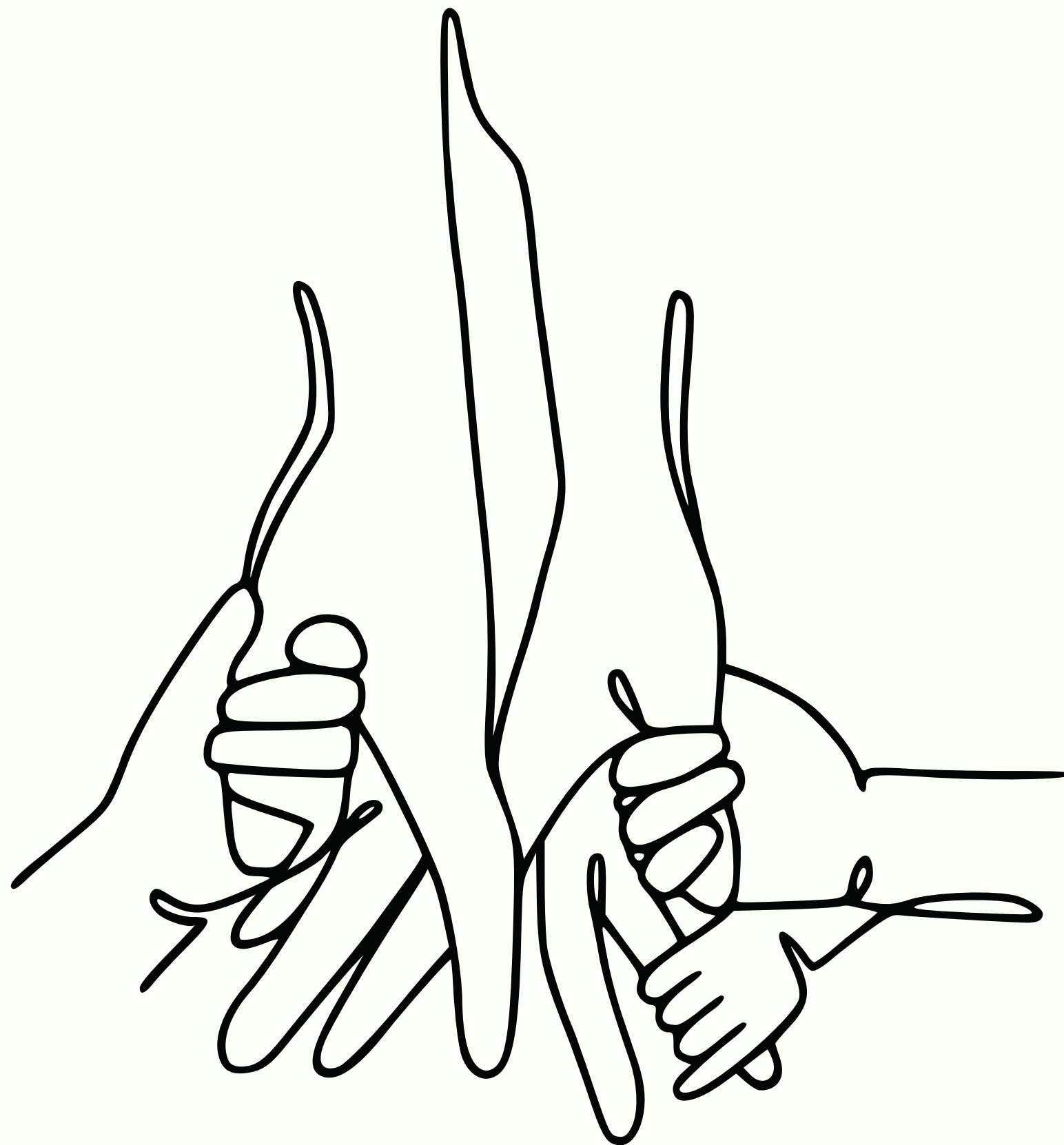


De kracht van ouderbetrokkenheid bij beeldend therapie



Een kwalitatief onderzoek naar effectieve ondersteuning bij Affectregulerende Vaktherapie beeldend

Naam: Leonie Stoffer

School: Hogeschool Utrecht, Amersfoort

Opleiding: Vaktherapie Beeldend

Studentnummer: 1761617

Opdrachtgever: Family Supporters

Beoordelaars: (1) Gerben Roefs (2) Karin van der Wiel

Consulent: Manon Bruinsma

Datum: 19 juni 2023

De kracht van ouderbetrokkenheid bij beeldend therapie

Een kwalitatief onderzoek naar effectieve ondersteuning bij
Affectregulerende Vaktherapie beeldend.

Samenvatting

Binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is het steeds gebruikelijker dat kinderen therapie krijgen. Dit onderzoek richt zich op de vraag wat er nodig is om ervoor te zorgen dat kinderen die deelnemen aan Affectregulerende Vaktherapie (ArVT) de opgedane ervaringen succesvol kunnen implementeren in de thuissituatie. De aanleiding voor dit onderzoek kwam voort uit praktijkervaringen en de vraag vanuit de beroepspraktijk.

Voor dit kwalitatieve onderzoek zijn vier verschillende beeldend therapeuten geïnterviewd om een breed perspectief te krijgen van de te onderzoeken situatie. Om de validiteit te vergroten, is ook een interview afgenomen met een systeemtherapeut. Daarnaast zijn ouders betrokken bij het onderzoek. Bij zes ouders is er een effectmeting gedaan.

Op basis van de verzamelde gegevens en de effectmeting bij ouders zijn conclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd voor de opdrachtgever, de beroepspraktijk en de verdere ontwikkeling van dit vakgebied. De aanbevelingen kunnen bijdragen aan het verbeteren van de implementatie van vaktherapeutische vaardigheden naar het gezin, waarbij ouders een belangrijke rol spelen.

Dit onderzoek draagt bij aan het vergroten van inzicht in de factoren die een effectieve implementatie van vaardigheden binnen een ArVT- traject beïnvloeden. Daarnaast benadrukt dit onderzoek het belang van samenwerking tussen beeldend therapeuten, ouders en andere betrokkenen. De bevindingen bieden waardevolle inzichten voor de klinische praktijk. Ze stimuleren verdere professionalisering en ontwikkeling van ArVT waarbij de nadruk wordt gelegd op ouderbetrokkenheid en het integreren van psycho-educatie tijdens het ArVT- traject.

Summary

Within mental healthcare, it has become increasingly common for children to receive therapy. This research focuses on the question of what is necessary to facilitate a proper transfer of acquired experiences from the Affect-Regulating Arts Therapy (ArAT) to the home environment for children. The motivation for this study arose from practical experience and the demand from the professional field.

Four different art therapists were interviewed for this qualitative research, providing a diverse perspective. To enhance validity, an interview was also conducted with a family therapist. Additionally, six parents were involved in the study, allowing for an assessment of the therapy's effectiveness.

Based on the collected data and the effectiveness assessment involving parents, conclusions were drawn, and recommendations were formulated for the client, the professional field, and professional development. These recommendations aim to improve the transfer of therapeutic experiences to the home environment, highlighting the crucial role of parents.

This research contributes to a better understanding of the factors influencing the effective transfer of skills within ArAT and emphasizes the importance of collaboration between therapists, parents, and other stakeholders. The findings provide valuable insights for clinical practice. They stimulate further professionalization and development of Affect Regulating Arts Therapy with an emphasis on parental involvement and the integration of psycho-education during the ArAT process.

Voorwoord

Met genoegen presenteer ik u hierbij mijn onderzoeksverslag, een resultaat van uitgebreide inspanning, toewijding en de steun van mijn omgeving. Gedurende maanden van lezen, netwerken, schrijven en schrappen heb ik met vastberadenheid gewerkt aan dit verslag, dat ik met trots aan u presenteer.

Het onderzoeksproces begon na een inspirerend gesprek met mijn opdrachtgever, waarin ik het onderwerp van mijn onderzoek werd vastgesteld. Hoewel ik snel interessante interviews met deskundigen kon afnemen en een waardevolle evaluatiegroep kon samenstellen via mijn netwerk, stuitte ik op de uitdagingen tijdens het onderzoek, waarbij ik dieper moest graven in de materie en momenten van stagnatie heb moeten overwinnen.

Met grote trots kan ik nu dan ook zeggen dat het verslag voltooid is. Het betreft een kwalitatief onderzoek waarin ik de implementatie van vaardigheden die tijdens therapie worden aangeleerd, onderzoek in gezinssituaties met een autoritaire opvoedingsstijl. Het nemen van de drempel om therapie te volgen is vaak hoog en ik beschouw het dan ook als moedig wanneer ouders zich wenden tot een beeldend therapeut. De uitdaging zit 'm dan ook niet in het aanleren van vaardigheden aan een kind in een therapeutische setting. Het toepassen van deze vaardigheden in de thuissituatie vormt juist een grote uitdaging. Met dit onderzoek hoop ik een bijdrage te kunnen leveren aan het vergemakkelijken en borgen van deze implementatie, ter ondersteuning van ouders en het werkveld.

Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek ben ik achter de schermen enorm gesteund om mijn gestelde doel te bereiken. Mijn oprechte dank gaat uit naar mijn lieve tante Marie- Antoinette, die mij bestond op momenten van twijfel, teksten nalezen en mij moed in sprak. Aan mijn dierbare vriendin, toekomstige collega en klasgenoot Pam Maatman wil ik mijn waardering uitspreken voor haar peptalks en onuitputtelijke bron van positiviteit. Lieve mama, zoals je altijd zegt: "In gedachten ben ik altijd bij je, dat weet je", en dat weet ik. Aan mijn zus en andere vriendinnen wil ik mijn dankbaarheid tonen voor de kleine lichtpuntjes tijdens de lange uren van schrijven.

Bij het omslaan van deze pagina en het lezen van de eerste echte pagina van het onderzoek, nodig ik u uit om meegevoerd te worden in de inzichten, inspirerende citaten van deskundigen, gedetailleerde methodieken en beknopte discussies waarin alle informatie samenkomt.

Ik hoop dat dit onderzoek niet alleen zal bijdragen aan de naamsbekendheid, maar ook het belang van dit vakgebied zal vergroten.

Leonie Stoffer
Amersfoort, 05 juni 2023.

Inhoud

Samenvatting.....	2
Summary.....	3
Voorwoord.....	4
Inleiding	8
1. Inhoudelijke oriëntatie	9
1.1 Affectregulerende Vaktherapie.....	9
1.2 Doelgroep	10
1.3 Autoritaire opvoedingsstijlen	11
1.4 Hechting	12
1.4.1. Veilige hechting	12
1.4.2 Onveilig hechting	13
1.5 Intergenerationele overdracht.....	14
1.6 Het autonome zenuwstelsel.....	14
1.6.1 Het sympathische systeem.....	15
1.6.2 Het parasympatische systeem	15
1.6.3 De dorsovagale kern.....	15
1.7 Schildgedrag	15
1.8 Psycho-educatie	16
1.8.2 Mentaliseren	17
1.8.3 Window of tolerance	17
1.8.4 De cirkel van Veiligheid	18
1.8.5 De ijsberg.....	19
1.9 Externe, interactieve, co- en zelfregulatie	19
1.10 Meerwaarde van beeldend therapie	20
2. Onderzoekskwestie	21
3. Hoofdvraag, deelvragen- en doelstellingen	23
3.1 Hoofdvraag	23
3.2 Deelvragen.....	23
3.3 Doelstellingen.....	23
4. Onderzoeksmethode	24
4.1 Onderzoeksbenadering	24
4.2 Onderzoekstype	24
4.3 Dataverzamelingstechnieken	24
4.3.2. Oriëntatie in de literatuur	26

4.3.2. Half gestructureerd interview	26
4.3.3. Vragenlijsten.....	26
4.4 Dataverzamelmethode en data-analysen	27
4.4.1 Kwalitatieve analyse	27
4.5 Kwaliteitscriteria.....	27
4.6 Onderzoeks-ethiek en Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).....	28
5. Resultaten/ bevindingen	29
5.1 Deelvraag 1.....	29
Interviews	29
Oriëntatie in de literatuur	30
Conclusie	32
5.2 Deelvraag 2.....	33
Interviews	33
Oriëntatie in de literatuur	34
Conclusie	35
5.3 Deelvraag 3.....	36
Interviews	36
Oriëntatie in de literatuur	37
Conclusie	40
5.4 Deelvraag 4.....	41
Interviews	41
Conclusie	43
6. Conclusie hoofdvraag	44
7. Aanbevelingen- en discussiepunten.....	46
7.1 Aanbevelingen voor de opdrachtgever	46
7.2 Aanbevelingen voor de beroepspraktijk	46
7.3 Aanbevelingen voor de beroepsontwikkelingen.....	46
7.4 Discussie	47
Bibliografie	49
Bijlagen	54
Bijlage 1- Vragenlijst “Effectmeting”	55
Bijlage 2: Lijst met deskundigen.....	57
Bijlage 3: Transcriptie	58
Bijlage 4: Interview guide	72
Bijlage 5: Coderingen.....	74

Bijlage 6: Logboek.....	77
Bijlage 7: Uitleg Kwalitatieve analyse.....	82
Bijlage 8: Informatiebrieven voor respondenten, deelnemers en opdrachtgever	83

Inleiding

Dit onderzoek is uitgevoerd aan de Hogeschool Utrecht waar ik, Leonie Stoffer, een vierdejaars vaktherapie student ben. In dit verslag wordt de focus gelegd op wat ervoor nodig is om de implementatie te maken van therapie naar thuissituatie voor de kinderen die beeldend Affect Affectregulerende Vaktherapie (ArVT) hebben gevolgd.

De aanleiding van dit onderzoek komt voort uit praktijkervaring, waarbij uitdagingen werden ervaren bij de implementatie van therapeutische vaardigheden naar het gezin. Deze praktijkervaring is gedaan bij een onafhankelijke beeldend therapeut die werkt met een diversiteit aan kinderen in de leeftijdscategorie van vier tot 12 jaar oud. De opdrachtgever geeft aan dat er in de praktijk moeilijkheden ontstaan wanneer de visie van ouders op de omgang met kinderen niet in lijn is met de visie van ArVT.

Voor de beantwoording van de hoofdvraag zijn interviews afgenomen met beeldend therapeuten en een systeemtherapeut, daarnaast is er gebruik gemaakt van een oriënterend literatuuronderzoek, een VSOG- vragenlijst en een zelf opgestelde vragenlijst "Effectmeting", (*Verkorte Schaal voor Ouderlijk Gedrag (VSOG)*, z.d.). Voor de verwerking van de interviews wordt in het verslag gesproken van "D1/ D2/ D3, ...", wat staat voor deskundige. Affect Affectregulerende Vaktherapie wordt afgekort naar ArVT/ AffectAffectregulerende Vaktherapie beeldend naar (ArVT) en waar tot slot in dit onderzoek ouders staat kan ook systeem, verzorgers of opvoeders gelezen worden.

Dit onderzoek richt zich op de vraag welke benaderingen en strategieën effectief zijn voor het maken van een implementatie van opgedane vaardigheden vanuit therapie naar thuissituatie. Er is in dit verslag begonnen met een inhoudelijke oriëntatie van de literatuur van ArVT, hechtingsproblematiek, emotieregulatie en klinische psychopathologie ten opzichte van de probleemstelling (H1). Hierbij worden de essentiële elementen van dit onderzoek belicht op basis van deze inhoudelijke oriëntatie. Deze oriëntatie resulteert in de onderzoeksvraag, waarin de specifieke focus van het onderzoek wordt afgebakend (H2). Vervolgens wordt in de onderzoeksmethode beschreven welk type onderzoek is uitgevoerd, hoe data is verzameld met interviews en welke ethische overwegingen zijn meegenomen (H4). Door middel van triangulatie worden de deelvragen beantwoord vanuit het perspectief van de deskundige, inhoudelijke oriëntatie van de literatuur en de verzamelde data uit vragenlijsten (H5). De conclusie geeft antwoord op de hoofdvraag (H6). Tot slot wordt gereflecteerd op het onderzoek en worden aanbevelingen gedaan voor de nabije toekomst (H7). Bijlage met relevante informatie, zoals interview transcripties, een codeboek en onder andere een logboek zijn ook opgenomen in dit verslag. Alle namen in dit onderzoek zijn geanonimiseerd om de privacy en vertrouwelijkheid van de deelnemers te waarborgen.

1. Inhoudelijke oriëntatie

Leeswijzer: Dit onderzoek richt zich op de Affectregulerende vaktherapie (ArVT) en hoe deze module toegepast kan worden binnen gezinnen die een autoritaire opvoedingsstijl hanteren. Onderstaande inhoudelijke oriëntatie van de literatuur geeft relevante informatie over dit onderwerp.

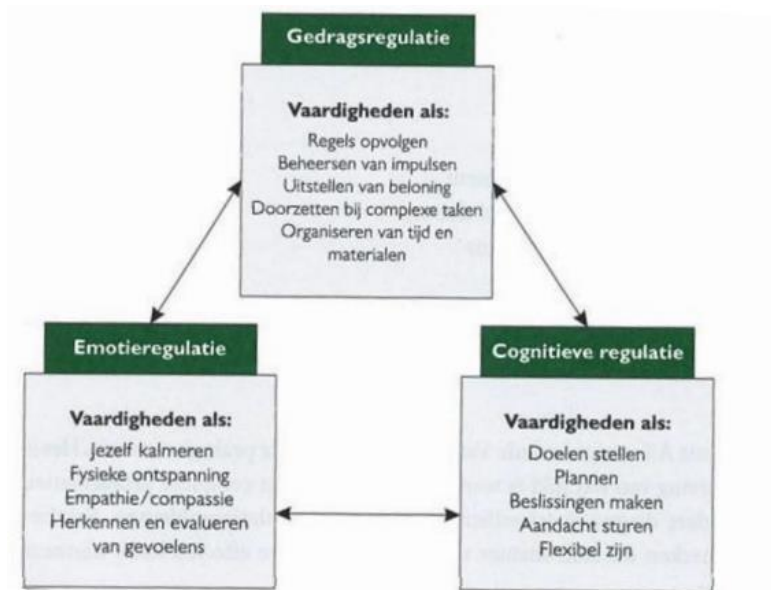
Een inhoudelijke oriëntatie aan het begin van het onderzoek is essentieel voor de onderzoeker om relevante concepten en theorieën en bestaande kennis binnen het vakgebied te verkennen. Migchelbrink (2016) omschrijft een inhoudelijke oriëntatie als een stevige basis voor het onderzoeksverslag, het ontwerp van de onderzoeksmethode en het identificeren van mogelijke benaderingen of interventies. Door in literatuur te duiken en eerdere studies en praktijkvoorbeelden te bestuderen worden bestaande inzichten gecontextualiseerd (Migchelbrink, 2014).

1.1 Affectregulerende Vaktherapie

Affectregulerende Vaktherapie (ArVT) biedt een manier om Affect regulatie vaardigheden bij kind en ouder te bevorderen en te ondersteunen waar nodig (Nieuwenhuis et al., 2020). ArVT wordt nog niet erkend als een evidence-based interventie bij het Nederlands Jeugdinstituut (*Affectregulerende Vaktherapie*, 2020). Onderzoek is dan ook belangrijk om ervoor te zorgen dat deze interventie uiteindelijk erkend kan worden als evidence-based interventie (*Bevorderen van Affectregulatievaardigheden*, z.d.).

Een doel bij een ArVT-behandeling kan zijn om schildgedrag van een kind te doorbreken en een gezond coping mechanisme te ontwikkelen (Nieuwenhuis et al., 2020). Emoties worden herkend, erkend en begrepen met als gevolg dat het kind emoties op een gezonde en effectieve manier leert reguleren (Hill, 2015). Het doel van het ArVT- behandeling hangt af van het des betreffende kind dat in therapie komt. Doelen kunnen uiteenlopen van bijvoorbeeld emotie herkenning en bewustzijn, emotie regulatievaardigheden, emotie- expressie, emotioneel welzijn en verkeerkracht of het bevorderen van een gezonde relatie op het gebied van sociale interactie (Hill, 2015). Bij een ArVT-behandeling wordt in drie fases gewerkt. Er wordt niet altijd op volgorde van onderstaande fasering gewerkt, gezien de ontwikkelingsfase van het kind centraal staat en het werktempo hierop afgestemd wordt.

1. **Spanningsregulatiefase:** Het doel van deze eerste fase is om de spanning bij het desbetreffende kind te reguleren. Er wordt nadruk gelegd op het opbouwen van een veilige therapeutische relatie. Door het bevorderen van een vertrouwensband tussen kind en beeldend therapeut zal het kind zich comfortabel gaan voelen om de innerlijke belevingswereld te verkennen (Nieuwenhuis, et al., 2020).
2. **De aandachts- regulatie fase:** Bij deze fase is het doel dat het kind zintuigelijke waarnemingen kan ervaren en delen. Zo worden dezelfde interventietechnieken als bij de eerste fase ingezet waarbij stilgestaan wordt bij het materiaal. Zodra het kind zintuigelijke waarnemingen kan gewaarworden, een onderzoekende houding aan kan nemen, kan aangeven wat wel en niet fijn is, keuzes kan maken, grenzen kan aangeven, dan is dat het moment dat er naar de laatste fase toegewerkt kan worden (Nieuwenhuis, et al., 2020).
3. **Affectregulatiefase:** Zodra het kind in de derde fase van het ArVT- traject komt kan de beeldend therapeut het kind helpen hoe met intense emoties omgegaan kan worden. Het aanleren van vaardigheden om met deze emoties om te gaan komen bij deze fase aan bod. Als het kind overlegt, vertelt wat hem bezighoudt, gevoelens onderscheidt en deelt, uitwisselt en besef krijgt van andermans gevoelens kan de therapie worden afgerond", (Nieuwenhuis et al., 2020, p.28).



Figuur 1

Vaardigheden en processen van zelfregulatie. Overgenomen uit Basisboek Affectregulerende Vaktherapie (p. 54) door Murray et al., 2015 in L. Nieuwenhuis, 2020, Garant Uitgevers. 2020, Stichting Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie.

Naast de behandeling van het kind tijdens een ArVT- traject wordt ook psycho-educatie geboden zodat ook ouders een beter begrip krijgen van de therapeutische aanpak en onderliggende concepten (Groen kader, z.d.).

Affecten verschillen van emoties en gevoelens doordat ze voornamelijk lichamelijk ervaren worden en zich manifesteren via het autonome zenuwstelsel (Nieuwenhuis, et al., 2020). Affecten worden automatisch opgewekt en zijn lichamelijke reacties die horen bij het autonome zenuwstelsel (Nicolai, 2018). Zo heb je als mens over emoties meer controle. Je hebt hierover leren nadenken. Nicolai (2018) omschrijft emoties als actietendensen waar je de keuze over hebt hoe je deze uitdrukt. Het autonome zenuwstelsel reguleert direct affecten, waarbij affectieve toestanden gepaard kunnen gaan met veranderingen in de activiteit van het sympathische en parasympathische zenuwstelsel (Dana, 2020). Het toepassen van ArVT kan zowel bij kinderen als volwassenen effectief zijn in het bevorderen van emotioneel regulatie (Braet et al., 2020).

1.2 Doelgroep

Dit onderzoek richt zich op de specifieke doelgroep van kinderen in de leeftijdscategorie van vier tot 12 jaar. Tijdens de beoefening van Affectregulerende Vaktherapie (ArVT) wordt het kind gestimuleerd om de regulatie van emoties te leren en het vermogen te ontwikkelen om op basaal niveau onder woorden te brengen wat er zich innerlijk afspeelt. Kenmerkend voor kinderen die deze behandeling volgen is dat dat het kind moeite heeft met het herkennen en onder woorden brengen wat er gevoeld wordt. Nieuwenhuis (2020, p. 17) omschrijft kenmerken voor deze doelgroep als volgt:

“Kenmerkend voor deze groep is het gebrek aan epistemic trust, de fysieke gespannenheid, de korte aandacht spanne en het niet onder woorden kunnen brengen van wat er in hen omgaat. Zij kan zichzelf niet reguleren en laat zich ook moeilijk regulerend door een ander.”

Dit probleemgedrag kan zich op verschillende plekken zoals thuis, op school, in de omgang met leeftijdsgenoten of in de opvoeding voordoen. Kinderen van basisschoolleeftijd leven meestal bij hun ouders of verzorgers thuis. Deze plek is hun belangrijkste woonomgeving waar wordt geslapen,

gegeten, gespeeld en waar tijd wordt doorgebracht met familie. Door de weeks brengen kinderen veel tijd op school door waar nieuwe dingen worden geleerd en waar sociale relaties opgebouwd worden met leeftijdsgenoten. Ook het buitenspelen in de buurt na schooltijd, het spelen bij/ met kinderen thuis en het doorbrengen van tijd op verenigingen van clubs.

Voor ouders van deze kinderen kan de therapie een waardevolle ondersteuning bieden. Wanneer een kind namelijk moeilijkheden ervaart om emoties te reguleren kan het zijn dat ouders moeite hebben om hier sensitief en responsief op te reageren (Rigter, 2020). Dit kan leiden tot een vicieuze cirkel waarbij probleemgedrag van het kind wordt beantwoord met een niet- sensitieve en responsieve reactie van de ouder, wat vervolgens weer leidt tot meer probleemgedrag van het kind (Nicolai, 2018). Wanneer probleemgedrag van een kind reacties oproept die op hun beurt weer leiden tot gedragsproblemen van het kind wordt dit aangeduid als ‘reciprocal interaction’, (Hill, 2015). ‘Reciprocal interaction’ wordt ook wel de wisselwerking en interactie tussen ouders en kinderen genoemd (Eurelings-Bontekoe et al., 2021). Bij deze wisselwerking is sprake van een continue uitwisseling van reacties die van invloed zijn op elkaar (Rigter, 2020). Op het moment dat in het gezin een autoritaire opvoedingsstijl wordt gehanteerd is de ‘reciprocal interaction’ beperkt, er is sprake van eenzijdige besluitvorming en er sprake van een vorm van communicatie, waarin de ouder het kind geen ruimte biedt voor tegenspraak (Hill, 2015)

1.3 Autoritaire opvoedingsstijlen

Het effect van een autoritair opvoeden is het krijgen van een volgbaar kind dat een lange weg heeft te gaan om een eigenheid te ontwikkelen (Tieleman, 2019). In onderzoek van Baumrind & McCandless (1971) is dan ook aangetoond dat de manier van opvoeden van grote invloed is op de ontwikkeling van het kind en dat dit een direct effect heeft op het gedrag van kinderen in de thuisomgeving (Munoz-Silva et al., 2017, p. 78). Een opvoedstijl wordt gedefinieerd als een geheel van attitudes, doelen en patronen van opvoedpraktijken, waarvan wordt aangenomen dat ze een emotioneel klimaat creëren voor de ouder-kindrelatie (Wood et al., 2003). Het meest invloedrijke onderzoek naar opvoedstijlen (OS) is gedaan door Baumrind (1967). Uit dit onderzoek zijn vier toonaangevende opvoedstijlen ontstaan, namelijk de autoritaire, gezaghebbende, de permissieve en de niet-betrokken OS van Maccoby en Martin (1983).

Een autoritaire OS houdt in dat wordt geprobeerd het gedrag van een kind vorm te geven, te controleren en te evalueren, waarbij vaak straffende en krachtige maatregelen worden gebruikt, zoals bedreigingen en kritiek wanneer een kind afwijkt van het ‘juiste gedrag’ (Baumrind, 1968; Dehart et al., 2006).

Een OS kan de ontwikkelingsresultaten van kinderen beïnvloeden. Zo zijn de kenmerken van autoritaire OS in verband gebracht met meer externaliserende en internaliserende problemen bij kinderen (Fletcher et al., 2008). Concreet wordt het in verband gebracht met een gebrek aan onafhankelijkheid (Baumrind & McCandless, 1971), minder coöperatief gedrag (Howenstein et al., 2015) en meer angst en verlegenheid (Wood et al., 2003).

“Autoritaire ouders combineren een hoge mate van controle met een lage mate van warmte, betrokkenheid, steun en emotionele inzet voor hun kind; ze zijn afwijzend, veeleisend, sterk bevelend, psychologisch en dominant controlerend”, (Baumrind, 2010, p. 87). Ouders zijn vaak bestraffend en dwingend om zich te houden aan een absolute gedragsnorm (Baumrind, 2012), waardoor er heel weinig ruimte overblijft voor de besluitvorming of beweegredenen (Baumrind, 1991). Ouders vinden dat het kind moet doen wat het zegt. Het gevolg is dat het gedrag en de houding van het kind worden geleid, gevormd en gebaseerd op een bepaalde gedragsnorm (Tieleman, 2019).

Eerder onderzoek van (Deater-Deckard & Scarr, 1996; McBride & Mills, 1993) rapporteert meer

opvoedstress bij ouders met een autoritaire opvoedstijl. Abidin (1995) en Deater-Deckard (1998) identificeerden een specifieke dimensie: stress die kan worden toegeschreven aan de perceptie van de ouder dat het kind moeilijk is. Meer specifiek gaat het om de gedragskenmerken van het kind die het gemakkelijk of moeilijk maken om met hem of haar om te gaan, als gevolg van ofwel temperament en/of ongehoorzaam, opstandig of veeleisend gedrag (Abidin, 1995). Wanneer er binnen een gezin een autoritaire opvoedingsstijl gehanteerd wordt kan dit van invloed zijn op de hechtingsrelatie tussen kind en opvoeder (Tieleman, 2019).

1.4 Hechting

Volgens Bowlby (1983) kan een verstoorde hechtingservaringen leiden tot angstgevoelens en de basis leggen voor de ontwikkeling van fobieën.

Zoals in paragraaf 1.2 wordt omschreven kan een ouder strikte eisen stellen aan het kind wanneer er een autoritaire opvoedingsstijl gehanteerd wordt. Als gevolg hiervan kan een kind zich onveilig, angstig of onzeker voelen in de relatie met ouders. Dit gevoel kan de uitwerking op het kind hebben dat het zich hierdoor niet emotioneel gesteund en hierdoor moeite heeft om emotionele behoeften te uiten (Struik, 2010). “Bij hechting is namelijk sprake van tweerichtingsverkeer; de verzorgers hechten zich op hun beurt aan het kind en andersom”, Tieleman (2019, p. 55). Hechting omschrijft Tieleman (2019) als volgt: “Je spreekt van hechting als er sprake is van een duurzame gevoelsmatige (affectieve) relatie tussen het kind en een nog meer specifieke personen met wie het kind regelmatig omgaat”. Bowlby (1983) onderscheidt vier verschillende hechtingsstijlen, namelijk veilige hechting, angstige-vermijdende hechting, angstig ambivalente hechting en gedesorganiseerde hechting. Onder onveilige hechting valt zowel de angstig-vermijdende hechtingsstijl als ook angstig-ambivalente hechting. In dit onderzoek wordt nader ingegaan op de veilige- en onveilige hechtingsstijl.

Een kind tot maximale ontwikkeling laten komen is geïdentificeerd als een ‘bouwsteen’ van positief welzijn en kan dienen als een marker voor gedrags- en sociaal welzijn van het jonge kind (Lippman, Moore, & McIntosh, 2011; Moore en Lippman, 2005). Aspecten van ontwikkeling in de kinder- en peutersjaren zijn onder andere: gezonde hechtingsrelaties; nieuwsgierigheid en interesse in leren ('Measures of blooming', 2013). Als de persoonlijkheid van de moeder of haar levensomstandigheden het moeilijk maken om sensitief te reageren schijnt de kans groter te zijn dat de baby's een angstige vorm van gehechtheid ontwikkelen (Vuyk, 1987). Omdat hechtingsrelaties in de kinderjaren een rol kunnen spelen in de relatie met de eigen kinderen, is hier sprake van intergenerationele overdracht. “Onder intergenerationele overdracht wordt de invloed verstaan van het interne werkmodel van gehechtheid van de ouder op de hechtingsrelatie met hun kind”, IJzendoorn, (1994, p. 39). Er is sprake van intergenerationele overdracht als er sprake is van drie generaties, namelijk de grootouders, ouders en hun kinderen. In paragraaf 1.5 wordt dieper ingegaan op intergenerationele overdracht. Er zijn verschillende vormen van hechting. Het is belangrijk te kijken naar de kwaliteit van de hechtingsrelatie tussen ouder- en kind.

