niet meegenomen in dit onderzoek. Verder zijn de interviews gericht op het beantwoorden van de hoofdvraag. Het is ook van belang om bij het onderzoek te streven naar objectiviteit. Daarom zijn tijdens het onderzoek enkele controles uitgevoerd om de validiteit te waarborgen. Allereerst is het onderzoek inhoudelijk gecontroleerd door medestudenten. Ook zijn resultaten en bevindingen gedeeld met de respondenten (Migchelbrink, 2013).

Betrouwbaarheid gaat om de nauwkeurigheid en zorgvuldigheid in de werkwijze. Tijdens het onderzoeken is gekeken welke factoren en situaties de werkwijze beïnvloeden en de gegevens kunnen vertekenen. Deze factoren kunnen liggen bij de respondent, maar ook bij de onderzoeker.

Om de betrouwbaarheid te waarborgen, heeft Migchelbrink (2013) 4 stappen beschreven die in dit onderzoek zijn doorlopen. Allereerst de verantwoording. Het is belangrijk dat duidelijk is hoe de onderzoeker aan de resultaten gekomen is. Alle stappen en beslissingen moeten teruggevonden kunnen worden. Daarom heeft de onderzoeker een logboek bijgehouden. Als tweede heeft de onderzoeker gewerkt aan nauwkeurigheid en zorgvuldigheid. Hiermee wordt de kans verkleind dat zaken misgaan of dat er vertekening optreedt. Dit is gewaarborgd door middel van een precieze data-analyse, het gebruik van het schema-zoekproces en de controle van medestudenten. Verder is met alle gegevens van de cliënt en met alle interviewgegevens zorgvuldig omgegaan. Als derde stap heeft de onderzoeker zelfcontroles ingevoerd, door regelmatig kritisch naar het eigen handelen te kijken. Als laatste stap wordt door Migchelbrink 'herhaling van dataverzamelingstechnieken' beschreven. Dit is niet mogelijk voor dit onderzoek. Wel zijn een aantal zoektermen op verschillende data ingevoerd om te kijken of het aantal hits veranderd waren. Verder is bij de analyse van de interviews een extra codering door een medestudent uitgevoerd (Migchelbrink, 2013).

Tot slot wordt de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek verhoogd door naar meerdere perspectieven te kijken, ofwel triangulatie. In dit onderzoek is gekeken naar verschillende perspectieven: die vanuit de literatuur, die vanuit de beeldend therapeut van het Stimulated Recall Interview en een extra therapeut (Migchelbrink, 2013). Ook is er bij het zoeken naar de literatuur naar verschillende perspectieven gekeken.

3. Resultaten deelvraag 1 - *Wat is er in de literatuur bekend over de algemene invloed van een autisme spectrum stoornis bij een licht verstandelijke beperking bij kinderen?*

3.1 Algemeen

Om antwoord te krijgen op deze deelvraag is eerst gekeken naar hoe vaak een LVB en een ASS samen voorkomen, vervolgens is ingezoomd op de overeenkomsten en de verschillen van deze stoornissen en tot slot is gekeken naar de invloed.

3.2 Hoe vaak komt het voor?

De relatie tussen een VB³ en een ASS is complex. Dat blijkt wel uit de erg uiteenlopende cijfers die zijn gepubliceerd over de samenhang van deze twee stoornissen. Zo publiceerde Shea (2006) dat 20-30 % van de kinderen met een VB een ASS heeft. Volgens Lamalfa, Lassi, Bertelli, Salvini en Placidi (zoals geciteerd in Matson & Schoemaker, 2009) heeft 40 % van de kinderen met een VB ook een ASS. Andere onderzoeken laten weer andere cijfers zien. Bryson, Bradley, Thompson en Wainwright (zoals geciteerd in Matson & Schoemaker, 2009) spreken van 28 % kinderen die naast een VB ook een ASS heeft. Bildt, Systema, Kraijer en Minderaa (zoals geciteerd in Matson & Schoemaker, 2009) spreken over nog lagere cijfers. Volgens hen heeft 16,7 % van de kinderen een VB en een ASS (Matson & Schoemaker, 2009).

Kijkend naar de onderzoeken gericht op een ASS in combinatie met een VB - in plaats van VB in combinatie met een ASS - zijn de cijfers ook uiteenlopend. Charman (2011) deed onderzoek onder 75 kinderen met een ASS. Hieruit blijkt dat 55 % van deze kinderen een verstandelijke beperking (IQ <70) had, 16 % een matige tot ernstige verstandelijke beperking (IQ <50), 28 % een gemiddelde intelligentie (IQ >85) en 3 % had een bovengemiddelde intelligentie (IQ>115) (Charman, 2011). Ratcliffe (2011) stelt dat 50-70 % van de kinderen met een ASS ook een VB heeft. Van deze kinderen heeft ongeveer 30 % een milde tot matige VB en 40 % een ernstige VB (Ratcliffe, 2011). Volgens Lindgren en Doobay (2011) heeft 60 % tot 75 % van de kinderen met klassiek autisme ook een VB. Lamalfa et al (zoals geciteerd in Matson & Schoemaker, 2009) stelt dat 70 % van de kinderen met een ASS ook een VB heeft. Shea (2006) spreekt zelfs 70-80 %.

Het onderzoek van Matson en Schoemaker (2009), dat herhaaldelijk is gebruikt voor dit onderzoek, laat ook zien hoe verschillend de cijfers over het samen voorkomen van ASS en LVB zijn. Zij concluderen dat oudere studies over het algemeen lagere cijfers laten zien. Verder kunnen volgens hen verschillen komen doordat verschillende onderzoekers verschillende criteria van ASS handhaven en omdat de onderzoeken op verschillende plaatsen met doelgroepen met verschillende leeftijden is uitgevoerd. Ze concluderen ook dat onderzoek naar ASS en LVB samen een nieuw fenomeen is dat in de toekomst moet worden uitgebreid.

³ In de literatuur over het samen voorkomen van LVB en ASS is gebleken dat vrijwel alle artikelen gericht zijn op een verstandelijke beperking (VB) en ASS in plaats van een LVB en een ASS. Om toch een beeld te creëren van het samen voorkomen van deze stoornissen en de overeenkomsten en verschillen, is ervoor gekozen om de literatuurstudie deels te richten op VB en ASS.

3.3 LVB en ASS: overeenkomsten en verschillen

De cijfers over het voorkomen van een LVB in combinatie met een ASS lopen uiteen. Wat wel zeker is, is dat een LVB en een ASS vaak samen voorkomen. De stoornissen komen niet alleen vaak samen voor, ze lijken ook op elkaar. De meeste bekende genetische oorzaken van een LVB zijn ook oorzaken van een ASS, dat zou kunnen impliceren dat deze twee stoornissen een gemeenschappelijke genetische basis hebben (Correia, Café, Almeida, Mouga, Oliveira, 2015).

Ahmad en Mahmood (2011) hebben onderzoek gedaan naar een VB in het algemeen in combinatie met een ASS. VB en ASS vallen beide onder ontwikkelingsstoornissen. Daarmee wordt duidelijk dat er meerdere overeenkomsten zijn tussen deze twee stoornissen. Zo laten kinderen met een ASS en een VB vaak stereotype gedrag zien. Toch blijkt dat kinderen met enkel een ASS of enkel een VB ook stereotype gedrag vertonen. Dit maakt het lastig te zien of bepaalde kenmerken toe te schrijven zijn aan de ASS of aan het niveau van functioneren (Ahmad & Mahmood, 2011).

De twee stoornissen zijn dan ook moeilijk van elkaar te onderscheiden. Er zijn echter wel verschillen, zo blijkt uit het onderzoek van Ahmad en Mahmood (2011). Ze deden onderzoek naar de overeenkomsten tussen een ASS en een VB. 66 functies uit de meest belangrijke domeinen (sociale vaardigheden, communicatieve vaardigheden, bewegingen, cognities, zelfzorg, gedragsproblemen, interesses/routines/zintuiglijke problemen, neurotische trekjes en mijlpalen in de ontwikkeling) werden getest. Hieruit bleek dat 35 van de kenmerken significant verschilden bij de twee stoornissen en bij 31 kenmerken was dit verschil minder duidelijk aanwezig.

Onderzoek van Ganaie (2015) heeft uitgewezen dat er een significant verschil bestaat tussen kinderen met een ASS en kinderen met een VB met betrekking tot hun socio-demografische profielen. Onderzocht werd of er verhoudingen waren tussen hun socio-demografische profielen (sociale rijpheid, probleemgedrag, geslacht, geboortegewicht, het huilen bij de geboorte en een bloedverwantschap bij ouders) en een ASS en/of een VB (Ganaie, et al., 2015).

Onderzoek van Wieringa (2015) heeft aangetoond dat er verschillen zijn in de sociaalcommunicatieve vaardigheden tussen kinderen met een ASS en kinderen met een VB. Er kon echter niet worden aangetoond dat kinderen met een ASS meer beperkingen hebben ontwikkeld in de sociaalcommunicatieve vaardigheden dan kinderen met een VB (Wieringa, 2015).

Kinderen met een VB en een ASS lijken niet significant te verschillen van kinderen met alleen een VB als het gaat om algemeen functioneren. Ook de cognitieve vaardigheden van deze kinderen verschillen niet veel met die van kinderen met alleen een VB. Wel hebben kinderen met een VB en een ASS meer problemen met de sociale vaardigheden. Ook blijkt dat deze kinderen minder snel deelnemen aan activiteiten thuis en op school (Weiss & Riosa, 2015).