1.4.1. Veilige hechting

Ainsworth (1978) stelde vast dat ongeveer 70% van de kinderen in veilig gehecht is (van der Molen et al., 2015). De onderzoeken van Mary Ainsworth hebben voornamelijk plaatsgevonden in de Verenigde Staten, met name in Baltimore (van IJzendoorn en van Rosmalen, 2017). Ondanks dat de onderzoeken in de VS hebben plaatsgevonden, kunnen de hieruit voortgekomen bevindingen wel worden toegepast op hechtingsgedrag van kinderen in andere landen, zoals Nederland. Hechtingspatronen worden namelijk beschouwd als universele aspecten van de menselijke ontwikkeling.

Onder veilig gehecht wordt bijvoorbeeld verstaan dat een kind zich laat troosten, een knuffel komt halen. Zonder rust en kalmte kan een kind niet openstaan voor nieuwe ervaringen (Tieleman, 2019).

Je spreekt dan ook van hechting als er sprake is van duurzame gevoelsmatige affectieve relatie tussen het kind en een of meer specifieke personen met wie het kind regelmatig omgaat (van der Molen et al., 2015). Als gevolg van hechting kan een kind met zelfvertrouwen vanuit een veilige basis de omgeving verkennen (Rigter, 2020).

Hechtingsgedrag omschrijft Bowlby (1980) als gedrag van een kind dat opzoek is naar nabijheid. Op die manier blijft de nabijheidrelatie instant. Nieuwenhuis (2020), toont aan dat er een veilige hechting ontstaat als ouders of verzorgers consistent op het gedrag van de baby reageren en als ze oog hebben voor de behoeften van de baby. Nieuwenhuis et al., (2020) omschrijft dat ouders/ verzorgers onlosmakelijk worden gekoppeld aan de regulatie van het kind. De basis voor een veilige hechtingsrelatie, zo kenmerkt Nieuwenhuis, et al., (2020), zijn ouders die troost bieden en kalmte en rust in het lichaam en brein van het kind. Gehechtheidsgedrag kan zowel door interne prikkels (ziekte of pijn) maar ook door externe prikkels (enge, onbekende of angstige situaties) geactiveerd worden (Rigter, 2020). Een hechtingsrelatie wordt beïnvloed door verschillende factoren, namelijk de opvoeder, de kenmerken van een kind en de kenmerken van de opvoedingssituatie. Deze drie factoren worden ook wel beschermings- en risicofactoren genoemd (Rigter, 2020). In een gezonde ouder-kind-interactie ontstaat een gezond intern werkmodel, wat inhoudt dat er bereidheid is om open te staan voor leren van en met de ander (Nieuwenhuis, et al., 2020). Door als kind te constateren hoe anderen op angst reageren wordt een intern werkmodel ontwikkelt (van IJzendoorn, 1992a). Een internwerkmodel is de manier van denken van iemand die op basis van ervaringen en interacties met andere mensen is ontstaan. Hierbij gaat het met name om de interacties die op jonge leeftijd voor hechtingservaringen hebben gezorgd zoals bijvoorbeeld ouders (Struik, 2010).

Het tegenovergestelde van veilige hechting is onveilige hechting. Bij onveilige hechting is sprake van afwijzing, onvoorspelbaarheid en weinig ruimte voor emoties (van IJzendoorn, 1992a)

1.4.2 Onveilig hechting

Ongeveer een derde van de kinderen werd door Ainsworth in Nederland ingedeeld als onveilig gehecht (van der Molen et al., 2015). Ouders van onveilig gehechte kinderen zijn niet in staat dit gevoel van geborgenheid en vertrouwen bij het kind te creëren (Rigter, 2020).

Er zijn zoals eerder genoemd twee stijlen te onderscheiden onder de groep onveilig gehechte kinderen, namelijk de angstig- vermijdende hechtingsstijl en de angstig-ambivalente hechtingsstijl (Rigter, 2020). Als vierde hechtingsstijl onderscheidt Bowlby (1983) de gedesorganiseerde hechting, welke als een meer complexe hechtingsstijl wordt bevonden, waarbij het kind een verwarrende mix van verschillend, tegenstrijdig en onvoorspelbaar gedrag laat zien (Rigter, 2020).

Kinderen die onveilig of gedesorganiseerd gehecht zijn lopen meer kans op het verwerven van gedragsstoornissen (Van Zeijl et al., 2005). Zonder angst treden angstig-vermijdend gehechte kinderen de wereld tegemoet en zoeken geen troost of geborgenheid. Met andere woorden: ze houden zich groot (Rigter, 2020). Angstig- vermijdende gehechtheid wordt waarschijnlijk veroorzaakt door ouders die consequent ongevoelig zijn voor signalen van het kind. Bij deze manier van opvoeden is er nauwelijks sprake van liefdevol lichamelijk contact, wordt het kind afgeweerd en reageren ouders niet tot nauwelijks op signalen van het kind (van IJzendoorn, 1992). Wanneer het kind huilt, wordt hier niet op gereageerd. Als gevolg hiervan zoekt het kind de ouder weinig op om een nieuwe afwijzing te voorkomen. Wanneer de hechting wordt verstoord wordt vaak oogcontact met volwassenen vermeden en is de concentratieboog vergeleken met kinderen die wel veilig gehecht zijn korter (Rigter, 2020). Angstige hechting heeft consequenties voor het aangaan en onderhouden van sociale relaties. (Schindler, 2005; Shaw, 2005; Rigter & Van Hantum, 2015). De Wit (1994) schrijft hierover dat vanuit de gehechtheidstheorie antisociaal gedrag wordt opgevat als een

strategie om aandacht te verkrijgen van de opvoeder, die anders niet geschonken wordt op het moment dat het kind normaal gedrag vertoont. Onveilige hechting en de overdracht van onveilige hechting, ook wel intergenerationale overdracht genoemd, zijn nauw met elkaar verbonden. Hechtingsgedrag kan leiden tot verschillende hechtingsstijlen zoals veilige, angstig-vermijdende, angstig- ambivalente of gedesorganiseerde hechting (Rigter, 2020).

Intergenerationele overdracht van hechting houdt in dat hechtingspatronen en ervaringen die een persoon tijdens zijn kindertijd heeft ontwikkeld, van invloed kunnen zijn op zijn eigen hechtingsgedrag als volwassene (van der Molen et al., 2015).

1.5 Intergenerationele overdracht

Het is niet alleen de kleur van je ogen die je erft wanneer je ter wereld komt. Tezamen met uiterlijke kenmerken worden ook de innerlijke kenmerken overgedragen. Dit wordt intergenerationale overdracht genoemd (van IJzendoorn, 2008). In dit onderzoek wordt dieper ingegaan op de intergenerationale overdracht van gehechtheid. Eerder in dit hoofdstuk is omschreven wat de invloed is van zowel veilige als onveilige gehechtheid op de opvoeding.

In Figuur 2 is te zien hoe een vroegere gehechtheidservaring gerepresenteerd wordt door de ouder en hoe daaropvolgend gehechtheid door het kind wordt ervaren. Rigter (2020) schrijft over dit model dat het niet zozeer gaat over hoe een ouder is opgevoed maar hoe er wordt teruggekeken op de opvoeding. Onveilige hechting en de overdracht van hechting van generatie op generatie zijn nauw met elkaar verbonden (Bowlby, 1982). Intergenerationele overdracht van hechting betekent dat deze patronen en ervaringen kunnen worden doorgegeven aan volgende generaties, waardoor de impact ervan voortduurt. Wanneer deze intergenerationale overdracht van onveilige hechting niet doorbroken wordt zullen deze patronen doorgegeven blijven worden.

Onveilige hechtingspatronen zullen herhaalt blijven worden (van IJzendoorn, 2008).

Wanneer emotionele patronen en reacties binnen een familie van generatie op generatie worden door gegeven zal dit affect en emoties beïnvloeden door de manier waarop ouders en verzorgers emotioneel reageren op hun kinderen en vice versa (Nicolai, 2018).



Figuur 2

Model van intergenerationale overdracht van gehechtheid. (Ontleend aan Van IJzendoorn & Bakermans- Kranenburg (1994). Overgenomen uit *Handboek ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen* (p. 174) door J. Rigter, 2020, Uitgeverij Coutinho, Bussum.

Onderzoek van Tuybens (2015) laat zien dat wanneer kinderen opgroeien in een gezinssysteem waarbij sprake is van onveilige hechting, dat dit van invloed kan zijn op het autonome zenuwstelsel. Een verstoring in het zenuwstelsel kan bijvoorbeeld invloed hebben op een overmatige activatie van het sympathische zenuwstelsel (Dana, 2020).

1.6 Het autonome zenuwstelsel

Het autonome zenuwstelsel fungeert als kruispunt waar onze onbewuste gedachten en onbewuste lichamelijke processen samenkomen (Nicolai, 2018). Dit zenuwstelsel maar daarnaast ook het sympathische systeem en de dorsovagale kern zijn allemaal betrokken bij de regulatie van affecten in

het lichaam (Hill, 2015). De interventies en technieken die worden toegepast bij Affectregulerende Vaktherapie (ArVT) zorgen ervoor dat er meer balans komt in dit zenuwstelsel zodat affectie regulatie bevordert, emoties gereguleerd en er meer psychische balans is in het zenuwstelsel. (Hill, 2015).

Binnen dit systeem zijn drie mechanismen die ons in staat stellen om te reageren op gevaar in onze omgeving: het sympathische systeem, het parasympathische systeem en de dorsovagale kern (Dana, 2020).

1.6.1 Het sympathische systeem

Het sympathische systeem zorgt voor activering. Dit kan ook worden gezien als een gaspedaal. In tijden van stress verhoogt dit systeem de hartslag de bloeddruk en gaan haren recht overeind staan. Wanneer er een te grote sympathische activiteit resulteert door verstijving, dit kan ook als een rem gezien worden (Hill, 2015). Spieren staan in deze situatie strak, het waarnemingsvermogen staat op scherp en het biologische systeem staat op scherp (Nicolai, 2018).

1.6.2 Het parasympathische systeem

Het parasympathische systeem wordt ook wel het vagale systeem genoemd. Deze naam is afgeleid van een zenuwspier die door het gehele lichaam loopt, de nervus vagus (Dana, 2020). Dit systeem delen wij dan weliswaar met zoogdieren, maar wij mensen hebben dit systeem overgenomen door het gehechtheidssysteem (Rigter, 2020). Dit systeem activeert namelijk het sociale gedrag als doel om verdedigende mechanismen uit te schakelen en sociaal gedrag te bevorderen (Nieuwenhuis, et al., 2020). Dit uit zich onder andere in het delen van ervaringen en het zoeken naar sociale interactie, social-sharing. Dit verwijst naar het proces waarbij een kind hun ervaring en emotionele toestand deelt met hechtingsfiguren, meestal ouders of verzorgers (Southam-Gerow, 2014).

Onderdeel van het parasympathische systeem is de dorsovagale kern en is in tegenstelling tot het parasympathische systeem verantwoordelijk voor rust en ontspanning in het lichaam (Hill, 2015).

1.6.3 De dorsovagale kern

Wanneer er sprake is van een onderontwikkeld sociaal activatiesysteem wordt bij grote angsten de dorsovagale kern geactiveerd (Nicolai, 2018). Deze kern hebben wij geërfd van reptielen. Dankzij deze kern kan een beroep gedaan worden op een extreme vorm van zelfregulatie waarbij alle zintuigelijke waarneming stopt, de hartslag vertraagt en de ademhaling langzaam en oppervlakkig wordt (Dana, 2012).

Deze drie vormen van omgang met stress worden ook wel de 'fight, flight, freeze' modi genoemd, een systeem dat als overlevingsmechanisme geactiveerd wordt bij dreigende en/ of stressvolle situaties (Dana, 2012). Bij kinderen waarbij sprake is van gedragsproblematiek wordt vaak de vorm 'fight' (vechten) gezien. Een kind laat verbaal of fysiek agressief gedrag zien. Op deze vorm van verdedigingsmechanisme, ook wel schildgedrag genoemd, wordt in dit verslag nader op in gegaan.

1.7 Schildgedrag

Schildgedrag is een verdedigingsmechanisme van het kind in tijden van stressvolle situaties (Nieuwenhuis et al., 2020). Schildgedrag kan het kind op korte termijn helpen om door een stressvolle of bedreigende situatie te komen, echter op lange termijn kan dit schildgedrag negatieve gevolgen hebben (Rauh et al., 2021). Moeilijkheden die kunnen optreden zijn het uiten van emoties en het opbouwen van onder andere gezonde relaties. Door vroegtijdig schildgedrag te herkennen en een veilige en ondersteunende omgeving te bieden kan een kind leren het schild geleidelijk los te laten en zich leren kwetsbaarder op te stellen (Nieuwenhuis et al., 2020). ArVT kan het kind en het gezin, de ondersteunende omgeving, helpen om het schildgedrag te doorbreken en gezondere

coping mechanismen te ontwikkelen (Nieuwenhuis et al., 2020). Het schildgedrag van een kind, dat vaak voorkomt bij kinderen waarbij sprake is van een onveilige hechtingsstijl in het gezinssysteem, kan aanleiding zijn op samen met ouders te kijken naar ondersteuning binnen het gezin in de vorm van psycho-educatie (Tuybens, 2015)

1.8 Psycho-educatie

Een belangrijk onderdeel van dit onderzoek heeft betrekking op psycho-educatie. De Leeuw (1993) omschrijft psycho-educatie als 'het geven van informatie aan cliënten of het systeem rondom de cliënt over onderwerpen die in het kader van een behandeling relevant zijn. De ArVT neemt ouders, verzorgers en leerkrachten mee bij de behandeling om te zorgen dat het systeem betrokken wordt in het proces dat het kind doormaakt. Door psycho-educatie aan te bieden is kans op terugval minder (Nieuwenhuis et al., 2020).

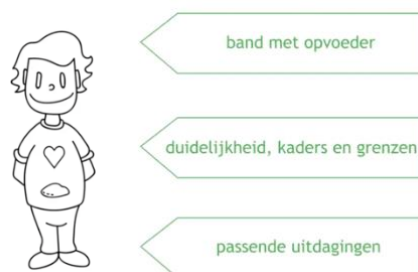
Binnen de ArVT zijn er verschillende modellen ontwikkeld of bestaande modellen gebruikt die uitleg geven over het therapeutisch proces binnen een ArVT- traject. Deze worden in de volgende alinea's 1.8.1 tot en met 1.8.5 toegelicht.

1.8.1 Het groeibevorderend kader

In de ArVT behandeling wordt gesteld dat een kind zich optimaal ontwikkelt wanneer de pijlen van het groeibevorderend kader op groen staan. Om alle drie de pijlen van het groeibevorderend kader op groen te hebben staan, moet aan de volgende voorwaarde worden voldaan:

1. Zo heeft het kind een band nodig met een ouder(figuur), verzorgers, leerkrachten.
2. Een kind functioneert het best wanneer er sprake is van gezonde grenzen, duidelijkheid en kaders zodat duidelijk is wat er van het kind verwacht wordt.
3. Wanneer er sprake is van een passende uitdaging, zowel thuis als op school zal het kind zijn autonomie kunnen ontwikkelen en zelfredzaamheid vergroten (Nieuwenhuis et al., 2020).

Tijdens een kennismaking of intakegesprek wordt samen met ouders gekeken wat de sociaal emotionele leeftijd van het kind betreft zodat ook binnen de interventie er de juiste mate van uitdaging en autonomie van het kind gevraagd wordt. Wanneer 1 of meer pijlen van het groeibevorderend kader niet 'op groen staan' zal er gekeken worden wat hiervan de oorzaak is en hoe bewerkstelligd kan worden dat deze pijlen wel op groen komen te staan. Zo kan het voorkomen dat een kind een verstoorde relatie met opvoeder heeft, er sprake is van grenzeloosheid in de opvoeding of dat het kind op school of thuis over- of ondervraagd wordt. Dit kunnen factoren zijn waardoor het kind gedereguleerd raakt en de ArVT behandeling niet optimaal ingezet kan worden.



Figuur 3
De groene pijlen. Overgenomen uit Basisboek Affectregulerende Vaktherapie (p. 42) in L. Nieuwenhuis, 2020, Garant Uitgevers. 2020, Stichting Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie.

Het gebruiken van de groene pijlen tijdens het ArVT- traject biedt een basis voor het bevorderen van het mentaliserend vermogen bij zowel kinderen als ouders.

1.8.2 Mentaliseren

Antonio Damasio staat bekend om zijn onderzoek naar emotie, gevoelens en de bewustwording hiervan (Allen et al., 2008). Het belang van lichamelijke sensaties en hoe deze bijdragen aan bewuste ervaringen worden benadrukt in Damasio zijn onderzoeken. (Allen et al., 2008). “Door bewust te zijn van deze sensaties en ze te begrijpen kan je als ouder een dieper inzicht krijgen in je emoties en gevoelens” (Allen, 2008, p.56). Door bewust te zijn van deze sensaties en deze te begrijpen kan je als ouder een dieper inzicht krijgen in je emoties en gevoelens. Het verband tussen Damasio’s werk en mentaliseren ligt in hun overlappende focus op de innerlijke belevingswereld en het begrip van gedachten, gevoelens en intenties. (Nicolai, 2018). ‘De kwaliteit van de intieme affectieve relatie tussen ouder en kind is sterk bepalend voor de ontwikkeling van het vermogen tot mentaliseren’, (Verheugt-Pleiter, 2010, p23). Mentaliseren houdt in dat je kunt aanvoelen en snappen waarom jijzelf en anderen doen zoals zij doen, en begrijpen wat daar de achterliggende gedachten, gevoelens, motieven en intenties bij zijn. Mentaliseren wordt gedefinieerd als je eigen doen en laten en dat van anderen, impliciet en expliciet, kunnen begrijpen als intentioneel gedreven (Bleumer & Meijer, 2020).

Volgens Bleumer en Meijer (2020) omvat mentaliseren drie vermogens:

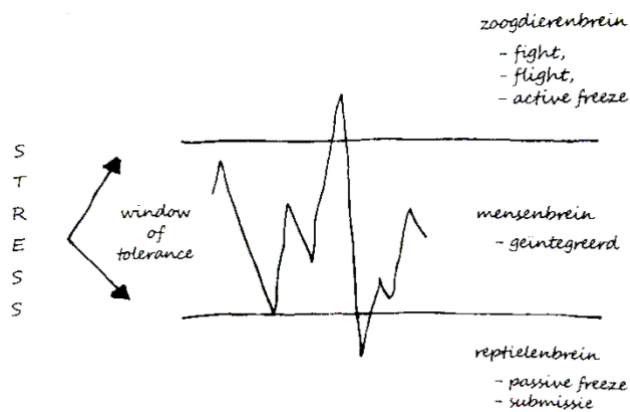
1. Zelfreflectie: mentaliseren over jezelf;
2. Inlevingsvermogen in anderen: mentaliseren over de ander;
3. Interactie-interpretatie: mentaliseren over de relatie.

Binnen de Affectregulerende therapie worden ouders gestimuleerd om gedachten, gevoelens en motieven van het kind en het probleemgedrag dat hier soms bij komt kijken te begrijpen. Vanuit de ArVT geeft de beeldend therapeut psycho-educatie vanuit een mentaliserende houding om op die manier het mentaliserende vermogen van de ouders te stimuleren en te ontwikkelen. Voor het ontwikkelen van een mentaliserend vermogen is veilige hechting tussen het kind en verzorger een voorwaarde om dit optimaal te kunnen ontwikkelen. Wanneer er sprake is van onveilige hechting ontwikkelt het kind een beperkt mentaliserend vermogen; het kind kan zichzelf niet in perspectief van zijn omgeving zien, niet nadenken over zichzelf laat staan over een ander. Kinderen met een beperkt mentaliserend vermogen worden ook wel egocentrisch genoemd en betreft alles op zichzelf. Op het moment dat bijvoorbeeld een vader chagrijnig wordt omdat de keuken een zootje is dan kan het kind niet bedenken dat z’n vader misschien geen zin heeft om op te ruimen maar trekt de conclusie dat dit door hen komt.

Het vermogen om te mentaliseren speelt een belangrijke rol bij het behouden van een stabiele gemoedstoestand doordat er sprake is van een bewustzijn en begrip van interne ervaringen. Wanneer je als ouder of kind het vermogen hebt om te mentaliseren is men ook in staat om stressvolle situaties te begrijpen en op een adaptieve manier te reageren, zonder overweldigd te raken. Wanneer iemand echter moeite heeft met mentaliseren, kan dit de window of tolerance negatief beïnvloeden.

1.8.3 Window of tolerance

De window of tolerance is ontwikkeld door neurowetenschapper Dr. Dan Siegel (2020). Op basis van onderzoek naar neurobiologische aspecten van stress, trauma en veerkracht heeft hij het window of tolerance geïntroduceerd (Struik, 2016). Door middel van de window of tolerance (figuur 4), kan verklaard worden wat er gebeurt als een persoon niet in staat is om zichzelf te reguleren en overspoeld raakt (Nieuwenhuis et al., 2020). Het window of tolerance is een zogenaamd raamwerk waarbij emoties die te behappen binnen het raamwerk blijven en emoties die te veel zijn schieten buiten dit raamwerk (Struik, 2016).



Figuur 4

Window of tolerance. Overgenomen uit *Slapende honden? Wakker maken!* (p. 32) door A. Struik, 2010, Pearson Assessment and Information B.V. Copyright, 2010, Pearson Assessment and information B.V.

Op het moment dat een kind een situatie als gevaarlijk ervaart gaat een alarmbel in het gedeelte van de hersenen dat de amygdala wordt genoemd (van den Ouweland, 2022). De amygdala is een amandelvormige kern van neuronen in de hersenen. Het brein helpt ons overleven met instincten en reflexen en zorgt ervoor dat wij overleven in situaties waar gevaar is, ook wel de fight, flight of freeze reacties genoemd, waarover meer is geschreven in paragraaf 5.1. De zone van stress die de amygdala nog te tolereren vindt noemen we de window of tolerance (Siegel, 1999: Ogden & Minton, 2000). Zolang stress binnen dit window of tolerance blijft kunnen wij als mensen, in het geval van dit verslag kinderen, goed blijven functioneren. Als het niveau van stress niet meer te tolereren is dreigt er in de ogen van de amygdala, te veel gevaar en wordt het actie systeem geactiveerd (Struik, 2010). Dit houdt in dat het mensbrein wordt uitgeschakeld en het kind overgaat op een overlevingsmodus waarbij het reptielen of zoogdierenbrein wordt ingeschakeld (Nicolai, 2018). Southam-Gerow (2014), legt uit dat het lichaam op dit moment in een toestand van verhoogde arousal komt of misschien zelfs hyper-arousal: onder andere de hartslag gaat omhoog en spieren spannen zich aan. Het kind schiet uit de window of tolerance (Nieuwenhuis, et al., 2020).

De window of tolerance is een raamwerk dat erop gericht is het bevorderen van een ondersteunende omgeving waarin een kind zich emotioneel kan leren reguleren en daarnaast veerkracht kan ontwikkelen (Rigter, 2020). Een tweede model dat een overlap heeft in het focussen op het creëren van een veilige basis en het vergroten van de capaciteit om stress te verdragen is de cirkel van veiligheid (Nieuwenhuis, et al., 2020).

1.8.4 De cirkel van Veiligheid

De cirkel van veiligheid is een model dat is ontwikkeld door Mary Ainsworth (1978) en verder uitgewerkt door Dan Hughes en anderen. Zoals in paragraaf 1.3 omschreven heeft het kind veiligheid nodig om de wereld op z'n eigen manier te ontdekken, oftewel een veilige uitvalsbasis (Nieuwenhuis, et al., 2020). Een toevluchtsoord is daaropvolgend nodig om wanneer er sprake is van stress, spanning of angst tijdens deze ontdekkingsstocht om troost en veiligheid te zoeken. De functie van een veilige haven maakt dat het kind bescherming ervaart in situatie van gevaar (van der Molen et al., 2015). De respons om te vluchten wordt zowel bij dieren als bij mensen geactiveerd. Omdat het kind natuurlijk nog niet hard kan rennen (vluchten), is het gezond gedrag om als kind naar ouders toe te vluchten bij situaties van gevaar (van der Molen et al., 2015). Binnen die hechtingsrelatie zijn kinderen in staat om overweldigende emoties van verdriet of angst bij honger, ziekte of bedreiging te reguleren (van IJzendoorn, 2008).



Figuur 5

Cirkel van veiligheid. Model van Cooper et al., 1999. Overgenomen uit Handboek ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen (p. 152) door J. Rigter, 2020, Uitgeverij Coutinho, Bussum.

De cirkel van veiligheid vormt een belangrijk referentiekader bij het verkennen van onderliggende emoties en behoeften, zoals beschreven en de ijsberg van emoties.

1.8.5 De ijsberg

De ijsberg is net als de cirkel van veiligheid en de andere eerdergenoemde psycho-educatie modellen een nuttig concept om aspecten van menselijk gedrag, ervaring en relaties te begrijpen. De ijsberg wordt gebruikt als een metafoor om de verschillende aspecten van de menselijke ervaring en het menselijk gedrag te illustreren (Nieuwenhuis et al., 2020). Gedrag bestaat uit een gedeelte dat zichtbaar is voor de buitenwereld, alsmede ook een gedeelte dat niet zichtbaar is. Het zichtbare deel is wat je doet, je handelen. Het onzichtbare deel, dat is je beleving, wat je erbij denkt en voelt of wat je wil. Hier heeft Nieuwenhuis et al., (2020) een duidelijk metafoor voor gevonden, namelijk een ijsberg. Wat de buitenwereld ziet is het topje van de ijsberg dat bovenwater uitsteekt.

Het begrijpen en werken met de ijsberg kan een kind en zijn of haar ouders helpen om meer bewust te worden van emoties en onderliggende factoren die emotionele reacties beïnvloed (Nieuwenhuis, et al., 2020). Het proces van emotionele regulatie omvat onder andere het bewust worden en begrijpen van zowel de zichtbare als onzichtbare emoties die zich onder de oppervlakte bevinden, wat vergelijkbaar is met het bewust worden van zowel het zichtbare als het verborgen deel van de ijsberg (Nicolai, 2018).

Het begrijpen van de ijsberg biedt inzicht in de diepere lagen van emoties, wat van invloed kan zijn op het externe, interactieve- en co-regulatieproces tussen het kind en de omgeving (Nieuwenhuis, et al., 2020).

1.9 Externe, interactieve, co- en zelfregulatie

Wanneer een ouder sensitief afstemt op de affecten van het kind is er sprake van interactieve regulatie (Verheugt-Pleiter, 2010). Door als ouder het kind te (her)kennen in emoties en gewaarwordingen en deze te ondertitelen leert het kind deze sensaties te begrijpen en hier zelf op latere leeftijd ook woorden aan te geven (Nieuwenhuis, et al., 2020). Soms lukt dit niet goed en komt het kind terecht bij een beeldend therapeut waarbij deze vaardigheden eigen gemaakt worden. Tijdens dit traject zal de vaktherapeut de interactie tussen hem en het kind beïnvloeden door het kind te reguleren in haar spanning, aandacht en affect- oftewel, de beeldend therapeut past interactieve regulatie toe (Rauh et al., 2021). Voorafgaande aan interactieve regulatie wordt er eerste externe regulatie geboden (Verheugt-Pleiter, 2010). Onder externe regulatie wordt de regulatie van buitenaf door een extern persoon verstaan. Tijdens interactieve regulatie kan gebruik gemaakt worden van oogcontact, stemgeluid, mimiek en houding verstaan (Schmeets, 2005b). Als

ouders is het van belang het kind bij te sturen wanneer het uit de bocht vliegt. Voor het bijsturen van het kind is het echter van belang dat er sprake is van een affectieve relatie tussen het kind en de ouder. Om deze relatie te bewerkstelligen is het belangrijk dat de ouder de volgende drie kenmerken heeft (Rigter, 2020).

1. Het gedrag moet sensitief zijn
2. Het gedrag moet responsief
3. Er moet continuïteit een regelmaat in het gedrag zijn.

Het brein wordt gezien als een netwerk van verbindingen tussen zenuwcellen, dat wordt gevormd door ervaringen (Nicolai, 2018). Interactieve regulatie tussen ouder en kind verbindt het primitieve en het rationele brein (Riksen-Walraven, 2002). In de eerste levensjaren worden veel verbindingen gevormd, met een piek rond twee á driejarige leeftijd (Delfos, 2015). Kinderen zijn gevoelig voor hechtingsfiguren vanaf zes á zeven maanden tot de tweede verjaardag (Rigter, 2002). Voorgeprogrammeerde handelingen spelen een rol in het hechtingsproces. Matching en afstemming tussen ouders en kind leiden tot een bevredigende relatie als gevolg van wederzijdse inspanning (Rigter, 2020).

Co-regulatie, interactieve regulatie, externe regulatie en zelfregulatie zijn verschillende vormen van begeleiding en ondersteuning bij de ontwikkeling van zelfregulatievaardigheden bij kinderen (Overbeek et al., 2021). Co-regulatie en externe regulatie verschillen in wie de controle en begeleiding biedt (Schmeets, 2005b). Bij co-regulatie werken volwassenen en kinderen samen om gedrag en emoties te reguleren, terwijl externe regulatie gebaseerd is op instructies en regels om het kind bij te sturen (Schmeets, 2005b). Beide vormen van regulatie hebben als doel het kind te helpen bij het ontwikkelen van regulerende vaardigheden (Nieuwenhuis, et al., 2020). Onvoldoende emotionele regulatie bij ouders kan leiden tot intergenerationele overdracht van ongezonde patronen en emotionele problemen naar de volgende generatie (van IJendoorn, 1994).

Beeldende therapie biedt zowel kinderen als ouders de mogelijkheid om hun innerlijke wereld te verkennen, relaties met andere te onderzoeken en te werken aan het begrijpen van gedrag en overtuigingen (Schweizer, 2009b).

1.10 Meerwaarde van beeldend therapie

Beeldend therapie biedt diverse voordelen op verschillende gebieden. Het is een toegankelijke vorm van therapie waarbij gevoelens tot uiting kunnen komen zonder woorden te gebruiken (Schweitzer & De Bie, 2001). Vanuit een werkvorm die voor het kind fijn is, zoals slijm maken, kleien of verven, wordt vanuit een ontspannen en bottom up manier een onbewust denkproces en onderliggende emoties tot uiting gebracht (Levine, 2015). Op deze manier wordt emotie regulatie geboden doordat er met verschillende materialen en technieken emoties tot uiting gebracht kunnen worden (Schweizer, 2009b). Zo roept timmeren in hout, schuren van speeksteen of werken met soft- pastel verschillende allerlei verschillende 'onderbuikgevoelens' op, die de beeldend therapeut kan observeren, interpreteren en analyseren (Schweizer, 2009b). Op basis hiervan kunnen verschillende stappen binnen de therapie gemaakt worden. Doordat het kind aan de slag is met verschillende materialen worden onderliggende emoties, processen en herinneringen tastbaar gemaakt (Schweizer, 2009b). Dit is een kostbaar observatie moment voor de beeldend therapeut. De therapeut krijgt hierdoor namelijk een 'inkijkje' in de beleavingswereld van het kind (Levine, 2015). Doordat dit proces tastbaar is gemaakt, kan het kind, indien nodig, afstand nemen van een bepaald gevoel of herinnering. Door succeservaringen die opgedaan worden tijdens therapie wordt het zelfvertrouwen versterkt en kan het kind verborgen talenten (her)ontdekken (Schweizer, 2009b).

2. Onderzoekskwestie

Leeswijzer: Een afgebakend vraagstuk dat is verbonden met de beroepspraktijk waarbij vanuit op afstand en vanuit verschillende perspectieven naar het vraagstuk wordt gekeken.

Kinderen die therapie volgen om wat voor reden dan ook wordt tegenwoordig steeds meer genormaliseerd in de Nederlandse samenleving. Denk hierbij aan psychotherapie en vaktherapie, logopedie, schematherapie en nog veel meer varianten van therapie. Mooi, zo'n toenemende acceptatie voor het belang van de mentale gezondheid. Er is een grotere openheid rondom therapie en het stigma dat rondom therapie hangt neemt mondjesmaat af (de Goei et al., 2006). Onder andere door factoren als media-aandacht, voorlichtingscampagnes en het onderwijs is er meer begrip ontstaan rondom dit onderwerp (GGZ Standaarden, 2020).

Zorgverzekeraars en hulpverleners zien dan ook een toenemende vraag van ouders en scholen naar psychologische hulp voor kinderen, meldt de Volkskrant (Bolwijn, 2010). Tussen 2015 en 2019 schoot het aantal jongeren dat jeugdhulp kreeg omhoog van 363 duizend naar 431 duizend (Vermeieren, 2022). Is de vraag hiernaar gestegen vanwege de normalisering rondom GGZ of is er iets anders aan de hand? Zo vertelt Farnfield (2017) dat er tegenwoordig sprake is van een heuse 'fix mijn kind' trend in de wandelgangen van GGZ-instellingen. "Hallo, mijn kind doet raar, fix jij het even? Ik hoor het wel als het weer normaal doet". Maar wat gebeurt er thuis? Achter die gesloten deur? Aan tafel, als het kind niet wil eten? Als het kind geen zin heeft haar kleding op te vouwen? Of als het kind met een onvoldoende thuiskomt? Interessant dus, die normalisatie rondom de GGZ, kinderen van nog geen twee turven hoog die therapie volgen net zo normaal vinden als schommelen of voetballen, maar wat zit er eigenlijk achter die driftbuien van een kind, vraagt ook Webster-Stratton (2007) zich af in haar boek 'Pittige jaren'. Want mag een kind tegenwoordig nog even boos of driftig zijn, zonder naar therapie te worden gestuurd? En hoe gaan ouders thuis om met een boos kind? En hoe komt het dat ouders op die manier met de boosheid van hun kind omgaan?

Het Kennisnetwerk van ArVT heeft een module geschreven, Affectregulerende Vaktherapie (ArVT). "Het is niet zomaar een methode maar een visie", vertelt één van de leden van de evaluatiegroep in een gesprek over deze module. "ArVT is iets wat we allang allemaal doen, alleen geven wij, het Kennisnetwerk, er doormiddel van 'Het Basisboek Affectregulerende Vaktherapie' woorden aan", zo vertelt deze dame uit de evaluatiegroep. "Het sussen van je huilende kind, het erkennen van eventuele krampjes of vermoeidheid, dit zijn instinctieve handelingen als kersverse moeder." Sleet & Midgley (2020) benadrukken dat het in zo'n situatie ondenkbaar is om te reageren met: "Ik heb je luier net verschoond, hou op met huilen". Op dat moment vinden we vanzelfsprekend de juiste woorden niet belangrijk en troosten we ons kind. Zo schrijft Doreleijers et al., (2015) dat zodra een kind begint te praten (ja en nee kan zeggen), ouders plotseling hun benadering naar cognitief (en soms autoritair gedrag veranderen, in plaats van de sussende moeder. We verwachten dan ineens dat een kind van ongeveer 24 maanden een taalvermogen heeft ontwikkeld (Sleet & Midgley, 2020).

De intergenerationele overdracht van gehechtheid, zoals beschreven door IJzendoorn (1994), onthult de manieren waarop hechtingsgedrag van overgrootmoeder, naar moeder, naar kind wordt doorgegeven. Het onderzoek richt zich op de gebruiken die ouders meenemen uit hun opvoeding en hechtingsstijlen. Het onderzoekt ook wat ouders juist willen achterlaten wanneer zij hun eigen kinderen opvoeden. Deze vraagstukken vormen de basis van het huidige onderzoek.

Ontwikkelingspsycholoog D. Baumrind heeft in de jaren '70 een theorie ontwikkeld over opvoedstijlen. Door middel van interviews met ouders en kinderen heeft Baumrind vier hoofdtypen opvoedstijlen geïdentificeerd: de autoritatieve, de autoritaire, de toegeeflijke en de verwaarlozende opvoedstijl. In dit onderzoek wordt specifiek de autoritaire opvoedstijl onderzocht.

Wanneer we een recept samenstellen voor een succesvol Affectregulerende Vaktherapie recept, blijkt 'vertrouwen' een cruciaal ingrediënt te zijn, ook wel bekend als epistemisch vertrouwens volgens de vakliteratuur (Fonagy, 1993). Kinderen die opgroeien in gezinnen met een autoritaire opvoedstijl voelen zich vaak namelijk niet veilig bij hun ouders (Rigter, 2020).

Deze bevindingen benadrukken het belang van het begrijpen van de effecten van opvoedstijlen op het welzijn van kinderen en de ontwikkeling van een veilige gehechtheid. Het belang dat tot doel heeft geleid, is terug te lezen in hoofdstuk 3, paragraaf 3.3.

Het betrekken van ouders bij Affectregulerende Vaktherapie is van onschatbare waarde, zoals benadrukt door Geluk (2023). Ouders spelen een cruciale rol in het leven van hun kinderen. Het is redelijk om aan te nemen dat de betrokkenheid van ouders bij therapie een ondersteunend effect zal hebben op het kind (geluk, 2023). Bovendien zal het bevorderen van de overdracht van de aangereikte vaardigheden van de behandeling naar het gezin via psycho-educatie van groot belang zijn (Leeuw, 1993).

Het is echter belangrijk om op te merken dat sommige ouders het misschien niet haalbaar, gebruikelijk of gewenst vinden om betrokken te worden bij de eerstelijnspraktijk (Wiebenga & Bom, 2022). In het kader van afbakenen van het onderzoeksonderwerp rees de vraag wat er nodig is om implementatie van verworven vaardigheden tijdens een ArVT-traject zo effectief mogelijk te maken naar het gezin. Hierbij wordt specifiek gefocust op gezinnen waarin een autoritaire opvoedstijl wordt gehanteerd, waarbij de nadruk ligt op het volgen van regels en er vaak weinig ruimte is om emoties te uiten (Tielemans, 2019). Juist deze elementen zijn van essentieel belang bij het succesvol implementeren van vaardigheden van een ArvT-traject (Nieuwenhuis et al., 2022).

3. Hoofdvraag, deelvragen- en doelstellingen

Leeswijzer: Op basis van de onderzoekskwestie zijn onderstaande hoofd- en deelvragen en doelstellingen geformuleerd. Dit vormt de kapstok van dit onderzoeksverslag.

3.1 Hoofdvraag

Wat is er nodig om de vaardigheden die door een kind tijdens beeldend Affectregulerende vaktherapie zijn opgedaan te implementeren in een gezin waarvan de ouders een autoritaire opvoedingsstijl hanteren?

3.2 Deelvragen

1. In hoeverre is er een verband tussen intergenerationele overdracht, het hanteren van een autoritaire opvoedingsstijl door ouders en de hechtingsrelatie van kinderen?
2. Welke invloed heeft een autoritaire opvoedingsstijl op de affectregulatie van een kind?
3. In hoeverre draagt psycho-educatie bij aan het vergroten van het gevoel van zelfvertrouwen bij ouders in relatie tot Affectregulerende vaardigheden?
4. Wat is het effect van de affect regulatie vaardigheden na zes maanden na het afronden van de ArVT?

3.3 Doelstellingen

1. Identificeren of en welke specifieke mechanismen de intergenerationele overdracht van trauma de neiging van ouders om een autoritaire opvoedstijl te hanteren beïnvloeden.
2. Onderzoeken wat het effect van een autoritaire opvoedstijl voor invloed affectregulatie van kinderen.
3. Ouders ondersteunen bij het leren implementeren van affectregulatie vaardigheden in de opvoeding.
4. Het beoordelen van de duurzaamheid van de implementatie van affectregulatievaardigheden.

4. Onderzoeksmethode

Leeswijzer: er wordt in dit hoofdstuk inzichtelijk voor welke onderzoeksbenadering- en type is gekozen om dit onderzoek mee te benaderen. Daarnaast worden de gekozen dataverzamelingstechnieken toegelicht, de manier van analyseren van verkregen data en tot slot de kwaliteitscriteria en onderzoeksethiek.

4.1 Onderzoeksbenadering

Het beschreven onderzoek betreft een praktijk gericht kwalitatief onderzoek dat werd uitgevoerd met een empirische werkhouding. Deze werkhouding tijdens het uitvoeren van een onderzoek kenmerkt zich door een vraag of probleem uit de praktijk (de Boer & Smaling, 2011). Vanuit de praktijk bestaat het idee dat ArVT bij verschillende typen van opvoedstijlen een verschillend effect heeft. Het vermoeden bestaat is dat de implementatie van opgedane ArVT vaardigheden bij ouders die een autoritaire opvoedstijl hanteren moeizamer verloopt dan bij een autoritatieve opvoedstijl. De opdrachtgever voor dit onderzoek is een organisatie die zich inzet om gezinnen te helpen bij het opbouwen van een sterke en gezonde relatie, het bevorderen van welzijn en het vinden van oplossingen voor problemen die tegengekomen kan worden in relaties tot opvoeding.

4.2 Onderzoekstype

Er is bij dit onderzoek gekozen voor een narratief onderzoek. Een narratief onderzoek is een samenwerkingsproces waarbij geen onderzoek wordt gedaan naar cijfers maar dat gericht is op mensen (Migchelbrink, 2014). Bij een narratief onderzoek staat het verhaal dat de deskundige te vertellen heeft en de betekenis die zij eraan geven centraal. In plaats van onderzoek naar mensen, wordt er met mensen onderzocht (Boeije & Bleijenbergh, 2023a). Er is onderzoek gedaan naar de implementatie van ArVT vaardigheden bij een gezin waar een autoritaire opvoedstijl wordt gehanteerd. De ArVT is een nieuwe behandelmethode waar nog veel onderzoek naar gedaan moet worden. Voorafgaand aan dit onderzoek ben ik als onderzoeker geïnteresseerd geweest naar dat waar de behandelaren tegenaanlopen tijdens de ArVT behandeling en naar wat volgens de behandelaren hierin verbeterpunten zouden kunnen zijn. Dit laat zich niet op een andere manier onderzoeken dan door middel van een narratief onderzoek. In narratief onderzoek (Bal, 2009; Bold, 2011) bestudeert men verhalen van betrokkenen. Hierbij laat men het accent leggen op de inhoud van het verhaal, maar ook op het vertellen als activiteit en op de vorm waarin het verhaal wordt verteld (Boeije & Bleijenbergh, 2023a). (Clandinin & Connelly, 2020) beschrijven enkele eigenschappen van een narratief onderzoeker. Deze onderzoeker beleeft het verhaal, betreft zich emotioneel en luistert actief naar de verhalen die worden verteld. Tot slot neemt de onderzoeker een actieve rol aan in het onderzoek. Dit heb ik gedaan door middel van het verzamelen en analyseren van gegevens, het verspreiden van vragenlijsten en het actief betrekken van respondenten en deelnemers gedurende het onderzoeksproces.

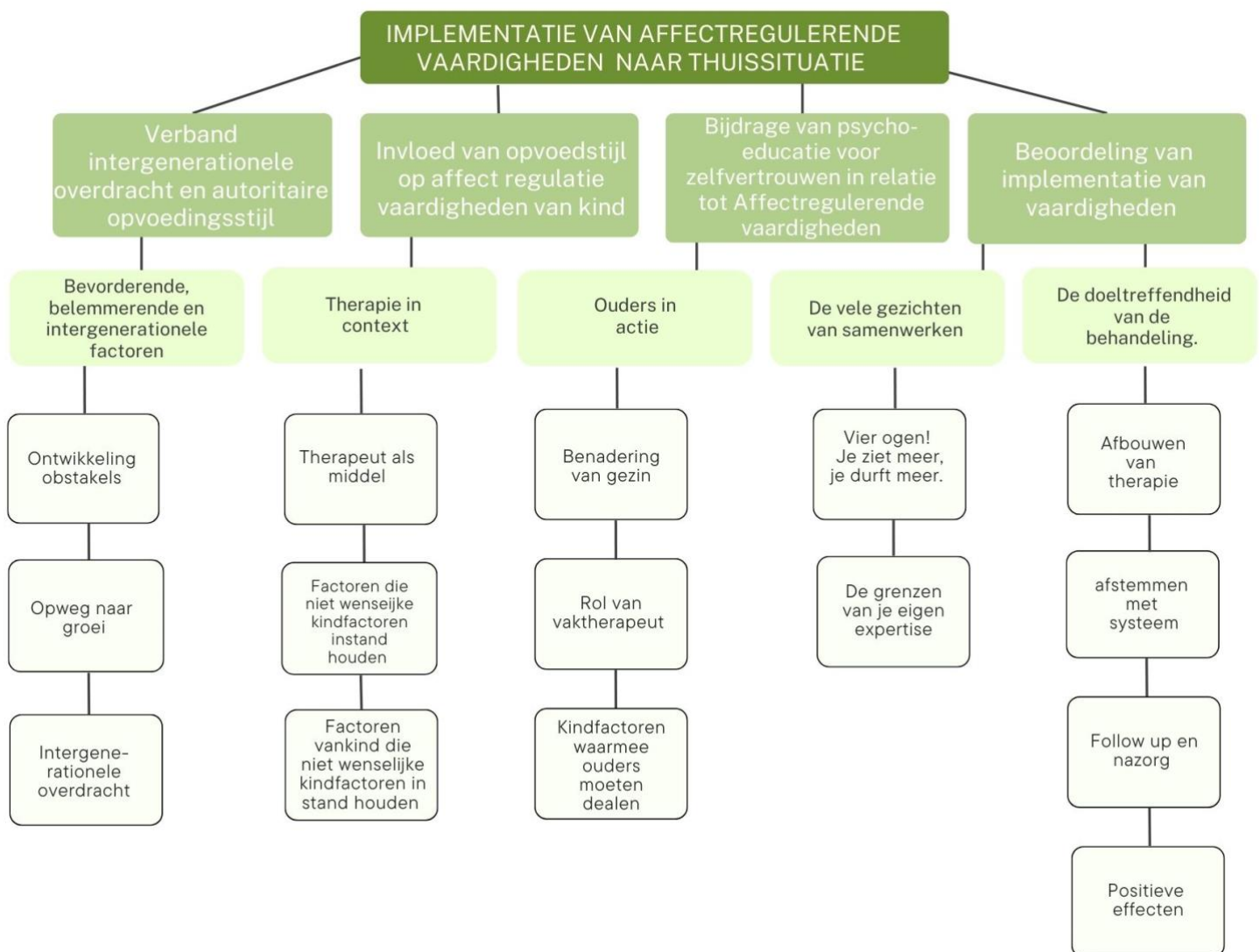
Daarnaast is er gebruik gemaakt van een kwantitatieve vragenlijst. Deze keuze is gemaakt om ouders op een laagdrempelige manier bij het onderzoek te betrekken. Door een kwantitatieve vragenlijst aan te bieden waarbij deelnemers alleen kruisjes hoeven te zetten op een geleidende schaal, is getracht een maximale respons te verkrijgen, waardoor de validiteit van het onderzoek kon worden gewaarborgd.

4.3 Dataverzamelingstechnieken

Door bij de dataverzameling gebruik te maken van verschillende bronnen, te werken met meerdere typen dataverzameling en bij de data-analyse meerdere theoretische perspectieven aan bod te laten komen, is er sprake van triangulatie (Smeijsters, 2006). De dataverzameling is tot stand gekomen door middel van inhoudelijke oriëntatie van de literatuur en het afnemen van interviews. Verder is

voor het kwantitatieve gedeelte gebruik gemaakt van een tweetal vragenlijsten, te weten de VSOG-vragenlijst en een zelfgemaakte vragenlijst 'Effectmeting' (*Verkorte schaal voor ouderlijk gedrag (VSOG)*, z.d.). Zie voor de vragenlijst 'Effectmeting' bijlage 1. Vanwege technische problemen en onvoldoende ondersteuning bij het gebruik van Atlas.ti (*Atlas.ti*, z.d.), heeft de onderzoeker dit programma onvoldoende kunnen toepassen. Om deze reden is ervoor gekozen over te stappen van inductief coderen naar deductief coderen.

Onderstaande codeboom (figuur 6) is tot stand gekomen door middel van inductief coderen. Bovenaan de codeboom is de verkorte weergave van de hoofdvraag weergegeven. Direct daaronder worden de vier deelvragen gepresenteerd. Vervolgens zijn de thema's en sub thema's opgenomen, die samen met andere dataverzamelings technieken antwoord geven op zowel de hoofdvraag als de deelvragen. De codeboom dient als een visuele representatie van de belangrijkste concepten en patronen die voortkwamen uit de analyse van de interviews. Het heeft de onderzoeker geholpen om informatie te organiseren en te begrijpen hoe verschillende elementen met elkaar verband houden (Boeije & Bleijenbergh, 2023)



Figuur 6.
Codeboom van codes en thema's in relatie tot onderzoeksvragen

4.3.2. Oriëntatie in de literatuur

Door een inhoudelijke oriëntatie van de literatuur van de begrippen die verwant zijn aan dit onderzoek, is er sprake geweest van een verkenning, verheldering en aanvulling van de aanwezige kennis, om op die manier een algemene kennisbasis op te bouwen over het onderwerp (Migchelbrink, 2016). Een oriënterend literatuuronderzoek helpt de onderzoeker een beter begrip te krijgen van het onderzoeksonderwerp en om gerichte onderzoeksvragen te formuleren wat betreft het te onderzoeken onderwerp (De Boer & Smaling, 2011).

4.3.2. Half gestructureerd interview

Voor het onderzoek zijn er verschillende vaktherapeuten en systeemtherapeuten geïnterviewd. Deze therapeuten (deskundigen D1- D4) en 1 systeemtherapeut (D5) zijn professionals op het gebied van ArVT. Zie voor een overzicht van de deskundigen bijlage 2. Twee van de vier deskundigen hebben jarenlange ervaring met kinderen die ernstig gestagneerd zijn en in het bijzonder in het toepassen van ArVT bij deze cliëntenpopulatie. Deze twee deskundigen hebben over de afgelopen jaren heen bijna 300 vaktherapeuten geschoold in deze interventie (Nieuwenhuis et al., 2020). Eén van de andere deskundigen is werkzaam bij de opdrachtgever van dit onderzoek. De andere deskundige werkt op ZZP basis en past eveneens ArVT frequent toe. Deskundige 5 is werkzaam als transcultureel systeemtherapeute en is eveneens bekend met de ArVT- module. Zie voor een lijst van de deskundigen bijlage 2. Bij de selectie van mijn deskundigen is er bewust gezocht naar variëteit om de validiteit van de uitkomsten te vergroten (HU University of Applied Sciences, 2021).

Interviews zijn afgenomen door de onderzoeker en één deskundige tegelijkertijd. Van ieder interview is een geluidsopname gemaakt en op een later tijdstip getranscribeerd. De interviews zijn aan de hand van een woordelijke transcriptie uitgewerkt (Baarda et al., 2013). Zie voor een voorbeeld van een deel van een transcriptie bijlage 3. Alle geanonimiseerde transcripties zijn op te vragen bij de onderzoeker. Later zijn aan de hand van de transcripties de interviews gecodeerd volgens methode van Migchelbrink, 2014. Het doel van deze benadering is geweest om convergerende thema's te identificeren uit de verschillende interviews (Baarda et al., 2013). Bij dit onderzoek is ervoor gekozen voor een open interview met gebruik van een interview guide, zoals te zien is in bijlage 4, wat het tot een half gestructureerd interview maakt. In de interview guide staat een aantal onderwerpen welke de onderzoeker tijdens het interview aan bod heeft laten komen, zonder daarnaast het interview te star te maken door alleen maar op deze interviewvragen in te gaan. Deze interview guide (zie bijlage 4) is opgesteld op basis van oriëntatie in de literatuur en de door de onderzoeker vastgestelde hoofd- en deelvragen. Door gebruik te maken van een gedeeltelijk open interview, is er veel ruimte voor persoonlijke opvattingen en belevingen van de deskundigen overgebleven. De transcripties hiervan kunnen mogelijk voor een volgend onderzoek weer hypothese genererend werken (Migchelbrink, 2016).

4.3.3. Vragenlijsten

Voor het beantwoorden van deelvraag 4 is ook gebruik gemaakt van een tweetal vragenlijst. Eén van deze vragenlijsten is de VSOG-vragenlijst. Deze vragenlijst is een gestructureerde vragenlijst welke wetenschappelijke onderbouwd is (*Verkorte schaal voor ouderlijk gedrag (VSOG)*, z.d.). Het idee van het gebruiken van deze vragenlijst is geweest om aan te tonen dat de deelnemende ouders voor de tweede vragenlijst daadwerkelijk ouders betreft die een autoritaire opvoedstijl hanteren. De VSOG is door de deskundigen afgenomen bij zeven ouders. Daaropvolgend hebben deze zelfde zes ouders de vragenlijst 'Effectmeting' ingevuld, een tweede vragenlijst met als doel te bekijken hoe de opgedane ervaringen tijdens ArVT na zes maanden tijd in de praktijk door ouders succesvol is toegepast, zie bijlage 1. Deze vragenlijst bestaat uit een 12-tal stellingen waarbij per stelling de ouder dient aan te geven in welke mate hij het eens is met de stelling. De vragenlijst bestaat uit 12 vragen. Het meetniveau is een interval, variërend van één tot en met vijf, waarbij één betekent dat de ouder opgedane ArVT- vaardigheden niet in de praktijk kon brengen en vijf dat deze vaardigheden en

psycho-educatie goed in de praktijk kon worden gebracht na de gestelde periode. Het kantelpunt om te beoordelen of ArVT na zes maanden een succesvolle implementatie had gemaakt werd gesteld op ≥ 39 punten, hetgeen 65% van de maximale score betrof.

4.4 Dataverzamelingsmethoden en data-analysen

De hoofdvraag is onderverdeeld in vier deelvragen. De deelvragen zijn getrianguleerd beantwoord. Op basis van deze vier antwoorden is vervolgens de hoofdvraag beantwoord. Bij elke deelvraag is individueel gebruik gemaakt van verschillende dataverzamelingstechnieken om de validiteit te vergroten (Baarda et al., 2013). Zo wordt er in ieder geval per deelvraag gebruik gemaakt van de transcripties van de interviews in combinatie met een oriëntatie in de literatuur, richtlijnen van de beroepsgroep, een gevalideerde vragenlijst en de zelf ontwikkelde vragenlijst 'Effectmeting'.

4.4.1 Kwalitatieve analyse

Zoals beschreven onder 4.3.2. is er op basis van de interviews als dataverzamelingsmethode gebruik gemaakt van de kwalitatieve analyse (Migchelbrink, 2016). Het betreft een inductieve benadering van de kwalitatieve analyse. Inductief coderen gaat uit van het afleiden van codes uit het empirische materiaal (te weten de interviews), om zo tot een theorie over een sociaal verschijnsel te komen (Boeije & Bleijenbergh, 2023). Hiermee heeft de onderzoeker getracht via een inhoudelijke ordening een beeld te krijgen van wat er in de verschillende interviews als beeld besloten ligt. De onderzoeker heeft hiervoor het stappenplan gebruikt uit Migchelbrink (2014). Om de geloofwaardigheid van de kwalitatieve analyse te vergroten heeft een externe partij naar de verschillende thema's meegekeken. Tijdens de kwalitatieve analyse, zie bijlage 5, zijn coderingen ontstaan. Tijdens de analyse zijn de desbetreffende coderingen toegespitst of geherstructureerd (Migchelbrink, 2016). Zo zijn alle transcripties geordend ordeningen zijn thema's en sub- thema's voortgekomen. Op basis daarvan is vervolgens een codeboom ontworpen, zie figuur 6. "Een codeboom is een visuele representatie van de codes die worden gebruikt bij het coderen en analyseren van gegevens in kwalitatief onderzoek" (Boeije & Bleijenbergh, 2023, p. 23). Door een gestructureerde en hiërarchische weergaven te maken van de categorieën en subcategorieën een helder overzicht gemaakt worden (Boeije & Bleijenbergh, 2023). Door het integreren van de informatie uit de codeboom, de vragenlijst en een oriëntatie in de literatuur konden de verschillende deelvragen worden beantwoord.

4.5 Kwaliteitscriteria

In deze paragraaf toont de onderzoeker aan dat dit onderzoek is gebaseerd op de voorwaarden zoals Migchelbrink, in 2007 beschrijft voor de bruikbaarheid van praktijkgericht onderzoek voor het werkveld. De aanleiding voor dit onderzoek is voortgekomen uit de praktijkervaring. Deze praktijkervaring is opgedaan bij een onafhankelijke beeldend therapeut die werkt met een diversiteit aan kinderen in de leeftijdscategorie van vier tot 12 jaar oud. Daarnaast heeft de opdrachtgever aangegeven dat er in de praktijk uitdagingen worden ervaren wanneer de opvoedstijl van ouders niet overeenkomt met de opvoedstijl die wordt geadviseerd binnen de context van ArVT. Dit heeft geleid tot moeizame implementatie van vaardigheden en technieken naar het gezin. Dit leidde tot de volgende probleemstelling om te onderzoeken wat er nodig is om de vaardigheden die door een kind tijdens beeldend Affectregulerende Vaktherapie zijn opgedaan te implementeren in een gezin waarvan de ouders een autoritaire opvoedingsstijl hanteren.

Door de voornaamste manier van onderzoek, namelijk semigestructureerde interviews met deskundigen, is er ruimte geweest voor opvattingen en wensen uit de praktijk. De oriëntatie in de literatuur ten aanzien van de implementatie van ArVT bij een autoritaire opvoedstijl maakt dat de onderzoeker een grondige analyse heeft van de praktijkproblematiek. Het onderzoek is haalbaar geweest binnen de gestelde tijd. Door zeer frequent contact tussen onderzoeker en opdrachtgever is er continue afstemming over de bruikbaarheid en de toepasbaarheid van de onderzoeksresultaten

geweest. Door zowel behandelaren, theorie als ouders te combineren wordt er gebruik gemaakt van triangulatie, zie voor een voorbeeld van hoe ik de triangulatie heb toegepast in bijlage 5. Hierdoor zijn de onderzoeksvragen niet alleen op een theoretische manier benaderd. Op deze manier is informatie hanteerbaar en kan deze in de praktijk worden toegepast. Informatie kan hierdoor een hulpmiddel zijn om het praktische handelen te beïnvloeden.

In het kader van validiteit is bij de categorisering van thema's voor de kwalitatieve analyse gebruik gemaakt van een externe partij. Dit betreft een inmiddels gepensioneerd gepromoveerde ergotherapeut. In onderling overleg zijn de thema's en sub- thema's minimaal aangepast. Triangulatie treedt op doordat er gebruik is gemaakt van diverse databronnen en perspectieven wat resulteert in versterking van de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten (Boeije & Bleijenbergh, 2023). Er is daarnaast overeenstemming gezocht tussen de gegevens over dezelfde verschijnselen en de data is met elkaar geïntegreerd (Migchelbrink, 2016) om tot een antwoord op de deelvragen te komen.

Om de trustworthiness (Smeijsters, 2006) van het onderzoek en de gebruikte methodologie te vergroten, is er in het verslag veel aandacht besteed aan onder andere de beschrijving van de onderzoeks-setting, de deskundigen, de deelnemers en de manieren en legitimatie van het onderzoek (*dependability, conformability en transferability*). Ook is voor publicatie van het onderzoek nog een terugkoppeling gedaan naar de evaluatiegroep om te vragen of de visie uit het onderzoek overeenkomt met de realiteit (*credibility*). Tijdens de voortgang van het onderzoek is meermaals met de onderzoeksbegeleider en medestudenten afgestemd. De deskundigen hebben door het half-gestructureerde interview veel ruimte gehad voor eigen inbreng van ideeën (*authenticity*). Tijdens het onderzoek is er door de onderzoeker een logboek bijgehouden van veranderingen in het onderzoek, zie bijlage 7.

4.6 Onderzoeks-ethiek en Algemene Vordering Gegevensbescherming (AVG)

Gedragscodes kunnen houvast geven voor het doen van ethisch verantwoord onderzoek en de omgang met persoonsgegevens (Verantwoord studentenonderzoek. Handreiking Wetenschappelijke Integriteit en AVG, 2022). Toestemming van de opleiding is verkregen na het laten goedkeuren van het onderzoeksvoorstel door zowel de Hogeschool Utrecht als van de opdrachtgever. Deze documenten zijn bij de onderzoeker geanonimiseerd op te vragen. Dataverzameling van zowel deskundigen als van ouders is verkregen na informed-consent. De ondertekende informed- consent formulieren zijn op te vragen bij de onderzoeker. Er is sprake van deelname op vrijwillige basis, waarbij er geen sprake is van direct of indirecte dwang van deelname aan het onderzoek. Deelnemers hebben vooraf informatie over het onderzoek zowel mondeling als via een informatiebrief gekregen. De deelnemers kregen bedenktijd en de mogelijkheid tot het stellen van aanvullende vragen voor het besluit wel of niet aan het onderzoek deel te nemen. Op ieder moment kon deelname worden gestaakt in het geval dit de wens is. Dit kon gebeuren zonder reden door de deelnemer.

Dataverzameling is gedaan door interviews via Microsoft Teams op het beveiligde netwerk van de Hogeschool Utrecht (*Microsoft Teams*, z.d.). Transcripties en verkregen ingevulde vragenlijsten zijn digitaal verwerkt enkel en alleen binnen de door een wachtwoord beveiligde omgeving van Hogeschool Utrecht. Verder databeheer is alleen via de beveiligde omgeving van de Hogeschool Utrecht uitgevoerd. Er is niet gewerkt met papieren vragenlijsten en/of USB-sticks of Cloud systemen. Voor de traceerbaarheid zijn de initiële onderzoek-data bewaard op de server van de Hogeschool Utrecht. Communicatie met derden verliep altijd via de beveiligde e-mail van de Hogeschool Utrecht. Bij de publicatie van resultaten zijn ook de belangen van zowel de opdrachtgever als de studie-instelling in acht genomen en hier zijn geen knelpunten gezien. De resultaten van de vragenlijsten met betrekking tot de individuele ouders zijn volledig geanonimiseerd.

5. Resultaten/ bevindingen

Leeswijzer: de hier op volgende vier deelvragen worden apart beantwoord en geanalyseerd aan de hand van diverse bronnen van dataverzameling. De deelvragen zijn beantwoord aan de hand vanuit de uitkomsten van interviews met beeldend therapeuten, een systeemtherapeut, oriëntatie in de literatuur en vragenlijsten. Na elke deelvraag wordt een conclusie getrokken op basis van triangulatie vanuit de verschillende bronnen. Zie hiervan een voorbeeld in bijlage 5. Bij verwijzing naar een deskundige wordt verwezen met 'D'. Een voorbeeld van de transcripties is te zien in bijlage 3.

5.1 Deelvraag 1

In hoeverre is er een verband tussen intergenerationele overdracht, het hanteren van een autoritaire opvoedingsstijl door ouders en de hechtingsrelatie van kinderen?

Wanneer een kind in therapie komt, heb je als beeldend therapeut naast het kind automatisch ook met het systeem, dus allerlei factoren rondom dit kind, te maken. Denk hierbij aan familie, de familiegeschiedenis, het land van herkomst en bijvoorbeeld draagkrachten en draaglasten van het kind en zijn of haar ouders. Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn vier beeldend therapeuten en één systeem therapeut geïnterviewd. Ook is er een oriëntatie in de literatuur gedaan.

Interviews

Interviews beeldend therapeuten

Opvoeding

Ouders kloppen niet voor niks aan bij gezinsbegeleiding, zo vertelt D1. Ouders zien op die momenten [wanneer een kind probleemgedrag laat zien] ook graag zelf verandering. Zo vertelt D5: *“Dat ouders beter willen dan hoe hun ouders het hebben gedaan.”* Ook voegt D1 hieraan toe dat het zij tijdens therapie ziet ouders zich kunnen inleven in hun kind. Vaak hebben ouders zelf namelijk ook een kind-deel wat gebrek heeft gehad (D1).

Vanuit de Affectregulerende Vaktherapie (ArVT) behandeling wordt van een ouder gevraagd sensitief en responsief te zijn naar signalen van het kind (D1). Wanneer de beeldend therapeut de ArVT behandeling toepast op het gezin, kan wanneer thuis een autoritaire opvoedstijl wordt gehanteerd, wrijving ontstaan in de implementatie van de behandeling (D2). De behandeling sluit dan niet goed aan (D1). Wat je vaak ziet is dat de mentaliserende ouder ontbreekt (D4). Dat wil zeggen dat de ouder aannames maakt van het kind die niet aansluiten op de innerlijke belevingswereld van hun kind (D4).

Intergenerationele overdracht

Wanneer ouders in therapie komen zien zij zelf ook graag zelf verandering in het gezin. Ouders willen op die momenten betere ouders zijn (D5). Een helpende factor tijdens het beeldend therapeutisch proces is wanneer ouders zich kunnen inleven in hun kind, omdat zij zelf dat kind-deel hebben wat gebrek heeft gehad (D1). Als ouders op een contraproductieve manier reageren op de behoefte van het kind kan het zijn dat bepaalde ontwikkelingsprocessen niet tot bloei kunnen komen, een connectie met de binnenwereld van het kind kan hierdoor ontbreken (D2). Dit kan bijvoorbeeld voorkomen op het moment dat het mentaliserende vermogen bij een ouder ontbreekt (D4).