3.4 De invloed van comorbiditeit

Ondanks dat LVB en ASS vaak samen voorkomen en een aantal overeenkomsten hebben, blijkt dat het hebben van een ASS wel degelijk een invloed heeft op een kind met een LVB. Dat blijkt onder andere uit het onderzoek van Embregts en Van Nieuwenhuijzen (2009).

Kinderen met een LVB en een ASS laten namelijk minder adaptief gedrag en meer probleem gedrag zien dan kinderen met alleen een LVB. De beperkte sociale informatieverwerking lijkt een verklaring te zijn voor sociaal inadequaat gedrag van kinderen met een LVB. Embregts en Van Nieuwenhuijzen (2009) hebben onderzoek gedaan onder 136 jongens in de leeftijd van 10-14 jaar, waarvan 26 jongens een LVB en een ASS hadden, 54 jongens alleen een LVB en 56 van de jongens waren normaal ontwikkeld. Hieruit bleek dat de jongens met PDD-NOS en LVB afwijken van de normaal ontwikkelde jongens in het coderen van informatie. Ze richten zich op de negatieve en emotionele informatie in sociale situaties. Ook verschillen ze van jongens met alleen een LVB in hun reacties, beslissingen en oplossingen. Ze laten meer agressief en onderdanig gedrag zien dan jongens met alleen een LVB (Embregts & Nieuwenhuijzen, 2009).

Behalve het onderzoek van Embregts en Van Nieuwenhuijzen (2009) blijkt ook uit het werk van Rattclife (2011) dat het hebben van een ASS invloed heeft op een LVB. Volgens Rattclife hebben kinderen met een VB een vertraagde sociale en emotionele vaardigheden en hebben kinderen met een VB en een ASS zelfs tekorten in de sociale en emotionele vaardigheden. Kinderen met een VB zonder een ASS hebben vertraging in de sociale en emotionele vaardigheden die evenredig is aan andere ontwikkelingsgebieden. Een tien jarig kind met een VB die cognitief functioneert op het niveau van een zesjarige, zal ook het sociale en emotionele niveau van een zesjarige hebben. Een kind met een ASS daarentegen heeft een grotere achterstand op sociale en emotionele vaardigheden. Als een kind een VB en een ASS heeft en hij functioneert op cognitief niveau op dat van een zesjarige, zullen zijn sociale en emotionele vaardigheden op het niveau van een 2-3 jarige zitten (Ratcliffe, 2011).

Ook het onderzoek van Matson en Schoemaker (2009) laat zien dat het hebben van een ASS invloed heeft op de VB. De combinatie van een VB en een ASS laat tekorten in het gedrag en vaardigheden zien die niet worden gezien bij een VB of een ASS alleen. Uit onderzoek is gebleken dat bij een lager IQ, de ernst van de ASS en de gedragsproblemen stijgen. Bij kinderen met een VB en een ASS is geen verbetering te zien in probleemgedrag naarmate het kind ouder wordt. Het probleemgedrag moet volgens Matson en Schoemaker een hoge prioriteit krijgen bij kinderen met een VB en een ASS. Ze stellen dat het van belang is extra maatregelen te nemen bij deze cliëntgroep en een beter begrip te krijgen van deze cliëntgroep (Matson & Schoemaker, 2009).

Bildt en Kraijer (2007) publiceerden een artikel over de gevolgen van een PDD-NOS bij een LVB. Een PDD-NOS staat in de DSM-IV beschreven als een stoornis uit het autisme spectrum en komt vaak voor bij kinderen met een LVB. Een PDD-NOS naast een LVB heeft beperkende gevolgen voor de ontwikkeling en het gedrag van het kind. Dat heeft weer gevolgen voor de zelfredzaamheid en het schoolniveau (Bildt, & Kraijer, 2007).

3.5 Invloed op de ontwikkeling

In het schema op de volgende pagina staat weergegeven hoe de ontwikkeling van een normaal begaafd kind verloopt, hoe de ontwikkeling van een kind met LVB verloopt, die van een kind met een ASS en die van een kind met een ASS en een LVB. Het schema beoogt een overzicht te geven over de verschillen in de ontwikkeling van de kinderen.

Het schema is gedeeltelijk gebaseerd op het onderzoek van Begeer (2005). Ondanks dat de datum van het onderzoek van Begeer niet geheel aansluit bij de gebruikte zoektermen van dit onderzoek, is er voor gekozen om dit onderzoek toch als bruikbaar te beschouwen omdat er geen bruikbaarder resultaat van recentere datum is gevonden. De tekst die in het grijs staat weergegeven is toegevoegd door de onderzoeker om het schema voor dit specifieke onderzoek bruikbaar te maken.

Ontwikkelingsschema

	Normaal begaafd kind	Licht verstandelijke beperking *	Verstandelijke beperking en ASS	ASS en normale begaafdheid
Sociaal	9 maand: aandacht delen 10 maand: iets aanwijzen	Moeite met inlevingsvermogen en het kennen en begrijpen van sociale regels. Sociale vaardigheden zijn beperkt.	1e jaar: maakt oogcontact, glimlacht en reageert op naam 1e jaar: kijkt minder naar anderen dan een normaal begaafd kind 1-2 jaar: kleine gedeelde aandacht en spraakgebruik 2-5 jaar: wijst af en toe iets aan, 9-11 jaar: spontane sociale houding ontbreekt	2-5 jaar: aanwijzen, hoofdzakelijk gebiedende wijs 4 jaar: volgt met de blik Vanaf 6 jaar: gedeelde aandacht aanwezig, maar begint op latere leeftijd dan zonder ASS 8-11: gebrek aan sociale houding
Fantasiespel	19 maand: fantasiespel met object 2 jaar: verbeelding van mentale toestanden	Het abstract denken bij LV B kinderen is beperkt, daarom is fantasiespel moeilijk	1-5 jaar: gebrek aan spontaan spel. Speelt alleen functioneel	Vanaf 5 jaar: in staat om te doen alsof met een object 6-15 jaar: doen-alsof spel als dit gestimuleerd is
Emoties uiten	1e maand: het tonen van basisemoties** en sociale glimlach	Moeite met het differentiëren tussen emoties. Moeite met beheren van emoties.	Alle leeftijden: basis emotionele** reactie 3-6 jaar: meer vlakke en dubbelzinnige uitdrukkingen 5-11 jaar: gelijk aantal emotionele uitdrukkingen tijdens interactie. Meer neutrale en incongruente uitdrukkingen dan een normaal begaafd kind	Alle leeftijden: basis emoties en reacties gelijk aan die van een kind zonder ASS 10-19 jaar: emotionele uitdrukkingen zijn minder expliciet
Gezichtsuitdrukkingen waarnemen	1e maand: voorkeur voor menselijke of niet menselijke stimuli 1e maand: gezichtsuitdrukkingen nabootsen	Moeite om de intentie van de ander te begrijpen.	Kijkt minder naar andermans gezicht 4-11 jaar: slechte identificatie en geheugen van gezichten 8-19 jaar: kan even goed als een normaal begaafd kind gezichten herkennen.	12-15 jaar: vermogen om omgekeerde gezichten te identificeren Volwassen: minder aandacht voor karakteristieke gezichtskenmerken

Emotionele expressies waarnemen	1e maand: herkennen van emotionele uitdrukkingen 8-14 jaar: meer aandacht voor de ogen dan voor de mond	Moeite om het gedrag van de ander in perspectief te plaatsen (bijvoorbeeld als iemand tegen je aanloopt door de drukte, kan een LVB-er dit als opzettelijk ervaren)	3-5 jaar: reageert meer op negatieve emoties dan op neutrale gezichtsuitdrukkingen, maar minder dan een normaal begaafd kind 4-7 jaar: meer geïnteresseerd in niet sociale stimuli 5-15 jaar: interesse in en herkennen van de basis emotionele** uitdrukkingen 6-16 jaar: slechte afstemming van emotionele uiting van anderen	5-15 jaar: normale aandacht voor de basisemoties, gevoelig voor aansporing 6-25 jaar: subjectieve emoties gelijk aan een kind zonder ASS 8-14 jaar: let meer op de mond dan op de ogen Vanaf 8 jaar: moeite met emoties waarnemen in de ogen of in de stem van een ander Vanaf 16 jaar: moeite met beschrijven eigen emoties
	1e maand: gezichtsuitdrukkingen imiteren 2,5 maand: passend antwoord op emotionele uitingen van andere mensen 2,5 - 5 jaar: het vermogen om onderscheid te maken tussen externe expressie en innerlijke ervaring van emoties	Invoelingsvermogen is beperkt. Basisemoties goed ontwikkeld, maar door de beperking in de cognitie is het lastig deze te definiëren. Het geweten is minder goed ontwikkeld. Daardoor weten LVB-ers minder goed wat goed en fout is.	5-6 jaar: minder positieve uitdrukking bij sociale interactie, meer positieve uitdrukking bij spelen met voorwerpen 9-11 jaar: weinig aandacht voor leed van anderen	1-2 jaar: minder goed in staat om empathisch te reageren op emoties van anderen 8-11 jaar: weinig aandacht voor het leed van anderen, maar dit kan verbeteren met training
Emoties begrijpen	1e jaar: relateert emoties aan externe gebeurtenissen, reageert op emoties van verzorgers 2 jaar: actief betrokken bij andermans emoties. Reageert adequaat op eigen en andermans emoties 3 jaar: verbindt emoties met externe gebeurtenissen	Invoelingsvermogen is beperkt	10-20 jaar: begrijpt emoties die voortvloeien uit situaties en verlangens, maar niet vanuit overtuigingen	7-23 jaar: geeft vaak eigenzinnige of materialistische oorzaken van emoties 9-16 jaar: moeite met het benoemen van emoties en het reageren hierop. Minder goed in staat empathisch te reageren.
Complexe emoties	10-12 jaar: begrip en gebruik van complexe emoties		4-6 jaar: geniet van de beheersing van vaardigheden, maar laten geen trots zien	9-12 jaar: slechte herkenning van verlegenheid en schaamte 10-14 jaar: in staat om te praten over complexe emoties, maar geeft meer algemene reacties 13-17 jaar: drukt jaloezie uit vergelijkbaar