Autoritaire opvoeding

Als een mentaliserende ouder ontbreekt kan een vicieuze cirkel ontstaan. Een ouder kan begrijpen wat er van hem of haar gevraagd wordt om het mentaliserend vermogen te bevorderen. Wat (D4) alleen regelmatig ziet gebeuren is dat ouders het gewoon niet doen. D4 Geeft een voorbeeld: *“Die*

moeder zegt 'je bent elke dag de hele tijd boos' en hij [het kind] zegt van: 'nee ik ben helemaal niet boos', dus zij heeft echt geen idee." Dit is een voorbeeld van een ouder die zich 'wetend' opstelt met als gevolg dat het kind boos kan worden omdat het zich niet erkend voelt in zijn of haar emoties (D4). Er is dan een gebrek van betrokkenheid vanuit de ouder naar het kind toe (D2). Gezinnen waar een autoritaire opvoedstijl wordt gehanteerd zijn vaak niet nieuwsgierig naar de binnenwereld van een kind, verteld D4. Ouders zeggen dan dat een kind liegt en dingen het expres doet. Wanneer dit het geval is komt het ArVT traject niet opgang (D4). Soms vindt dwingend ouderschap zelfs in de therapieruimte plaats (D4).

Interview systeem therapeut

Intergenerationele overdracht

Vanuit het interview met de systeemtherapeut komt vaak naar voren dat het helpend is om meer inzicht te krijgen hoe je zelf bent groot geworden. Op die manier krijg je als ouders meer inzicht over hun aandeel en een stukje van hun kind (D5). Wat hiermee wordt aangegeven is dat door ook ouders te betrekken tijdens therapie je een beter beeld krijgt van het gezin, manier van opvoeden, culturele kenmerken en onder andere tradities. Door vanuit hun eigen geschiedenis te reageren op de behoefte van een kind kan dit contraproductief zijn voor het ArVT traject (D5). Op het moment dat er meer inzicht is in hoe je zelf bent groot geworden dan helpt dit om ook meer inzicht te krijgen in een stuk van het kind (D5). Interessant om de context van een gezin helder te krijgen is om te weten waar hoe het gezin van herkomst is samengesteld. Hoe wil het gezin samen de opvoeding doen, wat hebben ouders vanuit het gezin van herkomst meegenomen en wat willen deze ouders achterlaten? (D5). Wanneer het de systeemtherapeut opvalt dat het probleemgedrag dieper ligt verplaatst de prioriteit van de therapie zich van het probleem naar onderliggende problematiek. Dan wordt niet in eerste instantie het probleemgedrag van het kind aangepakt maar wordt er ook gekeken naar onderliggende ontwikkelingsprocessen van de ouders waar mee aan de slag moet worden gegaan (D2).

Oriëntatie in de literatuur

Opvoeding

Traumatische ervaringen uit het verleden kunnen diepgewortelde emotionele en psychologische effecten hebben, die vervolgens van invloed kunnen zijn op de manier van opvoeden van ouders (Bremner et al., 1993; Zlotnick et al., 1996). Wanneer ouders zelf traumatische ervaringen hebben meegemaakt kunnen ze mogelijk moeite hebben om veilige hechtingsrelaties met hun kinderen te ontwikkelen (Oliver, 1993). De manier waarop een kind zich dan ook aan de ouder hecht, wordt sterk beïnvloed door het huidige interne werkmodel van de ouder met betrekking tot gehechtheid (Main & Goldwyn, in druk; Van IJzendoorn, 1992). Daarnaast wordt volgens Main & Goldwyn (1992) verondersteld dat het gehechtheidsmodel van de ouder de openheid voor de signalen van het kind beïnvloedt, wat op zijn beurt weer invloed heeft op de kwaliteit van het gehechtheidsmodel van het kind. Traumatische ervaringen kunnen leiden tot een verhoogde angst en controle in de opvoeding, wat zich manifesteert tot een autoritaire opvoedingsstijl (Oliver, 1993). Kenmerken van een autoritaire opvoedstijl zijn onder andere weinig ruimte voor de autonomie van het kind, strenge regels en een straffend klimaat wanneer het kind niet gehoorzaamt (Baumrind, 2012). Open communicatie en empathie komen minder vaak voor (van IJzendoorn, 1994).

Intergenerationele overdracht

Er zijn verschillende vormen van overdracht. Het eerste model is gebaseerd op het rolmodel hypothese: een kind neemt de ouder als rolmodel (van IJzendoorn, 1994). Het tweede model draagt de ouder 'ongewild' en onbewust kennis, vaardigheden en attitudes over, die later het pedagogisch handelen van het kind beïnvloeden (van IJzendoorn, 1994). De laatste vorm van intergenerationele overdracht is gebaseerd op de gehechtheidstheorie. van IJzendoorn (1994, p. 42) omschrijft deze

vorm van intergenerationele overdracht als een intergenerationele overdracht van gehechtheid als proces waarbij gehechtheidspatronen en stijlen worden doorgegeven van ouders naar kinderen. Intergenerationele overdracht kan van invloed zijn op de gehechtheidspatronen en -veiligheid van het kind. Deze patronen blijven vaak meerdere generaties stabiel (van IJzendoorn, 1994).

Onaangepast verwerkingsgedrag belemmert het leren van nieuw gedrag, vergroot de kwetsbaarheid en kan op zijn beurt nieuwe stress veroorzaken (van IJzendoorn, 1994). In een onderzoek van Itkin (1952) naar intergenerationele overdracht van gehechtheid is dan ook een samenhang gevonden tussen de representatie van gehechtheid bij ouders en de hechtingsrelatie met het kind.

Het besef dat problemen vooral ontstaan door gezinsrelaties en de onderlinge verhoudingen tussen gezinsleden is een van de belangrijkste ontwikkelingen binnen gezinstherapie. “Een probleem organiseert een systeem” (Goolishian, 1990, p. 176). Door goed in beeld te hebben hoe een gezinssysteem in elkaar zit, is er een duidelijk verband te zien tussen hoe enerzijds opvattingen en trauma gerelateerde problemen in een gezin in stand gehouden blijven of invloed hebben op de ontwikkeling van een kind (Mooren et al., 2006).

Autoritaire opvoedingsstijl

Baumrind (1991) onderscheidt twee dimensies van opvoedingsstijlen.

1. De ouderlijke warmte en ondersteuning waarbij een ouder zich sensitief beschikbaar is voor de signalen en behoeften van het kind.
2. De opvoedingsstijl waarbij een ouderlijke controle wordt gehanteerd. Deze controle verwijst naar het bieden van structuur. De focus is hier vooral gelegd op gehoorzaamheid stimuleren.

Rigter (2020) omschrijft de autoritaire ouder ook wel als een ouder die veel controle maar weinig warmte te bieden heeft. In de westerse cultuur wordt dan ook de autoritatieve opvoedingsstijl nagestreefd (De Winter, 2004). Zo vertelt Tielemans (2019) dat het effect van autoritair opvoeden het effect op een kind kan hebben dat het volgbaar wordt en een lange weg te gaan heeft om een eigenheid te ontwikkelen. De sociale omstandigheden van het gezin waarin een kind opgroeit kan wanneer deze niet gezond is als risicofactor worden beschouwd. Rigter (2020) bevestigt dat risicofactoren op het niveau van de ouders en het gezin de aanwezige problematiek kan vergroten.



Figuur 6

Voorbeeld van opvoedingsstijl van ouders en gedragsproblematiek van het kind die elkaar in stand houden. Overgenomen uit *Handboek ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen* (p. 311) door J. Rigter, 2020, Uitgeverij Coutinho, Bussum.

Monitoring verwijst naar het toezicht houden op het kind (Rigter, 2020). Monitoring kan echter ook doorslaan wanneer bijvoorbeeld een kind over beschermd wordt opgevoed (Hoeve, 2008). Een opvoedingsstijl van ouders en gedragsproblematiek van het kind kunnen elkaar in stand houden. Ouders lokken met inadequaat opvoedingsgedrag gedragsproblemen bij hun kind uit en het kind lokt slecht ouderschap uit. Als gevolg hiervan kan de ouder veel stress ervaren. Een verhoogt niveau van stress kan de ouder-kindrelatie en het ouderschap echter negatief beïnvloeden (Janssens & van As, 2005).

Conclusie

In hoeverre is er een verband tussen intergenerationele overdracht, het hanteren van een autoritaire opvoedingsstijl door ouders en de hechtingsrelatie van kinderen?

Drie van de vijf geïnterviewde therapeuten geven aan dat intergenerationele overdracht de oorzaak kan zijn van een autoritaire opvoedstijl (D2, D4, D5). Dit komt overeen met de literatuur waarin gesteld wordt dat de manier waarop ouders zijn opgegroeid en eventuele traumatische ervaringen die zij hebben meegemaakt van invloed kunnen zijn op hun manier van opvoeden en de kwaliteit van de hechtingsrelatie met hun kinderen (Bremner et al., 1993; Zlotnick et al., 1996). Main & Goldwyn (1992). Dit wordt bevestigd door D4 die zegt dat ouders slechts een beperkte mate van een gezonde hechtingsrelatie met hun kinderen hebben wanneer het mentaliserende vermogen als gevolg van een autoritaire opvoedingsstijl van een ouder ontbreekt. Als ouders een gebrek aan openheid en empathie tonen en een autoritaire opvoedingsstijl hanteren kan dit leiden tot een verstoorde gehechtheid en onveilige hechting bij het kind (Rigter, 2020). Het is om deze reden belangrijk niet alleen het kind te begeleiden, maar ook het gezin/het systeem/de ouders. Als ouders inzicht krijgen in de reden waarom zij een autoritaire opvoedstijl gebruiken en dat deze opvoedstijl mogelijk invloed heeft op het door hen ongewenste gedrag van hun kind kan er pas een opening worden gecreëerd naar gedragsverandering (van As, 1999). Daarom hebben we onderzocht in deelvraag twee welke invloed een autoritaire opvoedstijl heeft op de affectregulatie van een kind.

5.2 Deelvraag 2

Welke invloed heeft een autoritaire opvoedingsstijl op de affectregulatie van een kind?

Als beeldend therapeut is het belangrijk de context waarin een persoon leeft mee te nemen in de behandeling. Ouders, psycho-educatie en factoren die een succesvolle behandeling mee- en tegenwerken moeten geïntegreerd worden in de therapie.

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is eveneens gebruik gemaakt van de bevindingen van het kwalitatieve onderzoek waarbij vijf therapeuten zijn geïnterviewd, aangevuld met informatie uit de literatuur en professionele richtlijnen.

Interviews

Interviews vaktherapeuten

Omgevingsfactoren die niet wenselijke kind- factoren in stand houden

De context van het gezin is van grote invloed op hoe Affectregulerende vaardigheden thuis toegepast gaan worden. Vier van de vijf geïnterviewden bevestigd dat de omgeving van negatieve invloed kan zijn op het therapeutisch proces van het kind (D1, D2, D4 en D5). Dit belemmert de implementatie van Affectregulerende vaardigheden die door een kind zijn opgedaan. Als ouders niet openstaan voor therapie is het lastig om die vertaalslag te maken, dit werkt zelfs contraproductief (D4). Dwingend ouderschap staat volgens de richtlijnen van het NJI als in standhoudende factor van gedragsproblemen (D4). Er zijn die ouders overtuigd van hun eigen gelijk (D2) met als gevolg dat ouders niet affectief of empathisch reageren op de eventuele behoefte van het kind (D2). Niet sensitief om te gaan met de signalen van het kind is in standhoudend als gekeken wordt naar de gedragsproblemen van het kind (D4).

Beeldend therapeut als middel

De benadering van de beeldend therapeut vormt een cruciale factor bij het verloop van de therapie waarbij het kind, het gezin en de toepassing van psycho-educatie allemaal betrokken zijn. Het kind moet echter zo kort mogelijk in therapie dus die klik moet zo snel mogelijk gemaakt worden (D4). Een beeldend therapeut betreft ouders tijdens het ArVT traject door psych-educatie te bieden aan ouders. Door ouders te voorzien van kennis en tools zal dit helpend zijn bij het ondersteunen van de therapie en het bevorderen van het welzijn van het kind (D2). Psycho-educatie materiaal zoals de ijsberg en het poppetje kunnen hierin erg helpend zijn (D4). Het is belangrijk voor beeldend therapeuten om de rol van ouders en het gezinssysteem te erkennen en actief te betrekken bij de therapie (D5). Door de context van het gezin te begrijpen, kunnen beeldend therapeuten specifieke interventies en ondersteuning bieden om deze negatieve invloeden te verminderen en een positieve omgeving te creëren die bevorderlijk is voor de overdracht en integratie van aangeleerde vaardigheden. Voorbeelden van deskundige D1, D4 en D2 onderschrijven deze belemmerende factoren.

De beeldend therapeut fungeert als de verbindende factor tussen deze verschillende elementen en zijn/ haar rol is essentieel voor het succes van de therapie. Daarnaast heeft de beeldend therapeut een belangrijke rol in het betrekken van het gezinssysteem bij de therapie. Bovendien fungeert de beeldend therapeut als een brug tussen het kind, het gezin en andere relevante systemen zoals school of andere zorgverleners (D3). Door te zorgen voor een frequente communicatie en samenwerking met een gezin kan de beeldend therapeut zorgen dat niet alleen met het kind gewerkt wordt maar ook ouders betrokken worden in het therapeutisch proces (D2).

Factoren die niet wenselijke kind- factoren in stand houden

Als gevolg van belemmerende omgevingsfactoren worden de niet wenselijke kind- factoren in stand gehouden (D2). In dergelijke situaties kan het voor de beeldend therapeut moeilijk zijn om tot het kind door te dringen en de aandacht te verleggen naar de binnenwereld (D4). Achter lastig gedrag kan ook zitten dat een kind angstig is, of heel verdrietig en eenzaam. Dus die binnenwereld kan anders zijn dan wat je aan de buitenkant van het kind ziet (D2). Het is van belang voor de beeldend therapeut om zich bewust te zijn van deze omgevingsfactoren en om strategieën te ontwikkelen die de invloed ervan verminderen, zodat er ruimte ontstaat voor het verkennen van de binnenwereld van het kind (D3). Het kind is vaak nog veel te veel vanuit andere delen van het brein aan het reageren wat maakt dat het kind zijn eigen gedrag nog helemaal niet kan sturen (D3). Door cognitief het kind te benaderen [hetgeen ouders soms doen] overvraag je dan ook het kind (D3).

Oudergedrag dat het kind etiketteert

Drie van de vijf geïnterviewden laat zien dat misverstanden tussen ouder en kind, als gevolg van oudergedrag dat het kind etiketteert, kunnen leiden tot een toename van probleemgedrag bij het kind (D2, D3, D4). In dit kader kan het etiketteren van een kind plaatsvinden als ouders het kind herhaalde negatieve labels of stereotypen toekennen, bijvoorbeeld een moeder die het kind als boos bestempelt waarop vervolgens het kind dit zelf ontkracht (D4). Soms vindt dwingend ouderschap zelfs in de therapieruimte plaats (D4). “Knoei niet zo, zit eens stil en hou nou eens op” (D4). In situaties waarin ouders menen te weten waarom het kind zich op een bepaalde manier gedraagt, kan er vaak een gebrek zijn aan betrokkenheid vanuit de ouder naar het kind toe (D3). Ouders die denken zeker te weten dat het kind iets expres doet (D2). Een ouder die zeker weet dat het kind liegt of iets expres doet of de ouder zit te storen (D4).

Ouders lijken kinderen, ook tijdens therapie, cognitief al snel hun kind te overvragen vanuit een autoritaire opvoedingsstijl (D3). Het ontbreken van een affectieve relatie en vertrouwensband tussen ouder en kind kan vervolgens leiden tot misinterpretaties en miscommunicatie waardoor het kind zich mogelijk onbegrepen voelt en het probleemgedrag verergert (D2).

Oriëntatie in de literatuur

Onder relationele agressie wordt agressie in de communicatie naar derden verstaan.

In overeenstemming met de sociale leertheorie (Bandura, 1973) kan de associatie tussen ouderschap en relationele agressie worden verklaard door modeling. Wanneer bijvoorbeeld gekeken wordt naar de gehechtheidstheorie van Bowlby (1969- 1982) ontwikkelen kinderen interne werkmodellen van de (sociale) wereld op basis van hun vroege ervaringen met hun ouders. Zoals D4 eerder in deze paragraaf ook onderbouwt zal het kind wanneer een ouder sensitief en responsief is een veilige hechtingsrelatie met zijn of haar ouders ontwikkelen. Opgroeien met een ongevoelige en niet-reagerende ouder kan daarentegen het kind in gevaar brengen doordat een onveilige hechtingsrelatie ontwikkeld wordt (Kwong & Hayes, 2017). Ainsworth (1978) toont daarnaast aan dat onveilige gehechtheid een risicofactor is voor het ontstaan van externaliserende problemen. Gerelateerd aan de gehechtheidstheorie, richt de emotieregulatietheorie zich op factoren die van invloed zijn op de vroege ontwikkeling van emotieregulatie en de rol hiervan in de latere sociale en emotionele ontwikkeling (Crockenberg, Leerkes, & Lekka, 2007). Het resultaat van een autoritair opvoedingsstijl is het krijgen van een volgzaam kind dat een lange weg heeft te gaan om een eigenheid te ontwikkelen (Tieleman, 2019). Van As (1999), Munoz-Silva et al., (2017) en Baumrind & McCandless (1971) tonen daarnaast aan dat een risicovolle opvoedingsstijl zeer negatieve gevolgen kan hebben voor de ontwikkeling van het kind en voor de kwaliteit van de relatie tussen ouder en kind. Zo is er een verband tussen gebrek aan ondersteuning, het uitoefenen van te veel autoritaire controle samen met problematisch gedrag van kinderen (van As, 1999).

Bij een autoritaire opvoedingsstijl kan zowel externaliserend als internaliserend probleemgedrag ontstaan. Waarbij het ene kind zich zal verzetten tegen het autoritaire gedrag van de ouder zal het andere kind zich terugtrekken. Hoe dit probleemgedrag tot uiting komt hangt af van de persoonlijkheid van het kind (van As, 1999), daarentegen is de kans op internaliserend gedrag bij introverte kinderen groter, bij extraverte kinderen is de kans op externaliserend gedrag groter (Tielemans, 2019).

Conclusie

Welke invloed heeft een autoritaire opvoedstijl op de affectregulatie van een kind?

Vier van de vijf geïnterviewden tonen aan dat de context van het gezin van grote invloed is op hoe Affectregulerende vaardigheden thuis toegepast gaan worden (D1, D2, D3, D5). Dwingend ouderschap wordt gezien als een in standhoudende factor voor gedragsproblemen volgens de richtlijnen van het NJI (D4). Ouders kunnen overtuigd zijn van hun eigen gelijk (D2) en daarnaast het gedrag van het kind etiketteren. Deze factoren kunnen leiden tot een toename van het probleemgedrag. Het ontbreken van een affectieve relatie en vertrouwensband tussen ouder en kind kan daarnaast leiden tot misinterpretaties en miscommunicatie waardoor het kind zich mogelijk onbegrepen voelt en het probleemgedrag verergert. Van As (1999), Munoz-Silva et al., (2017) en Baumrind & McCandless (1971) tonen aan dat een risicovolle opvoedingsstijl zeer negatieve gevolgen kan hebben voor de ontwikkeling van het kind en voor de kwaliteit van de relatie tussen ouder en kind. Zo is er een verband tussen gebrek aan ondersteuning, het uitoefenen van te veel autoritaire controle samen met problematisch gedrag van kinderen (van As, 1999). Om deze reden is het belangrijk de ouders inzicht te geven in het verband tussen hun gedrag en het gedrag van het kind. We wilden daarom weten in hoeverre psycho-educatie de ouders handvaten geeft om met vertrouwen anders met het kind om te gaan. Of zij dan inderdaad ervaren dat het gedrag van hun kind beïnvloedbaar is, gereguleerd wordt en de ouder-kind relatie verbetert/hanteerbaar wordt.

5.3 Deelvraag 3

In hoeverre draagt psycho-educatie bij aan het vergroten van het gevoel van zelfvertrouwen bij ouders in relatie tot Affectregulerende vaardigheden?

Om te zorgen dat er geen kloof ontstaat tussen ouder en kind en tussen beeldend therapeut en ouder is de ArVT behandeling onlosmakelijk gekoppeld aan het gezinssysteem in z'n geheel in plaats van alleen aan het kind individueel therapie te geven. Wanneer dit wel gebeurt ontwikkelt het kind ArVT vaardigheden terwijl ouders achterblijven. Wanneer dit het geval is, is dat schadelijk voor het kind.

Interviews

Interviews vaktherapeuten- en systeemtherapeuten

Benadering van het gezin

Alle vijf geïnterviewden geven aan dat ArVT eigenlijk niet mogelijk is zonder ouders te betrekken. Om te voorkomen dat er een kloof ontstaat tussen ouder en kind, en tussen beeldend therapeut en ouder is de behandeling van ArVT onlosmakelijk verbonden met het gezinssysteem als geheel, in plaats van alleen individuele therapie aan het kind te geven (R5). Wanneer de ArVT- vaardigheden alleen bij het kind worden ontwikkeld, terwijl ouders achterblijven (R5). Het is van groot belang dat ouders actief betrokken worden bij de therapie, zodat er een samenhangend gezinsklimaat gecreëerd wordt dat bevorderlijk is voor het succes en duurzaamheid van de implementatie van therapie. Daarnaast is het van belang om de communicatie en dynamiek tussen ouders te kunnen observeren (D3). Ook de opdrachtgever bevestigt eerst met ouders aan het werk te willen gaan en wordt ernaar gestreefd de eerste drie sessies zelfs met het complete gezin te doen (D1).

De combinatie van de behandeling van het kind en ouders *samen* is de sleutel voor een succesvolle implementatie van vaardigheden in het gezin, laat alle vijf de geïnterviewden zien. Dit kan op verschillende manieren plaatsvinden. Zo werken D1 en D5 regelmatig samen. ArVT en het systeem moet samen in een combinatie geplaatst worden (D5). Zo is de systeemtherapeut met het kind aan het werk via ouders (D5). In eerste instantie is vaak alleen het kind in behandeling (D3), maar op een gegeven is het ook interessant het gezin te zien (D3).

De basishouding van de beeldend therapeut is empathisch en gebaseerd op het begrijp dat de ouder het beste voor zijn kind wil (D5). Door een empathische benadering kan de beeldend therapeut de ouder ondersteunen en begrip tonen voor hun zorgen en intenties ten aanzien van het welzijn van het kind. Door samen met ouders opzoek te gaan, het menselijke contact, dat is de sleutel (D5). Wanneer het ArVT proces niet op gang komt is het van belang te analyseren waar het proces stagneert (D3). Het blijft ook nog zoeken hoe de implementatie van vaardigheden geborgd kan worden, bevestigd drie van de vijf geïnterviewden (D2, D3 en D4).

De beeldend therapeut zegt niet hoe het moet maar helpt begrijpen

De kracht van een beeldend therapeut tijdens een ArVT traject ligt in het vermogen om ouders inzicht te geven in de reeds aanwezige groeibevorderende factoren die zij als ouders

al bezitten. Dit inzicht stelt ouders in staat om op een duurzame manier de geleerde vaardigheden en strategieën over te dragen naar het gezin. Door te benadrukken wat al goed werkt, kunnen ouders de nodige tools en inzichten krijgen om effectief om te gaan met uitdagingen in het gezin (D5). Zo is D1 haar vuistregel om ouders niet te gaan vertellen hoe ze het kind opvoeden, zo zit beweging bij ouders met een beetje coaching vanuit ons (D5). Soms zijn ouders zich namelijk niet bewust van wat ze al kunnen (D5). Therapie verloopt succesvol wanneer ouders dusdanig veel vertrouwen in zichzelf krijgen dat ze het kind mee kunnen krijgen (D5). Als je als ouder de emoties van jezelf beter begrijpt kan je je ook beter verhouden tot je kind.

Zo bevestigt (D2) dat het afdwingen van een specifieke opvoedingsaanpak de autonomie van ouders ondermijnd. Daarnaast hebben ouders de meeste invloed op het dagelijks leven van hun kind en zijn zij het best in staat om duurzame veranderingen te realiseren (D5).

Kindfactoren waarmee ouders moeten dealen

Om ArVT goed te kunnen implementeren is het essentieel dat ouders rekening houden met onveranderlijke factoren (D4). Elk kind heeft namelijk zijn of haar eigen temperament, z'n sociaal emotionele leeftijd en cognitief denkvermogen (D4). Wanneer dit aanvaard wordt kunnen ouders zich richten op het ondersteunen en begeleiden van hun kind op een manier die past bij zijn of haar individuele behoeften (D3). Zo bevestigen drie van de vijf geïnterviewden dat het een kwestie van uitpluizen en puzzelen is hoe het kind nou daadwerkelijk in elkaar zit en wat het kind nodig heeft om uiteindelijk een optimum in de ontwikkeling te bereiken (D2, D4 en D5).

Empowerment door inchecken

Tijdens het monitoren van de therapie vinden regelmatig evaluatiemomenten plaats met ouders, bevestigen D3, D2 en D1. Het streven is namelijk een succesvolle implementatie van vaardigheden naar het gezin te realiseren, aangezien dit het uiteindelijke doel van de therapie is (D4). Het evalueren van therapie biedt de mogelijkheid om eventuele aanpassingen of aanvullende interventies te implementeren en indien nodig, om de effectiviteit van de therapie te vergroten.

Oriëntatie in de literatuur

Het kan moeilijker zijn voor ouders van kinderen die regelmatig boos gedrag vertonen om consistent en kalm grenzen te blijven stellen en toezicht te houden (Van Broeck & Braet, 2011). Ouders spelen daarentegen een cruciale rol om het kind te leren zichzelf te reguleren bij stressvolle verandering in de sociale omgeving (Van Hout et al., 2021). De toename van onmacht of irritatie bij de ouder als reactie op het boze gedrag kan de ouderlijke co-regulatie met het kind negatief beïnvloeden (De Brock, 1994). Een opvoedstijl waar de nadruk ligt op controle, ofwel een autoritaire opvoedstijl, kan voortkomen uit verschillende factoren zoals intergenerationele overdracht of een laag zelfbeeld (De Brock, 1994). Ouders die onzeker zijn over hun manier van opvoeden kunnen de behoefte hebben om autoriteit uit te oefenen op als een manier van controle en het krijgen van bevestiging (Van Hout et al., 2021).

Boos gedrag van een kind op zichzelf is geen directe aanleiding voor de psycho-educatieve behandelmodule van Hell, M., et al., (2019). De indicatie voor deze module is erop

gebaseerd om te onderzoeken hoe ouders om kunnen gaan met het gedrag van hun kind wanneer emoties oplopen (Hell, M., 2019). Zo bevestigt Bannink & den Haan (2015) dat ouders die zich aanmelden voor gedragsproblematiek van het kind zijn zich vaak namelijk niet bewust van hun eigen mate van opwinding en hoe dit van invloed is op het drag van het kind. Daarbij wordt het vermogen van het kind om emoties te reguleren vaak overschat (Riksen-Walraven, 2002)

Verschillende factoren zoals het kind (bijvoorbeeld een angstige aanleg), de ouder (bijvoorbeeld beperkte pedagogische vaardigheden), en de omstandigheden (bijvoorbeeld armoede of overbelasting), kunnen de wederzijdse afstemming en regulatie verstoren (Hell, M., 2019). Ook kan er sprake zijn van in standhoudende factoren tussen het kind en de ouder die elkaar op een negatieve manier beïnvloeden (Hell, M., 2019). Als er grote afstemmingsproblemen zijn tussen ouder en kind kan om deze reden psycho-educatie gecombineerd worden met andere interventies die aansluiten op de ouderfactor. Dit kan door middel van bijvoorbeeld “Zachtjes balen met Toontje” (Hell, M., 2019), een Basic Trust behandeling (*Basic Trust - basis voor vertrouwen*, z.d.) oplossingsgerichte therapie (Van Hout et al., 2021) of meervoudige gezinstherapie (Van Hout et al., 2021).

De dramatherapeutische ouder- kind behandeling met behulp van een handpop genaamd ‘Toontje’ is gericht op het reguleren van spanning en boosheid bij frustratie (<https://zachtjesbalen.nl>, z.d.). Deze behandeling is specifiek ontworpen voor ouders en kinderen tussen de zes en negen jaar oud en heeft als doel om adequaat gedrag te versterken in reactie op frustratie bij het kind (Hell, M., 2019). Het proces omvat een gesprek en spelobservatie met zowel de ouder als het kind om beschermende en belemmerende factoren bij het reguleren van boosheid en spanning te identificeren (<https://zachtjesbalen.nl>, z.d.). Vervolgens worden deze factoren besproken met de ouders en wordt er een behandelvoorstel gedaan. Daarna volgt een psycho-educatiesessie voor ouders waarin ze leren hoe ze spanning en boosheid kunnen reguleren (Hell, M., 2019).

De basic trustmethode is erkend als effectieve interventie voor kinderen tussen de 2- 12 jaar oud, met gedrags- en/ of emotionele problemen in hun opvoeding (*Basic Trust - basis voor vertrouwen*, z.d.). De methode bevordert het basisvertrouwen in gezinssettingen met problematische hechtingsrelaties waarbij gebruik wordt gemaakt van video- opnamen van ouder- kind interacties, zodat beeldend therapeuten in staat zijn om het gedrag en de interacties tussen ouder en het kind te analyseren en observeren (*Basic Trust - basis voor vertrouwen*, z.d.). Instructies worden gegeven om het basisvertrouwen te bevorderen en stress te reguleren (Colonnesi et al., 2013).

Bij oplossingsgerichte therapie ligt de focus op de toekomst en de gezonde, groeibevorderende factoren van het gezin (Van Hout et al., (2021). Door ouders te laten ervaren wat ze al goed doen creëert dit een gevoel van zelfvertrouwen en een stuk regie om gezinspatronen te veranderen, of zoals Bandura (1977) dit noemt: self-efficacy). Naast een algemeen gevoel van self-efficacy is het voor ouders ook belangrijk om zich bekwaam te voelen in het opvoeden. Onderzoek van Van Hout et al., (2021) heeft aangetoond dat self-efficacy sterk samenhangt met ouderlijke competenties, ouder- kind relatie, psycho-sociaal welbevinden van de ouder en de ontwikkeling van het kind. Factoren die overeenkomen met stressoren waarmee multi-probleemgezinnen mee te maken hebben (Wittkowski e.a.,

2016). Een laag gevoel van self-efficacy belemmert het aanleren en toepassen van vaardigheden. Ouderschapsinterventies die zich alleen richten op kennis en vaardigheden, zonder aandacht voor het vergroten van self-efficacy, zijn mogelijk onvoldoende effectief voor ouders met een laag zelfvertrouwen (Van Hout et al., 2021).

Meervoudige gezinstherapie is een combinatie van groepstherapie en systeemtherapie. Groepstherapie biedt de mogelijkheid aan gezinnen om elkaar onderling steunen (Van Hout et al., 2021). Ook worden effectieve communicatietechnieken en concrete vaardigheden aangeboden die actief bij kunnen dragen aan het verminderen van het probleemgedrag. Door dit in groepsverband te doen geeft dit de ouders een gevoel van controle en empowerment (Van Hout et al., 2021).

Psycho-educatie kan bijdragen aan het doorbreken van intergenerationele overdracht. Dit is echter een complex proces dat vanuit verschillende perspectieven benaderd kan worden (Juffer et al., 1995). De eerste stap van het doorbreken van deze overdracht is een stuk bewustwording bij de ouder. Op het moment dat er bewustwording bij de ouder ontstaat rondom de overdragen gedrag- en relatiepatronen die van generatie op generatie worden doorgegeven zal dit inzicht kunnen helpen bij het doorbreken hiervan (Juffer et al., 1995). Door middel van therapie kunnen ouders reflecteren en een stuk zelfonderzoek kunnen aangaan (van IJendoorn, 2008). Tijdens therapie kan gewerkt worden aan gezondere coping mechanismen en alternatieven die essentieel zijn voor doorbreken van de intergenerationele patronen.

Wanneer je als ouder voldoende vertrouwen in je eigen manier van opvoeding te hebt, wordt deze zelfwaardering overgebracht op het kind (Kim, 2019). Vanuit deze positieve zelfwaardering leert het kind daaropvolgend op de ouder te vertrouwen (Kim, 2019). Ouders met voldoende geloof in hun eigen opvoeding zijn daarnaast meer open en responsief naar hun kind toe (Kim, 2019). Vanuit een open en responsieve houding ontstaat een positieve interactie tussen ouder en kind (Hill, 2015). Signalen van het kind worden herkend en hier wordt adequaat op gereageerd wat de basis legt voor een veilige hechtingsrelatie (Nieuwenhuis, et al., 2020). Een gezonde relatie die een ouder met zichzelf heeft zal tijdens moeilijke momenten op een constructieve manier gezocht worden naar een oplossing tijdens moeilijke momenten (Kim, 2019).

Door psycho-educatie worden ouders aangemoedigd om dieper over zichzelf na te denken, hun persoonlijkheid, opvoedstijl en reacties op het kind (Havermans et al., 2019). Deze interventies vergroten het zelfinzicht en geven ouders een beter begrip van zichzelf als ouder (Van Hout et al., 2021). Wanneer een ouder bevestiging ontvangt van een externe vorm van therapie, zal dit resulteren in het versterken van de sterke kanten van de ouder en het verminderen van zelfoordelen met betrekking tot de gezinssituatie (Van Hout et al., 2021). Door tot slot ouders aan te zetten tot reflectie en zelfontwikkeling zal een ouder uiteindelijk dat ze invloed kunnen uitoefenen op hun eigen gedrag en de keuzes die ze hebben in hoe te reageren in situaties (Van Hout et al., 2021).

Wanneer het negatieve interactieproces tussen ouder en kind niet doorbroken wordt, is de kans aanwezig dat er een verstoorde hechtingsrelatie ontstaat (Hell, M., 2019), waarvan de negatieve consequenties tot in de volwassenheid reiken, bijvoorbeeld antisociale

persoonlijkheidsproblematiek, angststoornissen en middelenafhankelijkheid (Kochanska, Barry, Stellern, & O'Blennes, 2009). Uit onderzoek blijkt er een relatie te zijn tussen de hechtingsrelatie en emotieregulatie enerzijds en emotieregulatie en latere psychopathologie anderzijds (Kochanska, et al., 2009).

Conclusie

In hoeverre draagt psycho-educatie bij aan het vergroten van het gevoel van zelfvertrouwen bij ouders in relatie tot Affectregulerende vaardigheden?

Om het gevoel van zelfvertrouwen te ontwikkelen bevestigt D2 dat autonomie van ouders niet ondermijnd moet worden, daarnaast hebben ouders de meeste invloed op het dagelijks leven van hun kind en kan op die manier de meeste verandering gerealiseerd worden (D5). Alle deskundigen bevestigen dat ArVT niet mogelijk is zonder ouders te betrekken. D5 geeft bijvoorbeeld aan dat als je als de ouder de emoties van zichzelf begrijpt, dat hij zich dan ook beter kan verhouden tot het kind. Onzekerheid kan een gevoel van twijfel en ongemak met zich meebrengen, vooral in situaties waar ouders zich verantwoordelijk voelen voor het gedrag en welzijn van hun kind (Bannink & den Haan, 2015). Een autoritaire opvoedstijl kan voor ouders het gevoel geven grip op de opvoedsituatie te hebben (Markham, 2014). Wanneer er sprake is van een toename van onmacht of irritatie bij de ouder als reactie op het boze gedrag kan dit alleen de ouderlijke co- regulatie met het kind negatief beïnvloeden (Van Hout et al., 2021). Het vermogen van het kind om emoties ter reguleren wordt door ouders vaak overschat (Markham, 2014). Er kan daardoor sprake zijn van in standhoudende factoren tussen de ouder en het kind omdat die elkaar op een negatieve manier beïnvloeden (Kohnstamm, 2009). Ouderschapsinterventies die zich alleen richten op kennis en vaardigheden, zonder aandacht voor het vergroten van self-efficacy, zijn mogelijk onvoldoende effectief voor ouders met een laag zelfvertrouwen (Van Hout et al., 2021). Er zijn verschillende vormen van psycho-educatie. Deze therapeutische interventies kunnen bijdragen aan zowel de emotionele groei van de ouders als de verbetering van hun opvoedingsvaardigheden (Van Hout et al., 2021). Door een beter begrip van het kind en bewustwording van hun eigen sterke punten en uitdagingen, kunnen ouders een positieve verandering in zichzelf bewerkstelligen (Havermans et al., 2019), wat resulteert in een toename van zelfvertrouwen (Bannink & den Haan, 2015). Als je als ouder gelooft in je eigen capaciteiten qua opvoeding zullen zich meer open en responsief naar hun kinderen toe kunnen opstellen, wat ter bevordering zal zijn voor de implementatie van ArVT vaardigheden naar het gezin.

5.4 Deelvraag 4

Wat is het effect van de affectregulatie vaardigheden na zes maanden na het afronden van de ArVT?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van de VSOG- vragenlijst en een zelf opgestelde vragenlijst die dient als effectmeting, zes maanden na afronding van een ArVT traject, aangevuld met interviews met vaktherapeuten en een systeemtherapeut.

Interviews

Interviews met vaktherapeuten

Effectiviteit ontmaskerd: De doeltreffendheid van de behandeling

Nazorg vindt op verschillende manieren en met uiteenlopende frequenties plaats. Het biedt de mogelijkheid om de effectiviteit van de afgeronde therapie te waarborgen en beoordelen (D2). Deze nazorg stelt beeldend therapeuten in staat om de voortgang en het behoud van de behaalde resultaten te evalueren, eventuele nieuwe uitdagingen aan te pakken en de ondersteuning aan het kind en het gezin voort te zetten (D1). Het biedt een waardevol kader voor continue zorg en bevordert de duurzaamheid van de behandelingsresultaten op lange termijn.

Afbouwen van therapie

De afbouw van therapie is een belangrijke fase in het behandelproces waarin de focus ligt op het geleidelijk verminderen van de beeldend therapeutische interventies. Voordat een behandeling wordt afgerond gaat echter wel eerst de frequentie van de therapie omlaag (D1). Het doel is om kind maar ook het gezin zelfstandig te laten functioneren zonder de voortdurende ondersteuning van de therapeut (D1). Op die manier kan een gezin eerst op eigen benen gaan staan. Nazorg vindt op verschillende manieren en met uiteenlopende frequenties plaats. (D2) Therapie moet niet lang duren, je bent in therapie dus je bent niet helemaal goed', een langdurig beeldend therapeutisch traject betekend niet per definitie dat de kwaliteit van de therapie hiermee ook beter is.

Afstemmen met het systeem

Bij het afronden van de therapie wordt er nauw overlegd met het gezin en soms ook met school om ervoor te zorgen dat alle aspecten goed worden afgerond (D2). Hoewel de therapie ten einde loopt, kunnen er nog situaties ontstaan waarin zich uitdagingen voordoen. In dien nodig en wanneer er behoefte aan is, kunnen er bijvoorbeeld gezinsactiviteiten worden georganiseerd om de band binnen het gezin te versterken (D3). Het afronden van de therapie is dus een zorgvuldig proces waarin alle stakeholders worden betrokken om succesvolle overgang naar de volgende fase te waarborgen (D3). Er bestaan verschillende perspectieven op hoe en wanneer een beeldend therapeut de afronding van de therapie ervaart en benaderd. Het is in ieder geval belangrijk om de puntjes op de 'i' te blijven zetten met ouders (D3), en zo wordt ook nog wel eens regelmatig afgestemd met pleegouders (D2). Soms gebeurt het ook dat een therapie wordt afgesloten waarbij er twijfel toeslaat (D4).).

Positieve effecten

Tijdens de therapie kunnen de puzzelstukken op hun plaats vallen waardoor de therapie vaak succesvol kan worden afgerond (D2). Er ontstaat een zogenaamde klik, waarbij ouders belangrijke inzichten hebben gekregen en het gezinsleven weer soepeler verloopt. Deze positieve ontwikkelingen wijzen op een geslaagd beeldend therapeutisch traject waarin de gestelde doelen zijn behaald en het gezin weer op eigen kracht verder kan (D2).

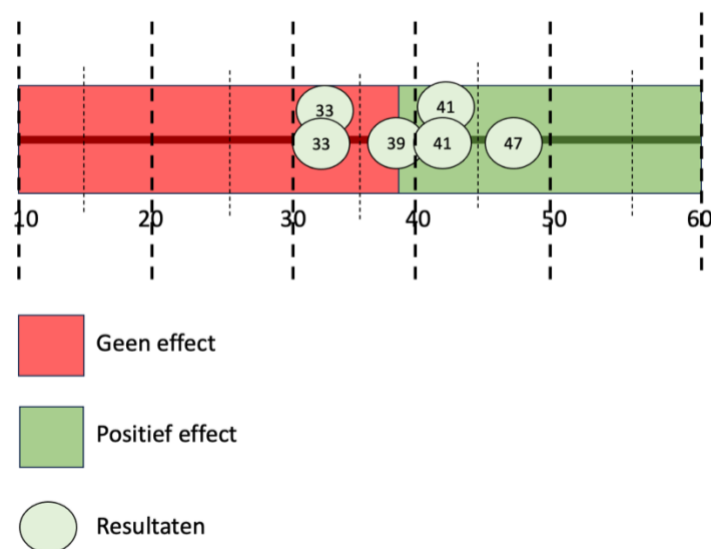
Interview met systeemtherapeut

(D5) Heeft soms ook twijfels bij het afsluiten van therapie. Soms is dat vervelend, ook dat is echter een kwestie van loslaten (D5). Het is een kwestie van verdragen dat therapie soms is wat het is. Dit

overleggen met collega's is echter van essentieel belang (D5). Zo probeert D5 situaties in perspectief te plaatsen. "Als therapeut ben je maar zeer kort aanwezig in iemand zijn of haar leven. Ik heb de verantwoordelijkheid uiteindelijk over mijn kinderen en de ouder die op dat moment in therapie is, is eindverantwoordelijk voor zijn of haar eigen kinderen". D5 benadrukt tot slot dat 'je jezelf als therapeut vooral niet te groot moet maken' ik ben maar een instrument, de ouders moeten het uiteindelijk zelf gaan doen. De beweging zit bij ouders onder begeleiding van ons. Het ligt bij ouders om uiteindelijk te bekijken hoe de juiste toon wordt aangeslagen. "Ik kan niet heel de wereld redden. Maar dat krijg ik met de jaren mee. Dat is de groei".

Effectmeting vragenlijst

Zes ouders vulden de gemaakte vragenlijst "Effectmeting" in, zes maanden na afronden van de ArVT. De vragenlijst had tot doel te bekijken hoe het geleerde tijdens ArVT na zes maanden tijd in de praktijk door ouders succesvol werd toegepast. De vragenlijst bestaat uit 12 vragen. Het meetniveau was een interval, variërend van 1 tot en met 5, waarbij respectievelijk 1 betekent dat de ouder het geleerde niet in de praktijk kon brengen en 5 betekent dat het geleerde goed in de praktijk kon worden gebracht na de gestelde termijn. Het kantelpunt om te beoordelen of ArVT na zes maanden een succesvolle implementatie heeft gemaakt is gesteld op ≥ 39 punten. Dit afkappunt gaat uit van de aanname dat de gemiddelde score voor deze populatie van de Effectmeting vragenlijst 3 zou zijn vóór behandeling, wat neerkomt op een score van 36 punten. Door het onderzoeksteam werd 39 als klinisch relevant verschil gezien als effect (University & Schouten, 1999). Voor toekomstig onderzoek zou het interessant zijn om de door mij gemaakte "Effectmeting" vragenlijst te meten langs de Gouden Standaard (<https://www.moa.nl/gouden-standaard-expertise-center.html>) om daarmee mijn vragenlijst te valideren. De huidige Gouden Standaard om het effect te meten van ArVT is een subjectieve en wordt door ouder mondeling doorgegeven aan behandelaar. Mogelijk is het wel hebben van effect van ArVT geen binaire uitkomstmaat, maar een geleidende schaal (University & Schouten, 1999). Toekomstig onderzoek zal dit moeten uitwijzen. Zie onderstaande diagram voor de behaalde scores voor de verschillende ouders. De ingevulde vragenlijst "Effectmeting" kan bij de onderzoeker worden opgevraagd.



Figuur 7
Resultaten vragenlijst "Effectmeting"

Verkorte schaal ouderlijke gedrag (VSOG-vragenlijst)

Het idee van de Verkorte schaal ouderlijk gedrag vragenlijst (Afk. VSOG) (Verkorte schaal voor ouderlijk gedrag (VSOG), z.d.) was om in de populatie van ouders die de "Effectmeting" vragenlijst

hebben ingevuld aan te tonen of dit ouders betreft die een autoritaire opvoedingsstijl hanteren. Bij het verwerken van de gegevens van deze vragenlijst blijkt echter dat deze vragenlijst wordt gebruikt om het gedrag van ouders op vijf verschillende “gedragsdomeinen te bekijken, een resultaat dat helaas bij nader inzien niet te relateren is aan een autoritaire opvoedingsstijl. Ook een individueel ‘gedragsdomein’ uit de VSOG-vragenlijst kan ouders niet indelen in een groep ouders met een autoritaire of een niet-autoritaire opvoedingsstijl. Ook is de vragenlijst als geheel wetenschappelijk onderbouwd en zou dit voor één “domein” niet het geval zijn. Bovendien bestaat een enkel “domein” maar uit een aantal vragen op een totaal aantal vragen van 25. Ouders die de vragenlijst “effectmeting” hebben ingevuld zijn daarom geselecteerd door bekwame vaktherapeuten die de ArVT behandeling hebben toegepast op hun cliënten. De vragenlijst is dan ook alleen afgenomen bij ouders die door hun vaktherapeut na een grondige analyse werden gezien als ouders die een autoritaire opvoedingsstijl hanteren. Als er gekeken wordt naar de resultaten van de Effectmeting dan is er te zien dat vier van de zes ouders (66%) na zes maanden zelf inschat iets gehad te hebben aan de ArVT.

Conclusie

Wat is het effect van de affectregulatie vaardigheden na zes maanden na het afronden van de ArVT?

Nazorg vindt op verschillende manieren en met uiteenlopende frequenties plaats. Het biedt de mogelijkheid om de effectiviteit van de afgeronde therapie te waarborgen en beoordelen. Het is belangrijk om te benadrukken dat het afronden van een behandeling niet van de ene op de andere dag plaatsvindt (D2). Nazorg stelt beeldend therapeuten in staat om de voortgang en het behoud van de behaalde resultaten te evalueren, eventuele nieuwe uitdagingen aan te pakken en de ondersteuning aan het kind en het gezin voort te zetten (D1). Voordat een behandeling wordt afgerond gaat echter wel eerst de frequentie van de therapie omlaag [D1]. Therapie moet niet lang duren. Een langdurig therapeutisch traject betekend niet per definitie dat de kwaliteit van de therapie hiermee ook beter is (D4). D5 vertelt dat het ook een kwestie van loslaten is. “Ik kan niet heel de wereld redden, maar dat krijg ik met de jaren mee. Dat is groei”. Bij de huidige ouders die deel hebben genomen aan dit onderzoek betrof het gemiddeld 20 sessies van 45-60 minuten (Nieuwenhuis, et al., 2020). Als we kijken naar de resultaten van de ArVT dan zien we dat vier van de zes ouders (66%) na zes maanden zelf inschat iets gehad te hebben aan de ArVT. Interessant is om te weten of kort na ArVT het percentage van ouders dat tevreden is over het in de praktijk brengen van de vaardigheden tijdens ArVT op dat moment hoger is en hoe hoog en hoe snel het effect van de ArVT afzwakt of juist langdurig in stand blijft. Dit zou consequenties kunnen hebben voor de klinische praktijk, te weten wanneer eventuele sessies herhaald zouden moeten worden en in welke frequentie bijvoorbeeld.

6. Conclusie hoofdvraag

Wat is er nodig om de vaardigheden die door een kind tijdens Affectregulerende Vaktherapie zijn opgedaan te implementeren in een gezin waarvan de ouders een autoritaire opvoedingsstijl hanteren.

Uit ervaringen in de praktijk blijkt dat het niet eenvoudig is om de vaardigheden die door een kind tijdens Affectregulerende Vaktherapie (ArVT) zijn opgedaan te implementeren in een gezin waarvan de ouders een autoritaire opvoedingsstijl hanteren. De relatie tussen een autoritaire opvoedstijl, intergenerationele overdracht en hechtingsrelaties is dan ook een belangrijk onderwerp dat door beeldend therapeuten en in de literatuur wordt besproken. De manier waarop ouders zelf zijn opgegroeid en de eventuele traumatische ervaringen die zij hebben gehad, kunnen van invloed zijn op zowel hun opvoedingsstijl als de kwaliteit van de hechtingsrelatie met hun kinderen. Het is belangrijk dat ouders inzicht krijgen in de redenen achter hun autoritaire opvoedstijl en hoe deze stijl mogelijkheid het ongewenste gedrag van hun kind beïnvloedt. Pas wanneer ouders zich bewust zijn van deze patronen, kan er ruimte ontstaan voor gedragsverandering.

Vanuit de richtlijnen van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) kan een autoritaire opvoedstijl bijdragen aan gedragsproblemen bij kinderen. Het ontbreken van affectieve relatie en vertrouwensband tussen ouder en kind kan leiden tot misinterpretaties en miscommunicatie, waardoor het kind zich mogelijk onbegrepen voelt en het probleemgedrag verergert. Er is dus een verband tussen gebrek aan ondersteunen, het uitoefenen van te veel autoritaire controle en problematisch gedrag bij kinderen. Om deze reden is het belangrijk ouders door middel van psycho-educatie inzicht te geven in het verband tussen hun eigen gedrag en het gedrag van hun kind, met als doel om ouders handvatten te bieden, zodat ze met vertrouwen op een andere manier met hun kind kunnen omgaan.

Om te voorkomen dat er een kloof ontstaat tussen ouder en kind, en tussen beeldend therapeut en ouder is het essentieel dat de behandeling van Affectregulerende Vaktherapie niet alleen gericht is op het kind, maar op een gezin als geheel. De beeldend therapeut werkt op die manier via de ouders met het kind, omdat het ontwikkelen van ArVT- vaardigheden alleen bij het kind niet voldoende blijkt te zijn. Als ouders achterblijven kan dit schadelijk zijn voor het kind. Door ouders inzicht te geven in hun eigen emoties en gedrag, kunnen ze zich beter verhouden tot hun kind. Psycho-educatie biedt de mogelijkheid zelfinzicht van ouders te vergroten waardoor een beter begrip van de eigen opvoedstijl ontstaat. Wanneer ouders deelnemen aan de ArVT- behandeling zullen interventies en technieken die worden toegepast ook zorgen voor meer balans in het centrale zenuwstelsel zodat affectieve regulatie wordt bevorderd, emoties worden gereguleerd en er meer psychische evenwichtigheid ontstaat in het centrale zenuwstelsel. Daarnaast is het doorbreken van intergenerationele overdracht van onveilige hechting essentieel voor ouders, omdat dit de kans biedt om een gezonde hechtingsrelatie met het kind te bevorderen. Dit proces draagt bij aan het vergroten van het zelfvertrouwen van ouders. Als ouders geloven in hun eigen opvoedingscapaciteiten, kunnen ze zich meer open en responsief naar hun kinderen opstellen, wat bevorderlijk is voor de implementatie van ArVT- vaardigheden naar het gezin.

Na het afronden van de Affectregulerende Vaktherapie is ook nazorg van groot belang. Het biedt de mogelijkheid om de effectiviteit van de therapie te evalueren en te borgen. Tijdens de afbouw van de therapie wordt de frequentie van de sessies geleidelijk verminderd, waarbij de ouders steeds meer verantwoordelijkheid krijgen. Uit de resultaten van de afgenomen vragenlijst "Effectmeting" blijkt vier van de zes, (66%) van de ouders aangeeft baat te hebben gehad bij de ArVT behandeling. Het is belangrijk om te beoordelen of deze vorm van therapie als belastend wordt ervaren, zowel op financieel als psychisch vlak. Uiteindelijk is het de rol van de beeldend therapeut om zichzelf niet te groot te maken, maar ouders het vertrouwen te geven dat ze zelf de vaardigheden hebben om hun

kind verder te begeleiden.

In conclusie is er een duidelijk verband tussen een autoritaire opvoedstijl, intergenerationele overdracht en hechtingsrelaties. Door middel van psycho-educatie en het vergroten van het zelfvertrouwen van ouders kan de negatieve invloed van een autoritaire opvoedstijl worden verminderd. Het betrekken van de ouders (het gezinssysteem) en nazorg na het afronden van de therapie zijn essentiële onderdelen van een succesvolle behandeling. Met de juiste ondersteuning en inzichten kunnen ouders effectiever omgaan met uitdagingen in de opvoeding wat uiteindelijk leidt tot positieve veranderingen in het gedrag en de hechtingsrelatie met het kind.

7. Aanbevelingen- en discussiepunten

Leeswijzer: Aanbevelingen en discussiepunten naar aanleiding van het onderzoek en feedback van de evaluatiegroep.

7.1 Aanbevelingen voor de opdrachtgever

- Het ontwikkelen van **specifieke interventies**: Het kan waardevol zijn om specifieke interventies te ontwikkelen die gericht zijn op ondersteunen van ouders bij het maken van de implementatie van vaardigheden naar het gezin. Dit kunnen bijvoorbeeld concrete oefeningen, communicatietechnieken of coping strategieën zijn die ouders kunnen helpen om de vaardigheden toe te passen in hun dagelijks leven. Inspiratie voor specifieke interventies kunnen uit bijgevoegd werkvormenboek gehaald worden.
- Bied **nazorg** en opvolging: zorg voor een gestructureerde nazorgfase na het afronden van de therapie. Dit biedt de mogelijkheid om de effectiviteit van de behandeling op lange termijn te evalueren en eventuele terugval te voorkomen. Zorg voor regelmatige follow up sessies om te controleren hoe het gezin zich ontwikkelt en om eventuele nieuwe uitdagingen aan te pakken
- Integreer interventies die aansluiten bij de **ouderfactoren**: Naast psycho-educatie kunnen ook andere interventies worden geïntegreerd om de ouderfactor aan te pakken dit kan onder meer betrekking hebben op het vergroten van het zelfvertrouwen van ouders door middel van ouder ondersteuningsroepen en netwerkversterking, het ontwikkelen van effectieve communicatievaardigheden door middel van reflectieve gesprekken en het aanleren van positieve opvoeding strategieën door middel van oudertraining en psycho-educatie
- **Objectieve evaluatie**: Door zowel een nulmeting als een effectmeting uit te voeren, krijgt de beeldend therapeut een objectieve en meetbare beoordeling van de voortgang en resultaten van de therapie. De effectmeting biedt een vergelijking na afloop, waardoor de beeldend therapeut kan beoordelen in hoeverre er positieve veranderingen hebben plaatsgevonden.

7.2 Aanbevelingen voor de beroepspraktijk

- Het is aan te bevelen om **systeemtherapie** aan te bieden als aanvulling op de ArVT: overweeg de implementatie van systeemtherapie als aanvullende benadering naast de ArVT. Systeemtherapie richt zich op het begrijpen en verbeteren van de interacties en dynamiek binnen het gezinssysteem. Door het gezinssysteem als geheel te betrekken, kunnen onderliggende patronen, communicatiestijlen en wederzijdse beïnvloeding worden verkend, wat de effectiviteit van de therapie kan vergroten.
- Een focus leggen op het **versterken van het gezinssysteem**: Geef prioriteit aan de betrokkenheid van het gezinssysteem in de therapie. Werk niet alleen met het kind maar ook met de ouders om een gezonde en ondersteunende omgeving te creëren. Door ouders actief te betrekken en hen te voorzien van de nodige tools en inzichten, kan het gezin als geheel profiteren van de therapie.
- Implementeer **psycho-educatie** in de behandeling: het is belangrijk om psycho-educatie op te nemen als een essentieel onderdeel van de behandeling. Door ouders inzicht te geven in de relatie tussen hun gedrag en het gedrag van hun kind, kunnen ze bewustwording en begrip ontwikkelen. Dit stelt hen in staat om effectievere opvoedingsvaardigheden te ontwikkelen en de hechtingsrelatie met hun kind te verbeteren.

7.3 Aanbevelingen voor de beroepsontwikkelingen

- **Aanvulling van bestaande trainingen**: Bestaande trainingen die vanuit ROER een aanvulling kunnen krijgen waarbij specifieke aandacht uitgaat naar de implementatie van vaardigheden

naar een thuissituatie, waarbij rekening wordt gehouden met verschillende opvoedingsstijlen (*Groen kader, z.d.*).

- **Evaluatie van de implementatie van de ArVT (ArVT):** onderzoek naar de implementatie van ArVT in verschillende settings zoals klinische settings, scholen en/ of opvoedingsprogramma's. Dit zou kunnen helpen bij het beoordelen van de haalbaarheid, effectiviteit en het potentieel voor brede toepassing van deze interventie.
- **Interdisciplinaire samenwerking:** Stimuleer interdisciplinaire samenwerking tussen vaktherapeuten, systeemtherapeuten en andere professionals in de geestelijke gezondheidszorg. Dit bevordert een holistische benadering en biedt de mogelijkheid om gezamenlijk te werken aan de overdracht van vaardigheden naar het gezin.
- **Onderzoek en evaluatie:** Het stimuleren van verder onderzoek naar de effectiviteit van interventies en benaderingen voor de implementatie van vaardigheden naar een autoritaire opvoedingsstijl.
- **Verder onderzoek:** Het is ook interessant om verder onderzoek te doen naar andere opvoedstijlen en wat voor invloed deze verschillende opvoedstijlen hebben op de implementatie van Affectregulerende vaardigheden in het gezinssysteem. Denk hierbij aan de autoritatieve of de toegeeflijke opvoedingsstijl.
- **Samenwerken met ouders:** Betrek ouders actief bij het ontwikkelen en implementeren van interviews. Luister naar ervaringen, behoeften en zorgen en integreer deze feedback in de beroepsontwikkeling. Ouders zijn waardevolle partners en hun betrokkenheid kan de effectiviteit van de overdracht van vaardigheden vergroten.

7.4 Discussie

Leeswijzer: In de hier op volgende discussie worden de bevindingen van het PGO en het eindproduct kritisch bekeken

Er kunnen geen definitieve conclusies worden getrokken wat betreft de relatie tussen intergenerationele overdracht van een autoritaire opvoedingsstijl en de relatie met verstoorde hechting tussen ouder en kind. Meerdere factoren kunnen hier invloed op hebben zoals persoonlijkheidskenmerken, culturele achtergrond en de sociaaleconomische status. Het is ook mogelijk dat de hechtingsrelatie tussen ouder en kind bepaald welke opvoedingsstijl wordt gehanteerd. Anderzijds kan een verstoorde hechtingsrelatie juist leiden tot een autoritaire opvoedingsstijl, in plaats van andersom.

Het gebruik van een autoritaire opvoedingsstijl kan affectregulatieproblemen veroorzaken maar het is niet onderzocht of affectregulatievaardigheden juist leiden tot het gebruik van deze opvoedingsstijl. Andere factoren zoals genetische aanleg, omgevingsinvloeden en alternatieve opvoedingsstijlen, kunnen ook van invloed zijn op de affectregulatie van het kind. Hoewel psycho-educatie genoemd wordt als een mogelijke interventie om gedragsverandering bij ouders te bevorderen blijft de effectiviteit van specifieke methoden en benaderingen onduidelijk.

Het is onbekend of psycho-educatie daadwerkelijk het zelfvertrouwen van ouders vergroot. Het onderzoek heeft geen inzicht gegeven in de invloed van zelfvertrouwen op de opvoedingsstijl en affectregulatievaardigheden. Evenzo is de impact van het ondermijnen van ouderlijke autonomie op het zelfvertrouwen en de mogelijkheid om open en responsief te zijn naar het kind toe niet onderzocht. Het is ook relevant om te onderzoeken hoe het zelfvertrouwen van ouders de implementatie van affectregulatievaardigheden in het gezin beïnvloedt.

Het onderzoek omvatte zes ouders met een vermoedelijke autoritaire opvoedingsstijl, maar de bevindingen kunnen niet generaliseerbaar zijn ouders van andere etniciteit. Bovendien kunnen

factoren buiten de therapie om van invloed zijn op het behoud van de behaalde resultaten. Het is gebleken dat psycho-educatie ouders zelfvertrouwen kan geven en dat cultuur en omgevingsfactoren een rol spelen bij de implementatie van affectregulatievaardigheden in gezinnen met een autoritaire opvoedingsstijl. De beperkte respons kan de generaliseerbaarheid van de bevindingen aantasten. Het onderzoek omvatte alleen Nederlandse vrouwelijke therapeuten, wat de representativiteit kan beïnvloeden. Verder onderzoek moet ook de rol van de beeldend therapeut bij het ondersteunen van ouders bij het implementeren van affectregulatievaardigheden in het gezinssysteem verkennen.

Bibliografie

- Abidin, R. R. (1995). The parenting stress index professional manual. Odessa, FL, USA: Psychological Assessment Resources.
- *Affectregulerende Vaktherapie*. (2020, 30 oktober). NJI. Geraadpleegd op 9 juni 2023, van <https://www.nji.nl/interventies/affectAffectregulerende-vaktherapie>
- Ainsworth, M. D. S. (1978). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 1(3), 436–438. <https://doi.org/10.1017/s0140525x00075828>
- Ainsworth, M.D.S. & Eichberg, C. (1991) Effects on infant- mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure or other traumatic experience. In P. Marris, J. Stevenson-Hinde & C. Parkes (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 160- 183). New York: Routledge.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Uitgeverij Nieuwezijds.
- *Atlas.ti*. (z.d.). Atlas.ti. Geraadpleegd op 6 juli 2023, van <https://atlasti.com/>
- Bal, M. (2009) Narratology. Introduction to the theory of narrative. University of Toronto Press.
- Bannink, F., & den Haan, R. (2015). Beterweters. Van lastige naar optimale interacties in de (g)gz. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 978-90-895-3919–9. https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-10933_Beterweters-Van-lastige-naar-optimale-interacties-in-de-g-gz/
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1, Pt.2), 1–103. <https://doi.org/10.1037/h0030372>
- *Bevorderen van affectregulatievaardigheden*. (z.d.). Affectregulerende Vaktherapie. Geraadpleegd op 9 juni 2023, van <https://www.affectAffectregulerendevaktherapie.nl>
- Bleumer, P., & Meijer, R. (2020). Mentaliserend coachen: Bevorder zelfreflectie en inlevingsvermogen in organisaties. Uitgeverij Boom.
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. (2023a). *Analyseren in Kwalitatief Onderzoek* (4de editie). Boom.
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. L. (2023). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*.
- Boer, F., de, Smaling, A. (2011). *Benadering in kwalitatief onderzoek*. Boom Lemma.
- Bold, C. (2011) Using narrative in research. Sage: Londen.
- Bolwijn, M. (2010, 13 september). Veel meer kinderen in therapie. *Volkskrant*. Geraadpleegd op 5 mei 2023, van <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/veel-meer-kinderen-in-therapie~ba9a7f2e/>
- Braet, C., Beveren, M. L., Cracco, E., & Theuwis, L. (2020). *FEEL-KJ Vragenlijst over emotieregulatie bij kinderen en jongeren*. Hogrefe Uitgevers B.V. Geraadpleegd op 4 juni 2023, van https://www.hogrefe.com/nl/shop/media/downloads/sample-reports/5703001_InkijxemplaarHandleiding_Samplepages.pdf
- Bremner, J. D., Southwick, S. M., Johnson, D. R., Yehuda, R., & Charney, D. S. (1993). Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 150, 235–239.
- Brock, A. J., de (1994). *Ouderlijk opvoedkundig handelen: de invloed van ouder-, kind- en contextuele kenmerken*.
- Clandinin, D. J., & Connelly, F. M. (2020). *Narrative Inquiry. Experience and Story in Qualitative Research*.
- Colonesi, C., Wissink, I. B., Noom, M. J., Asscher, J. J., Hoeve, M., Stams, G. J. J. M., Polderman, N., & Kellaert-Knol, M. G. (2013). Basic Trust. *Research on Social Work Practice*, 23(2), 179–188. <https://doi.org/10.1177/1049731512469301>
- Crockenberg, S. C., Leerkes, E. M., & Lekka, S. K. (2007). Pathways from marital aggression to infant emotion regulation: The development of withdrawal in infancy. *Elsevier*, 30(1), 97–113. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.11.009>
- Dana, D. (2020). *De polyvagaaltheorie in therapie - Basisboek: Het ritme van regulatie* (2de editie). Uitgeverij Mens!