				met een kind zonder ASS, maar begrijpt de emotie minder goed
Mentale toestanden begrijpen	2-3 jaar: maakt gebruik van figuurlijke uitspraken 4 jaar: slaagt voor de eerste ToM test*** 6 jaar: slaag voor de tweede ToM test*** 5-6 jaar: begrijpt figuurlijke uitspraken	Moeite met het begrijpen van spreekwoorden of grapjes.	4-12 jaar: begrijpt geen figuurlijke uitspraken 4-16 jaar: zakt voor de eerste en de tweede ToM test***	9-11jaar: begrijpt grapjes minder goed 10 jaar: slaagt voor eerste en tweede ToM test *** Minder begrip van figuurlijke uitspraken
Sociale kennis	Vanaf 5 jaar: begrip van eigen emoties, verhogen van sociale gevoeligheid, wederzijdse communicatie 10-13: beheert weergave emoties, bewustzijn van sociale wenselijkheid, bedenkt oplossingen voor negatieve emoties.	Minder in staat om signalen te sturen naar de ander om hulpbehoefte te laten blijken. Begrip van sociale regels is beperkt.		6-14: slechte herkenning van en minder begrip van ongepaste interactie Vanaf 17 jaar: minder emphatisch ingesteld Vanaf 22 jaar: verminderd inzicht in lastige momenten en in metaforische uitdrukkingen

(Begeer, 2005; Zoon, 2012; Rosenboom, 2013)

* In de kolom licht verstandelijke beperking staan geen expliciete leeftijden benoemd omdat een LVB vaak pas herkend wordt als het kind ongeveer 7 jaar oud is. Kleuters met een LVB vertonen nauwelijks verschillen met een kleuter met een normaal IQ (Rosenboom, 2013; Weiss, 2013).

** Met basis emoties worden hier de volgende emoties bedoeld: boosheid, blijheid, verdriet en angst.

*** Bij de theory of mind wordt getest of iemand het vermogen heeft om een beeld te vormen van het perspectief van een ander. De persoon kan dan begrijpen dat de ander niet hetzelfde denkt als hij. Een van de testen die gedaan kan worden is een test waarbij volgende verhaal wordt voorgelegd aan het kind: Maxi heeft een stuk chocola, die hij als hij de helft heeft opgegeten opbergt in de keukenkast voor hij gaat spelen. Als hij weg is om te spelen ziet moeder de chocola en ze legt deze in de koelkast. De vraag die aan het kind wordt gesteld is: waar zoekt Maxi de chocola? Bij een normale ontwikkeling weet een kind van 5 jaar dat Maxi niet weet dat moeder de chocola in de koelkast heeft gelegd. Een veel jonger kind of een kind met een autisme spectrum stoornis, zal niet begrijpen dat Maxi de informatie niet heeft die hij zelf heeft (Frith & Frith, 2005).

4. Resultaten deelvraag 2 - *Wat is er in de literatuur bekend over een autisme spectrum stoornis en een licht verstandelijke beperking in de beeldende therapie?*

4.1 Algemeen

Om antwoord te krijgen op deze deelvraag is eerst gekeken naar LVB en ASS in de hulpverlening algemeen, vervolgens is ingezoomd op ASS in beeldende therapie en LVB in beeldende therapie. Tot slot is gekeken naar LVB en ASS samen in beeldende therapie.

4.2 LVB en ASS: de hulpverlening algemeen

Een VB en een ASS hebben veel dezelfde symptomen, wat in de kinderjaren kan leiden tot een moeilijke diagnose (Kika, 2014). Het is echter van belang om te weten of een cliënt beide diagnoses heeft, stelt Doorn (zoals geciteerd in Ahmad & Mahmood, 2011). Op deze manier kan de therapeutische omgeving zich instellen op beide stoornissen (Ahmad & Mahmood, 2011). Kinderen met een VB en een ASS hebben langdurige zorg nodig op veel levensgebieden zoals: gezondheid, onderwijs, sociale gebieden en emotionele problemen en gedragsproblemen (Weiss & Riosa, 2015; Dekker, 2014). Het is van belang dat de hulpverlener omgaat met het (beperkte) sociale netwerk van de LVB-er, kennis deelt met andere hulpverleners en blijft inspelen op de enorme differentiatie van zorgvragen van LVB-kinderen. Onderscheid tussen LVB en gedragsproblemen kan lastig zijn. Door de gedragsproblemen kan LVB minder zichtbaar zijn. Daarnaast heeft het probleemgedrag vaak een functie: frustratie vanwege de beperking bijvoorbeeld (Dekker, 2014).

4.3 LVB en ASS in beeldende therapie

4.3.1 ASS en beeldende therapie

Beeldende therapie wordt door Epp (2008) beschreven als nuttige interventie bij kinderen met een ASS, omdat deze kinderen vaak visueel en concreet denken. Beeldende therapie kan kinderen met een ASS helpen om informatie te verwerken (Pacheco, 2013). Het beeldend werk van jonge kinderen met een ASS laat zelfexpressie, verbeelding en creativiteit zien. De tekeningen van kinderen met een ASS kunnen informatie geven over perceptie, geheugen en cognitieve vaardigheden (Richard, More & Joy, 2015).

Schweizer, Knort en Spreen (2014) hebben onderzoek gedaan naar beeldende therapie bij kinderen met een ASS met een normale intelligentie. Beeldende therapie is een alternatieve manier van communiceren voor deze kinderen. De kunst staat tussen de cliënt en de therapeut en daardoor wordt er een veilige omgeving gecreëerd. Daardoor kan de cliënt zich beter focussen en zich beter ontwikkelen (Schweizer, et al., 2014).

Cliënten met een ASS werken graag met concreet materiaal. Ze maken contact vanuit hun hoofd en minder vanuit hun buikgevoel. Ook werken deze cliënten niet zo graag in het materiaal. Sensopatische werkvormen kunnen worden ingezet om deze cliënten wel meer vanuit hun gevoel te laten werken. Bij autisme is het voor de therapeutische houding van belang dat de therapeut afstemt op de beleevingswereld van het kind (Schweizer, 2014).

Bij het beeldend werken heeft de therapeut dus een invloedrijke rol. Een therapeut dient allereerst af te stemmen op de cliënt en om veiligheid te creëren. Omdat kinderen met een ASS moeite hebben om uit zichzelf te variëren in materiaal en tactiele- en visuele ervaringen

is het van belang dat de beeldend therapeut een actieve rol hanteert in het aanbieden hiervan. Het is helpend voor het kind om samen met de beeldend therapeut een plan te maken, bijvoorbeeld van de uit te voeren activiteit. Dit kan het kind helpen om te beseffen dat het plan dat hij in zijn hoofd heeft niet in een keer kan lukken en dat hij het stap voor stap moet uitvoeren. De aangeboden werkvormen moeten aansluiten bij het leerdoel van de cliënt. De beeldend therapeut dient bij cliënten met een ASS te structureren, zowel in tijd als in het aanbieden van een activiteit. In beeldende therapie stimuleert de therapeut de cliënt om samen te werken, door te kijken naar hoe een ander werkt en door rekening te leren houden met een ander. Ook kan de cliënt hulp leren vragen in het beeldend werken. Door het contact met de beeldend therapeut krijgt de cliënt verbale ondersteuning. De cliënt leert ook om ervaringen te verwoorden en hij krijgt psycho-educatie om te leren omgaan met de beperkingen (Schweizer, 2014). Ook Powers (2006) benadrukt het belang van een actieve houding van de therapeut. Kinderen met een ASS hebben er baat bij dat een therapeut stap voor stap met hen te werk gaat. Ook is het van belang dat de therapeut de nodige kennis heeft van ASS. Beeldend therapeuten die met kinderen met een ASS werken, dienen volgens haar onderzoek meerdere houdingen aan te nemen: die van de therapeut, die van een leraar en die van een kunstenaar. Betrokkenheid is van belang, omdat deze doelgroep vaak extra begeleiding nodig heeft. Ook is positieve bekrachtiging een belangrijk punt bij deze cliënten (Powers, 2006).

4.3.2 LVB en beeldende therapie

Voor de doelgroep LVB zijn er nauwelijks evidente doelgroep-specifieke behandelmethoden beschikbaar (Karakter, 2014). Om deze reden hebben De Wit, Moonen en Douma (2011) een richtlijn opgesteld voor het ontwikkelen en uitvoeren van interventies voor LVB-clieñten.

4.3.3 LVB en ASS in beeldende therapie

In 1991 beschreven Kornreich & Schimmel (zoals geciteerd in Witt, 2012) de effecten van beeldende therapie op een kind met een ASS en een LVB. Bij deze 11-jarige jongen waren beperkingen zichtbaar op verschillende gebieden. In de beeldende therapie, die destijds 2 jaar duurde, was vooruitgang te zien op emotioneel en intellectueel gebied. Tijdens deze sessies is veel met klei gewerkt. Klei wordt gezien als een middel dat kan helpen bij het ontwikkelen van zelfbewustzijn, zelfbeeld en meer begrip van het zelf. Klei versterkt de relatie tussen de cliënt en anderen. Het spelen met klei kan zorgen voor een constructieve regressie, sensorische integratie en de ontwikkeling van het bewustzijn van lichamelijke mogelijkheden (Witt, 2012).

West (2012) stelt dat cliënten in beeldende therapie kunnen uitdrukken wat ze niet in woorden kunnen uitdrukken. Het maken van kunst is een persoonlijke en helende ervaring. In haar onderzoek heeft West met verschillende cliënten gewerkt met ontwikkelingsproblemen, waaronder cliënten met een VB en een ASS. Opvallend hierbij was dat de cliënten de richtlijnen, aangegeven door de therapeut, niet begrepen. Ook bleek dat deze cliëntengroep vooral voldoening haalt uit het proces en niet uit het eindresultaat. Positieve feedback is belangrijk bij deze groep. Een paar positieve woorden of een aanmoediging kan er voor zorgen dat de cliënt weer geïnspireerd raakt en verdergaat in zijn proces. Kunst kan cliënten met ontwikkelingsproblemen helpen met het ontwikkelen van een positieve identiteit. Kunst kan hen er toe zetten om meer uit zichzelf te halen. De cliënt is dan niet meer alleen de cliënt met een autisme spectrum stoornis, maar ook een kunstenaar (West, 2012).

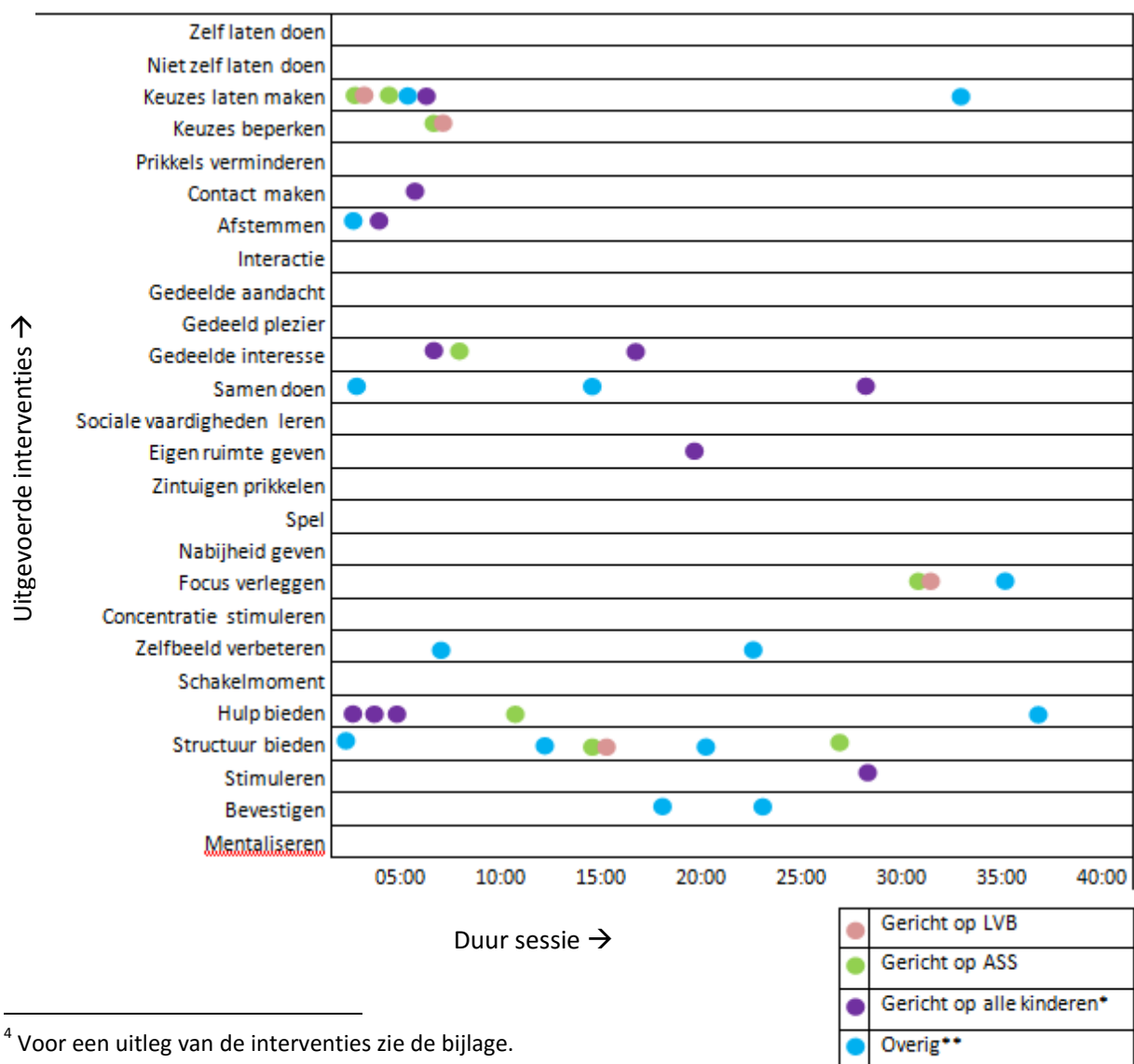
5. Resultaten deelvraag 3 - Hoe intervenueert een beeldend therapeut bij een kind in de leeftijd van 8 tot 12 jaar met een licht verstandelijke beperking en een autisme spectrum stoornis?

Milan is aangemeld voor beeldende therapie. Hier komt hij werken aan zijn zelfbeeld. Tijdens de therapie geniet hij zichtbaar van het beeldend werken. Milan werkt tijdens deze sessie aan een opdracht die hij eerder heeft gekregen van zijn beeldend therapeut, namelijk een eiland van klei. Deze sessie overlegt hij met de therapeut wat hij gaat doen. Hij kiest ervoor om het eiland met klei te gaan schilderen.

5.1. Interventies therapeut A

In onderstaande grafiek staan de interventies⁴ weergegeven die therapeut A heeft uitgevoerd in de sessie met Milan, de cliënt uit de casus. De horizontale as weergeeft de duur van de sessie en op de verticale as staan de interventies weergegeven. Aangegeven is op welk moment in de sessie welke interventie is uitgevoerd en de kleur geeft aan waarop deze interventie gericht is.

Figuur 1 - Interventies therapeut A



⁴ Voor een uitleg van de interventies zie de bijlage.

* Gericht op alle kinderen houdt in dat de therapeut deze interventie standaard toepast bij de kinderen die beeldende therapie volgen in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

** Onder overige interventies vallen onder andere: praktische interventies, onbewuste interventies en interventies waarvan de reden onbekend is. Voor dit onderzoek is gekozen hier geen onderzoek naar te doen, omdat dit niet relevant is.