- Deater-Deckard, K., & Scarr, S. (1996). Parenting stress among dual-earner mothers and fathers: Are there gender differences? *Journal of Family Psychology*, 10(1), 45-59. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.10.1.45>
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 314-332. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00152.x>
- Delfos, M. F. (2015). *Ontwikkeling in vogelvlucht: ontwikkeling van kinderen en adolescenten* (6de editie). Pearson.
- Delfos, M.F. (2013a, 2^e druk). *Ik ben aan ze gehecht! Over gehechtheid als een boei in nood*. PICOWO- serie deel 3. Amsterdam: SWP
- Delvecchio, E., Germani, A., Raspa, V., Lis, A., & Mazzeschi, C. (2016). Parenting Styles and Child's Well-Being: The Mediating Role of the Perceived Parental Stress. *Europe's Journal of Psychology*, 16(3), 514-531. <https://doi.org/10.5964/ejop.v16i3.2013>
- Doreleijers, T. A. H., Boer, F., Huisman, J., & De Haan, E. (2015). *Leerboek psychiatrie kinderen en adolescenten*.
- Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 28(3), 381-392. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1435328>
- Eurelings-Bontekoe, E. H. M., Kooiman, C. G., & Lub, M. (2021). *Het lichaam en psychisch functioneren: theorie, onderzoek en klinische toepassing*. Bohn Stafleu, Van Loghum.
- Farnfield, S. (2017). Fix my child: The importance of including siblings in clinical assessments. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 22(3)(3), 21-35. <https://doi.org/10.1177/1359104517707995>
- Felitti, V. J. (2009). Adverse childhood experiences and adult health. *Academic Pediatrics*, 9(3), 131-132. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2009.03.001>.
- Geluk, R. (2023). Je denkt toch niet dat ik gek ben?: Over het betrekken van adolescenten in therapie. *Tijdschrift voor systeemtherapie*, 1. https://www.tijdschriftsysteemtherapie.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/ST-21-1-15/Je-denkt-toch-niet-dat-ik-gek-ben
- GGZ Standaarden. (2020, 13 juli). Destigmatisering. Geraadpleegd op 19 mei 2023, van https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_9bcb4d6a-520d-45e3-b79b-a51d6557692b_destigmatisering__authorized-at_20-03-2017.pdf
- Goei, L., de Plooy, A., & Weeghel, J. (2006). Handreiking voor de bestrijding van stigma en discriminatie wegens een psychische handicap. *Trimbos Instituut*. Geraadpleegd op 29 mei 2023, van <https://www.trimbos.nl/docs/8b3eb008-87ff-4078-9bbc-2aacfe4b82df.pdf>
- Goolishian, H. (1990). Family therapy: An evolving story. *Contemporary Family Therapy*, 12(3), 0892-2764. <https://doi.org/10.1007/BF00891242>
- Groen kader. (z.d.). Affectregulerende Vaktherapie (ArVT). Geraadpleegd op 7 juni 2023, van <https://groenkader.nl/trainingen/affectAffectregulerende-vaktherapie-arvt/>
- Havermans, A., Verheule, C., Gerits, L., Bales, D., Van der Stelt, M., Naber, F., Van Andel, H., Van Groningen, P., Vinke, A., Juffer, F., Bakermans- Kranenburg, M., Van IJendoorn, R., Van der Ham, H., & Sleeuw, B. (2019). *Gehechtheid in de behandelkamer*. SWP Amsterdam.
- Hell, M., Vojtechovsky, M., Wilding, T., Hilbers, J., Warringa, A. *Consensus based Module Basis. Zachtjes balen met Toontje: Regulatie van spanning en boosheid bij frustratie* (2019). Nederlandse vereniging dramatherapie. Geraadpleegd op 03 juni 2023, van https://databank.vaktherapie.nl/files/migratie/2019-09-23_DT_Hell_%20Module%20Toontje_Affectregulatie%20-%20DATABANK_FVB.pdf
- Hill, D. (2015). *Affect regulation Theorie: A clinical model* (1ste editie). Norton & Company, Inc.,
- Hoeve, M. (2008) *Parenting and Juvenile Delinquency*. Dissertatie. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- <https://zachtjesbalen.nl>. (z.d.). Zachtjes Balen met Toontje. Geraadpleegd op 15 april 2023, van <https://zachtjesbalen.nl/73239849>

- HU University of Applied Sciences. (2018). De context van de Vaktherapeut. [Reader Praktische Kaders].
- HU University of Applied Sciences. (2021). Praktijkgericht Onderzoek (PGO), [Reader Opleiding voor Vaktherapie].
- IJzendoorn, M.H. van (2008) Opvoeding over de grens. Gehechtheid, trauma en veerkracht. Amsterdam: Boom
- Itkin, W. (1952). Some relationships between intra- family attitudes and pre- parental attitudes toward children. *Journal of Genetic Psychology*, 80, (221- 252).
- Janssens, J. M. A. M., & van As, N. M. C. (2005). Opvoedstijlen met een risico. In *NIZW Jeugd Expertisecentrum Opvoedingsondersteuning*.
- Juffer, F., Duyvesteyn, M. G. C., & Van IJzendoorn, M. (1995). Opvoedingsondersteuning en intergenerationele overdracht van gehechtheid: Kan de cirkel worden doorbroken? *Kind en Adolescent*, 16(1), 19–28. <https://doi.org/10.1007/bf03060572>
- Kim, L. (2019). Improving Self-Esteem and Building Self-Confidence in Adolescent Mothers: Implementation of Self-Efficacy-Focused Activity Sessions. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 57(8), 11–15. <https://doi.org/10.3928/02793695-20190528-04>
- Kohnstamm, R. (2009). *Kleine ontwikkelingspsychologie I: Het jonge kind*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kwong, T., & Hayes, D. K. (2017). Adverse family experiences and flourishing amongst children ages 6–17 years: 2011/12 National Survey of Children’s Health. *Child Abuse & Neglect*, 70, 240–246. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.016>
- Ladan, A. (2018). Over het ongemak van de overdracht. *Tijdschrift voor Psychoanalyse & haar toepassingen*, 24(3), 163–174. https://www.tijdschriftvoorpsychoanalyse.nl/scripts/shared/artikel_pdf.php?id=PA-24-3-2
- Levine, P. (2015). *De tijger ontwaakt: traumabehandeling met lichaamsgerichte therapie*. Altimira.
- Lippman, L., Moore, K. A., & McIntosh, H. (2011). Positive indicators of child well-being: A conceptual framework, measures, and methodological issues. *Applied Research in Quality of Life*, 6(4), 425–449.
- Main, M. & Goldwyn, R. (1985- 1993). *Adult attachment Classification System*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Markham, L. (2014) *Ontspannen ouders, blijde kinderen. Meer grip op jezelf, meer verbinding met je kind*. Amsterdam: Hogrefe
- McBride, B. A., & Mills, G. (1993). A comparison of mother and father involvement with their preschool age children. *Early Childhood Research Quarterly*, 8, 457-477. [https://doi.org/10.1016/S0885-2006\(05\)80080-8](https://doi.org/10.1016/S0885-2006(05)80080-8)
- *Microsoft Teams*. (z.d.). Microsoft Teams. <https://www.microsoft.com/nl-nl/microsoft-teams>
- Migchelbrink, F. (2016). Handboek praktijkgericht onderzoek: zorg, welzijn, wonen en
- Mitchell, S. et al. (2009) Maternal psychosocial predictors of controlling feeding styles and practices. *Appetite*, 53 (3), 384-389.
- Mooren, T., Bala, J., de Kok, M., Baars, J., & van Essen, J. (2006). *Handboek Familierelaties bij Psychotrauma: Diagnostiek en behandeling van kinderen en gezinnen*. Boom Uitgevers.
- Muñoz-Silva, A., Lago-Urbano, R., Sanchez-Garcia, M., & Carmona-Márquez, J. (2017). Child/Adolescent’s ADHD and Parenting Stress: The Mediating Role of Family Impact and Conduct Problems. *Frontiers in Psychology*, 8, 2252. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02252>
- Muñoz-Silva, A., Lago-Urbano, R., Sánchez-García, M., & Carmona, J. (2017). Child/Adolescent’s ADHD and Parenting Stress: The Mediating Role of Family Impact and Conduct Problems. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02252>
- Nicolai, N. J. (2018). *Emotieregulatie als basis van het menselijk bestaan: De kunst van het evenwicht* (2de editie). Bohn Stafleu van Loghum.
- Nieuwenhuis, L., Smelt, C., van der Vlugt, S., van der Wijntje, W., & Vos, P. (2020). *Affectregulerende Vaktherapie Basisboek* (1ste editie). Maklu, Uitgever.

- Oliver, J. E. (1993). Intergenerational transmission of child abuse: Rates, research, and clinical implications. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1315–1324.
- Overbeek, M., Gudde, L. M., Rijnberk, C., Hempel, R. J., Beijer, D., & Maras, A. (2021). Multiprobleemgezinnen in intensieve specialistische meergezinstherapie: een theoretische beschrijving en verslag van een casestudy. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 409–424. <https://doi.org/10.1007/s12440-021-00158-6>
- Rauh, W., van de Velde, I., Nieuwenhuis, L., & van der Vlugt, S. (2021). Eerst affectregulatie, dan zelfregulatie. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 17(3), 12–19.
- Riksen-Walraven, M. (2002). *Wie het kleine niet eert. . . Over de grote invloed van vroege sociale ervaringen* [Promotieonderzoek]. Radboud universiteit.
- Rory Bolton, Ph.D., R., & Fonagy, Ph.D., P. (2013). Antisocial Personality Disorder: A Mentalizing Framework. *Psychiatry Online*. Geraadpleegd op 3 mei 2023, van <https://focus.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.focus.11.2.178>
- Schmeets, M. G. J., & Verheugt- Pleiter, J. E. (2005). *Affectregulatie bij kinderen: Een psychoanalytische benadering*. Koninklijke van Gorcum.
- Schoorl, P., & Derhaag, M. (1988). *Kijken naar gezinnen*. Van Loghum Slaterus, wetenschappelijke uitgeverij.
- Schweitzer, C., & De Bie, D. (2001). *In Beeld*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Schweizer, C. (2009b). *Handboek beeldende therapie: Uit de verf*. Springer Science & Business Media.
- Schweizer, C. (2009b). *Handboek beeldende therapie: Uit de verf*. Springer Science & Business Media.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press
- Sleet, B., G., & Midgley, M. (2020). Het Vuurtorenprogramma: kindermishandeling aanpakken door het mentaliserend vermogen van ouders te versterken. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 31, 304–321. <https://doi.org/10.1007/s12440-020-00130-w>
- Smeijsters, H. (Red). (2006). *Handboek Muziektherapie: Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Southam-Gerow, M. A. (2014). *Emotieregulatie bij kinderen en adolescenten: een praktische gids voor professionals*. Hogrefe Uitgevers Bv.
- Tielemans, M. (2019). *Levensfasen: De psychologische ontwikkeling van de mens* (4de editie). Boom.
- Tuybens, H. (2015). *Hoe Strakker de Leiband, hoe Gehoorzamer je Kind?* [Masterscriptie]. Universiteit Gent.
- University, M., & Schouten, H. J. A. (1999). *Klinische statistiek: Een praktische inleiding in methodologie en analyse*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Broeck, N., & Braet, C. (2011). 6 Zelfcontrole en cognitieve gedragstherapie. In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks* (pp. 183–223). https://doi.org/10.1007/978-90-313-8975-9_6
- van den Ouweland, A. (2022). *Wanneer de (alarm)bel rinkelt: Psycho-educatie aan de hand van symbolen* (2de editie). Trauma Company.
- van der Molen, H., Simon, E., & Lankveld, J. (2015). *Klinische psychologie theorieën en psychopathologie* (3de editie). Noordhoff.
- Van Hout, R., Overbeek, M., & Rijnberk, C. (2021). Opvoedzelfvertrouwen vergroten in multiprobleemgezinnen: De effecten van een gezinspsychiatrische behandeling. *Kind- en Adolescent in praktijk*, 2, 6–12.
- van IJendoorn, M. H. (1994). *Gehechtheid van ouders en kinderen*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van IJendoorn, M., & Van Rosmalen, L. (2017). *Pedagogiek in beeld: Een inleiding in de pedagogische studie van opvoeding, onderwijs en hulpverlening*. Springer.
- Vendrink, B. (2022, 14 november). Wat is er met onze jeugd aan de hand? *GGZ Totaal*. Geraadpleegd op 6 mei 2023, van https://www.ggztotaal.nl/nw-29166-7-4130652/nieuws/wat_is_er_met_onze_jeugd_aan_de_hand.html

- Verantwoord studentenonderzoek. Handreiking Wetenschappelijke Integriteit en AVG. (2022). In *Hogeschool Utrecht*.
- Verheugt-Pleiter, J., Schmeets, M. G. J., & Zavelkink, J. (2010). *Mentaliseren in de Kindertherapie: Leidraad voor de praktijk*. Uitgeverij Van Gorcum.
- *Verkorte Schaal voor Ouderlijk Gedrag (VSOG)*. (z.d.). <https://kenniscentrum-kjp.nl>. Geraadpleegd op 2 juni 2023, van <https://kenniscentrum-kjp.nl/professionals/instrumenten-a-z/verkorte-schaal-voor-ouderlijk-gedrag-vsog/>
- *Verkorte schaal voor ouderlijk gedrag (VSOG)*. (z.d.). Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 28 mei 2023, van <https://www.nji.nl/instrumenten/verkorte-schaal-voor-ouderlijk-gedrag-vsog>
- Vuyk, R., Dr. (1987). *Opgroeien onder moeilijke gezinsomstandigheden* (2de editie). Uitgegeven door Academische Uitgeverij Amersfoort. werken. Uitgeverij SWP Amsterdam.
- Waller, G., & Turner, H. (2023). Het terugdringen van therapeutische dwaling: Waarom goedwillende klinici er niet in slagen om evidence-based therapie te bieden, en hoe we weer op koers kunnen komen. *Tijdschrift voor gedragstherapie*, 2. https://www.tijdschriftgedragstherapie.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/TG-2018-2-5/Het-terugdringen-van-therapeutische-dwaling
- Wiebenga, E., & Bom, H. (2022). Het ‘verbindend gezag’ van de systeem-therapeut-ouderbegeleider : Attitude en pijlers van verbindend gezag als ankers voor de alliantie tussen ouders en hulpverleners. *Tijdschrift Systeemtherapie*, 3. https://www.tijdschriftsysteemtherapie.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/ST-34-3-02/Het-verbindend-gezag-van-de-systeem-therapeut-ouderbegeleider
- Winter, M. de (2004) *Opvoeding, onderwijs, en jeugdbeleid in het algemeen belang. De noodzaak van een democratisch- pedagogisch offensief*. Den Haag: WRR.
- Wittkowski, A., Dowling, H., & Smith, D. (2016). Does engaging in a group-based intervention increase parental self-efficacy in parents of preschool children? A systematic review of the current literature. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 3173.
- Wolff, M., de, Wildeman, I. (2020). Richtlijn Problematische Gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming. Geraadpleegd op 16 mei 2023, van <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/problematische-gehechtheid/>
- Y. Kwong, T., & K. Hayes, D. (2017). Child Abuse & Neglect: Adverse family experiences and flourishing amongst children ages 6–17 years: 2011/12 National Survey of Children’s Health. *Elsevier*, 70, 240–246. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.016>
- Zeijl, J. van, M.N. Stolk & L.R.A. Alink (2005) SCRIPT: preventie van gedragsproblemen in de vroege kindertijd. *Kind en adolescent*, 26 (1), 119- 130
- Zeitlin, S., Assessing coping behavior. *Amer. J. Orthopsych.*, 1980, 50, 139- 144
- Zlotnick, C., Zakriski, A. L., Shea, M. T., Costello, E., Begin, A., Pearlstein, T., & Simpson, E. (1996). The longterm sequelae of sexual abuse: Support for a complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 195–205.

Bijlagen

- Bijlage 1- Effect Meting
- Bijlage 2- Lijst met deskundigen
- Bijlage 3- Transcripties
- Bijlage 4- Interview Guide
- Bijlage 5- Coderingen
- Bijlage 6- Logboek
- Bijlage 7- Uitleg triangulatie
- Bijlage 8- Informatie brieven

Bijlage 1- Vragenlijst “Effectmeting”

Amersfoort, 8 mei 2023

Betreft: Informatie rondom afstudeeronderzoek beeldend therapie

Beste ouders/ verzorgers,

Mijn naam is Leonie Stoffer en ik ben student aan de Hogeschool Utrecht. Dit jaar studeer ik af als beeldend therapeut, wat betekent dat ik op dit moment bezig met een afstudeeronderzoek.

Wanneer u deze brief leest betekent dit dat u interesse heeft getoond een bijdrage te leveren aan mijn afstudeeronderzoek, waarvoor dank. Door middel van deze brief wil ik u informeren over het onderzoek en waarom juist ook uw bijdrage belangrijk is om een kwalitatief hoogwaardig onderzoek te waarborgen.

Wanneer u als gezin hulp heeft gekregen zal het soms lastig zijn de tips en trucs die zijn opgedaan tijdens therapie thuis op een duurzame manier toe te passen. Wanneer ouders daarentegen de juiste ondersteuning hierin krijgen zal naar alle waarschijnlijkheid de implementatie van vaardigheden van therapie naar thuissituatie gemakkelijker en duurzamer verlopen. Een onderdeel van dit onderzoek is om te bekijken hoe op dit moment deze tips en trucs thuis toegepast worden. Gaat dit goed? Of valt u soms nog terug in bekende patronen?

Op onderstaande stellingen is geen antwoord goed of fout, ik vraag u dan ook de stelling naar eerlijkheid aan te kruisen. Wanneer u instemt de vragenlijst in te vullen wil ik u ook vragen een toestemmingsformulier te ondertekenen, wat inhoudt dat u akkoord gaat om de (anonieme) verkregen informatie te verwerken in mijn onderzoek. Dit toestemmingsformulier is ook aan dit document toegevoegd.

Uiteraard zal uw privacy gewaarborgd zijn en zal informatie geanonimiseerd verwerkt worden. Bij vragen of wanneer u van uw deelname wilt afzien rondom dit onderzoek kunt u contact opnemen met D2, dan zal zij mij hiervan op de hoogte stellen.

Met vriendelijke groet

Leonie Stoffer

Op deze bladzijde staat een lijst met uitspraken. Ik wil u vragen per uitspraak aan te geven in welke mate u zich kan vinden in de uitspraak op een schaal van 1 tot 5. U omcirkelt voor elke uitspraak het antwoord dat volgens u het meest van toepassing is. Denk hierbij niet te lang na, uw eerste gevoel is vaak de beste. Als u denkt het verkeerde antwoord omcirkelt te hebben kunt een kruis zetten door het antwoord en uw tweede keus omcirkelen

De cijfers hebben de volgende betekenis

- 1- "De uitspraak geldt (bijna) nooit."
- 2- "De uitspraak geldt weinig."
- 3- "De uitspraak geldt soms."
- 4- "De uitspraak geldt vaak."
- 5- "De uitspraak geldt (bijna) altijd."

1. Ik kan beter omgaan met (grote) emoties die ik voor de therapie moeilijk vond om te hanteren.
2. Ik merk dat ik beter mijn eigen en daardoor ook de emoties van mijn kind kan herkennen en begrijpen.
3. Ik kan beter met mijn kind communiceren, ook wanneer de spanningen oplopen.
4. Ik reageer minder impulsief op mijn kind wanneer er sprake is van een emotionele uitpatting
5. Naar aanleiding van de therapie heb ik nieuwe manieren geleerd om mijn kind te helpen om zijn/haar/ diens/ emoties te uiten.
6. Ik heb het gevoel dat de relatie tussen mij en mijn kind is verbeterd sinds de therapie is gestart/ afgerond.
7. Ik ben beter in staat om reageren op emotionele uitpattingen of gedragingen van mijn kind sinds het volgen van de therapie.
8. Ik ben beter in staat om mijn emoties te begrijpen
9. Mijn kind heeft meer zelfvertrouwen gekregen in het uiten van zijn/ haar/ diens emoties.
10. Er is thuis sprake van minder spanningen.
11. Thuis is er meer begrip en empathie voor elkaar
12. Mijn kind in staat om emoties op een gezonde en effectieve manier uit te drukken in plaats van ze te onderdrukken of uit te barsten van woede of verdriet

(Bijna) nooit ↓	Weinig ↓	Soms ↓	Vaak ↓	(Bijna) altijd ↓
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Dit is het einde van de vragenlijst, hartelijk dank voor het invullen!

Bijlage 2: Lijst met deskundigen

Deskundige	M/V	Leeftijd	Scholing	Beroep	Organisatie
1 (D1)	V	32-42	Hbo	Beeldend therapeut	Gezinsondersteunende organisatie te Amsterdam
3 (D3)	V	50-60	Hbo	Beeldend therapeut	Eigen praktijk- en FVB- bestuurslid
4 (D2)	V	50-60	Master	Beeldend therapeut	Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie
5 (D4)	V	50-60	Master	Beeldend therapeut	Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie en psychologie
5 (D5)	V	45-55	Hbo	Systeem therapeut	Gezinsondersteunende organisatie te Amsterdam

1 Bijlage 3: Transcriptie

2

3 L: Zo.... Uhmm... Goed ik in hoeverre een duurzame transfer gemaakt kan worden van affect
4 Affectregulerende vaardigheden naar een gezin die een autoritaire opvoedingsstijl hanteert.

5

6 D5 Oké

7

8 L: Dat is in mijn eigen woorden gezegd wat ik onderzoek. Ik heb al met verschillende
9 vaktherapeuten gesproken die met ARVT werken. Maar voor de volledigheid van het
10 onderzoek wil ik ook graag nog in gesprek gaan met een systeem therapeut, vooral omdat ik
11 ook wel merk tijdens deze interviews die ik tot nu toe heb afgenomen dat het onlosmakelijk
12 met elkaar verbonden is om ArVT toe te passen, samen met een systeem therapeut. Dus ik
13 dacht, ja dan kan een systeem therapeut niet uitblijven. Het is een opeen interview dus ik
14 ben vooral heel erg benieuwd naar jouw ervaringen. Dan zal ik je wellicht hier- of daar
15 onderbreken om een vaag te stellen maar ik geen hele gestructureerde vragenlijst die ik nu
16 op je af ga vuren. Maar ik ben vooral heel benieuwd hoe je te werk gaat, hoe je samenwerkt
17 met D1 in dit geval (beeldend therapeut), hoe kijk je tegen gezinnen aan...-

18

19 D5: Heb je toevallig al D3 geïnterviewd? Ik heb namelijk ook al wel eens met haar gewerkt.
20 Haha.

21

22 L: Ja! Oh leuk!

23

24 D5: uhm... Wie ben ik? Ja ik ben D5. Ik ben, weet ik veel, wat wil je weten. Ik ben
25 transcultureel systeem therapeut. Verder denk ik dat mijn specialistisch migratiegrond en
26 cultureel, en daarmee de specialisatie in. Ooit, ooit begonnen als pedagoog, dus het
27 opvoedkundige dat, dat jasje zit mij ook heel erg lekker. Heb ik ook ideeën over. En dan dus
28 die combinatie tussen het pedagogische gedeelte en systemische gedeelte is wel fijn.
29 Helemaal natuurlijk in die ARVT omdat je, ja, soms gewoon mensen met hele specifieke
30 vragen hebt.

31

32 L: Heb je daar een voorbeeld van.

33

34 D5: Hm pff. Nee niet zo 1,2,3. Kijk als denkt therapie met een vraag die gesteld is over een
35 ontwikkelingsfase dan kan je als systeem therapeut kan je dan vier verschillende routes op.
36 Als maatschappelijk werker of psychologie. Weet ik veel, dan kan je systeem therapeut
37 worden. Maar juist bij die jonge gezinnen omdat ik het vanuit pedagogiek ben geworden,
38 dan vind ik het fijn om daar die kennis van te hebben als systeem therapeut. Vooral in de
39 kinder- en jeugdhulp. Wat kan je verwachten, hoe zit het met hersenontwikkeling. Dat zijn
40 aspecten die ik geleerd heb en dat is het fijn om dat mee te nemen. Uhum... pfff. Ik weet niet
41 zo goed waar ik moet beginnen. Wat wil je nog weten.

42

43

44 L: Haha. Met voor gezinnen werk je nu samen? Je noemt transcultureel...

45

46 D5: Niet altijd maar dat is wel waarin ik ben opgeleid. Eigenlijk werk ik met allerlei soorten
47 gezinnen maar ook gezinnen met een migratieachtergrond. Wat daar interessant aan is, kijk
48 ik denk vanuit het gezinssysteem. Dus als ik het gesprek met mensen aanga ben ik benieuwd
49 hoe men is opgegroeid, hoe is het gezin van herkomst samengesteld, hoe willen ze dat
50 samendoen, hoe werkt dat, wat heb je meegekregen en wat wil je achter je laten. Dat zijn
51 gesprekken waarin ik ben geïnteresseerd. Omdat dat zo doorwerkt in je opvoeding nu. Dus
52 hoe komt het dat je op bepaalde manieren reageert vanuit je eigen opvoeding of vanuit je
53 eigen levensgebeurtenis en van hoe je ouders dit hebben vormgegeven dan komt het dat
54 hoe je nu in je ouderschap staat. En als je dan vanuit de ARVT een kind hebt met bepaalde
55 behoefte en je gaat vanuit je eigen geschiedenis reageren daarop, dan kan het soms contra-
56 productief zijn. Dus als je meer inzicht hebt in hoe je zelf groot bent geworden en waarom
57 die triggers zo heftig zijn en hoe het komt dat je bepaalde gedragingen niet goed kan labelen
58 of begrijpen dat helpt wel vaak om het breder te trekken om zo meer ook ouders in zicht te
59 geven over hun aandeel in een stukje van hun kind.

60

61 L: Hm hm

62

63 D5: want vaak komen ouders hier van “help mijn kind heeft problemen weet ik veel wat
64 meer”, terwijl ik geloof erin dat wij vanuit de hulpverlening kortdurend bij een gezin
65 betrokken zijn, en je wilt die blauwdruk van een gezin wil je graag, weet ik veel... vergroten,
66 je wilt ze skills meegeven en ja, dat is waar ik naartoe wil. En dan moeten ze zichzelf goed
67 kunnen begrijpen.

68

69 L: Dus met dat soort hulpvragen komen gezinnen bij jou aankloppen. Kan je daar een paar
70 voorbeelden van geven?

71

72 D5: Is lastig te zeggen. Wij hebben hier hoog specialistische hulpverlening. Dus dan krijg je
73 best wel complexe gezinnen met verschillende problematieken. Kinderen waar veel life
74 events zijn geweest, school uitvallen of thuis waar veel gedoe is of ouders die gescheiden
75 zijn. Dus heel veel kinderen met ‘probleemgedrag’ en waar je soms mensen hebt met “mijn
76 kind heeft dit probleem” terwijl ik niet per se het kind als geïdentificeerde patiënt wil zien
77 maar juist onderdeel van het geheel. Soms hebben we hele gerichte vragen in onze
78 organisatie. Stukje diagnostiek naar adhd, ASS of ‘whatever’ en soms is het ingewikkelder,
79 dan is er een kind dat uitvalt of veel bozig is. Dat zijn de gezinnen waarvan D1 en ik zeggen:
80 Kom bij ons. En dan is het gezin, dan gaan we het gesprek aan van “ja je hebt je kind
81 aangemeld met enorme boosheid, maar laten we even kijken hoe het met u gaat. Wilt u met
82 ons op onderzoek uit, uitpluizen, puzzelen hoe uw kind in elkaar zit. En dan gaan we het
83 gesprek aan. Dus in die zin zijn er sommige mensen die echt denken “ik kom naar een

84 therapeut en mijn kind krijgt individuele therapie”, alleen zijn we wel van de lezing, eerst
85 even met die ouders aan de bak.

86

87 L: ja precies. Ja ik zie dat vaak zoals een plant die het niet meer doet, dan denk ik ja, dan kan
88 je wel 1x watergeven maar als je de rest van de omgeving van die plant aanpast dan schiet
89 het niet op. Tenminste, ik weet niet of dat een gekke vergelijking is

90 D5: nee hoor, ik ben wel van de grapjes altijd. Je moet inderdaad een bodem voeden. Maar
91 het gaat niet zozeer over voeden maar over het vergroten en herontdekken wat het kind al
92 kan.

93

94 L: Ja de draagkracht

95

96 D5: Soms zijn ouders zich er niet van bewust wat ze al kunnen en fout doen en hoe ze het
97 doen en als je daar bewustzijn in kan vergroten, dan levert dat ook veel op. Er zijn mensen
98 die zitten aan tafel en dan denken ze oh wacht eventjes, zit dat zo. Nee nu snap ik het
99 waarom ik zo... Ik had een meneer die zegt ja... bijvoorbeeld over brood smeren en
100 broodtrommels en dat het niet leeftijdsadequaat was. Oké... “hij zegt ja ik vind dat
101 belangrijk”, naja waarom dan? Hoe ging dat thuis dan? “Ja mijn moeder maakte altijd brood
102 klaar.” “Oh wat fijn? Wat betekend dat voor jou dan?” “Ja een gevoel van geborgenheid en
103 warmte”. “Ja en als jij dan een broodje voor je kinderen smeert...”. “Ja dat doe ik niet uit
104 gemakzucht maar dan geef ik ze iets speciaals mee, dus een gebaar van liefde”. Dus als je dit
105 wilt platslaan, jongens van 12 en 14 die kunnen zelf hun broodje smeren... maar de
106 boodschap is niet je moet zelf je brood smeren maar dan is de boodschap als je van elkaar
107 houdt dan zorg je voor elkaar en dat laat je zien met zulke gebaren. En dan is het eigenlijk
108 heel mooi. En daar volgt een gesprek over en we waren dan met de andere partner die dat
109 een slecht idee vindt. Maar de denkt als je je kind zo betutteld dan wordt het nooit wat. En
110 dat zijn de gesprekken die heel interessant zijn.

111

112 L: Ja ja. En hoe vaak voor je zulk soort gesprekken en hoe vaak met een beeldend therapeut
113 erbij?

114

115 D5: Hahaha- (trekt moeilijk gezegd)

116

117 L: Of op basis waarvan wordt dit besloten?

118 D5: ik ben nu regie behandelaar dus ik beslis dat lekker zelf. Het is meer van als ik denk van
119 dat het soms juist heel erg effectief is dat je co- therapie doet. Als de 1 praat kan de ander
120 nadenken, reflecteren, teruggeven, als het heel spannend wordt dan s het iets minder
121 spannend omdat je samen bent. Je durft ook wat meer richting en naar de echte emotie te
122 gaan die eigenlijk heel spannen dis. Als je in een kamer zit met mensen die een hele heftige
123 emotie laten zien, dan is het soms griezelig. Maar als je met je collega zit die je vertrouwt
124 dan durf je dat aan te gaan en heb je eigenlijk sneller resultaat omdat je bespreekt wat er
125 besproken moet worden. Je laat ook zien van okay, als ik ontregeld bent, ik snap het niet,

126 hoe helpt mijn collega mij en elkaar en welke vragen durven we te stellen. Dus co therapie is
127 echt ook spiegelen, voordoen, eigenlijk de gezonde ouder spelen en hoe je zou kunnen
128 reageren en hoe samenwerken eruitziet. En dat geeft mensen ook wel een goed gevoel. Het
129 is een puzzeltocht. Dus je stelt ook je collega vragen. “Wat zag jij nou? Wat bedoel je
130 eigenlijk? Kan je het nog een keer uitleggen?” soms doe je dat ook expres om iets wat meer
131 te vergroten. Dus wanneer doe je de gesprekken alleen en wanneer niet? De laatste tijd doe
132 ik veel co- therapieën, maar ook hier en daar individueel. Ja...

133
134 L: Ja... dus puur op gevoel begrijp ik.

135
136 D5: Kijken en op gevoel, wat is er op dat moment prettig.

137
138 L: En hoe ziet de psycho educatie eruit bij een systeem therapeut.

139
140 D5: Ik denk precies hetzelfde als altijd haha.

141
142 L: Naja jij bent de eerste systeem therapeut die ik spreek dus...