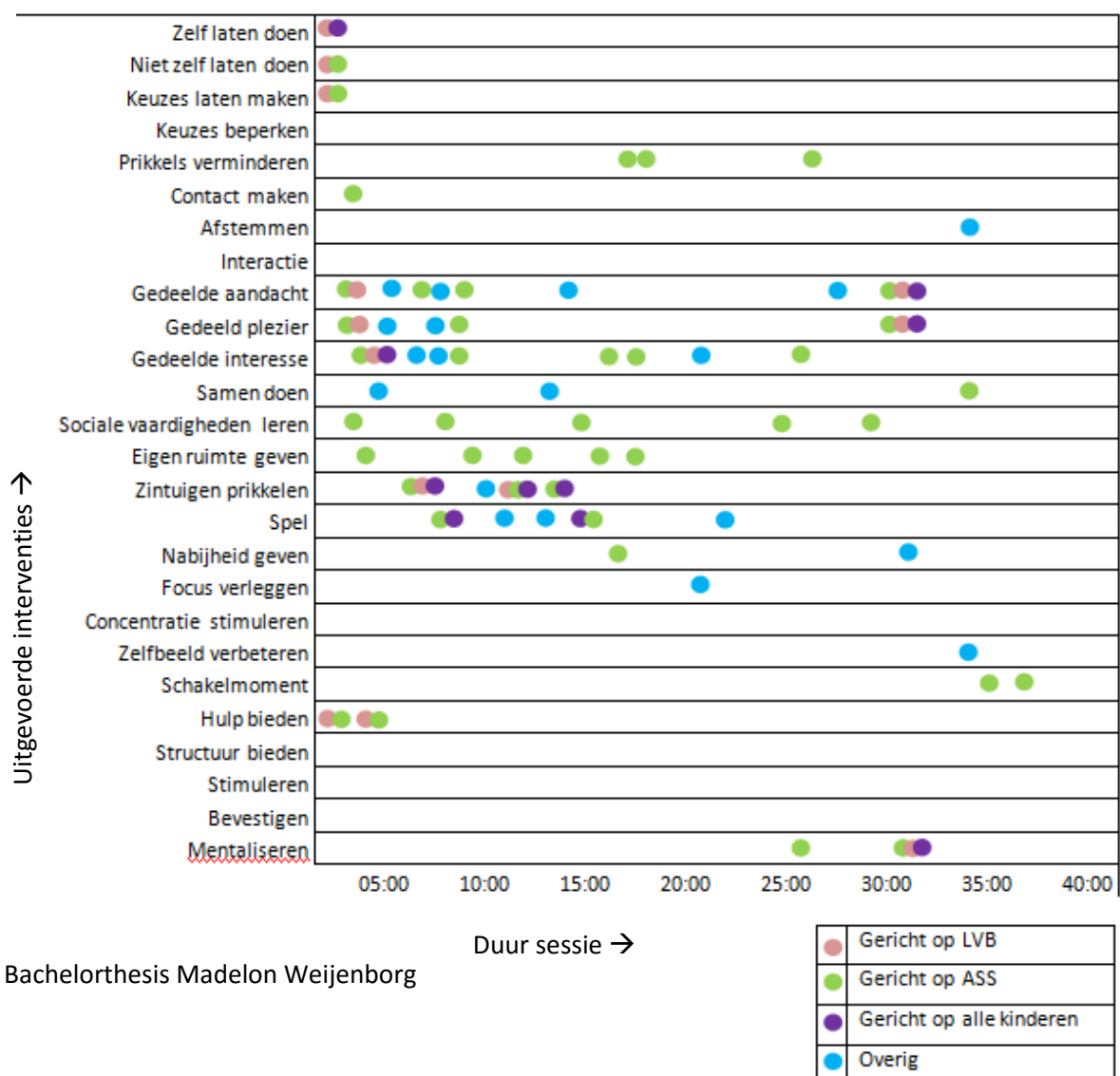
In de grafiek is te zien dat veel van de interventies standaard zijn en gericht zijn op het kind en niet zozeer op de problematiek. Interventies die de therapeut bij elk kind zou uitvoeren, zijn onder andere gericht op het helpen van het kind en interesses delen met het kind. Ook is te zien dat veel interventies onder het kopje 'overig' vallen. Dit zijn veelal interventies om praktische redenen, waarop dit onderzoek verder niet is ingegaan.

De interventies van therapeut A die gericht zijn op zowel de LVB als de ASS van de cliënt, zijn gericht op het volgende: het zelf keuzes laten maken van de cliënt, het contact maken met de cliënt, het stimuleren van de concentratie van de cliënt en het structuur bieden aan de cliënt. Hoewel er weinig interventies specifiek op de LVB of de ASS gericht zijn, is wel te zien dat er meer interventies op de ASS gericht zijn dan op de LVB.

5.2 Interventies therapeut B

In onderstaande grafiek staan de interventies weergegeven die therapeut B zou uitvoeren als hij de behandelend therapeut was van Milan, de cliënt uit de casus. De weergegeven sessie tijdens het interview is dezelfde sessie als bij therapeut A.

Figuur 2 - Interventies therapeut B



Bij de interventies van therapeut B is te zien dat veel interventies gericht zijn op de problematiek van de cliënt. Opvallend is het aantal interventies gericht op de ASS van de cliënt. Interventies die specifiek gericht zijn op de ASS van de cliënt zijn veelal gericht op de sociale vaardigheden van de cliënt, het verminderen van prikkels voor de cliënt en het geven van eigen ruimte van de cliënt. Wat voor ASS ook belangrijk is en in mindere mate ook voor LVB, is het delen van interesses. Therapeut B stelt dat het delen van interesses belangrijk is voor de contact opbouw met de cliënt, wat bij elke cliënt belangrijk is, maar dat het ook bij kan dragen aan het leren van sociale vaardigheden. Dat is met name belangrijk voor cliënten met ASS.

De interventies gericht op de LVB van de cliënt zijn beduidend minder. Volgens therapeut B is het voor cliënten met een LVB belangrijk dat ze leren om meer dingen zelf te doen, omdat hen al veel uit handen wordt genomen.

Voor zowel de ASS problematiek als de LVB problematiek van de cliënt acht therapeut B het van belang om de cliënt keuzes te laten maken. Tegelijkertijd kan het geven van te veel keuzes ervoor zorgen dat de cliënt overprikkeld raakt. Dit heeft als gevolg dat op sommige momenten de keuzes ook beperkt moeten worden. Wanneer je de keuze aan de cliënt overlaat en wanneer je de keuzes juist beperkt, hangt volgens therapeut B af van het contact met de cliënt. Ook is het voor ASS en LVB cliënten belangrijk om hun zintuigen te prikkelen, door aandacht te hebben voor de omgeving van de cliënt. Ook belangrijk voor zowel ASS problematiek als de LVB problematiek is de interventie 'mentaliseren'⁵.

Andere belangrijke interventies zijn gedeelde aandacht en gedeeld plezier. Deze interventies zijn, zoals te zien in de grafiek, belangrijk voor de ASS problematiek en de LVB problematiek. Volgens therapeut B ontstaat dit door samen gefocust te zijn. Een andere interventie die hierbij in de buurt ligt, is het 'spel'. Deze interventie lijkt van belang bij ASS cliënten en standaard bij kinderen.

5.3 Vergelijking interventies therapeut A en B

Gekeken naar de interventies van therapeut A en die van therapeut B valt op dat therapeut B meer interventies uitvoert dan therapeut A. Het is niet bekend of dit komt door het feit dat de sessie daadwerkelijk uit is gevoerd door therapeut A en dat therapeut B hier alleen op gereflecteerd heeft of dat de werkwijzen van therapeuten verschillen. Ook de uitgevoerde interventies verschillen van elkaar. Waar therapeut A een behulpzame houding heeft en haar interventies meer richt op kinderen in het algemeen, is therapeut B gericht op het samen doen en het delen van aandacht, plezier en interesse. Ook zijn veel van zijn interventies gericht op de ASS door het leren van sociale vaardigheden en het geven van eigen ruimte. Wat wel overeenkomstig is bij beide therapeuten is dat beide therapeuten meer interventies uitvoeren gericht op ASS dan interventies gericht op LVB.

5.4 Vergelijking interventies LVB en ASS

Zoals eerder benoemd zijn er meer interventies van beide therapeuten gericht op ASS dan op LVB. Vrijwel interventies die gericht zijn op LVB zijn tevens ook gericht op ASS, dat geldt voor beide therapeuten. Andersom is dit niet zo. Hierdoor lijkt de ASS tijdens de sessie meer op de voorgrond te staan dan de LVB. Vooral therapeut B voert veel interventies uit die alleen gericht zijn op ASS. Voor een toelichting zie de grafieken met bijbehorende tekst.

⁵ Een uitleg van deze interventie (en een uitleg van de andere interventies) staat in de bijlage.

6. Discussie

6.1 Resultaten

De cijfers over het voorkomen van LVB en ASS die gepubliceerd staan in hoofdstuk 3 laten veel verschillen zien. De cijfers lopen uit een van 16,7 % tot 40 % als gekeken wordt vanuit de VB problematiek (Shea, 2006; Lamalfa et al., geciteerd in Matson & Schoemaker, 2009; Bryson et al., geciteerd in Matson & Schoemaker, 2009; Bildt et al., geciteerd in Matson & Schoemaker, 2009). De cijfers gericht op het samen voorkomen van ASS en VB (gekeken vanuit de ASS problematiek) lopen uiteen van 50 % tot 80 % (Charman, 2011; Ratcliffe, 2011; Lindgren en Doobay, 2011; Lamalfa in Matson & Schoemaker, 2009). Het verschil in cijfers is opvallend. Redenen hiervoor kunnen zijn dat desbetreffende onderzoeken op andere tijden en plaatsen zijn uitgevoerd. Een andere verklaring hiervan kan zijn dat er sinds de komst van de nieuwe DSM-5 onduidelijkheid is ontstaan in het gebruik van verschillende termen. De onduidelijkheid rondom het samen voorkomen van LVB en ASS komt niet geheel onverwacht. De onduidelijkheid komt namelijk ook in het onderzoek van Matson & Schoemaker (2009) naar voren. Zij publiceerden in 2009 een artikel over de relatie tussen een VB en een ASS. De uitkomst hiervan was dat de cijfers uiteenlopend zijn, mede omdat onderzoek naar het samen voorkomen van een VB en een ASS vrij nieuw is. Ze benadrukken dat het van groot belang is om vervolgonderzoek te doen naar de relatie tussen deze twee stoornissen.

Uit de literatuurstudie blijkt ook dat er zowel overeenkomsten als verschillen zijn tussen een LVB en een ASS. Correia et al., (2015) benadrukt de overeenkomsten. Ganaie (2015) en Wieringa (2015) leggen juist de nadruk op de verschillen. In de onderzoeken van Ahmad en Mahmood (2011) en Weiss en Riosa (2015) wordt de nadruk op zowel de overeenkomsten als de verschillen gelegd. Verschillen in uitkomsten van deze onderzoeken kunnen te verklaren zijn door de gebieden die de onderzoekers onderzocht hebben. Waar het ene onderzoek zich richt op het socio-demografische profielen, richt het andere onderzoek zich op de sociaalcommunicatieve vaardigheden van de kinderen.

Kijkend naar de andere resultaten van de literatuurstudie is zichtbaar dat meerdere onderzoeken hetzelfde concluderen: een ASS heeft invloed op de ernst van de LVB (Embregts en Nieuwenhuijzen, 2009; Ratcliffe, 2011; Matson & Schoemaker 2009; Bildt & Kraijer, 2007). Deze resultaten komen overeen met het algemene resultaat van dit onderzoek. Dit vergroot de betrouwbaarheid van dit onderzoek.

Opvallend aan de literatuurstudie is dat er veel bronnen zijn gevonden over ASS in beeldende therapie en heel weinig bronnen over LVB in beeldende therapie. Het onderzoek van Schweizer (2014) is bijvoorbeeld gericht op kinderen met een ASS en een normale intelligentie. De gevonden resultaten over ASS in beeldende therapie komen overeen met de verkregen informatie uit de interviews. Onderzoek van Schweizer (2014) laat zien dat kinderen met ASS structuur en afstemming nodig hebben. Dit is ook terug te zien in de resultaten van de interviews. Een van de respondenten heeft aangegeven de cliënt structuur te bieden vanwege zijn ASS problematiek. Ook het samenwerken wat volgens Schweizer (2014) van groot belang is bij kinderen met ASS, wordt benadrukt door een van de respondenten. De respondent geeft aan dat het van belang is veel in samenwerking te doen met de cliënt, met name vanwege zijn ASS problematiek. Ook geeft de respondent te kennen dat het leren van sociale vaardigheden van belang is voor deze doelgroep. Dit komt indirect overeen met de resultaten uit het onderzoek van Schweizer (2014). Zij beschrijft dat

het van belang is dat deze kinderen leren hulp vragen en leren om rekening te houden met de ander.

De overige resultaten uit de interviews zijn niet direct te koppelen aan de gevonden literatuur, met name de resultaten over LVB. De reden hiervan is dat, zoals in de aanleiding voor het onderzoek ook al genoemd is, er nog te weinig evidente behandelmethoden beschikbaar zijn (Karakter, 2014).

6.2 Onderzoeksproces

Hoewel de resultaten laten zien dat het hebben van een ASS naast een LVB wel degelijk van invloed is op de cliënt, zijn hier ook een aantal kanttekeningen bij. Allereerst is gebleken dat de literatuur over het samen voorkomen van LVB en ASS veelal gericht was op een algemeen verstandelijke beperking (VB) in plaats van een LVB. Verder zijn de uiteenlopende cijfers over het samen voorkomen van VB en ASS opvallend. Daardoor is het niet bekend in welke mate een LVB en een ASS precies samen voorkomen. Hoewel het van belang lijkt om dit nader te onderzoeken, is er vanwege de beperkte relevantie voor dit onderzoek voor gekozen om dit niet te doen.

In dit onderzoek is een zorgvuldige literatuurstudie verricht. Hoewel niet alle artikelen specifiek op LVB gericht zijn, maar op VB, is de literatuurstudie met grote zorgvuldigheid uitgevoerd, door middel van het schema zoekproces (Migchelbrink, 2013). Onderzoeker heeft ervoor gekozen om de literatuur van VB wel te gebruiken, omdat een VB een verzamelnaam is voor alle maten van verstandelijke beperkingen, waaronder LVB. Naast dat veel literatuur gericht is op een VB en een ASS is ook gebleken dat veel literatuur geschreven was vanuit de ASS-problematiek. Dit is onder andere zichtbaar in het schema van Begeer (2005), weergegeven in hoofdstuk 3. Onderzoeker heeft ervoor gekozen dit schema zelf aan te vullen zodat deze ook voor dit onderzoek bruikbaar is. Op deze manier sluit het schema beter aan bij dit onderzoek en hiermee wordt de validiteit en betrouwbaarheid vergroot.

Het onderzoeken door middel van een video-recall is uitermate effectief gebleken. De verkregen informatie geeft een overzichtelijk beeld van de uitgevoerde interventies en daarmee wordt de validiteit vergroot. Een kanttekening hierbij is de hoeveelheid interviews. Om de betrouwbaarheid van de uitkomsten te vergroten, zijn in het vervolg meer interviews nodig. Een goede werkwijze hiervoor is om alle therapeuten zelf een sessie te laten uitvoeren en hen aan de hand hiervan te interviewen, maar het kan ook goed zijn om één therapeut een sessie te laten opnemen en deze te gebruiken voor alle therapeuten. Daarmee kan gekeken worden op grote schaal in welke mate de ASS van invloed blijkt op de interventies van de therapeut. Uit dit onderzoek is gebleken dat het van groot belang is om hele gerichte vragen te stellen aan de therapeut.

Een andere reden waarom het van belang is de interviews op grotere schaal door te voeren, is dat de resultaten van beide therapeuten erg van elkaar verschilden. Er is niet onderzocht waar dit verschil vandaan zou kunnen komen. Een verklaring kan zijn dat therapeut A de interventies daadwerkelijk heeft uitgevoerd, terwijl therapeut B alleen heeft gereflecteerd. Ook kan het komen doordat therapeut A de cliënt daadwerkelijk kent. Bovendien kan het ontstaan door de verschillende werkwijzen van de beide therapeuten.

7. Conclusie

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat er zowel verschillen als overeenkomsten zijn tussen een LVB en een ASS. Wat echter van belang is voor dit onderzoek is het antwoord op de vraag "Wat is de algemene invloed van een ASS bij kinderen met een LVB?". Dit antwoord komt ook naar voren uit verschillende onderzoeken. Onder andere in het onderzoek van Matson en Schoemaker (2009), het onderzoek van Bildt en Kraijer (2007), het onderzoek van Rattclife (2011) en het onderzoek van Embregts en Nieuwenhuizen (2009). Deze onderzoeken hebben aangetoond dat de LVB verergert als het kind ook een ASS heeft. Met name op het gebied van sociale vaardigheden. Geconcludeerd kan worden dat het hebben van een ASS van invloed is op de LVB.

De tweede onderzoeksvraag was: "Wat is er bekend in de literatuur over een LVB en een ASS in de beeldende therapie?" Er kan worden geconcludeerd dat er weinig bekend is over beeldende therapie met kinderen met een LVB en een ASS. De gevonden artikelen benadrukken beide dat beeldende therapie een positieve invloed heeft op kinderen met een LVB en een ASS (Witt, 2012; West 2012). Opvallend is ook dat er weinig, zo niet nog minder, bekend is over kinderen met LVB in de beeldende therapie. Over ASS daarentegen is veel meer bekend. Hieruit is gebleken dat ASS kinderen structuur nodig hebben en dat een actieve houding van de therapeut bij kinderen met ASS van belang is (Schweizer, 2014; Powers, 2006).

De gevonden artikelen voor beide deelvragen waren vooral Engelstalige artikelen. In de Nederlandse taal was aanzienlijk minder te vinden.

De resultaten van deelvraag 3 "Hoe intervenueert een beeldend therapeut bij een kind met een LVB en een ASS?" suggereren dat het hebben van een ASS naast een LVB van invloed is op de wijze waarop de therapeut intervenueert. De therapeut intervenueert meer op de ASS van de cliënt dan op de LVB. De interventies die zijn uitgevoerd op de LVB van de cliënt, zijn vrijwel altijd uitgevoerd op de comorbiditeit van de cliënt en zijn dus niet specifiek op de LVB gericht. De ASS lijkt in dit geval dus meer op de voorgrond te staan dan de LVB.

De algemene conclusie van dit onderzoek is dat het hebben van een ASS van invloed is op de LVB. Gebleken is dat het hebben van een ASS naast een LVB algemeen van invloed is op de van de LVB. Het kind laat bij comorbiditeit meer probleemgedrag zien, meer tekorten in de sociaal emotionele vaardigheden en kan vaak ook moeilijker meekomen op school. De invloed is ook door te trekken naar de beeldende therapie. Hoewel het onderzoek hiernaar op kleinschalig niveau is uitgevoerd, is hieruit wel gebleken dat de therapeut meer interventies richt op de ASS van de cliënt dan de LVB. Daaruit blijkt dat het hebben van een ASS van invloed is op de interventies van de beeldend therapeut bij cliënten met een LVB.

8. Aanbevelingen

Uit de interviews met de respondenten blijkt dat de werkwijze van beide therapeuten erg van elkaar verschillen. Om een beter en betrouwbaarder beeld te krijgen, is het daarom van belang een grootschaliger onderzoek uit te voeren onder meerdere beeldend therapeuten. Nu gebleken is dat het hebben van een ASS bij een LVB wel degelijk van invloed is in de beeldende therapie, is het van groot belang om uit te zoeken wat die invloed precies is.

Vervolgonderzoek is daarom essentieel. Dit vervolgonderzoek zal zich voornamelijk moeten richten op de werkwijze die in dit onderzoek is gestart: de video-recall, maar dan met meer respondenten. Verwacht wordt dat zo in beeld wordt gebracht wat de invloed precies is.