143
144 D5: oh oké... nou hoe ziet de psycho- educatie... uhm, een gezin, een meisje van zeven. “Ja
145 dit kind moet dit en dat al kunnen”, nou “ze is al zeven, wat kan een zeven jarige al wel en
146 wat niet”. Dat is hele pedagogische psycho educatie. Als je het hebt over diagnoses, dan kan
147 je ook uitleg geven”... uhm over ADHD of autisme kan je ook uitleg maar psycho educatie als
148 systeem therapeut gaat over dynamiek in een gezin. Dan heb je het over uitbeelden op tafel,
149 tekenen, hoe mensen met elkaar in de dynamiek, hoe de spanning kan vergroten of
150 verkleinen. Silent treatment sommige mensen denken: “ik negeer het maar gewoon”. Wat is
151 het effect daarvan op kinderen, wat leren kinderen daarmee.... Dat je niet beschikbaar bent.
152 Dus dat is een vorm van, als systeem therapeut, echt op triades en dynamieken binnen een
153 gezinssysteem. Het effect van gedrag van de een op de ander en hoe dat op elkaar reageert.

154
155 L: Ik heb ook vaktherapeuten gesproken die ARVT toepassen maar dan zonder een systeem
156 therapeut. Hoe kijk je daarnaar?

157
158 D5: ja dat hangt van de vaktherapeut af. Als jij in staat bent, zoals D3, die doet het
159 regelmatig zonder systeemtherapeut maar D3 denkt wel heel systemisch. Dus zij ziet het
160 kind niet los van de familie want ik denk dat de beweging ook moet gebeuren naar de
161 familie. Dus zij betreft ouders erbij, soms in de kamer, soms achteraf. Dus dat is... ik denk
162 kijk ik denk dat het niet per se gaat om een systeem therapeut maar het gaat om systemisch
163 denken.

164
165 L: Oke

166

167 D5: ik denk dat dat het verschil maakt. Kan jij het gedrag van het kind of de emotie van het
168 kind los zien? Nee je kan het niet los zien van het kind waar het vandaan komt. Het oefenen
169 en aanleren kan ook niet zonder het systeem. Dat moet in een combinatie. Ouders hebben
170 uiteindelijk natuurlijk ook gewoon de meeste invloed op het dagelijks leven van hun kind.
171 Dus ja, zij kunnen uiteindelijk het verschil maken thuis.

172 L: Ik zit even door te prikken in m'n hoofd. Dan denk ik "okay, maar doe jij je zelf niet onder
173 als systeem therapeut? Dan denk ik ja, als jij een goede vaktherapeut bent die systemisch
174 kan denken, dan kan je op zich heel goed ARVT toepassen zonder systeem therapeut, maar
175 zou dat ook zo andersom werken? Kan jij ook systeem therapie kunnen toepassen in
176 combinatie met ARVT omdat jij dan toevallig die regulatie vaardigheden beheerst?

177

178 D5: Dat denk ik wel. Als je bijvoorbeeld kijkt hoe soms D1 of die beeldende vaktherapeuten
179 met materialen omgaan, ja die skills heb ik niet. Dus iedereen heeft zo zijn eigen skills. Als ik
180 met D1 zit of D3, of weet ik veel wie, ik maak genograms en ik zie heel snel... je hebt
181 natuurlijk altijd expertises en dat vult elkaar aan en ik denk niet dat dat zomaar uitwisselbaar
182 is maar ik heb ook wel eens toegepast in een individuele behandeling. Het is wel, juist de
183 aanvulling is mooi omdat je, kijk als D1 heel erg op die ArVT dan geeft dat mij de kans om
184 achterover te zitten en te observeren. En dan kan ik dat vergroten, "hoe werkt dat dan thuis,
185 hoe zit dat", dan verleg ik het meer. Dus het is heel fijn om naast elkaar te zitten en het kan,
186 ik denk dat het wel een gemiste kans is als vaktherapeuten die alleen maar daarop zit... dan
187 denk ik nee... je moet het wel breder trekken. Dat vind ik sowieso in de jeugd ggz, dat er
188 oudere en volwassene, je bent niet alleen op de wereld. We zijn kudde dieren als mensen
189 dus je hebt altijd de context en het systeem nodig.

190

191 L: Ja! En als jij, he, kleine tien minuten geleden benoemde ik mijn onderzoeksvraag... hoe
192 wordt die transfer naar een thuissituatie gemaakt waar een hele autoritaire opvoeding
193 wordt gehanteerd, waar ben jij dan heel erg nieuwsgierig naar als je kijkt naar de uitkomst
194 van dit onderzoek. Zo van dit vraag ik mij af, wat roept het bij jou op?

195

196 D5: Och... hahaha. Nou ja... kijk... uhm... wat het is, op wat voor manier kan je succes
197 behalen, is het effectief te doen omdat sommige mensen vanuit een autoritaire opvoedstijl,
198 die doen het ook vanuit hun eigen angst of vanuit hun eigen behoefte of van wat ze hebben
199 meegekregen. Als dat dus...- oké waarom loop ik vast in mijn gedachte, omdat ik niet heel
200 bang ben om een autoritaire opvoedstijl aan te spreken in gesprekken... mijn
201 gedachtestroom loopt vast, maar dat is omdat ik denk "nou ja dan gaan we uitzoeken hoe
202 die autoritaire opvoedstijl werkt", en omdat je kijkt bij een autoritaire opvoedstijl, als je kijkt
203 naar een passende uitdaging bijvoorbeeld, en als je het hebt over kaders, dat kan je weer
204 heel erg halen. Dat is juist positief vanuit die autoritaire opvoedstijl als je dat vergelijkt met
205 de "Les affaires", de hebben weer helemaal niet of nog minder die kaders. Het is niet per se
206 negatief de opvoedstijl. Het is vooral de opvoedstijl die bij jou past die moet je hanteren
207 maar kan je mee in het kijken naar een ander perspectief. Kan je meekijken dat jouw kind
208 andere behoefte heeft dan de behoefte die jij als kind had. Een klein stapje is dat ik een keer
209 een Ghanese moeder in de zorg had waarvan 1 van de kinderen chronisch ziek is. De artsen

210 die hadden er echt op aangedrongen dat zij goed die medische behandeling bij de kinderen
211 zou toepassen maar dat lukte niet want dat jochie was bang en angstig en weet ik veel. Maar
212 zij dacht ja “heet moet het moet het moet anders word je ziek”, dus zij heeft vanuit haar
213 opvoedstijl en wat zij heeft meegekregen is ze dat kind gaan slaan en fysiek gaan straffen. En
214 ze snapte dus niet dat het hele Nederlandse hulpverleningsstelsel dacht “huh hoezo”, en dat
215 is dan weer mijn stukje, maar hoe heb jij geleerd dat dit de grens is van jouw ouders en hoe
216 hebben jouw ouders jou kunnen motiveren en coachen naar bewegingen binnen het gezin.
217 Daar hebben we natuurlijk een compound met heel veel kinderen en de haalde heel veel
218 kattenkwaad uit en als ze iets hadden gedaan wat echt niet mocht dan werd 1 van die
219 kinderen flink fysiek gestraft en het geschreeuw was zo hard dat niemand het ooit meer in
220 zn hoofd haalde om nog iets te doen. En dat werkte. Kijk vanuit mijn nieuwsgierigheid, niet
221 veroordelend zijn kon ik begrijpen waarom zij deze extreme maatregelen overging, want zij
222 heeft de opdracht gehad, je moet voor je kind die medische handelingen volgen. En daar kan
223 je vervolgens een gesprek over hebben. Want eigenlijk was dat autoritaire niet omdat zij dat
224 zo graag wilde zijn, maar vanuit kreeg ze die opdracht “je moet dat kind, je moet dat kind, je
225 moet dat kind” en dan grijp je terug naar wat jou vroeger is geleerd, want dat heeft haar
226 toen ook geholpen. Maar ik had wel het gesprek met haar door gewoon nieuwsgierig te zijn
227 en te willen begrijpen hoe dat werkt en hoe het binnen haar cultuur werkt en wat zij als kind
228 heeft meereken en dan maakt het dat je er een gesprek over kan hebben en de luiken kan
229 open om nog steeds wel de noodzaak van bepaalde ingrepen toe te passen. En die noodzaak
230 is er nog steeds wel maar het is wel van belang hier een andere invulling aan te geven, dus ja
231 daarom dat ik ook juist misschien bij een autoritaire opvoedstijl, daar zitten ook zeker goede
232 kanten in en hoe kan je die vergroten of inzetten en soms verkleinen om toch dat kind te
233 zien achter dat schild. Wat zijn de kwaliteiten van het kind.

234
235 L: En als ik dan zo, als ik jou zo hoor want het vak systeem therapie is voor mij nog niet heel
236 bekend

237
238 D5: gezinstherapeut, familietherapeut, zo noem ik het ook

239
240 L: ja ja. In hoeverre ben je dan met het kind aan het werk en in hoeverre met de ouders.

241
242 D5 Ik ben met het kind aan het werk via de ouders.

243
244 L: oké dan is mijn vervolgvraag. Die ouders zijn heel redelijk agressief naar 1 van die
245 kinderen bijvoorbeeld geweest. Dan kan ik mij voorstellen dat je een beetje Zwitserland bent
246 op zo’n moment tussen die ouders en dat kind. Of zie ik dat verkeerd?

247
248 D5: Nee, nee want weet je, je gaat ervan uit van de nobele intenties en ze stellen zich
249 gecommitteerd op. Dan ga ik ervan uit dat ze nobele intenties hebben en beter willen. Ik ga
250 ervanuit dat elke ouder beter wilt voor z’n kind en dat ze beter willen dan hoe hun ouders
251 het hebben gedaan. Maar je doet het met de middelen die je hebt. En als je misschien heel

252 agressief- dat voorbeeld wat ik je net geef- die vrouw was aangemeld met “ze heeft een
253 chronisch ziek kind maar ze slaat dat kind de hele tijd, hoe kan dat?!”, zo werd ze
254 aangemeld. Maar het gesprek leerde mij dat ze het kind helemaal niet in elkaar wilde slaan
255 maar ze wilde dat haar kind medisch gezond werd. Dus ik ga ervan uit dat als ik in die kamer
256 ben, dan wil ik op onderzoek. En dan ben ik geen Zwitserland want ik sta altijd juist naast jou
257 als ouder zodat je de ouder voor je kind kan zijn die je wilt zijn.

258
259 L: Dus hoe zou je jezelf dan wel noemen als je kijkt naar het kind en de ouder?

260
261 D5: Als familietherapeut ben je er voor de hele familie

262
263 L: voor de familie, ja. En in hoeverre leer je dan de kinderen bepaalde skills aan? Want dan
264 denk ik, die ouders wil je wat meer...

265
266 D5: dat is dan denk ik, als je met de Affectregulerende vaktherapeut werkt die ook
267 individueel dus, die kan dan het kind individueel vaardigheden aanleren... Maar.... Ik heb ook
268 kinderen ik hoop dat ik mijn kinderen zoveel kan meegeven en van mij moeten ze het leren
269 en ik word er als het goed is ook steeds beter in om mijzelf skills aan te leren. Dus ik moet
270 het met ze doen. Dus als je dat kind uit de situatie haalt en alleen dat kind gaat voeden, en
271 die ouders blijven achter, dan doe je dat kind geweld aan. Dus hoe mooi is het als je die
272 ouders in hun kracht kan krijgen zodat ze zich ook kalm voelen en ook dat ze het kunnen en
273 dat ze zich, dat ze het idee hebben dat die rugzak gevuld is, dat ze zoveel vertrouwen in
274 zichzelf hebben dat ze zelf het kind mee kunnen krijgen. Dat is het mooiste.

275
276 L: Zo had ik het nog niet eerder gehoord

277
278 D5: nee maar zo, zo zie ik ‘m dan denk k. En dan ben ik de cheerleader, dan zeg ik, dan zeg ik,
279 “het is je gewoon gelukt!”. En als het niet lukt dan druk ik ze op het hart dat het ze een
280 volgende keer misschien wel weer lukt. En dan vraag ik “wat merkte je toen, en toen jij je zo
281 opstelde bij je kent, wat zag je bij je kind”, en dan zeg ik “wauw, en sta ik er even bij stil”,
282 “Hoor je wat je zegt, jij hebt B gedaan in plaats van A en het effect was.... Dat je kind
283 meewerkt”, hoe tof is dat?

284
285 L: Ja, mooi, krijg er kippenvel van. Ja heel mooi. En vaktherapeuten aanbieden en helemaal
286 niet zo.... Bijvoorbeeld stel, ik rol nu van de opleiding af, ik heb het al een paar keer
287 benoemd, systeem therapie, ik heb het ongetwijfeld een keer in een toets gehad maar ik
288 heb er zelf nul ervaring mee.

289
290 D5: Ik vind het woord ook heel stom hoor, system therapie. Eigenlijk denken heel veel
291 mensen van dat het met computers te maken heeft, het systeem van hulpverleners van de

292 gezinnen... wij zijn toch gewoon mensen, we zijn toch gewoon familietherapeuten, we zijn
293 gewoon gezinstherapeuten.

294
295 L: Ik ga het proberen haha.

296
297 D5: nee nee, het heet zo, heet staat op m'n diploma, ik vind het gezegd. Maar...

298 L: ja ja.
299 D5: ik vind het een ander dingetje vind ik leuk van m'n vak is taal, dus welke taal gebruik ik,
300 welke het gezin. Soms zeg ik dingen de helemaal niet kloppen, dan zeg ik "oei dat klopt niet
301 he, en dan vraag ik hoe zou je het dan noemen", dus ook hierin is taal heel belangrijk. Als jij
302 als vaktherapeut in je eentje een gezin gaat helpen dan ben je ook een soort van
303 familietherapeut.

304
305 L: Maar wat zou je die beeldend therapeute of überhaupt een vaktherapeut willen
306 meegeven die van een opleiding afrollen en he, zoals ik, dus uit eigen ervaring kan zeggen ik
307 krijg bijna niks mee van dit vak, maar wat zou je hun meegeven?

308
309 D5: Nou, durf nieuwsgierig te zijn naar wat er meer is. Ik bedoel, jij hebt bijvoorbeeld het
310 voorbeeld met je plantje en de aarde. Maar ooit is er een zaadje gepland, wie was dat
311 zaadje, wat het zaadje voor wensen. Wat hoopte het zaadje met een zwangerschap en met
312 kinderen krijgen mee te geven, binnen de mogelijkheden die er waren. Je moet ook de
313 context meenemen, wat lukte wel en wat niet. Wat is gelukt. Si het een arme pieterige plant
314 geworden of zijn er hele mooie takken. Dus ik zou vaktherapeuten uit willen nodigen om
315 verder te kijken dan wat je alleen in de kamer ziet en meer te verontschuldigen, veel
316 onschuldigen, maar ook ouders onschuldigen want als je een kind verontschuldigd
317 tegenover ouders dan voelen ouders zich vaak gaan ze defensief reageren, ja. Jij doet ook
318 maar je beste best. En het feit dat je hier met je kind komt betekent het echt wel dat je
319 anders wilt. Maar soms is het ingewikkeld. Ik bedoel, ik heb ervoor geleerd, ik heb twee
320 heerlijke dochters en een vent maar het is het moeilijkste wat er is. Terwijl het mijn werk is.
321 en dan moet je het nog thuis doen. Als je gevoel en moeheid en alles erbij komt, kijk een
322 kind, ik kan, wat ik heel belangrijk vind, alles wat ik individueel in de kamer met een kind
323 doorpak, dan komen ze thuis, en dan? Ik kan niet sneller gaan dan dat het thuis gaat. Dus dat
324 moet je ook een beetje proberen te balanceren, dat je eigenlijk sommige ouders maar
325 beperkt in staat zijn om individueel beschikbaar te zijn. Ik vind het altijd heel spannend als ik
326 heel emotioneel beschikbaar ben voor een kind waarvan ouders het kind niet kunnen, wat
327 ben je dan aan het doen? Dan maak je het alleen maar groter hoe heftig het thuis gaat. Dat
328 kan toch niet de bedoeling zijn? Dus hoe krijg je die ouders mee, dat die ouders meer durven
329 en kunnen en meer vertrouwen hebben en dat ze ook inzien dat ze het hartstikke goed
330 doen. En opvoeden is moeilijk. Punt.

331 L: Ja. Ja. Haha. Ik heb zelf nog geen kinderen, maar mijn zusje wel, broer ook, dus in die zijn
332 krijg ik er soms iets van mee.

333
 334 D5: ze zijn hartstikke leuk hoor, en ik hou ontzettend veel van ze maar het is gewoon soms
 335 heel heftig en veel.

336
 337 L: Ja.

338 D5: Daar gaat het ook over. Dat het ook gewoon, dat je ook maar gewoon mens bent.

339
 340 L: ja tuurlijk, we doen allemaal ook maar wat.

341
 342 D5: dat is 'm heel mooi, maar die dus... dat vind ik heel belangrijk. Bij elke therapie. We doen
 343 allemaal uiteindelijk maar wat. Ook bij therapeuten. Maar als je maar wel kan voelen.

344
 345 L: Ja, zeker. En hoe ga je er mee om op het moment dat ouders inderdaad heel erg, naja laat
 346 ik het zeggen, wetend zijn. Dat ze zeggen van "ja maar dit, mijn kind doet dit expres, hij
 347 moet het toch begrijpen, en helemaal niet op een onderbuikgevoel vertrouwen".

348
 349 D5: Blijven vragen, blijven begrijpen, blijven onderzoeken. Oké, fijn dat u het zo ziet, zou het
 350 kunnen dat, een hypothese. Op een gegeven moment, ik doe het al twintig jaar. Dus het is
 351 steeds minder eng om gewoon door te gaan. Er gebeurt van alles. Tuurlijk kan je een idee
 352 hebben hoe het zit. En dan vraag ik: "prima kunt u mij dat uitleggen, goed dat u dat zo ziet".
 353 Doorvragen, mensen serieus nemen. "oké u noemt het manipuleren, dat vind ik wel een
 354 ingewikkeld woord", zeg ik altijd, "ik kan mee voorstellen dat het gedrag soms manipulerend
 355 overkomt, maar ik heb een grote fantasie dus kan je me een beetje meenemen, heeft u een
 356 voorbeeld waarvan u zegt dit was overduidelijk manipuleren", en dan komt er een boel...-
 357 "wacht even, even terug", en dan gaan we het helemaal uitvragen en uittekenen en dat
 358 ouders hopelijk op een gegeven moment door de vragen die we stellen en hete beeld op
 359 tafel te leggen, de meeste ouders komen dan van "oh, inderdaad, ja dat zou het ook kunnen
 360 zijn", en als ze dat alleen hebben "dat zou het ook kunnen zijn", dan is het zaadje gepland.
 361 Dus niet gelijk afkappen maar ook "hoe komt dat jij denkt dat je kind manipulerend is en je
 362 kind het expres doet", hoe werkt dat, leg eens uit, hoe zag dat eruit. Meestal kan je op die
 363 manier, je wilt dat mensen gaan nadenken.

364
 365 L: wat vind je de mooiste kant van je werk?

366
 367 D5: Menselijk contact, ik vind het heel mooi dat je samen op onderzoek uit kan. "ik weet het
 368 niet, ik weet het zeer zeker niet, ik weet het echt niet, dus laten we het samen gaan
 369 onderzoek', en dat vind ik leuk, die zoektocht. "Oh zit dat zo, dat heb ik helemaal niet
 370 gezien". Misschien heeft D1 dat ook genoemd. Dat we vroegen: "Wat vind je het leukste van
 371 je dochter", "ja we houden van elkaar", ja kippenvel, en samen zaten we zo van "zoooooo
 372 ontroerend end at je daar dan samen bij kan stil staan", van het kind valt uit en vervelend en
 373 blablabla en dat die moeder opeens, door onze vragen, opeens erachter komt van "ja maar

374 we houden van elkaar”, dus het echte intermenselijke contact... dus niet, en gewoon als
375 gelijkwaardig het gesprek aangaan. En dat ik dan kan zeggen ik kan zonder emoties met u
376 meekijken, althans mijn eigen emoties.

377
378 L: Hm hm. En de andere kant, de lastige/ vervelende/ moeilijke/ frustrerende kant.

379
380 D5: Nou ja je hebt soms mensen die in een echtscheidingsproblematiek zitten en daar
381 helemaal vol van zijn en dat er weinig ruimte is en beschikbaar is voor andere perspectieven:
382 “oh mijn ex-vrouw blabla... “. En het is dan vervelend als je dan echt niet verder komt. Ja,
383 sommige psychiatrische aandoeningen zijn soms gewoon heel ingewikkeld en dan kom je
384 niet verder. En daar kunnen die mensen niks aan doen maar het is wel lastig. Die komen
385 gewoon niet verder. En dan is het wel eens vervelend en dan denk ik “shit ik moet nu
386 stoppen want het is wat het is”, maar ik kan steeds beter en vaker verdragen, daar gaat het
387 ook over in therapie, “kan je verdragen dat goed, goed genoeg is”, kan je verdragen dat het
388 tussen een 4,5 en een 5 is, kan je verdragen dat ik heb de verantwoordelijkheid over mijn
389 twee kinderen heb en die ander aan de tafel over zijn of haar kinderen en dat het daar dan
390 blijft. Ik kan niet heel de wereld redden. Maar dat krijg ik met de jaren mee. Dat is de groei
391 denk ik. En soms lukt het en soms lukt het niet en dan heb je collega’s nodig en intervisies
392 om te bedenken: “Was het van mij, of was het toch echt van die ouder, of toch van mij?”. En
393 als je daar dan weer goed op reflecteert kom je ook weer verder. En dan kan het soms ook
394 zijn dat je denkt: “tot hier en niet verder”.

395
396 L: Hm hm

397
398 D5 Ik moet het niet, het is dan niet mijn case. Of hoe moet ik het zeggen?

399
400 L: Ja een mismatch zoals dat soms noemen.

401
402 D5: Ja dat kan heel goed.

403
404 L: en ik zit nog even met een schuin oog naar m’n onderzoeksvraag te kijken, want het gaat
405 uiteindelijk over een transfer die gemaakt wordt naar een thuissituatie. Ik ben even hardop
406 aan het nadenken hoor. We hebben het er bijvoorbeeld over gehad dat herhalen en dat het
407 kind, of dat de ouder dus beter zichzelf leert begrijpen maar ook beter de emoties van zn
408 eigen kind en ik onderzoek dus hoe

409 D5: ik denk als je als ouder de emoties van jezelf beter begrijpt kan je je ook beter
410 verhouden tot je kind

411
412 L: maar wat maakt uiteindelijk voor jou als system therapeut, wat is in jouw ogen het
413 gouden recept wat het succesnummer gaat worden voor zo’n transfer

414
 415 D5: Nou ja, nee, ik denk sowieso bij ouders, want door een instrument, zo belangrijk ben ik
 416 echt niet hoor.

417
 418 L: maar ze komen wel bij jou aan omdat het hunzelf niet lukt.

419
 420 D5: maar dan ligt het nog wel bij hun, het ligt bij hen om te bekijken dat wanneer zij de juiste
 421 toon aanslaan dat zij dan in beweging komen. Want je zit vast, dus hoe kom je in beweging.
 422 En kleine successen zijn grote successen. Mijn verwachtingsmanagement is klein houden.
 423 Dus vier de feestjes die je hebt. Menselijkheid, ik denk ja. Wat het ook is, is heel ouderwets
 424 natuurlijk, wat zeggen ze in kerk, doe jezelf net aan...- weet ik veel wat. Hoe wil ik...- ik ben
 425 dus niet kerkelijk, dat hoor je al. Hoe wil ik dat mensen met mij omgaan?

426
 427 L: ja behandel mensen zoals je zelf behandeld wilt worden.

428
 429 D5: ja precies. Hoe wil ik dat er met mij om gegaan wordt. Want ik bedoel, hoe wil ik dat
 430 mensen met mij om de tafel zitten. Beweging zit bij ouders, met een beetje coaching vanuit
 431 ons. Een cheerleader aan de zij. Mensen die gewoon soms even de vinger op de pijnlijke plek
 432 leggen, en dat lukt niet als je alleen in je eigen emotie en gevoel zit, dan kom je daar niet
 433 achter. En ik denk da het leren en weten en doen wij voor in de kamer. "Jeetje, goh dat s wel
 434 lastig in die klas, vreselijk, dat moet naar zijn he, ja kan ik me voorstellen. En dan had je
 435 haast zeker hee, dan moet je ook nog naar je werk. Ja dat is, nee ik snap het wel, dat is heel
 436 vervelend, was je boos of verdrietig? Oh verdrietig ook, hoe werkt dat dan bij jou, dat
 437 verdriet". Heel erg aan het reguleren... en dan kan je later kan je theorie erbij halen om te
 438 zeggen van "goh hoe voelde het toen ik dat deed? Hoe was het". Dus je doet voor waarvan
 439 je hoopt dat ze dat bij hun kinderen doen, maar dan moet je wel zoeken hoe dat bij ouders
 440 werkt.

441
 442 L: Prachtig vak heb je.

443
 444 D5: We doen ons best.

445
 446 L: ja. Ja. Ik denk dat ik zo wel al heel veel informatie heb verzameld.

447
 448 D5: Ja?

449
 450 L: uhm. Heb ik voor jouw gevoel nog iets gemist, waarvan je zegt goh ik zou dit nog graag
 451 willen vertellen, meegeven, aanbevelen, of...

452
453 D5: Wat ik al zei, dat het heel fijn is om een team te zijn. En maak jezelf als behandelaar niet
454 te groot, je bent maar een mensenleven, hoelang ben je nou bij mensen betrokken.

455
456 L: hm hm

457
458 D5: Dat. Maar er zijn natuurlijk mensen die heel erg, hele andere kant van de medaille, er
459 zijn natuurlijk genoeg mensen in de wereld die heel erg cognitief, tjak tjak therapie
460 doen. Daar ben ik geen goede match mee.

461
462 L: nee dat merkte ik al haha.

463
464 D5: en dat is okay he, ik hou van laten we bewegen met de volgen en laten we maar gewoon
465 gaan. En dat mag.

466
467 L: heeft D1 ook wel eens verteld ja. Iemand die dan heel erg "dat" had, en dat ze zegt ja het
468 werkte niet met mij, en dat je dan bij jezelf moet nagaan van moet ik dan wel met deze
469 mensen in therapie gaan omdat het dan niet goed bij hoe jij bent past.

470 D5: Ja en help je dan die mensen daar rook mee, ik denk het niet. Haha.

471
472 L: nee, nee.

473
474 D5: en dat is okay, het verdragen... Kan je verdragen dat het gaat zoals het gaat.

475
476 L: Ja. Ja. He ik ga jou bedanken.

477
478 D5: ja succes nog. Met verhuizen en schrijven en alles.

479
480 L: jaja.

481
482 D5: en als je achteraf toch denkt van, ik ben volgende week op vakantie maar dan mail je
483 maar of naar D1.

484
485 L: ja dat was mijn laatste vraag ja, vind je het goed al sik nog even in de lucht kom...

486
487 D5: Tuurlijk, is okay, D1 en ik spreken elkaar heel vaak dus dat is okay.

488
 489 L: Ik ga je nog even een mail sturen met het AVG-formulier. En wil je nog graag dat ik het
 490 hele uitgetypte interview naar je stuur?
 491 D5: nou ik ben nog nieuwsgierig, dat mag je op de mail sturen, ja dat vind ik wel leuk, wat is
 492 jouw indruk van... ik heb heel veel verteld, maar wat is jouw indruk van wat anke doet dat
 493 werkt. Oeh... haha. Misschien als je aan het typen bent dat je denkt "oh maar het is dit dat
 494 ze doet"

495
 496 L: leuk, ja ga ik mee aan de gang.

497

498 D5: ik vond dat je het leuk deed, en heel spannend, soms is het heel ingewikkeld inderdaad...
 499 ik had laatst een interview, en dacht ik agh.... Hahaha. Maar ik vind dat je het heel erg leuk
 500 deed. Ben je nu bijna klaar trouwens, als je dit hebt gedaan? Hoe lang moet je nog studeren?

501
 502 L: nou ik ben inderdaad wel eind juni klaar, maar ik wil nog wel de master doen en dan
 503 verder onderzoek doen naar ArVT . Maar dat is maar 1x in de week in Nijmegen.

504
 505 D5: en wat wil je later worden als je groot bent?

506
 507 L: nou ik ben al 32 haha, ik weet dat ik er niet zo uit zie haha.

508
 509 D5: Ik ben er ook nog niet hoor haha, ik ben al 44. Ik weet ook nog steeds niet wat ik wil
 510 worden als ik groot ben.

511
 512 L: ja kindertherapeut, kinderen zitten echt in mijn hart. Ik zou bijna stage gaan lopen in de
 513 verslavingszorg maar toen dacht ik nee, weet je, ik ben liever preventief bezig en met het
 514 jonge kind aan de gang dan dat hete eigenlijk al te laat is... maar goed, zo voel ik het nu. En
 515 als ik misschien nog ouder ben dat ik dan inderdaad wel denk "goh ik ga liever met jongeren
 516 aan de slag", maar voor nu kindertherapeut.

517
 518 D5: Nou mooi toch. En het ArVT is echt geweldig. Het is een mooi...

519
 520 L: ja ik heb bij een kinderpraktijk stagegelopen dus, ja ik ben er helemaal me geïndoctrineerd
 521 een heel jaar lang vorig jaar. Haha. Ik wilde misschien een heel ander onderzoek doen voor
 522 D1: maar uiteindelijk ontkom ik er niet aan om toch weer voor het Kennisnetwerk onderzoek
 523 t gaan doen en ik heb zulke mooie gesprekken met mensen dat ik denk ja.

524
 525 D5: ja wat ik wel grappig vind is van Bruce Perry, dat ik met een ander college deed ik een

526 huisbezoek... en dan ja... Dan denk ik het sippelt gewoon overal doorheen. En als ik thuis ben
527 denk ik.... Wacht even.... Eerst even reguleren bij mijzelf.... Dus het is echt... bijzonder hoe
528 heet werkt. Ja leuk.

529
530 L: Ja mooi, dus nee ik bene klaar, ik ga aan het werk maar ik wil nog wel dooronderzoeken. Ik
531 zit er nu middenin.

532
533 D5: Heb je ook al een baan?

534
535 L: Nou ik werk als Zzp'er in de reisbranche al tien j aar maar ik heb nog geen baan in de
536 beeldend therapie of iets in die trant dus ik ben zeker aan het zoeken om vanaf de zomer om
537 lekker in het vak te kunnen gaan, en dat heb ik ook nodig voor m'n master straks, dus ik sta
538 zeker open.

539
540 D5: Nou heel leuk! Hele veel succes! Ik hoor g raag van je wat je ervan vond en...

541
542 L: Jij een fijne vakantie en succes met de verbouwing!

543
544 D5: hahaha.

545
546 L: Dat... hahaha.

547
548 D5: Ja ik ga naar de zon hahaha. Daag! Hahaha.

549
550 L: lekker geniet ervan. Geniet ervan.

551
552 D5 ga ik doen!! Haha

Interview guide	
Geïnterviewden: 1. D1/ [gezinsondersteunende organisatie te Amsterdam]/ beeldend therapeut 2. D2/ Beeldend therapeut / trainer affect regulatie/ GGZ 3. D3/ kinderpsychiatrie/ zelfstandig beeldend therapeut 4. D4 / Beeldend therapeut/ trainer affect regulatie/ Kinder en jeugdpsychiatrie 5. D5/ Systeem therapeut/ transcultureel gespecialiseerd.	
Hoofdvraag Wat is er nodig om de vaardigheden die door een kind tijdens beeldend Affectregulerende vaktherapie zijn opgedaan te implementeren in een gezin waarvan de ouders een autoritaire opvoedingsstijl hanteren.	
Deelvragen 1. Heeft intergenerationele overdracht van trauma invloed op de neiging van ouders om een autoritaire opvoedstijl te hanteren? Onderzocht middels met oriëntatie in de literatuur en beantwoord met interviews 2. Welke invloed heeft een autoritaire opvoedstijl op de affectregulatie van een kind? Onderzocht middels met oriëntatie in de literatuur en beantwoord met interviews 3. Hoe kunnen ouders betrokken worden bij het leerproces van affect regulatie vaardigheden van het kind, zodat opgedane vaardigheden makkelijker geïmplementeerd kunnen worden binnen het gezin? Onderzocht middels met oriëntatie in de literatuur en kwalitatief onderzoek (interviews met Beeldend therapeut & systeemtherapeut). 4. Hoe kan de duurzaamheid van de implementatie van de affect regulatie vaardigheden worden beoordeeld? Onderzocht middels oriëntatie in de literatuur en beantwoorden met vragenlijsten die gestuurd zijn naar ouders.	
Onderwerp	Sub onderwerpen
Inleiding	- Welkom - Introductie mijzelf - Vragen introductie respondent - Introductie interview - Uitleg over AVG- richtlijnen
Werkzaamheden respondent	- Vragen naar hoe werkzaamheden eruitzien - Doelgroep waarmee respondent werkt - Welke methodes - Multidisciplinair of niet?