Naast het voortzetten van de interviews, is het voor vervolgonderzoek interessant om te kijken waar de verschillen in de gepubliceerde cijfers vandaan komen en hoe het kan dat er zo veel is gepubliceerd over ASS en zo weinig over LVB. Onderzoek naar LVB in beeldende therapie wordt daarom aanbevolen.

Dit onderzoek had als doel om bijdrage te leveren aan het ontwikkelen van een methode bedoeld voor kinderen met een LVB in de beeldende therapie. De bijdrage die dit onderzoek kan leveren, is dat nu bekend is dat het hebben van een ASS invloed heeft op de interventies van de beeldend therapeut. Van belang is dat de onderzoekers, die de methode ontwikkelen, dit meenemen in hun vervolgonderzoek. Verwacht wordt dat de methode bruikbaar zal zijn voor LVB kinderen met comorbiditeit als er nog meer onderzoek wordt gedaan naar deze comorbiditeit. Hierbij gaat het niet alleen om de ASS, die door dit onderzoek sowieso van invloed blijkt, maar ook de andere veel voorkomende problemen zoals: ADHD, hechtingsproblematiek en gedragsproblemen.

Onderzoeker acht bovenstaand vervolgonderzoek van groot belang. Dan kunnen kinderen zoals Milan, uit de casus, op passende wijze geholpen worden.

9. Referenties

- Ahmad, S., & Mahmood, Z. (2011). Differential diagnosis of autism and mental retardation: Issues and possible solutions. *FWU Journal of Social Sciences*, 5(1), 17. Gedownload op 8 maart 2016, van <http://search.proquest.com/openview/a1e6ae8e4bf16df77124ac8664ac6dc3/1?pqorigsite=gscholar>
- American Psychiatric Association (2007). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR*. Amsterdam: Harcourt Assessment.
- American Psychiatric Association (2013). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Baarda, B., Goede, M. de, & Teunissen, J. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (3e druk). Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Begeer, S. M. (2005). *Social and emotional skills and understanding of children with autism spectrum disorders* (Proefschrift). Amsterdam: Vrije Universiteit van Amsterdam. Gedownload op 11 maart 2016, van http://www.ara.vu.nl/fileadmin/user_upload/publications/Social_and_emotional_skills_and_understanding_of_children_with_ASD.pdf
- Bildt, A. A. de, & Kraijer, D. W. (2007). Pervasieve ontwikkelingsstoornissen bij kinderen en jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking. *Kind en adolescent*, 28(3), 111-117.
- Charman, T., Pickles, A., Simonoff, E., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2011). IQ in children with autism spectrum disorders: data from the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Psychological medicine*, 41(3), 619-627. doi: 10.1017/S0033291710000991
- Correia, F., Café, C., Almeida, J., Mouga, S., & Oliveira, G. (2015). Autism spectrum disorder: FRAXE mutation, a rare etiology. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(3), 888-892. doi: 10.1007/s10803-014-2185-8
- Dekker, M.C., & Koot, H.M. (2003). DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability: Prevalence and impact. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42. 915-922. doi: 10.1097/01CHI.0000046891.27264.C1
- Dijkstra, J. (2008). *Interveniëren* (Reader Studiecentra HAN). Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Donk, C. Van der & Lanen, B. Van. (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (2e herziene druk). Bussum: Uitgeverij Coutino.
- Donk, C. Van der & Lanen, B. Van. (2011). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Embregts, P. J. C. M., & Van Nieuwenhuijzen, M. (2009). Social information processing in

boys with autistic spectrum disorder and mild to borderline intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(11), 922-931. doi: 10.1111/j.1365-2788.2009.01204.x

Epp, K. M. (2008). Outcome-based evaluation of a social skills program using art therapy and group therapy for children on the autism spectrum. *Children & Schools*, 30(1), 27- 36. Gedownload op 17 maart 2016, van <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=a6af41a3-500f-4125-91629631f5349052%40sessionmgr113&hid=121&bdata=Jmxhbmc9bmwmc2l0ZT1lZHMtbGI2ZQ%3d%3d#AN=105744897&db=rzh>

Ganaie, S. A., Beigh, A. M., Mir, S. M., Shah, S. A., Hussain, A., Dar, A. H., ... & Qurashi, K. K. (2015). Social Maturity and Problem Behaviour in Children with Autism Spectrum Disorders and Intellectual Disabilities. *Journal of Neuropsychiatry*, 1(1:3). Geraadpleegd op 14 maart 2016, van <http://neuropsychiatry.imedpub.com/social-maturity-and-problem-behaviour-in-children-with-autism-spectrum-disorders-and-intellectual-disabilities.php?aid=7924>

Heerink, M., Pinkster, S., & Bratti-van der Werf, M. (2009). *Onderzoek in zorg en welzijn: Een praktische inleiding*. Amsterdam: Pearson Education.

Hinz, L. (2009). *Expressive therapies continuum: a framework for Using Art in Therapy*. New York: Routledge.

Frith, C., & Frith, U. (2005). Theory of mind. *Current Biology*, 15(17), 644-645.

Kagin, S., & Lusebrink, V. (1978). The expressive therapies continuum. *Art psychotherapie*, 5, 171-180. Gedownload op 9 februari, van <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0090909278900315/part/first-page-pdf>

Kaldenbach, Y. (2015). *De verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis) in de DSM-5*. Geraadpleegd op 25 maart 2016, van https://www.boompsychologie.nl/documenten/uitgeverij_boom/whitepapers/dsm5_whitepaper_yaron_kaldenbach_verstandelijke_beperking.pdf

Karakter. (2014). *Het kneedbare brein: een innovatie interventie voor kinderen met een LVB en adaptieve en/of psychiatrische problemen*. Projectplan Karakter. Ede: auteur.

Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, (2015). *Autismespectrumstoornissen bij kinderen en adolescenten*. Geraadpleegd op 25 maart 2016, van <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Stoornissen/Autisme-spectrumstoornissen/Omschrijving/Algemeen-24>

Matson, J. L., & Shoemaker, M. (2009). Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Research in developmental disabilities*, 30(6), 1107-1114. doi: 10.1016/j.ridd.2009.06.003

Matthys, W., & Glind, G. van de. (2013). *Richtlijn oppositioneel-opstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD) bij kinderen en jongeren*. Geraadpleegd op 24 februari, van http://www.kenniscentrum-kjp.nl/app/webroot/files/tmpwebsite/RL_ODD_en_CD_def.pdf

Michgelbrink, F. (2013). *Handboek praktijkgericht onderzoek: zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam: SWP.

Pacheco, I.(2013). *The Effects of Art Therapy on the Language Abilities of Autistic Children* (Research). Newburgh: Mount Saint Mary College. Geraadpleegd op 21 maart, van <http://brainwaves.msmc.edu/wp-content/uploads/2013/12/Brainwaves-Pacheco.pdf>

Powers, J. (2006). *A behavioural approach to developmental art therapy: a case study of utilizing this approach with a young boy with Autism Spectrum Disorder* (Proefschrift). Montreal: Concordia University. Gedownload op 17 maart 2016, van <http://spectrum.library.concordia.ca/8971/1/MR14359.pdf>

Ratcliffe, B. (2011). Developing emotion-based social skills in children with autism spectrum disorder and intellectual disability. In Dossetor, D., Withe, D., & Wathson, L (Ed.), *Mental Health of Children and Adolescents with Intellectual and Developmental Disabilities* (PP: 305-329). Melbourne: IP Communications.

Richard, D. A., More, W., & Joy, S. P. (2015). Recognizing Emotions: Testing an Intervention for Children With Autism Spectrum Disorders. *Art Therapy*, 32(1), 13-19. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/07421656.2014.994163>

Schweizer, C. (2014). Beeldende therapie voor kinderen met autismspectrumstoornis. Een beschrijving van werkzame elementen. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 12(1), 28-35.

Schweizer, C., Knorth, E. J., & Spreen, M. (2014). Art therapy with children with Autism Spectrum Disorders: A review of clinical case descriptions on 'what works'. *The Arts in Psychotherapy*, 41(5), 577-593. doi: 10.1016/j.aip.2014.10.009

Shea, S. E. (2006, December). Mental retardation in children ages 6 to 16. *In Seminars in pediatric neurology* 13(4), 262-270. doi:10.1016/j.spen.2006.09.010

Weis, R. (2013). *Introduction to abnormal child and adolescent psychology*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Weiss, J. A., & Riosa, P. B. (2015). Thriving in youth with Autism Spectrum Disorder and intellectual disability. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(8), 2474-2486. doi: 10.1007/s10803-015-2412-y

West, L. L. (2012). *Art Therapy with the Developmentally Disabled* (Masterthesis). Superior: University of Wisconsin. Gedownload op 17 maart 2016, van <https://minds.wisconsin.edu/bitstream/handle/1793/61524/Masters%20Paper%20Lacie%20West.pdf?sequence=1>

Wieringa, M. H. A. (2015). *Exploratie en sociaal-communicatieve vaardigheden bij kinderen met een Autisme Spectrum Stoornis en kinderen met een verstandelijke beperking* (Masterthesis). Utrecht: Universiteit Utrecht. Gedownload op 21 maart 2016, van <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/312053>

Wit, M. De., Moonen, X, Douma, J.C.H. (2011). *Richtlijn Effectieve Interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB.