	- In hoeverre werkzaam met ArVT
Onderzoek	- Wat roept mijn onderzoeksvraag bij respondent op? - Is de kwestie uit onderzoeksvraag iets herkenbaars?
Systeem	- In hoeverre bekend met opvoedstijlen - In hoeverre ouders betrokken - Hechting binnen het gezin - Achtergrond ouders- in hoeverre wordt hiernaar gekeken
Transfer naar thuissituatie	- Psycho- educatie - Of hoe wordt dit anders gedaan?
Nazorg	- Wordt nazorg geboden? - Hoe wordt de implementatie gewaarborgd?
Afsluiting	- Vragen naar hoe interview is ervaren - Vragen of men nog aanbevelingen heeft - Vragen naar lijntjes voor verdere onderzoek (evaluatiegroep, andere respondenten) - Vragen of deskundigen nog aanvullingen heeft, iets wilt toevoegen wat niet ter sprake is gekomen.

Bijlage 5: Coderingen

Op de volgende twee pagina's heeft de onderzoeker een overzicht van coderingen en informatieverwerking toegevoegd. Dit zijn overzichten van interviews die op onderstaande manier systematisch zijn gecodeerd en gethematiseerd. Dit is een voorbeeld van één van de vijf interviews dit is echter toegepast op alle interviews.

- Op basis van de transcripties zijn interessante citaten uit de interviews gekopieerd en geplakt in een lege tabel (zie volgende pagina).
- Op basis van alle citaten zijn geschikte hoofdthema's gedestilleerd.
- Op basis van hoofdthema's zijn kortere codes uit de citaten gekopieerd die toonaangevend zijn voor de citaten.
- De codes zijn genummerd

- Zo heet thema 1: "Beeldend Therapeut moet rekening houden met omgevingsfactoren"
- Onder dit thema zijn in totaal vier sub thema's ontstaan. Deze zijn in de derde kolom aangeduid met 1,1- 1,2- 1,3- 1,4. Hierbij een voorbeeld:

Therapie in context

1.1 Beeldend Therapeut als middel

1.2 Factoren in de omgeving die de niet wenselijke kind- factoren in stand houden.

1.3 Factoren van kind die niet wenselijke kind- factoren in stand houden.

1.4 Oudergedrag dat het kind etiketteert

- Tot slot is voor een duidelijk overzicht ook een codeboom gecreëerd (bijlage 7)
- Op basis van deze ordening zijn de interviews toepasbaar en bruikbaar geworden om te gebruiken als databron bij het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen.

Interview R2 (Leanne)	Code	Subthema	Aantekeningen
1. Therapeut moet rekening houden met omgevingsfactoren			
of problemen van de ouder of de omstandigheden (armoede, vechtscheidingen, heel vroege scheidingen)	of problemen van de ouder (R2)	1.2	
	of omstandigheden (armoede, vechtscheidingen, heel vroege scheidingen) (R2)	1.2	
Maar dan heb je dus inderdaad regelmatig met de autoritaire en soort van heerszuchtige ouders, - dit klinkt heel erg cliché vind ik hoor of in een hokje duwend, maar ouders die denken zeker te weten van "mijn kind doet het gewoon expres en mijn kind moet gefixt"...	ouders die denken zeker te weten van "mijn kind doet het gewoon expres (R2) mijn kind moet gefixt" (R2)	1.2 1.5	
En hoe ontwikkelt een kind dan een soort van connectie met die binnenwereld. Hoe gaat dat. Dus dat leggen we uit aan ouders.	Dus dat [hoe ontwikkelt een kind dan een soort van connectie met die binnenwereld] leggen we uit aan ouders (R2)	1.1	
en als het kind niet "ho, stop ophouden kan", maar een soort van in de spanning ontregelt in zijn gedrag, dan kan ik als therapeut eigenlijk nog niet de aandacht verleggen naar die binnenwereld en naar het gewaarworden van ervaringen	en als het kind niet "ho, stop ophouden kan", maar een soort van in de spanning ontregelt in zijn gedrag (R2) dan kan ik als therapeut eigenlijk nog niet de aandacht verleggen naar die binnenwereld (R2)	1.3 1.3	
En dat heeft eigenlijk gemaakt dat er onvoldoende veiligheid is geweest in de afgelopen jaren in het gezin en dat het kind dus veel alleen is gelaten en dat er te weinig positieve interacties zijn geweest en dat de positieve interactie die de ander met het kind heeft is afgebroken in plaats van bevestigd	dat het kind dus veel alleen is gelaten (R2) Te weinig positieve interacties zijn geweest (R2) en dat de positieve interactie die de ander met het kind heeft is afgebroken in plaats van bevestigd (R2)	1.2 1.2 1.2	

te gaan en dan ook, ook te onschuldigen van, "Natuurlijk zou je willen dat jullie kind emotioneel dat zou kunnen, maar hij kan het niet."			
En ook van wij als vaktherapeuten zijn goed in dat [probleem] proces. Omdat, ja [probleem] is een preverbaal proces	wij als vaktherapeuten zijn goed in dat [probleem] proces (R2) [probleem] is een preverbaal proces (R2)	7.1 7.1	
Je begint met [probleem] educatie geven over affect regulatie, gewoon de normale gezonde ontwikkeling van affect regulatie en dat doen we met behulp van die [ijsberg] bijvoorbeeld. Dan vertellen we van wat is affect en wat is gedrag en hoe dat 1 op 1 dat overeenkomt met het onderliggende onzichtbare binnen wereld gebeuren. En hoe ontwikkelt een kind dan een soort van connectie met die binnenwereld. Hoe gaat dat. Dus dat leggen we uit aan ouders.	Je begint met [probleem] educatie geven over affect regulatie (R2) dat doen we met behulp van die [ijsberg] (R2) wat is affect en wat is gedrag en hoe dat 1 op 1 overeenkomt met het onderliggende onzichtbare binnen wereld (R2)	2.3 1.1 2.3	
Eigenlijk probeer ik de therapie volgens het basisboekje [basis boek ArvT] te doen.	Eigenlijk probeer ik de therapie volgens het basisboekje [basis boek ArvT] te doen. (R2)	1.1	
Dus ik begin met het ouder gesprek waarbij ik [probleem] educatie doe en ik een soort check toe van "probleem" die ouders over de binnenwereld van hun kind?"	ik begin met het ouder gesprek waarbij ik [probleem] educatie doe (R2) [probleem] die ouders over de binnenwereld van hun kind?" (R2)	2.3 7.3	
En ik probeer dus iets in dat gesprek te zeggen dat het een interactief probleem is	ik probeer dus iets in dat gesprek te zeggen dat het een interactief probleem is (R2)	2.6	
En daarmee ook hoop probeer te geven aan ouders van weet je, "jullie kunnen zelf ook hier invloed op"	En daarmee ook hoop probeer te geven aan ouders (R2)	2.6	

Dat die ouder overtuigd is van zn gelijk.	Dat die ouder overtuigd is van zn gelijk (R2)	1.2	
2. Benaderingswijzen			
Waarbij ook onderliggende factoren van het kind kunnen maken dat er affect regulatie problematiek ontstaat of problemen van de ouder of de omstandigheden (armoede, vechtscheidingen, heel vroege scheidingen)	Code ook onderliggende factoren (armoede, vechtscheidingen, heel vroege scheidingen) van het kind kunnen maken dat er affect regulatie problematiek ontstaat (R2)	Subthema 1.2	Aantekeningen
Dus dat die binnenwereld er wat anders uit kan zien dan wat je aan de buitenkant ziet van het kind	dat die binnenwereld er wat anders uit kan zien dan wat je aan de buitenkant ziet van het kind (R2)	1.3	
Processen die misschien onvoldoende tot bloei kunnen komen waardoor het kind toch die connectie niet heeft met zijn binnenwereld	Processen die misschien onvoldoende tot bloei kunnen komen waardoor het kind toch die connectie niet heeft met zijn binnenwereld (R2)	4.1	
En als het kind hulp heeft leren durven vragen wanneer spanning oploopt, of als hij een begrenzing kan aannemen van "ho stop nu moet je even ophouden anders hebben we straks splinters in onze ogen van de mozaiek tegeltjes".	En als het kind hulp heeft leren durven vragen wanneer spanning oploopt (R2)	4.3	
en om dan de ouder te helpen kijken door de bril van gebrekkige affect regulatie vaardigheden dat vind ik soms heel lastig.	de ouder te helpen kijken door de bril van gebrekkige affect regulatie vaardigheden (R2)	2.3	
jullie hebben een kind met echt een kwetsbaarheid of beperking, die niet veranderbaar is, en jullie zien niet dat hoe emotioneel jong jullie kind is en jullie overvragen hem. Dus ook dan, Leonie, vind ik dat ons [probleem] educatie materiaal, de [ijsberg] en het poppetje heel erg helpend zijn om met die ouders dat gesprek aan	ook [probleem] educatie materiaal, de [ijsberg] en het poppetje heel erg helpend zijn (R2) met die ouders dat gesprek aan te gaan (R2)	1.1 2.3	

uitoefenen", want het gaat om interactie en het gaat over heel veel positieve interacties die je zoekt			
Dus ik geef [probleem] educatie en ik probeer het [probleem] te checken, in hoeverre ze [ouders] bewust zijn van dat achter dat boos, onwaardig of lastig gedrag dat dat ook kan zijn dat er een angstig kind achter zit, of een heel verdrietig en alleen en eenzaam kind achter zit.	Dus ik geef [probleem] educatie (R2) ik probeer het [probleem] te checken (R2) in hoeverre ze [ouders] bewust zijn van dat achter dat boos, onwaardig of lastig gedrag dat dat ook kan zijn dat er een angstig kind achter zit, of een heel verdrietig en alleen en eenzaam kind achter zit. (R2)	1.1 7.3 2.3	
Dat het daar kan ontstaan. En dat het gaat over, wat Samme altijd noemt, het gouden lijntje tussen mensen. Van hart tot hart.	het gouden lijntje tussen mensen. Van hart tot hart (R2)	4.3	
Ja, vaak heb ik daarvoor al een [probleem] disciplinair overleg met de aanmelder of de screenings personen en dan heb ik misschien al een idee van "als het kan dan ga ik proberen om die vader of die moeder mee te nemen in de therapie"	vaak heb ik daarvoor al een [probleem] disciplinair overleg met de aanmelder of de screenings personen (R2) als het kan dan ga ik proberen om die vader of die moeder mee te nemen in de therapie (R2)	2.5 2.6 "dan ga ik proberen om die vader of die moeder mee te nemen in de therapie" (R2)	
En dan hou ik dus tijdens die fases de gesprekken met ouders, en misschien zelfs vaker, dat je na de therapie of voor de therapie een appje krijgt of na de therapie nog even praat van: "Goh, hoe ging het na de therapie met jullie zoon of dochter".	En dan hou ik dus tijdens die fases de gesprekken met ouders (R2) dat je na de therapie of voor de therapie een appje krijgt (R2)	2.6 2.6	
en dan heb ik dus zo'n lijntje met die ouder buiten de sessies om via de app of door met hen tussendoor nog even te bellen, buiten het kind om probeer ik dat	dan heb ik dus zo'n lijntje met die ouder buiten de sessies/ buiten het kind om (R2)	2.6 2.5	

lijntje te maken. Of via mijn collega die met de ouders werkt.	Of via mijn collega die met de ouders werkt. (R2)		
En ik doorloop dus eigenlijk de behandeling zoveel mogelijk in een soort van ook in contact met die ouders, probeer ik die behandeling vorm te geven. Of ik neem de ouders mee in de therapie.	In een soort van ook in contact met die ouders(R2) Of ik neem de ouders mee in de therapie. (R2)	2.6 2.6	
En ik vraag ouders ook als het kind alleen komt voor therapie om niet te veel met het kind te praten over de therapie. [...] Want dan [na de eerste sessies van therapie] wil je eigenlijk nog niet het kind overvragen door te willen praten over het lastige gedrag maar dan wil je goede ervaringen hebben zodat het kind kan kalmeren en open kan gaan staan en dat het Epistemisch vertrouwen zich gaat ontwikkelen.	<u>het</u> kind kan kalmeren en open kan gaan staan (R2) <u>dat</u> het Epistemisch vertrouwen zich gaat ontwikkelen. (R2)	2.7 2.7	
Ik moet eerst zeker weten dat het kind zich bij de hand laat nemen door z'n ouder of door mij.	Ik moet eerst zeker weten dat het kind zich bij de hand laat nemen door z'n ouder of door mij. (R2)	2.7	
Wat je dus eigenlijk wilt, in dat eerste gesprek, en soms heb ik, nu heb ik bijvoorbeeld een situatie waar ik drie gesprekken voer met de ouders daarover, is dat ouders die wakker worden voor de invloed die zij hebben en om een positieve interactie te maken met hun kind en voor de invloed die zij hebben op het verminderen van het probleemgedrag van hun kind.	Wat je dus eigenlijk wilt, in dat eerste gesprek [...] is dat die ouders wakker worden(R2) <u>om</u> een positieve interactie te maken met hun kind(R2) <u>de</u> invloed die zij hebben op het verminderen van het probleemgedrag van hun kind. (R2)	2.6 2.6 4.3	
als ik merk dat ouders vasthouden aan dat "mijn kind doet het expres" en "fix mijn kind", ja dan wordt het	<u>dat</u> leg ik ook soms letterlijk zo neer bij ouders(R2)	2.6	

Bijlage 6: Logboek

Datum:	Wat en hoe het ging
4 april 2023	- Afspraak maken met D4 - Gebeld met Marie Antoinette - PICO uitgezocht - AND/ OR/ NOT systeem uitgezocht - Verder gezocht naar bronnen - Deelvragen bedenken voor het onderzoek - Opzoek naar open doorvraag vragen voor het interview dat ik donderdag met D1 heb. Het bronnen zoeken ging ietsje beter dan de vorige keer. Telefoongesprek met Marie Antoinette hielp hier wel in. Eerst kijken naar de titel, is dat ok, dan kijken naar de samenvatting, is die ook okay is het pas de moeite waard verder te kijken. Proberen de zoekketting bij te houden. Het is logisch dat het nu nog chaos wordt, dat hoort erbij. Het lezen van scripties van andere studenten hielp ook mee. Verder een reminder voor het telefoongesprek met D4 geappt naar haar en een mail gestuurd naar D4
5 april	D4 Zeeman gesproken en een afspraak gemaakt voor een interview van volgende week. Daarnaast Eveline en D2 gemailld voor een interview afspraak. D4 Zeeman benoemde in het gesprek zich af te vragen wat een autoritaire opvoedingsstijl is- zij denken op de opvoedpoli niet zo in hokjes. Daarnaast benoemde ze “wat doen ouders en wat kan je als therapeut doen om het mentaliseren te bevorderen”.
6 april	Interview afgenomen bij D1. Interessant gesprek. Direct alles uitgetypt. Ook nog even Marie Antoinette gesproken. Zij benoemde dat bij het coderen van een interview het interessant kan zijn om met elkaar mee te kijken. Afgesproken dat ik, zodra ik het interview gecodeerd heb, ik dit naar haar doorstuur zodat zij kan meekijken of ze op dezelfde resultaten uitkomt. Daarnaast benoemde Marie Antoinette dat het goed is er enige tijd tussen te laten zitten bij het afnemen van interviews zodat data goed verwerkt kan worden. 7 april heb ik nog een interview met D3 staan. Het volgende interview probleem ik rond 17 april in te plannen. Dit zal met D2 zijn. Met D1 afgesproken dat zij alvast polshoogte gaat nemen of er bij bepaalde gezinnen een camera mag draaien zodat ik op die manier een participerende observatie kan doen. Wel is het nog van belang dat ik hiervoor de vragenlijst opstel zodat ook aan te tonen is dat het hier gaat om een autoritair gezin.

	Geplande interviews voor nu: - D1 (6 april) - D2 (7 april) - D3 (rond 17 april) - D4 loopt nog. - D5- begin mei - Eveline loopt nog (uitgenodigd via LinkedIn).
12 mei	Mannetje van de mediatheek gesproken. Het zoeken naar bronnen vind ik enorm lastig. Veel bronnen die ik vind kan ik niet openen. Ik heb hiervoor chat GPI gebruikt. Ik snap niet goed hoe dit kan. Sietske Douna is weg, Floris van Riet is nieuw, hij snapt het alleen niet goed. Daarnaast met Floris van Riet gezeten om Atlas TI te leren begrijpen= hij snapte het alleen ook niet goed. Zoek ik wel naar de juiste bronnen, of zijn de bronnen die ik zoek te specifiek? Bij zoeken naar bronnen vind ik sneller bronnen over trauma en kindermishandeling dan dat ik bronnen over een autoritaire opvoeding vind.
13 mei	1. Doelgroep 2. Wat is ARVT 3. Wat is een autoritaire opvoedingsstijl 4. Systeem. Wat is dit allemaal. Dit zet ik in inhoudelijke oriëntatie. Een autoritaire opvoedstijl wordt veroorzaakt door dit en dit en dit. Wat kan dit met een kind doen blablabla. Levensfase aan koppelen. Daarna ga je het linken en wat je wilt weten. Wat heeft beeldend therapie voor werking hierop. Wat wil je weten. Wat heb je nodig om mijn vraag te beantwoorden. Code boom voor coderingen → krijg je punten voor.
18 mei	Vandaag naar manieren van coderen van verslagen op de kennisbank gekeken. Ik vind het onsamenvattend. Ik mis een verhaal. Nu weet ik alleen niet welke methode van coderen ik moet aanhouden. Ik merk dat als ik "letterlijk" het boekje volg ik aanloop tegen bepaalde dingen. Ik vraag mij af in hoeverre je van het boekje mag afwijken en in een onderbouwing kan vertellen waarom je dit zo doet.
22 mei	Vandaag kreeg ik na lange tijd wachten nog een terugkoppeling van een andere respondent. Ik twijfelde of ik nog een tweede interview zou moeten afnemen voor de saturatie van mijn onderzoek. Besloten dat dit niet nodig is gezien het interview met D5 zeer waardevol is. Als ik hier bronnen bij kan vinden is het voldoende
23 mei	Vandaag consultant gesproken. Ik twijfel over of ik nog met een respondent in gesprek ga of niet, de respondent heeft laat gereageerd waardoor ik al een eind ben met mijn codering. Consultant verteld dat als je goed kan onderbouwen, een duidelijke conclusie en een duidelijk verhaal hebt dat het dan minder belangrijk is dat je met veel consultants hebt gesproken. Het

	verslag moet niet alle kanten opgaan- met name het schrijf en denkwerk is belangrijk. Ook met consultant besproken hoe ik het coderen het beste kan verwerken in m'n verslag. Ook hierin geldt, onderbouw je verhaal. Waarom maak je de keuze. Je begint deductief en gaat uiteindelijk inductief schrijven, etc. etc. Zolang je dit onderbouwd, een helder verhaal schrijft en een goeie conclusie schrijft is dit goed. Vandaag wil ik overleggen met D1 hoe ik het beste het eindproduct kan vormgeven. Ik zit te denken aan een artikel schrijven. Is het relevanter dit voor de vaktherapeut te schrijven of voor ouders vraag ik mij af.
25 mei 2023	Thema's en codes verwerken van transcripties. Misschien wel het besef dat ik een dubbele deelvraag heb? (Deelvraag 3 en 4) Bij het coderen van factoren in de omgeving die kind factoren in stand houden, kwam ik erachter dat ik opzoek ben naar negatieve kind factoren die i stand worden gehouden door de omgeving. Naar aanleiding daarvan ben ik ook naar de eerste deelvraag gaan kijken- hoe een autoritaire opvoedstijl de affectregulatie van een kind beïnvloed. Deze deelvraag stuurde de deelvraag al te veel een bepaalde richting op. Naar aanleiding daarvan is de deelvraag omgezet naar een neutralere vraag- namelijk WELKE invloed heeft een autoritaire opvoedstijl in plaats van HOE beïnvloed een autoritaire opvoedstijl Deelvragen zijn gehusseld. Een deelvraag gaat over intergenerationele overdracht zijn. Huidige deelvraag 2 + 3 gaan samenvoegen Deelvraag autoritair gaat naar onder verschuiven Logische volgorde als je kijkt naar hoofdvraag. 1.4 → Teksten bijschrijven Hoofdstuk 4- Intergenerationele overdracht Hoofdstuk 5- Effectiviteit van de behandeling Thema 6 + 7- ArVT → voeg ik toe aan thema 2.2
26 mei	<u>Hoofdvraag</u> Hoe kan de transfer van affect regulatie vaardigheden die door een kind zijn opgedaan in Affectregulerende vaktherapie op een duurzame manier geïmplementeerd worden bij een gezin waarbij sprake is van een autoritaire opvoedstijl. <u>Oorspronkelijke deelvragen</u>

	1. Hoe beïnvloed een autoritaire opvoedstijl de affectregulatie van het kind 2. Welke strategieën kunnen worden gebruikt om de transfer van Affectregulerende vaardigheden van de therapie naar het gezin te vergemakkelijken 3. Hoe kunnen ouders en verzorgers worden betrokken bij het proces van het aanleren van affect regulatie vaardigheden. 4. Hoe kan de duurzaamheid van de implementatie van de affect regulatie vaardigheden worden gemeten en geëvalueerd Nieuwe vragen: Hoofdvraag Hoe kan de transfer van affectregulatie vaardigheden die door een kind zijn opgedaan in Affectregulerende Vaktherapie op een duurzame manier geïmplementeerd worden bij een gezin, waarbij sprake is van een autoritaire opvoedstijl? Deelvragen 5. Heeft intergenerationele overdracht van trauma invloed op de neiging van ouders om een autoritaire opvoedstijl te hanteren? 6. Hoe kunnen ouders betrokken worden bij het leerproces van ArVT vaardigheden van het kind om de transfer van deze vaardigheden naar het gezin te vergemakkelijken? 7. Welke invloed heeft een autoritaire opvoedstijl de affectregulatie van een kind? 8. Hoe kan de duurzaamheid van de implementatie van de affect regulatie vaardigheden worden beoordeeld? Ik heb dit aangepast omdat de oorspronkelijke vraag 2 en 3 te veel op elkaar leken waardoor ik in de analyse van de interviews merkte dat ik veel informatie dubbel aan het verwerken was. Daarnaast merkte ik dat ik veel achtergrondinformatie rondom een autoritaire opvoedstijl tegenkwam waardoor het van belang is de intergenerationele overdracht mee te nemen in de deelvragen. Nu klopte alleen de volgorde van mijn hoofdvraag niet meer wanneer ik naar m'n nieuwe deelvragen keek. Gezien ik graag een continuïteit vast hou tijdens het analyseren van de informatie heb ik om die reden de volgorde van mijn hoofdvraag ook aangepast.
02 juni	Bezig met uitschrijven deelvraag 3: Ik twijfel over deelvraag drie. De oorspronkelijke deelvraag is: Hoe kunnen ouders betrokken worden bij het leerproces van opgedane ervaringen van het kind om de transfer van deze vaardigheden naar het gezin te vergemakkelijken.

	In hoeverre draagt psycho-educatie bij aan het verminderen van stress en het vergroten van het gevoel van zelfvertrouwen bij ouders in relatie tot Affectregulerende vaardigheden? Hoe beïnvloedt psycho-educatie de ouder- kind- interactie en de kwaliteit van de hechtingsrelatie in het kader van affect regulatie? Welke invloed heeft het ontvangen van psycho-educatie op de kennis en bewustwording van ouders met betrekking tot affect regulatie? > Vanuit de ArVT theorie les ik namelijk al wel dat ouders over het algemeen betrokken worden. Ergens wringt alleen de schoen en heb ik het gevoel dat daadwerkelijk de urgentie van het betrekken van ouders tijdens ArVT niet altijd even belangrijk wordt gevonden. Door uit te zoeken wat nou daadwerkelijk het effect is van het betrekken van ouders bij de ArVT behandeling zal misschien het bewustzijn en de ernst van deze betrokkenheid ook helderder worden- met als gevolg dat dit iets toevoegt aan de beroepspraktijk.
03 juni	Ik worstel met hoe ik de gegevens van de vragenlijst kan verwerken in mijn onderzoek. Het is eigenlijk een stukje kwantitatief onderzoek in een kwalitatief onderzoek.
05 juni	Ik moet deelvraag 4 duidelijker maken. Hoe ben ik ertoe gekomen om dit te gaan doen? Waarom deze vragenlijst? Daarnaast worstel ik met de gegevens uit de deelvragen en de hoofdvraag. Ik snap het verband niet meer goed. Gevoelsmatig ben ik te snel gaan data verzamelen en interviewen. Ik ben een beetje de weg kwijt. Doel: > als mensen grip krijgen op het waarom (oorzaak- gevolg). Men voed autoritair op om welke reden, welke invloed en impact heeft dat op het kind. Het kind heeft temperament en wordt aangemeld bij ArVT . Wat is de oorzaak- wat is het gevolg? Van zowel kind als ouder. Wanneer dit helder is kan je de cyclus doorbreken en tijdig herkennen. Dit draagt ertoe bij dat ArVT in het gezin kan worden toegepast. Je breekt een cyclus open

Bijlage 7: Uitleg Kwalitatieve analyse

In onderstaand overzicht heeft de onderzoeker op basis van de hoofd- en deelvragen de thema's onder elkaar geplaatst. Per thema zijn de meest interessante citaten gehaald. Hier is een goed lopend verhaal van geschreven. Op die manier zijn de interviews gaan leven en is er een samenhang ontstaan tussen alle losse bevindingen en citaten.

Vijf hoofdthema's met meerdere subthema's ontstaan:

2. Therapie in context

- 2.1 Therapeut als middel
- 2.2 Factoren in de omgeving die de niet wenselijke kindfactoren in stand houden.
- 2.3 Factoren van kind die niet wenselijke kindfactoren in stand houden.
- 2.4 Oudergedrag dat het kind etiketteert

2. Ouders in actie: Hoe ouders betrokken kunnen worden in het therapeutisch traject

- 2.1 Benadering van gezin
- 2.2 De vaktherapeut zegt niet hoe het moet maar helpt begrijpen
- 2.3 Kindfactoren waarmee ouders moeten dealen
- 2.4 Empowerment door inchecken
- 2.5 Affect reguleren kan je leren

3. De vele gezichten van samenwerking

- 3.1 Vier ogen zien er meer, dan durf je meer!
- 3.2 De grenzen van je eigen expertise kennen

4. Factoren in ontwikkeling: Bevorderend, belemmerend en intergenerationeel

- 4.1 Ontwikkelingsobstakels
- 4.3 Opweg naar groei
- 4.3 Familiegeheimen 2:0: Intergenerationele overdracht.

5. Effectiviteit ontmaskerd: De doeltreffendheid van de behandeling.

- 5.1 Afbouwen van therapie
- 5.2 Afstemmen met het systeem
- 5.3 Follow up en nazorg van therapie
- 5.4 Positieve effecten

Bijlage 8: Informatiebrieven voor respondenten, deelnemers en opdrachtgever

Amersfoort, 13 april 2023

Betreft: Informatie rondom afstudeeronderzoek

Beste ouders/ verzorgers,

Wanneer u deze brief leest betekent dit dat u interesse heeft getoond een bijdrage te leveren aan mijn afstudeeronderzoek. Door middel van deze brief wil ik u informeren over het onderzoek en waarom juist ook uw bijdrage belangrijk is om een kwalitatief hoogwaardig onderzoek te waarborgen.

Mijn naam is Leonie Stoffer, ik ben 31 jaar oud, woonachtig in Amersfoort en ik studeer deze zomer af als beeldend vaktherapeut aan de Hogeschool Utrecht. Voor dit onderzoek werk ik samen met Mara Heijs, Family Supporters Amsterdam. Bij Family Supporters komen uiteenlopende gezinnen terecht die allemaal op hun eigen manier een hulpvraag hebben en hun eigen opvoedstijl hanteren. Wanneer u als gezin hulp krijgt zal het soms lastig zijn de tips en trucjes die zijn opgedaan tijdens therapie thuis op een duurzame manier toe te passen. Wanneer ouders daarentegen de juiste ondersteuning krijgen zal naar alle waarschijnlijkheid de transfer van therapie naar thuissituatie gemakkelijker en duurzamer verlopen. Een onderdeel van dit onderzoek is om te bekijken welke opvoedstijlen de gezinnen hanteren die op dit moment onder behandeling van Mara bij Family Supporters zijn.

Door in te stemmen om de vragenlijst die Mara toegestuurd heeft in te vullen wil ik u ook vragen een toestemmingsformulier te ondertekenen, wat inhoudt u akkoord gaat om de (anonieme) verkregen informatie te verwerken in mijn onderzoek.

Uiteraard zal uw privacy gewaarborgd zijn en zal informatie geanonimiseerd verwerkt worden. Bij vragen of wanneer u van uw deelname wilt afzien rondom dit onderzoek kunt u contact opnemen met Mara Heijs, dan zal zij mij hiervan op de hoogte stellen.

Met vriendelijke groet

Leonie Stoffer

Amersfoort, 21 april 2023

Betreft: Informatie rondom afstudeeronderzoek

Beste D1,

Bedankt dat je je als opdrachtgever open hebt gesteld en op die manier een bijdrage levert aan mijn afstudeeronderzoek. Door middel van deze brief wil ik je informeren over het onderzoek en wat er zal gebeuren met de verkregen informatie die met mij gedeeld wordt tijdens meetings, via e- mail, telefonisch, of in welke andere vorm dan ook.

Ik begrijp dat er informatie verstrekt zal worden die mogelijk vertrouwelijk is en dat het belangrijk is dat deze informatie niet openbaar wordt gemaakt zonder toestemming. Door middel van deze brief wil ik verzekeren dat zorgvuldig met verstrekte informatie omgegaan zal worden en dat privacy en vertrouwelijkheid te allen tijde gerespecteerd wordt. De verkregen informatie zal alleen beschikbaar gesteld worden voor personen die bij het onderzoek betrokken zijn.

Mocht er sprake zijn van informatie die niet openbaar gemaakt mag worden mag dat altijd bij mij gemeld worden. Bij een melding van dien aard zal de verstokken informatie niet meer gebruikt worden ter ondersteuning van mijn onderzoek.

Bijgevoegd is een vragenlijst die ik je graag vraag in te vullen en ondertekend terug naar mij op te sturen. Mochten er nog verder vragen zijn rondom het onderzoek of het verwerken van data dan verneem ik dit erg graag. Ik zal bereikbaar zijn via mijn email- adres:

Leonie.stoffer@student.hu.nl

Nogmaals, enorm bedankt voor het ondersteunen van mijn onderzoek.

Met vriendelijke groet,

Leonie

Utrecht, 8 mei 2023

Betreft: Toestemmingsverklaring | Informed consent

Beste D4,

Bedankt dat je je als respondent open hebt gesteld en op die manier een bijdrage levert aan mijn afstudeeronderzoek. Door middel van deze brief, ondersteund met vragenlijst, wil ik je informeren over het onderzoek en wat er zal gebeuren met de verstrekte informatie die met mij gedeeld wordt tijdens meetings, via e- mail, telefonisch, of in welke andere vorm dan ook.

Ik begrijp dat er informatie verstrekt zal worden die mogelijk vertrouwelijk is en dat het belangrijk is dat deze informatie niet openbaar wordt gemaakt zonder toestemming. Indien informatie wel verwerkt wordt zal dit altijd anoniem gebeuren. Door middel van deze brief wil ik verzekeren dat zorgvuldig met verstrekte informatie omgegaan zal worden en dat privacy en vertrouwelijkheid te allen tijde gerespecteerd wordt. De verstrekte informatie zal alleen beschikbaar gesteld worden voor personen die bij het onderzoek betrokken zijn. Nadere informatie is terug te vinden in bijgevoegde vragenlijst.

Mocht er sprake zijn van informatie die niet openbaar gemaakt mag worden mag dat altijd bij mij gemeld worden. Bij een melding van dien aard zal de verstokken informatie niet meer gebruikt worden ter ondersteuning van mijn onderzoek.

Bijgevoegd is een vragenlijst die ik je graag vraag in te vullen en ondertekend terug naar mij op te sturen. Mochten er nog verder vragen zijn rondom het onderzoek of het verwerken van data dan verneem ik dit erg graag. Ik zal bereikbaar zijn via mijn email- adres:

Leonie.stoffer@student.hu.nl

Nogmaals, enorm bedankt voor het ondersteunen van mijn onderzoek.

Met vriendelijke groet,

Leonie Stoffer

Tel: 0640696107