Witt, N. (2012). *Art therapy and autism* (Review). Minneapolis: Adler Graduate School.
Gedownload op 21 maart, van
<http://alfredadler.edu/sites/default/files/Witt%20MP%202012.pdf>

Verhave, M. (2015, 10 oktober). *Comorbiditeit van jeugdigen met LVB*. Geraadpleegd op 18 februari, van
<http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Verstandelijk-beperkten/Inleiding-15/Klinisch-beeld>

Vlijm, H., & Kamerling - Bruine, L. De. (2013). *Stap voor Stap, methode om LVB-jongeren stap voor stap van een gesloten setting naar een open setting te begeleiden* (Bachelorthesis). Ede: Christelijke hogeschool Ede.

Bijlagen

Bijlage 1 - Uitleg interventies

Zelf laten doen	Als de therapeut ervoor kiest om de cliënt iets zelf te laten doen (bijvoorbeeld: verf pakken).
Niet zelf laten doen	Als de therapeut ervoor kiest om de cliënt iets niet zelf te laten doen (bijvoorbeeld: verf pakken).
Keuzes laten maken	Als de therapeut ervoor kiest om de keuze aan de cliënt over te laten (bijvoorbeeld: materiaalkeuze).
Keuzes beperken	Als de therapeut ervoor kiest om de keuzes voor de cliënt te beperken (bijvoorbeeld: materiaalkeuze).
Prikkels verminderen	Interventies gericht op het verminderen van prikkels (bijvoorbeeld: het sluiten van de luxaflex).
Contact maken	Interventies gericht op het maken van contact.
Afstemmen	Interventies gericht op het afstemmen op de belevingswereld van de cliënt
Gedeelde aandacht	Als de therapeut en de cliënt hun aandacht op hetzelfde richten.
Gedeeld plezier	Als de therapeut en de cliënt samen plezier beleven.
Gedeelde interesse	Als de therapeut en de cliënt interesses bespreken (veelal wanneer de therapeut aansluit bij de interesses van de cliënt).
Samen doen	Als de therapeut en de cliënt samen werken of iets anders samen doen.
Sociale vaardigheden leren	Als de therapeut zijn interventies richt op het aanleren van sociale vaardigheden bij de cliënt.
Eigen ruimte geven	Als de therapeut de cliënt ruimte geeft om zich even af te zonderen.
Zintuigen prikkelen	Als de therapeut interventies pleegt die de zintuigen (waarneming, tast, gehoor) van de cliënt prikkelen.
Spel	Als de therapeut spelenderwijs met de cliënt aan het werk gaat.
Nabijheid geven	Als de therapeut de cliënt laat merken dat hij beschikbaar is.
Focus verleggen	Als de therapeut de cliënt stimuleert om zijn focus te verleggen.
Concentratie stimuleren	Als de therapeut de cliënt stimuleert zich te concentreren.
Zelfbeeld verbeteren	Interventies gericht op het verbeteren van het zelfbeeld van de cliënt.
Schakelmoment	Als de therapeut de cliënt begeleidt van de overgang naar een nieuwe situatie
Hulp bieden	Als de therapeut de cliënt helpt (bijvoorbeeld: met verf pakken).
Structuur bieden	Als de therapeut structuur aanbiedt tijdens de sessie.
Stimuleren	Als de therapeut de cliënt stimuleert (bijvoorbeeld: om iets nieuws te proberen, om iets anders te gaan doen).
Bevestigen	Als de therapeut de cliënt goedkeuring geeft, als de cliënt deze heeft gevraagd, maar ook uit zichzelf.
Mentaliseren	Als de therapeut de cliënt zich bewust laat maken van bepaalde processen die spelen.

Bijlage 2 - Schema zoekproces

Zoekterm	Databank	Aantal bronnen gevonden	Aantal bruikbare bronnen
Mild intellectual disability AND autism spectrum disorder AND children	Han Quest	366	7
Mild intellectual disability AND autism spectrum disorder AND children	Pub Med	69	Geen (overeenkomstig met HanQuest)
"Mild intellectual disability" + "autism spectrum disorder" + children	Google scholar	1240	4 (overlap HanQuest/google)
"Mild intellectual disability" + "autism spectrum disorder" + children filetype:pdf	Google	646	10
Mild intellectual disability AND autism spectrum disorder AND children	Tandfonline	4	0
Mild intellectual disability AND intervention AND art therapist AND children	Han Quest	6	0
Mild intellectual disability AND intervention AND art therapist AND children	Pub Med	0	0
mild intellectual disability + interventions + intitle:"art therapy" + children	Google scholar	58	4
mild intellectual disability + interventions + intitle:"art therapy" + children filetype:pdf	Google	66	0
Mild intellectual disability AND intervention AND art therapist AND children	Tandfonline	3	0
Autism spectrum disorder AND intervention AND art therapy AND children	Han Quest	46	3
Autism spectrum disorder AND intervention AND art therapy AND children	Pub Med	0	0
Autism spectrum disorder" + intervention + intitle:"art therapy" + children	Google scholar	24	1
Autism spectrum disorder" + intervention + intitle:"art therapy" + children filetype:pdf	Google	37	0
Autism spectrum disorder AND interventions	Tandfonline	11	0

AND intitle:"art therapy" AND children	nl		
Mild intellectual disability AND autism spectrum disorder AND intervention AND art therapy AND children	Han Quest	1	0
Mild intellectual disability AND autism spectrum disorder AND intervention AND art therapy AND children	Pub Med	0	0
"Mild intellectual disability" OR "Mild mental retardation" + "autism spectrum disorder" + intervention + "art therapy" + children	Google scholar	19	0
"Mild intellectual disability" OR "Mild mental retardation" + "autism spectrum disorder" + intervention + "art therapy" + children filetype:pdf	Google	13	1
mild intellectual disability + autism spectrum disorder + "art therapy" + intervention + children	Tandfonline	11	0
Mild intellectual disability and autism spectrum disorder art therapy children	Han Quest	2	0
Mild intellectual disability and autism spectrum disorder art therapy children	Pub Med	0	0
"Mild intellectual disability" OR "mild mental retardation" + "autism spectrum disorder" + "art therapy" + children	Google scholar	10	0
"Mild intellectual disability" OR "mild mental retardation" + "autism spectrum disorder" + "art therapy" + children filetype:pdf	Google	10	0
"Mild intellectual disability" + "autism spectrum disorder" + "art therapy" + children	Tandfonline	0	0
Licht verstandelijke beperking AND autism spectrum stoornis AND kinderen	Han Quest	6	1
"Licht verstandelijke beperking" + "autism spectrum stoornis" + kinderen	Pub Med	0	0
"Licht verstandelijke beperking" + "autism spectrum stoornis" + kinderen	Google scholar	27	2
"Licht verstandelijke beperking" + "autism spectrum stoornis" + kinderen filetype:PDF	Google	96	2
licht verstandelijke beperking + autism spectrum stoornis + kinderen	Tandfonline	0	0
Licht verstandelijke beperking AND autism spectrum stoornis AND beeldende therapie AND kinderen	Han Quest	0	0
Licht verstandelijke stoornis AND beeldende therapie AND kinderen beperking AND autism spectrum	Pub Med	0	0
"Licht verstandelijke beperking" + "autism spectrum stoornis" + kinderen	Google	0	0

spectrum stoornis" + "beeldende therapie" + kinderen	scholar		
"Licht verstandelijke beperking" + "autisme spectrum stoornis" + "beeldende therapie" + kinderen filetype:pdf	Google	10	0
licht verstandelijke beperking + autisme spectrum stoornis + beeldende therapie + kinderen	TandFo nline	0	0
Licht verstandelijke beperking AND autisme spectrum stoornis AND beeldende therapie AND interventies AND kinderen	Han Quest	0	0
Licht verstandelijke beperking AND autisme spectrum stoornis AND beeldende therapie AND interventies AND kinderen	Pub Med	0	0
"Licht verstandelijke beperking" + "autisme spectrum stoornis" + "beeldende therapie" + interventies + kinderen	Google scholar	0	0
"Licht verstandelijke beperking" + "autisme spectrum stoornis" + "beeldende therapie" + interventies + kinderen filetype:pdf	Google	9	0
Licht verstandelijke beperking AND autisme spectrum stoornis AND interventies AND kinderen	TandFo nline	0	0
Licht verstandelijke beperking AND beeldende therapie AND interventies AND kinderen	Han Quest	0	0
Licht verstandelijke beperking AND beeldende therapie AND interventies AND kinderen	Pub Med	0	0
"Licht verstandelijke beperking" + "beeldende therapie" + interventies + kinderen	Google scholar	4	0
"Licht verstandelijke beperking" + "beeldende therapie" + interventies + kinderen filetype:pdf	Google	19	0
Licht verstandelijke beperking AND beeldende therapie AND interventies AND kinderen	TandFo nline	0	0
Autisme spectrum stoornis AND interventies AND beeldende therapie AND kinderen	Han Quest	0	0
Autisme spectrum stoornis AND interventies AND beeldende therapie AND kinderen	Pub Med	0	0
"Autisme spectrum stoornis" + interventies + "beeldende therapie" + kinderen	Google scholar	4	0
Autisme interventies beeldende therapie	Google	25	0
Autisme spectrum stoornis AND interventies AND beeldende therapie AND kinderen	TandFo nline	0	0

